La Crónica Médica

AÑO XXXIII — LIMA, FEBRERO DE 1916 — Nº 632

LOS PERIODOS DE MEJORIA EN LA TUBERCULOSIS RENAL.

Por el Dr. CARLOS MORALES MACEDO

En el curso de la tuberculosis renal se observa con frecuencia, largos periodos durante los cuales los mas agudos síntomas se aplacan y la enfermedad permanece en estado latente ó evoluciona en silencio. Los enfermos se manifiestan convencidos de una evidente mejoría y van alejando de su mente la idea de una intervención quirúrgica. En algunos casos, este alivio progresa al punto que se hace imposible dejar de pensar en una curación aparente de la enfermedad

Durante mi practica al lado del profesor Guiteras, en su consultorio y en su clinica del «Post- Graduate Hospital of New-York,» he tenido ocasión de observar de cerca varios enfermos de tuberculosis renal que no han sido operados, porque ellos no lo consintieron ó porque la intervención no se juzgó prudente á causa de la insuficiencia del otro riñon ó del mal estado general del paciente.

Es interesante seguir el curso clinico de estos casos, fecundos en enseñanzas, cuyo estudio tiende á modificar algunos de los conceptos generalmente admitidos sobre la evolución patológica de la tuberculosis renal y su improbable curación expontánea. Por otra parte, conociendo la suerte de los enfermos no operados, se puede juzgar mejor del valor terapéutico de la nefrectomía.

Todos los médicos estan acordes en reconocer que la tuberculosis renal es una de las enfermedades de sintomatología y evolución más variables. Juzgando por la dolencia del enfermo y aún por el examen clínico, es muy dificil avanzar una opinión sobre la importancia de las lesiones de un riñon tuberculoso. Diariamente se extraen riñones reveladores de un proceso tuberculoso avanzado y que con frecuencia corresponden á historias clinicas de sintomatología muy pobre. Por otra parte, á veces se observa un cuadro sintomático que hace pensar en una extensa destrucción del parénquina renal y en la operación se encuentra un riñón apenas invadido por algun foco aislado en condición purulenta.

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

Despues de un periodo inicial, que se desarrolla á ocultas del médico y del enfermo, la infección tuberculosa se manifiesta de manera muy variable. El predominio de uno de los síntomas suele caracterizar una modalidad clinica más ó menos definida (forma hemorrágica, piógena, nefritis aguda tuberculosa, forma dolorosa, etc, forma vesical, que es la más frecuente).

Los casos que ilustran este estudio, no fueron operados, especialmente á causa de su evolución avanzada. Sin embargo, todos ellos han llegado a un estado de aparente mejoría, que se sostiene desde hace un tiempo, más ó menos largo, durante el cual la enfermedad permanece en silencio.

Es mi propósito dar á conocer algunas observaciones sobre este periodo latente de la tuberculosis renal, que se ha presentado en los diversos enfermos con modalidades clinicas muy semejantes, lo cual permite una descripción en conjunto.

Observaciones Clínicas.—El dolor expontáneo en la región lumbar es uno de los síntomas mas inconstantes y que con mas frecuencia desaparece, sin dejar la mas ligera molestia. Enfermos que en un principio se quejaban de fuerte dolor ó de una sensación molestosa al costado, han llegado gradualmente á un periodo de verdadera analgesia lumbar. El dolor provocado por la preción persiste mas tiempo que el dolor expontáneo, pero tambien suele desaparecer.

Para explicar este hecho debemos tener en cuenta que el riñon es casi insensible, que los dolores del periodo inicial se atribuyen á la distención de la cápsula renal á causa de un aumento de volumen del órgano y que las agudas crisis reno- uretrales son debidas a una obstrución pasajera del ureter. Aceptando estas premisas, la desaparición del dolor se explicaría suponiendo que la enfermedad ha llegado á un periodo en que el riñon tiende mas bien a reducirse que á hipertrofiarse y en el que los cálices, la pelvis y el ureter forman un sistema de amplio drenaje para los productos inflamatorios.

La polakiuria, que con frecuencia es el primer síntoma, suele mejorar al punto de no ocacionar grande molestia para el enfermo. No es raro observar que despues de haber sufrido una época de micciones premiosas y muy frecuentes, los enfermos llegan a orinar tan solo cada tres horas, lo cual solamente prueba que ya ha pasado el período agudo de la inflamación vesical.

Por el contrario, la *poliuria* es sintoma que no he visto decrecer de manera notable en ninguno de estos casos avanzados. La cantidad de orina eliminada en 24 horas aumenta ó permanece practicamente constante. A pesar del alivio de los síntomas subjetivos, la orina del enfermo continúa siendo abundante, pálida, sin brillo y de escasa densidad. En un caso, de una evolución clinica de mas de cinco años, la polakiuria está hoy dominada merced á un expontáneo aumento de la capacidad vesical; el enfermo orina cinco ó seis veces al dia y ninguna en la noche, pero su vejiga puede contener mas de 600cc. y la cantidad de orina fluctúa al rededor de tres litros. En lo que á la condición del riñon mismo

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

se refiere,la poliuria es, pues, signo de mucho mas valor que la polakiuria.

La densidad de las orinas varía en los diferentes enfermos, pero, su apreciación sistemática en un mismo enfermo, nos dá datos muy interesantes. Por regla general, la densidad es baja y prácticamente constante durante este periodo latente de la enfermedad. En un caso en que la densidad ha venido tomándose todas las semanas durante 6 meses, nunca se obtuvo cifra superior á 1008 ni inferior a 1006. Siendo la dilución de las orinas una de las mas importantes manifestaciones de la insuficiencia renal, la apreciación del grado de concentración urinaria ó de la cantidad de materias sólidas disueltas, obtenida aunque de manera aproximada por el densímetro, nos permite juzgar de las variaciones funcionales del riñon tuberculoso. Bien puede decirce que el densímetro es el termómetro de los tuberculosos del riñon.

La albuminuria necesita en casi todos estos casos de prolongada evolución clínica, ser investigada con reactivos muy sensibles,porque la cantidad de serina está reducida á vestigios. Pero ésta mínima proporción de albúmina es constante; se la observa aún en los dias en que el enfermo se encuentra en mejores condiciones.

La piuria de origen renal, que es el síntoma de gran valor para el diagnóstico precoz, persiste durante este largo periodo latente. En esta época, la cantidad de pus es muy pequeña, no altera sensiblemente la transparencia de las orinas, es revelada por el análisis microscópico bajo la forma de un exceso de leucocitos en degeneración. En ocaciones se observa que el prolongado alivio del enfermo se instala inmediatamente despues de la eliminación brusca de una gran cantidad de pus proveniente del riñon.

Creemos que la *hematuria*, bastante observada al principio, y que en el periodo agudo de la tuberculosis renal donde casi siempre está solamente representada por pequeña cantidad de hematies en el sedimento urinario, desaparece por completo durante el periodo de ilusoria mejoría. Al menos muchos examenes microscópicos nos revelan la existencia de glóbulos rojos en la orina; cuando estos se encuentran en pequeño número, es muy díficil asegurar su procedencia renal, aún en el caso que las orinas hayan sido recogidas por el cateterismo uretral, por que suelen provenir de alguna eroción en el ureter ó en la pelvis causada por la introducción del cateter. En uno solo de nuestros casos, una hematuria profusa, violenta y sin causa aparente á que atribuirla, vino a perturbar el estado de salud de que gozaba el enfermo desde hacia 7 años.

La baciluria tuberculosa persiste, pero hay razones para suponer que disminuye en cantidad. El bacilo de Koch no ha podido ser hallado de manera constante en las orinas de un mismo enfermo. Se necesita de muchos análisis para encontrarlo; con frecuencia, investigaciones que fracasaron en una muestra de orina, han dado resultado positivo en la orina recogida algunos dias despues.

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

El estado general del enfermo se sostiene en condiciones mejores de las que pueden preveerse, dada la naturaleza de la enfermedad. En este periodo latente, la tuberculosis renal no da lugar sino á síntomas poco acentuados y es compatible con un estado de relativa salud, que suele prolongarse durante algunos años. La desaparición de síntomas vesicales y un ocasional aumento de peso levantan el ánimo del enfermo infundiéndole la idea de una curacion no lejana.

Las medidas higiénicas y dietéticas, una medicacíon restauradora y sobre todo la estadía en un clima apropiado, han producido en nuestros enfermos una notable mejoría en sus condiciones generales, manifestada especialmente por el aumento de peso. En el caso I, de antigua tuberculosis renal bilateral, las pesadas hechas cada semana muestran que desde hace seis meses el peso se mantiene constante, fluctuando entre 123 y 125 libras. El enfermo de la observación III durante seis meses de vida en el campo, ganó 18 libras que todavía conserva sin esfuerso.

Estos tuberculosos renales de evolución lenta, se mantienen en estado apirexia. Una pequeña elevación de temperatura en las tardes, en el enfermo II, coincidió con una notable agravación de sus dolencias.

Estudios cistoscópicos.—No es necesario hacer notar la grande importancia que tiene el repetido estudio de la vejiga en estos tuberculosos renales. Estamos convencidos de que la mejoría que experimentan se debe á que ésta forma esencialmente crónica de la tuberculosis del riñon. permite la modificación favorable de la infección vesical.

Los conocimientos actuales sobre la tuberculosis del aparato urinario nos autorizan para afirmar que la infección de la vejiga es en la inmensa mayoria de los casos, una consecuencia obligada de la infección renal. Si hoy puede asegurarse que prácticamente todas las tuberculosis vesicales proceden del riñon, también creemos cierto que casi todas las tuberculosis renales trasmiten la infección á la vejiga después de cierto tiempo.

En la práctica, la cistoscopía es la investigación mas importante para el diagnóstico, no solo porque permite el cateterismo de los ureteres, sino porque revela lesiones específicas de la mucosa vesical. Sin embargo, la cistoscopía nos enseña diariamente que la mayor ó menor intensidad de las lesiones de la vejiga no indica nada respecto del verdadero estado anatómico del riñon tuberculoso. En efecto, lesiones bastante avanzadas de la vejiga corresponden a veces á pequeños focos de tuberculosis en el riñon y por otra parte,se observa enfermos antiguos en los que la función renal es muy pobre, que aún poseen vejigas en buenas condiciones.

La observación cistoscópica de los enfermos que se estudian en el presente trabajo, prueba que los tuberculosos renales que no han sido operados y en los que la enfermedad permanece en estado latente, pueden aliviarse notablemente de sus síntomas vesicales. Esta mejoría no es incidental y pasajera, ni meramente

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

funcional: obedece á una favorable modificación anatómica de la vejiga.

Todos los observadores estan acordes en señalar los alrededores de los meatos ureterales, como el lugar por donde generalmente comienza la infección tuberculosa de la vejiga. La congestión ó el edema y la presencia de pequeños tuberculos en las inmediaciones de un meato ureteral, son indicios muy valiosos de la tuberculosis del riñon correspondiente.

Poco tiempo despues las lesiones tienden a generalizarse en la vejiga. En diversas zonas se observa grupos de granulaciones tuberculosas (que son las lesiones elementales y las únicas verdadederamente características); algunas granulaciones se reblandecen, evacuan su contenido y dejan en su lugar la verdadera úlcera tuberculosa escavada ó se trasforman en una exulceración ligeramente prominente; el resto de la mucosa vesical se muestra absolutamente sana en unas partes é intensamente vascularizada, con difusas placas congestivas, en otras. Tal es la visión cistoscópica en la tuberculosis todavia reciente, cuando aun no se han presentado los síntomas verdaderamente agudos de la cistitis.

Posteriormente, á estas lesiones puramente tuberculosas, vienen á agregarse las que corresponden á una aguda inflamación de la vejiga. El cistoscopio descubre aspectos muy complejos: una congestión generalizada de la mucosa dispuesta en los gruesos é irregulares pliegues de las vejigas contraidas, formaciones membranosas de color blanquecino, placas equimóticas, ulceraciones grandes de bordes irregulares, pequeñas zonas de edema, etc. exudados constituyendo diminutos grumos que flotan en el líquido. En estas condiciones, la vejiga pierde su aspecto tuberculoso característico, no dejando claramente visibles sino algun aislado grupo de pequeños tubérculos. Semejante imagen cistoscópica corresponde al periodo de mayor agudeza de la enfermedad, caracterizado por las orinas turbias y la polakiuria con exijente tenesmo.

Pasada ésta época sobreaguda, las cistitis tuberculosas evolucionan de manera diversa: Se observa casos en los que estas lesiones se agravan poco á poco, produciendo una ulceración casi total de la vejiga ó la cistitis vegetante y disecante ó una infiltración caseosa masiva; la próstata, las vesículas seminales y aún los testículos suelen contaminarse secundariamente. En otros casos las lesiones mejoran al principio y despues persisten sin agravación durante largo tiempo. Y por último, tambien, hay enfermos en los que la cistitis evoluciona hacia la curación: la vejiga funciona en condiciones normales, apesar de que la cistoscopía revela las claras huellas del antiguo proceso tuberculoso.

Los enfermos que vamos estudiando, que como ya lo hemos dicho son tuberculosos renales no operados en los que la enfermedad permanece en estado latente, han ido aliviándose lentamente de sus penosos síntomas vesicales. La cistoscopía practicada repetidas veces ha puesto en relieve importantes modificaciones anatómicas en la mucosa vesical. La capacidad de la vejiga a aumentado á medida que las frecuencias de las micciones ha dismi-

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

nuido; uno de nuestros enfermos ha llegado a contener mas de 600cc. de orina, capacidad vesical que hoy conserva sin el menor esfuerzo.

La progresiva descongestión de la mucosa es la mas tangible de las modicaciones que se observa en la vejiga. El color rojo palidece tornándose blanquecino, pero sin llegar á adquirir el aspecto liso y suave y el tinte amarillo-rosaceo de las vejigas normales. La vascularización es mucho menos visible; los vasos aparecen mal definidos formando amplias mallas que circunscriben zonas de mucosa pálida, algo grisácea, despulida, rugosa y mucho menos brillante; á veces se encuentran espacios de aspecto semejante al cuero, terso, granuloso, erizado de múltiples elevaciones grises.

La superficie de la mucosa se vuelve irregular á trechos, constituyendo trabéculas por lo general finas y nítidas, especialmente situadas a los lados del trígono. Estas trabéculas se combinan para limitar pequeñas despresiones ó divertículos de bordes contorneados y de profundidad variable. Suele observarse también lesiones de esclerosis formando placas de color blanco brillante.

Los meatos ureterales, antes rojos y edematosos, concluyen por adquirir un aspecto peculiar: Son generalmente mas grandes de lo normal, de color pálido, con la mucosa de los alrededores prominente y tersa. Hay verdadera rigidez en los bordes del meato ureteral; al tocarlo con el cateter se obtiene una sensación de dureza, de consistencia apergaminada. La abertura ofrece el aspecto de una herida exangue hecha encajando la punta de un bisturí.

Completan el cuadro cistoscópico de estas tuberculosis vesicales antiguas, la existencia de grupos aislados de tubérculos pequeñísimos, de color blanco grisáceo y supeficie lisa, que parecen engastados en la mucosa y que por lo general carecen de la aureola roja que circunda los tubérculos de reciente formación. Tambien se puede observar la indeleble huella esclerosa de alguna úlcera.

La capacidad funcional de los riñones, estudiada por los métodos modernos, tiene un gran valor para apreciar el estado anatómico del riñon tuberculoso y la manera como evoluciona la enfermedad.

Creemos que los resultados mes valiosos son los obtenidos por la prueba de la eliminación de sustancias extrañas (entre las cuales damos la preferencia á la *fenolsulfoptaleína*) y por el estudio de la eliminación del urea, aplicando la fórmula de Ambard para obtener *la constante de secreción ureica*. En un reciente trabajo (1) hemos tenido ocación de apreciar el gran partido que puede sa-

(1) CARLOS MORALES MACEDO.—*The Urea Index in kidney Disease.*—VII Congreso Médico Pan Americano 1915.

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

carse de la constante ureica para el estudio de las enfermedades quirúrgicas de los riñones.

De la aplicación de ambos procedimientos á los casos que hoy presentamos, no se puede deducir una conclución definitiva, respecto a las condiciones en que se ha sostenido la función renal durante el largo tiempo de aparente mejoria del enfermo. Para ello hubiera sido necesario hacer en un mismo enfermo, de manera sistematica y repetida, frecuentes pruebas de la fenolsulfoptaleina y de la eliminación de urea, lo cual no ha sido posible a causa de la grande molestia que tales investigaciones ocacionaría al paciente. Sin embargo, de las pocas observaciones llevadas a cabo puede deducirse que ni la fenolsulfoptaleina ni la constante de Ambard nos han poporcionado datos que nos permitan pensar en que la función renal ha mejorado.

Historias Clinicas.

Caso I.—C. A. O., hombre de 33 años, ingeniero, acudió al consultorio del Dr. Guiteras el 11 de Diciembre de 1914. No tiene historia venerea. En 1906 padeció de una seria enfermedad á los pulmones: ligera fiebre, tos, nunca escupió sangre. Tres años despues comenzó a sentir dolor en la region lumbar izquierda; en una ocación éste dolor se volvió muy agudo: orinaba con inusitada frecuencia. Desde esa época viene padeciendo de una sensación molestosa en la región lumbar, mas acentuada al lado izquierdo con ocacional irradiación hacia el abdomen. Ha perdido notablemente en peso y fortaleza. Las orinas eran turbias: nunca orinó sangre ni cálculos. Micciones 7 veces al dia y una en la noche, por termino medio.

Examen Clínico.—Varicocele izquierdo, 1a. orina turbia, con pocos filamentos gruesos; 2a. orina tambien turbia. La próstata dura en la base derecha: vesículas blandas, sensibles llenas. 3a. orina uniformente turbia. Por la palpación abdominal no se puede demarcar el polo inferior de ninguno de los riñones; el izquierdo se mostró sensible á la presión. El examen del aparato respiratorio reveló marcada matitez y respiración muy soplante en todo el lóbulo superior del pulmón derecho. Peso del enfermo 123 libras. Temperatura 98, 5 F. Pulso 83.

Principales datos del *analisis de orina:* Aspecto turbio, sedimento floculento y abundante; ligera acidez. Densidad 1,008. Urea 10 gr. por litro. Cloruros en poporción normal. Pequeña cantidad de albúmina. Gran cantidad de pus. Epitelio del riñon y de la vejiga. Presencia del bacilo de Koch.

Radiografías del abdomen y de la pelvis no revelan la presencia de cálculos en el aparato urinario.

Cistoscopía (Enero 8. 1914). Capacidad vesical 250 cc. Zona superior ligeramente congestionada y vascularizada. Trígono congestionado; grupos de pequeños tuberculos. Trabéculas y principio de divertículos. Meato ureteral derecho grande

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

y edematoso, rodeado de granulaciones tuberculosas. En el lado izquierdo hay una úlcera: el meato no se nota con claridad. Se cateterizó el ureter derecho.

Análisis de las orinas separadas:

	Del riñon derecho	*Del riñon izquierdo*
Condiciones del flujo	Normal a travez del cateter ureteral..	Irregular á travez de una sonda en la vejiga.....
Cantidad.....	22 cc. en media hora	30cc. en media hora
Aspecto.....	Casi trasparente....	Ligeramente turbio..
Reacción.....	Acida.....	Acida.....
Densidad	1,011.....	1,008.....
Urea.....	10, grms. por litro..	7 grms por litro....
Albúmina.....	Vestigios.....	Marcadas trazas....
Epitelio.....	Algunas células renales.....	Células renales y vesicales.....
Leucocitos.....	Pequeña proporción	Regular cantidad ..
Hematies.....	Pocos.....	No sencuentra.....
Cilindros.....	Negativo.....	Negativo.....
Cristales	Negativo.....	Negativo.....
Bacilos de Koch....	Positivo	Positivo.....

Prueba de la fenolsulfoptaleina.—Para riñon *derecho*, aparece en la orina 9 minutos despues de la inyección; su eliminación es 22% durante la primera hora y 26% en la segunda. Para el riñon *izquierdo*, aparece al cabo de 12 minutos; se elimina a razon de 14 % en la primera hora y 19% en la segunda.

Con estos datos, puede concluirse que se trata de un caso de tuberculosis renal bilateral. El riñon izquierdo está mas invadido que el derecho. El enfermo fué sometido á un tratamiento paliativo y restaurador (reposo, alimenteción abundante y escojida, creosota, poción de Bashamp). Sus doldencias se aliviaron progresivamente.

El 26 de Febrero de 1915, el enfermo dice que se siente mejor; goza de buen apetito y duerme bien; ha aumentedo dos libras en peso. No sufre dolor alguno; despues de un ejercicio violento siente ligera molestia en la region lumbar. Orina por lo regular 5 veces al dia, ninguna en la noche. Su vejiga puede contener medio litro de orina.

Cistoscopía.—(Feb. 26): De manera general puede afirmarse que la vejiga tiene mejor aspecto; no hay zona intensamente congestionada, no se ven úlceras. Se observa tubérculos miliares en grupos. Trabeculaciones y pequeños divertículos, especialmente en la zona correspondiente al meato ureteral izquierdo. El meato derecho grande y prominente, de bordes nítidos, con tubérculos en sus inmediaciones.

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

Analisis de orina	*Diciembre* 11, 1914	*Enero* 6, 1915	*Enero* 20, 1915	*Enero* 29, 1915
Aspecto	Turbio	Ligeramente turbio	Casi trasparente y sin brillo	Casi trasparente
Reacción	Ligeramente ácida	Acida	Ligeramente ácida	Ligeramente ácida
Deposito	Abundante	Abundante	Regular	Escaso y coposo
Densidad	1,008	1,009	1,008	1,009
Urea	10 grms. por litro	14 grms por litro	11 grms por litro	10 grms por litro
Cloruros	Cantidad normal	Casi normal	Disminuidos	Disminuidos
Albúmina	Pequeña cantidad	Pequeña cantidad	Trazas	Ligeras trazas
Pus	En abundancia	Gran cantidad	Regular cantidad	Pequeña cantidad
Epitelio	Pocas células renales y vesicales	Células renales y vesicales	Del parenquina renal y de la plevis.	Pocas células renales
Cilindros	Negativo	Algunos hialinos ligeramente granulosos	Algunos ligeramente granulosos	Negativo
Cristales	Oxalato de cal	Negativo	Negativo	Negativo
Bacterias	Bacilos de Koch y germenes de contaminación secundaria	——	Bacilos de Koch y otros germenes	——
——			——	

Febrero 26, 1915	*Marzo* 17, 1915	*Abril* 7 1915	*Abril* 29, 1915	*Mayo* 12, 1915
Casi trasparente	Casi trasparente	Trasparente	Trasparente	Trasparente
Ligeramente ácida	Ligeramente ácida	Ligeramente ácida	Ligeramente ácida	Acida
Escaso	Escaso	Escaso	Escaso	Escaso
1,008	1,008	1,007	1,007	1,0011
10 grms por litro	6 grms por litro	6 grms por litro	8 grms por litro	12 grms por litro
Disminuidos	Disminuidos	Disminuidos	Disminuidos	Casi normal
Ligeras trazas	Ligeras trazas	Ligeras trazas	Vestigios	Marcadas trazas
Pequeña cantidad	Pequeña cantidad	Pequeña cantidad	Pocos leucocitos	Pequeña cantidad
Pocas células renales y vesicales	Algunas células renales y vesicales	No se encuentran células renales	Algunas células renales y vesicales	Pocas células del riñon y de la vejiga
Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
——	Bacilos de Koch	——	——	Bacilos de Koch

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

Universidad Nacional de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú

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

Análisis de las orinas separadas

	Del riñon derecho	*Del riñon izquierdo*
Condiciones del flujo	Normal á travez de cateter ureteral..	Irregular á travez de una sonda en la vejiga.....
Cantidad.....	26cc. en media hora	32cc. en media hora
Aspecto.....	Claro.....	Claro.....
Reacción.....	Acida.....	Acida.....
Densidad.....	1,010.....	1008.....
Urea.....	11,50 grms por litro.	6, 36 grms por litro
Albúmina.....	Vestigios.....	Marcadas trazas...
Epitelio.....	Algunas células de la pelvis y del ureter.....	Células de la vejiga y del riñon.....
Leucocitos.....	Pequeña cantidad..	Regular cantidad..
Hematies.....	Negativo.....	Negativo.....
Cilindros.....	Negativo.....	Negativo.....
Cristales.....	Negativo.....	Negativo.....

Constante ureica de Ambard.

Cantidad de urea en un litro de sangre..... Grms. 0,372

Cantidad de urea en un litro de orina { Riñon derecho.. ,, 11,52 / Riñon izquierdo. .. 6,36

Cantidad de urea referida á 24 horas { Riñon derecho.. ,, 14,377 / Riñon izquierdo ,, 9,77

Constante..... { Riñon derecho. K=0, 107 / Riñon izquierdo. K=0, 149

Resultado: Para el riñon izquierdo se obtiene una constante elevada que hace pensar en una extensa invasión tuberculosa. Para el riñon derecho se deduce una constante un poco superior á la normal, reveladora de una función ureica algo lenta. Esto debe interpretarse como que el riñon derecho tambien está seriamente invadido, porque en caso contrario deberiamos obtener una cifra todavia mas baja que la normal debido á una función de compensación.

El resultado final de estas ultimas investigaciones confirman la opinión emitida un mes antes respecto á la bilateralidad de las lesiones. No se consideró prudente la intervención quirurgica; la infección tuberculosa en los pulmones de este enfermo debe ser considerada tan seria como la de ambos riñones.

El enfermo ha acudido semanalmente al estudio del Dr. Guiteras, donde ha sido observado con regularidad.

En el cuadro adjunto puede verse el resultado de los análisis de orina:

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

El peso del enfermo ha permanecido practicamente el mismo fluctuando entre 123 y 125 libras. El enfermo dice que cada dia se siente mejor. Su condición general parece la misma que seis meses antes. La frecuencia de las micciones ha llegado á la normal pero, las orinas son abundantesy diluídas, con trazas de albúmina y exagerada proporción de leucocitos.

Estas condiciones persisten hasta el 12 de Mayo del presente año. Dos dias antes de esta fecha, el enfermo, por iniciativa propia, procuró disminuír la cantidad de agua en sus bebidas y alimentos con el objeto de producir una mayor concentración en su orina; la cantidad eliminada en 24 horas se reduio solamente á 1660, la densidad se elevó á 1, 011, en cambio las trazas de albúmina y de pus se hicieron mas marcadas.

Caso III.—J. P. hombre de 33 años, nacido en Italia, de oficio zapatero, acudió al consultorio del Dr. Guiteras en Setiembre de 1906. Sufria dolor en la región lumbar derecha y orinaba con inusitada frecuencia y premura, en el dia y en la noche. El examen *clínico* solo reveló ligero dolor á la palpación del riñon derecho.

Análisis de Orina: Aspecto turbio; densicad 1,016; urea 10 grms por litro; pequeña cantidad de albúmina;algunas células renales; gran cantidad de glóbulos de pus.

Cistoscopía: Dos pequeños cálculos en el fondo vesical; pequeños tubérculos diseminados al rededor de la embocadura del ureter derecho y cerca del cuello vesical; ureter izquierdo normal.

Principales datos del examen de la orina el 3 de Octubre de 1906: Cantidad en 24 horas 2,150cc ; aspecto turbio; densidad 1,008; urea 5 grms por litro; pequeña cantidad de albúmina; gran cantidad de glóbulos de pus; epitelio del parénquina y pelvis renal y de la vejiga.—Otra muestra de orina examinada pocos dias despues: densidad 1.008; urea 6 grms por litro; albúmina; pus en abundancia; algunos hematies; células renales con glóbulos grasosos; algun cilindro hialino tenuemente granuloso.

Tres meses despues en Enero de 1907, el enfermo continuaba quejándose de debilidad general y sensación molestosa en la región lumbar derecha. Los síntomas vesicales son menos agudos, no siente necesidad de orinar en la noche. Refiere que dos semanas antes sufrió fuerte dolor en el abdomen. El análisis de orina: aspecto turbio;ácida; densidad 1.017; urea 10 grms por litro; pequeña proporción de albúmina; abundante pus; epitelio del riñon, de la pelvis y de la vejiga; algunos cilindros ligeramente granulosos; pocos hematies; fibras conectivas y mucosas.

Algunos meses despues se cateterizaron ambos uréteres recogiéndose separadamente las orinas. El análisis bacteriológico (Rokefeller Institute) reveló la presencia de bacilos de Koch soamente en la orina del riñon derecho. Se indicó la necesidad de la nefrectomia, pero el enfermo no quizo consentirla.

Despues de prolongada ausencia, el 25 de Setiembre de 1914 el enfermo solicitó nuevamente los servicios del Dr. Guiteras, y desde esa fecha ha sido sometido a un observación prolija con

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

el interés que despierta este caso de tuberculosis renal derecha abandonado a su propia suerte durante 9 años.

Refiere el enfermo que ha vivido entregado a sus ocupaciones habituales y gozando de salud durante 7 años; que á fines de 1912, comenzó á sentir ligero dolor en la región lumbar, especialmente á la derecha, y á orinar con gran frecuencia y premura, tanto de dia como de noche; que en una ocación orinó sangre en abundancia. En el curso del último mes ha sufrido otros ataques de hematuria, arrojando orina densa, teñida de rojo y con abundante depósito de pus.

La condición general del enfermo es relativamente satisfactoria. Pesa 137 libras. Tiene pequeña elevación térmica en las tardes. El examen del aparato respiratorio no revela nada anormal. Organos genitales externos, uretra, próstata y vesículas seminales en condiciones normales. Orina cinco veces al dia y dos en la noche.

Análisis de orina (Set. 25, 1914): ligeramente ácida; aspecto claro; densidad 1,006; urea 6 grms por litro; cloruros relativamente disminuidos; marcadas trazas de albúmina; gran cantidad de pus; células del parénquina renal; no se encuentran hematies; presencia de bacilos de Koch.

Cistoscopía (Set. 25, 1914) Capacidad vesical reducida á 200 cc. Zona superior ligeramente congestionada y con tuberculos diseminados; trígono muy congestionado. Meato ureteral derecho normal, de bordes rígidos, semejante al corte de un bisturí, la orina que de él fluye es aparentemente clara. Meato ureteral izquierdo transformado en un pequeño cráter, aparentemente cerrado rodeado de pequeños tubérculos de aspecto nítido. Se cateterizó el ureter derecho; el izquierdo se mostró impermeable; se dejó un cateter en la vejiga.

Del riñon derecho á traves del cateter ureteral bajó con irregularidad y notable repidez orina clara y abundante: 120cc. durante la primera hora de observación y 150cc. en el curso de la segunda hora. A traves del cateter en la vejiga no se pudo recoger durante las dos horas sino pocos centimetros cúbicos de un fluído turbio; el análisis químico de este líquido probó que no era orina, llegando á la conclución de que del riñon izquierdo no bajó orina á la vejiga.

Conjuntamente se hizo la *prueba de la fenolsulfoptaleina:* á traves del cateter ureteral correspondiente al riñon derecho, apareció seis minutos despues de hecha la inyección; la cantidad eliminada durante la primera hora fué 24% y la corespondiente á la segunda hora fué 27%. Por el cateter dejando en la vejiga, con el objeto de recoger la orina del riñon izquierdo, no apareció la fenolsulfoptaleina.

De estas últimas investigaciones se infiere que el riñon izquierdo no funciona, su ureter está obstruido; el riñon derecho (que fué el primero en adquirir la infección tuberculosa) desempeña por si solo la función urinaria.

El 9 de Octubre de 1914 el enfermo dice que se siente muy aliviado. La frecuencia de las micciones es casi la normal. No

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

siente dolor en la region lumbar. Duerme bien y tiene apetito. No ha disminuído en peso. Temperatura 98, 3 F; pulso 74; presión de la sangre 126.

Constante ureica de Ambard (Oct. 9 1914):

Cantidad de urea en un litro de sangre..... Grms. 0,396
Cantidad de urea en un litro de orina..... ,, 7,200
Cantidad de urea referida a las 24 horas..... ,, 20,740
Constante..... K=0,111

Resultado: La constante de Ambard en este enfermo arroja una cifra superior a la normal. Es decir, que en la sangre de este enfermo hay más urea de la que sus riñones pueden eliminar; el riñon derecho, que es el único que funciona, se muestra insuficiente para desempeñar la función ureica total.

El 17 de Noviembre se repitieron las investigaciones de la función renal, hechas 7 semanas antes.

Cistoscopia: Se confirman los datos obtenidos anteriormente; la úlcera que reemplaza al meato ureteral izquierdo continúa impasable para el cateter. El riñon derecho segregó abundante orina (60cc. en media hora), del riñon izquierdo no se pudo obtener secreción alguna; pocos cc. de un fluído recogido de la vejiga probaron no contener urea.

Análisis de orina (del riñon derecho): Aspecto casi trasparente; reacción ácida; densidad 1,008; urea 9 grms. por litro; trazas de albúmina; muchos glóbulos de pus; algunos hematies; pocas células de la pelvis renal ó del ureter; presencia de bacilo de Koch.

La fenolsulfoptaleina se presentó, proveniente del riñon derecho, 7 minutos despues de la inyección. Su eliminación fué 24% durante la primera hora y 16% en la seguna. No se encontró ptaleina en el líquido de la vejiga.

Estas últimas observaciones confirman el resultado de las anteriores, probando que el riñon izquierdo no envía orina á la vejiga y que el riñon derecho hace la función compensatoria en regulares condiciones, apesar de la infección tuberculosa de que está invadido desde hace 9 años.

Teniendo en cuenta la ligera fiebre vespertina del enfermo, probablemente debida á las condiciones del riñon izquierdo, el Dr. Guiteras propuso la nefrectomía; desgraciadamente el enfermo no quizo consentir en ella.

El 17 de Mayo del presente año, vimos al enfermo por última vez. Nos dice que ha orinado sangre dos ó tres dias de la semana anterior.

Este caso fué presentedo al Dr. Guiteras a la Academia de Medicina de New York, en la reunion que la sección de enfermedades genito-urinarias celebró en Abril de 1915. Creemos que este sea una de los mas interesantes casos de este genero en la literatura médica. Con el se prueba que durante 7 años de aparente salud la tuberculosis renal puede evolucionar de manera que el

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

riñon izquierdo, que al principio no daba signos de estar enfermo se tuberculice y deje de funcionar por oclusión de su ureter, mientras que el riñon derecho, que fué el primero de mostrarse infectado, continúa desempeñando la doble funcion urinaria y sosteniendo la vida del enfermo.

Caso III.—K. M. hombre, 26 años solicitó los servicios del Dr. Guiteras el 11 de Noviembre de 1914. No comunica antecedentes patológicos importantes en su familia. Cuando tenia 10 años sufrió de un abceso en el psoas izquierdo. El enfermo dice que su dolencia actual solo ha comenzado desde hace tres meses. Su principal molestia es orinar con gran frecuencia; no sufre dolores. Es enviado por el Dr. Temple (Toronto) quien comunica que se practicaron inoculaciones experimentales de las orinas separadas, encontrandose tuberculosis procedentes de ambos riñones.

Examen Clínico (Nov.11 1914): La condición general del enfermo es buena; dice que se alimenta y duerme bien. 1a. orina ligeramente turbia con algunos filamentos mucosos; 2a. orina clara sin filamento. Próstata algo dura; en su lado izquierdo se toca un nódulo duro que puede ser de origen tuberculoso. Vesículas normales. La orina despues del masaje es ligeramente turbia, sin elementos de la próstata ó vesículas seminales. La palpación abdominal no permite tocar los riñones, ni revela sensibilidad especial ó rigidez muscular. El enfermo pesa 128 libras. Su temperatura fluctúa entre 98, 4 F. y 99, 2 F., durante el dia.

Análisis de orina (Nov. 11, 1914): Cantidad en 24 horas 1,880 cc. Debilmente ácida; ligeramente turbia; depósito abundante. Urea 13 grms por litro. Cloruros en proporción normal. Pequeña cantidad de albúmina. Ningún otro elemento anormal. Gran cantidad de glóbulos de pus. Epitelio del parénquina renal y de la vejiga. Cilindros hialinos tenuemente granulosos. Presencia de bacilos de Koch.

Cistoscopia (Nov. 11, 1914):La vejiga solo admite 100cc. Zona superior congestionada, con traveculaciones y una mancha de pequeños tubérculos. La zona inferior parece sana. El cuello de la vejiga muy inflamado. Pequeña protuberancia roja en la pared lateral izquierda; marcadas traveculaciones y principios de divertículos. Ambos meatos ureterales grandes y prominentes; el flujo de orina es turbio en el lado izquierdo y aparentetemente claro en el derecho. El ureter derecho fue cateterizado el izquierdo no se pudo penetrar sino en una longitud de 3cm.

Análisis de las orinas separadas

	Del riñon derecho	*Del riñon izquierdo*
Condiciones del flujo	Regular á travez del cateter ureteral..	Irregular á travez de una cateter en la vejiga.....
Cantidad.....	28 cc, en media hora	34 cc en media gora.

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

	Del riñon derecho	*Del riñon izquierdo*
Aspecto	Ligeramente turbio.	Ligeramente turbio
Reacción	Acida	Acida
Densidad	1,021	1,012
Urea	15 gramos por litro.	11 grms por litro...
Cloruros	13 gramos por litro.	6 grms por litro...
Albúmina	Ligeras trazas	Marcadas trazas
Pus	Algunos glóbulos	Pequeña cantidad
Epitelio	Células redondas probablemente del ureter	Células redondas probablemente del ureter
Cilindros	Negativo	Negativo
Bacilos de Koch,	Negativo	Positivo

Prueba de la fenolsulfoptaleina: Correspondiente al riñon derecho, aparece en la orina 6 minutos despues de la inyección; la eliminación es 27% durante la primera hora. Por el lado izquierdo, se presenta despues de 11 minutos; la eliminación es 25 % al cabo de una hora.

Constante ureica de Ambard

Cantidad de urea en 1 litro de sangre..... Grms. 0,420

Cantidad de urea en 1 litro de orina { Riñon derecho.. „ 13, 20 / Riñon izquierdo „ 8, 40

Cantidad de urea referida á 24 horas { Riñon derecho.. „ 17,440 / Riñon izquierdo „ 13,710

Hechos los cálculos, la constante es: Para el riñon derecho K=0,107; para el izquierdo K=0,135.

Resultado: El riñon *izquierdo* segrega mayor cantidad de orina que el derecho, pero su proporción de urea es mucho mas baja; la constante corespondiente que es 0,135, mucho mas elevada que la normal, significa que la función ureica está sumamente alterada en ese riñon. El riñon *derecho* elimina menos orina que el izquierdo, pero su proporción de urea es considerablemente mayor; la respectiva constante es 0,107, algo superior a la normal. De esto se debe concluír que el riñon derecho está también enfermo, porque si no lo estubiera su constante debería ser todavía menor de la normal á causa de una eliminación compensatoria.

De acuerdo con el resultado de las investigaciones hechas en este caso, se indicó al enfermo la operación, con las reservas que imponía el temor de que el riñon derecho no pudiera sobrellevar la doble carga impuesta por la nefrectomia izquierda. El enfermo no consintió en la operación inmediata.

Despues de seis meses de reposada vida en el campo, en Abril de 1915 volvió el enfermo al consultorio del Dr. Guiteras. Sor-

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

prende observar que su condición general ha mejorado notablemente; ha ganado 18 libras en peso; goza de buen sueño y apetito. No sufre dolores. Orina por termino medio 7 veces en el dia y 2 en la noche. Ninguno de los riñones puede palparse.

Cistoscopia (Abril 14, 1915): La vejiga admite 170cc. de liquido. Zona superior con deseminados grupos de pequeños tubérculos. Trígono algo congestionado con granulaciones tuberculosas. Traveculaciones y pequeños diverticulos á los lados. Meato ureteral derecho prominente y algo grande. Meato izquierdo rodeado de tubérculos y un tanto edematoso.

Análisis de las orinas separadas

	Del riñon derecho	*Del riñon izquierdo*
Condiciones del flujo	Regular á travez del cateter ureteral..	Irregular á travez de un cateter ureteral.....
Cantidad.....	22cc. en media hora	28cc, en media hora.
Aspecto.....	Casi trasparente...	Ligeramente turbio.
Reacción	Acida.....	Acida.....
Densidad.....	1,013.....	1,012.....
Urea.....	12 grms. por litro..	10, grms por litro...
Cloruros.....	Algo disminuidos..	Algo disminuidos...
Albúmina.....	Ligeras trazas....	Marcadas trazas.....
Pus.....	Poca cantidad....	Regular cantidad...
Hematies.....	Pequeña cantidad.	Negativo.....
Epitelio	Algunas células del ureter.....	Células de la vejiga.
Cilindros	Negativi.....	Negativo.....
Cristales.....	Negativo.....	Negativo.....
Bacilos de Koch.....	Negativo.....	Positivo.....

La *fenolsulfoptaleina* se presenta en la orina del riñón derecho 9 minutos después de la inyección y en la del izquierdo al cabo de 13 minutos.

Como se apreciará, las observaciones á que sometimos al enfermo inmediatamente después de su primera visita en Noviembre de 1914, probaron la infección tuberculosa bilateral; el riñón izquierdo mucho mas afectado que el derecho. Despues de seis meses, a fines de Abril de 1915, las mismas observaciones no nos han dado una prueba segura de que el riñon derecho está comprometido

Las principales características en la evolución de este caso han sido; aparente principio de la enfermedad con polakiuria y, exigente tenesmo, piuria; se demuestra la tuberculosis renal bilateral con el riñon izquierdo mas comprometido que el derecho; despues mejoran los síntomas vesicales y el peso del enfermo aumenta de manera considerable; seis meses después la cistoscopía revela una modificación favorable de la cistitis aguda y la persistencia del estado crónico, pero el estudio de la función renal demuestra que la alteracion persiste con igual intensidad

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

CONCLUSIONES.

Con el apoyo de las historias clínicas que sugirieron este trabajo, se deduce que durante los largos periodos de alivio ó aparente curación de la tuberculosis renal, unos síntomas mejoran notablemente y pueden desaparecer mientras que otros persisten revelando al médico la existencia del primitivo estado patológico del riñon

Los síntomas que disminuyen en intensidad ó desaparecen son:

a). *el dolor lumbar*, que llega á ausentarse por completo.

b). *la frecuencia de las micciones*, que disminuye progresivamente y suele hacerse normal;

c). *la hematuria* (representada por mínima cantidad de hematies en el sedimento urinario), que generalmente no se observa en este periodo

Los signos clínicos que persisten son:

a). *la poliuria*, que permanece prácticamente constante, correspondiendo á ello la densidad siempre baja de las orinas;

b). *la albuminuria*, reducida á vestigios pero siempre presente;

c). *la piuria*, en mínima proporción pero constante;

d). *la baciluria tuberculosa*.

El estado general del paciente mejora de manera notable; estos enfermos se manifiestan convencidos de su curación no lejana; el peso permanece constante ó aumenta.

Los estudios cistoscópicos nos inducen a admitir que:

a). la cistitis aguda de origen tuberculoso puede evolucionar hacia un estado crónico compatible con un normal funcionamiento de la vejiga.

b.) se puede observar las cicatrices de avanzadas lesiones tuberculosas;

c). en estas condiciones se encuentra aspectos cistoscópicos característicos.

Las pruebas de la capacidad funcional de los riñones (fenolsulfoptaleina y contante ureica de Ambard), llevadas á cabo en nuestros enfermos, no nos autorizan para afirmar que la función renal haya mejorado en el trascurso de los largos periodos de alivio del enfermo.

Desde luego podemos deducir como conclusión general, que la curación de estas tuberculosis renales avanzadas es solo aparente y que el evidente alivio que los enfermos experimentan no puede ser compatible con una larga vida.

Creemos que la tuberculosis renal se inicia de manera silenciosa y evoluciona en un principio á ocultas del enfermo y del médico; entonces sólo se trata de lesiones confinadas al parénquina renal, de tuberculosis cerrada. (Reservamos nuestra opinión respecto á la posibilidad de una curación expontanea durante este periodo inicial; nos hemos ocupado de este interesante tema en otro

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

artículo). (1) Cuando la enfermedad pasa al estado de tuberculosis abierta produciendo síntomas alarmantes para el enfermo y permitiendo el diagnóstico, el proceso tuberculoso está ya lo suficientemente avanzado para obligarnos á abandonar toda esperanza en una curación expontánea ó en un tratamiento médico; llegadas a esas condiciones la tuberculosis termina con la muerte del riñon. En efecto, los casos semejantes al que hemos presentado, en los que uno de los riñones ha terminado por no funcionar, se encuentran facilmente en la literatura médica. Sería imposible citar á todos los cirujanos que han extirpado riñones verdaderamente destruidos por la tuberculosis en enfermos por largo tiempo aparentemente curados.

Mientras los métodos de exploración del riñom no nos permitan descubrir la tuberculosis renal en un estado menos avanzado la nefrectomia se impone como una medida salvadora, siempre que á ello no se opongan las condiciones del otro riñon ó el estado general del enfermo.

ESTUDIO DE LOS PSEUDOMELOIDES DE PERU Y DE LA ACCION TERAPEUTICA DE LA PSEUDOMELOIDINA.

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

Aprincipios del año de 1907 tuve el gusto de llevar personalmente á Mr. Bouvier, profesor de Entomología del Museo de Historia Natural de París, varios ejemplares de las cuatro especies de Pseudomeloides que había podido conseguir en el Sur del Perú.

De estas cuatro especies, dos pertenecían á Arequipa, una á Sicuaní y otra á Urubamba, recogidas estas últimas por mi ayudante A. Maldonado según mis indicaciones, quien ya conocía los pseudomeloides de Arequipa y me había acompañado en su estudio tanto médico como fisiológico.

El señor Denier especialista consultor en coleópteros del Museo de Historia Natural, á las órdenes del Profesor Bouvier, me hizo conocer algunos años después, la clasificación de aquellas especies, que muy poco estudiadas en la América del Sur, son más en Europa; de allí la dificultad para su clasificación.

(1) Carlos Morales Macedo «*La curación expontánea de la tuberculosis renal*», La Cronica Medica, noviembre de 1915.

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

Estos pseudo-meloides eran:
El pseudomeloe heomopterus Ph.
El pseudomeloe humeralis Guer.
El pseudomeloe andensis y
El pseudomeloe Escomeli Denier(nov. esp).

Pseudomeloe hoemopterus.

P. niger; capite laxe et grosse punctate; prothorace laxe punctato, fevea antica transversa elongata et postica mediana oblonga notato; elytris vix rugulosis, nigris, striga magna sanguinea ab humeris usque ad apicem deducta ornatis

Long 5 ½ lin.

In prov. Valdivia ocurrit hand frecquens.

De todas las clases chilenas esta se puede distinguir inmdiatamente por sus hélitros llanos, con rayas coloradas. El protorax es casi cuadrado, un poco más largo que ancho y peludo, los angulos redondeados.

El ejemplar que me ocupa posee las dos patas partidas.—Extraído del Stettiner Zeit. 1864. T. 12 p. 355

Pseudomeloe humeralis. Guer.

Ater capite anntenis, thorace elytris, pedibusque fulvis. Capite loevigato, vertice flave. Thorase lateribus acute tuberculato, antice transversim late caniculato, macula mediana margineque posteriori nigris. Sanctello triangulari nigro. Elytris foveolatis reticulatis, humeris pronunentibus flavis, lateribus et parte apicali obscarrioribus. Abdomine subrogoso, femoribus basi, tarsorum apice articulis, nigris. Pedibus elongatis, subgracilibus, ni maris longioribus. Long 15. 1. 7. mill.

Esta especie descubierta sobre un platillo de las Cordilleras, se distingue por la longitud de sus patas, por tarsos con artículos un poco comprimidos y que forman dientes de sierra cuando se les observa de perfil.

La extremidad de sus piernas posteriores está armada de dos espinas desiguales y simples, los ganchos de sus tarsos son profundamente bífidos con divisiones iguales, la parte inferior de los tarsos anteriores del macho no está guarnecido de vello ni de esponjas y estos tarsos no ditieren de los de la hembra.

Pseudomeloe Andensis

Ater sub nitidus; capite toraceque mediocriter parce punctatis. Capite canaliculato. Thorace transverso, lateribus antico-truncato, longitudinaliter canaliculato, antice transverse sulecto. Elytris minutis, rugosis, lutes trimaculatis maculi nigro punctatis. Abdomine loevigato fulvo castaneo, areis magnis oequalibus, nigris, longitudinaliter, substrigosio, Infra loeviter subrugoso. Long. 12. 1. 7. mill.

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

Si este insecto no tuviera las dos espinas de las piernas posteriores simples y muy pequeñas, y los ganchos de los tarsos simples se podría considerarlo como una veriedad del Klugu de M. Brandt y Erichson (Monog. pag. 33 f. 6.) Pero como va en otra división, nos abstendremos de cualesquiera otra comparación. Habita la cumbre de los Andes.

B Tibiarum pesticarum calcari utreque spiniformi. (Erichson).
1 Ún guiculi usque ad basin fissi *P. m. humeralis.*
2 Unguiculi basi dente validenistructi *P. m. cancellatus.*
3 Unguiculi simplici *P. m. andensis.*
Ext. de la Revue de Zoologie 1842 T. 5. 6. p 338. 339.

Pseudomeloe Escomeli (Denier).

Este pseudomeloide nuevo del Perú fué presentado así por el Sr. Denier del Museum de París en Noviembre de 1911 á la Sociedad de Entomología de Francia, siendo sus caracteres típicos los siguientes:

«*Pseudomeloe Escomeli*, n. sp.— Gracilis, nigerrimus, nitidissimus, elytris et abdomine paulo minus nitidis. Caput triangulare, complanatum, angulis retundatis, latitudine prothoracis, sparce et grosse umbilicato punctatum, fevea antica triangulari et fossulis suabus, ad basin antennarum, inter oculos notatum, in vertice et fronte sulcatum. Antenae medium elytrorum attingentes; artículo 2º. brevissimo, artículis 3 - 10 compresis, obconicis, securiformibus, sensim brevioribus, ultimo ovali, longiore, subtruncato, mediocriter compresso. Palpi robusti, articulo ultimo truncato, securiformi compresso; labrum transversum, postice coarctatum, depressum, margine anteriore recto. Labrum transversum, lateribus rotundatum, antice sinuatum, postice sparse punctatum, sutura recra ab epistome separatum; epistomun transversum, plianiusculum, a fronte sulco transverso profundo late separatum; mandibulae robustae, dense punctatae. Prothorax brevis, apice marginatus, antice et longius postice angustatus, basi emarginatus, lateribus angulato-tuberculatus, antice transversim late canalicatus, in disco profunde biimpressus, grosse et sparse umbilicato-punctatus, postice angustissime marginatus. Mesonotum transversum, profundo et grosse punctatum; scutello nullo. Elytra basi latitudine prothoracis et ad suturam breviter superposita, de in oblique divergentia et medium abdominis attingentia, leviter arcuata, apice rotundata, paululum depressa, parum nitida, rugosula, interdum superne vage rubescentibus, humeris rotundatis, haud preminentibus. Abdomen ovatum, glabratum tergitibus sternitibusque sat nitidis, rugosulis; uritibus opacis, aliquando obscure rufescentibus. Pedis validi, sat magni, dense et subtiliter punctati, femoribus arcuatis, compressis, canaliculatis; tibiarum calcuribus gracilibus, acutis; tardosum articulis (oblique adspectis) serratis.—Long. circiter 18 mill».

Esta especie de la que se conocen cuatro individuos se distingue facilmente del P. *gracilior* y del P. *guttulatus* (Fairm) por su cabeza menos oval, mas estrangulada, con el cuello menos ancho y el

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

vertex mas elevado. Las antenas son menos delgadas y los artículos 5 - 10 no son ni cilíndricos ni fuertemente encajados los unos con los otros; no se encuentra ningún vestigio de las manchas elitrales del *P. guttulatus* (Fairm). Difiere del *P. sulcifrons* (Fairm), por los helitros mucho mas desarrollados, contiguos y ligeramente imbricados en la base, por el protorax netamente rebordeado hacía adelante, más transverso, más netamente anguloso sobre los costados, tan ancho hacia adelante como atrás, por la ausencia de los dos surcos oblicuos del disco del prenotum que une el surco transverso anterior por el epistoma aplanado y nunca en rodete, separado de la frente por un surco transversal todavía más profundo.

Estos son los cuatro Pseudo-meloides encontrados hasta hoy en el Sur del Perú.

A estos debe añadirse el *Pseudomeloe Hunteri* (Escomel) que por reunir caracteres enteramente peculiares, es motivo de una descripción aparte en este mismo trabajo.

Seguramente estas no son las cinco únicas especies del valioso insecto, sobre todo en zonas por las que parece no haber pasado planta de naturalista alguno, como se expresa el Prof. Bouvier en carta particular, dado el hecho de que el 10 % de insectos recogidos al azar y enviados á París, resultó ser nuevo en la ciencia.

El Pseudomeloe Hunteri

En el año de 1908 tuve ocasión de presentar á la Sociedad de Patología Exótica de París un trabajo titulado así: «*Traitement du papillome cutané par l' inoculation du sang d' un Méloe*» y al mismo tiempo hacía entrega al Museo de Historia Natural de París de varios ejemplares de 4 especies distintas de insectos de este género cogidos en las cercanías de Arequipa, Sicuani y Urubamba, cuyas propiedades biológicas y aplicaciones terapéutica expuse á la sazon.

En 1911 y después de minuciosos estudios llevados á cabo por los especialistas del «Museum» obtuve la clasificación de dichas cuatro especies enviadas por el profesor de Entomología Señor Bouvier en estos términos:

Pseudomeloe humeralis (Guerin)
Pseudomeloe andensis (Guerin)
Pseudomeloe hoemópterus (Philippi) y
Pseudomeloe Escomeli (Denier) n. e. no existiendo ninguna otra especie de este género que fuese conocida del Perú.

La última especie me fué dedicada tan inmerecida como galantemente por el profesor Denier en la sesión de 14 de Junio de 1911 de la Sociedad Entomológica de Francia y la publicación inserta en el correspondiente Boletin. Ahora bien en Octubre de 1911, recorriendo los arenales desiertos de Molendo á Islay, después de la eclosión de las plantas que las lluvias hacen germinar, he recogido una especie nueva, completamente diversa de las anteriores, cuya característica es la de ser de talla muy inferior á todas las demás, casi de la mitad, ademas de otras particularidades anatómicas.

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

La circunstancia anotada más arriba para las otras especies hace que con facilidad y con justicia pueda considerarla como especie nueva en la ciencia y me de el placer de decicarla á mi Maestro, querido y respetado de siempre, el Doctor Jacobo D. Hunter.

He aquí los caracteres de la nueva especie:



Longitud 10 milímetros á 12 la hembra, teniendo el macho solo de 8 á 10.

Cabeza trapezoidal, aplanada con ángulos redondeados, ojos color amarillo oscuro con manchas castañas, el resto de la cabeza enteramente negro, tiene un zurco mediano que separa los ojos entre sí, las antenas nacen de un rodete saliente, mediante el cual parece que la una se continuará con la otra; color negro en toda su longitud.

El primer artejo partiendo de la cabeza, escotado en su base; el segundo muy corto, la tercera parte del tamaño del anterior; los demas con un lado convexo y otro plano en forma de hacha siendo todos ellos del mismo tamaño acepto el último que es largo oval y terminado en punta roma.

Palpos robustos negros, comprimidos con el último artejo truncado figurando un basto. El labio anterior corto, transverso, negro. Labio trasversal acortado en la parte posterior, con la margen anterior ligeramente excavada.

Epístomo negro convexo, separado de la frente por un surco profundo.

Las mandibulas robustas, puntiagudas y unidas.

El prototorax de 2 milimetros de largo, ligeramente exagonal visto por arriba, con los lados ángulo-tuberculosos, los vértices de los tuberculos de color amarillo oscuro, el resto de color negro, acanalado transversalmente en la parte anterior, con dos marcas ovales en la parte superior, un surco mediano ántero posterior y un pequeño surco transversal posterior; á trechos puntuaciones umbilicadas.

El *mesonotum* negro-transversal y profundamente colocado. Las alas, pequeñas, situadas en la base latitudinal á la sutura, desde alli divergen oblicuamente y tocan la mitad del adbomen, arqueadas, ovaladas en la extremidad, pero deprimidas, poco brillantes, manifiestamente rugosas en su parte más anterior son prominentes, convexas, de color amarillo claro; en el resto de su extensión el color va haciéndose de más en más oscuro hacia su terminación de superficie zurcada por una red cuyas ramas se anastomosan entre si dejando espacios poligonales de aspecto variado.

Húmeros redondeados, sin prominencias, color negro oscuro.

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

El abdomen negro oval, con ligeras espinitas visibles al miscroscopio. La parte media convexa, separadas de las partes laterales por dos zurcos longitudinales á la derecha y otro á la izquierda muy perceptible.

Organos urinarios negruzcos.

Las pies proporcionados, con pelos cortos, fémures arqueados, negruzcos, comprimidos, canalados.

Las tibias exbeltas, de color amarillo claro, sin manchas, se van ennegreciendo progresivamente hacia los tarsos.

Los tarsos oscuros, en forma de cierra y terminados por ganchos negruzcos.

Estos son los caracteres anatómicos del *Pseudomeloe Hunteri* que por lo que se refiere á los fisiológicos, no difieren de los que pertenecen al género, en el que predomina un principio activo vecicante, identificado por Maldonado con la cantaridina.

Accion Terapeutica de la Pseudomeloidina

Los pseudomeloes que pululan en algunas comarcas de la zona sur del Perú, encierran en su sangre un compuesto de propiedades vesicantes que según estudios llevados á cabo por A. Maldonado, no es otro que la Cantaridina.

Bien sabido es que los habitantes de los alrededores de Arequipa utilizan la sangre de los Pseudomeloides ó *Vaquitas* en la extirpación de las verrugas cutáneas y de los callos.

Esta propiedad fue dada á conocer en París en 1908 en la Sociedad de Patología Exótica.

La manera de utilizar la sustancia terapéutica es rompiendo uno de los miembros del animal ó una de las antenas y exprimiendo el abdómen. Entonces salen de tres á seis gotas de un líquido amarillento ambarino de color *sui generis* que sirve para las inoculaciones. Al mismo tiempo se raspa la caja superficial de las papilas de la verruga hasta hacer brotar ligera cantidad de sangre sobre la que se vierte la gota fresca.

Recogido el líquido de un gran número de insectos, se conserva mal, oscurécese poco á poco, comienza á descomponerse, y en breve tiempo entra en descomposición. No es pues antiséptico por sí.

Cuando se mezcla con glicerina en partes iguales se conserva mucho más largo tiempo, pero al fin se pone de mal olor, y va perdiendo poco á poco sus efectos terapéuticos.

La reacción de la sangre es ácida, débilmente.

Cuando se vierte agua destilada sobre la sangre de los pseudomeloides, se enturbia pero no se precipita.

El alcohol de 40º dá un precipitado arrequesonado. Este precipitado se redisuelve casi en totalidad en el agua.

Mientras, el enturbamiento que produce el agua no es modificado por la acción del alcohol.

El éter puro no precipita, así como tampoco el cloroformo.

El éter permanece separado de la sangre si se les pone en contacto; este éter evaporado no deja residuo apreciable.

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

Si se hace actuar una mezcla de alcohol y de éter por partes iguales, precipita en blanco; este precipitado se redisuelve en gran parte en el agua.

Es perfectamente soluble en el amoníaco, sin siquiera dar el enturbiamiento que da con el agua la solución amoniacal; no precipita por la adición de agua, ni por la de alcohol, ni por la de ácido nítrico.

Al *microscopio* se ven granulaciones redondeadas y ovales.

El alcohol absoluto produce sobre la sangre una coagulación fibrilar instantánea de color amarillo mate.

Una gota de éter se percibe íntegra, sin disolver.

La glicerina no la altera.

El amoniaco dá gruesos cristales inmediatamente.

El cloroformo la fija sin alterar ni devolver casi, enamarilleciéndola y sacando á la periferie un precipitado opaco de granulaciones.

El colodion la precipita y coagula inmediatamente.

El ácido acético la precipita sin coagular.

El ácido sulfúrico la disuelve en gran parte, dejando gruesas masas amorfas y decolorándola.

El ácido nítrico precipita inmediatamente en blanco, y la coagula en forma gránulo-fibrilar.

El ácido clohídrico la precipita, menos que el nítrico, en masas granulosas blancas diseminadas. No la coagula.

El líquido de Tanret, la precipita y coagula fuertemente: el alcohol no la disuelve así como tampoco el calor.

Calor: la fija y redondea las granulaciones que eran ovoides.

El licor de Esbach la coagula inmediatamente sin que el calor la redisuelva.

La potasa cáustica produce un coágulo blanco denso.

La soda coagula en blanco, pero menos intensamente que la potasa.

Conservando la sangre de los pseudomeloides durante veinticuatro horas en un frasco cerrado y á la temperatura ordinaria, las reacciones que se observan al microscopio son las siguientes:

El alcohol produce coagulaciones en red á manera de las trabéculas de tejido conjuntivo.

El éter produce en el centro de la gota que se ha vertido, un color amarillo amorfo y en el resto coagulaciones de aspecto montañoso estratificado. Fuera de la gota se forman pequeñas granulaciones.

El colodion produce granulaciones muy pequeñas.

El cloroformo produce una gota cuyo centro es amorfo y decolorado y la periferia con estrías radiadas. Fuera de la gota hay granulaciones.

El licor de Esbach produce coagulaciones granulosas polimorfas.

El ácido nítrico dá coagulaciones granulosas, alargadas, polimorfas, las más, estriadas.

El ácido clorhídrico granulaciones y coagulaciones en red como el alcohol, grandes masas redondeadas, negruzcas, aisladas, ó cons-

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

tituyendo el centro de cristalizaciones en estrella. Multitud de cristales alargados en agujitas.

Soda: gota oculta por los cristales de soda.

Amoniaco: granulaciones irregulares, dispersas oscuras

Licor de Tanret: hermosos cristales en forma de hoja de helecho en el interior de la gota; fuera de ella, cristales en cruz y otros. Granulaciones oscuras.

El licor de Tanret, sólo, no dá esos cristales.

Glicerina: la gota se disuelve sin sufrir modificaciones.

Acido acético: granulaciones parecidas á las que produce el amoniaco. Fijación de los glóbulos de la sangre.

Con la sangre glicerina conservada durante un año las reacciones, son:

El licor de Tanret, no dá cristales.

El ácido clorhídrico no dá cristales.

Potasa cáustica: coagulación amarilla.

Al dar muerte á los pseudomeloides con los vapores del amoniaco, en cámara cerrada, se forma un depósito café, amarillento oscuro en las paredes de dicha cámara, humedeciéndose fuertemente las superficies de los insectos muertos. Nada de esto se observa si para matarlos se hace uso de los vapores de vinagre.

Inoculación á la verruga.—A las veinticuatro horas de haber sido puesta la sangre del pseudomeloide sobre la superficie sanguinolenta de la verruga, ésta se hincha casi al triple de su volumen, formándose una flictena con líquido claro en su interior. La cubierta de la flictena parece formarse á expensas ó en el tejido mismo del papiloma, porque la pequeña costra sanguínea que resulta de la coagulación de la sangre que se derrama en el momento de verificar la inoculación, queda en la superficie, formando la envoltura.

Si se saca esta envoltura se vé la piel sana hasta el límite donde ha llegado la flictena, blanca, anémica, mientras que el tejido mismo del papiloma está muy reblandecido é hipermiado.

A las cuarenta y ocho horas la flictena está algo disminuída y la areola rosada periférica ha desaparecido. Todavía la verruga está blanda y flictenular.

Al final del tercer día la flictena se ha perdido y la verruga tiene su consistencia habitual.

Al terminar el cuarto día la verruga adquiere una consistencia córnea siendo enteramente indolora.

Al acabar el día quinto la verruga se halla convertida en una costra.

El sexto día la costra es dura, renitente é indolora, llegando por último el sétimo día á desprenderse dejando una superficie periférica, lisa, rosada y una parte central blanca, cicatricial, vestigio de la verruga que fué.

Las notas sobre experimentación en animales son las siguientes:

Cui Nº 1.—Marzo 25.—Simple unción de la piel con el polvo de un insecto muerto con los vapores de vinagre, expuesto al sol y después mezclado con glicerina neutra. Ninguna alteración hasta el 28 de marzo en que apareció ligera rubicundez.

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

El 30 se le depositó una gota de sangre, tomada directamente del insecto, sobre el ojo. El 31 presentaba intensa conjuntivitis, con opacidad de la córnea.

Del 1º. de abril al 3 la conjuntivitis es menor, la piel endurecida no deja percibir flictenas.

Abril 4 y 5. La conjuntivitis ha desaparecido pero el animal parece no ver nada con el ojo inoculado. Comienza á desprenderse una ligera costra del cutis en que se puso el polvo glicerinado.

Abril 7. El animal vé mejor con el ojo. Se desprende una costrita delgada del cutis arrastrando consigo algunos pelos.

Del 10 al 17 de abril tanto en el ojo como en el cutis todo entra en estado normal, volviendo á iniciarse el crecimiento de los pelos caídos.

Cui Nº 2.— Marzo 25.—Cortados los pelos se pone la sustancia de un pseudomeloide machacado que se ha nutrido durante cuatro días encautiverio de la *encelia canescens*.

El 29 de marzo aparece ligera rubicundez con simple engrosamiento del tejido.

Del 1º al 4 de abril se acentúa el engrosamiento cutáneo.

El 5 de abril comienza á desprenderse por sitios una escama sin pelos.

El 9 de abril se han desprendido todas las escamas pero la piel se conserva aún.

Del 10 al 17 de abril todo ha vuelto á su primitivo estado.

Cui Nº 3.— Después de rasurar la parte enferma procurando quitar el epidermis se hace la inoculación de dos pseudomeloides triturados el 21 de marzo.

No se observa nada hasta el 24 de marzo en que la zona inoculada se pone de un color rojizo subido.

El 25 de marzo toda la zona de inoculación está mortificada, completamente blanca, exangue, blanda; se desgarra muy facilmente al raspado, dejando al descubierto una superficie rojiza pero no sangrante. El líquido que se desprende es aséptico.

El 26 de marzo la zona mortificada forma una placa dura, espesa, pero aún blanquisca, blanda.

El 28 de marzo la zona endurece tomando el aspecto de costra.

Hasta el 4 de abril la costra es seca, dura y adherente.

El 5 de abril se puede extraer un pedazo de la costra seca, quedando el cutis liso y sin herida.

El 7de abril la costra solo está adherida por los pelos que han sido encerrados en ella.

El 8 la costra se desprendió por completo dejando ver un cutis liso y sin pelos.

Del 9 al 17 de abril, todo ha vuelto á su estado normal, rebrotando admirablemente los pelos caídos.

Cui Nº 4.— Marzo 28.—Inoculación bajo la piel del vientre de un centímetro cúbico de sangre de pseudomeloide recientemente extraída.

En la mañana del 29 amaneció el animal muerto, antes de las doce horas, sin haber presentado en las primeras horas síntomas apreciables sino un profundo entumecimiento.

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

Autopsia: en el sitio de la inoculación un gran edema amarillo con reacción hiperémica al rededor.

Corazón en diástole; sus cuatro cavidades repletas por cuágulos sanguíneos. Aurículas de color negruzco.

Hígado y riñones bastante congestionados. Pulmones rosados. Estómago é intestinos sin lesiones aparentes. Venas con grandes coágulos en su interior.

Cui Nº 5.— Deglución de catorce gotas de sangre de pseudomeloide con rechazo y vómito en el que hay hipersecreción salivar y jugo gástrico.—Nuevas diez gotas que son vomitadas á su vez. Las últimas diez gotas fueron deglutidas y no devueltas.

En la mañana del siguiente día amaneció muerto.

Autopsia: Mucosa estomacal rojiza, hiperhemiada; se desgarra con facilidad; por sitios se adhieren placas muy rojas, cauterizadas, con venas repletas de sangre coagulada. Pocas lesiones en los intestinos. Corazón en diástole; sus cuatro cavidades se hallan repletas á rebalsar de coágulos sanguíneos. Aurículas de color negruzco. Hígado y riñones congestionados. Pulmones rosados, más bien anémicos.

Como hemos dicho, el señor Maldonado, empleando un procedimiento igual á quel que se estila para el aislamiento y dosage de la cantaridina, ha extraído un cuerpo idéntico á este último, de acción vesicante é inmediata, que es el principio activo de la sangre de los pseudomeloides tanto tiempo empleada en la terapéutica popular.

REVISTA DE TESIS

LA PROSTATECTOMIA EN DOS TIEMPOS CON ANESTESIA LOCAL.—Tesis para el bachillerato por el Sr. Manuel Valverde Matos.

Entre los trabajos presentados este año ante la facultad de medicina para el grado de Bachiller el que lleva este titulo tiene lugar preferente

En lenguaje sencillo y correcto, el autor, joven aprovechado y modesto, hace una exposición suscinta del interesante tema quirurgico la prostatectomía y sus indicaciones. Encamina su disertación á poner de manifiesto las ventajas del método de Carlier; apoya sus razonamientos en casos practicos tomados de la clínica, y concluye preconizando el método para todos los prostáticos operables.

Sin aceptar como definitiva esta conclusión, que encontramos prematura, felicitamos al Sr. Valverde Matos por su trabajo digno de la actuación á que fué destinado.

Las concluciones que deduce son las siguientes:.

1º En la curación radical de la hipertrofia de la próstata sólo debe adoptarse como método operatorio el de Carlier, ó sea la *prostatectomia en dos tiempos.*

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

2º En la ejecución de este método, es de desear que solo sea empleada la anestesia local para los dos tiempos.

3º Por último, que cuando se emplea un agente anestésico general en la ejecución del segundo tiempo este sea el cloretil, por su inocuidad.

MASTOIDITIS Y SU TRATAMIENTO. MACTOIDECTOMIA.—Tesis psra el bachillerato en medicina por D. Heli Uceda.

Concluciones:

1º La mastoiditis es relativamente frecuente en nuestro medio.

2º Ella es la secuela obligada de las otitis médias supuradas descuidadas en su tratamiento ó tratadas empiricamente.

3º El diagnóstico de mastoiditis debe ser precoz para evitar las posibles complicaciones endocraneales. Toda demora es funesta para el enfermo.

4º En la trepanación de la mastoides, debe preferirse la *mastoidectomia*, que realizando la ablación de todos los focos diverticulares, garantiza el feliz exito operatorio. Las recidivas se presentan siempre en las trepanaciones insuficientes.

5º El tratamiento post operatorio es tan importante como la trepanación misma.

6º El método de taponamiento es el único que da la seguridad del tratamiento, pero debe moderarse su empleo y su intensidad.

7º La cura parcial con taponamiento preventivo es el procedimiento de elección.

8º La sutura inmediata y total, preconizada por Weismann, es el método del porvenir y su valor no puede ser juzgado ahora definitivamente, por su deficiente comprobación.

9º Si no existe ninguna contraindicación la anestesia general será de rigor.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DE BASEDOW.—Tesis que para optar el grado de bachiller en Medicina presenta Victor T. Lituma.

Son muy laudables los esfuerzos, que de poco tiempo á esta parte, demuestran las tésis de bachiller. La que hoy analizamos, es el fruto revelador, «no de erudición científica, pero si de criterio personal, modesto, cual el ambiente en que ha sido elaborada.»

Después de un rapidísimo resumen de morfo-fisiología tiroidea el autor se detiene en el estudio de la patogenia de la enfermedad de Graves–Basedow. Contra la opinión de Parisot, cree que no deben desdeñarse las teorías nerviosas pues, según su opinión, complementan á las teorías glandulares.

Detiénese, en seguida en la exposición de gran número de teorías y concreta su opinión, en lo que se refiere á la patogenia, en estos términos: «En nuestro sentir el sindrome de Graves-Basedow, es una intoxicación debida á que las secreciones endocrínicas de la tiroides son viciadas, desorientadas del fin á que la naturaleza

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

las dedica, por acciones perturbatrices de sus células nobles, localmente primitivas ó secundarias, es decir, por repercución sobre ella de trastornos íntimos de otras glandulas de su sistema; dichas toxinas, pasarían en la sangre que las trasportaría al encéfalo donde por finalidad electiva, aún no explicada, como en otros casos, actuaría irritando ciertos nucleos de orígen de los nervios que presiden las funciones que, en los enfermos, son el asiento de la perturbación. El cuadro sintomático sería, como se ve, una manifestación refleja».

El tratamiento, es el siguiente capítulo. En él estudia los tratamientos puestos en práctica, agrupandolos en agentes químicos; opoterápicos; físicos y quirúrgicos, insistiendo con particular detención, en la opoterapia que es el tratamiento que ha ensayado, en los 7 casos que fundamentan la tesis.

Sintetizan la tesis las siguientes conclusiones:

1a. La enfermedad de Basedow debe referirse al cuadro de los trastornos pluriglandulares endocrinos.

2a. El substractum principal, anatómico, donde se elaboran los productos que le dan nacimiento, está constituído por la asociación *ovaro-tirotímica.*

3a. Se puede aseverar que el hipertiroidismo, en el concepto actual de él, no tiene derecho á existir como elemento generador del basedowismo.

4a. Es al distiroidismo uncido á la disovaria y á la lesión tímica, á quienes deben hacerse responsables de los fenómenos exoftalmicos.

5a. La naturaleza íntima de los agentes que engendran los estados anteriores, es quizás de la naturaleza de los fermentos solubles, cuyo deterioro perturbando el íntimo metabolismo de los órganos endocrínicos, da lugar á la intoxicación basedowiana.

6a. El tratamiento de la enfermedad debe subordinarse á la patogenia más probable que se suponga en causa, deducida aquella del orden cronológico que la revelación de sus trastornos, parezca concederle.

FACULTAD DE MEDICINA

Sesión celebrada el 15 *de Noviembre de* 1915.

Presidida por el Decano se abrió la sesión con asistencia de 17 catedráticos.

Se leyó y aprobó los cuadros de jurado para los examen de fin de año.

Declarose expedito para el bachillerato á los alumnos Francisco Changanaquí y Miguel Vallenas.

Previa presentación de tesis se confirió el grado de bachiller á los siguientes alumnos: Jesus Felipe Martinez que presentó la

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

tesis intitulada «*La adrenalina en clínica*».—Gustavo Valle Riestra su tesis «*Dilatación aguda del estómago con oclución duodenal. Como complicación post operatoria*». Fransisco Camino cuya tesis se tituló «*Las vulvovaginitis en las niñas de primera y segunda infancia*».—Enrique Pastor Manchego: «*Algunas consideraciones sobre la anestesia en la prostatectomia*».—Ricardo Ugaz quien presentó la tesis sobre «*La anestesia regional ó territorial*».

Se nombró delegados de la Faculad de Medicina en las provincias de Huanuco, Trujillo y Sullana a los Doctores Eduardo Schowing, J. B. Arce Dávila y Carlos Alberto Cruz, respectivamente.

Sesión celebrada el 27 de Noviembre de 1915

Con asistencia de 18 catedraticos se abrió la sesión.

Los bachilleres M. H. Uceda y Manuel Valverde Matos juraron para ejercer la profeción de médico cirujano.

La facultad tomó nota, por comunicación enviada por el ministerio de Instrucción, de que el gobierno boliviano ha aumentado los derechos á los profecionales extranjeros que quieran ejercer en Bolivia.

El Sr. Luis de la Flor optó el grado de bachiller en medicina presentendo la tesis intitulada « Profilaxia del dolor en Cirugía».

La Facultad confirió el grado de Dr. al médico y cirujano Dn. Hermilio Valdizan quien presentó la tesis que titula « La alienación mental en los antiguos peruanos».

Sesion extraordinaria celebrada el 21 de diciembre 1915

Con asistencia de 17 catedráticos, el Decano abrió la sesión.

El Decano teniendo en cuenta que había fallecido el Dr. Rafael Benavides, catedrático jubilado de Obstetricia, levantó la sesión en señal de duelo.

Sesion celebrada el 21 de diciembre de 1915

Se abrió la sesión con 17 catedráticos presentes.

Juraron para ejercer la profesión de Médicos y Cirujanos los bachilleres Mario Villacorta y Pedro Valle.

La Facultad acordó los siguientes premios de fin de año.

Contenta de Dr. en Medicina Ignacio Bustamante.—Contenta de Bachiller Javier Lanfranco.—Juego de libros José A. Maldonado.

Premio en Farmacia José Bocanegra

Premio en Odontología José Bellido en suerte con Julio Carbaal.

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

Premio en Obstetricia María Julia Tagle en suerte con Celinda García y Clotilde Magni.

El Dr. Leonidas Avendaño pidió que la Facultad solicite á la Sociedad de Beneficencia Pública, que el Dispensario antituberculoso próximo á inaugurarse, se llame Byron, en recuerdo del médico peruano que por haberse inoculado en el Laboratorio Loomis con el agente de la tuberculosis, murió víctima de esta enfermedad.

Se graduaron de Bachilleres los alumnos que á continuación se expresa:

Carlos A. Muñoz: *La Helioterapia en el tratamiento de las tuberculosis quirurgicas*

Santos Amaya: *Contribución al estudio clínico de las termas de Acaya.*

Alfredo Porras: *Mortalidad de los lactantes en el Callao.*

SESION CELEBRADA EL 3 DE ENERO DE 1916

Bajo la presidencia del Decano sesionó la Facultad con 17 catedráticos asistentes.

Se discutió y aprobó el presupuesto que regirá en la Faculatad el presente año.

BIBLIOGRAFIA

OBRAS CIENTIFICAS Y LITERRIAS DEL DR. J. HIPOLITO UNANUE.— Barcelona 1914.

La Bibliografía Nacional está de fiesta. Agotadas, como dice el editor, nuestro cultísimo historiógrafo Dr. Eugenio Larrabure y Unanue, las impresiones hechas hasta aquí de las obras del Dr. don Hipólito Unanue, la presente edición responde á una necesidad científica é histórica.

La personalidad de Unanue es cosa ya juzgada, razón por la que no nos detendremos en hacer resaltar las características de uno de los más vigorosos cerebros, que en el primer cuarto del siglo XIX, dominó nuestro escenario científico, social y político.

Los trabajos reunidos, estan agrupados en 3 tomos elegantemente impresos.

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

En el primero después de la Biografía escrita por el historiador chileno Benjamín Vicuña Mackenna, viene las *Observaciones sobre el clima de Lima y su influencia en los seres organizados en especial el hombre*, obra cuya lectura proporciona datos para juzgar no solamente el valor médico de Unanue, sino también sus concepciones de filósoto, biológo, físico, en una palabra de hombre de profunda ciencia.

El segundo tomo está dividido en tres partes: En la primera se agrupan los escritos sobre Medicina, Ciencias Naturales, Historia y Geografía, Asuntos literarios, Administración Pública y Fragmentos. En la segunda parte, aparecen muchos documentos inéditos que trascendental importancia en relación con nuestra emancipación política. La tercera parte encierra algunos juicios sobre la vida y obras del doctor Unanue y un fragmento de la Crónica histórica que sobre la Facultad de Medicina, compuso el Dr. Hermilio Valdizán.

El tercer tomo contiene integramente la Memoria, que, hecha, por el doctor Unanue, presentó el Virrey Francisco Gil de Taboada y Lemos, al dejar el Gobierno de la Colonia.

Es de felicitar muy efusivamente al Dr. Eugenio Larraburre y Unanue por la edición de las obras de su ilustre abuelo, por que así la juventud de hoy, podrá conocer la figura del sabio Dn. Hipólito Unanue, gloria del Perú.

EL PROBLEMA DE LA MENINGITIS, por el Dr. César Juarros,(vol VII de los *Manuales Reus de Medicina*) Hijos de Reus, Editores, Impresores y Libreros. Cañizares, 3 duplicado.—Un volumen en 8º encuadernado en lujosa tela, precio 4 pesetas en Madrid y 4,50 en provincias.

El autor de este libro interesante, dice y prueba que de las estadísticas resulta que España es uno de los paises en que mayores alturas alcanza la cifra de la mortalidad por meningitis, sin duda al descuido en que se encuentra su estudio, por ser considerado por el vulgo como enfermedad incurable.

Este Manual abarca el estudio de todas las clases de meningitis, libro claro que pretende contener todas las modernas tecnicas tanto diagnósticas como terapéuticas, dividiendolo en parte general, donde examina la función, datos de laboratorio, etc. y parte especial donde estudia las formas clínicas, reacciones y tratamiento.

Es ademas de la personalidad de su autor, muy conocido entre la clase médica española, un libro de suyo interesante.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE DE GUERRE.—On connait le succés des números de *Paris Medical*. Malgré la difficultes cree par la guerre, le gran magazine medical français continue á ne pas en priver, ses fídeles lecteurs; le número de 23 Octobre 1915 est consagré á la *Neurologie* et *Psychiatrie de guerre*, dont voici le sommaire:

La conmotión par explosifs et ses consequences sur le sistéme nerveux, par les Dres. Paul Sollier et Chartier.—Psychatrie aux

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

armées par le Dr. P Chavigne.—Simulateurs de creáctión et simulateurs de fixatión, par le Dr. Sicard.—Des contractures posttraumatiques en chirurgie de guerre, par le Dr. L. Duvernay.—Le pronostic des fractures du crane par projectile, par le Dr. Cadenat. —Note sur un cas de parapliege organique consecutive á la deflagratión d' un obus, par le Dr. Joubert.—Une loi contre la depopulatión, par le Dr. Linossier.—Une fete au camp, par le Dr. Milian

MANUAL PRACTICO DE ANASTESIA (general, local, regional y raquídea) por J. BLUMFELD, M. D. Cantab, traducido directamente de la tercera edición inglesa y completado con un apéndice por D. JULIO ORTEGA, (Vol. VI de los *Manuales Reus de Medicina*). HIJOS DE REUS Editores, Impresores y Libreros. Cañizares, 3 duplicado.—Un volumen en 8.º, encuadernado en lujosa tela; precio: 3 pesetas en Madrid y 3.50 en provincias.

Esta notable obra, que tan considerable prestigio ha conseguidos en Inglaterra, obtendrá como merece éxito igual en los países de habla castellana. Empieza el libro por estudiar la naturaleza y efectos de los anestésicos comunes, protóxido de azoe, éter, cloroformo, cloruro de etilo, anestesia por asociación y por mezclas, selección del anestésico, peligros y trastornos incidentales de la anestesia, respecto de la posición, niños, reparación del paciente, condiciones de la operación, efectos posteriores, analgesia espinal y local. En un brillantisimo apéndice figuran otros anestésicos por inhalación, anestesia intra vascular, anestesia por interrupción, juicio crítico general y un brillantísimo índice alfabético que facilita extraordinariamente la consulta del linro.

Los Editores HIJOS DE REUS demuestran una actividad incansable en acometer con decisión sus empresas editoriales, y en la bibliografía médica que no hace mucho comenzaron ocupan ya uno de los lugares preferentes.

OPHTALMOLOGIE, OTO-LARINGOLOGIE DE GUERRE.—On connait le succes des números speciaux de *Paris Medical*. Malgre les difficultes creés par la guerre, le gran magazine médical francais continue a ne pas en priver ses fídeles lecteurs.— et, s,adaptant aux preoccupatión dú moment, il publie un número special consacré á l *Ophtalmologie et Oto-laringologie de guerre* dont voici le sonmaire:

Les blessures de guerre orbito-oculaires, par le Dr. F. Terrien Hémianopsie inferiure par le blessure de guerre, par le Drs. Ginestous et Paul Bernard.—Les plaies de guerre laringo-trachéales, par le Dr. Guisez.—Appareil auditif et traumatisme de guerre, par le Dr. Grivot.—Science allemande, par le Dr. Albert Weil.— En marge de la guerre, par le Dr. Grangée.

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