

La Crónica Médica

AÑO XXXIII — LIMA, JULIO DE 1916 — N° 637

POR LAS ENFERMERAS

Tenemos el agrado de publicar la siguiente nota del Dr. W. Molina, Inspector del Hospital «Dos de Mayo» y Director de la Escuelas de Enfermeros.

Lima 8 de Junio de 1916.

Sr. Director de «La Crónica Médica»

S. D.

En el número 635 de la acreditada revista que U. dirige, publícase un artículo editorial, titulado «Por las enfermeras», en el cual se hace algunas observaciones que juzgo indispensable aclarar.

Insinúase, entre otras reformas á la actual organización del servicio de enfermeras, la conveniencia de establecer fragmentación del trabajo y la de instituir las vacaciones que son regla en todos los establecimientos hospitalarios. Comprendiendo estas conveniencias la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima tiene establecido:

TITULO III.—Artículo 8º.

«Los alumnos gozarán de una licencia de cinco horas durante la tarde para salir del hospital, si así lo desean. Esta licencia será semanalmente y en cada semestre, después de los exámenes, tendrán quince días de vacaciones con goce de sueldo. Los turnos de salida semanal y vacaciones serán fijados en la forma que no cause perjuicio al funcionamiento normal, y en su debida oportunidad, por el Director de la Escuela.

TITULO IX.—Artículo 31º.

«Los enfermeros diplomados en la escuela del hospital están obligados á servir conforme el contrato, durante tres años en el mismo hospital ó en otro que la Sociedad de Beneficencia las designe con el haber de Lp. 6. 000 al mes, alojamiento, alimentación, lavado de ropa, permiso semanal de cinco horas y vacaciones semestrales por quince días, con goce de sueldo y de Lp. 5.000 si son enfermeras.

Como verá Ud. Sr. Director, por los artículos trascritos del reglamento que adjunto al presente oficio, la «Escuela de Enfermeros» lejos de tratar de aniquilar ó destruir á sus discípulos, trata de hacerles de la manera más suave posible, personas útiles á la sociedad, por su labor humanitaria.

Paréceme innecesario agregar que estas prescripciones del reglamento de la escuela, aprobado por la Sociedad de Beneficencia en 28 de Abril del año en curso, son cumplidas escrupulosamente en el instituto á que ellas se refieren.

Quiera Ud. perdonar las molestias del presente oficio y aceptar las seguridades de mi consideración más distinguida.

De Ud. atto. S.S.

W. MOLINA

En el editorial de «La Crónica Médica» publicado en la edición de Mayo á que alude la comunicación anterior no censurábamos á la Sociedad de Beneficencia como parece haberlo comprendido el Sr. Dr. Molina: por el contrario, tuvimos para ésta Institución frases de justo encomio. Nos ocupamos en ese editorial de defectos de alojamiento de los enfermeros que datan de época muy atrasada, y de modificaciones necesarias. á nuestro juicio, en la ordenación del trabajo de estos, que juzgábamos muy recargado, proponiendo algunas reformas. Estas consideraciones visaban á los enfermeros antiguos que, hoy sabemos, van siendo reemplazados por los alumnos de la nueva escuela.

No conocíamos el texto del *Nuevo Reglamento de la Escuela de Enfermeros* ligado sólo últimamente á nuestra mesa de redacción. Después de leerlo, nos complacemos en reconocer que el Dr. Molina, á cuya iniciativa y empeño se debe la creación de ese Instituto técnico, ha resuelto tambien satisfactoriamente el problema de mejorar las condiciones en que se ejercitará desde ahora la actividad útil de los enfermeros, dando así el citado doctor, pruebas de su buen criterio y altruismo.

No tenemos datos concretos referentes al alojamiento del nuevo personal en creación, pero juzgamos que tambien haya sido previsto lo indispensable, completándose así las providencias para obtener éxito completo.



LEISHMANIASIS CUTANEA CURADA POR EL TARTARO EMETICO

POR EL DR. EDMUNDO ESCOMEL

El japonés A ingresó á las regiones selváticas del río Madre de Dios en Abril de 1914, es decir, hacen dos años.

Al año y medio de haber estado allí le principió una ulceración en el borde superior de la oreja izquierda, la que le ha durado cinco meses hasta el principio de su tratamiento. Un mes después de iniciada la lesión auricular, se le desarrollaron coetáneamente tres úlceras en la pierna derecha y una última bajo el menton.

El 14 de Marzo de 1916 se presentó el enfermo con los caracteres siguientes:

La úlcera del pabellón de la oreja había corrido la parte superior del hélix en una extensión de 3 cm. de largo por 1 de ancho, poniendo al descubierto el cartílago en notable extensión. Esta úlcera tenía los bordes desprendidos; su aspecto blanquecino y tórpido, dejaba resumir un líquido amarillento que se congregaba en costras más ó menos adherentes. Las zonas circunvecinas se presentaban híperhemiadas y con la superficie rugosa, mamelonada aún no ulcerada, pero denotando á las claras la invasión del proceso leishmaniasico. Este aspecto era particularmente notable al nivel de la región retro-auricular y mastoidea.

En el líquido de raspado se hallaban Leishmanias fácilmente colorables al Giemsa.

La pseudo ulceración del menton se caracterizaba por una pápula rojiza, rugosa, descamante, mamelonada, saliente, que aún no secretaba líquido alguno y cuyo epitelio aún no se había desprendido, por manera que el proceso recién se iniciaba.

Las tres ulceraciones de la parte externa de la pierna eran redondeadas, de 1 cm y $\frac{1}{2}$ de diámetro más ó menos cada una, vecinas, pero separadas por una extensión de piel sana de $\frac{1}{2}$ á 1 cm.

Las tres tenían bordes rojizos oscuros, salientes, desprendibles por el estilete y sus fondos tapizados por una pseudo membrana adherente, amarillo rojiza. El raspado de éste fondo, nos hizo ver claramente al microscópio las leishmanias.

Ninguna otra lesión presentaba el enfermo hallándose sus mucosas, y en particular las de las primeras vias aéreas, enteramente indemnes del proceso patológico.

En este estado procedimos al tratamiento en la siguiente forma:

El 15 de Marzo y previa aplicación local del líquido de Bonnain (mentól, cocaína y ácido fénico cristalizado en partes iguales) se espolvoreó una pequeña cantidad de tártaro emético puro, tanto en la úlcera de la oreja como en las de la pierna, habiendo esperado antes los diez minutos que demanda el Bonnain para asegurar la anestesia.

Se cubrieron las heridas con algodón boricado y venda, dejando actuar el polvo hasta la pérdida de su acción, pues á las 24 horas solamente se descubrió el apósito. Entonces se encontró una pseudo-membrana de más ó menos dos milímetros de espesor, efecto de la cauterización del polvo, la que no ocasionó dolor ni molestia alguna al enfermo, determinando una moderada reacción local. Continuaron los apósitos con pomada de Championiere (1) hasta la caída de las pseudo-membranas que dejaron á descubierto una superficie rojiza, sangrante, llena de vida.

El 17 de Marzo le inyecté por la vía endovenosa 5 c. c. de la solución de tártaro emético al 1 %, la que produjo ligera reacción febril.

El 19 de Marzo, á precaución, renové la aplicación local de polvo de tártaro emético de todas las heridas previa anestesia al Bonnaín y con el mismo efecto indoloro y cáustico que la anterior.

El 23 de Marzo la mejoría del enfermo era notable particularmente en la pápula sub-mentoniana y en la lesión nó ulcerada de la región retro-auricular que se habian empalidecido, aplanado y perdido casi totalmente su aspecto.

El 24 de de Marzo se le practicó la 2a. y última inyección de 10 centímetros cúbicos de solución de tártaro emético con ligera reacción febril.

Esta acabó de determinar la curación de todas las heridas que cicatrizaron por completo, el 4 de Abril, sosteniéndose ligera trasudación en el borde externo de la herida del hélix debida á la presencia de un pequeño fragmento mortificado del cartílago auricular, el que extirpado dejó avanzar la cicatrización.

La curación de la Leishmaniasis ya es un hecho muchas veces repetido, no sólo en Europa, sí que tambien en el Brazil, en Bolivia y en el Perú. Felizmente la ciencia cuenta hoy con un medio seguro de tratamiento que antes no existía para un mal tan cruelmente extendido en nuestro país. Lo que de particular presenta nuestro caso, es la aplicación local de tártaro emético sin dolor y con la reacción terapéutica apetecible. A la par que la terapia endovenosa este tratamiento local ha jugado su papel en la curación de la leishmaniasis aún que no el principal, pues con las inyecciones en la sangre desaparecieron rápidamente las lesiones retro-auricular y sub-mentoniana que n ningún recurso local habían recibido.

Ansiosos estamos por ver confirmados los trabajos que se efectúan en Londres con el óxido de antimonio, al que se atribuyen todas las virtudes leishmaniacidas sin nunguno de los inconvenientes tóxicos ó necrosantes del tártaro estibiado.

Mayo de 1916.

(1) Rp.

Bálsamo del Perú.....	10	grms.
Xoroformo	15	"
Oxido zinc	aa	"
Bismuto	20	"
Vaselina	aa	"
Lanolina	40	"

M. S. A.

ARTRITIS BLENORRAGICA DE LA RODILLA CURADA POR LA AUTOVACUNA

POR EL DR. GUSTAVO A. VALLE RUESTRA

Desde el descubrimiento del gonococo por Neisser en 1879, el estudio de esta infección se ha extendido considerablemente: la seguimos desde las simples uretritis blenorragicas de la uretra anterior, hasta la graves infecciones generales que, con sus severos cortejos de síntomas, llevan rápidamente á un desenlace fatal.

El médico en presencia de las diversas etapas de esta infección, no cuenta con medios de igual eficacia curativa.

No hace mucho tiempo que el profesional al frente de un reumatismo blenorragico se encontraba impotente para curarlo; hoy la vacunación anti-gonocócica es un remedio eficaz contra esta complicación.

Fueron Cole y Meakings los primeros que hicieron ensayos sobre vacunación gonocócica; le han seguido una serie de observadores entre los que figuran: Yrons, Hartwell, Mac Donald, Mayoral, Blaizot y Nicolle.

En 1906 Towey hizo los primeros experimentos para conseguir suero antigonocócico con resultados inciertos, por lo que ha quedado la prioridad curativa de parte de las vacunas.

Los autores citados en sus primeras observaciones obtuvieron resultados variables, así: Yrons 58 % de curaciones en 31 casos y Hartwell 82 % de casos beneficiados sobre 51 enfermos.

Cole y Meakings inyectaban vacunas con 200 á 300 millones de gérmenes por 1 cc. cada siete á diez días.

Yrons inyectaba vacunas con 20 á 50 millones de gérmenes por 1 cc. cada 3 á 7 días.

Hartwell inyectaba vacunas con 10 á 25 millones de gérmenes cada 2 á 4 días.

Habiendo empleado en el presente caso la autovacunación gonocócica juzgamos de interés la presente historia clínica, que relatamos á fin de describir los resultados tan halagueños que hemos obtenido.

F. A. de tres años de edad, nacida en Huacho, ingresó al Hospital «Santa Ana» el 18 de junio del año pasado por una artritis de la rodilla derecha.

La madre de la criatura niega todo antecedente blenorragico y dice haber gozado de buena salud. La paciente tiene la articulación dolorosísima, aún al simple tacto de ella, con enrojecimiento de la piel, aumento de volumen y una infiltración inflamatoria que se extiende por arriba y por abajo de la articulación con aumento de temperatura local, é imposibilidad funcional. La vulva está roja, edematosa, bañada por un pus espeso de color verdoso. El exa-

men bacteriológico de esta secreción descubre gran cantidad de gonococo.

Se prescribió como tratamiento vacuna gonocócica y al efecto preparé en el Instituto Municipal de Higiene bajo la dirección del Dr. Julio Gastiaturú una autovacuna. El 2 de julio inyecté como primera dosis $\frac{1}{2}$ c. c. de una vacuna mixta que contenía gonococos, estreptococos, estafilococos en la proporción de 10 millones de gérmenes por centímetro cúbico.

El día 5 puse un c.c. de la misma vacuna. El día 6 inyecté 2cc. La reacción fué tan sólo de 0,5° sobre 37°5 que era la temperatura de la enfermita antes de la primera inyección.

Esta primera serie de tres inyecciones, permitieron observar una disminución del dolor y del enrojecimiento de la piel de la articulación.

El 14 de julio inyecté una nueva autovacuna gonocócica pura, que contenía 20 millones de gérmenes por c.c.; el 15 inyecté 2cc con 40 millones. Después de ésta segunda inyección la mejoría se mostró francamente: la articulación volvió á su dimensión normal, pasó el dolor y el funcionamiento normal de la rodilla se recuperó. En ésta segunda serie no hubo reacción febril, y la reacción local por la inyección fué casi imperceptible.

Poco después la enfermita dejó el hospital curada de su afección.

SOBRE UN CASO DE BLATOMICOSIS

POR EL DR. EDMUNDO ESCOMEL

El caso que describimos, nos hace ver la iniciación de las manifestaciones secundarias de manera típica y en su estudio anatómopatológico nos revela la presencia de células gigantes, que aún no habíamos llegado á comprobar en anteriores casos.

Historia clínica.—S. R. de oficio arriero, conduce carga desde hacen 12 años entre Arequipa y Astillero unas veces y Limbaní otras.

El 20 de Enero de 1915, llegó á Arequipa de uno de sus viajes y después de 20 días de ésta llegada, sintió en la parte inferior y externa del antebrazo derecho un escozor intenso, seguido de tumefacción. Esta se mantuvo durante tres meses sin presentar herida la que desde esta fecha se manifestó agrandándose de un modo progresivo, hasta alcanzar el tamaño de una moneda de 50 centavos.

Esta herida fué sometida á innúmeros tratamientos de los conocidos en la región y en las selvas para estas clases de afecciones, sin obtener un resultado positivo; más cuando fué consultado por el enfermo á los 11 meses de principiada la lesión, ésta había experimentado regresión manifiesta con tendencia á la curación.

En efecto, la úlcera no tenía más de centímetro y medio de diámetro mayor, su fondo era amarillento, secretante y su borde se continuaba con una eminencia saliente de piel rojiza oscura, hipertrofiada, que declinaba de modo paulatino en pendiente suave hacia la piel sana.

Preguntado el enfermo sobre la sintomatología blastomicósica secundaria ó sea la que se presenta con frecuencia en las primeras vías respiratorias bajo la forma de catarro nasal, contestó negativamente, pero al examen de la nariz nos dió la oportunidad de poder apreciar aquellas lesiones en su incipiencia.

En la fosa narinaria derecha, sobre el tabique, inmediatamente después de que termina la piel para continuarse con la mucosa se notaba una úlcera redondeada, saliente, mamelonada, despulida, del tamaño de un real y con tendencia á encajarse en persegimiento de la perforación del tabique.

Al nivel de la cabeza del cornete inferior del mismo lado, se advertía un despulido manifiesto de la mucosa revelante de la lesión. Ni en la otra fosa nasal, ni en la boca, ni en ninguna otra parte, se veían lesiones blastomicósicas nuevas.

El 1º de Febrero hicimos la ablación de todo la úlcera del antebrazo y de parte de su cicatriz limitante por medio del galvano cauterio, así como la de la lesión nasal del tabique, cauterizando intensamente el fondo.

Anatomía patológica.—Estos fragmentos han permitido la obtención de cortes microscópicos típicos, tanto de la lesión decreciente del antebrazo, como de la incipiente de la nariz.

En la primera hemos encontrado nódulos blastomicósicos en diversos grados de reabsorción, pero no los han faltado típicos en sus tres zonas: parasitaria, degenerativa y de células blastomicósicas, yendo del centro hacia la periferia.

Los han habido en los que las células conjuntivas venían á ocupar el sitio de lo que fué la manifestación blastomicósica y cuyo conjunto se hallaba circundado meramente por una zona de tejido conectivo adulto.

Entre estos dos extremos hemos observado todos los intermedios; pero si en veces han faltado, sea los parásitos, sea la estructura anatómica del blastomicoma en cambio la presencia de las células epitelioides defensivas, peculiares en esta lesión, ha sido siempre constante.

En la superficie de los cortes hemos visto blastomicomas confinantes con el exterior hasta su zona parasitaria, mientras que otros se hallaban separados ya por la capa fibrino mucosa, ya por el epidermis profundo no destruido en su totalidad; son los primeros los que suministran los parásitos que pueden obtenerse al simple raspado superficial de la úlcera. Se comprende así mismo, cuán difícil es obtenerlos, si los blastomicomas se hallan profundamente colocados, ó su regresión ó su iniciación no permite que su zona parasitaria se halle al descubierto, al alcance del platino con que se va á hacer la preparación microscópica.

Esto es muy de tenerse en cuenta, para no desmayar en el diagnóstico microscópico de la enfermedad por medio de un simple raspado de la ulceración.

En los cortes mismos no siempre el micrótopo ha seccionado al blastomicoma por su centro para permitir ver sus tres zonas características. Lo que es esencial y que basta por sí para establecer un diagnóstico patognomónico diferencial, es la presencia de las células epitelioides blastomicósicas, en el corte de una úlcera que presenta un individuo venido de zona blastomicósica.

Los cortes presenten ó nó parásitos, ofrescan ó nó la estructura típica, revelan siempre en todos los cortes las células blastomicósicas, sean aisladas, sean en haces, al redor de los vasos ó lejos de ellos, circundando las glándulas ó en grupos compactos.

Son las compañeras de las lesiones ya sean cutáneas ó mucosas, recientes ó antiguas y son las últimas en desaparecer cuando sobreviene la curación.

En los cortes de la lesión regresiva del antebrazo hemos visto de la manera más clara, la existencia de células gigantes provistas de 20, 30 ó más núcleos, apiñadas en uno sólo ó en varios grupos polares.

Estas células con mucho son poco numerosas y no las hemos visto aún con parásitos en su interior. Todavía no las hemos visto en las lesiones iniciales.

En los cortes de la lesión secundaria incipiente, hemos podido apreciar la presencia constante de las células blastomicósicas; en cambio los blastomicomas adultos eran escasos, habiendo tenido la suerte de sorprender á 3 parásitos con dos células epitelioides vecinas, en medio de la trama submucosa, como primera manifestación histológica de un blastomicoma naciente.

Sin entrar en mayores detalles acerca de la anatomía patológica que expusimos en «*La Blastomycosis humaine dans le Perou et Bolivie*» (1), el caso actual nos ha proporcionado la ocasión de ver clínica y microscópicamente la lesión blastomicósica inicial regresiva con los blastomicomas en reabsorción hasta llegar á desaparecer, y la iniciación de lesiones secundarias nasales, con blastomicomas principiantes y desprovistos de células gigantes.

Tratamiento.—Después de la ablación por el galvanocauterio de las dos lesiones mencionadas, el 4 de Febrero hice al enfermo una inyección intravenosa de 5 c.c. de tártaro emético en solución al 10 %

El 11 de Febrero una segunda inyección de 5 c.c. de la misma solución.

El 18 de Febrero una, también intravenosa, de 10 c.c..

El 24 de Febrero, las úlceras primarias y secundarias que habían sido profundamente galvano extirpadas, cicatrizaron por completo, en tanto que la ulceración de la cabeza del cornete no había experimentado mejoría alguna; en esta emergencia y viendo que el tártaro emético no había ejercido acción terapéutica en esta últi-

(1) *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*—Paris 1916.

ma lesión procedí á cauterizarla profundamente como á las anteriores.

El 27 de Marzo tanto esta lesión cómo las anteriores estaban completamente curadas.

El tiempo nos dirá posteriormente sí no hay repululación de lesiones en alguna otra parte, pues en este caso el tártaro emético nó ha modificado las lesiones ulcerativas con la rapidez y energía sorprendente con que lo hace cuando se trata de la leishmaniasis, pudiendo, antes bien, atribuir á la acción parasiticida del fuego, la curación de las tres lesiones y particularmente de la última sobre la que no se había manifestado el emético.

Este interesante caso de blastomícosis, confirmatorio de estudios precedentes, nos hace ver:

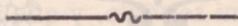
1º. Que en la lesión blastomícósica primaria en regresión, existen las células gigantes.

2º. Que en la lesión secundaria incipiente, se hallan todos los elementos anatómicos de la blastomícosis (parásitos, zonas degenerativas y zonas de células blastomícósicas).

3º. Que es muy constante la presencia de células blastomícósicas, las que bastan por sí para patognomonizar el diagnóstico microscópico en una lesión úlceraiva de marcha crónica en enfermo venido de una zona endémica.

4º. Que sí la comprobación de la blastomícosis la separa de su hermana la leishmaniasis, las mismas células epitelioides ó el efecto rápido del tratamiento por el tártaro emético sirven también para diferenciarla. y

5º. En este caso (como en otros que relataré en breve) el tártaro de antimonio y de potasio no ha producido los maravillosos efectos que con la leishmaniasis.



TRATAMIENTO DE LA GANGRENA GASEOSA POR LAS INYECCIONES SUBCUTANEAS DE OXIGENO

Lima Junio 15 de 1916.

S. S. R. R. DE «LA CRONICA MEDICA»

Pte.

La aparición en el número de Abril de «La Crónica Médica» de un artículo del Dr. Pablo S. Mimbela intitulado «La Oxigenoterapia. Método del Dr. Roberto S. Kolbé para el tratamiento de la gangrena gaseosa» me obliga á dirigirme á Uds. para manifestarles que tratamiento idéntico empleo desde 1895.

Es frecuente entre nosotros la presentación de casos de gangrena gaseosa, ocurrida en heridos de bala ó por traumatismo; con

ocación de las contiendas civiles, hemos atendido heridos en los que se ha presentado esta terrible complicación, que irremisiblemente ha dado muerte al enfermo.

Sí durante los años de 1887 y 1888 tubimos que permanecer impotentes para detener la marcha de la gangrena gaseosa que complicó á algunos heridos que asistimos, la gravedad de la enfermedad nos impresionó de tal manera, que, cuando en 1895, se presentó tan terrible complicación en los heridos á consecuencia de la contienda civil de esa época, nos propusimos ensayar algunos tratamientos, que juzgábamos de algún valor para detener su marcha fatal. Los primeros ensayos no fueron del todo satisfactorios, porque el porcentaje de mortalidad se mantuvo crecido. Pero un herido que ingresó á mi servicio del Hospital «Dos de Mayo» y que salvó gracias á la aplicación subcutánea de oxígeno y lavado anti-séptico de las heridas, nos reveló un nuevo método que desde entonces empleamos para tratar la gangrena gaseosa. El instrumental empleado, y que hoy también usamos, fué una aguja de 8 á 10 cm. de longitud que poníamos en comunicación con un balon de oxígeno por medio de un tubo de jebes haciendo penetrar por presión el oxígeno en los tejidos.

El número de casos que hemos tratado siguiendo éste proceder es ya bastante crecido y, actualmente, se sigue en un herido que presentó ésta complicación y que, no obstante la amputación del miembro amenazaba la vida del enfermo, por que poco después de ella apareció en el muñon.

La eficacia de éste método curativo, tiene entre nosotros sanción académica, pues nuestro discípulo, hoy el Dr. José B. Arce Dávila, presentó a la Facultad de Medicina para graduarse de Bachiller en Octubre de 1909 la tesis titulada «*Algunas consideraciones sobre el empleo del oxígeno en el tratamiento de la septicemia gaseosa*» que mereció aprobación de la Facultad y en la que relata los casos que ocurrieron en mi servicio, y que fueron tratados por este método, en el transcurso de 1905 á 1907.

No nos ha guiado al dirigirles ésta, otro objeto que, dejar constancia que desde 1895 empleamos con buen éxito como tratamiento de la gangrena gaseosa las inyecciones subcutáneas de oxígeno, tratamiento que hoy, recibe confirmación plena de los cirujanos, que, como el Dr. Kolbé, prestan asistencia médica á los heridos de esta cruenta guerra europea.

De Uds. atto. y S.S.

NEMESIO FERNANDEZ CONCHA

Catedrático de la Facultad de Medicina de Lima

ESTUDIO CLINICO DE ALGUNOS CASOS DE TAQUICARDIA PAROXISTICA

POR EL DR. MARIO VILLACORTA

(Conclusión)

Diagnóstico.—El diagnóstico de la taquicardia paroxística es generalmente fácil cuando se tiene ocasión de presenciar un acceso completo. El comienzo súbito con sensación inicial de «*declanchement*», es decir, de choque violento, el paroxismo taquicárdico, su terminación igualmente brusca con la misma sensación de principio, caracterizan muy bien la afección. Ahora si se ve al enfermo en pleno acceso de taquicardia sin haber podido asistir á su comienzo, entonces es más delicado sentar el diagnóstico. En efecto, como sabemos, la aceleración del pulso en grado algo considerable puede ser constatado en diversos estados patológicos, entre los cuales es necesario citar principalmente la tuberculosis pulmonar, la enfermedad de Basedow, la taquicardia refleja de origen digestivo y algunas intoxicaciones como el alcoholismo. Con todo el diagnóstico diferencial se hace, y para esto se tendrá presente los anamnésticos, en especial el comienzo súbito, con esa sensación tan particular y muy bien conocida. El examen del pulso ofrece caracteres que serán suficientes por si solos para afirmar el diagnóstico. En efecto, en las enfermedades antedichas la taquisfigmia puede ser notable pero siempre inferior á la locura del corazón en la taquicardia paroxística; efectivamente un pulso de 160 pertenece á aquella afección.

LEWIS nos dá á conocer un elemento más para el diagnóstico fundado sobre la inestabilidad del pulso en las enfermedades con taquicardia; esta inestabilidad se pone de manifiesto por la llamada prueba del reposo que demuestra la disminución notable de la frecuencia del pulso cuando se hace tomar al enfermo la posición horizontal; un pulso que en estas condiciones se mantiene en 150 debe hacer pensar en la enfermedad de Bouveret; en esta afección la prueba del reposo no modifica de manera tan apreciable la frecuencia del ritmo cardíaco.

Fuera del periodo de los accesos, el diagnóstico se basará sobre el estudio de los antecedentes, el cuadro característico, referido por el enfermo, de la crisis; la presencia frecuente de una lesión cardíaca constituyen grandes presunciones en favor de la taquicardia paroxística. No es demás decir que á veces es necesario multiplicar los exámenes clínicos por que hay algunas crisis tan rápidas que apenas dan sensaciones subjetivas que no se pueden conocer más que con investigaciones constantemente repetidas. Para concluir diremos con BOEZ que estas salvas de latidos encaadrados, de extraxístoles, for-

man un precioso elemento que permite afirmar un diagnóstico hasta entonces en duda.

Pronóstico.—Los clásicos acordaron á la taquicardia paroxística un pronóstico benigno, y ellos se fundaban para esto en los primeros y pocos casos que fueron descritos por BOUVERET llamándola esencial y considerándola sin sustitutum anatómico; pero el número de observaciones que posteriormente ha aumentado, haciéndover su notable frecuencia con alteraciones orgánicas del corazón, ha hecho cambiar este concepto.

El pronóstico de la taquicardia paroxística es pues diferente según la formas; y para fundarlo es necesario tener en cuenta otros elementos, que en seguida pasaremos en revista. La forma abortiva no es más que un simple episodio sin gravedad; la forma inveterada es compatible con una larga supervivencia; la forma progresiva, al contrario, por la repetición incesante de la crisis que á menudo terminan por «soldarse» produciendo una exagerada fatiga al miocardio, tiene un pronóstico grave.

Entre los otros elementos que deben tenerse presente para hacer el pronóstico tenemos: la intensidad de la taquicardia que está en razón directa con la gravedad; así se admite que un número de pulsaciones de 150 puede ser soportado durante algunas semanas, lo que no pasa cuando presenta 200 latidos por minuto que en pocos dias puede arrebatar al enfermo; como en uno de nuestros enfermos en el que su última crisis duró dos horas, por que la taquicardia pasó de 200.

La hipotensión arterial acentuada, ha adquirido despues de los trabajos de Debove y Huchard un gran valor pronóstico, por que ella es precursora de la dilatación y por consiguiente del desfallecimiento miocárdico; sus consecuencias son la dificultad respiratoria, anasarca y delirio que son según Levis signos particularmente amenazantes de un próximo desenlace fatal; esto observamos en nuestro primer enfermo.

La coexistencia con lesiones orgánicas, aórtica ó mitral, merece ser tomada en consideración, por que además de que el acceso es más á menudo rebelde, la insuficiencia cardiaca sobreviene con mayor precocidad.

En general el pronóstico de la taquicardia paroxística, merece por lo menos ser reservado, aún cuando se trate de un acceso aislado por que la crisis puede repetirse con frecuencia tal, que nosotros estamos incapacitados de preveer, aún cuando haya trascurrido mucho tiempo desde el último acceso. La curación si es posible no puede ser prevista ni mucho menos prometida, por que «la taquicardia es una afección muy á menudo incurable» (Vaquez).

En efecto, según nuestras observaciones la muerte sobreviene en un plazo variable, pero siempre más ó menos corto. He aquí la duración aproximada de la enfermedad en nuestras observaciones:

M. C.—Comienzo —	1909	Terminación—	8 agosto 1913.
A. Z. — " "	octubre 1909	" "	—11 noviembre 1913
N. P.— " "	marzo 1909	" "	—20 julio 1914
J. C. — " "	1909	" "	—4 febrero 1915.

Patogenia.—La gran diversidad de factores etiológicos que se la ha atribuido, así como la falta de control anatomopatológico, han dado margen á que se ingenien diversas teorías.

BOUVERET fué el primero en proponer el origen nervioso á la taquicardia paroxística, el decía: la taquicardia paroxística puede ser considerada como una enfermedad de los centros y de los ramos del neumogástrico, que constituyen el aparato moderado del «corazón. Cuando no encontraba lesión sobre el trayecto de este aparato él invocaba una neurosis del décimo par. Esta teoría tuvo numerosos partidarios y dominó mucho tiempo. En 1890 Debove sostiene que la afección se debe á una neurosis bulbar, pues este autor dice es racional considerar la taquicardia paroxística llamada esencial, como una neurosis bulbar ó bulbo-espinal porque solo un trastorno de estos centros puede explicar: la aceleración de los latidos, el descenso de la presión arterial, la poliuria, la albuminuria, la glucosuria, los fenómenos pupilares, la fiebre, etc. Ahora si bien es cierto que la taquicardia puede resultar de la excitación provocada sobre los centros bulbares, ella tiene los caracteres de la paroxística; por que la hipotención no es un fenómeno precursor ni se manifiesta al principio, sino más bien resultante de la prolongación de la crisis, y los demás síntomas señalados como albuminuria, glucosuria, fiebre, etc. no son constante en la enfermedad de Bouveret.

A tres teorías se reúnen todas las opiniones emitidas para atribuir al sistema nervioso la génesis de la taquicardia paroxística, la primera supone la suspensión frenadora del vago, por inhibición de sus filetes moderadores, dejando libre sus fibras aceleradoras; esta teoría se funda en un enfermo de SCHLESINGER que murió después de haber presentado crisis repetidas y no dudosas de la aceleración paroxística de los latidos cardiacos que alcanzaron á la cifra de 200 por minuto; pero en la autopsia se encontraron lesiones aórticas y mitrales, que fueron reconocidas en vida, y además compresión del neumogástrico derecho en la parte inferior del cuello por ganglios tuberculosos; el nervio presentaba en este punto alteraciones profundas; sin embargo, Schlesinger nos enseña que durante la vida de su enfermo fué posible producir la detención de alguna crisis por la compresión del nervio en el cuello, lo que no se conseguía cuando la compresión se llevaba sobre el del lado izquierdo, es decir, sobre el nervio sano; esto prueba la integridad funcional del neumogástrico lesionado. Los hechos experimentales y clínicos están en contra de esta hipótesis; la sección experimental ó quirúrgica del neumogástrico no determina más que una taquicardia transitoria y siempre inferior á 130 pulsaciones. Cuando se determina su compresión se produce taquicardia, que es permanente y moderada. MARTIUS ha reunido 23 casos de alteraciones del neumogástrico asentando sobre el tronco del nervio ó sobre sus núcleos de origen; en todos estos casos la taquicardia tenía los caracteres antedichos, es decir, permanente y moderada. Ahora si comparamos entre si los hechos clínicos y experimentales podemos concluir como Vaquez, diciendo que una taquicardia continua y poco acentuada puede reconocer por causa una lesión del vago, pero que es necesario invocar otra, para explicar la taquicardia paroxística.

La segunda hace intervenir á los centros nerviosos superiores; pero á la diversidad de localizaciones que han presentado las lesiones señalada por los distintos autores, se une el caracter continuo que ha dominado á la taquicardia; además es imposible apoyarla sobre pruebas experimentales, por que no existe ningun método de laboratorio, que permita reproducir, por maniobras llevadas sobre los centros nerviosos, un sindroma que tenga semejanza con el realizado por la patología.

La teoría simpática constituye la tercera y su influencia se comprendería de dos maneras: podría ser directa y depender de una excitación anormal de los ganglios ó del tronco del simpático, ó indirecta, es decir, por una lesión aislada del vago, que le impide desempeñar su papel de antagonista que el corresponde; en este último caso la alteración del neumogástrico, permitiría ejercer su influencia al simpático sin contrapeso, lo que daría por resultado la aceleración de los latidos del corazón. Esta deducción indudablemente es lógica, si se admite que hay un antagonismo perfecto entre el vago y el simpático. Pero aquí la Fisiología no está de acuerdo con la patología; por que la taquicardia simpática provocada por la excitación del nervio ó de sus ganglios, no tiene nada que hacer con la enfermedad de BOUVERET. Ella no tiene el caracter paroxístico y además dice VAQUEZ no se acompaña de descenso de la tensión, que aunque no es constante no por eso deja de ser menos frecuente en los casos observados en la clínica.

Como se ve la teoría nerviosa se presta á numerosas críticas y no resiste el examen de los hechos. Lo que se puede admitir es que la taquicardia encuentra en un trastorno ó alteración orgánica del sistema nervioso una condición provocadora, pero para que ella revista el caracter paroxístico es necesario algo más; ese algo, puede ser una reacción propia del corazón, consecutiva á una lesión orgánica ó á un trastorno de una de sus propiedades fundamentales.

Desde los trabajos de HOFFMANN, MARTIUS, HUCHARD, MERKLEN, MACKENZIE y VAQUEZ la frecuencia de la taquicardia paroxística con lesiones orgánicas del corazón es bien conocida y se afirma cada día más. HEMINGHEM en 1897 sobre 55 casos encuentra 39 casos con lesiones cardiacas; y así otros autores como RAVY que en 24 casos el examen necropsico reveló ocho veces lesiones del corazón; LEWIS en su estadística de 1913 señala sobre 29 casos lesiones orgánicas del corazón.

Numerosas observaciones han sido publicadas por JOSUE, BARRIE, ROUTIER, LAUBRY etc. en estos últimos años donde la coexistencia con alteraciones cardiacas es mencionada. En el examen de las observaciones publicadas por RAVY aparece que la enfermedad mitral es la más frecuente, á la cual siguen las lesiones aórticas. Las alteraciones pericárdicas que han presentado nuestros enfermos no han sido señaladas más que por FRAENKEL y CESPLATE. En la estadística de LEWIS que comprende 29 casos, con ó sin autopsia, se señala diez veces la estrechez mitral, nueve veces la degeneración del miocardio, dos veces alteraciones arteriales con ó sin angina, una vez el aneurisma de la aorta y cinco veces la insuficiencia mitral. Estas cifras constituyen una demostración elocuente del papeletio-

patogénico que conviene atribuir á las afecciones del corazón en la enfermedad de Bouveret. Debemos agregar que estas estadísticas reposan únicamente sobre el examen de piezas macroscópicas y que la histología ha revelado con mucha frecuencia lesiones importantes del corazón. Hay derecho pues, para creer, que la frecuencia de las alteraciones cardiacas aumentará más aún, cuando se llegue á practicar sistemáticamente el examen histopatológico del corazón.

La importancia que en estos tiempos ha tomado la teoría miógena en el mecanismo cardiaco, ha ejercido, como no ha podido dejar de hacerlo, influencia en la explicación de la génesis de la enfermedad de BOUVERET. Antes de exponer esta teoría, creemos necesario hacer la descripción, lo más suscita posible, del haz de His.

Desde los trabajos de GASKELL y otros investigadores, sabemos que existe en el corazón, en la unión de la aurícula derecha y de la vena cava superior, un anillo más ó menos completo de fibras finamente estriadas, aparente sobre todo en la parte anterior del vaso, que no existe en la embocadura de ninguna otra vena del corazón; esta formación ha recibido el nombre de nódulo de KEITH y de FLACK y corresponde justamente al punto donde asentaba el seno: por estar situado entre las venas cavas y establecer el pasaje entre el sistema venoso terminal y la parte original del corazón, se le ha dado la denominación de «*sinus reuniones*». Este nódulo constituye el centro de excitación susceptible de dar movimiento á una contracción; del nódulo de KEITH y FLACK, parten ondas motrices conducidas por una cinta muscular diferenciada, llamada haz primitivo; esta cinta termina en una pequeña masa de tres milímetros de largo por dos de ancho, más ó menos, de un espesor inapreciable, con límites mal definidos, de fibras musculares pálidas que se encuentran en la parte superior del tabique interventricular á un milímetro de profundidad en el espesor del miocardio; se le conoce con el nombre de nódulo de TAWARA, desde aquí toma el nombre de haz de HIS que de este punto parte en forma de un pequeño haz muscular de un milímetro de ancho, aplanado, que se divide en dos ramas: una para el ventrículo derecho, que se prolonga atravesando la implantación de la valva interna de la tricúspide en la extensión de $\frac{1}{2}$ centímetro más ó menos. En dicho punto se coga, para dirigirse, siempre en el espesor del miocardio, hacia abajo y adelante, en la extensión de dos centímetros aproximadamente y alcanza la base del músculo, donde se hace imposible continuar su dirección. En el tabique interventricular y en el punto que nace la inserción fibrosa bajo de la sigmoidea aórtica anterior, al nivel del tercio anterior de la sigmoidea posterior, aparece la rama izquierda del haz de His, la que inmediatamente se ramifica y subdivide en el tabique, en forma tal que su dirección se hace imposible.

En resumen, está completamente probado que la discontinuidad entre las fibras cardiacas auriculares y ventriculares no existe, y que el haz primordial, y el haz de His, que no constituye más que la via de conducción auriculo ventricular de la exito contracción, las ligan perfectamente.

MACKENZIE suponiendo una lesión del haz unitivo hizo practicar por KEITH el examen histológico del haz primordial en dos co-

razones de sujetos que habian presentado crisis típicas de taquicardia paroxística; en uno se encontró la arteria nutricia del haz de His obliterada y en el otro una transformación fibroide localizada en el nódulo sinoauricular y en el haz de His. Después se han publicado otros casos señalando el mismo sustractum patológico. Mencionaremos aún los casos de Mackenzie, Laubry, Esmein y otros en que han visto la taquicardia paroxística alternar con la bradicardia y terminarse por esta; a la autopsia se han encontrado alteraciones del haz de His. Muchos autores han insistido sobre la existencia de focos inflamatorios recientes, en plena actividad.

MACKENZIE y VAQUEZ y gran número de autores fundándose sobre una bien documentada argumentación, tratan de explicar la taquicardia paroxística por lesiones irritativas del haz primordal. Para sostener esto invocan las lesiones anatómicas patológicas que hemos citado; además presentan flebocardiogramas donde muestran la existencia de un trastorno de conductibilidad del haz unitivo. En la gráfica yugular normal existen dos levantamientos sucesivos: el primero que corresponde al sístole auricular, y el segundo al ventrículo, mientras que en los trazos presentados por los autores antedichos, que han sido tomados durante las crisis taquicárdicas, solo se ve un levantamiento, la ondulación presistólica ha desaparecido. Este fenómeno ha recibido tres interpretaciones: en la primera se ha creído en la parálisis auricular, pero esta ha sido desmentida por la radiscopia que no ha demostrado la distensión, consecuencia inevitable de su falta de contracción. En la segunda se supone un obstáculo á la contracción auricular, pero este obstáculo no se ha encontrado. Es necesario, pues, admitir la tercera, que explica el levantamiento único por la fusión de las dos ondulaciones presistólica y sistólica y que resultaría de la contracción simultánea de la aurícula y del ventrículo, desplazamiento del centro de excitación, que en lugar de asentar, como ocurre en lo normal al nivel del seno en la aurícula, trasmitiéndose, al cabo de 15 centésimos de segundo, al ventrículo, ocupa una posición intermediaria auriculo ventricular, propagándose al mismo tiempo hacia arriba á la aurícula y hacia abajo al ventrículo; el intervalo de 15 centésimos de segundos que la transmisión dura desaparece. Es á esto á lo que los autores, desde Mackenzie han dado el nombre de ritmo nodal.

Por medio de la electrocardiografía Lewis ha comprobado que el centro de excitación en la taquicardia paroxística se encuentra siempre desplazado; él también ha probado que electrocardiogramas iguales corresponden á centros de excitación de idéntico asiento. En trabajos posteriores Lewis ha demostrado que el sitio generador de ondas motrices en la taquicardia paroxística no siempre era nodal, sino sinusal ó atrio ventricular, negando con esto el sustractum gráfico que Mackenzie le daba. Otras observaciones hechas por el método gráfico en la yugular, han verificado las constataciones de Lewis.

Como se ve, en gran número de casos, todo pasa como si el nódulo de Keith y Flack estuviera desposeido de sus funciones en provecho de otra región del haz primitivo, atestiguando perturbaciones en el funcionamiento de dicho haz.

La teoría hiziana induce á pensar que la taquicardia paroxística sería el primer periodo de la enfermedad de STOCKES ADAMS, estando constituido el segundo por la braquicardia; el primero resultaría de lesiones irritativas del haz de His y el segundo de lesiones degenerativas ó, mejor aún, destructivas de este haz. Observaciones no han dejado de ser señaladas y Vaquez refiere que en el origen de este síndrome es frecuente observar accesos taquicárdicos.

En apoyo de esta teoría es necesario citar las experiencias muy interesantes de los fisiologistas, que han demostrado que la simple excitación del haz unitivo, produce crisis iguales á la enfermedad de Bouveret, mientras que su sección da nacimiento á la braquicardia. Entre estas experiencias tenemos la de Lewis que ligando en el perro la arteria coronaria derecha, de la que nace la arteriola nutricia del haz de His, determina, hora y media después de esta ligadura, extrasistoles auriculares, ventriculares ó auriculo ventriculares y enseguida súbitamente estalla la taquicardia que alcanza la cifra de 140 á 400 pulsaciones y se termina por reaparición brusca del ritmo normal. Además, es necesario hacer presente que esta taquicardia experimental, fué obtenida después de la sección del neumo-gástrico y de los nervios simpáticos.

En el estado actual de la ciencia, de las dos teorías neurógena y miógena de la taquicardia paroxística esta última es ya aceptada por que se funda en un haz de argumentos anatómicos, clínicos y experimentales, mientras que la teoría nerviosa solo puede ser invocada en ausencia de lesiones miocárdicas, como simple hipótesis que requiere el control de experiencia y de hechos clínicos nuevos.

Tratamiento.—Las nuevas concepciones patogénicas han tenido repercusión sobre la terapéutica de esta enfermedad.

Comprendiendo la afección dos fases: periodo de crisis y periodo de calma, la terapéutica bajo el punto de vista práctico tendrá este doble objetivo; yugular la crisis y evitar el retorno.

Los medios empleados para detener los paroxismos han sido bien estudiados por VAQUEZ; ellos se inspiran en este principio: calmar la estabilidad del corazón, es decir, dar un golpe de freno al órgano desembocado. Para conseguir este resultado se deberá recurrir á la compresión del neumogástrico ó también á su excitación eléctrica, á la titilación de la faringe para provocar nauseas, á los movimientos de deglución efectuados por la ingestión de obleas voluminosas ó trozos de pan con el objeto de producir la distensión exagerada del esófago; también se aconseja colocar á los enfermos en decúbito dorsal ordenándoles que hagan inspiraciones profundas, manteniendo el pecho lleno de aire por algunos instantes. Si estos diversos medios fracasan se le administrará cada diez minutos una cucharadita de jarabe de ipeca hasta provocar el vómito ó también se le inyectará subcutáneamente un centígramo de apomorfina. El extracto de hipófisis en obleas ha dado buenos resultados según Boez; Vaquez, que también aprueba la bondad del medicamento, ignora á que se deba. Fiessinger dá la explicación diciendo que la hipofisis tiene un principio activo la hipofisina que tiene la propiedad de producir un notable retardo de los lati-

dos, acompañado de elevación de la presión sanguínea; además ejerce efectos diuréticos favoreciendo las funciones de la nutrición.

En caso de que no tenga efecto se ensayará la vejiga de hielo ó las pulverizaciones de cloruro de etilo sobre la región precordial así como los antiespasmódicos, como bromuro, valeriana, belladona, morfina, etc.

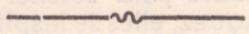
Si no consigue calmar el acceso, es necesario procurar atenuar sus efectos sobre la circulación por la prescripción de tónicos cardiacos; se utilizará la estrofantina á la dosis de medio milígramo en inyección hipodérmica, si no se obtiene ningún resultado se renovará la dosis, si tampoco produce efecto se repetirá al día siguiente por vía intravenosa. La digital estuvo mucho tiempo excluída de la terapéutica de esta enfermedad hasta que fué introducida por Gallavardin; ella está sobre todo indicada cuando la taquicardia paroxística está asociada á una lesión cardiaca. Se empleará á dosis sedativa ó masiva según los casos.

Aunque son generalmente suficientes estos recursos terapéuticos para detener una crisis, se debe tener presente que en muchos casos fallan. La terminación fatal de tres de nuestros enfermos es una prueba.

Para evitar el retorno de la crisis, ante todo hay que tener en cuenta el factor etiológico en cada caso particular; se calmará la excitación del sistema nervioso frecuente de los enfermos, por los baños tibios, ejercicios moderados, reposo moral é intelectual.

En los que acusan trastornos digestivos, se instuirá una buena higiene alimenticia.

Por último la coexistencia con lesiones organicas del corazón hará tomar grandes precauciones referentes sobre todo en higiene general; á estos enfermos se les vigilará de cerca prescribiéndoles tónicos cardiacos al menor signo de desfallecimiento miocárdico.



LAS CIENCIAS MEDICAS EN EL SEGUNDO CONGRESO CIENTIFICO PANAMERICANO

INFORME PRESENTADO A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

POR EL DR. CARLOS MORALES MACEDO

Señor Secretario Perpetuo de
la Academia Nacional de Medicina
de Lima.

S. S.

Con particular deferencia he recibido la nota de Ud. comunicándome el encargo—para mí muy honroso—de representar á la Academia de Medicina de Lima en el Segundo Congreso Cientí-

fico Pan-Americano que se reunió últimamente en la ciudad de Washington.

Aprovecho esta oportunidad para informar sumariamente á la Academia de las labores de dicho Congreso en lo que á las Ciencias Médicas se refiere, lo cual puede ser de interés por haber sido designada la capital del Perú para sede de la próxima reunión, en la que seguramente tomará parte activa el ilustrado personal de la Academia.

Organizado el Congreso de Washington con el propósito de promover una serie de conferencias internacionales sobre los más importantes temas de las ciencias naturales, matemáticas, económicas, jurídicas y sociales, y precedido de una gran propaganda, consiguióse reunir las representaciones oficiales de todos los gobiernos de América y numerosos delegados de sus principales instituciones universitarias y académicas.

No puede juzgarse de la importancia y de los alcances del Congreso de Washington por el resultado de sus labores en la Medicina y ciencias afines. La amplitud y variedad del programa científico, la circunstancia de estar reunidos en un solo certámen devotos de todos los ramos del saber humano y, muy especialmente, la ingerencia inmediata y activa encomendada al departamento de Relaciones Exteriores de Estados Unidos y á las representaciones diplomáticas de las diferentes repúblicas americanas, dieron á la reunión de Washington una finalidad política que primó sobre sus propósitos meramente científicos. Los delegados venidos al Congreso correspondieron á ello, aprovechando ésta excepcional ocasión para afianzar los vínculos de confraternidad americana y orientando en el sentido que pudiera servir mejor los intereses de los países representados.

Tales circunstancias, muy explicables en esta época de singular trascendencia para la política internacional americana, restaron á este Congreso— más que á otro alguno— el espíritu científico indispensable para el buen desarrollo de los interesantes programas de sus diferentes secciones. Hizo excepción digna de mencionarse la sección de Antropología, que funcionó con relativa independencia bajo los auspicios del XIX Congreso Internacional de Americanistas.

Los temas de interés para la profesión médica, fueron tratados en la sección VIII llamada de *Salubridad Pública y Ciencia Médica*, y en la sección IV cuya 7a. subsección fué dedicada al estudio de determinados asuntos de *Educación Médica*.

En la sección VIII merecieron preferente atención algunos problemas de salubridad pública y de sociología médica, que son particularmente interesantes en América. Estuvo dividida en las cinco subsecciones siguientes: salubridad pública, estadísticas de-

mográficas, medicina sociológica, saneamiento y conferencias de laboratorio.

Los principales temas tratados en esta sección pueden agruparse bajo los siguientes títulos:

Alcoholismo.

Etiología y prevención de la tuberculosis desde el punto de vista sociológico.

Problemas médicos y sociales de las enfermedades venereas (en el programa respectivo figuró un estudio de l Profesor Odriozola).

Sistemas para la adaptación de las medidas de salubridad á la utilidad social.

Problemas higiénicos de las habitaciones, de los alimentos etc.

Abastecimiento de aguas.

Recolección y disposición final de las basuras.

Higiene mental, estadística de delincuencia, etiología y prevención de la locura.

Trabajos aislados sobre algunas enfermedades tropicales: malaria, amibiosis, fiebre amarilla, anquilostomiasis, tripanosomiasis, un estudio del Dr. Townsend con el título «Descubrimiento é identificación de los diferentes períodos en el desarrollo asexual del organismo causante de la Verruga Peruana».

Estudios experimentales sobre anafilaxia.

Estudios experimentales sobre el cancer.

Como puede apreciarse por la relación precedente, algunos asuntos médicos de interes general han sido individualmente tratados en trabajos científicos, de cuyo mérito solo podrá juzgarse despues de la publicación de las actas del Congreso.

En la 7a. subsección de la sección de Educación se trató lo referente á *Educación Médica*. De las ideas cambiadas sobre tan interesante tema, se ha podido obtener un concepto general sobre las modernas orientaciones de la enseñanza de la Medicina en los diferentes países de América, lo cual permite hacer algunas deducciones que juzgo de interés para nosotros.

El programa de esta subsección fué confeccionado con el definido propósito de atender á necesidades hondamente sentidas por la profesión médica de los Estados Unidos, y su desarrollo en el Congreso ha dado importancia á determinadas ventajas de los sistemas empleados en la América Latina.

Los principales asuntos á discusión se pueden reunir en tres temas.

(1) Ingerencia del Estado en la educación médica; control de las licencias para el ejercicio profesional;

(2) Requisitos de admisión á las escuelas médicas y establecimiento de un quinto año en la educación médica;

(3) Sistemático intercambio de profesores y estudiantes entre las Universidades americanas.

La consideración del primero de estos tópicos ha revelado una gran disparidad en los reglamentos de educación médica en los Estados Unidos, donde los títulos profesionales son otorgados por cualquiera de las muchas universidades ó colegios de Medicina, generalmente después de cuatro años de estudios, y donde la ingerencia oficial está limitada á conceder la licencia para ejercer en el Estado respectivo.

La alta categoría de las principales escuelas de Medicina en la América Latina, donde son relativamente pocas, no puede atribuirse solamente á una mayor eficacia de la intervención de los Gobiernos en la educación superior. Aparte de otras razones, hay que tener en cuenta su organización vasta y central, que les da grande influencia é indiscutible autoridad en todo lo que á Medicina se refiere y que las coloca en excepcionales condiciones para ponerse en contacto inmediato con el pueblo, animadas de bellos propósitos de educación higiénica, extendiendo así su influencia en la vida nacional.

Innecesario sería comentar aquí este punto, si su contemplación por el Congreso de Washington no hubiere dado singular realce á los sistemas y reglamentos en vigencia en nuestra vieja Escuela de San Fernando. La Facultad de Medicina de Lima, que es un cuerpo no solo docente sino administrativo, centro y agregado de muy valiosas energías, que otorga sus diplomas á nombre de la nación poniendo al profesional bajo la protección del Estado que es casi soberana en todo lo que concierne á la práctica de las ciencias médicas y de la farmacia en el Perú, tiene á esta respecto la organización que —á juzgar por las ideas emitidas en el Congreso de Washigton— garantiza mejor el ejercicio legal de la Medicina en un país.

La opinión de los congresistas se ha manifestado favorable á considerar que una sólida cultura en ciencias biológicas debe ser requisito indispensable para la admisión de aspirantes á estudios de Medicina y á aceptar que bien necesitan establecer un quinto año de enseñanza las escuelas médicas que solo poseen cuatro.

La importancia que en el programa del Congreso se ha dado á este tema obedece al laudable deseo de dar mayor fuerza á la campaña que el alto cuerpo médico de Estados Unidos ha emprendido con el propósito de levantar el prestigio de la profesión en su país, dando carácter más científico á la enseñanza, aumentando los años de estudio y preocupándose más de seleccionar el personal de médicos que de incrementar su número.

La educación médica no puede sustraerse á la corriente de comercialismo que señaló el progreso de esta gran República desde mediados del siglo pasado. Sus escuelas de Medicina hubieron de adaptarse rapidamente á las exigencias de la vida contemporánea, sacrificáronse los altos fines científicos á propósitos utilitarios y se halló la manera de dar, en el menor tiempo posible, una instrucción esencialmente práctica, corriendo así el riesgo de despertar en estudiantes y graduados un exclusivo interés por diagnosticar las enfermedades y estar al tanto de los remedios que las curan. Tal estado de la educación en dichas escuelas de Medicina, está muy lejos de corresponder al considerable adelanto de esta ciencia en los

Estados Unidos, el cual se debe á la magnífica labor de institutos consagrados á investigaciones médicas y al esfuerzo aislado de muchos hombres de alto espíritu científico.

Las escuelas de la América Latina, que no redujeron sus años estudio y que se esforzaron por conservar los sistemas antiguos, dando á la enseñanza preferente valor científico y á la profesión los visos de un sacerdocio, poseen un plan de enseñanza adaptable á las nuevas tendencias y al creciente impulso del progreso médico en los últimos tiempos.

Causa gran complacencia dar crédito de grande previsión á los dirigentes de nuestra Escuela de Medicina, quienes inspirándose en las viejas tradiciones de amplia cultura clínica, continúan exigiendo dos años de estudios preparatorios en la Facultad de Ciencias Naturales y siete años de enseñanza médica, durante los cuales el alumno está obligado á concurrir diariamente á los hospitales. Resulta de ello, que la Facultad de Medicina de Lima se encuentra en favorables condiciones para ir adaptándose á la nueva orientación de las Universidades, que es transformarse en centros de investigación científica sin dejar de ofrecer una vasta instrucción en las verdades ya adquiridas; enseñar la observación y el experimento; educar no solo clínicos sino también investigadores.

La labor del Congreso en lo que se refiere al tercer tema, ó sea al intercambio de profesores y estudiantes entre las universidades americanas, ha dejado la impresión de que las escuelas médicas en las dos Américas todavía no son lo suficientemente similares para que el intercambio de profesores pueda llevarse á la practica bajo las bases de una decidida influencia en el programa total de alguna cátedra. Sin embargo, cabe afirmar que sería recíprocamente bienvenida la visita periódica de profesores especialistas, encargados de dictar cursos libres de corta duración, que versen sobre asuntos de orden técnico y que solo tengan el carácter de conferencias auxiliares de las cátedras ya establecidas.

Acordadas que fueran las bases para un sistemático intercambio de profesores, los estudiantes de Medicina de Lima podrían obtener provechosa instrucción en determinados asuntos de interés práctico, tales como Radiología é interpretación de radiografías, los diversos ramos de la Endoscopia y cirugía endoscópica, principios generales y técnica de Vivisección, algunas interesantes demostraciones de Bio-dinámica, Anafilaxia aplicada á la clínica; Cirugía del sistema nervioso, llamada á mayores progresos, Cirugía del sistema vascular que hoy tiene muchas aplicaciones clínicas; un curso experimental é histológico sobre las reacciones del organismo ante la acción quirúrgica (efectos traumáticos, suerte de las suturas, procesos de cicatrización y reparación etc) conocimientos que contribuyen á formar lo que bien puede llamarse el criterio quirúrgico. higiene militar y cirugía de guerra, desarrollo de problemas sobre organización de planes sanitarios, etc... ; en las secciones de Odontología, Farmacia y Obstetricia estos cursos especiales

encontrarían un vasto campo de aplicación. Además, series de conferencias que abarcaran la recapitulación de importantes trabajos originales, ofrecidas de preferencia por sus propios autores, merecerían ser recibidas no solo á título de información científica sino con carácter educativo, y contribuirían poderosamente al acercamiento de los centros de América.

El propósito de ser sincero y el deseo de ser útil, han hecho incurrir á este informe en dos notas prominentes: una merecida censura de la educación médica en Estados Unidos y una indicación de las más urgentes necesidades de nuestra Escuela de Medicina de Lima. Vaya en justa compensación de lo primero, mi alto aprecio por la labor de los institutos de investigación médica de esta Gran República, por sus importantes contribuciones al moderno progreso de la cirugía y de la higiene y, sobre todo, por la magnífica organización de sus sociedades médicas que, sobreponiéndose á las deficiencias de la enseñanza en las escuelas, ponen al profesional en el camino de un obligado avance científico. Y en explicación de lo segundo, quede mi convicción de que las necesidades de la educación médica en la Universidad de Lima, implican reformas ya meditadas y bien comprendidas por el alto cuerpo médico del Perú; su exposición en este informe, solo significa el deseo de prestar modesta fuerza para su realización en un futuro cercano.

REVISTA DE TESIS

DILATACION AGUDA DEL ESTOMAGO CON OCLUSION DUODENAL. — Tesis para el Bachillerato, por Gustavo A. Valle Riestra C.

Está la tesis dividida en los siguientes capítulos:

I Introducción—II Historia—III Etiología—IV Sintomatología—V Diagnóstico—VI Terapéutica—VII Narración de las historias con relación de la sintomatología, tiempo de anestesia y tratamiento—VIII Autopsia de dos casos fatales—IX Capitulo dedicado á la discusión de los casos observados.

Conclusiones:

1º. La dilatación aguda del estómago con oclusión duodenal es una complicación post operatoria grave.

2º. No hay teoría única que explique la patogenia de la complicación, sí nó que todas reunidas tienen cabida en la explicación de los distintos casos que se presentan.

PROFILAXIA DEL DOLOR EN CIRUGIA.—Tesis para el bachillerato de Luis C. de la Flor.

Las conclusiones de esta interesante tesis son las siguientes:

1º. La mezcla de novocaína, suprarrenina y suero fisiológico según la forma del Dr. Braun es lo mejor que existe en la actualidad como anestésico local para suprimir el dolor en cirugía.

2º. En determinados casos y por circunstancias especiales su empleo es preferible á la narcosis, siendo menos tóxico y suprimiendo los accidentes secundarios post-anestésicos.

3º. El efecto hemostático, la acción de la mezcla Braun es de suma importancia para los que comienzan á iniciarse en la práctica quirúrgica, y bien hecha la anestesia llega al *desideratum*: ni dolor, ni sangre y campo operatorio como embalsamado.

4º. La profilaxia del dolor en cirugía por este método es lo más práctico y recomendable para los médicos que ejercen en las pequeñas poblaciones de la república, donde no pueden contar ni con ayudantes, ni con el material indispensable para la anestesia general.

5º. Lo poco peligroso de la intervención permite que esta anestesia se ponga en práctica en todas las operaciones en que está indicada, y ya que se dispone de tan precioso medio, no operar jamás sin suprimir el dolor.

6º. Las ventajas de la anestesia hecha con la novocaína suprarrenina ha reducido la anestesia general á muy pocos casos; fuera de estos y allí en donde se puede realizar, ésta debe ser la regla.

7º. La exclusión del dolor por este procedimiento es mucho más científico que la anestesia general, y ambas se complementan para contribuir á la profilaxia del dolor en cirugía.

LA HELIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS TUBERCULOSIS LLAMADAS QUIRURGICAS.—Tesis para el bachillerato presentada por Carlos A. Muñoz.

Después de tratar la materia con bastante extensión y exponer quince historias clínicas, llega á las siguientes conclusiones:

1º.—La luz solar es un agente terapéutico, dotado de una acción tónica, reconstituyente y microbicida manifiesta.

2º.—Cura en menos tiempo que los tratamientos hasta hoy conocidos las tuberculosís llamadas quirúrgicas.

3º.—Mejora el estado local y general en dichos procesos graves.

4º.—No tiene contra indicación con ningún otro método ó tratamiento; por el contrario coadyuva con ellos para obtener más pronto el éxito deseado.

5º.—Auxilia al cirujano que interviene en esta clase de lesiones, ya sea preparándole el campo y el estado general del enfermo antes de la operación, ó ya sea después, ayudando á la cicatrización de la brecha que deja.

6º.—La helioterapia es practicable donde quiera que se pueda obtener radiaciones solares directas.

7º.—Es necesario recomendar el establecimiento en nuestros hospitales de galerías adecuadas para la cura solar.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO CLINICO DE LAS TERMAS DE ACAYA.—Tesis presentada por S. César Amaya para optar el grado de bachiller en medicina.

Por conceptuar que dá buena idea de la calidad del trabajo, trascribimos el siguiente resúmen:

El Balneario de Acaya está á doce kilómetros de la ciudad de Jauja y unido por el ferrocarril central.

Es explotado por la Comunidad de Acaya.

El clima es sano, debido á su situación topográfica.

Las estaciones para la cura es desde Abril hasta Diciembre. La duración de la permanencia debe ser por lo menos treinta días.

Las piscinas utilizadas son dos, habiendo además una multitud de afloraciones.

Su débito es de 368.40 litros por minuto el del pozo grande.

Su radioactividad ha sido confirmada.

El residuo seco á la temperatura de 120° es de 5 gr. 6189 por litro.

El agua de Acaya no se envasa, pudiendo hacerse.

Las curas son de inmersión, de ingestión, á esto debe agregarse: la vaporización, la pulverización local, duchas, tinas; estas dos últimas se harán cuando se forman hoteles apropiados ó haya una empresa que la explote.

El agua de Acaya actúa por sus propiedades: químicas, físicas.

Sus aplicaciones terapéuticas son: artritis, reumatismo, litiasis renal hepática, intestinal y diabetes. Dispepsias gástricas. Constipación. Enterocolitis mucomembranosa. Intoxicación mercurial, sífilis y algunas enfermedades de la piel.

Están contraindicadas; En los arterio esclerosis; las caquexias avanzadas (cáncer, tuberculosis); Lesiones cardiacas nó compensadas; Enfermedades agudas del corazón; Aneurismas; En las calculosis, (hepáticas ó nefríticas) cuando tienen grandes dimensiones y no pueden atravesar sus conductos; En las nefritis avanzadas; En ciertas enfermedades agudas (Apendicitis, Disentería, Hepatitis supurada, Hemorragias abundantes); Constipación por causa mecánica.

Las aguas minerales no solo son remedios naturales que benefician al doliente, sino tambien son fuentes de riqueza que bien explotadas, como sucede en las Naciones Europeas, serían un factor más de riqueza para nuestra patria.

MORTALIDAD DE LACTANTES EN EL CALLAO.—Tesis que para obter el grado de bachiller en medicina presenta Alfredo Porras Gajza.

Las deducciones que el autor expone despues del desarrollo del tema señalado son las siguientes:

1a. La mortalidad de lactantes tiene un ídece muy elevado.

2a. Ella es mayor en los niños ilegítimos que en los legítimos.

3a. La mayor causa de este obituario, es la enteritis y trastornos gastro intestinales.

Hay otros factores tambien importantes, en éste mismo fenómeno, son: la ignorancia y el empirismo

Medio de cortarla.—Hay mucho que hacer, pero no sería posible que enumerara todo ello en este trabajo tan pequeño, así es que voy á proponer las medidas que creo de utilidad y urgencia; ellas son las siguientes:

Dispensarios para niños.—Hasta hace poco funcionaba un consultorio en el local del «Sifilocomio» y no parece que era esta la mejor ubicación que pudo dársele, por que siendo el sifilocomio un instituto al que concurren personas de mal vivir, no podría concurrir á él todas las madres que necesitaren consejos para sus niños, sin riesgo de ser confundidas, con grave daño para su reputación de mujeres honradas.

Además este local está situado fuera del perímetro de la población, de manera que este tambien ha tenido que influir en los servicios que prestaba. Urge pues la reinstalación de ese Dispensario en lugar central, para mayor facilidad de todos los que de él necesitan y en el cuál, tambien, sería conveniente se diera consejos á las mujeres en cinta, al mismo tiempo que se hiciese propaganda para la mayor amplitud de ese servicio.

Establecimiento de una poupunier.—Esta es otra medida que se impone y aún cuando hay actualmente una «Cuna Maternal», como sus recursos, según creo, son muy pequeños, el número de sus atendidos es también pequeño. Se hace, pues, notar la necesidad de darle mayor amplitud, pudiendo ser entonces, esta misma cuna maternal, la base de la «poupunieres».

Gotas de leche.—Muy importante sería la instalación de un establecimiento que fuera fomentado por los poderes públicos y las instituciones Comunales y que llevaría un alimento sano y adecuado á muchos niños que, careciendo de él por la miseria de sus padres, necesitan que les sean suministrados por el Estado ó sus dependencias.

Reglamentación para la venta de artículos alimenticios para los lactantes.—Creo que esta disposición es del resorte de los Consejos Provinciales y merece ser tratada con todo empeño.

Ya se ha hecho algo respecto á la leche de vaca, pero con ello no está todo. Si es verdad que se ha podido reducir el fraude con los análisis que á diario se practican en el Laboratorio propio del Consejo, no hay que contentarse con estos: hay que conocer la leche desde su origen, forma de extracción etc.

En cuanto á los productos alimenticios, de origen industrial, escojo como de mayor importancia la leche condensada y propongo que se prohíba su expendio mientras ella no exprese en caracteres claros—y en cada envase—su composición centesimal y la proporción de agua necesaria para darle semejanza á la leche no beneficiada.

Enseñanza de puericultura.—Siendo en realidad factor de tanta importancia en el obituario de lactantes, la ignorancia de las madres en materia de puericultura, natural es que se trate en desaparecer esta causa y para ello creo que sería de mucha utilidad que se dé nociones de puericultura á las niñas. Esta enseñanza debe

ser hecha en el mismo colegio, sea este fiscal ó particular y su aprendizaje obligatorio. Demás estaría que aquí disertase sobre los resultados que podría obtenerse con esta medida.

Empirismo.—En cuanto á este factor no obstante de proponer los remedios tendentes á evitarlo juzgo, según mi parecer, que son del resorte de esta Facultad.

FACULTAD DE MEDICINA

Sesión celebrada el 15 de Junio de 1916.

Con asistencia de 19 catedráticos celebró sesión la Facultad.

Prestó el juramento de ley para ejercer la profesión de Médico y Cirujano el Señor Enrique P. Manchego.

Se dió cuenta de la creación de la cátedra de Medicina Tropical y del nombramiento del Dr. Julian Arce para regentarla.

Se acordó que dicha cátedra corresponda á las materias que se cursan en el 6^o. año de Medicina.

Se aprobó el Informe sobre la Declaración de las Enfermedades infecto contagiosas, que había solicitado el Gobierno por intermedio de la Dirección de Salubridad.

La Facultad prestó aprobación á un proyecto de Reglamentación del ejercicio de la industria de los Herbolarios.

NOTICIAS

EL SERVICIO MEDICO EN EL HOSPITAL DE GUADALUPE DEL CALLAO.—Aunque ya está enterado el cuerpo médico, por las publicaciones de los diarios, del incidente surjido entre el Dr. Alberto Barton y la Sociedad de Beneficencia del Callao, «La Crónica Médica» inserta la renuncia de este distinguido colega, haciendo votos, por que no se repitan, ya, que, en último análisis, revela falta de inteligencia entre elementos que forzosamente tienen que estar en relación para la buena asistencia hospitalaria.

Dice así la renuncia formulada por el doctor Barton,

Callao, 17 de mayo de 1916.

Señor: Inspector del Hospital de Guadalupe:

Durante once años he desempeñado el cargo de bacteriólogo y de médico del departamento de «San Jorge» en el hospital de Guadalupe: el primero en propiedad y rentado, el segundo gratuito y por encargo especial de la Sociedad de Beneficencia. En el ejercicio de ambos puestos me esforcé siempre por cumplir debidamente mis obligaciones, ya en el Laboratorio, ya en la sala de clínica ó de operaciones he traba-

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

jado con el mayor entusiasmo sacrificando á menudo mi interés particular por el del hospital que sólo he dejado de visitar un día en ese dilatado período.

Como bacteriólogo, además del trabajo cotidiano que incluye miles de análisis microscópicos y químicos, he realizado importantes investigaciones sobre nuestra patología, que han contribuido apreciablemente al progreso y Buen nombre de la medicina nacional.

De mi labor como jefe del servicio de «San Jorge» la Sociedad de Beneficencia debe haber estado plenamente satisfecha, pues no de otro modo me habría confiado por tantos años un puesto que no poseía en propiedad, no obstante que nunca hubo de mi parte solicitud alguna por conservarlo.

Acredita también la bondad de la asistencia prodigada en ese departamento— en el que como es sabido se medicinan las tripulaciones de los buques mercantes que llegan al Callao —las frecuentes manifestaciones de complacencia que he recibido de los cónsules y gerentes de las compañías navieras por el buen trato dado á los pacientes, que han confiado á mi cuidado. Consigno este hecho por que seguramente a Sociedad de Beneficencia, que percibe apreciable renta para servir á ese grupo de enfermos, se sentirá halagada al considerar que son satisfactorios los servicios m édicos que han proporcionado en cambio del subsidio que por ellos ha recibido. A este feliz resultado ha contribuido, sin duda en gran parte, la circunstancia de poseer yo el ingles, condición absolutamente indispensable para ser Jefe del servicio de «San Jorge», por ese casi el único idioma de los tripulantes que en él se hospitalizan.

Además debo señalar que desde que me hice cargo del mencionado servicio, su prestigio ante el público ha crecido considerablemente, debido á mi incansable esfuerzo por atender con el debido interés á quienes acudian á él en busca de salud. Y por esto es que el número de pacientes particulares que ingresan á «San Jorge», en calidad de pagantes, ha aumentado en forma progresiva, y hoy acuden allí modestos empleados, obreros de casi todas las empresas y fábricas importantes del Callao y muchos otros con lo que favorece á determinada clase social que sólo dispone de escasos recursos á la vez que la Beneficencia, obtiene una entrada no desdeñable.

Tal ha sido, brevemente, mi actuación como médico y como bacteriólogo del Hospital de Guadalupe.

No obstante estos antecedentes sin tener en consideración alguna mis deseos bien conocidos de continuar siendo médico «San Jorge» en lugar de bacteriólogo, sin atender tampoco al informe del inspector del hospital que opinó en igual sentido la Sociedad de Beneficencia en su última reunión de junta directiva, al ocuparse de la división de mis dos cargos, cuya necesidad había señalado yo hace tiempo, ha resuelto que cese en el puesto de médico y continúe con el de bacteriólogo.

Estimo que habiendo desempeñado desinteresadamente durante once años el puesto de médico en el servicio de «San Jorge» y comprobado satisfactoriamente mi idoneidad para dicho cargo, la Sociedad de Beneficencia al acordar la citada división de servicios ha debido cuando menos tener presente mi aspiración justificada de seguir ocupando el de «San Jorge» y que al no hacerlo así me ha inferido un desaire inmotivado, que me impone por delicadeza, el deber de renunciar el puesto de bacteriólogo que me confiara.

Dios guarde á Ud.—A. L. Barton.

CATEDRA DE ENFERMEDADES TROPICALES —Siguiendo todos los requisitos que indica la Ley y satisfaciendo uno de los votos que emitió el 5º Congreso Médico Latino Americano (6º Pan Americano) el Supremo Gobierno ha creado la cátedra de Patología Tropical, nombrando para su desempeño al Dr. Julián Arce, que fué presidente del grupo de Medicina Tropical y Epidemiología de ese Congreso.

La personalidad científica del Dr. Arce, que es bastante conocida por su abundante producción científica, asegura el éxito que alcanzará la nueva cátedra.