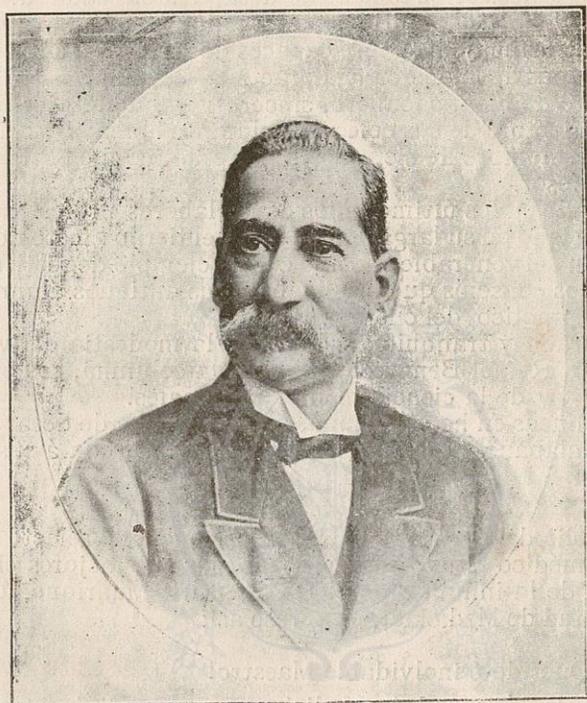


La Crónica Médica

AÑO XXXIII — LIMA, ENERO DE 1916 — N° 631



EL PROFESOR RAFAEL BENAVIDES

En uno de los últimos días de diciembre ha fallecido en su residencia del Barranco, el Dr. Rafael Benavides, catedrático jubilado de la Clínica de Partos de la Facultad de Medicina de Lima.

El Profesor Benavides, era el único sobreviviente de esa generación fecunda en ingenios que se educara á mediados del siglo pasado en los claustros de San Fernando bajo la paternal dirección del Dr. Heredia. Dedicado exclusivamente á la obstetricia, especializado en ese ramo tan importante, desde una época en que apenas se esbozaba en la practica médica la división del trabajo para adquirir el dominio perfecto de determinada porción de la medicina aplicada, fué el Dr. Benavides el primero y el más eminente de nuestros tocólogos.

Tarnier y Pinard los fundadores de la moderna tocología francesa, fueron sus maestros y el Dr. Benavides tan ilustrado como hidalgo, los recordaba cada día en sus lecciones.

Con verbo fácil, sencillo y galano comunicaba en la clínica D. Rafael su entusiasmo por la especialidad de él predilecta. Sus demostraciones siempre objetivadas eran inolvidables. El diagnóstico por la palpación, la versión por maniobras externas, el buen uso del forceps y tantos otros temas que desarrollaba cada día, quedaban definitivamente adquiridos por sus alumnos, así, en poco tiempo y sin gran esfuerzo hacíanse capaces de resolver á su vez los áridos problemas de la obstetricia práctica.

Hombre de bien, caballero, sincero y bondadoso el Dr. Benavides tuvo siempre de sus colegas y alumnos el mayor cariño y respeto. Como hombre de ciencia y hábil práctico fué el tipo del verdadero profesor.

Apartado en los últimos años de las labores profesional y docente, consolado en su larga dolencia por el tierno afecto de su familia, constituía el venerable anciano con su ejemplo de rectitud y bondad y con los consejos que prodigaba á sus antiguos alumnos, apoyo moral y práctico del cuerpo médico.

Ponderado y tranquilo, orlado con la modestia del verdadero sabio, el Dr. Rafael Benavides, fué sólida columna, sostén valioso del prestigio y de la ciencia médica nacionales.

Estas líneas en honor del maestro que acaba de desaparecer no bosquejan alabanza, son simplemente justicia hecha á sus relevantes méritos.

Al sepelio del Dr. Rafael Benavides concurrió selecto personal. El cuerpo médico estuvo representado por sus mejores elementos.

Antes de la inhumación el Dr. Belisario Manrique, á nombre de la Facultad de Medicina, se expresó así:

¡Querido é inolvidable Maestro!

Acaso, la Facultad de Medicina, porque adivina los vínculos que ligaban mi espíritu al tuyo, hame dado el encargo, penoso, de traer hoy aquí, su palabra, para darte, en su nombre, el último adiós. Encargo penoso, porque tu desaparición aflige mi espíritu y entristece mi hogar, donde siempre se cultivaron, en tu recuerdo, sentimientos de la más intensa gratitud.

Señores:

Un cuarto de siglo de trato casi diario con el Doctor Rafael Benavides, me hicieron conocer, muy de cerca, el tesoro de excelsas virtudes, que albergaba su alma bondadosa, y que lo hicieron, con justicia, tan respetable ciudadano, maestro y amigo. Forjado en antiguo molde, todo sinceridad y nobleza, era caballero de la edad media: abierto siempre al bien; incapaz de pensar mal. Su fisonomía, Señores, denunciaba su carácter franco y sin dobleces; la columna vertebral de Benavides, no se inclinó con sus ochenta y tres años,

se irguió más bien, haciendo levantar su frente inmaculada, que inspiraba cariñoso respeto. ¡Así ha bajado á la tumba!

Sesenta años de vida profesional, porque fué médico á los veintrés, dedicados casi por entero al servicio de la humanidad, en especialidad que se ejercita siempre en los momentos de más intensa angustia para el hogar, hanle labrado monumento de ancha y sólida base en la sociedad de Lima, que siente por él, cariño y gratitud.

¡Esa vida profesional, tan larga, está estrechamente vinculada al desarrollo y progreso de la enseñanza médica en el Perú! Fundador al lado de Heredia, de la Facultad de Medicina en 1856, continuando así la genial obra de Unánue, le tocó fundar el 66 la Cátedra de Partos, después de haber dictado durante diez años las de Higiene y Propedéutica. ¡Cuando después de un interregno de varios años, quizó volver al ejercicio profesional, lo hizo después de larga estadía de perfeccionamiento en el viejo mundo, para venir á fundar en 1890 la Cátedra de Clínica de Partos, haciendo desde entonces verdaderamente práctica la enseñanza de este ramo de las ciencias médicas. Allí, Benavides, fué un creador: su obra será impercedera. No sólo despertó la afición por los estudios de obstetricia con su palabra persuasiva y caudalosa experiencia, formando la legión de profesionales, especializados en tocología, que actúan ya, con renombre y provecho para la sociedad de Lima y otros lugares de la República, sino que imprimió al magisterio nueva vida, nuevas orientaciones, sentando las bases de la enseñanza objetiva.

¿Quién no recuerda á Benavides en su sala de clínica: alegre y amable, circunspecto y bondadoso; persuasivo, elocuente y caballero? En posesión de las conquistas modernas de su ramo, adquiridas al lado de Tarnier y del entonces su jefe de clínica Pinard, implantó en el Perú, entre muchas cosas, que sería largo enumerar, los medios de exploración obstétrica, que imperan todavía, y que conducen á la exactitud en el diagnóstico, piedra angular del éxito. Era Benavides un tocólogo eminente; tenía una cualidad de inestimable valor: la prudencia. Esa cualidad, señores, le habría valido el más caluroso elogio del profesor Bumm, partero alemán tan prudente como sabio.

La Facultad de Medicina tenía, pues, en él, una de sus más sólidas columnas, un concurso valioso, edificador de su prestigio. Benavides fué siempre elemento moderado, influyente y respetable. Ageno á toda lucha, era elemento suavizador, como si sintiera la responsabilidad del encargo de sus fundadores. Nada aspiró para sí, y cuando por ser subdecano ejerció temporalmente el decanato, se mostró conciliador, respetuoso á la opinión de los catedráticos y cumplidor de las desiciones de la Facultad. Jamás fué rebelde; por eso, todos sentían por él respeto; de modo que cuando hubo de alejarse, amparado por la ley, para buscar reposo, en el recogimiento de su hogar respetable, todos le extrañábamos. Su alejamiento nos parecía temporal; su espíritu vivía entre nosotros. Desde allá, en su residencia del Barranco, nos acompañaba, nos complementaba, nos prestigiaba.

¡Maestro imponderable! No se puede hacer filosofía sobre la vida cuando afectos tan hondos nos unían á tí; has ganado tu inmortalidad entre nosotros; descansa en santa paz.

Después hizo uso de la palabra, á nombre de la Academia Nacional de Medicina el Dr. Hipólito Larrabure en los siguientes términos:

Señores:

Asistimos en este solemne momento al postrer homenaje rendido al esclarecido ciudadano y eminente profesional, doctor don Rafael Benavides.

El término de tan preciosa existencia constituye irreparable pérdida para el cuerpo médico nacional y para la Academia Nacional de Medicina, institución ésta en cuyo nombre hablo y de la que ocupó la presidencia en diversas ocasiones.

No he vacilado en aceptar este doloroso encargo, movido por la sincera admiración que siempre despertó en mí tan ilustre como modesto personaje, cuyas lecciones perdurarán en mi memoria: admiración que ha ido en aumento en los últimos años y en los últimos meses, al contemplar la serenidad y resignación con que veía llegar el ocaso de su vida, oprimido por angustia física inexorable que iba minando tan vigoroso organismo.

Alejado de la práctica profesional por su avanzada edad y reducido por su dolencia física á quedar confinado en su hogar, no por eso decayó la entereza de su espíritu: de sólida estructura material y moral, ha conservado hasta el fin suficiente presencia de ánimo para procurar mantener á los suyos en cierta atmósfera engañadora sobre la realidad de su situación. Delicado y lleno de miramientos para todos los que asistíamos á su decadencia física, conservó hasta el último, tranquilidad suficiente para no proferir jamás una queja y para legarnos ese ejemplo de filosófica resignación, que ojalá nos acompañe en el supremo trance de la liquidación de la existencia.

El profesor Benavides se recibió de médico á los veinte años, de edad, el año 1852. Poco despues, fué uno de los beneficiados con el altruismo del Director del Colegio de la Independencia, doctor Cayetano Heredia, quien lo envió con su peculio á Europa junto con los doctores Bambarén y Ulloa.

Al regresar de ese viaje, el doctor Benavides perteneció al grupo de los fundadores de la Facultad de Medicina en el año 1856, formando parte de su cuerpo docente como profesor de física médica, clase que regentó hasta 1865 en que, por muerte del doctor Camilo Segura, se hizo cargo de la clase de Obstetricia, que desempeñó hasta el año 1872, en que se jubiló por razones de salud, residiendo en Tarapacá primero y en Europa después.

El 31 de octubre de 1890 el Supremo Gobierno suspendió los efectos de la jubilación, declarando expedito al doctor Benavides

para desempeñar las funciones del profesorado y de cualquier otro cargo público, coyuntura que aprovechó la Facultad de Medicina para nombrarlo catedrático interino de la Clínica de Partos, en agosto del mismo año.

El 10 de mayo de 1899 el Gobierno lo repuso en la cátedra de Teoría de Partos, después de la muerte del doctor Morales. El 1º de agosto de 1900 fué nombrado catedrático titular de la Teoría de Partos y el 11 del mismo mes la Facultad lo trasladó a la cátedra de Clínica Obstétrica, la misma que ha regentado hasta el año 1911, en que fué jubilado.

El año 1903 fué elegido Subdecano de la Facultad de Medicina, habiendo desempeñado el Decanato interinamente en los primeros meses de 1904.

Apenas declarada la guerra por Chile, el doctor Benavides se dirigió por oficio a la Facultad, haciendo cesión de sus haberes en beneficio de la Nación y ofreciendo incondicionalmente sus servicios profesionales, servicios que prestó durante toda la campaña del Sur, junto al Contralmirante Montero.

En la Academia Nacional de Medicina, a la que se incorporó en 1890, como miembro titular, el doctor Benavides desempeñó en varias ocasiones la presidencia. Ultimamente, cuando su salud afectada ya, le impedía asistir a las sesiones, solicitó ser trasladado a la condición de miembro honorario que ha conservado hasta su fallecimiento.

No me toca, señores, juzgar la labor profesional del doctor Benavides; a muchas generaciones enseñó y todos sus alumnos sentían por él profundo respeto y veneración. El 30 de Octubre de 1891 los alumnos de la clase de obstetricia le obsequiaron un tarjeta de oro, habiendo sido el alumno don José T. Alvarado el encargado de entregarle esa prueba de gratitud y respeto, única que se ha prodigado a catedrático alguno en nuestra Facultad.

Tal fué, señores, trazada a grandes razgos, la vida profesional de este hombre bueno, tan sabio como modesto, tan honrado como prudente. La austeridad en que siempre lo conocimos, la corrección que siempre puso en todos sus actos, son factores que, unidos a los conocimientos que le debemos, servirán para recordarlo siempre como modelo de ejemplar rectitud.

Habló por último el Dr. Juan San Bartolomé, quien en sentidas frases dijo de su afecto por el maestro desaparecido.

PIE MUSGOSO

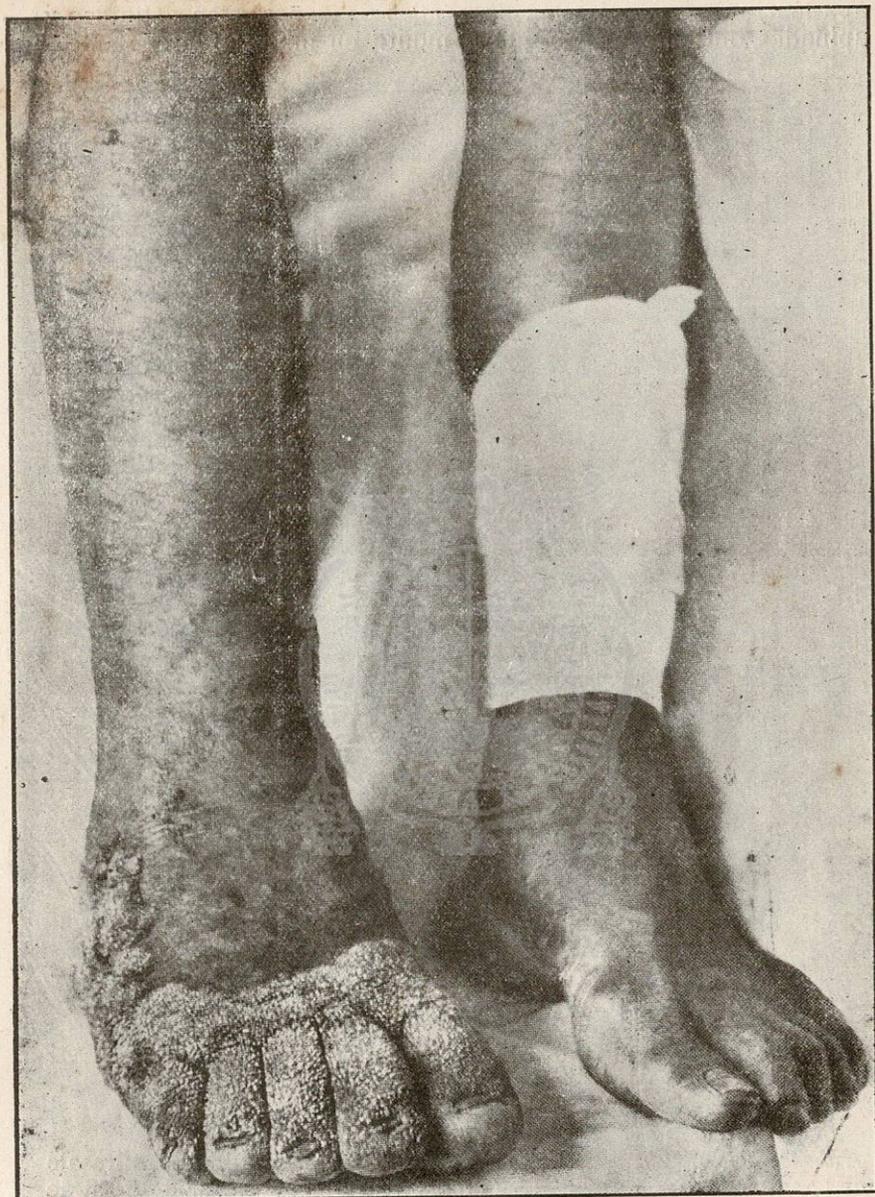
Por el Doctor JULIAN ARCE

Trabajo presentado al (VI Congreso Médico Pan Americano
Lima—Noviembre de 1913.

Con el nombre de pié musgoso (mossy foot) de la región amazónica del Brasil, describe el Dr. H. WOLFERSTAN THOMAS (Expedición al Amazonas 1905-1906. Del laboratorio de investigaciones de Manaos, estado del Amazonas, Norte del Brasil) (1), una afección verrucosa e infecciosa, que ataca la piel de los miembros superiores e inferiores y cuyas lesiones presentan tal semejanza con las que he observado en dos enfermos asistidos en mi servicio del hospital «Dos de Mayo», que juzgo de interés dar á conocer la historia clínica de esos enfermos, precedida, para mejor ilustración, de un extracto del trabajo del doctor THOMAS.

«El paciente observado por el Dr. THOMAS, véase las fotografías nos. 1, 2 y 3, es un jornalero amazonense, de 23 años de edad, que asegura haberse lesionado el pié derecho, 19 meses antes, quedando desde entonces hinchado y sensible dicho pié; recuerda haber tenido fiebres tercianas y que un año mas tarde, notó la aparición de pequeñas vesículas en el pié, sobre la parte externa del talón; dos semanas después, se transformaron las vesículas en pequeñas excrecencias verrucosas, secas, que se extendieron gradualmente a los dedos, contorno del talón y lado interno del pié. Las fotografías fueron tomadas a los 7 meses de haber comenzado la enfermedad. Toda la pierna derecha, a partir de la rodilla, está hinchada y dura; la presión fuerte de la piel deja marcas deprimidas; la superficie cutánea está tensa, lisa y lustrosa, dejando ver los linfáticos y los vasos superficiales pequeños, a través de la piel. Debajo de la rodilla en el lado externo, hay un nódulo fibroso, pequeño y duro, del tamaño de una arveja grande. El pié está muy aumentado de volumen y presenta un surco profundo, formado por un pliegue, en la parte posterior de la articulación del tobillo. A lo largo de la parte interna del pié, hay una producción verrucoide, que cubre la superficie dorsal de los dedos y parte del pié, destacándose sobre la superficie de la piel. El tumor se extiende al rededor del pié, pero sin envolver la planta; avanza mas en el lado externo que en el interno, alcanzando mayor altura en el primero. El aspecto que presenta el pié, es como si estuviese cubierto de musgo viejo desecado.»

(1) *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*.—Serie T. M.—Vol. IV, N.º 1, 1910, pág. 95—University of Liverpool.



Fotografía N 1.

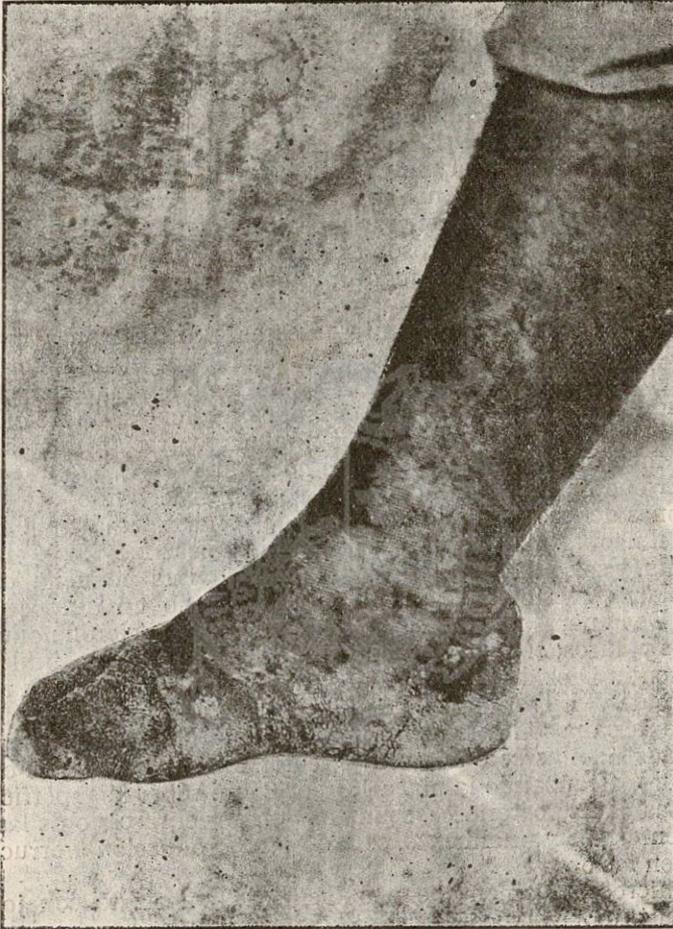
«En la superficie dorsal de los dedos del pié, el tumor tiene la apariencia de una colección de papilas pequeñas, bien definidas y apiñadas, imitando un bosque o monte en miniatura, de puntos



Fotografía N. 2

gruesos, que nacen de un lecho de tejido engrosado, que sobresale de la superficie de la piel. La neoplasia cubre la superficie dorsal de los dedos, se extiende y rebasa o rodea las uñas, pero no las cubre por completo; la piel de las caras laterales de los dedos está completamente libre. La neoplasia se extiende un poco más, en el 2º, 3º y 5º dedos, pero no invade la superficie plantar; el dedo grueso presenta cicatrices antiguas, debidas a tumores cauterizados. La produc-

ción o neoformación de verrugas en forma de bosque, se extiende casi ocho centímetros hacia la parte posterior del pié y cruza en seguida, formando un contorno ondulado. En el lado externo del pié, el relieve de la neoplasia es mas irregular, variando de 4 a 7 cm. y en



Fotografía N. 3

la parte posterior del talón de 3 a 4 cm. de profundidad; el surco profundo de la cara posterior del calcáneo, está libre. En el lado interno del pié, el contorno neoplásico es mas irregular, variando de 2, 5 a 6 cm. de ancho.»

«El carácter de la neoplasia se altera en los bordes del pié y en el talón, pues, en lugar de presentar el aspecto de musgo, los grupos de papilas hipertrofiadas forman placas elevadas, cubiertas de epidermis gruesa y cornea; las papilas estan mal definidas y las placas es-

tan divididas por grietas o fisuras profundas. En la cara interna del pié, la neoplasia afecta la forma de masas verrucosas redondeadas, nodulares, que se destacan 4 a 11 m-m. sobre la piel. En la cara anterior hay una o dos cicatrices pequeñas, de caracter queuloide. La neoplasia papilomatosa tiene en los dedos, un espesor que varía de 3 a 9 mm.»

«El aspecto de la neoplasia es verdaderamente extraordinario, pues imita el musgo viejo y seco, que cubre las rocas que reciben muy poca humedad y cuyo color varía del amarillo al gris pizarra.»

«En la pierna izquierda hay dos placas verrucosas duras, que miden 1,3 por 1,7 cm. y 1,8 por 2,7 cm. y que comienzan a ulcerarse. En el tercio inferior, hay una úlcera grande de 4,3 por 4 cm. con bordes indurados y el centro ligeramente escavado. Las tres úlceras están cubiertas de exudación acuosa, que contiene células de pus, restos granulosos, numerosos estafilococos *aureus* y *citreus* y muchos bacilos de diversos tamaños, unos negativos y otros positivos al GRAM.»

«El enfermo afirma que las úlceras principiaron como tumores nodulares, pequeños, semejantes al que existe en la pierna derecha, debajo de la rodilla y que el traumatismo había tumefactado dichos nódulos, produciendo poco después, vesículas, de las que resultaron las úlceras. Calcula que los nódulos aparecieron tres meses, mas o menos, antes de su visita al hospital».

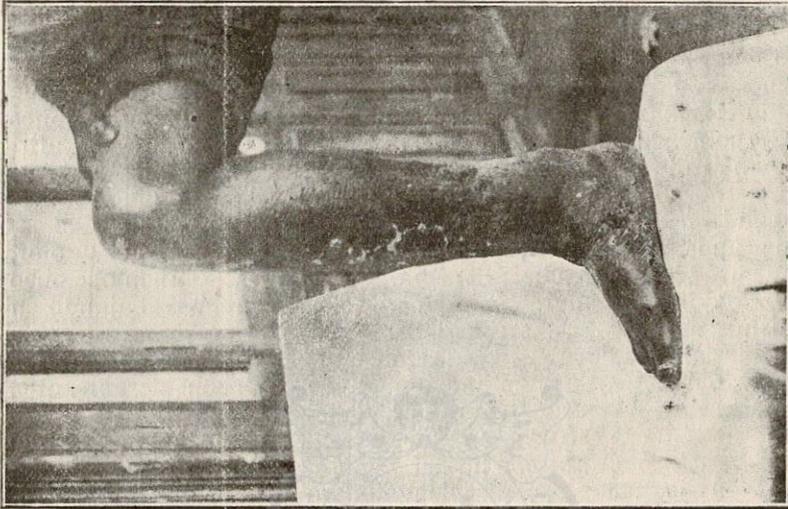
El doctor THOMAS inoculó un conejo, insertando, con las precauciones del caso, debajo de la piel de la nariz, una pequeña porción del neoplasma verrucoide. «La herida cicatrizó, dice el doctor THOMAS, y seis semanas después, apareció una pequeña erupción vesicular; las vesículas se rompieron, exudando un fluido acuoso y claro. De la parte media del grupo de vesículas nacieron nódulos pequeños y duros; el tejido, al rededor de los nódulos, se infiltró gradualmente. Diez días después, los nódulos comenzaron a tomar el aspecto de verrugas pequeñas y sin duda pruriginosas, porque el conejo se rascaba continuamente el sitio enfermo hasta hacerlo sangrar. Las papilas se cubrieron de costras formadas por el exudado desecado, alcanzando la placa 1,3 por 2 cm. sobre la superficie de la piel. Las patas posteriores, se infectaron por el rascado de las superficies enfermas y finalmente, se notó una producción verrucosa húmeda en las orejas».

«Microscópicamente, el neoplasma de la nariz del conejo se asemeja al tumor verrucoide del pié derecho y a los nódulos ulcerados de la pierna izquierda; la lesión parece ser una keratosis infecciosa».

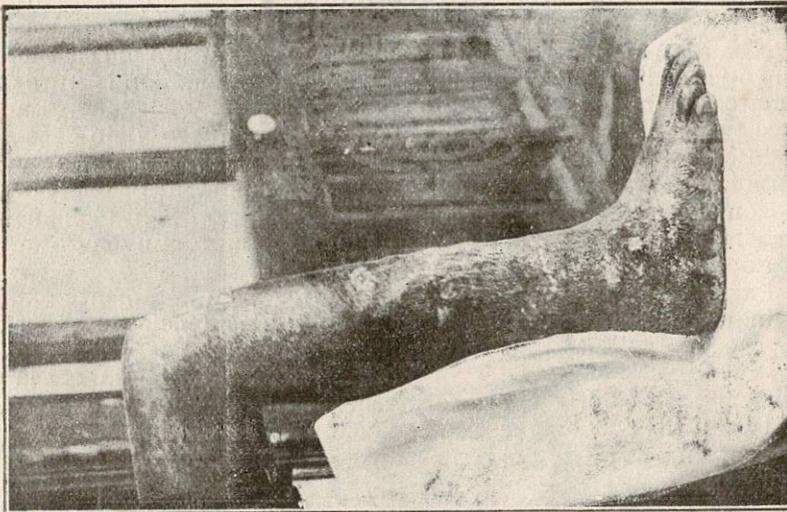
«En la elefantiasis es común ver producciones verrucoides, pero no he podido encontrar ninguna referencia, acerca de la transmisión experimental de los neoplasmas».

«No publico esta observación como un caso de elefantiasis complicado con keratosis. Solo dos de mis enfermos han tenido hinchazón del miembro enfermo; algunos de los casos tenían tumores verrucosos en ambos miembros. En Pará se me mostró un caso en que la neoplasia envolvía el pié y la pierna derechos, hasta la parte media del muslo, la rodilla izquierda estaba cubierta de grandes acas verrucosas, con extensa ulceración algunas de ellas».

«El doctor STEPHENS, me ha permitido reproducir una fotografía que fué enviada por el doctor J. H. HARRISON de Belize, Honduras Británica. El aspecto de la neoplasia es igual al de mis casos»



Fotografía N. 5



Fotografía N. 4

Los casos que he observado en el hospital «Dos de Mayo» y que tienen gran semejanza con el que describe el doctor THOMAS, como lo demuestran las fotografías adjuntas, son los siguientes:

1º F. A. negro, de 30 años de edad, natural de Lima y de oficio jornalero, ingresó el 17 de agosto de 1911.

Ha padecido de escrófulas a los 10 años, de sarampion a los 16; entre los 19 y 23 sufrió de tres incordios, acompañados, los últimos, de blenorragia, que duró dos meses y que se repitió dos años mas tarde. A los 25 años sufrió dos veces de «costado y pulmonía», arrojando sangre por la boca en ambas ocasiones. Sufrió después de paludismo y de chancros duros, según aseveración del enfermo, que duraron tres meses y de los que se curó en el Callao. Un año después a los 27, comenzó a sentir dolores en la garganta y en los huesos; afirma además que se le ha caído el pelo.

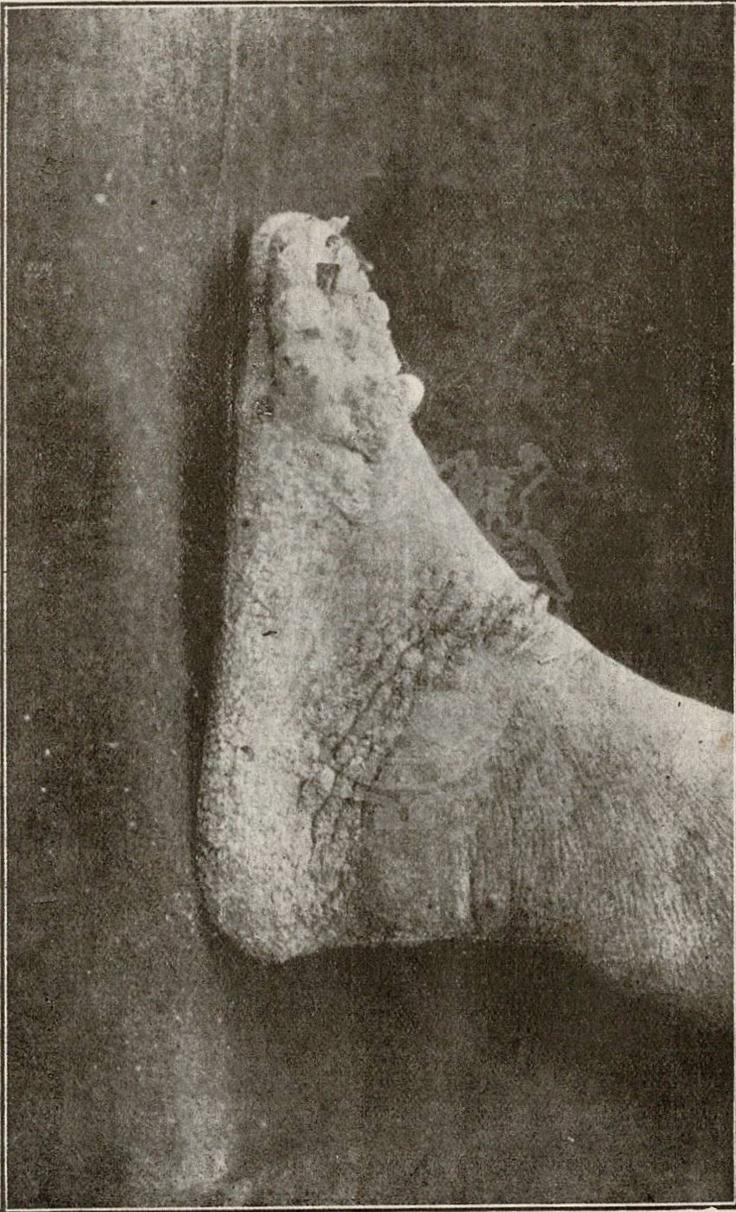
Un año antes de su ingreso en el hospital, se hallaba trabajando en las sangraderas de la hacienda «Naranjal», cuando le salieron granos en las piernas a la vez que sentía cansancio y dolor, mas acentuado en la pierna derecha, que empezó a hincharse poco a poco, lo que no le impidió, sin embargo, continuar trabajando en las mismas sangraderas.

La lesión se radicaba en la pierna y pie derechos, fotografias nos. 4 y 5, que presentaban un edema duro y tan considerable, que, a primera vista, parecía elefantiasis; en el tercio medio de la cara externa de la pierna, había una ulceración pequeña y en el tercio inferior y en el pie, tanto en la cara externa como interna, la piel presentaba pequeñas excrecencias papilomatosas, duras, ásperas, secas y apiñadas, formando una area extensa y perfectamente limitada de la piel sana, por el relieve saliente de la neoplasia, que se continuaba por los bordes del pié, sobre todo el externo, hasta alcanzar la superficie dorsal de los dedos; la neoplasia papilomatosa, que dejaba libre la planta del pié, alcanzaba mayor altura en el lado externo que en el interno y mayor todavía en el talón, donde su relieve marcaba un surco profundo en el límite de la piel sana. La producción neoplásica tenía todo el aspecto de musgo viejo desecado, descrito por el doctor THOMAS, era mas o menos uniforme y no causaba gran molestia al enfermo, que se quejaba mas bien de la hinchazón de la pierna. Con el reposo disminuyó, considerablemente, el edema de la pierna y el pié, quedando siempre un engrosamiento de los tejidos, apreciable a la vista y al tacto.

El aspecto de la lesión, fué para nosotros completamente extraordinario e insólito y a no ser por la feliz coincidencia de haber visto poco tiempo antes, las fotografias que acompañan el trabajo del doctor THOMAS y que parecían tomadas de mi enfermo, tal era la semejanza, yo no habría podido formarme opinión, ni aún aproximada, de la naturaleza y diagnóstico de la enfermedad.

El enfermo se retiró del hospital, casi en el mismo estado, el 30 de setiembre de 1911.

2º J. V. zambo, natural de Carabayllo (provincia de Lima), de 30 años, jornalero, ingresó en mi servicio el 15 de julio del presente año. Ha padecido de tercianas y de «piques» en los pies casi siempre; es alcohólico, como fué su padre, bebe mucho ron. Tiene aspecto semi-idiota, contesta con lentitud las preguntas que se le dirigen y la memoria es muy deficiente. Hacen 15 años, mas o menos, que comenzó su enfermedad por la pierna y el pié izquierdos, que se hin-



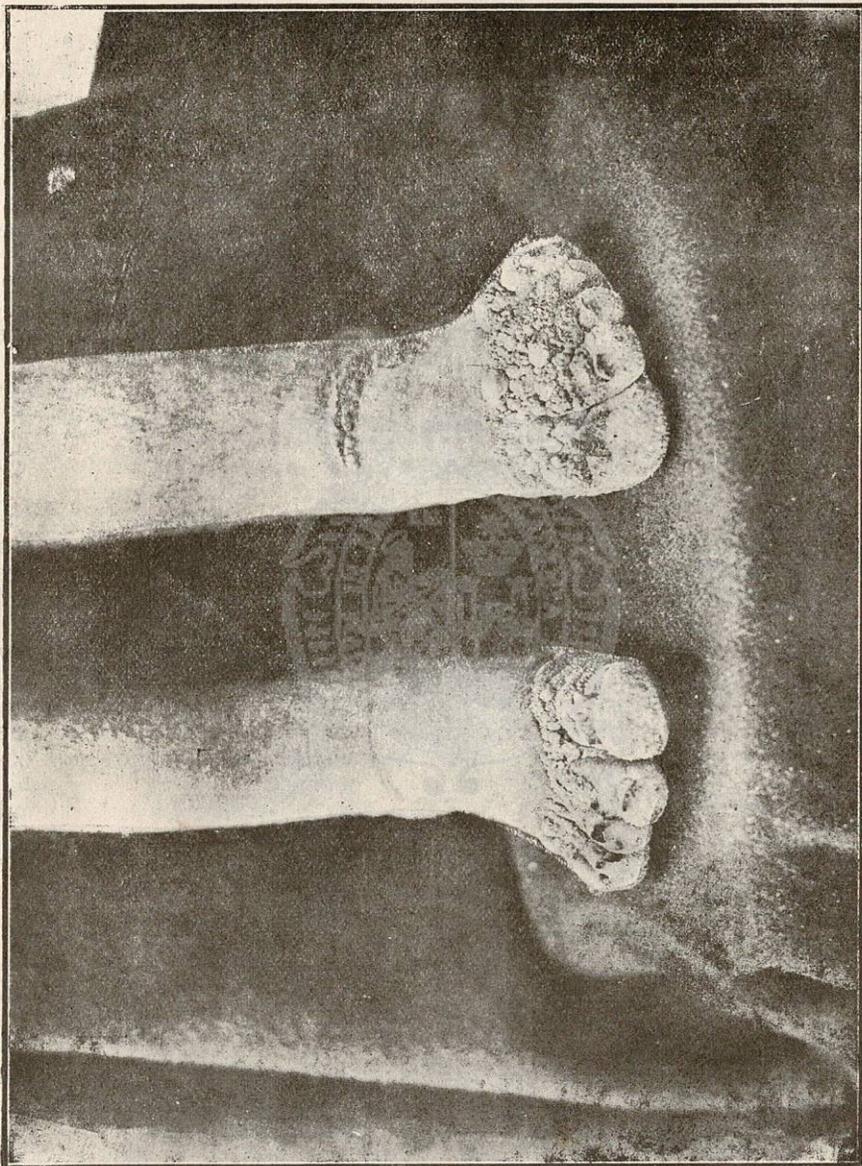
Fotografia N. 6

charon primero, formándose despues los bultitos, como el los llama: algunos años después, ocurrió lo mismo con el miembro inferior derecho. La lesión ha sido casi indolente hasta hace poco tiempo y no ha repercutido sobre la salud general, pues el enfermo ha continuado andando y trabajando sin gran molestia. Asegura que nunca ha tenido ulceración y que solo cuando se golpeaba le salía sangre de los «bultos». Su ingreso en el hospital ha sido debido mas bien a las tercianas que sufre y al dolor que le ha sobrevenido en el muslo izquierdo, que a las lesiones de las piernas y pies, que vamos a describir en seguida (fotografías nos. 6, 7 y 8).

Miembro inferior izquierdo.—La lesión, que es mas antigua, extensa y avanzada, que la del miembro inferior derecho, enmarca el pié en su extremidad anterior, formando una linea transversal casi recta que limita el tercio anterior de ese órgano, extendiéndose hasta la extremidad de los dedos; la cara dorsal así como los bordes del 1.º, 2.º y 3.º dedos, están casi enteramente invadidos por la neoplasia, que deforma por completo la superficie dorsal del dedo grueso, formando en su parte media un surco profundo entre dos engrosamientos nodulares y salientes de la piel; la lesión se continúa hasta el dorso del pié formando gruesos nódulos, algunos de los cuales tienen su superficie erizada de asperezas córneas. La hipertrofia papilomatosa o verrucoide de la piel que cubre los dedos, es mas grande que la que presenta el otro pié, formando nódulos hasta del tamaño de un garbanzo, uno de los cuales es de color rojo subido, tiene superficie lisa y pulida y se destaca de los demás por su mayor tamaño. El aspecto general de la lesión, recuerda el del lecho pedregoso de un río seco.

Las uñas, así como la piel de los espacios interdijitales, han sido respetadas por la lesión, que también deja libres los dos tercios externos de la cara dorsal del cuarto dedo y la mitad anterior del quinto. Al nivel del pliegue del pié, hay una placa transversal de 6 a 7 cm. de longitud por 3 cm. mas o menos de ancho, dividida en dos partes por un surco profundo, cuyos bordes ásperos y duros se elevan algunos milímetros sobre la piel; esta placa se extiende por la cara externa del pié hasta el talón, ocupando el espacio comprendido entre el maleolo y el borde del pié, formando una placa surcada de grietas, que contornea el maleolo externo e invade el talon hasta la línea media, subiendo hasta mas de 3 cm. sobre el nivel del maleolo y formando una área triangular de base inferior. La lesión tiene ahí, el aspecto del musgo viejo desecado y la superficie está erizada de puntos ásperos y córneos; la piel de la mitad interna de la parte posterior del talón y de la cara interna del pié, está libre aunque engrosada y dura. La lesión se muestra nuevamente en la parte inferior del talon y en la porción subyacente de la planta, dejando un espacio claro intermediario, que la separa de la placa triangular ya descrita.

La piel y el tejido celular del dorso del pié, en las regiones no invadidas por la lesión, así como la piel y el tejido celular de la pierna, estan infiltrados, gruesos y duros, deformando la pierna, que tiene el aspecto de una columna cilíndrica, que hace marcado contras-



Fotografía N. 7

te con el adelgazamiento de la rodilla y la parte inferior del muslo. La piel ha perdido su movilidad, sobre los tejidos subyacentes.

Miembro inferior derecho.—La lesión ocupa la cara dorsal de los dedos, formando sobre el dorso del pié, una curva de concavidad posterior, casi al nivel de las articulaciones metatarso-falángicas; es mas extensa y avanzada en el dedo gordo, cuya extremidad anterior está también invadida por la lesión que enmarca la uña, pero sin comprometerla, aunque está adelgazada e incurvada. El 2º dedo presenta la neoplasia a lo largo de su borde externo, dejando libre casi toda la cara dorsal y extendiéndose al rededor de la cisura interdigital al borde interno del 3er. dedo; hay en seguida un espacio estrecho y sano en la base del 3er. dedo cuya piel solo está invadida en la mitad posterior del borde externo, extendiéndose al borde interno del 4º dedo; en seguida hay un espacio de piel sana y luego la lesión que ocupa el tercio posterior del borde externo del 4º dedo, continuándose después, como en los dedos anteriores, al borde interno del 5º que por lo demás está casi completamente libre.

La lesión tiene el aspecto de papilomas duros, cubiertos de epidermis cornea, formando verdaderas placas. La piel de las caras laterales de los dedos, está libre.

El borde interno del pié está casi sano, pero en el borde externo hay una placa gruesa, rugosa, con grietas profundas, que ocupa el espacio comprendido entre el maleolo externo y el borde correspondiente del pié. En el talón, la lesión tiene el aspecto de musgo viejo desecado, con grietas o surcos profundos y sube hasta 8 cm. sobre el nivel del talón, en cuyo punto forma un pliegue marcado con el tejido sano.

La piel y el tejido celular de la pierna, en sus caras anterior y posterior, desde la rodilla hasta el dorso del pié, están infiltrados, gruesos y como adheridos, dando a la pierna la forma de columna cilíndrica. La deformación de las piernas es tan particular, que visto el enfermo de pié, parece que estuviera sostenido por columnas.

Hay marcado infarto ganglionar inguino-crural. La sensibilidad de la piel es normal; el reflejo patelar está exagerado.

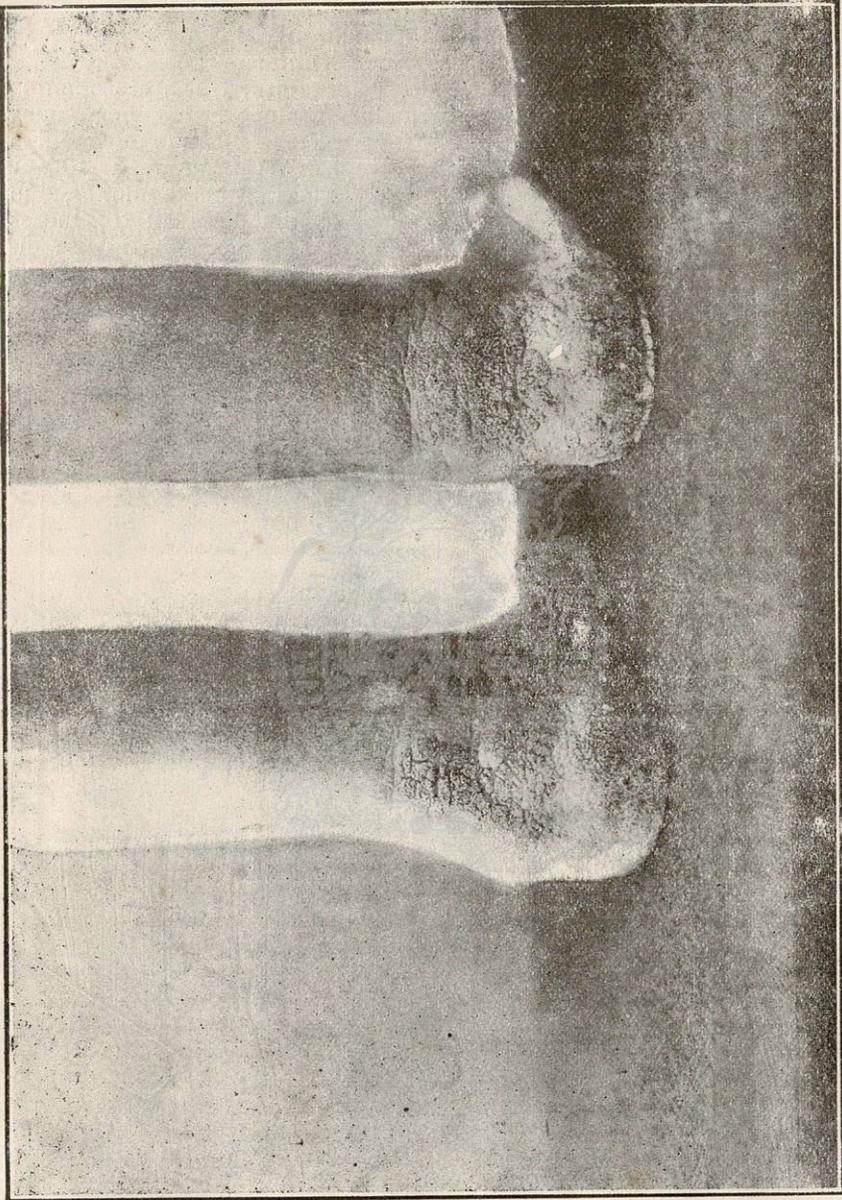
La semejanza de las lesiones que acabo de describir, con las que el doctor THOMAS señala a la afección que designa con el nombre de «mossy foot», es tal, que no he vacilado en asignarles ese diagnóstico.

Aunque el cuadro clínico no corresponde al de la elefantiasis, para mayor seguridad, supliqué al doctor JULIO C. CASTIABURÚ que practicase la investigación de la *microfilaria bancrofti*. El resultado fué negativo.

Sometido al tratamiento por las preparaciones yodadas, los baños tibios y el reposo, el enfermo ha mejorado notablemente.

No tengo mas datos que los que consigna el doctor THOMAS en su memoria, acerca de la naturaleza y etiología de la enfermedad, cuyo diagnóstico, como se comprende, es solo provisional. En la obra de CASTELLANI y CHALMERS (1), se dice, que CRANSTON

(1) Castellani and Chalmers.—Manual of tropical medicine— London. 1913 pag. 1602.



Fotografía N. 8

opina que el pié musgoso puede ser un tipo de *tuberculosis cutis verrucosa*.

NOTA.—Pocos días después de clausurado el Congreso el 27 de noviembre, se presentó en mi servicio el enfermo D. R., Indio natural de Casma, de 39 años, viudo y jornalero. Sus antecedentes de familia no ofrecen nada de particular. Cuanto a los personales ha sufrido de viruela, sarampión y tercianas. Ha hecho frecuentes viajes á los pueblos de las serranías cercanas a Casma, lugar de su residencia. Dice que hace tres años y medio, más o menos, que sufrió un golpe en el tercio inferior de la tibia derecha; tres meses después notó en ese sitio un grano que mas tarde reventó y se ulceró, la ulceración cicatrizó y se reabrió por tres veces consecutivas, hasta que después de algunos meses quedó definitivamente abierta. Respecto a la neoplasia cutánea existente en el mismo



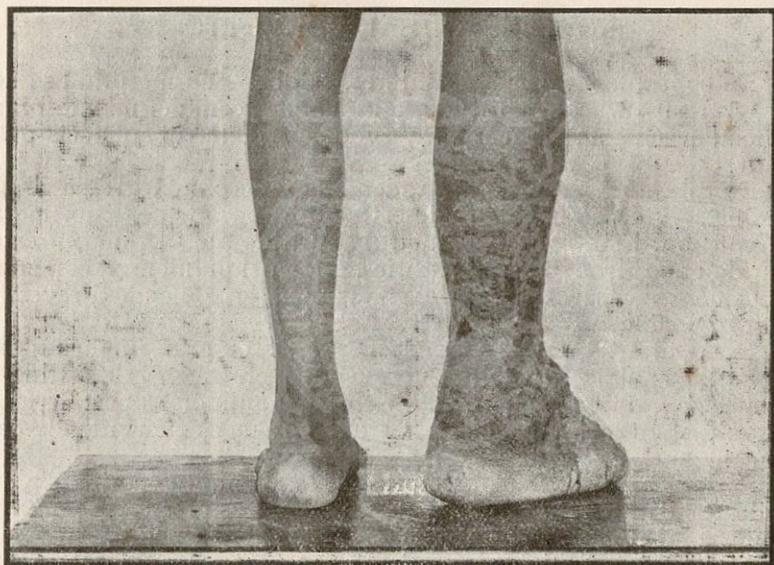
Fotografía N. 9

miembro inferior derecho, refiere que se inició por prurito intenso que no cesaba ni de día ni de noche; que después aparecieron granitos en el dorso del dedo gordo y luego en el de los demás dedos y en el resto del pié; que esos granitos fueron aumentando de volumen hasta alcanzar el tamaño que hoy presentan. No ha tenido ni tiene actualmente dolor espontáneo, ni molestia alguna. Finalmente, asegura que en el pueblo de Casma existen otros enfermos que presentan lesiones idénticas á las suyas, a las que el vulgo denomina verrugas, pero que ignora si tienen igualmente ulceraciones.

La neoplasia (véase las fotografías nos. 9 y 10) ocupa el dorso del pié derecho, inclusive los dedos, y se extiende por las caras

externa e interna hasta las inmediaciones del talón; la planta así como las caras laterales de los dedos están libres. El pié está muy aumentado de volúmen y deformado por masas neoplásicas de diversos tamaños, separadas o divididas por numerosos surcos de profundidad y extensión variables, que circunscriben desde la gran masa dura y leñosa, del tamaño de una naranja, que ocupa casi la mitad del dorso del pié, hasta los nódulos pequeños y aún las producciones papilomatosas, córneas, de aspecto musgoso, que cubren los dedos y las caras externa e interna del pié; el talón presenta igualmente en toda su altura hasta la extremidad inferior de la pierna, placas agrietadas de la misma neoformación e igual aspecto de musgo viejo desecado.

En el tercio inferior de la pierna hay una gran úlcera de bordes callosos, cuyo fondo ligeramente excavado, de color rosado pálido,



Fotografía N. 10

está cubierto de pus fétido. Otra úlcera semejante a la anterior pero pequeña, existe hacia la parte posterior del tercio inferior de la pierna. Una gran cicatriz dura y amarillenta, que rodea la garganta del pié, debida sin duda a alguna ulceración anterior, enlaza o une las dos úlceras existentes.

El enfermo, que está bastante delgado y anémico, presenta el bazo enormemente hipertrofiado pues avanza hasta la línea media y descende hasta la fosa iliaca izquierda y el hipogastrio a tres traveses de dedo por debajo del ombligo; el hígado parece disminuido de volumen; hay ascitis y ligera circulación complementaria. No tiene, ni ha tenido fiebre.

El cuadro clínico que presenta este enfermo y el antecedente de sus viajes frecuentes a lugares donde existe la uta (leishmaniasis dérmica), han producido en mi espíritu la sospecha de que el pié musgoso es producido igualmente por una leishmania, y en este sentido me propongo continuar mis investigaciones.

METODO DE FORLANINI Y

TUBERCULOSIS PULMONAR

Por el Dr. ANIBAL CORVETTO

He continuado, con todo interés, la obra que me propuse de consagrar observación y estudio á la manera como el neumotórax artificial actúa sobre la marcha y evolución de la tuberculosis pulmonar.

En esta nueva serie de tratados he usado el aparato de Kuss y me he servido de la cánula de este autor, para hacer la primera intervención. Esta cánula, con su mandril de punta roma, presta seguridad al operador para evitar la herida del pulmón, y, con ella, los accidentes consecutivos que, en algunos casos, llegan á revestir cierta gravedad.

Esta garantía de respetar el órgano, es de gran importancia, porque así se aleja el peligro que puede traer consigo la primera intervención, durante la cual, la herida del pulmón es posible, por motivo de que es desconocido el estado en que se encuentra la cavidad pleural.

Con prudencia; sin precipitaciones, siempre perjudiciales; siendo obediente á las reglas; el aparato de Kuss presta tal confianza que, con él, puede reputarse la operación acto sencillo.

La idea feliz de dejar la aguja en constante comunicación con el manómetro, es de un valor inapreciable. El manómetro, por este medio, se convierte, para el operador, en un guía siempre avisado que le presta ayuda eficaz en todo instante.

Si el manómetro no da la señal debida en el momento preciso, el operador no debe ni siquiera intentar la introducción del gas. Esto quiere decir: ó que la cánula no está en la cavidad pleural; ó que hay adherencias entre ambas hojas de la pleura. En el primer caso se deben rectificar las maniobras operatorias; en el segundo, casi siempre, la operación no es posible.

El número de enfermos á que puedo referirme en esta ocasión es reducido; solo son siete; de los cuales he seguido hasta el fin, cuatro; los otros abandonaron el tratamiento.

Hay razones que explican porqué el número de casos es tan limitado.

Primeramente, los enfermos que acuden al servicio de tuberculosis están en la gran mayoría de casos en condiciones tan malas, tanto por lo avanzado y difundido de las lesiones, cuanto por sus condiciones generales, que hacen difícil encontrar sujetos apropiados para la indicación del método.

En segundo lugar, he tratado de llenar en debida regla las indicaciones del tratamiento, no implantándolo sino en los casos que realmente pueden necesitarlo, dejando á un lado aquellos enfermos portadores de formas que, por su índole benigna unas, por su lenta y larga evolución otras, permiten al paciente una larga supervivencia siempre que se coloque dentro de los términos de un régimen sabiamente indicado y estrictamente seguido.

Por este motivo, donde he ido á buscar los casos para emplear el método de Forlanini ha sido entre los innumerables portadores de la forma *fibro caseosa extensiva*, la forma común; entre los que presentan la *fibro-caseosa congestiva* cuando va á pasar á la forma extensiva, la *fibro-caseosa post-pléurica* y la *cavitaria ulcerosa*, formas donde, hasta ahora han fracasado siempre y sin remedio todos los tratamientos que se han puesto en práctica.

Por último, ha contribuido poderosamente á la restricción con que he aplicado el método, el que siempre he procurado cerciorarme cuidadosamente del estado del otro pulmón; y solo he escogido aquellos casos en que podía comprobar sino la indemnidad de él, por lo menos, la presencia de lesiones no avanzadas y muy discretas.

De los cuatro casos seguidos hasta el fin, tres tenían el diagnóstico de *tuberculosis pulmonar* de forma *fibro caseosa extensiva*, y el otro el de *neumonía caseosa*. En todos el estado del pulmón opuesto era satisfactorio.

Los tres casos no seguidos, pertenecían á la forma *fibro-caseosa extensiva*. Uno de ellos tenía una caverna en el lóbulo superior del pulmón izquierdo y abandonó el servicio después de tres inyecciones de nitrógeno; el otro, lo hizo después de la primera, y el último un niño de 15 años, cuando apenas de había hecho dos.

El primer enfermo tratado es *P. S.* tiene 24 años de edad y una tuberculosis fibro-caseosa extensiva en el pulmón izquierdo, en su lóbulo superior. El derecho parece sano; hay además trastornos intestinales que, la facilidad con que ceden al tratamiento adecuado, se juzgan de entidad menor.

Se consigue el colapso pulmonar perfectamente; se hacen 7 inyecciones de nitrógeno para mantenerlo y merced á él desaparecen la tos y la expectoración. La fiebre no sufre alteración alguna.

Pero si por el lado pulmonar se experimenta este alivio, por el lado del abdomen no sucede lo mismo: los trastornos intestinales que parecían dominados reaparecen, se hacen bien pronunciados, resisten á toda intervención terapéutica y el paciente sucumbe á consecuencia de su incontenible progreso.

La necropsia permite apreciar como se había llegado á conseguir un neumotórax completo y perfecto: el pulmón está carnificado y en su parenquima ofrece tuberculos en el vértice, pequeños y algunos caseificados en su parte central; los hay también en núme-

ro limitado en el resto del órgano. Pulmón derecho, sano; adherencias pleurales. En el abdomen, las lesiones típicas de una enteritis tuberculosa avanzada, con ulceraciones diseminadas en toda la longitud del intestino.

F. L. es el segundo enfermo. Se comprueba en él una tuberculosis fibro-caseosa extensiva en el lóbulo superior del pulmón izquierdo. El pulmón derecho está en condiciones que permiten el tratamiento por la inyección de nitrógeno.

Estado general mediocre, febril, la temperatura llega en las tardes á 38° y medio y á 39°, tos frecuente, espectoración abundante, purulenta.

El tratamiento de Forlanini es perfectamente tolerado; no se presenta accidente alguno; se llegan á hacer 16 inyecciones de nitrógeno, consiguiéndose y manteniéndose un colapso perfecto del pulmón.

El efecto del tratamiento se deja sentir desde las primeras inyecciones: la tos y la espectoración disminuyen y luego desaparecen, con la fiebre pasa lo mismo; y libre de estos síntomas molestos, el enfermo se reanima y experimenta alivio que le permite abandonar el lecho y alimentarse mejor.

Aún cuando como se comprende hay una mejoría marcada, sin embargo el estado general permanece tan mediocre como al principio y no se hace manifiesta una tendencia clara hacia la regresión del proceso. Los exámenes repetidos permiten confirmar la inmovilización del pulmón enfermo; pero desgraciadamente, en los últimos meses, las lesiones del otro pulmón comienzan á manifestar su actividad, avanzan y se difunden; hay más: aparece una enteritis que se agrava día á día; y con esta complicación, se pronuncian el enflaquecimiento y la pérdida de fuerzas.

En estado de completa adinamia, el enfermo se apaga tranquilamente.

Ha durado el tratamiento 7 meses; durante él ha sobrevenido, como complicación, un derrame sero-fibrinoso, que cura sin mayor trascendencia.

En la necropsia se encuentra: el pulmón izquierdo carnificado, tiene el lóbulo superior transformado en un núcleo voluminoso de sustancia caseosa que comienza á reblandecerse en su parte central; y en el lóbulo inferior hay pequeños tubérculos caseosos diseminados en toda su extensión. La cavidad pleural perfectamente permeable: el neumotorax se había conseguido empujando el pulmón contra el ángulo costo-vertebral. Las pleuras parietal y visceral estaban engrosadas y cubiertas ambas de una espesa capa de fibrina. Pulmón derecho con tubérculos diseminados, caseosos y en reducido número. Lesiones claras de tuberculosis intestinal.

J. U. de Trujillo, tiene un foco en el lóbulo superior del pulmón izquierdo. Después de mes y medio de permanencia en el servicio, intensifica su actividad este foco, y parece que estalla una forma galopante. Los síntomas principales son: dispnea intensa, fiebre alta, sudores abundantes, enflaquecimiento rápido, carencia de apetito, postración suma, tos frecuente, espectoración purulenta abun-

dante; y los signos pulmonares que, en un principio, se hallaban acantonados al lóbulo superior del pulmón izquierdo y eran solo accesibles por su cara posterior, se extienden rápidamente á todo él, con signos claros de una fusión del parenquima.

Como el lado derecho deja apreciar lesiones ligeras, en presencia de este cuadro y sujetándome á las prescripciones señaladas, me decido á emplear el método de Forlanini; y así lo hago, poniendo la primera inyección de nitrógeno el 3 de febrero. Después, con intervalos variables, llego á hacer 15 que son puestas sin contra-tiempo alguno y son perfectamente toleradas. El único incidente que hay que anotar lo produce una pleuresía sero-fibrinosa de escaso derrame, que da poco que hacer.

A medida que el tiempo avanza, el tratamiento hace sentir, de manera ostensible, su acción benéfica. Comienzan por atenuarse los síntomas generales y desaparecer después; las fuerzas regresan, el apetito lo mismo y el peso de 40 kgs llega á 46; la tos queda reducida á unos pocos accesos, que se presenta en las mañanas; la espectoración queda suprimida. El aspecto del paciente es florido y bueno; se levanta y circula por todas partes; á la sala de operaciones ya no se le lleva en sillón, va él por sus propios pasos.

En este estado tan halagueño se mantiene el enfermo hasta el mes de julio. A mediados de este mes, y de modo inestable, comienza una segunda etapa. Aparece una ligera hemoptisis, que dura algunos días; reaparece la fiebre, que llega hasta 39° 5, recrudescen la tos, vuelve la espectoración purulenta, y, en fin, todos los síntomas de la reanudación del proceso. El pulmón derecho deja apreciar signos de propagación del mal. Los síntomas tienen un carácter de violencia indomable, avanzan; nada puede detener la enfermedad y al cabo de un mes y días, deja de ser este enfermo en medio de sufrimientos angustiosos.

En el cuarto caso, E. G. presenta los síntomas todos de una neumonía caseosa, localizada en el lóbulo superior del pulmón derecho. Las condiciones generales malas: pálido, demacrado, sin fuerzas; el pulmón izquierdo clinicamente sano.

Me resuelvo á emplear el método de Forlanini, porqué se trata de un proceso agudo unilateral; y el 11 de junio hago la primera intervención. Repito la operación 5 veces más.

Aquí el erecto es nulo; el mal sigue su marcha y el enfermo sucumbe en estado de completa caquexia á los 3 meses de su ingreso al servicio.

Tales son los resultados obtenidos en los 4 casos que he podido seguir hasta su fin. Todos ellos han terminado con la muerte; y quizás, si esto bastaría para juzgar de manera enteramente desfavorable el método; más prestando atención á los hechos apuntados, puede apreciarse cierta influencia que, lejos de serle contraria, le dá valor efectivo y útil á su aplicación.

Desde luego, los casos escogidos no han sido los que podrían llenar una indicación ideal, ya por las condiciones del estado general en que los pacientes se encontraban, ya porque las lesiones han estado avanzadas. Además, repito, los he escogido entre aquellos que tienen las formas verdaderamente graves y contra las cuales

nada han podido, hasta ahora, todos los medios que se han empleado. No he querido dar al método de Forlanini triunfos fáciles y que, en modo alguno, podían pertenecerle.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, y conociendo perfectamente la marcha de cada forma clínica, es como se puede apreciar cierta influencia efectiva del método en los casos tratados; influencia que no llegó desgraciadamente hasta el extremo que se ha señalado y que yo habría deseado.

Las formas escogidas han sido: *la fibro-caseosa extensiva* y *la neumonía caseosa*. La sola enunciación de estos diagnósticos basta para hacer comprender que se ha tratado de formas cuyo pronóstico es siempre de extrema gravedad.

En el primer caso, el fracaso fué debido á las lesiones intestinales; sin embargo el método tuvo tiempo para dejar sentir su influencia sobre la tos y la espectoración.

En el segundo caso, es cierto que ha quedado muy maltrecha la acción atribuída por Forlanini al neumotórax artificial, pues como la marcha de la enfermedad lo enseñó y la necropsia lo comprobó las lesiones del pulmón atelectasiado no se detuvieron en su marcha sino que siguieron su evolución, produciendo esa enorme masa caseosa ya señalada; y las lesiones del otro pulmón, limitadas é inapreciables al comenzar, en lugar de quedar, por lo menos estacionarias, se desarrollaron con todo vigor y se difundieron al parénquima sano.

Pero, al mismo tiempo, no se puede negar que ha sido indiscutible la influencia del neumotorax sobre la tos, la espectoración y la fiebre; influencia que se hizo sentir desde el principio y que dió un alivio notable al paciente, permitiéndole tomar más aliento, alimentarse mejor y abandonar su lecho. Libre de los padecimientos y de las angustias que estos síntomas tienen consigo, su vida se hizo más llevadera, más tranquila que al principio, y en este estado se conservó por varios meses.

Puedo, pues afirmar, que en este enfermo he conseguido con el método de Forlanini un alivio, como nunca lo he podido conseguir con otros medios. Además, dadas las condiciones del enfermo, la manera como se desenvolvía su dolencia, estoy persuadido que el método ha retardado la marcha del mal; sin el neumotórax artificial este enfermo no habría durado dos meses; con él, duró siete.

La acción de mejoría y de demora en la evolución y marcha de la neumofimia quedan evidenciadas de modo concluyente en el tercer caso, donde produjo un efecto sorprendente. Recuérdese el estado de suma gravedad en que estaba el paciente cuando se inició el tratamiento y recuerdese también esa inesperada mejoría que se obtuvo. Muí á mi pesar, esta mejoría no fué sino pasajera; el mal, después del obligado descanso, recuperó su adormecida virulencia y allá se fué á su fin, de manera implacable.

En el cuarto enfermo, portador de una neumonía caseosa, nada de particular pude apreciar; el mal siguió su curso acostumbrado y quizá esto ha sucedido así, porqué, como lo comprobé en la necropsia, la lesión era enorme: abarcaba la casi totalidad del pulmón

derecho, que formaba una enorme masa caseosa; solo había escapado una parte del parénquima, que era la que se presentaba atelectasiada, por efecto de la intervención.

Alivio de síntomas mortificantes y graves, retardo en la marcha de la enfermedad, resumen pues, la acción del neumotórax en mis casos.

Ya que trato de la aplicación del neumotórax artificial y de sus efectos sobre la marcha de la tuberculosis pulmonar, quiero ocuparme del servicio inestimable que me ha prestado en un enfermo que tengo en actual tratamiento. Es uno de esos casos cuya observación sirvió de base á Forlanini y sus precursores, para la invención del método.

En un portador de tuberculosis *fibro-caseosa extensiva*, se llega á fraguar un trayecto pleuro-pulmonar, que trae como consecuencia la formación de un neumotórax, primero; de un hidro-neumotórax despues. Este hecho es de influencia favorable para el proceso pulmonar y el enfermo, sometido á regimen apropiado, entra en un periodo de franco alivio.

Este alivio es de tal manera marcado que el hidro-neumotórax comienza á desaparecer. Los exámenes enseñan como el pulmón va recobrando su movilidad normal, y poco á poco reaparecen el murmullo respiratorio, y, con él, toda la serie de signos que traducen la presencia de lesiones pulmonares.

Sucede entonces lo que debía suceder; esas lesiones vuelven á ponerse en franca actividad y llegan á colocar al enfermo en condiciones sumamente graves: fiebre, dispnea, hemoptisis, tos, expectoración abundante, enflaquecimiento rápido, sudores, etc.

Juzgando que la mejoría era debida á ese neumotórax desaparecido, no vacilo en practicar uno artificial, y con este objeto, intervengo una y tres veces, hasta llegar á obtener el colapso completo del pulmón enfermo.

El resultado no se hace esperar. Lentamente, sí, pero con toda seguridad, comienzan á retroceder todos los síntomas, y se manifiesta una mejoría que vuelve á colocar al paciente en su primitivo estado.

Hoi, mi enfermo, que ví en grave peligro, se encuentra otra vez tranquilo, sobrellevando resignado su lesión pulmonar y su neumotórax.

En los tres últimos enfermos de que he tratado, se ha presentado una complicación: la pleuresía con derrame sero-fibrinoso.

Hay autores que consideran esta complicación como seria y perjudicial al método, y llegan al extremo de proscribirlo al menor asomo de derrame.

De ningún modo puedo, hasta ahora, participar de esta opinión, porqué en los tres casos míos el derrame ha sido de poca abundancia, se ha presentado sin síntoma premonitor alguno y ha desaparecido con la simple extracción del líquido, que inmediatamente ha sido reemplazado con nitrógeno. El tratamiento ha seguido adelante, sin trópiezo alguno; nada se ha presentado que redunde en daño de mis enfermos: estas pleuresias han sido inofensivas.

Una vez más debo decirlo: el método de Forlanini, aplicado racionalmente, con sugestión á todas las reglas de su técnica operatoria, con atento y cuidadoso exámen del enfermo, está exento de peligros y solo puede presentar unas cuantas complicaciones de poca trascendencia.



CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

TUBERCULOSIS PERITONEAL DE FORMA FIBROSA

Por el Dr. ERNESTO ODRIOZOLA

El enfermo que ocupa la cama N°44 y que entró al hospital el 16 del mes proximo pasado, lo examinamos el miercoles último y es uno de los casos de diagnóstico mas difícil.

Sus padres viven, estan actualmente en la sierra y el padre parece sufrir de cólicos. Tiene un hermano que goza de buena salud.

Nuestro enfermo es de 18 años de edad y ejerce el oficio de mayordomo. Ha sido sano, pues solo refiere haber padecido de ligeras indisposiciones, «resfriados» entre ellas.

Hacen dos meses fué sorprendido por un dolor localizado en el vientre, en el lado derecho y en la parte alta. Fué acompañado de *fiebre*, de caracter persistente. Dicho dolor le impedia el movimiento del tronco del lado en que el apareció. El no ha variado; por el contrario, parece haberse extendido.

El examen del vientre ofrece el mayor interés. Está uniformemente elevado, circunstancia que sin haber llegado á un gran desarrollo, se hace bastante ostensible, por la general ilacura del sujeto. La palpación es excesivamente laboriosa, porque existe una *poderosa defensa muscular* en todo él y es tambien *dolorosa* cuando se acentuan las manos ligeramente. Tanto la defensa como el dolor, se marcan mas en la parte inferior, en donde se llega á percibir una *tumoración*, dura, poco móvil, irregular, accesible, sobre todo en la fosa iliaca y flanco izquierdo avanzando por el hipogastrio hasta la fosa iliaca derecha. No hay ascitis apreciable, ni circulación venosa de las paredes abdominales. Cuando estaba en la calle había una constipación muy rebelde, que no ha cesado hasta la fecha, pues hay necesidad de administrarle frecuentes purgantes para conseguir algunos excretos duros, en forma de pequeñas bolas, bien coloreados.

El sistema ganglionar accesible, no presenta modificaciones apreciables.

El higado y el bazo están normales y no existen aparentemente conexiones de estas entrañas con la tumoración de que hemos hablado.

La prolongada curva térmica que ustedes han visto, *febril* al principio, ha tenido despues ligeras é irregulares exarcebaciones subfebriles, para situarse en la *apirexia* desde hace algunos días.

La formula hemoleucocitaria, presente un poco de *anemia* 3.760,000 hematias y una pronunciada leucocitosis (14.000) con un ligero aumento de polinucleares (70%).

El análisis de la orina ha demostrado vestigios de *serina*, gruesa raya de *urobilina* y fuerte proporción de *indican*. No hay elementos renales.

El examen de los pulmones es bien importante. En ambos vértices existe una macicez muy clara y la auscultación revela una gran diferencia de la respiración entre el derecho y el izquierdo por detras y por delante; pues mientras el derecho es débil en el izquierdo es mas bien ruda y aun recorriendo toda la extensión de uno y otro se notan diferencias de intensidad bastante marcadas.

No hay trastornos de la micción. El tacto rectal descubre en la pared anterior de ese conducto, una masa redondada, poco movil, dura uniformemente, que parece corresponder á la próstata y cuyos límites superiores, el dedo no llega a alcanzar.

Ya pueden ustedes considerar, por todo lo dicho, que la enfermedad de este muchacho, está concentrada en el vientre ó por lo menos, en esta cavidad es en donde se hace mas ostensible y al tratar de determinar las diversas cuestiones que su investigación sugiere, no dejarán de comprender que estanos al frente de un caso muy oscuro.

Los puntos que debemos de resolver, pueden reducirse á cuatro 1º Cual es el punto de implantación del tumor; 2º Cual es su tamaño ó su extensión; 3º Cuales sus conexiones con los distintos órganos del vientre; y 4º Cual su naturaleza.

1º *Cual es el punto de implantación del tumor.* Proceder á la solución de este asunto, por la via directa, es absolutamente imposible, porque las condiciones de las paredes del vientre que ya conocen ustedes, no permiten verificar una palpación detallada y completa; la defensa muscular se opone á ella. Pero a pesar de todo, ya hemos dicho que es la zona inferior del vientre la comprometida; en ella en efecto es en donde se toca, con bastante claridad, una masa dura de forma irregular, mucho mas tangible en el lado izquierdo y que presenta poca movilidad. Entre esta zona y la superior, existe una clara que demuestra que los órganos contenidos en la parte alta no tienen relación con el tumor; por consiguiente ni el hígado, ni el estómago, ni el pancreas, ni el bazo tienen nada que hacer con él. Como al hacer el tacto rectal dijimos que se toca una masa dura que parece ser la próstata, cabe averiguar si este órgano tiene vinculaciones con el tumor. La falta completa del más leve trastorno de parte de la micción, no está en conformidad con esta suposición y segun el mismo orden de ideas, puede creerse que la vejiga no está tampoco comprometida. Bueno es decir de una vez que el canal de la uretra está intacto, no existe el mas pequeño flujo. Los intestinos tienen evidentemente alguna relación con el tumor porque existe una constipación muy rebelde,

pero quizá no sea ella sino de contacto, me refiero a la relación con el tumor, bien entendido. Su situación en el lado izquierdo, sobre la S iliaca, explicaria la causa de la constipación, por compresión del conducto. Pero no ha habido alternativas de constipación y de diarrea, lo que hace sospechar que el neoplasma no interesa las paredes del indicado intestino. Por todas estas razones, creemos muy probable que los intestinos no están en causa. Podria tambien el *peritoneo* mismo ser el punto de partida de la neoformación; esta hipótesis es aceptable. Igualmente lo es la de que pudiera tener como lugar de nacimiento el *periosto* de los huesos de la pelvis ó los ganglios numerosos que estan alojados en la cavidad pelviana. En resumidas cuentas, no podemos categoricamente afirmar el punto de donde procede; sólo una laparotomia podra resolver la cuestión.

2º *Cual es su tamaño ó su extensión.* Este es tambien un problema bastante difícil, por la causa tantas veces señalada, de la rigidez de la pared abdominal. Ya les he indicado la extensión y la zona que ocupa la masa accesible; pero falta saber si la masa que se toca en el lugar ya indicado, es la única ó si en otros sitios las hay también; las especiales condiciones de las paredes del vientre no nos permiten hacer exploraciones metódicas capaces de resolver el asunto, de manera que nada podemos decir al respecto.

Cuales son sus conexiones con los distintos órganos del vientre. Al ocuparnos de su punto de implantación, hemos tocado ya algo sobre este particular. No conociendo de una manera exacta la extensión del tumor, ni si es simple ó múltiple, no estamos tampoco en el caso de conocer con exactitud sus conexiones. La masa tangible parece, como ya hemos dicho, tener conexiones con el intestino grueso, con la Siliaca. La constipación tenacísima prueba que por lo menos ejerce compresión sobre esa porción del tubo intestinal. Pero no podemos ir mas lejos, en la ignorancia en que nos encontramos acerca de su simplicidad ó multiplicidad. Sin embargo la falta de desórdenes de otro genero que los ya mencionados, vendria á probar que por ahora las cosas se limitan á lo que ya conocemos.

Cual es su naturaleza. - Esta cuestión es tan difícil de resolver como las anteriores. Desde luego, conviene saber si la sífilis no desempeña algun papel; no hay en este muchacho el mas pequeño antecedente de esta enfermedad y no es cosa común, ni siquiera rara, el ver en esta dolencia tumores intra-abdominales como el que hemos descrito; de manera que creemos muy poco probable que semejantes neoformaciones sean de esa naturaleza. Lo que debemos averiguar es si esos tumores son de naturaleza *benigna* ó *maligna* pero antes es preciso discutir si otra infección muy común no está en juego: me refiero á la *tuberculosis*. Si ustedes recuerdan que en este enfermo hemos encontrado fenómenos pulmonares bien determinados que manifiestan un grado indiscutible de condensación, será fácil suponer que esos órganos están *tuberculizados* y si a esto se añade que ha habido *fiebre* casi desde el principio de la enfermedad, estamos en el caso de preguntarnos si los tumores que

hemos encontrado en el vientre no serian de la misma naturaleza, si no serian masas tuberculosas de origen *peritoneal* y de la forma *fibrosa ó fibro-caseosa*. Es inegable que esta hipótesis es la mas aceptable y nos releva de entrar en el asunto relativo al estudio diferencial de los tumores benignos ó malignos.

Si estamos pues en presencia de una tuberculosis peritoneal de la forma fibrosa, no es difícil concluir que la condición de este enfermo es *muy seria*, tanto más cuanto que sus pulmones están atacados.

El tratamiento deriva del concepto que hemos supuesto. Si estuvieramos al frente de una tuberculosis peritoneal de la forma *ascítica*, podriamos recomendar primero un tratamiento médico pues sabemos que en esta forma los médicos y los cirujanos se han dividido en dos campos, presentando unos y otros análogas estadísticas; pero en la forma fibrosa el tratamiento médico es inutil y aunque el quirúrgico no es tampoco mejor, creemos llenar un deber de conciencia recomendando una *laparotomía*, Tal es nuestra opinión.

SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL "DOS DE MAYO,"

Sesión celebrada el 7 de Noviembre de 1915.

Bajo la presidencia del Dr. Molina se abre la sesión a las 10 y 30 de la mañana.

Se aprobó el acta de la anterior sesión, sin observación.

Se leyó la lista de las personas que habian obsequiado libros para la Biblioteca de la Sociedad. Se nombró Subbibliotecario al Sr. Angel Ballón.

A iniciativa del Dr. Gastañeta se acordó que los médicos del Hospital contribuyan con dos soles anuales á fin de tomar la suscripción de algunas revistas médicas.

UN CASO DE CISTICERCOSIS.—El Dr. Arce relata un caso observado en su servicio en un individuo accholista que falleció victima de neumonia. Expone diferentes preparaciones que ha realizado, con muestras de la autopsia, el Dr. Ramon E. Ribeyro.

NEFRITIS HIDROPIGENA Y AZOHEMICA.— El señor A. Robles, interno de servicio del Dr. Arce, expone un caso de mal de Bright.

LEISHMANIASIS DE LA MUCOSA TRATADA POR EL TARTARO EMETICO.—El Dr. J. Voto Bernales presenta un

enfermo (el segundo que ha tenido oportunidad de tratar) de leishmaniasis de la mucosa nasal que ofrecía destruido el subtabique y propagación a la bóveda palatina; gracias a las inyecciones intravenosas de tartaro emético, las lesiones han curado.

VACUNOTERAPIA DEL OZENA.—El Dr. Juan José Mostajo, expuso los resultados terapéuticos que ha obtenido en un caso de ozena, con la vacuna antiozenosa preparada en el Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires.

El agente empleado en esta vacuna es el germen aislado por el Dr. Perez de Buenos Aires en 1899, y que ha sido aceptado en el mundo médico despues que Kraus y Hoffner de Viena lo han comprobado.

Dice el Dr. Mostajo, que deseó emplear vacuna preparada entre nosotros pero que no habiendo logrado el Dr. Gastiaború, director del Instituto de Higiene de Lima, aislar el germen, siguiendo la tecnica de Perez, se resolvió recurrir á Buenos Aires, una vez que se enteró por publicación hecha en *La Prensa Médica Argentina* que el Dr. Salvador Mazza había aislado el germen y preparado una vacuna polivalente.

Antes de comenzar esta terapia, se practicó la reacción de Wassermann con resultado negativo. El enfermo despues de 23, inyecciones de 1 cc., que se han practicado en el espacio de 23 semanas, está curado, habiendo desaparecido las costras y el mal olor.

SOCIEDAD CLINICA DEL HOSPITAL «SANTA ANA»

Sesión celebrada el 12 de Setiembre de 1915.

UN CASO DE UTERO DIFELDO.—El Dr. Constantino J. Carvallo se ocupó extensamente de un caso de útero didelfo que había operado en la Clínica Ginecológica; monstruosidad que estudió el orador con gran adundancia de datos y varios esquemas destinados a explicar las posibles malformaciones uterinas.

Sesión celebrada el 19 de Octubre de 1915

LAS ANEMIAS POSTHEMORRAGICAS.—El Dr. Manuel J. Castañeda, que fué nombrado para que informara sobre este punto, expuso el estado actual de la cuestión.

Dijo, que el estudio de la anemia posthemorrágica era muy interesante porque había contribuído al conocimiento del meca-

nismo de la regeneración sanguínea, pues, toda vez que se realiza una pérdida de más de 50cc. de sangre, la médula ósea se despierta y prolifera, de igual manera que lo hace despues de las intoxicaciones é infecciones.

Que como consecuencia de una hemorragia profusa é interna se produce siempre una disminucion de los eritrocitos y leucocitosis polinuclear neutrófila; que estos caracteres permiten diferenciar las hemorragias internas, de los procesos abdominales con reacción peritoneal, y distinguir la conmoción de la hemorragia cerebral.

Sesión celebrada el 17 de Octubre de 1915

LEISHMANIASIS DEL DERMIS.—El Dr. Carlos Monge y el Sr. Felipe Chueca, presentaron un enfermo atacado de una lesión úlcero proliferativa de marcha serpiginosa que apareció hace tres años en la mejilla izquierda y que ha recorrido la cara por debajo del menton cicatrizando sucesivamente, hasta dejar una lesión extensa, exuberante, en la mejilla derecha. La enferma presenta además una lesión botonosa en la frente y lesiones ulcerosas en las extremidades.

La marcha serpiginosa de la afección que encuadra dentro de una de las formas descritas por Almenara; la ausencia de repercusión sobre el estado general; la falta de compromiso del sistema ganglionar; la fórmula sanguínea á mononucleares, permitieron asegurar la naturaleza leishmaniásica de la lesión, comprobada por el hallazgo de leishmanias y el estudio anatómo patológico, que reveló una metaplasia compuesta; á tipo linfoide y plasmático.

SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA

Sesión celebrada el 15 de Octubre de 1915

Presidencia del Dr. *Ricardo Palma.*

Con asistencia de numerosos socios y buen número de alumnos de medicina se abrió la sesión á las 9 y 45 de la noche.

FORMAS CLINICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.—El Dr. Anibal Corvetto manifiesta la necesidad de consagrar cuidadoso estudio á la parte clínica de la tuberculosis pulmonar y con este motivo insiste en señalar la importancia de fijar el tipo clínico en cada caso.

Analisa algunas clasificaciones y concluye en que la clasificación del profesor Bard es la que actualmente satisfice mas á la clínica científica.

Las primeras cuatro grandes divisiones que acepta las que ha consagrado al sabio fisiólogo de Lausana, son: formas *parenquimatosas, intrresticiales, bronquicas y post pleuricas*.

Expone á continuación las diversas subdivisiones que establece el profesor Bard, gracias al concepto *evolución de la lesión*, y defiende el considerable número de formas clínicas que ha sido necesario introducir en la fisiología, á fin de comprender todas las manifestaciones de la tuberculosis pulmonar.

Finalmente traza un somero cuadro de las diferentes formas clínicas enunciadas y dando relieve a las peculiaridades de cada una, ya por la localización y por las naturaleza de las lesiones, por su evolución, por su pronóstico y por sus indicaciones terapéuticas, concluye que forman verdaderas entidades con legítima autonomía.

El Dr. Carlos Monge despues de felicitar al Dr. Corvetto, preguntóle cuales eran los recursos que posee el clínico para hacer el diagnóstico diferencial entre las formas fibrocaseosa extensiva y fibrocaseosa congestiva, que pueden llegar al periodo cavitario, y la tuberculosis cavitaria simple.

En segundo lugar solicitó que el Dr. Corvetto expusiera los elementos de que se puede valer el clínico para saber si se trata de una forma postpleúrica, cuando se examinan enfermos cuyo pasado pleural se ignora.

El Dr. Corvetto dijo que el diagnóstico diferencial entre la forma fibrocaseosa extensiva y la cavitaria podía hacerse por que en esta última el foco tuberculoso es único ya que la cavidad se ha fraguado en medio del resto del parénquima indemne, mientras que en la fibrocaseosa extensiva se observa al lado de una caverna diversos brotes en diferente evolución.

Las formas postpleúricas se caracterizan, cuando faltan los datos que permiten afirmar la existencia de una pleuresía anterior, como dice Bard, por la uniformidad de los estertores en una gran altura, su superficialidad, la conservación de una amplitud casi normal del murmullo vesicular, la comprobación de signos de sínfisis pleural, la integridad más ó menos perfecta del lado opuesto a pesar de la extensión de las lesiones del lado atacado.

NOTICIAS

EL DR. FEDERICO GALINDO.— Ha fallecido en esta capital el profesional de este nombre. Modesto, bueno, honrado, Federico Galindo, reunía cualidades que indicaban estaba plasmado á la antigua.

Su sepelio dió lugar para que se exteriorizara el afecto de que gozaba, y se le tributara los honores que le correspondían, como sargento mayor de Sanidad.