La Crónica Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA «UNION FERNANDINA»

REDACTORES

DR. LEONIDAS AVENDAÑO.

DR. MANUEL A. VELASQUEZ

DR. MAX GONZALES OLAECHEA. — DR. EDUARDO BELLO

DR. CONSTANTINO J. CARVALLO —DR. C. E. PAZ SOLDAN

SEÑOR CARLOS A. BAMBAREN

TOMO XXXII —AÑO 1915

LIMA

IMPRENTA Y LIBRERIA DE SAN PEDRO
Calle de San Pedro N.° 388
1915

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. DECANA DE AMÉRICA

39283

La Crónica Médica

AÑO XXXII — LIMA, ENERO DE 1915 — Nº 619

Universidad Nacional de San Marcos Biblioteca Lima-Perú

LA DISENTERIA BACILAR EXISTE EN LIMA

por Ramón E. Ribeyro y Carlos A. Bambarén

En una nota que presentamos al Congreso Médico Latino-Americano reunido en Lima en el mes de Noviembre del año próximo pasado, señalamos las causas más frecuentes de la disentería en esta ciudad. Hasta entonces no habíamos observado sino *disenterías* producidas por protozoarios, (*Amebas*, *Balantidium*, *Trichomonas*) pero presumiamos que existiesen también algunos casos de disentería bacilar por que habíamos observado algunos enfermos que presentaban la sintomatología correspondiente á esta última forma. Sin embargo las investigaciones bacteriológicas que practicamos no nos dieron resultados concluyentes.

En el mes de Enero del presente año observamos un caso de *disentería* en el «Hospital Dos de Mayo» que presentaba clinicamente el aspecto de la disentería bacillar; en las heces no se encontraba nuingún protozoario y el tratamiento por el clorhidrato de emetina instituído oportunamente, no dió resultado favorable. Era lógico suponer que se tratase de un caso de *disentería bacillar* y nuestra suposición fué confirmada por las investigaciones bacteriologicas que practicamos.

HISTORIA CLINICA

El enfermo N. N. de 20 años de edad, natural de Celendín (Cajamarca) ingresó al Hospital «Dos de Mayo», sala de Santa Ana N.º 49 el 3 de Enero de 1914. Llegó á Lima en Setiembre de 1913 y tenía trastornos intestinales que se habían iniciado en Celendín, sin que pudiera precisar la fecha. Ingresado al Hospital con síntomas disentéricos fué tratado durante 10 días por el Clorhidrato de emetina á la dosis de 4 centígramos diarios. Este tratamiento no dió ningún resultado favorable; lejos de eso continuaba el mal estado general de enfermo y aumentaba el número de cámaras. Se ensayó también el subnitrato de bismuto á altas dósis con el mismo mal resultado.

El enfermo fué examinado por nosotros el día 13 de Enero, es decir, 10 días después de su ingreso al Hospital. Se presentaba muy postrado, con el pulso frecuente, lengua saburral polidipsia, dolores abdominales intensos, más de 20 cámaras diarias. Temp. 37.8

En las heces no encontramos amibas, ni otros protozoarios; solo leucocitos y glóbulos rojos.

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

Ese mismo día tomamos sangre con el objeto de buscar aglutinaciones con bacilos de los tipos Shiga, Flexner i Kruse y obtuvimos el siguiente resultado:

Bacilos Shiga Aglutinación +al 1:50, al 1:100 y debil al 1:500
,, Kruse ,, +al 1:10, debil al 1:50
,, Flexner ,, +al 1:10 no hay al 1:50
El examen de la sangre indicó leucocitosis con polinucleosis
Leucocitos 14.800 por m.m. 3. Polinucleares 77 %

En posesión de los datos que anteceden instituimos el tratamiento seroterapico empleando el suero antidisenterico de Dopter del Instituto Pasteur de Paris.

El resultado fué muy satisfactorio.

Día 15 de Enero. Inyección de 10 c.c. de suero. No se advierte mejoría.

Día 16 de Enero. Inyección de 20 c.c. de suero. Dolores abdominales menos intensos. El número de cámaras ha disminuído.

Día 17 de Enero. No se hace inyección de suero. El estado del enfermo es muy satisfactorio. Los dolores ventrales han desaparecido. El número de cámaras ha disminuido.

Día 18 de Enero. Inyección de 20 c.c. de suero. Continúa la mejoría. Dos cámaras solamente. Estado general muy bueno. Apirexia.

Día 19 de Enero. Inyección de 20 cc. de suero. Dos cámaras. Excretos semi-sólidos.

Día 20 de Enero. Inyección de 20 cc. El enfermo continua muy bien. Dos cámaras al día. Excretos bien formados.

Algunos días después el enfermo pide su alta y abandona el Hospital.

INVESTIGACIONES BACTERIOLOGICAS

Para completar el estudio de este caso, debemos hacer mención de las investigaciones que practicamos con el objeto de afirmarnos en el caracter bacilar de este caso de disentería.

De las deposiciones de los primeros días pudimos aislar facilmente siguiendo los procedimientos habituales un germen que presentaba los caracteres siguientes.

Forma.—Baston pequeño, inmovil.

Coloración.—Facil con los colores de anilina. Coloración polar intensa. Decoloración por el Método de Gram.

Cultivos.— En caldo, desarrollo rápido. En 24 horas á 37° turbiedad uniforme. Ondas sedosas analogas á las del B. de Eberth.

En gelosa inclinada: colonias semejantes á las del B. de Eberth.

Gelatina. No se liquida.

Caldo con rojo neutro. No sufre variación. Además hicimos cultivos en algunos de los medios azucarados de BARSIEKOW (1) con el siguiente resultado:

Barsiekow glucosado. El medio toma un tinte rojo.
,, lactosado. El medio queda azul.
,, maltosado. El medio queda azul.

Aglutinación.—El germen aislado se aglutina por el suero antidisentérico de Dopter. El mismo bacilo se aglutina por el suero de la sangre del enfermo al 1:10, al 1:50 y al 1:100

Por los caracteres anteriormente señalados podemos afirmar que nos encontramos en presencia de *Bacilo Disentérico.* Nos inclinamos á creer que se trata de un bacilo del tipo Shiga por que el suero del enfermo aglutinaba fuertemente el bacilo Shiga, tipo europeo de nuestro laboratorio y no aglutinaba sino debilmente los tipos Flexner y Kruse.—No hemos podido practicar todas las pruebas fermentativas por carecer de diversos azucares.

Queda pues perfectamente comprobado que en Lima existen casos no solo de *disentería amebiana* (2) sino también de *disentería bacilar.* Nos ha parecido interesante señalar este hecho por que hasta ahora casi todos los casos de disentería ocurridos en Lima han sido tratados sistematicamente por el clorhidrato de emetina y el fracaso de esta medicación en algunos, debe probablemente atribuirse á la ignorancia de la causa etiologica.

Convenía llamar la atención sobre este hecho á fin de que el diagnóstico etiológico guiara el tratamiento de la enfermedad con el objeto de instituir oportuna y no tardiamente, el tratamiento apropiado: la *emetina* en la *disentería amebiana* y el *suero antidisentérico* en la *disentería bacilar.*

Esta comprobación tiene también importancia desde el punto de vista higiénico, por que la *disentería bacilar,* enfermedad contagiosa, exige medidas profilacticas especiales.

Lima octubre de 1914.

BIBLIOGRAFIA

(1) DOPTER.—Les dysenteries.— París 1909- pag. 30.

(2) RIBEYRO Y BAMBAREN.— Las disenterías de Lima.— «La Crónica Médica» Lima 1913.— V Congreso Médico Latino Americano (VI Pan Americano) —Lima Noviembre de 1913.

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

CLINICA MÉDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

ARTERITIS SIFILITICA con PLEURESIA CONCOMITANTE

por el profesor Dr. Ernesto Odriozola

En nuestra última lección, tratamos del enfermo que ocupaba la cama N.º 47 y que sucumbió el domingo 16 del presente. Para refrescar sus recuerdos, repetiré hoy lo que dijimos acerca de las lesiones que debíamos encontrar.

1.º Una dilatación é hipertrofia considerables del corazón. Añadimos que era muy probable que también se encontrara mayor ó menor cantidad de líquido dentro de la cavidad del pericardio, de naturaleza hidrópica y en relación con la indole del proceso asistólico, de forma hepato-pulmonar.

2.º Alteraciones esclerosas de las válvulas mitral y aórticas y si estos últimos no existieran, lesiones de la pared de la aorta (dilatación, rigidez, desigualdades y hasta placas ateromatosas).

3.º Congestión pulmonar doble.

4.º Congestión del hígado, con posible alteración *moscada*.

5.º *Esclerosis* renal, vinculada como las cardiacas, á un proceso general de la misma naturaleza.

El lunes se practicó la necropsia de este sujeto y aquí les presento las piezas extraídas en las cuales verán iustedes confirmadas la mayor parte de nuestros previsiones.

Ustedes ven el corazón enorme, *bovino*. Habían más de 250 gramos de líquido en el interior del pericardio. Abierto el corazón se ven sus paredes gruesas y su cavidad muy *dilatada*, llena de coagulos. La aorta está *dilatada*, sus paredes, gruesas, resistentes: su superficie interna llena de placas ateromatosas que la ponen desigual y las valvulas sigmoideas presentan excrecencias esclerosas,duras, calcáreas.

Los pulmones presentan al corte los caracteres de la congestión activa ya prevista y en algunas porciones, se ven aún focos inflamatorios, pues un trozo desprendido se fué al fondo del balde lleno de agua. En ambos pulmones se descubren adherencias pleurales.

El hígado al corte, como lo habíamos sospechado, ofrece los caracteres del hígado *moscado* y hay una congestión perfectamente apreciable.

Los riñones, recogidos, pequeños, dan también al corte la apariencia de una esclerosis vascular.

Ya ven pues ustedes que casi todo lo que digimos, con respecto á este enfermo, ha sido confirmado por la autopsia.

Hoy, Señores, vamos á estudiar un nuevo enfermo, que pertenece él también á la serie de los anteriores.

Es el que está acostado en la cama Nº 14. Tiene 29 años de edad de oficio carretero. Su padre murió, según refiere, de un «cáncer del estómago»— Su madre vive, pero padece de fatiga».

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

Un hermano ha sufrido de reumatismo» y cuenta que ultimamente ha perdido la cabeza, no pudiéndosele contener en el seno de la familia.

Ha tenido tres hijos, muriendo uno de ellos, de un año y medio de edad, á consecuencia de una erupción que diseminada por todo el cuerpo, le atacó también la boca, invadiendo la garganta.

Este joven, ha gozado antes de buena salud; no recuerda sino haber padecido de ligeras indisposiciones sin mayor importancia.

Hacen dos años contrajo un *chancro* cuyas huellas se marcan, con perfecta claridad,en la parte posterior del glande, en donde se descubre una cicatriz triangular, excavada,con destrucción del frenillo y cuya base conserva todavía una resistencia elástica particular, que permite creer que ha sido de naturaleza *infectante*. Los ganglios inguinales del lado izquierdo están ligeramente infartados, pero no los de las demás regiones accesibles.

Un hecho importante, en la historia de este chancro, es la circunstancia de haber permanecido huérfano de toda intervención terapéutica, pues apenas hace mención de una sola inyección de *aceite gris* que se le practicó en este mismo hospital.

Desde que apareció este *chancro*, comenzó para él la serie de trastornos que han llegado hoy al grado que ustedes contemplan.

La evolución de los accidentes consecutivos ostensibles ha sido de una simplicidad tan engañosa como traidora, pues no refiere haber sufrido la más ligera erupción ni en la piel ni en las mucosas; sólo cuenta que cuando estuvo en el hospital le aparecieron en las piernas unos «granos».

El estado en que este enfermo se encuentra hoy, no puede ser más deplorable. Su fisonomía pálida y desencajada, la gran fatiga respiratoria y la tos angustiosa que lo agita, revelan trastornos profundos y graves

Tiene en efecto tan solo 2.900,000 hematíes por 13.000 leucocitos.

Este enfermo, que ingresó en otra sala, el ocho del presente ha estado apirético hasta el momento en que se le hizo una *toracentesis* por causa de un *derrame pleuritico* del lado izquierdo, extrayéndose más de un litro de líquido *seroso*. Entonces la temperatura se elevó á más de 39°, pero no duró sino algo más de 24 horas, después de los cuales volvió á su anterior apirexia, en la que todavía se mantiene.

El pulso es *taquicárdico*, marcando 112 pulsaciones; pero es regular, igual en ambos lados y de baja tensión.

El examen del corazón presenta gran interés. Hay apreciable abovedamiento de la región precordial y una zona de pulsaciones extensa que invade hasta el epigastrio. La punta late en el 6.° espacio intercostal, por fuera del mamelón. Hay igualmente un aumento considerable de la macicez precordial.

En la base del cuello existen también fuertes vibraciones de los gruesos troncos, marcándose en ambos lados y también en el fondo del hueco esternal.

Poniendo la mano en la región precordial, se descubre un *thrill* bastante intenso, cuyo máximo está á la derecha, á lo largo del bor-

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

de correspondiente del esternón; al mismo tiempo es facil darse cuenta de que la revolución cardiaca no es normal, se siente como una duplicación del impulso cardiaco, como un *ruido de galope.*

La auscultación del órgano manifiesta que hay un soplo *intenso, sistólico* que absorve totalmente el primer ruido normal, pero que deja todavía percibir el segundo. Este soplo tiene su máximo intensidad á la altura de la mitad inferior del esternón, por el lado derecho.

El exámen de los pulmones no revela actualmente la existencia de derrame alguno, pero se notan en uno y otro particularmente en el derecho, estertores subcrepitantes y crugidos, apreciables en las bases y en las partes laterales. La tos es tenaz y seca; la expectoración mucosa; no se han encontrado bacilos de Koch. La *disnea* es persistente y muy acentuada.

Debo advertirles que cuando este enfermo ingresó en el hospital, estaba totalmente *edematoso,* fenómeno que ya ha desaparecido de la manera más completa.

El epigastrio se presenta globuloso; la palpación de él es sensible y despierta una defensa muscular acentuada,la percusión es maciza; de todo lo cual se infiere que el *hígado está aumentado de volumen.*

La orina es escasa, con vestigios de *albúmina,* con gruesa raya de absorción de urobilina.

Lo dicho resume la actualidad morbosa de nuestro enfermo y ustedes podrán comprender que no es cosa fácil, llegar á una interpretación definida de ella. Se trata, en apariencia por lo menos, de un caso complejo, cuya etiología es discutible y en que los medios de investigación que hemos ejercitado no son suficientes para penetrar hasta el fondo de las cosas.

A pesar de esto, existe un hecho, cuya importancia es *trascendental,* ha habido un *chancro* cuyos caracteres actuales ostentan tal nitidez, que no son necesarios otros requisitos para afirmar categóricamente su identidad infectante: ha sido un *chancro duro.*

Otro hecho importantísimo, en orden á la libre generalización de la corriente específica, es el haber permanecido huérfano de toda intervención terapéutica, pues como ya les he dicho, el único expediente curativo empleado ha sido una sola inyección de *aceite gris.*

Estas informaciones son, como ustedes ven de larga proyección para que mucho de los hechos que hemos apuntado caigan bajo su exclusivo dominio.

La lesión cardiaca, por ejemplo, se ajusta admirablemente á esta etiología. La sífilis *no tratada,* tiene especial predilección por dos sistemas orgánicos: el *nervioso* y el *arterial.* El caso actual presenta lesiones concentradas á este último sistema.

En efecto, el soplo sistólico de la base, demuestra que existe una lesión *aórtica,* muy probablemente alteraciones degenerativas de sus paredes y hasta posiblemente una *dilatación* del vaso: en una palabra, una *aortitis sifilítica.* Podemos suponer que si las válvulas sigmoideas están atacadas, no deben estarlo mucho, en atención á que el segundo ruido normal,es decir, el aórtico,se dintingue todavía y no se escucha, por otro lado soplo *diastólico* alguno. Por con-

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

siguiente, el soplo sistólico en este caso, es muy probablemente la revelación de alteraciones parietales del vaso, que han modificado su elasticidad, ó de desigualdades de superficie, capaces de alterar las normales condiciones hidraulicas de la corriente sanguinea.

En lo que si podemos también convenir, es en que las lesiones han marchado con mucha rapidez, porque en el plazo de dos años, contados desde el momento en que apareció el chancro, las alteraciones del órgano central han tomado tal vuelo, que han determinado su claudicación, su *asistolia*, pues como ya les he dicho, este enfermo entró al hospital en estado de *anasarca*. Esta circunstancia nos autoriza para pensar que las lesiones arteriales se han infiltrado en la trama vascular íntima del corazón, es decir que hay en este enfermo una *coronaritis específica*. La condición de infarto en que el hígado se encuentra, es otro de los argumentos en favor de la *asistolia* persistente y que engendra habitualmente una congestión pasiva y hasta procesos cirróticos especiales en la mencionada víscera.

De la misma calidad, podrá también ser el desrrame de la cavidad pleural izquierda que presentó este hombre y que son tan frecuentes en los arterioesclerosos, como lo ha demostrado *Huchard*, debiendo advertirse que predominan á la derecha. Un argumento en favor de esta idea es la *ausencia de fiebre*, pues la elevación térmica absolutamente pasagera y consecutiva á la punción, no debe tenerse en cuenta.

Pero cuando surgen las grandes dificultades, es cuando se trata de explicar los fenómenos que hemos descubierto por medio de la auscultación pulmonar, porque aún cuando ellos podrían también tener cabida dentro del marco etiológico y patogénico que hemos desarrollado, nos queda la duda de que el *bacilo de Koch* pudiera haber forzado la entrada, á merced del desamparo defensivo que una abandonada infección ha establecido y se hubiera localizado en el pulmón.

Hay evidentemente en contra de esta opinión, prescidiendo del exámen bacteriológico negativo, que no puede tener valor, la falta de fiebre, de sudores que no dejan de tener importancia, tratándose de una tuberculósis pulmonal en estado de reblandecimiento. Sin embargo preciso es declarar, que esto sólo no basta para formarse un juicio categórico. Queda pues abierto á este asunto una interrogación, que solo la observación ulterior, permitirá borrar, porque la sífilis, por sí sola podrá también integrar dichas lesiones pulmonares en la serie de las alteraciones vasculares cuyo origen no parece dudoso, en presencia de una sífilis ejecutoriada.

Por lo demás, la situación en que este enfermo se encuentra, no puede ser más triste. Los grandes trastornos circulatorios llegados á su estado más agudo, *asistólico*, revelan que las lesiones son ya muy avanzadas y que su pronóstico es muy reservado.

Las indicaciones del tratamiento pueden descomponerse en dos categorías, las que emanan del origen de la enfermedad y las relativas á los actuales fenómenos cardiacos. Por consiguiente, la medicación antisifilítica de base de *mercurio*, en primer término y la medicación tonicardiaca, en segundo, deben ser los factores fundamentales de la terapéutica actual.

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

EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD DE CARRION

Por el doctor Máximo E. Gomez

(*Conclusión*)

PROVINCIA DE SANTA.—Comprendida más ó menos entre los 8º 30' y 10º 40' latitud y 79º 40' y 81º 5' longitud forma una superficie de 700 leguas cuadradas. Su clima es tropical, impuesto por su situación, pues toda ella, está sobre terrenos de costa, formado por extensos arenales. La hidrografía de esta provincia está representada por los siguientes ríos que de trecho en trecho cortan los arenales formando fértiles valles: el Santa, Nepeña, Casma, Culebra, Huarmey y Fortaleza.

De estos ríos, es el Casma el que nos interesa, pues á 28 kilómetros del puerto del mismo nombre y en el lado izquierdo de un pequeño afluente de este río, se ubica el pueblo de *Yautan* notable por ser un lugar eminentemente verrucógeno. Los lugares adyacentes de Maschmin, Potao y Cachipampa también están infectados por el mal de Carrión. Ascendiendo por la quebrada en que corre el Casma ya hemos descrtito otra zona la de Pariacoto en la provincia de Huaráz

En el més de Julio del presente año ingresó á la sala de Santo Toribio un muchacho de 17 años llamado Fausto Ellacuriaga, y que ocupaba la cama N.º 36 ostentando hermosas verrugas mulares en los miembros. Indagamos su procedencia como hacemos metódica mente con todos los atacados de este mal, que ingresaban al hospital, y nos dijo que había venido de la hacienda de Santa Rosa situada á orillas del río Huarmey á cinco leguas más ó menos del puerto de este nombre, de donde había salido el mes de Enero con dirección á esta capital, habiéndose efectuado el brote en el mes de mayo. Al hospital ingresó, más por atender las frecuentes hemorragias de uno de sus tumores verrucosos, que por su estado general. Este sujeto fué presentado por el Decano de la Facultad, en el curso de su brillante conferencia dada en honor de los delegados al III Congreso de estudiantes americanos.

Creo que debemos pues, consignar esta nueva zona existente sobre la quebrada del río Huarmey.

PROVINCIA DE PALLASCA.—Por esta provincia pasa la cordillera y de ella se desprende numerosos ramales que hacen su terreno sumamente quebrado é irregular y por ello también su climatología es muy variada, en sus alturas reina un frío glacial y en las hoyadas y quebradas, un calor sofocante. El trío Tablachaca ó Chuquicara la baña por el lado norte y el río que corre por el callejón de Huaylas, por el lado sur, en los que desembocan numerosos afluentes, que tienen su orígen en esta provincia.

Señala el Dr. ODRIOZOLA, en su notable monografía, los distritos de Corongo y Pallasca.—*Corongo* á 3215m. tiene un clima templado.

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

Por datos que hemos adquirido de los muchos habitantes que de ese pueblo son populares en Lima por las profesiones á que se dedican, parece que, en el pueblo de Corongo no es endémica la verruga, pues dicen que ellos solo se enferman cuando bajan á las quebradas de *La pampa, Pacatqui y Ninabamba.*

Pallasca. — Distrito de la provincia del mismo nombre está situada en una colina sobre 3159 m. de altura. Es población ventilada y de clima templado. En las riveras del Tablachaca, tanto en este distrito conmo en el de Cabana se presenta la verruga. Es posible que los habitantes del pueblo de Pallasca, como pasa con los de Corongo, sólo adquieren la enfermedad, cuando bajan á las quebradas, lo que desde luego debe ser evidente,pues en los estudios que hemos hecho en Yauyos, comprobamos que todos sus focos radican en el fondo de las quebradas y en pequeñas manchas.

Provincia de Cajatambo.—Hoy está dividida en dos provincias Cajatambo y Bolognesi. En su demarcación territorial encontramos que, los lugares verrucógenos han quedado comprendido en la juridicción de la primera, pero es indudable que en la provincia de Bolognesi también exista la enfermedad de Carrión, pues, son terrenos excesivamente quebrados y tienen gran analogía con los de Yauyos y Huarochirí, hecho del que dejamos constancia en el capítulo anterior.

En el pueblo de Cajatambo capital del distrito y provincia del mismo nombre se presenta casos de verrugas y probablemente son en las quebradas bajas donde se contaminan del mal, quebradas en las que su existencia es innegable.

Cochas.—Pueblo situado sobre el río de Huaylillas es la capital del distrito del mismo nombre, está á 460 m. de altura. Dos ramales desprendidos de la *cordillera blanca* forman la quebrada de Huaylillas que corresponde al nombre de un pueblo ubicado en el trayecto de ella. Aparte de Cochas hacía el interior y en una extensión más ó menos larga comprendiendo el distrito de Huaylillas, es endémica la enfermedad de Carrión.

Departamento de Huanuco

Con la reciente ley que eleva á la categoría de provincia el distrito de Ambo, éste departamento está formado hoy por cuatro provincias: Huánuco, Ambo, Dos de Mayo y Huamalies.

El Dr. Odriozola dice «Se pretende sostener que se ha visto casos en el departamento de Huánuco; hasta la presente no sabeque se haya presentado un solo ejemplo autentico.» Nos parece que debe ya marcarse en el departamento de Huánuco, algunos lugares donde la existencia de la enfermedad de *Carrión* es evidente. Los Doctores Zaracondegui y Showing, médicos que ejercen en ese departamento, nos aseguran, en contestación á las comunicaciones que les dirigimos, que han tratado algunos casos de verrugas.

El Dr. Zaracondegui al relatarnos la historia de cuatro enfermos por él curados, uno de ellos de menor edad; nos dice, «que en un principio, de tres meses, de un año, de meses atras, les había curado por fiebres intestinales con sospecha de Eberthianas, pero sin esa

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

manifestación de estupidés nerviosa, que es característica casi siempre en las verdaderas fiebres tifoideas, al plazo arriba indicado se presentaron en mi consultorio con las eflorescencias propias de la verruga peruana que al no ceder á las preparaciones arsenicales empleé la medicación yodada etc. etc., » Después continúa. «En el resto del departamento no se conocen, fuera quizás de algún caso esporádico; no obstante mi opinión es que muchos casos de fiebres tratadas por tifoideas, á la larga resultan verrucosas, solo que no se hacen ver con el facultativo por no dar importancia á la erupción.» El Dr. SHOWING, recuerda también haber tratado algunos casos.

Un distinguido compañero de nosotros el Señor CESAR MOROSSINI, que ha vivido algún tiempo en el departamento de Huánuco nos afirma haber visto enfermos atacados de fiebre grave en los que después se comprobaba la erupción verrucosa, á el debemos la localización geográfica de este mal, en el departamento, que corresponden á la nueva provincia de *Ambo y Huanuco.* En la primera se encuentra los lugares de *Huertas Tomayquichua y Huacar* que eran antes distritos de Huánuco, y en la segunda *Higueras*, ubicados en quebradas con calor tropical y vegetación exuberante.

DEPARTAMENTO DE LIMA

Lima y Ancachs son los departamentos verrucógenos por excelencia.—A excepción de la provincia de Lima, en las cinco restantes: Chancay, Canta, Huarochirí, Yauyos y Cañete, la enfermedad de Carrión se presenta endémicamente en sus quebradas.

Describiremos en esta parte unicamente las zonas verrucógenas que corresponden á las provincias de Chancay, Huarochirí y Canta; por habernos ocupado ya, de las que se localizan en Yauyos y Cañete, en el capítulo primero.

PROVINCIA DE CHANCAY. — Está comprendida entre los 10° 30 ' y 11° 40' de latitud y los 79.° 5' y 80° 20' de longitud, formando una area de 471 leguas cuadradas más ó menos.

La mayor parte de los terrenos de esta provincia son de costa, solo por el lado occidental una estrecha faja avanza al interios, separando las provincias de Canta y Cajatambo. Es sobre este terreno de cabecera de costa, donde radican las *zonas de verrugas* y que corresponden al distrito de Sayan, presentándose en el trayecto de la quebrada principal y en un afluente sobre el que se encuentra el pueblo de Huaycho á una distancia de 68 kilómetros de Huacho.

Equivocadamente el Dr. ODRIOZOLA describe el pueblo de *Acos* en esta provincia, él, pertenece al distrito de Lampián en la de Canta y el Dr. PATIÑO lo menciona en su descripción.

Sin embargo no cabe dudar, que otros focos verrucógenos deben existir en la quebrada del rio Huaura y en terrenos de la Provincia de Chancay; toda vez que, es continuación de la de *Acos* lugar infectado por la enfermedad de Carrión. Cosa igual pasa en la provincia de Cañete, donde las zonas están ubicadas en la prolongación de la quebrada de Omas de la provincia de Yauyos.

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

Universidad Nacional Mayor de San Marcos Biblioteca Lima-Perú

Provincia de Huarochiri.— En estas provincias se encuentran las zonas de verrugas que se han hecho célebres, por la terrible epidemia que ocacionara tantas víctimas , durante la época de la construcción del *Ferrocarril á la Oroya.*

Es notable también por las pequeñas epidemias, que, con posterioridad,á ese culminante hecho en la historia de la enfermedad de *Carrión,* se han venido sucediendo, como la desarrollada últimamente en *Matucana.* Mantiene así, vivo, el interés científico, en los profesionales que se dedican al estudio de este mal nacional.

Es la zona que envía mayor contingente de enfermos verrucosos á los hospitales de Lima.

La provincia de Huarochirí está comprendida entre los 11º 20' y 12º 35' de latitud y los 78º 20' de longitud y forma una extensión de 384 leguas cuadradas. En cuatro distritos de esta provincia es endémica la enfermedad de *Carrión*: *Matucana, Santa Eulalia, San José de Chorrillos y Huarochirí.*

Matucana capital de la provincia de Huarochirí y del distrito del mismo nombre, es una pintorezca población que se encuentra á 2,337 m. de elevación sobre el nivel del mar y á una distancia de 103 kilómetros de la ciudad de Lima.

Según los datos que adquirimos personalmente en el citado pueblo de *Matucana,* la verruga á existido en este lugar desde tiempo inmemorial. Corre en nuestras manos algunos datos estadísticos sobre la mortalidad ocasionada por la enfermedad de Carrión desde el año 1900 hasta 1912, es decir hasta última epidemia, que, en el espacio de un semestre se contaron 67 defuncioness.

Pertenecen al distrito de *Matucana* las siguientes localidades infectadas por el mal de Carrión; los pueblos de *Surco* á 2.030 m de elevación; *San Bartolomé* á 1,512 m ; *Cocachacra* á 1 407 m. y los lugares de *Esperanza* 1,705 m.; *Agua de Verrugas* 1.780 m.; *Cuesta blanca* 1.830 m.; *Unibamba* á 1,120m.; *Corcona* 1,155 m.; *Purhuay* á 1,128 m.; y *Santa Ana* á 980 m. situados en el trayecto de la quebrada y sobre la orilla izquierda del Rimac.

Santa Eulalia, capital del distrito del mismo nombre, se ubica en la margen derecha del río Santa Eulalia, uno de los principales afluentes del Rimac, verificándose la unión á unas pocas cuadras de Chosica. En el curso de esta quebrada secundaria encontramos los siguientes focos verrucógenos: *Santa Eulalia* á 900 m. de altura; *Palle* á 960 m.; *San Gerónimo* á 980 m. La quebrada que estudiamos es angostísima. Los cerros que la forman tienen una elevación considerable y afectan disposiciones caprichosas.

San José de Chorrillos presenta los pueblos de *Sisicaya* á 914 m.; *Chacra Alta y Espíritu Santo* donde es endémica la enfermedad de Carrión. Están situados en las riberas del río Lurín y á 47 kilómetros de esta población.

Huarochirí ofrece una pequeña zona verrucógena descubierta por el Dr. Julio C. Tello Dicho lugar llamado *Huashuacaya,* está situado á poco más de media legua del pueblo de Huarochirí, sobre la márgen derecha del río denominado San Lorenzo que uniéndose con el río Cachy, que baja de la provincia de Yauyos,forma el río *Mala.*

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

No consignamos ciertos lugares como *San Pedro de Casta, Otao* etc. etc., señalados para el Dr. ODRIOZOLA como zonas de verrugas; porque en estos sitios realmente no existe la enfermedad y si algunos de sus habitantes se ven atacados del mal, lo contraen en las quebradas vecinas. Personalmente tomamos datos de los habitantes de estos pueblos y todos están acordes en negar su existencia. El Dr. TELLO también señala el hecho y encuentra la explicación en el clima impuesto por la altitud de su situación.

PROVINCIA DE CANTA.— Comprendida más ó menos entre los 10º 40 º y 11º 40' de latitud y los 78º 45 y 79º 10' de longitud forma una superficie de 108 leguas cuadradas.

Consta de diez distritos y su terreno es execivamente quebrado con producciónes de todos los climas, siendo también rico en el reino mineral.

Ya hemos dicho al comenzar nuestro trabajo que las provincias de Canta, Huarochirí y Yauyos, topograficamente estaban configuradas de un modo semejante, no es extraño pues, que en Canta, como en Huarochirí y Yauyos, abundan las quebradas con endemias del mal *Carrionico*. En efecto el Dr. BENJAMIN PATIÑO médico titular de la provincia de Canta y natural de ella, en una interesante carta, nos hace la descripción de numerosas *zonas verrucógenas* existentes en las quebradas de dicha provincia y no vacilamos en reproducir los párrafos correspondientes á la distribución geográfica.

«Los lugares verrucosos, dice el Dr. PATIÑO, están situados á lo largo de las dos principales quebradas que cruzan esta provincia: la de *Yangas* ó del *Chillon* que es el río que la recorre y la de *Acos* ó del río *Pasamayo*. Ambas quebradas nacen en las vertientes occidentales de la *Cordillera de la Villa* y se dirijen al Pacífico, formando en su sinuoso curso, algunos valles, entre ellos, el de *Yangas y Carabayllo* la primera y el de *Acos* y *Chancay*, la segunda. Como decía, en estas quebradas; se encuentran diseminadas de trecho en trecho las zonas verrucosas; así en la quebrada de Yan*gas* ó del *Chillón* tenemos á partir de las cabeceras de costa, los siguientes sitios verrucógenos: *Lucumapata* (Distrito de San Buenaventura), *Huaririmayo* (Distrito de Huamantanga), *Cucucha*, el pueblo de *Yaso*, *Veinticinco* y el caserío de *Santa Rosa de Quives*.»

«A este último lugar viene á desembocar la pequeña quebrada del río *Araguay*, en la que existen lugares netamente verrucosos y son: el pueblo de *Collo* el caserío de *Llicahusi* y *Antamasa*. Todos estos lugares á partir de *Cucucha* pertenecen á la jurisdicción del distrito de *Araguay*. La altura barométrica de la zona superior ó sea la chácara de Lucumapata es de 3200 metros más ó menos. A partir de *Quives* se observa la verruga en *Larancocha* el pueblo de *Yangas*, *Hornillo*. Estando este último lugar á una altura aproximada de 1.500 m.»

«En la *quebrada* de *Acos* ó del *Pasamayo*, siguiendo el curso encajonado de ésta quebarda encontramos la verruga en los siguientes puntos: *Canchur*, pueblo de *Acos* á 2.800 m. de elevación. *Mataca*, *Rauri*, *Añasmasyo*. A este sitio converge la pequeña quebrada de San Agustín en la que el único sitio verrucogeno es *Huayapam-*

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

pa pueblo que pertenece al distrito de San Agustín. A partir de Añasmayo los sitios verrucosos son *Guayo y Vilca.*»

* * *

Es evidente que, el conjunto de medios, de todo orden, que rodean una zona ó región determinada, *imprime* un sello especial á las enfermedades que son endémicas en esos lugares y á las que se presentan en ellos, bajo la forma epidémica ó esporádica. Conservando la unidad etiológica, éstas enfermedades, aparentan evoluciones clínicas variadas, que indudablemente pueden ser orígen de error de diagnóstico, de los profesionales que por primera vez visiten dichas zonas.

Bien sabemos que nuestra patria está formada por un extensísimo territorio, donde tienen cabida los climas más diversos. El sabio Raimondi decía: (1) «Muy pocos países, tal vez ninguno, puede como el Perú ofrecer reunido en su territorio, un extenso litoral con buenos puertos;áridos y dilatados desiertos cubiertos de abrazadora arena como los del Continente Africano, é interrumpidos por deliciosos oasis de muy lozana vegetación; un poco más arriba una agradable y sana región, donde reina una perfecta primavera y donde el terreno produce con abundancia todos los frutos de las regiones templadas de Europa, regiones entrecortadas por los paisajes alpestres más variadas, en donde se suceden como en un panorama, profundas quebradas, estrechos desfiladeros, ríos torrentodos con atrevidos puentes colgantes y hermosas cascadas; á mayor altura mesetas que se prolongan á veces en extensos llanos sin árboles,cubiertos casi exclusivamente de gramineas que recuerda las monótomas y dilatadas estepas del Asia; en la cumbre de la colosal cadena, la imponente vista de la helada cordillera con inmensas moles de eterno hielo, que despierta la idea de las inhospitalarias regiones, por último en la vertiente occidental, una brumosa zona constantemente envuelta en espesa neblina á la que sucede á medida que se baja, un paulatino aumento de calor, humedad, vegetación hasta penetrar en la región de los bosques propios de la América tropical».

Más adelante al hablar de la climatología del Perú dice: «A pesar de que todo su territorio, por los límites que acabamos de señalar, se halla comprendido en la zona tropical, no se debe creer por eso que su clima sea en general muy cálido; pues las corrientes marinas y aereas y sobre todo, la especial disposición orográfica del país, dan á sus distintas partes tal variedad de temperaturas, que casi se podría asegurar que no existe otro país en el mundo que reuna en sus territorios los climas más opuestos, tanto por su temperatura cuanto por el estado higrométrico de la atmósfera y cantidad anual de lluvias.»

Natural, es, pues; que, en el terreno de la patología, en nuestra patria se alberguen también, enfermedades raras como la *Verruga Peruana* y la *uta* y que esa especial configuración territorial modifique las manifestaciones de ciertas entidades mórbidas, más frecuentes en nuestro suelo, como el *tifus exantemático* y el *paludismo.*

(1) *Antonio Raimondi.*—Boletin de la Sociedad Geográfica.—Lima 1899.

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

La *enfermedad de Carrión* escoge por morada, esas profundas y angostas quebradas de que habla el sabio RAIMONDI; quebradas que están constituídas por los ramales secundarios que se derivan de la gran *Cordillera de los Andes*; y allí, donde el calor es tropical y la vegetación exuberante .

¿Existe la verruga exclusivamente en el Perú?. Después de la lectura de lo que dicen sobre ésta enfermedad los grandes historiadores de Indias PEDRO PIZARRO, GOMARA, HERRERA, GARCILAZO, OVIEDO, CIEZA. etc. etc. (1) no queda lugar á duda de que la verruga ha existido en el Ecuador. Pero por hoy debemos decir, que esta enfermedad se presenta *unicamente* en el Perú; pues si en los tiempos modernos se hubiesen visto, en la vecina República del nòrte, casos de la enfermedad de Carrión, ellos no habrían pasado desapercibidos para algunos médicos del Ecuadror, que han hecho sus estudios profesionales en el Perú y que por consiguiente han aprendido á diagnosticar esta afección en nuestros hospitales, donde abundan los casos de verrugas.

Del hecho de que en el Perú existen enfermedades propias de algunas zonas de su territorio, se desprende claramente la enorme importancia que debe tener entre nosotros, el estudio de la *Geografía patológica nacional*, estudio que por desgracia esta casí completamente olvidado.

MOVIMIENTO MEDICO

TRATAMIENTO DE LA ANQUILOSTOMIASIS POR EL TIMOL:—De un trabajo muy documentado é ilustrado sobre la anquilostomiasis en algunos estados de Norte América por el Dr. John A. Ferrell, que publica el *Journal of the American Medical Association*, tomamos la parte referente al tratamiento.

El timol útil en otras helmintiasis á igual título que para combatir el anquilostoma, merece la atención de los practicos, en particular lo referente á detalles de su administración.

Como se cura la anquilostomiasis? —Se trata generalmente con sal de Epsom y polvos de timol en Cápsulas. La sal de Epsom tiene por objeto limpiar el intestino del mucus y otras sustancias que envuelven los anquilostomas y los protejen de la acción del timol. El paciente debe tomar muy poco alimento por la tarde la víspera de la administración del timol y en la noche se le dará una dósis de sal de Epsom. A la mañana siguiente, tan pronto que se manifieste la acción purgante de este salino, tomará la mitad de las cápsulas de timol prescritas; dos horas después la otra mitad de ellas, y finalmente dos horas después de esta segunda dósis de timol una nueva cantidad de sal de Epsom que expulsará los parásitos obligados por el timol a abandonar su hospedaje en la pared intestinal, á la vez que determinar á la eliminación del timol en exceso antes que pueda producir efectos perjudiciales sobre el paciente.

---

(1) *Pablo Patrón.*—La verruga de los conquistadores—Lima—1886.

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

No debe tomarse alimento el día que se ingieren las capsulas de timol hasta que la dósis final de Sal de Epsom haya producido sus efectos laxantes. Lo único que puede permitirse es un poco de agua ó bien café fuerte sin leche.

Como el alcohol y los aceites disuelven el timol, haciéndolo muy venenodso para el paciente, su uso en cualquier forma es excesivamente peligroso. Las grasas, mantequilla, leche, todas las bebidas alcohólicas y medicamentos patentados que generalmente contienen alcohol deben prohibirse, desde la noche anterior al día del tratamiento. Muchos pacientes afectados de anquilostomiasis son dilatados del estómago y en ellos está víscera no se vacia sino lentamente; siendo importante que el timol llegue pronto al intestino, se acostará á estos enfermos sobre el lado derecho por lo menos media hora des; ués de la ingestión de cada dosis de timol.

Dosis:

de 1 a 5	años	50 centígs	en dos partes
de 5 a 10	,,	1 gramo	id
de 10 a 15	,,	2 gramos	,,
de 15 a 20	,,	3 gramos	id
de 20 a 60	,,	4 gramos	id
de 60 para arriba		3 gramos	id

Como se ve la dósis de timol varía con la edad del paciente. Como la enfermedad retarda el desarrollo y jovenes de 18 años parecen de 13,la edad aparente y no la real determina la dósis. El médico debe vigilar el tratamiento.

El timol debe ser pulverisado y dado en capsulas, agregandole azucar en proporción igual asi sus efectos son mejores.

En la mayoría de los casos el tratamiento descrito repetido dos veces, expulsará todos los helmintos. Pocas veces es preciso repetir la dósis más de dos veces no obstante se ha presentado ejemplos de ser necesario repetir el tratamiento hasta once veces.

Los helmintos que sobreviven después del tratamiento por el timol quedan tan debilitados que no depositan huevos durante dos semanas; un examen microscópico de las heces hecho después de este tiempo permitirá comprobar si todos los parásitos han sido destruídos, y se suspenderá por consiguiente el tratamiento.

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

LEISHMANIASIS DEL DERMIS EN EL PERU

por el doctor Felipe Merkel

En el trabajo que con este nombre publica el Dr. Monge, me atribuye afirmaciones que en ninguna ocasión he expuesto. Como este error podría, con el tiempo parecer verdad é fuerza de repetición, me veo obligado á refutarlo aclarando mis ideas emitidas al respecto, ya que el Dr. Monge parece no haberme comprendido, cuando exclama,con énfasis,que mi modesta contribución «*La uta* « (V Congreso Méd. Lat. Amer.)»es una prueba notable de apreciación clínica, cuando nos asegura que parte de los utosos, son leish- « maniásicos y es un paso atrás cuando nos dice que las lesiones mu- « cosas, calificadas utosas, son función de tuberculosis cutánea, etc.»

Yo no he afirmado que«las lesiones mucosas son tuberculosis cutáneas», sino que *las lesiones tuberculosas en general, cualquiera que sea su asiento, en la piel ó mucosas, se confundían con la uta.*

En efecto, cuando digo en mi citado trabajo que «en el derivado *utosos* se incluyen á los individuos atacados de una lesión cutánea de carácter corrosivo», quiero expresar que existe entre nosotros lamentable confusión de diagnóstico en materia dermatológica. En nuestra Facultad,como todos sabemos,no se enseña ó no se ha enseñado Dermatología y esto explica la inclusión de ulceraciónes sifilíticas, tuberculosas, ectimatosas, las propias de las zonas tropicales, las fagedénicas, etc., etc. en el cómodo término «uta».

De todas las lesiones ulcerosas, las más frecuentemente confundidas con la uta,han sido las que en mi clasificación corresponden á los grupos I y II (1)

En el grupo I ó sea «*úlcera tropical ó fagedénica de los países cá-* «*lidos* á spirochoeta Schaudinni(Prowazek)1907,incluímos á los por- «tadores de grandes úlceras en los pies ó piernas(regiones maleola- «res de preferencia);lesión que abunda en la cuenca del Pangoa, «donde se le designa con el nombre de *uta* y aún,más frecuentemen- «te, con el de «*la llaga*».

La confusión de los enfermos de este grupo con los verdaderamente ustosos, tenía que ser fácil,no solo por el aspecto de su lesión,sino también por su procedencia de regiones utosas y aún por el nombre con que ellos mismos designan sus úlceras.

En el 2.º grupo ó sea «*tuberculosis cutáneas* (bac. Koch ó sus «toxinas) comprendemos los casos observados en nuestra sierra, «más *no procedentes de las quebradas ó focos utosos*;que presentan ge- «neralmente ulceraciones más ó menos extensas en la cara,al rede- «dor de las aberturas naturales,invadidas las mucosas de estas cavi-

(1) *Merkel*,—La uta .—V Congreso Médico Latino Americano (VI Pan Americano.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Gran Imperio de América

«dades, destruyendo cartílagos,produciendo estenosis y vastas mu-«tilaciones horribles.

«Que *los lúpicos* han sido confundidos con *los utosos*, lo prueba «la constancia con que el bac.Koch es invocado en la etiología de la «uta en los trabajos,no solo clínicos, sobre la endemia, sino tambiéb «de índole técnica,como ya lo hemos hecho observar. En efecto, fi-«guran en ellos: *resultados positivos* en la investigación directa del «bacilo (Barrós);terminación con *tuberculización pulmonar* (Pagaza); «*reacciones francamente positivas* á la tuberculina de Koch (Biffi-«Gastiaburú);hallazgo de *bacilos ácido resistentes* en cortes de utoma «(Tamayo).

Ahora bien, si del número de los vulgarmente llamados *utosos*, separamos los afectados por las diversas ulceraciones mencionadas y sobre todo los incluídos en el 2.º grupo ó sea los lúpicos, nos quedan los *verdaderamente utosos* ó atacados de *uta*, *kceppo*, *tiac-araña* ó como quiera llamárseles y son ellos los *únicos* que he considerado como tales en el III grupo de mi clasificación:

«*Tercer grupo*:(1) *Botón de Oriente* (leishmania tropica) y *otras dermatosis afines*.

«Está formado por los portadores de pequeñas ulceraciones «casi siempre múltiples,no muy destructivas, que son auto-inocula-«bles(«me brincó la uta», dice el indio) que sanan fácilmente, no du-«ran mucho tiempo y que han dado fama curativa á variadísimos «remedios,por que evolucionan expontáneamente hacía la curación.»

«Al lado de estos á leishmania tropica, habría talvez lugar para «una sub-clase á germen x,á la que corresponderían los casos graves «y raros de uta de *grandes procesos ulcerosos invasores*,de larga dura-«ción (15 años y más)incurables y que no pueden encontrar cabida «en la clasificación precedente.»

Como se ve, yo no he sostenido en ningún momento, como se me atribuye gratuitamente, que «*las lesiones mucosas calificadas utosas, son función de tuberculosis cutáneas*» «ó como se dice más lejos: «de esas grandes lesiones destructivas que Merkel califica de Lupus.« He querido precisamento separar á los lúpicos que están incluídos en mi 2º *grupo*, pues, de no ser así, no habría expresado terminantemente que«*en él comprendemos los casos observados en nuestra sierra, más no procedentes de las quebradas ó focos utosos*». Mucho menos aún habría dicho, en el 2.º párrafo del III grupo: «al lado de estos (utosos) *á leishmania tropica*, habría talvez lugar para una subclase *á germen x*, á la que corresponderían los casos graves y raros de uta de *grandes procesos ulcerosos invasores*, de larga duración, incurables etc.»

No puedo explicarme bien las falsas interpretaciones dadas á mi trabajo, porque se me hace difícil suponer que no haya sido comprendido, cuando la cuestión está tan clara.

Queda, pues, completamente desprovista de fundamento la 9.a conclusión á que llega el Dr. Monge, en la que probablemebte se sustituye mi nombre con el del Dr. Escomel, por error de imprenta.

En lo que estamos perfectamente de acuerdo con el Dr. Monge, es en la principal conclusión de su trabajo, la cual no difiere de la

(1) *Merkel*.—Loc. cit. pag. 33.

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

que expuse en su oportunidad, sino en fecha, pues, hasta en la forma se parecen como puede juzgarse por las siguientes copias:

Del folleto «La Uta» —Merkel —18 de junio de 1913.

«III.—La *leishmania* presentada hasta la fecha de 12 de julio de 1913 bajo distintos nombres, *como generadora de la uta*, no es otra, probablemente, que *la leishmania de Wright, generadora del Botón de Oriente.*

«Decimos «probablemente», porque al lado de la leishmania de Wright, quizás existan algunos *parásitos congéneres*, que serían talvez los causantes de esas *formas especiales* de uta á las que nos hemos referido *al describir las ulceraciones utosas correspondiente al tercer grupo.*«

Y de «La Crónica Médica» de Diciembre de 1914:«Leishmaniasis del dermis en el Perú»—Monge:

«4) El agente patógeno es la Leishmania tropica (Wright). Las formas humanas nos permiten suponer la existencia de una variedad la *leishmania tropica* (Wright) var. *flagelada* (Escomel, Monge) que tal vez explicaría su mayor virulencia y las lesiones mucosas graves de este continente.»

Repetir lo que otro ya ha sostenido es común; pero, cuando se trata de algo que aún se discute,como en el presente caso, es costumbre indicar que lo que se afirma es repetición. Además, al juzgar un trabajo ajeno, hay que fijarse atentamente en su contenido, á fin de no correr el riesgo de interpretarlo equivocadamente, lo cual puede prestarse á diversos comentarios.

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

REVISTA DE TESIS

La delincuencia infantil ante el concepto de la medicina legal.— Tesis presentada por Alfonso de las Casas, para optar el grado de Bachiller.

Estudia la delincuencia infantil bajo dos aspectos principales: la causa del delito en los infantes (etiología) y los medios inmediatos y remotos que deben emplearse para extinguirla (profilaxia y terapeutica).

Antes de abordar la primera, esboza lo que es el delito y las diversas escuelas criminologicas, ocupándose de los factores que determinan el delito, tanto endógenos, como exogenos.

En la segunda parte del trabajo, estudia las medidas que se emplean en los diferentes países para evitar la delincuencia infantil, y señala la falta de estos institutos benéficos entre nosotros.

Las conclusiones de esta tesis, son las siguientes.:

1.a El problema de la delincuencia infantil es distinto al de los adultos.

2.a La razón de esta separación no está tan solo en la edad, sino en juzgarse á los menores, por la medicina contemporánea, como más débiles, y por lo tanto más necesitados de protección y ayuda.

3.a Que son el Estado y la Sociedad los obligados á proteger al niño delincuente.

4.a Se lucha contra la delincuencia infantil, por la profiláxia y la terapéutica. En la primera están comprendidas todas las medidas tendentes á evitar la degeneración. Mas si el mal está hecho, la terapeutica se impone, pero estudiando de antemano la individualidad á quien va á aplicarse el remedio.

5.a La terapeutica puede darse por medio de educación especial, que se haría en Reformatorios modelo y Escuelas Agrícolas industriales.

6.a Debe suprimirse la llamada gira, que nuestra policía emplea, como medida correctiva de nuestros delincuentes menores.

7.a Es urgente la dación de leyes protectoras á la infancia.

La radioscopia como medio de exploración en las afecciones de los órganos toraxicos.—Tesis para optar el grado de Bachiller por Carlos M. Aguero.

La tesis está dividida en los siguientes capítulos: *Historia y evolución de los rayos X.—Propiedades de los rayos X sobre los tejidos.— Material que he empleado en mis trabajos.— Radioscopia del torax.— Como debemos examinar el torax.—La radioscopia en la tuberculosis pulmonar.—Exploración radioscopica de las pleuresias.—Exploración radioscopica del aparato circulatorio.*

Sus conclusiones son las siguientes:

1.a En la exploración del torax la radioscopía debe ocupar siempre, lugar preferente y preceder á la radiografía.

2.a En los casos sospechosos de tuberculosis, la radioscopía nos permite hacer el diagnóstico precoz, descubriendo el foco tubercu-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Dirección del Sistema Bibliotecario

loso, y precisar la extensión de las lesiones en los casos de tuberculosis confirmada.

3.a La radioscopía en las lesiones pleurales, permite el estudio de la evolución, y en las pleuresias diafragmáticas de marcha torpida, permite descrubirla y aclarar el diagnóstico.

4.a La radioscopía en el exámen del aparato circulatorio,permite descubrir en el corazón deformaciones, y en la aorta los aneurismas que podían estar confundidos con tumores del mediastino.

La tuberculosis en el ejército bajo el punto de vista médico legal.—Tesis presentada por Mitridates Chavez.

Estudia la tuberculosis desde el punto de vista militar, definiendo lo que se entiende por ella, y ocupandose de las tres modalidades en que debe estudiarse esta tuberculosis, es decir, del tuberculoso militar profesional, cuya afección estalla en soldados que han tenido anteriormente buena salud; del tuberculoso militar cuya afección se manifiesta durante el periodo de instrucción, y del tuberculoso llamado civil, en donde trata de la indudable influencia que ejerce la selección de los contingentes de conscriptos llamados al servicio, y cuya enfermedad se manifiesta en los primeros meses de la vida militar.

En un segundo capítulo, trata de la responsabilidad del Estado para con los tuberculosos de la primera y segunda categoría, indicando los principios de la legislación actual sobre las pensiones militares y los medios practicos de hacer efectiva esta responsabilidad, por medio de los sanatorios, pensiones vitalicias, temporales, asistencia en el seno de la familia etc. etc..

En un capítulo final se ocupa de las consideraciones tanto económicas como sociales que sujieren el estudio de la tuberculosis en el ejército, que reclama el establecimiento del seguro militar obligatorio.

El ocena, su microbio y tratamiento por las inyecciones de parafina. Su vacuna.—Tesis que para el bachillerato presenta Alejandro Acha Flores.

El ocena es un tema de actualidad, el señor Acha lo trata correctamente y llega á las siguientes conclusiones.

1.a El ocena es una enfermedad especifica, infecto-contagiosa.

2.a El agente patógeno de esta enfermedad es el coco-bacilo fitidus ozena de Perez.

3.a El contagio canino por las secreciones nasal y salivar y el contagio humano por las costras y secreciones purulentas de la nariz, tienen indiscutible valor etiológico en la génesis de esta enfermedad.

4.a Es necesario vigilar la profilaxia de esta enfermedad en las familias y en las escuelas.

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

5.a El descubrimiento del suero-vacuna de Hoffner asegura, en el porvenir, la curación radical del ocena, siempre que sea aplicado en los comienzos de la enfermedad.

6.a Debe procurarse hacer el diagnóstlico precoz del ocena.

7.a Las inyecciones de parafina constituyen por ahora, el único tratamiento eficaz del ocena.

La urotropina por vía hipodermica en la fiebre tifoidea.—Tesis presentada por Angel D. Campodónico.

Los tratamiento que se han propuesto para la fiebre tifoidea son innumerables, el sustentante se declara partidario decidido de la urotropina, pero hoy ante la medicación específica por medio de la vacuna, los demás tratamientos tienen que posponerse.

Acompañan á la tesis seis observaciones clínicas.

He aquí las conclusiones:

1.a Toda fiebre tifoidea, por benigna que ella sea, debe ser tratada por la utropina, sobre todo por vía hipodérmica.

2.a Todo individuo en vía de convalecencia de fiebre tifoidea, debe someterse al tratamiento urotropínico.

3.a La urotropina es un desinfectante poderoso de las vías biliares, debe usarse, por consiguiente, en todas las afecciones de estas y sobre todo en los estados patológicos motivados por la fiebre tifoidea.

4.a La urotropina eliminandose á nivel de las mucosas y en especial de las del tubo intestinal, verifica su antisepsia.

5.a Igualmente, lo hace por las vías urinarias, quitando á los gérmenes toda nocividad y evitando toda complicación piélica.

6.a En las meningitis tíficas debe tentarse el tratamiento urotropínico.

7.a Todo tífico que presenta hemorragia intestinal, no debe sometersele al tratamiento referido.

8.a De la misma manera á todo aquel que presente lesiones renales, sea cualquiera su origen.

9.a La urotropina debe su acción á la descomposición en las vías de eliminación y á la puesta en libertad de cierta cantidad de formol.

10.a La urotropina, es duirética, antitérmica y desinfectante.

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

BIBLIOGRAFIA

SEMIOLOGIA PRACTICA PLEUROPULMONAR CARDIACA Y VASCULAR por el Dr. P. Ferrer Piera, profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona.— 1 vol. de 366 pag. y 46 figuras— Editor *Antonio Virgili* S. en C. editores.—Rosellon 208—Barcelona.

En este libro expone el autor con claridad magistral, la semiologia cardiaca, sin dejar de lado las últimas conquistas que ha alcanzado tan importante capítulo de la Propedeutica.

NOVOS METHODOS PARA O DIAGNOSTICO DA TUBERCULOSE POR el doctor Joaquin Moreira da Fonseca.— Rio de Janeiro.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO CLINICO DE LA ANEMIA DE LOS NECATORIASICOS EN GUATEMALA por el doctor Rufino García Rosal.

En esta importante tesis el autor sostiene que la anemia tropical es producida en Guatemala por el *nacator americanus*.

CITOLOGIA, parte teórica, por Jaime Pujiula, S. J. director del laboratorio Biológico del Ebro.— 1 vol. de 300 pag. profusamente ilustrado.—Editor *Miguel Casals Gambus*, calle Pino, 5, Barcelona (España).

Para dar una idea de la importancia de esta obra indicamos á continuación los títulos de los capítulos en que está edividida. La celula y su membrana.—Protoplasma.—Metaplasma.—Nucleo.—Fisiología citológica.— Nutrición.—Reproducción celular.—Cuestiones citológicas.—Ojeada histórica sobre el origen y desarrollo de la citologia.— Citología Especial.

LA PSIQUIATRIA DEL MEDICO PRACTICO, por el doctor A. Fernandes Victorio, profesor de la asignatura en la Academia Medico-Militar.— 1 vol de 400 pag.— 8 pesetas.—Editor *Manuel Marin* 273 Provenza.— Barcelona.

Este libro está dividido en 3 partes : las funciones psiquicas; los síntomas psiquicos y las psicopatias, que el autor desarrolla con claridad y presición didactica, que sinceramente aplaudimos.

En veintiocho lecciones, compendia toda la Psiquiatria, exponiendo las últimas ideas que dominan en la ciencia de los Pinel, Kraepelin etc.

REVISTAS.— Hemos recibido «Policlínica Sevillana» de Sevilla, «La Especialidad Practica» y «Hojas Médicas» de Zaragoza con las que establecemos gustosos el canje.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Proyecto de Digitalización - Sistema de Bibliotecas