

La Crónica Médica

AÑO XXXII — LIMA, NOVIEMBRE DE 1915 — N.º 629

DEBEN HACERSE HONORARIOS Y GRATUITOS LOS CARGOS DE MEDICOS DE LOS HOSPITALES Y DISPENSARIOS?

En una de las últimas sesiones de la Sociedad de Beneficencia de Lima se ha presentado por la comisión de Hospitales, un proyecto para declarar en lo futuro, honorarios y gratuitos los puestos de médicos de los hospitales y consultorios sostenidos por la institución.

Este proyecto tiene por fundamento la oferta de servicios gratuitos hecha por algunos especialistas jóvenes para regentar consultorios de su respectiva especialidad.

Los autores del proyecto aludido son profesionales colocados en ventajosa situación económica no derivada del ejercicio de la medicina, e incurren en error juzgando por su estado financiero el de sus compañeros. Bien distinta es la realidad para el cuerpo médico en general.

En este medio social, con corto número de excepciones, los médicos y los cirujanos son mal remunerados; trabajan empeñosos sin la certeza de recibir el pago de sus esfuerzos y muchas veces, de manera netamente gratuita, terminando sus días de labor con escaso beneficio efectivo. De allí resulta para ellos un total de ingresos mensual demasiado modesto para afrontar necesidades sociales en armonía con su rango. Sabedores de esta poco halagueña situación de la gran mayoría de los profesionales, agravada en la actualidad por la crisis económica que sufre el país entero, no pueden indiferente se proponga quitar, ahora ó en lo porvenir, á los médicos de los hospitales y consultorios de la Beneficencia el modesto honorario que perciben. El trabajo de estos médicos está muy moderadamente remunerado, los que sirven en los hospitales de Lima se hallan á este respecto en condición inferior á los de otros hospitales del Perú, los del Callao, por ejemplo. Debe bastarle pues esto á la Sociedad de Beneficencia y conformarse con la abnegación de los profesionales, para servir al desvalido en sus casas de misericordia con retribución insuficiente, y no pedirles el sacrificio absoluto de su actividad en aras del altruismo.

Crea la Sociedad de Beneficencia que es indispensable para los médicos de hospitales y consultorios la modesta renta que les tiene asignada y antes de sancionar el proyecto de hacer esos cargos honorarios, medite en la inoportunidad y falta de justificación de la reforma.

Después de estas consideraciones de orden económico, estudiemos los fundamentos del proyecto y los ejemplos que pudieran invocarse en su favor.

No es comparable la actuación de los médicos que sirven en los hospitales gratuitos, con los de los hospitales extranjeros. Los cirujanos del «Hospital Italiano» y el de la «Maison de Santé» francesa además de llevar á esos hospitales de paga, sus propios clientes para operarlos ó tratarlos por un honorario más ó menos elevado, reciben de los otros enfermos que allí operan retribución en armonía con la importancia de su labor. Los médicos internistas atienden allí á personas acomodadas que después de su curación quedan clientes suyos y como se vé unos y otros obtienen, beneficio pecuniario muy superior al reducido de los que trabajan en los hospitales de Beneficencia de Lima donde nada pueden ni deben esperar de sus enfermos.

Los médicos que han ofrecido servir gratuitamente consultorios de especialidades, son prácticos jóvenes, ávidos de adquirir experiencia en la rama de los estudios médicos que cultivan, pero que, seguramente no dedicarán á ese trabajo voluntario el tiempo destinado á su clientela en formación. Estamos ciertos del funcionamiento irregular de algunos de esos nuevos consultorios, y dudamos de su estabilidad dada la deficiencia entre nosotros de la gran balanza que se llama perseverancia.

En el mejor caso no hay paralelo entre los esfuerzos de quienes trabajen en días alternados durante una hora y con entera libertad, con la suma de energías que requiere el desempeño de los consultorios generales gratuitos. A estos acuden diariamente más de 60 enfermos que deben ser interrogados, examinados, clasificados, recibir su prescripción y los consejos complementarios y además ser inscritos en los libros de estadística. Es esta tarea tan pesada que hecha por mero altruismo supondría extraordinaria abnegación.

Han ofrecido servir gratuitamente consultorios quirúrgicos los cirujanos de los hospitales. Esta oferta se explica por tratarse de un trabajo adicional que sirve á los fines de la selección, evitando llenar sus salas con enfermos leves, caraces de continuar residiendo en sus casas y venir cada día á ser atendidos. Se explica también la oferta porque estos cirujanos cuentan con personal de médicos y alumnos que hacen practica al lado de ellos y les prestan eficaz ayuda.

En resumen, el examen de las solicitudes hechas para prestar servicios honorarios en los hospitales, juzgado con criterio benévolo pone de manifiesto á lo más, la existencia de actividades aprovechables en bien de los desvalidos sin aumentar los presupuestos de esas casas; pero de ninguna manera permite deducir la conveniencia de dar carácter honorario y gratuito á todos los cargos médicos de la Sociedad de Beneficencia que cuenta con medios suficientes para continuar remunerándolos.

La retribución del trabajo es base de toda buena administración, y probables por ello, que no serían el orden y la puntualidad las características del servicio médico gratuito en los hospitales.

Por mucha abnegación y celo que se suponga en los médicos, no podrían en muchos casos por servir gratis á los pobres, desatendersus intereses personales hallándose obligados á encontrar exclusivamente en su clientela privada los medios de subsistencia.

Juzgamos por todas las razones anotadas que la Sociedad de Beneficencia cometería grave error sancionando el proyecto de su comisión de Hospitales y esperamos que el informe del Sr. Vice-Director á cuyo estudio ha sido sometido, le niegue opinión favorables. De todos modos tiene la adversa del cuerpo médico.

LA CURACION EXPONTANEA DE LA TUBERCULOSIS RENAL

Por el Dr. CARLOS MORALES MACEDO

El tratamiento de la tuberculosis renal es tema que ha provocado en los últimos tiempos numerosos trabajos científicos y suscitado interesantes discusiones en las sociedades médicas. Desde que se puso de manifiesto la posibilidad de extirpar un riñón y su relativa inocuidad para el enfermo, la nefrectomía ha sido aplicada con éxito siempre creciente en los casos de tuberculosis renal unilateral.

Posteriormente se le antaron veces aisladas preconizando las excelencias del tratamiento exclusivamente médico. El asunto se llevó al Congreso Internacional de Medicina en 1900, á los Congresos de la Sociedad Francesa de Urología, desde 1908; á los de la Asociación Internacional de Urología habidos en París y Londres; al III Congreso Alemán de Urología, etc. y ha sido ampliamente discutido en los principales centros científicos.

En todas partes la opinión á favor del tratamiento quirúrgico prevaleció por inmensa mayoría. En efecto, las modernas estadísticas de nefrectomías por tuberculosis proporcionan argumento de gran valor en apoyo de la intervención. Con el perfeccionamiento de los métodos de exploración renal que permiten hacer el diagnóstico en época menos avanzada de la enfermedad, y con los adelantos en la técnica quirúrgica, se ha llegado á reducir la mortalidad post operatoria al 2 ó 3 por ciento y á obtener resultados lejanos relativamente satisfactorios.

En nuestros días, son muy pocos los que aconsejan intentar un tratamiento médico antes de recurrir á la operación; la nefrectomía precoz es la última palabra en el tratamiento de la tuberculosis renal.

Si bien puede considerarse ya formada una opinión respecto al tratamiento de los tuberculosos renales, todavía queda en discusión la posibilidad de que la enfermedad cure espontáneamente ó con la ayuda de un tratamiento médico. El asunto se presenta á nuestra consideración bajo dos puntos de vista diferentes: 1º. La posibilidad

de la curación de tuberculosis renales avanzadas; y 2º. La existencia de tuberculosis renales larvas, que curan espontáneamente al principio de su evolución. Nos ocuparemos sumariamente del primer punto, que ha sido bastante estudiado, y daremos al segundo la extensión que merece, porque de él pueden derivarse interesantes conceptos respecto á la patogenia de la infección tuberculosa de los riñones.

LA POSIBILIDAD DE LA CURACION DE TUBERCULOSIS RENALES AVANZADAS

Investigando en la literatura médica nos convencemos de que la aparente curación de tuberculosos renales intersticiales es hecho evidente, pero del todo excepcional. Seria difícil citar á todos los autores que como Delbet, Le Fur y Rafin, Le Dentu, Pechere y Le Clerk-Dandoy, Korteweg, Lewin, Israel, Kummel, Hartmann, Wildbolz, Eckehorn, Waldschimth, Tilden-Brown, nuestro maestro el Profesor Guiteras y otros muchos, han dado á conocer antiguos casos de tuberculosis renal que han llegado á la curación, por lo menos de manera aparente en clínica. Se trata generalmente de enfermos que no consintieron en la operación ó que no se consideró prudente operar, en los que la tuberculosis evoluciona de manera lenta y que progresivamente mejoraron de sus síntomas esenciales y en su estado general al punto de considerarse sanos.

La cistoscopia y el estudio anatómico-patológico parecen probar que tales curaciones se deben á una espontánea exclusión del riñón enfermo; el ureter se oblitera y el riñón se transforma en una cavidad cerrada de contenido caseoso. No se trata pues de una verdadera curación en el sentido anatómico de la palabra, que es el que se aplica á la tuberculosis pulmonar, porque en el riñón no se ha observado una cicatrización de las lesiones tuberculosas que sea compatible con una función normal. No tenemos noticia sino de un solo specimen, presentado al VIII Congreso de la Sociedad Francesa de Urología, por Delbet, que muestra de manera evidente la curación por transformación fibrosa de los tubérculos. Puede afirmarse que la tuberculosis renal avanzada evoluciona casi siempre hacia la infiltración y caseificación y rara vez hacia el enquistamiento fibroso. Es cierto que se suele encontrar en los riñones tuberculosos algunos focos cicatrizados por esclerosis ó cretificación, que significarían una tendencia á la curación; pero al lado de ellos se ostentan otras lesiones que prueban la marcha invasora de la enfermedad.

Todo hace suponer que la tuberculosis renal, á partir del estado en que el médico suele diagnosticarla, evoluciona hasta terminar con la muerte del riñón, ya sea por exclusión espontánea ó por extirpación quirúrgica. En la práctica, los casos de curación clínica espontánea ó con la ayuda de un tratamiento médico, no deben ser tomados en cuenta. Tales «autonefrectomías» deben considerarse como la manifestación de un admirable proceso de defensa del organismo; su existencia solo prueba que la intervención quirúrgica hubiera ahorrado sufrimientos á estos enfermos y les hubiera exi-

tado el riesgo de conservar durante años un riñón tuberculoso é insertible.

LA CURACION EXPONTANEA
DURANTE EL PERIODO INICIAL DE LA TUBERCULOSIS RENAL

Los actuales conocimientos de Patología general y muy especialmente los que se refieren á la tuberculosis, suministran muchas consideraciones de orden teórico en apoyo de la existencia de tuberculosis renales que en un principio se declucian de manera larvada é incipiente, sin provocar sufrimientos en el enfermo y sin llamar la atención del médico, susceptibles de curar por acción de una defensa natural y espontánea ó de seguir su curso hasta dar lugar á los síntomas que permitan diagnosticarla.

Desde el punto de vista práctico, cabe afirmar que en clínica es muy difícil, casi imposible, reconocer tal estado inicial de la infección tuberculosa de los riñones. Como se expondrá más adelante, creemos que la tuberculosis renal incipiente que ha curado, no deja en el riñón huellas específicas que permitan reconocerla en la mesa de autopsias ó asegurar su existencia por medio del examen histológico.

Durante nuestra práctica en la clínica del Dr. Guiteras en el «Post-Graduate Hospital» de New York, una circunstancia casual nos dió el diagnóstico de un caso, que es el que nos ha sugerido el presente estudio científico. Exponemos su historia clínica, aunque creemos que en la practica profesional jamás puede asegurarse la verdadera curación de una enfermedad que, como la tuberculosis renal, suele permanecer silenciosa y en estado latente durante largo tiempo.

S.S. 29 años, nacido en Italia, de oficio zapatero. Acudió á la clínica del Dr. Guiteras en el Post-Graduate Hospital de New York, el 26 de setiembre de 1914. Ningún importante antecedente patológico en su familia. Antes de ahora ha gozado de buena salud. En 1908 tuvo blenorragia aguda durante dos meses; curó sin complicaciones. Refiere que hace seis semanas sufrió nueva blenorragia, que todavía persiste. Nunca ha orinado sangre ni notado cálculos. En ocasiones siente ligera molestia en la región lumbar, á ambos lados. Orina más ó menos 7 veces al día y una vez en la noche.

Examen: Varicocele izquierdo muy grande. Primera orina turbia con filamentos. Segunda orina ligeramente turbia. Prostata grande y algo dura; vesículas voluminosas especialmente la izquierda. Orina después del masaje, turbia con filamentos. Un cateter N° 26 (escala francesa) pasa fácilmente hasta la vejiga. La palpación de los riñones no despierta dolor ni revela nada anormal. En el aparato respiratorio no se descubre condición patológica alguna. Funciones digestivas normales. La condición general del enfermo es satisfactoria. Temperatura y pulmón normales. Pesa 132 libras.

Principales datos del *análisis de orina:* Aspecto ligeramente turbio; sedimento abundante; reacción ácida. Densidad 1045. Urea

18 gramos por litro. Cloruros en proporción normal. Pequeña cantidad de serúm-albumina. No hay otro elementos anormal.

En el sedimento: gran cantidad de glóbulos de pus; pocas células renales; algunos cilindros hialinos ligeramente granulados; epitelio de la vejiga; elementos conectivos y mucosos; cristales de oxalato de cal. Presencia de bacterias: bacilos y cocci.

Se investigó el bacilo de Koch con resultado negativo.

CONSTANTE UREICA DE AMBARD: (Oct. 1, 1915)

Cantidad de urea en 1 litro de sangre..	Gramos	0,420
" " 1 litro de orina....	" "	18,720
" " referida en 24 horas ..	" "	21,525

Constante K. 0,089, cifra algo mayor de la normal, que indica una eliminación de urea un tanto lenta, en relación con la cantidad que se encuentra en la sangre.

El enfermo fué sometido al régimen alimenticio requerido por la condición de sus riñones, considerada hasta ese momento como una simple nefritis, y se le mantuvo en observación. Se le hicieron las curaciones que reclamaba la uretritis crónica, prostatitis y vesiculitis de que padecía. Durante el mes siguiente, la condición general del enfermo parece que no hubiera variado; á veces se queja de molestia en la región lumbar; sin embargo, las orinas son casi claras y repetidos análisis prueban que la cantidad de albumina ha ido disminuyendo gradualmente hasta reducirse á vestigios.

Cistoscopia (Nov. 17): La vejiga admite más de 180 cc. Zona superior y paredes laterales de aspecto normal. Ligera congestión en el trigono. Meato ureteral izquierdo normal. El meato ureteral derecho está grande, prominente, ligeramente edematoso y rodeado de pequeñas granulaciones tuberculosas de aspecto característico. El flujo de orina es aparentemente claro en ambos lados. Se cateterizaron los ureteres; la orina fluye con regularidad á travéz de ambos cateteres.

ANALISIS DE LAS ORINAS SEPARADAS (NOV. 17)

Riñón derecho	Riñón izquierdo.
Cantidad en $\frac{1}{2}$ hora..36 cc.	28 cc.
Color.....pálido	pálido
Aspecto.....casi trasparente	casi trasparente
Sedimento.....escaso, nebuloso	escaso, nebuloso
Reacción.....ácida	ácida
Densidad1,012	1,015
Urea14 gramos por litro	17 gramos por litro
Cloruros.....en proporción normal	en proporción normal
Albúmina.....trazas	ligeras trazas
Clucosano hay	no hay
Bilis, indican etc....no hay	no hay

Epitelio.....	algunas células renales. Células del ureter ó de la pelvis.	raras células renales. Epitelio del ureter ó de pelvis renal.
Leucocitos	regula cantidad	pequeña cantidad.
Hematies.....	algunos	pequeña cantidad
Cilindros	pocos hialinos con finas granulaciones	no se encuentra
Cristales.....	no se encuentra	no se encuentra.

Se encontró bacilos de Koch en la orina proveniente del riñón derecho. Repetidos análisis no revelaron la presencia de bacilos tuberculosos en la orina del riñón izquierdo.

Teniendo en cuenta el resultado del exámen bacteriológico y muy especialmente la existencia de tubérculos típicos al rededor del meato ureteral derecho, se hace el diagnóstico de tuberculosis renal derecha. Se considera que son necesarias nuevas investigaciones para estudiar el estado del riñón izquierdo, cuya orina contiene algunas células renales, vestigios de albúmina y pequeña cantidad de pus. Se aconseja al enfermo el reposo y se le prescribe un régimen tónico y dietético.

Las condiciones generales del enfermo mejoran visiblemente. Se alimenta y duerme bien; vá aumentando en peso de manera notable; la frecuencia de las micciones es normal.

Un mes después, dos cistoscopias hechas con una semana de intermedio encuentran la vejiga en condiciones normales. Solamente el meato ureteral derecho se vé algo grande y ligeramente congestionado; no se observa tubérculos. El análisis de orina aún revela vestigios de serina y de pus.

Cistoscopia (Feb. 4, 1915). Capacidad vesical 300 cc. Paredes de coloración normal, finamente vascularizadas. Trígono y cuello vesical ligeramente congestionado. Ambos meatos ureterales normales en tamaño, forma y posición. Los bordes del meato ureteral derecho parecen algo rígidos. Se cateterizan ambos ureteres; la orina baja con regularidad y rapidez normal.

ANALISIS DE LAS ORINAS SEPARADAS (Feb. 4.)

	Riñón derecho	Riñón izquierdo.
Cantidad en ½ hora	24 cc.	21 cc.
Color.....	normal	normal
Aspecto.....	casi trasparente	casi trasparente
Sedimento	imperceptible	imperceptible
Reacción	ácida	ácida.
Densidad.....	1,015	1,016
Urea.....	17 gramos por litro	19 gramos por litro.
Cloruros.....	en proporción normal	en proporción normal
Albúmina (serina) ..	no hay	no hay
Glucosa	no hay	no hay
Indican bilis, etc. .	no hay	no hay

Epitelio	algunas células redondas del ure- ter ó pelvisrenal.	pocas células del ure- ter ó de la pelvis.
Leucocitos	algunos	algunos
Hematies	no se encuentra	poca cantidad
Cilindros	no se encuentra	no se encuentra.
Cristales	no se encuentra	no se encuentra

El bacilo de Koch fué investigado varias veces en ambas orinas, con resultado negativo.

Hemos perdido de vista al enfermo durante cuatro meses. El 26 de mayo le visitamos, encontrándole entregado á las labores de su oficio. Tiene la apariencia del que goza de salud perfecta. Recogemos una muestra de orina, cuyo análisis no permite descubrir elemento anormal alguno y demuestra que las sustancias normales se encuentran en proporciones reveladoras de una buena eliminación renal.

La existencia bien probada de casos de tuberculosis renal que permanecen durante largos años en estado de curación tan solo aparente, nos impiden asegurar que en el caso que hemos presentado se ha producido una curación real, es decir, una vuelta á la integridad anatómica de ambos riñones. Pero sí podemos afirmar que este enfermo ha llegado al estado de salud de manera y en condiciones muy distintas de las de todos los casos de curación aparente de que tenemos noticia.

En primer lugar el diagnóstico ha sido hecho en un período en que la enfermedad no daba síntoma alguno que pudiera hacerla sospechar. Fué a causa de haber escogido este enfermo—entre otros muchos—para hacer estudios sobre la constante ureica de Ambard que la cifra alta obtenida nos hizo pensar en una probable lesión específica de los riñones y nos decidió á hacer la cistoscopia y el cateterismo ureteral. En los casos que han sido presentados como de aparentes curaciones, se trata generalmente de enfermos de tuberculosis antiguas, que no fueron operados á causa de su mal estado general ó de la insuficiencia del otro riñón.

Haremos notar también que en este enfermo, las últimas investigaciones sobre el valor funcional de sus riñones, no arrojan un solo dato que nos impida creer que la eliminación renal, se verifica en condiciones perfectamente normales, lo cual no se observa en los casos presentados como de curación aparente. En efecto, en un estudio que recientemente hemos hecho sobre los tuberculosos renales que aparentemente curan, se pone de manifiesto que si bien el peso del enfermo aumenta y los síntomas vesicales, el dolor lumbar, etc., mejoran al punto de desaparecer, siempre se observa signos como la poliuria, la insignificante albuminuria y piuria que permanecen constantes revelando que la enfermedad aún persiste. En nuestro enfermo, estos pequeños signos de la tuberculosis renal latente no existen ahora, pues la cantidad de orina eliminada en 24 horas es aún menor de lo normal, de elevada densidad y sin vestigios de albúmina ó de pus.

Este caso, por si solo, no tiene sino escaso valor para probar que las tuberculosis renales que comienzan son susceptibles de curar; en nuestro concepto, ha tenido la importancia de sugerirnos algunas ideas respecto á la patogenia y primera etapa de esta enfermedad.

LA UNIDAD DE LAS TUBERCULOSIS RENALES MEDICAS Y QUIRURGICAS

La tuberculosis del riñón que el médico diagnostica, es generalmente la que proviene de la evolución de las lesiones tuberculosas hasta el punto de abrirse en la pelvis renal, dando lugar á síntomas de inflamación vesical. *La tuberculosis renal que se reconoce comunmente en las autopsias*, es la que resulta de la colonización del bacilo de Koch bajo la forma de tubérculos más ó menos desarrollados.

En su expresión más amplia y más científica, *la tuberculosis renal es el conjunto de alteraciones patológicas que el bacilo de Koch puede producir en el riñón*. La enfermedad así concebida abarca no solo las lesiones caracterizadas por el tuberculo típico, sino todas las que se deban á la influencia del bacilo de Koch presente en el tejido renal, ó á sus tóxicas.

En el terreno científico es imposible sostener la división de las tuberculosis renales en médicas y quirúrgicas. La Anatomía Patológica ha probado muchas veces que unas lesiones pueden trasformarse en otras por gradaciones insensibles. A pesar de la variedad de formas con que se presenta al clínico, la tuberculosis renal es una *e indivisible*.

Partiendo de las manifestaciones menos definidas, como la simple poliuria ó albuminuria de los tuberculosos, la infección puede evolucionar hacia estados que implican una verdadera destrucción del parénquima renal. Las diferentes formas clínicas observadas en la práctica, no significan sino que la enfermedad se ha detenido en una de sus etapas ó ha evolucionado en un sentido determinado.

Desde el punto de vista de la Cirugía, es interesante saber si las tuberculosis renales llamadas quirúrgicas, generalmente *unilaterales*, son siempre en su principio tuberculosis de naturaleza inflamatoria, desprovistas de folículos tuberculosos y *bilaterales*. Discutiremos este asunto á la luz de las ideas generalmente aceptadas sobre la etiología y patogenia de la infección tuberculosa en los riñones.

LA TUBERCULOSIS RENAL ES INFECCION SECUNDARIA.

Numerosos experimentos ó investigaciones anatómicas prueban que, en la gran mayoría de los casos, la tuberculosis aborda los riñones por la *vía sanguínea*, los bacilos de Koch llegados por la arteria renal, se detendrían primeramente en los capilares glomerulares y en los capilares de la zona cortical.

En nuestros días no se poseen datos que permitan atribuir á la *vía linfática* un rol esencial en la iniciación de la tuberculosis renal; es posible que los linfáticos del riñón contribuyan á la diseminación de las lesiones en el parenquima renal.

La teoría de la infección *ascendente*, que gozó de mucho favor en otros tiempos, está hoy casi abandonada ó solo se le aplica en casos excepcionales; los resultados de las modernas investigaciones clínicas y anatómicas nos autorizan hasta para dudar de que realmente exista.

Cualquiera que sea la vía de infección, la tuberculosis renal verdaderamente primitiva debe ser considerada como muy poco frecuente, casi *excepcional*.

Siendo los riñones órganos sin comunicación directa con el exterior, para que los gérmenes tuberculosos lleguen á ellos por vía arterial, es necesario que antes se difundan en la sangre. En la mayoría de los casos, creemos que se requiere que los bacilos de Koch se colonicen en los aparatos digestivo ó respiratorio ó aún en la piel dando lugar á un tubérculo que después se rompe y abre paso en la sangre, la cual lo lleva á infectar el riñón; de esta manera se origina una tuberculosis renal que no debe considerarse como primitiva, aunque no se descubran signos de su primer foco. Sin embargo, parece probado que los bacilos de Koch pueden penetrar al sistema circulatorio á través de la pared intestinal, del pulmón, de las amígdalas, etc., sin producir lesiones en estos órganos; solo en estas circunstancias la infección podría abordar el riñón produciendo una tuberculosis verdaderamente primitiva.

Si suponemos la infección por la vía linfática, también debemos aceptar que la tuberculosis renal es secundaria, porque el riñón (como los demás órganos) no puede ser invadido sin que por lo menos se hayan producido lesiones en los ganglios de la región correspondiente á la puerta de entrada de la infección.

En cuanto á la vía ascendente, muy pocos visos de posibilidad tendría el supuesto de que los gérmenes tuberculosos pudieran ascender á lo largo de las vías urinarias, sin lesionarlas.

Este concepto teórico de que la gran mayoría de las tuberculosis renales son infecciones secundarias, tiene en la práctica una aplicación importante; el operado de nefrectomía continúa siendo un tuberculoso ó por lo menos hay que considerarlo y tratarlo como á tal, aún en los casos en que la vejiga no se haya contaminado.

EL PERIODO INICIAL DE LA TUBERCULOSIS RENAL

Todos los cirujanos estan acordes en reconocer que las lesiones tuberculosas observadas en los riñones extirpados, son por lo general *mucho más antiguas* de lo que pudiera sospecharse juzgando por la intensidad y duración de los síntomas. El diagnóstico más precoz debe considerarse como la revelación de un estado anatomo-patológico avanzado.

Con frecuencia se extrae riñones con lesiones avanzadas y bastante extensas, que corresponden á casos de sintomatología muy reciente y poco manifiesta. En consecuencia, todos admitimos que la tuberculosis renal se inicia de manera silenciosa, que existe un periodo durante el cual la enfermedad evoluciona á ocultas del mé-

dico y sin hacer sufrir al enfermo. A ello contribuyen las condiciones del parenquima renal mismo, que es insensible al dolor y que tiene la propiedad de adaptarse con gran rapidez á las exigencias de una función compensatoria.

La ciencia no posee medios de conocer, de *visu*. lo que pasa en el riñón durante este periodo primero; pero aplicando los principios que presiden la infección tuberculosa en otros órganos, podemos inducir que la formación del tubérculo (que marca el comienzo de la tuberculosis renal llamada quirúrgica) significa que el tejido renal ofrece condiciones favorables para el desarrollo ulterior de una infección tuberculosa *que ya existía en el riñón mismo*. Apoyan este concepto, las ideas antes expuestas sobre la rareza de la tuberculosis verdaderamente primitiva del riñón y los modernos estudios sobre los riñones de los enfermos de tuberculosis de otros órganos.

Si consideramos que la generalidad de las tuberculosis renales son secundarias, admitiremos que el germen circula en la sangre y vive en el riñón algún tiempo antes de producir lesiones específicas. Durante esa época, puede provocar alteraciones anatómicas probablemente de orden tóxico, que no se reconocen en las autopsias porque no son características, pero que entran en el cuadro de la tuberculosis renal considerada como entidad clínica.

En los enfermos de tuberculosis de otros órganos, se observa manifestaciones de una infección renal tórpida, que dura largo tiempo, y que en un momento dado suele producir los síntomas que caracterizan la forma avanzada de la enfermedad, que es la que cae bajo el dominio de la cirugía. La poliuria simple de los tuberculosos, la simple albuminuria intermitente ó constante, son pruebas de la manera como el tejido renal puede sostener un estado realmente tuberculoso, aunque desprovisto del tubérculo anatómico.

Esta condición inicial bien podría designarse con el nombre de *periodo pre-tuberculoso*, para significar que es un estado anatómico desarrollado bajo la influencia del bacilo de Koch, pero que todavía carece del folículo tuberculoso.

La infección renal latente que se observa en los enfermos reconocidos como tuberculosos, debe considerarse como el estado precursor de la tuberculosis renal quirúrgica, la cual se diagnostica comunmente en enfermos en los que no se ha podido descubrir el foco tuberculoso generador de la infección del riñón. Los riñones tuberculosos que á diario se extirpan, caracterizados anatómicamente por lesiones que derivan del tubérculo más ó menos típico, han sido en su principio el asiento de alteraciones que carecían del folículo tuberculoso, pero que se desarrollaron bajo la influencia del bacilo de Koch.

Con este no queremos afirmar que todas las tuberculosis renales larvadas, no foliculares, evolucionan fatalmente hacia las formas quirúrgicas, porque (aparte de la posibilidad de curación durante este estado incipiente) existen formas puramente médicas, que significan desviaciones en el curso regular de la enfermedad, probablemente debida á la poderosa acción de toxinas. Tales son, la nefritis

tuberculosa aguda y las nefritis crónicas, parenquimatosas ó intersticiales.

Creemos, pues, que la infección tuberculosa de los riñones comienza siempre por *trastornos anatómicos de orden puramente inflamatorio* y que á partir de ese estado puede evolucionar en dos sentidos diferentes: hacia *las formas nefriticas*, no foliculares, y hacia *la formación del tuberculo* y sus derivados. Estas últimas formas, con excepción de la tuberculosis miliar, son las que más interesan al cirujano.

LA EVOLUCION SILENCIOSA DE LA TUBERCULOSIS RENAL

Como corolario de lo anteriormente expuesto, creemos que los bacilos de Koch emanados de un foco tuberculoso cualquiera situado en el organismo, llegan á los riñones y provocan en ellos un estado de tuberculosis larvada, que puede durar largo tiempo sin signos que la hagan conocer del médico, y representado en el tejido renal por una simple reacción inflamatoria que no posee caracteres que permitan conocerla como tuberculosa en las autopsias. Como se ha probado varias veces, es también posible que los bacilos pasen á travez del riñón sin lesionarlo aparentemente.

De esta condición inicial ó pre-tuberculosa, el proceso suele evolucionar hasta la formación del tubérculo, ya sea en su forma miliar, bilateral y de marcha rápida, ó en su forma crónica (nodulosa, úlcero-cavernosa) generalmente unilateral.

Los tuberculos pueden quedar confinados durante cierto tiempo, al tejido propio del riñón, sin comunicación con el exterior y sin producir síntomas que llamen la atención del enfermo ó que permitan al cirujano hacer el diagnóstico, permaneciendo en la condición de una infección cerrada.

Los tuberculos primitivos, evolucionando hacia la supuración y caseificación, producen reacciones dolorosas en la cápsula y terminan por abrirse casi siempre en la pelvis renal, dejando bajar sus productos á los largo de la vía urinaria, á veces destruyen alguna papila ó ulceran algún vaso. Es esta la época en que la enfermedad se manifiesta por trastornos vesicales, por dolor lumbar, por piuria abundante, por hematuria profusa, etc. La tuberculosis se diagnostica generalmente en este avanzado periodo de su evolución; el cirujano extrae el riñón, en el cual generalmente encuentra las claras pruebas del largo tiempo que ha requerido la formación de tales lesiones tuberculosas. Debemos considerar como excepcionales los casos, como uno publicado recientemente por Marion, en que solo cinco granulaciones tuberculosas produjeron una hematuria casi continua durante un mes.

CONCEPTOS SOBRE LA BILATERALIDAD DE LAS LESIONES

En la mayoría de los casos, *la tuberculosis renal que el médico diagnostica es unilateral*, á lo menos no se puede probar que el otro riñón esté enfermo. Tomando un promedio de las estadísticas modernas recientes de Israel, Kronlein, Albarrán, Desnos y Millet, Ra-

fin, Mayo, que tenemos á la vista, se deduce que en clínica la tuberculosis bilateral se observa en el 15 % de los casos y la unilateral en el 85 %.

De los datos recogidos en las autopsias, se infiere que la tuberculosis renal es por lo menos *tan frecuente en un solo riñón como en los dos riñones*. Según los estudios de Waldschmith se le encontraría bilateral en el 70 % de los casos.

Llaman la atención los diferentes resultados que dan las estadísticas clínicas y anatómo-patológicas, lo cual nos induce á convenir en que la tuberculosis de ambos riñones es mucho más frecuente de lo que se observa en la práctica.

La observación clínica diaria revela que en la tuberculosis bilateral siempre existe una marcada diferencia entre las condiciones de ambos riñones; la infección predomina en uno de ellos. Esta observación clínica es comprobada en las autopsias, pues siempre se encuentra en uno de los riñones lesiones mucho más avanzadas que en el otro. Ello nos induce á creer que las tuberculosis llamadas quirúrgicas, es decir las formas nodular, caseosa, ulcerosa, etc., *comienzan en uno solo de los riñones*. Pero estas formas de la tuberculosis renal, caracterizadas por la presencia del tubérculo, no se presentan como ya lo hemos dicho, sino en un estado avanzado en la evolución de la enfermedad. Cabe ahora preguntarse si en su comienzo, en su etapa incipiente, la infección es unilateral ó bilateral.

Si la tuberculosis renal rara vez es primitiva en el estricto sentido de la palabra, los bacilos de Koch lanzados á la vía sanguínea desde algún foco lejano ó colonizados en el sistema linfático, abordan simultáneamente ambos riñones. Las lesiones inflamatorias que después se producen, y que en nuestro concepto significan la primera etapa de la infección, son *bilaterales*. Así se deduce de las observaciones clínicas y anatómicas hechas en los tuberculosos de otros órganos, en cuyos riñones se reproduce este periodo que nosotros consideramos como el primer esbozo de todas las formas de tuberculosis renal.

El hecho de que en las autopsias se encuentra muchas veces tuberculos en un solo riñón, significa que *el germen se coloniza ampliamente en uno solo de los órganos*, mientras que en el otro puede continuar manteniendo la infección en el primitivo estado latente. La observación clínica de que en un solo lado la infección tuberculosa llega al punto de ocasionar los síntomas que permiten descubrirla, solo prueba que el otro riñón se está defendiendo con energía y con éxito.

Cuando en el curso de una tuberculosis renal reconocida unilateral, el otro riñón muestra signos de la infección, no debe admitirse siempre que el órgano enfermo ha infectado á su compañero. Es probable que la infección del segundo riñón haya tenido el mismo origen y seguido la misma vía que la del primero. Este no significa que sea imposible que el proceso tuberculoso progrese directamente de un riñón á otro por vía linfática. Desde el punto de vista práctico, es indudable que la presencia de un riñón seriamente infectado es una amenaza constante para la tuberculización amplia del

otro riñón, á causa de los productos patológicos que difunde en la sangre.

LA CURACION EXPONTANEA EN EL PERIODO INICIAL

Sí consideramos, como lo hemos hecho hasta ahora, á la tuberculosis renal como una entidad patológica que comprende todas las alteraciones anatómicas causadas en el riñón bajo la influencia del bacilo de Koch, tenemos que aceptar *la posibilidad de su curación expontánea durante el periodo inicial*. Con ello el riñón actuaría frente á la tuberculosis, como todos los otros órganos de la economía. No es raro observar en los tuberculosos pulmonares que arrojan pus y bacilos de Koch en las orinas, que estos signós desaparecen por completo. En los casos de sujetos que poseen una tuberculosis tan discreta que no ha podido ser diagnosticada, las probabilidades de curación son aún mayores.

Estando el estado inicial desprovisto de síntomas ostensibles, se hace muy difícil encontrar en clínica las pruebas de su curación; sin embargo, hay algunos datos que la apoyan. Haciendo estudios sobre la función renal en los tuberculosos pulmonares, varios observadores han llegado á la conclusión de que existen pequeños síntomas como la poliuria, la discreta albuminuria ó la piuria, que son reveladores de la infección tuberculosa del riñón, pero que hubieran pasado desapercibidos en esos enfermos, si tales investigaciones científicas no se hubieran realizado. Es muy probable que estos pequeños síntomas existan también en personas no reconocidas como enfermas, durante el periodo inicial de una tuberculosis renal. Creemos que hay muchas poliurias de origen tuberculoso que no son reconocidas como tales y muchas albuminurias simples que son causadas por una tuberculosis incipiente.

Ya hemos desarrollado el concepto de que la infección tuberculosa principia atacando los dos riñones y produciendo en ellos una simple reacción inflamatoria. La formación de tubérculos en uno sólo de los riñones y su evolución ulterior hasta dar lugar á los síntomas que imponen el diagnóstico, prueba que la infección en el otro riñón *ha curado ó permanece en el mismo estado latente*. De esta manera nos explicamos satisfactoriamente el hecho de que, viniendo la infección por la vía sanguínea, se manifiesta atacando uno sólo de los órganos, y dejando aparentemente indemne al otro.

Teniendo en cuenta que la enfermedad no se deja conocer del médico sino en un estado ya avanzado, siempre que diagnosticuemos la tuberculosis unilateral debemos pensar en que es probable que el otro riñón esté atacado de una infección que todavía no se ha manifestado. Creemos que en muchos casos, el éxito lejano de la nefrectomía se debe á que el riñón supuesto sano ha curado.

Considerando el periodo inicial como una discreta inflamación del parenquima renal, sin granulaciones tuberculosas formadas, es casi imposible descubrir en las autopsias la verdadera naturaleza de la afección. Los estudios anatómicos sobre los riñones de los tuberculosos, nos hacen suponer que la primera etapa de la infección renal, también está caracterizada solamente por un aflujo de leuco-

citos en las paredes del glomérulo y por cierto grado de congestión del parenquima. Tales lesiones no tienen nada de características; su naturaleza tuberculosa podría sospecharse al encontrar tubérculos en otros órganos del cadáver y sólo podría reconocerse haciendo en el riñón un prolijo estudio histológico y bacteriológico. Lesiones tan incipientes son susceptibles de curar, sin dejar en el riñón huella alguna de su pasada existencia.

Cuando la infección tuberculosa sobrepasa los límites de este periodo inicial, formando las granulaciones tuberculosas, las lesiones evolucionan hacia las formas nodular, ulcerosa, caseosa, etc. y la enfermedad sólo termina *con la muerte del riñón*, la cual puede hacerse por nefrectomía, por exclusión espontánea, ó como consecuencia de la muerte del enfermo.

Sin embargo, conviene hacer notar que esta regla tiene alguna rara excepción. Es bastante conocido el hecho de haberse encontrado en los riñones de los tuberculosos pequeños focos fibrosos ó cretáceos, que se consideran como la prueba de curación de un antiguo proceso de tuberculosis. Por otra parte, es común encontrar riñones que muestran al lado de focos caseosos ó supurados, pequeños nódulos fibrosos que manifiestan que algunos de los primitivos tubérculos han cicatrizado, mientras que los otros se desarrollaron de manera notable. La curación de la enfermedad por enquistamiento fibroso del tubérculo, es pues un hecho muy excepcional pero evidente. Si la curación por cicatrización de los tubérculos es circunstancia excepcional, es probable que sea frecuente durante el discreto periodo pre-tuberculoso.

VALOR TERAPEUTICO DE LA NEFRECTOMIA

Los conceptos que anteceden, sobre la frecuencia con que la tuberculosis renal cura espontáneamente durante su primera etapa, y sobre la posibilidad de que dicha curación se verifique aún después de la formación de los tubérculos, no tienen por desgracia sino un valor teórico. Vienen á enmendar el concepto de que la enfermedad sólo termina con la muerte del riñón. Corresponden á una idea general que domina en la patogenia de todas las enfermedades microbianas: la de las infecciones pequeñas y grandes, que pueden producirse por un mismo agente y en un mismo órgano. Admitiendo estas ideas, el riñón es considerado respecto á la tuberculosis en las mismas condiciones que todos los otros órganos de la economía.

Nuestros conocimientos no nos permiten descubrir la enfermedad al principio de su evolución. Cuando la tuberculosis renal hace sufrir al enfermo y se revela al médico, es porque el proceso (primero simplemente inflamatorio y después con tubérculos encerrados en el parenquima renal) ha avanzado al punto de trasformarse en una infección abierta. En tales condiciones, que son las que se observan en la práctica, *no debemos confiar en una curación espontánea*; no creemos tampoco en la dudosa eficacia de un tratamiento puramente médico.

Sí los métodos de exploración que hoy se aplican, nos permitieran darnos cuenta exacta de la magnitud de las lesiones en el riñón enfermo, podríamos aplazar la nefrectomía hasta abandonar toda esperanza en el tratamiento médico. «La expectación armada» sería la frase que indicaría al cirujano su conducta; pero como la enfermedad suele engañarnos tanto, presentándonos casos aparentemente recientes con avanzadas lesiones, debemos concluir que en la hora actual, la nefrectomía es el tratamiento salvador de las tuberculosis renales, en todos los casos en que pueda confiarse al otro riñón la doble función urinaria.

CONCLUSIONES

1.—En el terreno científico es imposible contener la división de las tuberculosis renales en médicas y quirúrgicas.

2.—La gran mayoría de las tuberculosis renales son infecciones secundarias. La forma verdaderamente primitiva es excepcional.

3.—Existe un periodo inicial, caracterizado por una simple reacción inflamatoria en ambos riñones, el cual precede á la formación de los tuberculos (periodo pretuberculoso).

4.—A partir de este estado la infección puede evolucionar en dos sentidos diferentes:

a) Hacia las formas nefriticas, no foliculares, llamadas tuberculosis renales médicas, y

b) Hacia la formación del tuberculo y sus derivados:

1º. forma miliar, bilateral, de marcha rápida, y 2º. formas crónicas, unilaterales (nodular, caseosa, ulcero-carbuncosa, etc.) Estas últimas con las llamadas formas quirúrgicas.

5.—En su periodo pretuberculoso, la infección es siempre bilateral. Posteriormente, la colonización de los bacilos de Koch bajo la forma de tuberculos comienza en uno solo de los riñones.

6.—Durante el periodo inicial, la curación espontánea es frecuente y el desarrollo ulterior es excepcional. En muchos casos, el éxito lejano de la nefrectomía se debe a que el riñón supuesto sano ha curado. La piuria, la poliuria, y la simple albuminuria de los tuberculosos pulmonares, deben ser interpretadas como manifestaciones de una discreta infección renal, susceptible de curar ó de permanecer en estado latente.

7.—Sobrepasados los límites del periodo inicial, cuando ya se han formado las granulaciones tuberculosas, la infección termina con la muerte del riñón (por exclusión espontánea, por nefrectomía ó por muerte del enfermo). La curación por cicatrización de los tuberculos es hecho evidente, pero del todo excepcional.

8.—Mientras nuestros conocimientos no nos permitan descubrir la tuberculosis renal en un periodo menos avanzado de su evolución, la nefrectomía está indicada en todos los casos en que no exista una insuficiencia funcional del otro riñón.

LA CORTEZA PERUANA

(Apuntes para su Historia)

Por el Dr. HERMILIO VALDIZAN

(Conclusión)

El pliego de acusaciones contra la corteza peruana.—El libro de Chisletio.—Vopiscus Plempium y otros adversarios.

El debate en torno á las propiedades terapéuticas de la quina debe contarse, sin disputa, entre los capítulos más interesantes de la historia medica de los siglos XVII y XVIII. Ese debate entre enemigos irreconciliables, ese torneo de argumentos entre quienes creían la corteza peruana capaz de operar verdaderos prodigios curativos y quienes creían á la misma corteza capaz de producir cuantos daños pudiera imaginarse, ofrece, indudablemente, un muy grande interes, ya que en torno á este cambio de palabras escritas comienza á hacerse un poco de luz respecto á la naturaleza de las fiebres que eran tributarias de la medicación química y aquellas otras que eran rebeldes á dicha medicación.

El año 1653 Chisletio habia dado la señal de la campaña que, en diversidad de formas y de ocasiones, se sostuvo en casi todos los centros de Europa en contra del remedio que enviaba el privilegiado suelo americano. En el libro publicado ese año por Chisletio (119) se hallan resumidas las objeciones todas que, años más tarde, habian de formular diferentes autores. El libro comprende seis capítulos, de cuyo titulo damos en seguida la relación completa y textual:

Capítulo I—«Ex Orbe Americano allatus est in Europam cortex iel rifugus; cuius in pulverem redacti frequens usus: Schedion de illo Romae typis vulgatum»

Capítulo II—«Enucleantur pulveris febrifugi qualitates ac vires: vinum albúm potens, est eius vehiculum»

Capítulo III—«Ponderantur curationes, quas Romani Schedij Auctor obseruari praecipit ante et post pulueris fumtionem»

Capítulo IV—«Miracula pulueris febrifugi non sunt perpetua: quot quot hic Bruxellae es fumpto a quartana liberati omnes sunt telapfi».

119.—«Pulvis febrifugus Orbis Americani Iuffu Serenissime Principis Leopoldi Guillelmi, Archiducis Austriae, Belgij ac Burgundiae Proregis, Ventilatus ratione, experientia, auctoritate, a Ioanne Iacobo Chifletio Equite Regio. Archiatrorum comite etc. Archiducali Medico Primario— Lovanii— MDCLIII» (B. L.)

Juan Jacobo Chisletio era natural de Besancon donde habia nacido en 1588, hijo de Juan Chisletio, Medico y Consul. Habia viajado mucho, y, al regreso de sus viajes, habia comenzado a ejercer la profesion en el Franco Condado, en 1614. Entre los cargos honoríficos que le habian sido encomendados se contaban los de medico de la Archiduquesa de Isabel Clara Eugenia, Soberana de los Países Bajos y medico de Felipe IV de España. Con el objeto de halagar á este ultimo, asegura Mr. Eloy, escribió y dió a la publicidad en 1612 su libro titulado «Singulares ex curationibus etc. cadaverum fectionibus Observacionni— Parifiis — MDCXII.

Capítulo V — «Expenduntur commoda et incommoda Peruvia-
ni pvlueri oftenditurque vfum eius Europaeis neccffarium non effe»

Capítulo VI— «Non etiam tutus videtur vfus pulueris Peruvia-
ni ob grauiora mala quae ab illo fequi poffunt».

Muchos de los contemporaneos de Chisletio le trataron despiadadamente y calificaron su libro como un libelo infamatorio. Nosotros no podemos imitar semejante ejemplo, á pesar de que la personalidad de Chisletio no aparece rodeada de una pureza de costumbres que permita suponerle un medico de buena fe, pretendiendo, por amor á la verdad, establecer los inconvenientes del empleo de la quina-quina. Efectivamente, Chisletio fué uno de los médicos cortesanos de su epoca y ya en la corte de Leopoldo Guillermo Archiduque de Austria, ya en la de Felipe IV, se manifestó exageradamente agradecido á las mercedes de sus augustos protectores y en la corte del segundo de los monarcas nombrados, comenzó á escribir mal de los hombres de ciencia franceses con el exclusivo objeto de halagar á algunos personajes de la corte española. A pesar de todo, creemos que Chisletio no estuvo absolutamente equivocado en algunos de sus juicios contra la manera como sus contemporáneos empleaban la corteza del Perú.

Pretendía Chisletio que la quina-quina prolongaba el periodo de muchas fiebres y, en verdad, que no es menester grande esfuerzo para comprender el fundamento de esta acusación al remedio americano. Es indudable que muchos estados febriles, que no mantenían ni la mas remota vinculación con el paludismo; estados febriles dependientes de trastornos somáticos no tributarios del regimen quínico, no beneficiaban absolutamente de la administración de los preparados de quina y se prolongaban, tal vez más de los que hubieran durado sometidos á procedimientos terapéuticos diversos, aún teniendo en cuenta la miseria del arsenal terapéutico de la época. Una fiebre periódica dependiente de un absceso hepático, pongamos por caso, habría durado mucho tiempo sujeta al régimen quínico. Y al hecho de esta ineficacia de acción le llamó Chisletio *prolongación de las fiebres*.

Pretendía, así mismo, que la quina-quina predisponía á las recidivas. La explicación del reproche de Chisletio no es, en esta ocasión tan facil como lo ha sido tratándose de la primera acusación. En efecto, no se sabe si pensar en una administración insuficiente de quina que no lograba dominar el paludismo ó pensar en alguna otra posible contingencia. Nada de particular que fuera causa de esas pretendidas recidivas una administración insuficiente de quina, si se recuerda el temor con el cual era administrada la quina y la pequenes de las dosis de corteza que se ponía en los diferentes preparados quínicos.

Por último, entre las acusaciones se hallaba una, la más justa y la más concisamente enunciada. Queremos referirnos á la sordera post-quínica. El lector ha visto en el curso de nuestra exposición los periodos de tiempo que señalaba la mayor parte de los médicos al tratamiento de las fiebres por la quina, periodos de tiempo que en ocasiones llegaban á muchos meses, aun después de suprimidos los accesos.

Y no se encuentre paradójico este hecho de las recidivas por la administración de las dosis muy pequeñas y esta sordera por administración de dosis muy considerables. Los médicos de aquel entonces ignoraban la cantidad de principios activos que administraban en una determinada dosis de sus preparados quínicos; pues apenas conocían las infusiones fuertes y las infusiones débiles de los polvos de quina, sin tener en cuenta la diversidad de riqueza en quina de las diversas cortezas que llegaban á Europa y sin tener en cuenta la diversidad de riqueza en quina de los preparados que confeccionaban diferentes personas, la mayor parte de las cuales tenían más en mira el personal provecho que el bien ajeno.

Dos años después de publicado el libro de Chisletio y cuando ya había contestado á este el Padre Honorato Fabbri, terció en el debate para defender á Chisletio el Profesor de la Universidad de Lovaina Fortunato Vopiscus Plempium ó Plempius, el cual publicó un libro en Lovaina que lleva por título: «Antimus Conygiis Peruviani pulveris defensor, repulsus á Melippo Protymo», seudónimo este último que eligió el defensor de Chisletio. (120).

Plempius no aportó material nuevo á la discusión del problema de manera que su estudio se presenta muy inferior al de su defendido y al del Padre Fabbri, contra quien, principalmente, el libro iba dirigido. Sturmio calificó más duramente la labor de Plempius que la de Chisletio.

No fueron, como pudiera creerse, las únicas acusaciones hechas á la corteza de la quina, las que hemos dejado consignadas recordando á Chisletio. Se dijo de la quina que la administración de este medicamento era más grave que las enfermedades en cuya curación era adoptada y se dijo que administrando la quina con el objeto de curar las fiebres se daba al enfermo enfermedades nuevas, entre las cuales fueron enumeradas la caquexia, los edemas de todo genero, la hidropesia, la constipación rebelde, el «estrechamiento de las partes vecinas al corazón», las pasiones «hipocondriacas é histericas», las «fiebres lentas y heclicas», el abatimiento de las fuerzas, la pérdida de apetito, la consunción y, algunas veces, los movimientos convulsivos y epilepticos en los niños.

Jorge BAGLIVIO, Profesor de la «Sapientia» en Roma se había manifestado un tanto pesimista respecto á la quina. Había declarado que la terciaria no sufría los febrifugos antes del día 14^o y que después de ese período curaba espontaneamente y que los médicos hacían muy mal en suministrar la quina en tales casos, ya que mediante la administración de febrifugo reaparecía la fiebre con caracteres de mayor violencia.

PALLILI en una carta dirigida á Baglivio criticaba acerbamente el entusiasmo de los médicos franceses por la quina y aconsejaba no imitar tan pernicioso ejemplo. Tomaba en broma el uso de la quina y concluía con una generosa transacción, aceptando que la quina podría servir, tal vez, para administrarla á los enfermos du-

120.—«Antimus Conygiis Peruviani pulveris defensor repulsus a Melippo Protymo— Lovanii — MDCLV» (B. L.)

Con el seudónimo de Melippo Protymo escribió este libro el Profesor de la Universidad de Lovaina Fortunato Vopisco Plempius, nacido en Amsterdam, en 1601. Mr. Eloy considera a Plempius como a un profesional distinguido.

rante la convalecencia de las fiebres y con el exclusivo objeto de fortificarles el estómago. (121)

El ingles MULLER había manifestado conceptos análogos á los emitidos por Baglivo y había llamado á la quina «remedio infiel» y se había empeñado en demostrar la razón de su calificativo, sin conseguirlo por completo.

STAHL y JUNKER, á su vez, habían protestado contra el uso de la quina; pero su protesta había sido contra aquellos que pretendían usar de la quina como se había usado antes de las piedras maravillosas que venían de América y de las Indias Orientales, esto, es como de verdaderos específicos de todas las enfermedades que pueden hacer presa en el cuerpo humano.

Sería imposible negar que en el fondo de las acusaciones contra la quina que hemos citado hay un fondo de verdad y aún algo de ese conjunto clínico tan conocido en nuestros días con el nombre de «quinismo»; pero precisa convenir, en rigor, que las acusaciones formuladas por los llamados adversarios de la quina no lo son en modo alguno contra la corteza misma sino contra los modos de su aplicación á la medicina.

Si se toma en cuenta la confusión que existía respecto á la naturaleza de la fiebre y el concepto que se tenía de que este síntoma era una verdadera enfermedad con muchísimas variedades, nos explicaremos sin esfuerzo la incertidumbre de los éxitos alcanzados en las llamadas fiebres periódicas sometidas al tratamiento quínico.

Si se recuerda la variedad de cortezas de quina que se traían á Europa y la diferente riqueza de dichas cortezas en los principios activos de las mismas; así como la vanidad de los médicos de la época que pretendían *descubrir* formas personales de administración de la corteza peruana é insinuaban con tal objeto las formas más caprichosas y de más diverso tenor en quina. Si se recuerda todo esto podrá comprenderse como los médicos de la época que comprende nuestra relación oscilaban entre las dosis enormes y las dosis homeopáticas sin darse cuenta de esta oscilación peligrosa para los enfermos, ya que originaba en unos la curación insuficiente y en otros todos los trastornos de la intolerancia quínica.

El lector que haya seguido nuestro relato, habrá visto en el la facilidad con la cual se llevaron á cabo adulteraciones de todo genero con las muchas cortezas amargas que habían sido preconizadas como rivales ó como hermanas de la quina. Estas adulteraciones, de las cuales nos informa el Cardenal Lugo en Italia y Restaurant en Francia, deben contarse indudablemente, entre los factores de la llamada ineficacia de la corteza peruana.

Por último, si se recuerda que la quina había sido introducida en casi toda Europa por los Padres de la Compañía de Jesús y si se recuerda los adversarios que tenía esta congregación, se comprenderá que en muchos, de quienes escribieron acerca de la quina, influyó más el deseo de combatir á los introductores de la corteza peruana que á la corteza misma.

De todos los que escribieron en pro y en contra de la quina, tenían razón quienes declaraban, como James, que la quina era un re-

421 — James, ob. cit. nota 12.

medio «seguro, eficaz y útil» manejado convenientemente y era todo lo contrario, es decir «inseguro, infiel y nocivo» aplicado por empíricos.

Y así, manejada por empíricos, continuó la quina en la terapéutica europea, esperando la llegada de días mejores, en los cuales un perfecto conocimiento de su naturaleza y propiedades había de hacer de la corteza peruana una de aquellas medicinas cuyo nombre bendice agradecido todo el mundo.

Roma—MCMXIII

SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL “DOS DE MAYO,”

SESION DEL DOMINGO 5 DE SETIEMBRE DE 1915.

Bajo la presidencia del Dr. Molina se abre la sesión á las 10 y 30 a. m.

Se dió lectura al acta de la anterior la que es aprobada.

UN CASO DE ULCERA SIMPLE DEL ESTOMAGO.—El Señor Amadeo Robles, dijo lo siguiente: Voy á presentar á Uds. al enfermo que ocupa la cama N° 15 de la Sala de San. Roque. Es natural de Sayán, de 29 años de edad y empleado en la hacienda «Andahuasi». Ingresó á este hospital el 30 de julio del presente año.

Sus *antecedentes hereditarios* tienen poca importancia: Su padre, hace año y medio que murió de neumonía; no tuvo hábito alcohólico ni adoleció de alguna tara orgánica digna de mencionar. Su madre vive y es sana, según refiere el enfermo; sin embargo, este último dato debe aceptarse con cierta precaución por que habiendo tenido 24 embarazos, 4 de ellos terminaron por el aborto y de los 20 hijos restantes que ha tenido, solo viven 6, habiendo muerto todos los demás de «fiebres»según dice el enfermo y en temprana edad: ninguno de ellos alcanzó dos años. Los que viven, á excepción de nuestro sujeto son completamente sanos. Ha tenido 3 hijos uno de ellos murió de pocos meses, no recuerda de que; el otro, á la edad de 3 meses, fué atacado de una forunculosis en diferentes partes del cuerpo.

En cuanto á sus *antecedentes personales* y por lo que respecta a su profesión, nos refiere que empezó á trabajar á los 15 años en la hacienda «Andahuasi» como regador, como carretero, etc. Al año de su estadía en este lugar se fué á «Humaya» y de aquí á otros sitios ocupándose siempre como lampeador, como fogonero, etc. y regresando después de algunos años á «Andahuasi» de donde salió un mes antes de su ingreso á este hospital, para hacerse curar de la misma dolencia que lo ha traído.

Niega rotundamente haber tenido *hábito* alcohólico; ha bebido licor «pero poco, una que otra vez», según expresión suya. No ha abusado tampoco del tabaco.

Interrogando su pasado *patológico*, nos cuenta nuestro enfermo que á la edad de 5 años fué atacado de una afección grave del lado

del pulmón que él califica de «costado y pulmonía»; en esa oportunidad tuvo esputos hemoptoicos y después edema generalizado que desapareció poco a poco al cabo de mes y medio aproximadamente. Por dos veces más, ha sido atacado de esta misma afección con hemoptisis en ambas ocasiones pero sin la anasarca de que nos habla el enfermo al referirse á su primer ataque. A los 17 años tuvo viruela y permaneció 3 meses en el lazareto; es de notar que la convalecencia se hizo más larga por una forunculosis de que fué atacado consecutivamente; del lazareto salió con edema de los pies y aún casi de todos los miembros inferiores que le desapareció á los 90 días aproximadamente, después de las cuales volvió casi por completo á su estado fisiológico. Así ha permanecido por espacio de 8 ó 9 años hasta que se inició la afección que ha ido agravándose y que lo ha traído al hospital.

Ha sido atacado también de blenorragia que curó á los 20 días; conjuntamente le apareció cerca del meato urinario «un granito» según expresión del enfermo; no sangraba, pero fué acompañado de infarto de los ganglios inguino-crurales.

En cuanto á la afección que ha obligado el ingreso del enfermo, nos refiere que hace de 4 á 5 años que empezó á sentir cierta *pesadez* en el estómago; especialmente por las mañanas, al despertar sentía el estómago *pesado* y *adolorido*, transcurrió un mes aproximadamente sin que sufriera más que estos fenómenos vagos, cuando vinieron á añadir «vinagreras» tan intensas que, según dice el enfermo, le destemplaban los dientes impidiéndole la masticación. Al mismo tiempo, era presa de *dolores intensos*; estos dolores localizados en el epigastrio y más intensos á unos 2 centímetros aproximadamente á la derecha de la línea media, tenían el caracter bien marcado de no ser continuos, sino que aparecían con toda su intensidad después de 3 á 4 horas de ingeridos los alimentos: almorzaba a las 11 a. m. y sufría de dolores muy fuertes á las 2 ó 3 de la tarde; tomaba algo á las 6 ó 7 p. m. y tenía que sufrir indefectiblemente de los mismos dolores intensos algunas horas después, por lo que y á fin de poder descansar tranquilamente durante la noche, tenía que abstenerse muchas veces de hacer la segunda comida del día. Al principio sentía á la vez una sensación de quemadura á nivel de las últimas vértebras dorsales y posteriormente un dolor claro entre la duodécima vértebra dorsal y la primera lumbar. En el comienzo de su enfermedad cuando solo sentía manifestaciones vagas de dispepsia sensitivo motriz, aparecieron también *náuseas*, pero no tenía vómitos. Posteriormente y en una ocasión en que era presa de esos dolores tan intensos, creyó que se trataba de fenómenos de indigestión y provocó el vómito; notó entonces que le disminuyeron notablemente los dolores; desde entonces tomó por costumbre provocar el vómito para aliviar sus sufrimientos, cada vez que le aparecían con toda intensidad. Estos vómitos estaban constituidos por los alimentos que había ingerido pocas horas antes, poco modificados y fuertemente ácidos: después de arrojar estas alimentos «quedaba como sano» dice el enfermo; era por la intensidad de estos dolores que tenía miedo de comer y á pesar de que tenía su *apetito conservado* y hasta *exagerado* muchas veces, prefería no comer por que sabía que

había que arrojarlos poco después. En una de esas ocasiones, ahora año y medio aproximadamente, cuando provocó el vómito, fué sorprendido por la expulsión de «tres bocanadas poco más ó menos» de un líquido «de color chocolate» al punto que creyó que se trataba de un vómito de sangre; el líquido era de color oscuro y como no tenía el aspecto rutilante de la sangre fresca, fué fácil al enfermo deshacerse de su idea; á juzgar por lo que él dice, seguramente era la primera *hematemesis* que había tenido; al día siguiente, tuvo una segunda hematemesis y en la misma proporción; era un líquido que «manchaba» los alimentos que había ingerido y que también eran expulsados. Pasaron 15 días aproximadamente cuando por 3a. vez tuvo otro vómito color de chocolate también y desde esa vez, con espacios de tiempo variables, ha tenido varias hematemesis, unas oscuras, otras más claras, con el aspecto del líquido en que se hubiera levado la carne; como «sanguasa», es la palabra del enfermo.

Desde el comienzo de su enfermedad, se ha visto obligado á usar grandes dosis de bicarbonato de soda «que nunca le faltaba en el bolsillo» para disminuir la acidez extrema del contenido estomacal.

Hasta ahora y desde el comienzo de su afección, sufre de *constipación*; hace una cámara cada 3 ó 4 días, expulsando bolos duros envueltos en mucosidades. Asegura no haber tenido melenas, cuando menos apreciables á simple vista.

Los dolores intensos con los caracteres ya señalados; las regurgitaciones fuertemente ácidas que lo mortificaban bastante á pesar de las dosis altas de bicarbonato de soda que tomaba; los vómitos que ya se habían hecho espontáneos hacía algún tiempo y el mal estar general que sentía, constituían el motivo de su ingreso a este hospital.

En el momento de su ingreso, los fenómenos clínicos predominantes eran: dolor en el epigastrio con irradiación á la base del tórax y atrás á la región dorso lumbar; la pirosis que junto con el dolor mortificaban bastante al enfermo y la dilatación del estómago, cuyo timpanismo alcanzaba casi hasta el nivel del ombligo. Hacía 12 horas aproximadamente que había tenido el último vómito alimenticio y que estaba en relación con la última comida que había hecho y hacían 4 días que había tenido dos hematemesis: una por la mañana y otra por la noche.

Haciendo el *examen del enfermo* se nota: del lado del aparato digestivo solo gran acidez como fenómeno subjetivo en la boca y una sensación de quemadura en todo el trayecto del esófago. A la inspección del abdomen una ligera elevación del epigastrio. A la palpación, dolor intenso en esta región, ligera contractura de defensa del músculo recto mayor especialmente del lado derecho en donde es más marcado. A la percusión se descubre dilatación del estómago. Hay constipación pertinaz.

Del lado del aparato respiratorio, solo ligeras crepitaciones en ambos pulmones.

En el aparato circulatorio, unicamente acentuación del 2º ruido del corazón, en su base.

Hay también infarto de los ganglios inguino crurales y supra claviculares mas marcado que el de los ganglios del cuello y de la axila.

No hay ninguna cicatriz en el surco balano prepucial como huella de chancro; solo en el punto que el enfermo señala como asiento del «granito» de que nos habla, hay una pequeña cicatriz como residuo de una ulceración.

Se ha mandado hacer la reacción de Wassermann y ha dado resultado positivo.

Los dos análisis de orina que se han mandado hacer, dan como único resultado disminución de úrea y de cloruros y reacción alcalina.

Este es el resultado obtenido por nuestro interrogatorio y por nuestro exámen. Vamos ahora á interpretarlo, tratando de reunir, de relacionar los elementos más importantes que se nos presentan, á fin de poder hacer un diagnóstico y por consiguiente llegar a nuestro objeto, hacer la terapéutica.

Cuatro son, podemos decir, los fenómenos fundamentales que se presentan á nuestro estudio, derivados del conocimiento del pasado patológico de nuestro enfermo, tales son: el dolor, la hiperclorhidria, el vómito y la hematemesis, á los que podemos añadir á título secundario el estado general del enfermo, la conservación del apetito, la constipación, la evolución de la enfermedad y aún también la edad del sujeto, por más que no tenga nada de absoluto.

Ninguno de estos hechos tomados aisladamente, pueden bastarnos para afirmar una idea; es el conjunto de todos, sus relaciones entre sí, que nos permitirán hacer el diagnóstico.

El *dolor*, en nuestro enfermo, se ha presentado desde primer momento de su enfermedad; al principio era un dolor sordo, una sensación de malestar con pesadez que sentía del lado del estómago poco á poco ha ido adquiriendo los caracteres de dolor intenso en el epigastrio, con irradiaciones hacía la parte posterior del tronco, dando la sensación de herida, de quemadura profunda y, caracter impertante, en relación con la alimentación, pues se presentaba con mayor intensidad sistemáticamente 3 ó 4 horas después de ella; nuestro enfermo, sabía de antemano que después de este tiempo tenía que sufrir de dolores agudos, razón por la que se mostraba muy parco sobre todo en la comida á fin de poder conciliar el sueño durante la noche. Era pues en el momento en que los alimentos llegaban al término de su permanencia en el estómago, cuando se había iniciado su travesía por el píloro, que el dolor alcanzaba su máximo de intensidad.

La época en que estos dolores adquirieron todos estos caracteres, coincidió con la época en que también las *pirosis* atormentaban cada vez más a nuestro enfermo; por consiguiente, los dolores eran debidos á la acción irritativa, peroducida por el quimo hiperácido sobre los filetes nerviosos de las proximidades del píloro puestos á desnudo por una ulceración de la mucosa á este nivel; á esta acción pasiva, podemos decir, simplemente irritativa del contenido estomacal hiperácido, habría que añadir otra causa más importante, activa, á la que muchos autores, Mathieu entre otros, hacen desem-

ñar el principal papel en la patogenia del sintoma dolor tardío que es el que casi siempre, en una proporción de 3 sobre 4 se presenta en la úlcera del estómago y es el reflejo espasmódico, el espasmo del píloro que se produce en el fin de la digestión; no sería sino, dice Mathieu, un espasmo doloroso producido por el reflejo de cerradura del píloro que se produce normalmente en virtud de la *ley del intestino* de Bayliss y Starling, cuando el contenido estomacal llega á la primera porción del duodeno.

Sea como fuera, tenemos en nuestro enfermo hasta ahora y coincidiendo dos fenómenos importantes: *el dolor* tardío y con los caracteres de intensidad é irradiación que he señalado y *la hiperclorhidria* manifestada subjetivamente por pirosis sumamente mortificantes para el enfermo. Estos hechos considerados de esta manera tienen como sabemos una importancia diagnóstica considerable.

Tenemos después los *vómitos* que al principio, como he dicho, fueran provocados por el enfermo; habiendo observado que cada vez que comía á las pocas horas era presa de un dolor agudo, un día que se hallaba desesperado con este dolor optó por arrojar lo que había comido y dice el enfermo que sintió tanto alivio, que cada vez que le sucedía lo mismo, no esperaba que el vómito se produjera espontáneamente sino que él mismo lo provocaba introduciéndose los dedos en la boca y exitando la base de la lengua ó la pared posterior de la faringe. Ultimamente es que esos vómitos se han hecho espontáneos. Las dos ó tres primeras veces ha expulsado solamente los alimentos más ó menos modificados, señalando como caracter más saltante su fuerte acidez.

Vienen después los vómitos de un líquido de «color chocolate» como dice el enfermo; eran indudablemente *hematemesis*; el enfermo mismo declara que fué atemorizado por el aspecto de estos vómitos por que el líquido arrojado tenía un aspecto sanguinolento, como un líquido en que se hubiera hechado un poco de carne molida, «como la sanguaza». Estas hematemesis le han sobrevenido con alguna frecuencia, dejando 3, 4, 5 ó más días de interalo; algunos han sido abundantes: «tres y aún cuatro bocanadas» de sangre en cada una de ellas; hacían cuatro días que habían tenido la última hematemesis cuando ingresó al servicio.

Tenemos después, la *conservacion del apetito* y aún según refiere el enfermo su exageración muchas veces, pues frecuentemente sentía una necesidad de comer algo pero tenía que abstenerse de ello por que sabía que más tarde iba á ser presa de dolores intensos. En ninguna oportunidad hubo repugnancia por clase alguna de alimentos.

Su *estado general*, á pesar de todo siempre ha sido bueno; actualmente, es un hombre relativamente robusto y en apariencia gozando de perfecta salud; no presenta ese estado caquético, ese tinte amarillo pajizo característico de ciertas afecciones del estómago.

Por fin, la *evolución de la enfermedad*, que es hasta este momento favorable para el enfermo; él se siente mejor; desde su ingreso á este hospital, ha ido aliviándose cada vez más, tanto que ha engordado y aún desempeña algunas labores en la sala «San Roque». Todo

ésto, además de la *edad*, puede ya orientarnos en un sentido determinado.

En resumen: los dolores con todos sus caracteres de intensidad é irradiación que he mencionado, la hiperclorhidria y seguramente también la hiperpepsia que no se ha podido constatar por que no siempre es inofensiva en estos casos la extracción del jugo gástrico, los vómitos, las hematemesis, la conservación del apetito, el estado general bueno del enfermo, la evolución favorable de su enfermedad en 4 ó 5 años aproximadamente que la posee y aún también su edad, 29 años, todo induce á hacer el diagnóstico de úlcera simple del estómago, de *ulcus simplex* según la denominación que Mathieu le dá á la enfermedad de Cruveilhier.

En cuanto á su situación, la aparición del dolor á las 3 ó 4 horas después de la alimentación, cuando el contenido estomacal atravieza el píloro, hace pensar que sea esta región el asiento de la úlcera; por lo demás, es el sitio más frecuente de la úlcera simple del estómago. Esto tal vez podría haberse comprobado en nuestro enfermo con un exámen radiológico, pero no ha sido posible hacerlo en la instalación que aquí poseemos.

Nos quedaría por averiguar si en realidad se trata en este caso de una úlcera de la región pilórica ó de una úlcera del duodeno. La verdad es que clínicamente en muchas ocasiones es muy difícil precisar este diagnóstico y aún frecuentemente en la misma mesa de operaciones, hallando una úlcera en poco más allá del orificio pilórico es difícil decir si la úlcera que se tiene á la vista es juxta pilórica ó duodenal y ésto, debido á que los diferentes autores no están de acuerdo á cerca del límite preciso en que el píloro se continúa con el duodeno y así mientras los ingleses y los americanos califican una úlcera como duodenal, los franceses la misma úlcera de juxta pilórica aún en presencia de los mismos signos clínicos que según aquellos caracterizarían la úlcera del duodeno. Estos signos clínicos serían: la aparición más tardía del dolor y sobre todo su desaparición después de la ingestión de los alimentos; se citan casos de enfermos portadores de úlcera duodenal que podían entregarse á sus labores llevando un pedazo de pan en el bolsillo, y en cuanto sentían el dolor comían este pan desapareciéndoles inmediatamente el dolor; ésto es lo que los ingleses conocen con el nombre de *hungerpain* ó *dolor de hambre* y piensan que sería suficiente para diagnosticar una úlcera del duodeno. Otro signo clínico, atribuido por algunos autores sería la melena sin hematemesis pero, se han visto úlceras del estómago también solo con melena, y sin hematemesis y viceversa, de modo que á este respecto no hay nada característico. Por lo demás en ambos casos háy vómitos é hiperclorhidria.

En nuestro enfermo, falta ese signo característico del *dolor de hambre*; en él pasa todo lo contrario: la ingestión de los alimentos lleva el dolor á su mayor intensidad y por eso unas veces se priva de tomar alimentos, otras veces tiene que provocar el vómito para arrojarlos calmándole entonces los dolores, de modo pues que no puede pensarse en este caso en una úlcera duodenal.

Ahora, en cuanto á la forma de la úlcera, debe tratarse de *al* forma crónica, en la cual los enfermos sufren de recrudescencias des-

pues de alguna periodos de acalmia; tal vez se encuentra en una de estas acalmias nuestro enfermo, por que desde los pocos días de su ingreso han desaparecido los dolores y la pirosis bajo la acción del tratamiento, pero han reaparecido inmediatamente que se le dejaba sin él con el fin de observarlo. Evidentemente que no se trata de aquellas *formas de comienzo brusco* con grandes hematemesis y dolores intensísimos porque ya hemos dicho como se ha iniciado la enfermedad en nuestro sujeto. No se trata tampoco de la forma *hemorrágica* caracterizada, como su nombre lo indica, por hemorragias, hematemesis ó melena abundantes que comprometen muchas veces la vida de los enfermos. La úlcera *á recaídas* deja muchos años de por medio cuando reaparecen de nuevo sus síntomas.

Respecto de la etiología, de la causa que ha podido determinar la formación de la úlcera, encontramos entre los antecedentes patológicos de enfermo únicamente la sífilis como causa posible de su producción, tanto más cuanto que nuestro sujeto no ha sido sometido á ningún tratamiento específico intenso y no está curado como lo demuestra la reacción de Wassermann positiva.

El tratamiento ha sido primeramente sintomático; han sido suficientes algunas dosis de bicarbonato de soda, de subnitrito de bismuto tomados diariamente para disminuir paulatinamente la hiperclorhidria y con ella el dolor y los vómitos por lo que no nos hemos visto precisados á recurrir á otros medios como el empleo de la belladona ó la atropina que está hoy perfectamente indicada para disminuir la hipersecreción clorhidro-peptica y el reflejo espasmógeno del píloro. Se le ha administrado además laxantes muy suaves, magnesia calcinada, sal de Carlsbad para oponerse á su constipación. Se le ha sometido también á un régimen alimenticio adecuado.

Por fin teniendo en consideración los antecedentes específicos del enfermo aunque un tanto vagos y sobre todo la reacción de Wassermann positiva se le ha sometido al tratamiento mercurial; tiene una serie completa de succinato de Hg. y actualmente se le está poniendo la segunda.

Esperamos el resultado de este tratamiento á fin de decidir si es preciso, en este caso, el tratamiento quirúrgico.

El Dr. Voto Bernales felicita al Sr. Robles y le pregunta: si se había seguido en este caso un tratamiento específico, pues por la relación que acababa de escuchar, los antecedentes del enfermo y el resultado positivo de la reacción de Wasserman hacían pensar fundadamente en la naturaleza sífilítica de dicha úlcera.

El señor Robles dice, que se le han hecho inyecciones de sales mercuriales solubles, tratamiento que agregado al régimen alcalino ha contribuído á obtener el estado satisfactorio que presenta el enfermo.

El Dr. Arce insiste sobre este punto ratificando lo dicho por el Sr. Robles:

RÉUMATISMO TUBERCULOSO DE PONCET. SU TRATAMIENTO POR LA TUBERCULINA.—El Dr. Corveto toma en seguida la palabra, con el objeto de ocuparse del enfermo que tiene el agrado de presentar.

Se trata de persona que fué llevada al servicio «Santa Rosa» hace algún tiempo, ofreciendo los síntomas del reumatismo crónico deformante, con localización preferente en todas las articulaciones de las manos y de los pies. Estas estaban tumefactas, eran dolorosas y rígidas al extremo de que el menor movimiento se hacía imposible. Por este motivo la situación del enfermo era lamentable estaba acostado en su lecho, adolorido, sin poderse mover, conservando una actitud de gatillo, con manos y piernas envueltas en franelas y presentando ese aspecto resignado y triste que tienen aquellos que están condenados á sufrir sin remedio.

Los distintos órganos cuidadosamente explorados, parecían encontrarse en condiciones normales.

No había fiebre, ni tos; el apetito falta, hay enflaquecimiento y palidez de la piel y de las mucosas.

Se practica la intra-dermoreacción de Mantoux, que da resultado francamente positivo: se forma una hermosa pápula, con su respectiva areola que emplea en su completa evolución más de 12 días.

Este resultado de la intra-dermoreacción, inmediatamente hace pensar en las formas de reumatismo tuberculoso descritas por Poncet, y nueva y prolijamente examinado el enfermo, se llegó a formular el diagnóstico de *poliartritis crónica deformante de origen tuberculoso*.

Institúyese entonces la tuberculinoterapia, observándose los preceptos usuales que se siguen en el servicio cuando se apela a este tratamiento. Se hacen dos series de inyecciones: la primera de 29, llegando hasta la dosis de 5 mgrs. que se juzga como dosis óptima; la segunda comienza después de mes y medio de descanso, y hoy alcanza igualmente a 29 inyecciones; la dosis máxima, en esta segunda vez, no ha pasado de 1 mgr. de tuberculina por inyección.

Como ha actuado el tratamiento empleado, es lo que se puede apreciar mucho mejor echando una mirada al enfermo presente; ella por si sola basta y suple a la mejor descripción.

Desde las primeras inyecciones comienza a manifestarse la mejoría; se inicia por las articulaciones de las manos; los dolores desaparecen, las tumefacciones disminuyen y la rigidez va cediendo, llegando á permitir movimientos, limitados en un principio, más amplos, a medida que el tratamiento avanza. Poco después, igual cosa puede apreciarse en las articulaciones de los pies, y conjuntamente con esta mejoría local, hay aumento de peso, sensación de bienestar general y ganancia de fuerzas. Las mucosas se colorean y la piel pierde su palidez.

A medida que avanza el tiempo y merced a la tuberculina, este estado de franca mejoría se acentúa más; el que yacía inutilizado en su lecho lo abandonó por primera vez después de 8 meses, haciéndose llevar al corredor del pabellón en una silla y el 26 de febrero de este año, comienza a dar sus primeros pasos apoyando en un bastón. Mas adelante, abandona el bastón, y hoy se encuentra en las óptimas condiciones en que se le presenta, pudiendo ya entregarse á tarea que le permite, en algo, atender a la satisfacción de sus necesidades.

El tratamiento se ha seguido, sin experimentar ningún contra-tiempo y ha sido perfectamente tolerado.

El interés del presente caso está en que él obliga á pensar que siendo frecuente, entre nosotros, la tuberculosis y no siendo raros los casos de reumatismo crónico, muy bien puede suceder que en otros casos, como en este, haya entre reumatismo y tuberculosis las estrechas relaciones etiológicas que enseña Poncet, y entonces el práctico tiene á la mano un medio terapéutico que puede actuar con alguna eficacia.

Considera, pues, el Dr. Corvetto que vale la pena de encaminar en este sentido las investigaciones, siempre que se tenga por delante un reumatismo crónico; el bien del enfermo así lo exige.

El Dr. Gastañeta pregunta si se ha seguido la curva térmica del enfermo y si no ha habido ninguna reacción.

El Dr. Corvetto contesta que sí, con toda escrupulosidad, que en este caso no ha habido reacción térmica alguna.

El Sr. Ugaz, pregunta si junto con el tratamiento tuberculínico se ha empleado otro tratamiento.

El Dr. Corvetto contesta que nó.

El Dr. Arce pregunta con que diagnóstico fué enviado el enfermo al servicio «Santa Rosa».

El Dr. Corvetto contesta que fué trasladado con el diagnóstico de tuberculosis, sencillamente.

El Dr. Arce considera este caso muy interesante y dice que tanto el resultado positivo de la intra-demoreacción de Mantoux, como el tratamiento feliz por la tuberculina, comprueban, que el proceso reumático era una consecuencia de su antigua infección tuberculosa. Hace alusión a un caso que tuvo oportunidad de observar en su servicio, de un sujeto que tenía una afección sifilítica y tuberculosa con manifestaciones de poliartritis deformante.

No habiendo ningún otro señor que hiciera uso de la palabra el Presidente levantó la sesión.

SOCIEDAD MEDICA "UNION FERNANDINA"

SESION CELEBRADA EL 21 DE SETIEMBRE DE 1915.

Presidida por el Dr. RICARDO PALMA

Se abrió la sesión á las 9 y 30 con asistencia de gran número de socios.

LOS MEDIOS SOCIALES EN LA LUCHA ANTITUBERCULOSA.—El Dr. Raúl Rebagliati comienza indicando los altos guarismos de morbosidad y mortalidad que se señala para la tuberculosis en nuestras estadísticas. Insiste en la necesidad de vulgarizar instrucciones para evitar las causas de la difusión del flagelo.

Como las causas de tuberculosis existen desde los primeros pasos de la vida, continuándose después en la escuela, sostiene la urgencia de la Inspección médica escolar y la imperiosa necesidad de instalar todas las obras benéficas que se han creado en otras partes, para salvar á la infancia desvalida.

Durante su disertación hizo circular entre los presentes diversas cartillas que se reparten en algunas ciudades europeas.

El Dr. Corvetto manifestó que estaba de acuerdo con las ideas sostenidas por el Dr. Rebagliati y que tan pronto estuviera al frente del Dispensario Antituberculoso, que actualmente construye la Sociedad de Beneficencia, haría labor de profilaxia social.

El Sr. Bambarén dijo que para el buen éxito de las medidas antituberculosas, era necesario que las doctrinas científicas que las sustentan, se encuentren á cubierto de la crítica, y que por desgracia esto no pasaba actualmente con la tuberculosis. Que el tripode sobre el que asienta la lucha antituberculosa estaba formado por la herencia, la predisposición y el contagio que examinados á la luz de los nuevas concepciones, no favorecían estas medidas.

Además, habiéndose logrado producir lesiones tuberculosas con bacilos no ácidos resistentes, la especificidad absoluta del bacilo de Koch se está poniendo en duda, ya que Ferran de Barcelona ha podido seguir la progenie del bacilo ácido resistente de Koch desde sus formas no ácido resistentes.

El Dr. Corvetto expone que los trabajos de Ferran no han sido aceptados por todos los que se ocupan de tuberculosis.

El Dr. Rebagliati dice que la idea del contagio es la que domina en la campaña antituberculosa.

Los doctores Constantino J. Carvallo, Julio C. Gastiaturú, Rey Alvarez C., Mier y Proaño, Samanez señalaron diversas medidas que en su concepto deben tomarse para hacer verdadera campaña antituberculosa, y después de animada discusión se nombró una comisión formada por los doctores Corvetto, Rebagliati, Carvallo y Gastiaturú, para que confeccionen una Cartilla Antituberculosa y expongan un plan de campaña antifimica.

MOVIMIENTO MEDICO

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA FISONOMIA CLINICA, CLASIFICACION Y SINONIMIA DE LAS LEISHMANIASIS EN LA AMERICA DEL SUD.—La clasificación que Laveran ha hecho de las leishmaniasis, reuniéndolas en tres grupos: 1) Kala azar ó leishmaniais sanguínea; 2) leishmaniasis cutáneas, que serán en el Africa «Botón de Oriente» y en la América «Buba» ó «Espungia», y 3) leishmaniasis esplénica ó Kala-azar infantil, está lejos de ser exacta en el segundo grupo, por cuanto no pueden considerarse como sinónimos buba y espungia ya que son dos enfermedades diferentes: la primera es ocasionada por un *espiroqueta*, la segunda por una *leishmania*.

El Dr. Alfredo A. de Matta, de la Universidad de Manaos, (*La Semana Médica*, Buenos Aires 1915) principia sosteniendo la necesidad de no emplear la palabra «buba» como una de las sinonimias de las leishmaniasis, ya que ella es empleada en el Brasil desde 1613 para designar una enfermedad que corresponde al «pian» de los franceses, «frambuesiae» de los alemanes y «yaws» de los ingleses.

Las distintas modalidades clínicas de las leishmaniasis cutáneas las hace debidas unicamente á la *leishmania brasiliensis* y dado el «unicismo etiológico» que sostiene, llega á considerar que las leishmaniasis viscerales de Laveran también pueden ser comprendidas en el mismo cuadro, no obstante el polimorfismo de sus manifestaciones clínicas.

Aceptado este «unicismo etiológico» cree que desde el punto de vista de la medicina práctica se pueden dividir las leishmaniasis en dos grandes grupos: *tegumentarias y viscerales*. En el primero estarian comprendidas las formas:

(a) *cutáneas* que á su vez abarcaria las formas no ulcerosas (nódulos de Leishmann, esponja — forma no ulcerada así llamada en el Brasil —) y ulcerosas (Botón de Oriente, y las ulceraciones conocidas con los nombres de Uta, Tiac-araña, Ulcera de Bahía etc.):

(b) *cutáneo mucosas* y de las cavidades que son conocidas también con los nombres de Espundia (chancre Espúndico de Escomel), leishmaniasis cavitaria, l. cancerosa (Alfredo da Matta) etc.

En el segundo grupo se estudiaría la esplenomegalia tropical ó Kala-azar y la esplenomegalia infantil ó Kala-azar infantil.

REVISTA DE TESIS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO Y EMPLEO DE LOS FILACÓGENOS EN ALGUNAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS.— Tesis para el bachillerato por Manuel F. Elías.

En los siguientes capítulos está dividida la tesis: Introducción Generalidades sobre los filacógenos.—Preparación de los filacógenos.—Propiedades biológicas de los filacógenos.—Acción fisiológica de los filacógenos.—Administración.—Anafilaxia.— Aplicaciones terapéuticas.—Historias clínicas.

Después de exponer 28 historias clínicas, llega á las siguientes conclusiones:

1a. Los filacógenos son exotoxinas ó toxoides, es decir, toxinas modificadas en que el grupo toxóforo está destruido.

2a. La acción de los filacógenos sobre los microorganismos es germinicida.

3a. Desde el punto de vista fisiológico, sus efectos en el organismo se manifiestan: por una reacción intensa sobre los elementos de la sangre y en particular por una hiperleucocitosis con predo

nio polinuclear, por un aumento del índice opsónico del suero sanguíneo y finalmente por un aumento de la formación y eliminación de urea y de cloruros.

4a. Las inyecciones subcutáneas é intravenosas de filacógeno producen al principio reacción térmica que va seguida de un descenso de la temperatura, descenso que puede verificarse de manera brusca ó gradualmente.

5a. Las inyecciones de filacógeno imprimen modificaciones al pulso, haciendolo aumentar al principio en velocidad y disminuir en tensión, volviendo al cabo de tres a cuatro horas a su estado normal.

6a. Las inyecciones de filacógeno tienen gran influencia sobre el síntoma dolor, yugulandolo después de dos ó tres dosis.

7a. Los filacógenos *in vivo* neutralizan proporciones más ó menos fuertes de toxinas.

8a. Los filacógenos producen inmunidad activa.

9a. Desde el punto de vista terapéutico y en concordancia con todo lo que se sabe de las propiedades bactericidas y fisiológicas de los filacógenos, su empleo se encuentra indicado en ciertas infecciones agudas.

10a. En la neumonia constituye la medicación por excelencia puesto que existe analogía entre los fenómenos que marcan la crisis neumónica espontánea y la provocada por los filacógenos.

NOTICIAS

DISTINCIÓN MERECEIDA.—Ha sido elegido *Fellows* del «Royal Sanitary Institute» de Londres el Dr. Julian Arce; quién desde 1910 poseía el título de *Member*.

Según sabemos, el Dr. Julián Arce es «el primer sud-americano que ha merecido esta distinción— la primera en su ramo, que se puede extender á un sanitario en Inglaterra».

Mucho nos place dar á conocer esta distinción, muy merecida, que ha recibido nuestro distinguido colega.

CONGRESO MEDICO.—El III Congreso Médico Nacional de Colombia se reunirá en Cartagena (Colombia) el 11 de Noviembre de 1915. El II Congreso Médico Colombiano, reunido en Medellín en Enero de 1913, designó para constituir la Junta organizadora de éste á los Dres. Carlos Cuervo Marquez, Pompilio Martínez, Luis Zea Uribe, Federico Lleras A., Miguel Jiménez Lopez, José María Montoya, Delfín Restrepo y Cristóbal Bernal.

PABLO EHRLICH.— Entre las noticias llegadas en los últimos periódicos profesionales, la muerte del sabio alemán Pablo Ehrlich ha hecho vibrar dolorosamente el espíritu médico.

Nació en Strehlen (Silecia) el 14 de marzo de 1854.

Su nombre se ha divulgado y popularizado por el descubrimiento de «salvarsan» ó «606», que coronó sus brillantes estudios de Quimioterapia antisifilitica.

Son notables sus estudios de suerología y su bellissima teoría de la inmunidad.

Realizando en 1888 estudios sobre el bacilo de la tuberculosis, se infectó inadvertidamente y tuvo la desgracia de constatar poco tiempo después, en sus esputos, el bacilo de Koch.

En 1908 obtuvo el premio Nobel, junto con el sabio Metchnikoff.

La obra de Ehrlich es tan genial, que su nombre tiene que ser venerado por los infinitos servicios que la ciencia prestará á la humanidad, gracias á sus concepciones que hoy sirven de base á una ciencia que es todo una promesa: *la quimioterapia*

CARLOS J. FINLAY.—La ciencia médica cubana está de duelo por la muerte de Carlos J. Finlay. A él se debe la idea de que el contagio de la fiebre amarilla se realiza por un agente intermediario vivo, que expuso en la Conferencia Sanitaria Internacional que se reunió en Washington en 1881. Esta teoría como se sabe ha recibido amplia confirmación tanto de la misión americana, cuanto de la comisión de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool que en 1900 estudiaron casi simultaneamente, la fiebre amarilla en Cuba y Brasil, respectivamente.

Entre las corporaciones científicas extranjeras, que le tributaron honores, solo mencionaremos á la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, que en 1907 le otorgó la medalla *Mary Kingsley*, que es la recompensa que ha dado á los grandes descubridores en el campo de la Medicina Tropical, como Manson, Ross, Koch.

Finlay fué un médico muy laborioso, pero entre sus producciones, descuella su genial concepción de la trasmisión de la fiebre amarilla por el *estegomia*, gracias á la que se puede hoy luchar con ventaja, contra tan terrible enfermedad.

DE LA SANIDAD MILITAR.—La Sanidad Militar, después de cumplir las condiciones del concurso, ha nombrado farmacéutico de la Farmacia Central de esa dependencia, al distinguido profesional Doctor Angel Maldonado. Felicitamos muy afectuosamente á nuestro amigo Maldonado, y haciendo justicia al Director de Sanidad, por el concurso que convocara, le tributamos un franco aplauso

BIBLIOGRAFIA

LA VACCINATION ANTITYPHOÏDIQUE, vaccination preventive et Vaccinothérapie, por le Dr. M. H. Méry, professeur agrégué á la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux, 1 vol. in 8 de 96 pages. Cartonné: 1 fr. 50 (Librairie de J. B. Baillière et fils 19, rue Hautefeuille, a Paris).

Se sabe que la vacunación preventiva tiene por objeto preservar al organismo vacunado contra una enfermedad dándole inmunidad, es decir, el estado refractario. Ninguna enfermedad como la fiebre tifoidea parece prestarse tanto al éxito de la vacuna preventiva, pues la inmunidad que esta enfermedad confiere es de las más durables. Solo hace poco, sin embargo, que la vacunación antitifoidea ha entrado en la vía de realización práctica. El año último se ha hecho obligatoria en la armada francesa.

El Dr. Méry expone con claridad las diversas vacunas antitíficas.

Pasa después revista al modo de acción y de control de las vacunas; la técnica de la vacunación preventiva, sea por el método de Chantemesse—Widal o por el de Vincent; los efectos de las vacunas antitíficas, sus indicaciones y contraindicaciones y en fin los resultados obtenidos.

La vaccinoterapia antitifoidea es el objeto de una segunda parte. Este método promete legítimas esperanzas, pero sus actuales dificultades de aplicación hacen que se deba emplear con excesivo cuidado, en particular si el caso es grave.

No podría alabarse demasiado la imparcialidad y prudencia de la exposición hecha por el Dr. Méry, en este librito de la colección de *Actualidades Médicas*, de un asunto tan interesante y nuevo.

El libro de la Salud. Cartas de un médico destinadas á la lectura en las escuelas elementales por D. Ricardo Pradels y García Muñiz. Trabajo laureado con medalla de oro por la Real Academia de Medicina y Cirujía de Barcelona.

Luis Gili, editor, Claris 82, Barcelona.

Revista Médica del Paraguay. Hemos recibido los Nros. 4, 5 y 6 de esta nueva revista mensual que contiene importantes trabajos entre ellos nos ha llamado la atención uno titulado «La Cirugía del médico practico» por el Dr. J. F. Recalde, joven muy instruido y laborioso á quien conocimos y tratamos en Lima, en 1913, con motivo de la reunión del IV Congreso Médico Latino-Americano.

Deseamos larga vida al nuevo colega.

Tratamiento de la sífilis por el 606 por el Dr. E. Jeanselme, profesor agregado de la Facultad de París, Médico del Hospital Broca. Traducción española de D. Carlos Docteur.

París. A. Poinat, editor-121 Boulevard Saint-Michel-1914.

Tratamiento de urgencia de las enfermedades de los organos genito-urinarios por los Doctores J. Fiolle y P. Fiolle de la Escuela de Medicina de Marsella.

París-1913—J. B. Bailliere et Fils. editores, 19 rue Hautefeuille.

Resumen de los trabajos del instituto de Medicina Tropical é Higiene de Puerto Rico; desde el 1º de abril de 1914 al 31 de Diciembre del mismo año.

Ligeras reflexiones sobre los coloides Tesis para optar el título de Doctor en Farmacia por D. Alberto Arce.

Sucre 1914. Imprenta boliviana, Grau 1970.