La Crónica Médica

AÑO XXXIII — LIMA, NOVIEMBRE DE 1916 — Nº 641.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA NUEVA TEORIA DUALISTA DE LA ENFERMEDAD DE CARRION.

Conferencia pronunciada en la Sociedad Médica «Unión Fernandina» el 5 de Octubre de 1916

Por el Dr. JULIAN ARCE

Profesor de Medicina Tropical en la Facultad de Medicina de Lima, Medico del hospital «Dos de Mayo», Miembro de la Academia Nacional de Medicina, Fellow of the Royal Sanitary Institute (London).

El acontecimiento mas sensacional que registran los anales del Congreso Médico de Lima, de 1913, en lo que dice a nuestra patología especial, es, en mi concepto, el descubrimiento, si tal puede llamarse, de la naturaleza parasitaria de los elementos endoglobulares de Barton, anunciado en el «Informe preliminar de la primera expedición del departamento de medicina tropical de la Universidad de Harvard a Sud-América», presidida por el Prof. Richard P. Strong, y presentado a la sección tercera (grupo 4.º) de dicho congreso, por nuestro colega el Dr. Julio C. Gastiaburu, miembro de la citada comisión. Interesantísimo trabajo, que no solo es notable y digno de la mayor consideración por el estudio del parásito de la fiebre de la Oroya, sino también por el concepto dualista de la enfermedad de Carrión, a que llegan Strong y sus compañeros, y que sintetizan en los siguientes términos: «*De nuestras investigaciones llegamos a la conclusión que la verruga peruana eruptiva y la fiebre grave de la Oroya, representan dos enfermedades distintas. La primera se debe a un virus que puede ser trasmitido a los animales por inoculación directa y que produce en ellos lesiones definidas, mientras que la ultima es debida a un organismo parásito de los glóbulos rojos, suficientemente distinto de los otros hematozoos para ser colocado en un nuevo género*» (1).

Posteriormente, en 1915, la comisión de la Universidad de Harvard, ha publicado, en un hermoso volumen (2), todos sus trabajos, completando así su primer informe, con las investigaciones ulteriores que ha practicado y que constituyen, en su conjunto,

(1) Quinto Congreso Medico Latino-Americano (Sexto Pan-Americano) 1913. Actas y trabajos—Tomo V. 1914.—pág. 320.

(2) Harvard School of Tropical Medicine—Expedition to South America—1913 —Harvard University Press. 1915.

Biblioteca Central Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

una nueva doctrina etiológica y patogénica de la enfermedad de Carrión, cuyos fundamentos vamos a comentar someramente.

Pero antes de entrar en el fondo de la cuestión, es preciso desvanecer el error en que ha incurrido la comisión al afirmar, en la página 9, (3) que «aunque se ha dicho que Carrión tomó notas de su enfermedad y dió a sus compañeros una descripción minuciosa de sus síntomas, desgraciadamente, nada de eso se ha conservado ni publicado, careciéndose de la historia clínica y de los datos de la necropsia». Y más adelante, en la página 63, (4) se lee lo siguiente: «Se afirma también, generalmente, que la enfermedad (refiriéndose a la verruga eruptiva), se trasmite por inoculación directa y que esto fué demostrado por el experimento de Carrión. Aunque sentimos la mas alta admiración por el valor de Carrión, no creemos que la inoculación experimental, que en si mismo se practicó, de sangre de un nódulo de verruga, seguida de fiebre y finalmente de su muerte, demuestra que la verruga peruana es inoculable. Según los informes, no se desarrollaron lesiones en la piel de Carrión y nadie puede decir hoy, de modo concluyente, de qué murió el experimentador, desde que no existen, al respecto, datos suficientes y seguros». Es muy de sentir, que la comisión, que ha consultado la obra de ODRIOZOLA (5) y la colección de «La Crónica Médica» (6), en la que constan, detalladamente, la historia clínica, escrita por el mismo CARRION hasta el 26 de agosto de 1885, o sea, hasta el 10º día de su enfermedad, así como el resultado de la autopsia, no haya fijado la atención en esos datos que habrían modificado, sin duda, su opinión, acerca de ese punto esencial de su estudio.

En efecto, según STRONG (y al citar a este profesor debe entenderse que me refiero a toda la comisión), la fiebre de la Oroya «se caracteriza, clínicamente, por una pirexia cuyo curso puede ser irregular; y en las infecciones severas por una forma de anemia rápida y perniciosa, que produce postración extrema y frecuentemente la muerte». (7) Pues bien, estos son, precisamente, los síntomas capitales que presentó Carrión y que constan en su historia clínica, como puede verse en la literatura médica ya citada. En efecto, la anemia que mató a Carrión fué tan rápida y perniciosa, que el 3 de octubre, 17º día de su enfermedad, los globulos rojos habían descendido á 1.080.000 por mm. c. (8) «El carácter más extraordinario, dice STRONG, que se observa en la necropsia de los sujetos que han muerto de fiebre de la Oroya, es la evidencia de una anemia avanzada». (9) Pues esa es también la característica que se observó en la autopsia del cadáver de Carrión, (10)

(3) Loc. cit.
(4) Loc. cit.
(5) La Maladie de Carrion ou la Verruga peruvienne, por Ernesto Odriozola—Paris 1898—páginas, 35, 79 y 108; en esta última página, se puede ver el ciclo térmico observado en Carrion.
(6) Año III (1886). Tomo III páginas 383 á 361—Año VI (1889). Tomo VI páginas 258 á 266.
(7) Loc. cit., pág. 17.
(8) «La Crónica Medica». Tomo III. pág. 387.
(9) Loc. cit., pág. 45.
(10) «La Crónica Médica». Tomo III. pág. 389.

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

cuyas lesiones viscerales macroscópicas, corresponden estrictamente a las que señala STRONG como propias de la fiebre de la Oroya.

Pero hay además otro hecho muy interesante en la historia clínica de que tratamos y sobre el que conviene insistir, me refiero a la iniciación del brote verrucoso en la piel de la cara, durante los días 22, 23 y 24 de setiembre (6.º, 7.º y 8.º día de la enfermedad, 26º, 27º y 28º días, desde aquel en que tuvo lugar la inoculación), manifestación eruptiva que abortó en seguida, (11) sin llegar a generalizarse. Se me dirá que no hay prueba histológica de que las «manchitas sanguíneas como picaduras de pulga», que aparecieron en la nariz, el entrecejo y la sien derecha de Carrión, fuesen «las papulitas del tamaño de la punta de un alfiler» o las «vesiculitas hemorrágicas», que describe STRONG, como principio del brote verrucoso miliar, pero yo contestaré que eso sería demasiado exigir. Para quien haya observado la erupción verrucosa desde su iniciación—y el hecho es frecuente en nuestros hospitales—la naturaleza de esas manchitas en el caso especial de Carrión, no admite duda, clínicamente hablando. Hoy mismo se asiste en mi servicio del hospital «Dos de Mayo», un enfermo, en quien la erupción ha presentado ese carácter petequial, como primera manifestación del brote, cuyo desarrollo se ha podido seguir después.

Ahora bien, si se considera que Carrión se inoculó el virus de un botón verrucoso, en evolución activa; que veinte días después, encontrándose en perfecta salud, comenzó a experimentar los primeros trastornos que marcan el principio de la invasión de la verruga, como son: malestar, dolores articulares y musculares, fiebre, etc.; que al terminar la primera semana de la enfermedad, aparecieron en la cara manchitas sanguíneas que mas tarde se borraron sin llegar a generalizarse; que se desarrolló en seguida una anemia intensa, rápida, perniciosa y grave, con gran postración y debilidad general, hasta producir su muerte: y por último, que el carácter mas extraordinario que se observó en la necropsia fue la anemia profunda de todos los órganos y tejidos, habrá que aceptar: 1.º que no es aventurado suponer que existe una relación de causa a efecto entre la inoculación verrucosa del 27 de agosto, seguida de un período de incubación de veinte días (hasta el 17 de setiembre), y el proceso morboso fatál que se inició a partir de esa fecha y que presentó como síntoma y a la vez como lesión dominante, la *anemia*; y 2.º que los síntomas y las lesiones macroscópicas derivados de ese proceso patológico corresponden punto por punto, con las descripciones clínicas y anátomo-patológicas, no ya nuestras sino de la comisión de Harvard, de la fiebre de la Oroya. ¿Porqué, pues, en presencia de estos hechos incontrovertibles, rechazar, *a priori*, la interpretación que hemos dado los médicos peruanos, del experimento memorable de Carrión, así como de sus consecuencias? Verdad es que no podemos evidenciar materialmente nuestra conjetura, pero en cambio podemos afirmar que cualquiera otra explicación distinta de aquella, se conformaría menos con los hechos y por consiguiente sería menos aceptable, dentro del razonamiento científico.

(11) «La Crónica Médica». Tomo III. pág. 384.

Universidad del Perú. Decana de América

Examinemos ahora la doctrina dualista de STRONG, que considera a la verruga eruptiva y la fiebre de la Oroya, como dos enfermedades enteramente distintas. Esta doctrina, lo diremos de una vez, no descansa en fundamentos clínicos, anatómicos, ni epidemiológicos, se basa tan solo en investigaciones de laboratorio, interpretadas y generalizadas prematuramente. Vamos a probarlo.

La comisión de Harvard ha concentrado todo su interés en el estudio microscópico de los elementos endoglobulares, encontrados y descritos por BARTON en la fiebre grave de Carrión, o sea, la fiebre de la Oroya, y despues de pacientes e interesantísimas investigaciones, concluye afirmando la naturaleza parasitaria y específica de dichos elementos, que clasificados con el nombre zoológico de *Bartonella bacilliformis*, son considerados como los agentes productores de dicha fiebre. Partiendo de esta hipótesis, corroborada, en concepto de STRONG, por los resultados, aparentemente diferentes, de las inoculaciones experimentales de sangre de enfermos de fiebre de la Oroya y de virus de nodulos verrucosos, afirma enfáticamente «que la verruga eruptiva y la fiebre de la Oroya, representan dos enfermedades distintas».

Ahora bien, si investigamos cual ha sido el número de casos de fiebre de la Oroya observados por STRONG y que le han servido de base para sus estudios, encontramos que no han sido sino tres, de los cuales *solo uno*, presentó el cuadro de síntomas y de alteraciones hematológicas que consideramos característico, o que constituye, mejor dicho, lo que se conoce en el Perú con el nombre de fiebre grave de Carrión. Los otros dos casos fueron: uno de verruga eruptiva franca, y otro que presentó tambien síntomas y manifestaciones benignas, aunque sin erupción, o, por lo menos, con lesiones cutáneas difíciles de precisar, a causa del tratamiento empleado, pero diagnosticados por STRONG de fiebre de la Oroya benigna, con infección verrucosa concomitante el primero y de fiebre de la Oroya benigna, con erupción espúrea el segundo, por presentar ambos «unos pocos párasitos (*Bartonella bacilliformis*)» en la sangre.

Es necesario que hagamos aquí una digresión, para establecer, con la mayor precisión posible, las características fundamentales de la verruga eruptiva y de la fiebre de la Oroya, o fiebre grave de Carrión, que constituyen las dos formas anatomo-clínicas de la *verruga peruana o enfermedad de Carrión*.

La *verruga eruptiva o benigna*, se caracteriza: 1.º por *anemia simple;* 2.º por fiebre de duración y curso variables, precedida y acompañada de dolores articulares y musculares; 3.º por pluriadenitis indolente; 4.º por la erupción franca y abundante, en la generalidad de los casos, de nodulos verrucosos, precedida y acompañada de edemas locales; y 5.º por la terminación casi siempre favorable del proceso morboso, que tiende expontáneamente a la curación. No es raro encontrar en esta forma, en la sangre, algunos elementos endoglobulares de Barton (*Bartonella bacilliformis* de la comisión de Harvard). Se complica, con muchisima frecuencia, con el paludismo y algunas veces con infecciones secundarias originadas por bacterias del grupo tipo-coli (bacílo de Barton).

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

La *verruga maligna, fiebre de la Oroya, fiebre grave de Carrión* (ODRIOZOLA), *anemia grave de Carrión* (ARCE), se caracteriza: 1.º por *anemia violenta, aguda* y *perniciosa, de tipo megaloblástico* y *valor globular aumentado;* 2.º por la presencia en la sangre de los elementos endoglobulares de Barton; 3.º por pluriadenitis marcada e indolente; 4.º por fiebre de tipo variable, acompañada frecuentemente de dolores óseos, articulares y musculares; 5.º por la aparición precóz de vértigos, nauseas, vómitos, ansiedad epigástrica, agitación, subdelirio, disnea y postración profunda, 6.º por edemas y en veces derrames más o menos marcados; 7.º por conatos de erupción verrucosa, o brotes escasos e incipientes, que se marchitan pronto; y 8.º por el carácter maligno y fatál de la enfermedad, en la gran mayoria de los casos. Se complica también frecuentemente, como la verruga benigna, con la malaria y favorece, de un modo especial, la infección secundaria del organismo con las bacterias semiltíficas (bacilo de Barton), de la misma manera que la fiebre amarilla grave, favorece la intervención del bacilo *icterodes* de Sanarelli y del bacilo *X* de Sternberg, que complican y agravan la enfermedad primitiva.

La diferencia sustantiva que separa, pues, las dos formas de la verruga peruana o enfermedad de Carrión, que las individualiza y les dá independencia anatomo-clínica completa, pero conservando siempre su unidad etiológica, como la conservan, no obstante sus diferencias, las formas benigna y maligna de la malaria, es, no el grado, sino la *calidad de la anemia.* En la verruga benigna, la anemia es de tipo hematológico simple, con integridad de la función hematopoietica normal y de aquí sin duda el curso favorable de la enfermedad. En la verruga maligna, en la fiebre de la Oroya, como quiere continuar llamándola STRONG, la anemia presenta las caracteristicas hematológicas propias de las anemias perniciosas más intensas y es debida, principalmente, a la degeneración megaloblástica de la médula ósea, producida a su vez, por la acción electiva, y específica del germen patógeno. En nuestros trabajos sobre la patogenia de este sindroma anatomo-clínico de la verruga maligna, (12) hemos sostenido su dependencia principal—independientemente de la hemocaterésis producida por la acción directa del germen y de sus probables toxinas—de la perversión de la eritropoiesis medular, que da nacimiento a glóbulos rojos degenerados e inmaduros, incapaces de alcanzar el grado de diferenciación anatómica y de perfeccionamiento funcional, que deben tener y tienen los eritrocitos normales. De ahí la vulnerabilidad y frajilidad patológicas de esos elementos, que no dependen de ellos mismos, pues no pueden crearlas ni trasmitirlas, desde que los glóbulos rojos no se reproducen, y de ahí también, sin duda, su destrucción prematura por los procesos hemolíticos normales

La identidad de los caractéres hematológicos de la anemia de la fiebre de la Oroya, con los que presenta la anemia adisoniana grave, excepción hecha de la rapidez y violencia

(12) «La Crónica Médica». Año XXX, 1913—pág. 438.

Universidad del Perú. Decana de América

de aquella, que no tienen paralelo en la patología humana, se observa también en sus lesiones viscerales, como se puede ver comparando la anatomía patológica de ambas enfermedades. He tenido, ultimamente, la oportunidad de comprobar una vez más esa similitud, investigando la reacción de PERL en la verruga maligna. «La evidencia *post-mortem* mas concluyente, dice H. FRENCH, (13) de que el caso es de anemia perniciosa, es la reacción del ferrocianuro que presenta el hígado.....» La reacción de PERL, «no solo depende de la presencia de un exceso de fierro, sino también de que éste se halla en una combinación suficientemente simple para responder a esa reacción química ordinaria. Un hígado normal o de un sujeto que ha muerto de otra enfermedad que no sea la anemia perniciosa, toma un color verde pálido o aún azul verdoso, cuando se le somete a la reacción de PERL, en tanto que en la anemia perniciosa toma invariablemente el color azul de Prusia». Pues bien, la prueba de PERL, de la hemosiderina, que es la forma en que se deposita, en el hígado y otros órganos, el exceso de fierro derivado de la hemoglobina, cuando la intensidad de la hemolisis sobrepasa la capacidad transformadora de la glándula hepática, en virtud de la cual se convierte aquella en pigmentos biliares, no solo se observa en la anemia perniciosa como afirma FRENCH, sino también y con su máximum de intensidad en la fiebre de la Oroya, como podeis verlo en los tubos de ensayo que os presento. Pequeñas secciones del higado y bazo, de un individuo que murió en mi servicio del hospital «Dos de Mayo», victima de la anemia grave de Carrión o fiebre de la Oroya, colocadas primero, durante cinco minutos, en una solución de ferrocianuro de potasio al 5 % y después en otra de ácido clorhidrico al 1 %, tomaron rápidamente el color azul de Prusia, que continuó marcándose hasta adquirir la notable intensidad que aún conservan hoy.

La diferencia de calidad de la anemia, que distingue y separa las dos formas, benigna y maligna, de la verruga peruana o enfermedad de Carrión, es debida, sin duda, a que en la segunda el gérmen produce alteraciones más sérias y profundas de la sangre y sobre todo de la función hematopoietica, especialmente de la eritropoiesis medular, que en cualquiera otra anemia grave y perniciosa. Así se puede explicar: 1.º la marcha violenta y la mortalidad elevada de la fiebre de la Oroya; 2.º la lentitud del proceso reparador en los pocos casos felices; 3.º la fragilidad extraordinaria del organismo que, privado por la lesión anatómica y funcional de la médula osea, de su más importante elemento de defensa, se deja invadír con frecuencia de diversas bacterias, especialmente de las pertenecientes al grupo tifo-coli (bacilo de Barton), que determinan infecciones secundarias graves.

Al lado de esta anemia de tipo megaloblástico y valor globular aumentado, presenta la fiebre de la Oroya, entre sus características hematológicas, los *elementos endoglobulares de Barton*, en tal abundancia que, como lo decía en 1913, básta el exámen de una película de sangre coloreada con el Giemsa para formular el diag-

(13) System of Medicine—Allbutt and Rolleston—Vol V. 1909—pág. 731.

Universidad del Perú. Decana de América

nóstico. Pero para esto el cuadro debe ser completo, porque en la verruga benigna se observan también no pocas veces aquellos elementos, aunque en número muy reducido, asociados al cuadro hematológico de la anemia simple. La sola presencia de los cuerpos endoglobulares de Barton, no basta, pues, para afirmar la existencia de la fiebre de la Oroya, en un sujeto procedente de la zona verrucosa; porque en primer lugar, puede tratarse únicamente de la verruga benigna, como se acaba de decir y tal es lo que ha pasado con los dos enfermos citados per STRONG como casos de *fiebre de la Oroya benigna* (?), *con infección verrucosa concomitante* el uno, y con erupción espúrea el otro, únicamente por haber encontrado en la sangre de esos enfermos *unos pocos* glóbulos rojos con elementos endoglobulares (*Bartonella bacilliformis*), sin tener en cuenta ni los síntomas, ni las alteraciones de la sangre, que *tienen significación capital* y *decisiva* en el diagnóstico de las formas de la enfermedad de Carrión.

De otro lado, en varios casos que he observado y cuyas historias clínicas constan en mi trabajo sobre «Las infecciones bacterianas que complican y agravan la fiebre grave de Carrión» (14), los elementos endoglobulares de Barton han desaparecido rápidamente de la sangre bajo la influencia de las inyecciones de salvarsan, antes que los que constituyen la fórmula hemocelular de la anemia perniciosa grave, de tal modo que, si en esos momentos se hubiese examinado la sangre con el criterio de STRONG, se habría podido equivocar el diagnóstico, en vista de la ausencia de los elementos de Barton.

La aparición de la erupción en el curso de la verruga maligna, se observa, en la mayoría de los casos, con tal evidencia y en tan perfecta relación de dependencia con las alteraciones de la sangre y con la evolución clinica de la enfermedad, que se la ha considerado siempre como una de sus manifestaciones ordinarias y patognomónicas. En efecto, la observación ha demostrado que cuando la fiebre de la Oroya sigue un curso rápido y fatál, como sucedió en el único caso verdadero de esa pirexia que estudió STRONG, la anemia perniciosa y los elementos de Barton persisten y se incrementan en la sangre y el enfermo sucumbe sin haber presentado el brote característico. Pero cuando el curso es prolongado, entonces la erupción asoma y si las alteraciones de la sangre decrecen y aparece la reacción medular regeneradora, es decir, disminuyen primero y desaparecen después los elementos endoglobulares de Barton y los megaloblastos, y más tarde pasa lo mismo con los demás eritrocitos nucleados, el brote se hace más y más evidente y aún llega a adquirir las proporciones de una erupción franca y florida, en la convalecencia de los casos felices, que desgraciadamente son los menos. La erupción verrucosa no es, pues, un fenómeno accidental e intercurrente de origen extraño, durante el curso de la fiebre de la Oroya, sino al contrario una de sus manifestaciones evolutivas propias y características, que solo falta en los casos de inusitada violencia o malignidad, como faltan las pústulas variólicas

(14) «La Crónica Mdica»—1913—pág. 501:

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

en la forma violenta y maligna de la viruela, según la feliz comparación de ODRIOZOLA.

Pero, no solo la clínica demuestra el estrecho parentezco etiológico de las formas benigna y maligna de la verruga peruana o enfermedad de Carrión; lo demuestra también, sin lugar a duda, la epidemiología. En efecto, la verruga eruptiva y la fiebre de la Oroya, *tienen, exactamente, la misma distribución geográfica, que no comparten con ninguna otra enfermedad*. Dondequiera que existe la fiebre de la Oroya, existe invariablemente la verruga benigna y viceversa. La frecuencia de las dos formas varía, como es natural, en los diversos lugares y en las diversas epidemias, pero ambas coexisten siempre, dentro de los límites excepcionalmente restringidos que singularizan, entre todas las enfermedades tropicales, a la verruga peruana. Es cierto que entodas las zonas verrucosas existe también el paludismo, a tal punto, que se puede afirmar que dondequiera que reina la enfermedad de Carrión, reina igualmente la malaria, pero no sucede lo mismo con la inversa, pues la verruga peruana tiene distribución geográfica muy limitada y especial en algunas de nuestras quebradas, en tanto que la malaria abarca gran parte del país. Idéntico hecho se observa con la leishmaniasis tegumentaria, que en muchos lugares del Perú coexiste, no solo con el paludismo, sino también con la verruga, no siendo raros los casos que presentan a la vez esas tres enfermedades. Sin embargo, la leishmaniasis dérmica tiene una extensión geográfica menor que la malaria y mayor que la verruga peruana, es decir, que cada una de ellas tiene su geografía propia e independiente.

Ahora bien, ni la verruga eruptiva, ni la fiebre de la Oroya, son capaces de extenderse fuera de sus zonas endémicas peculiares. Así, todos los años se asisten en Lima y el Callao, numerosos enfermos de ambas formas, sin que jamás se haya dado el caso de que hubiesen comunicado su enfermedad a otras personas. En tanto que en las zonas infectadas se observa, como regla general, que cuando reina epidemicamente la verruga eruptiva, grasa también epidémicamente la fiebre de la Oroya, atacando a la vez los mismos hogares y a todos o casi todos los miembros de una misma amilia, sin distinción de sexo ni edad, dándose el caso frecuente de que en una casa, al lado de enfermos de la forma benigna hay otros de la forma maligna, ofreciendo así, ambas, en su evolución epidémica, la misma relación de dependencia que se observa en la epidemiología de las formas benigna y maligna de la viruela.

Desde las primeras epidemias verrucosas de 1870, ocurridas entre los trabajadores del ferrocarril central, hasta el presente, se ha observado siempre el siguiente hecho que, en mi concepto, tiene gran *importancia epidemiológica y etiologica*. Establecido un campamento de trabajadores *en cualquier punto de la línea, dentro de la zona verrucógena, ha estallado al poco tiempo la enfermedad de Carrión, con sus dos formas, es decir, tanto la verruga eruptiva como la fiebre de la Oroya*, diezmando cruelmente a la pequeña y eventual colectividad. Como por lo general se contrata para esos trabajos a individuos del interior, o de la costa, o extranjeros, no aclimatados, no inmunes, por un ataque anterior, como lo son los indígenas de las regiones infec-

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

tadas, cuyo escaso número no basta ni aún para las necesidades agrícolas locales, la epidemia verrucosa adquiere pronto gran incremento, con predominio evidente de la forma maligna o fiebre de la Oroya, que produce la mortalidad aterradora que se observa en tales casos. Este hecho no es único, se ha repetido y se repite siempre en idénticas condiciones, en la misma estación (de noviembre a mayo, más o menos), con igual sincronismo de aparición, aumento y descenso epidémicos. Cada vez que ocurre un derrumbe de consideración en aquella zona, que exige la permanencia prolongada de un número considerable de personas, pasa lo mismo y de igual modo acontece en mayor o menor escala todos los años, en las poblaciones y chácaras *de esa región*, cuando por razones de salud, de trabajo u otras, ingresan individuos de fuera.

STRONG, cree encontrar fundamento epidemiológico para su tesis, en los datos estadísticos del hospital «Dos de Mayo» correspondientes al primer semestre de 1913, que acusan mayor número de casos de fiebre de la Oroya en los meses de enero, febrero y marzo. Agrega, que sus investigaciones tuvieron lugar durante los meses de junio, julio y agosto, estación en la que ni la fiebre de la Oroya, ni la malaria, predominan de modo particular y en la que sin embargo no eran raros los casos de verruga eruptiva. Ahora bien, esto es lo que pasa siempre y lo que es natural esperar, desde que esa forma de la enfermedad de Carrión se caracteriza, precisamente, por su larga evolución, de tal manera que las infecciones cutáneas de la fiebre de la Oroya, ocurridas en el primer semestre, pueden provocar y provocan la aparición del brote verrucoso, no solo en junio, julio y agosto, sino también en los meses restantes del año.

Resulta de lo expuesto, que tanto la observación clínica como el estudio epidemiológico de la verruga eruptiva y de la fiebre de la Oroya, demuestran la dependencia recíproca de estas y su común origen, sin que sea argumento en contra, la diferencia de su marcha y de ciertas de sus lesiones anatómicas, puesto que se trata de dos formas naturales perfectamente definidas é independientes, benigna una, maligna la otra, y por consiguiente, con lesiones particulares y propias, no de la cantidad, sino de la calidad virulenta del agente patógeno común.

Tales son los hechos y a ellos deben subordinarse las teorías que pretenden interpretarlos. Es por esto que nosotros no aceptamos la dualidad, hasta hoy puramente hipotética, de la enfermedad de Carrión, cuyas dos formas anatomo-clínicas pueden explicarse satisfactoriamente, de acuerdo con los hechos, ya por la deficiente energía reaccional de los sujetos infectados, o sea, por la calidad del terreno en que evoluciona la semilla, ya por la calidad especial, propia y distintiva del gérmen, que, como el de la malaria, puede estar representado por dos especies o variedades de un mismo parásito.

Pues bien, la comisión de Harvard se ha apartado de este ca- para seguir otro diametralmente opuesto. En efecto, su doctrina separatista descansa tan solo en las dos consideraciones siguientes: 1a. la verruga eruptiva es debida a un virus que puede ser trasmitido a los animales por inoculación directa y que produ-

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

ce en ellos lesiones definidas, es decir, nódulos verrucosos, en tanto que la inyección a animales de sangre de un enfermo de fiebre de la Oroya, no produce ningún resultado; y 2a. la fiebre de la Oroya es debida a un organismo parásito de los glóbulos rojos, suficientemente distinto de los otros hematozoos para ser colocado en un nuevo género; dicho parásito no existe en la verruga eruptiva. La primera proposición se basa, en los resultados diferentes de dos séries de experiencias completamente distintas en su esencia, puesto que en una de ellas se ha inoculado animales con el virus de nódulos verrucosos extraídos de enfermos en el periodo de erupción, en tanto que en la otra serie, se ha inyectado sangre de un enfermo de fiebre de la Oroya en el periodo pre-eruptivo, por consiguiente, los resultados no son comparables, ni mucho menos se puede deducir de ellos conclusiones definitivas y radicales. como lo pretende STRONG. Aún aceptando que las pocas experiencias practicadas con la sangre de *un solo* enfermo de fiebre de la Oroya, tuviesen valor concluyente, habría sido preciso que ellas se comparasen, no con las inoculaciones con pulpa de nódulos verrucosos, sino con las de sangre de enfermos de verruga benigna *antes* de la erupción, es decir, durante el periodo febril pre-eruptivo, como se hizo en el caso de la fiebre de la Oroya.

Pero, no es esto todo. Hemos dicho que de los tres enfermos calificados de fiebre de la Oroya por STRONG, solo uno de ellos, el caso n.º 15, presentó los síntomas y signos característicos de esa pirexia; los otros dos, o sea, los casos nos. 8 y 20, han sido diagnosticados como tales, por aquel profesor, simplemente porque presentaban en la sangre «unos pocos» eritrocitos con *Bartonella bacilliformis*, lo que, como se ha visto, no es raro en la verruga benigna, sin tener para nada en cuenta, que no existía en ellos la anemia pernicíosa grave, de tipo megaloblástico y valor globular aumentado, sin la cual no existe la fiebre de la Oroya. Todo lo contrario, en ambos casos el cuadro hematológico es el que corresponde a la anemia simple, de mediana intensidad, con valor globular disminuido y así lo reconoce STRONG cuando dice, refiriéndose al caso n.º 8, que la fórmula hemo-celular «no era tan característica de la fiebre de la Oroya, como la del n.º 15», atribuyendo la diferencia en primer lugar, a que la «anemia no llegó a un grado extremo», y en segundo lugar, a que el cuadro hematológico «había sido alterado por la aplicación extensa que se hizo sobre la piel del enfermo, de esencia de trementina y otros rubefacientes». (15) Es por eso sin duda, que los denominó fiebre de la Oroya benigna, calificativo que significa la negación de la naturaleza maligna de la enfermedad y que resulta verdaderamente paradógico, pues vale tanto como decir viruela grave, benigna. Resulta pues de las historias clínicas de dichos enfermos, que ambos sufrían de verruga benigna, con erupción franca y abundante el n.º 20 y con erupción espúrea el n.º 8. En la descripción de este último caso se vé en efecto, que no es posible asegurar la naturaleza verrucosa de las lesiones de la piel, pues podrían expli-

(15) Loc. cit., pág. 26.

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

carse todas, como dice STRONG, por la accion del tratamiento externo e irritante a que se sometió el paciente. Pero con todo, no es improbable, en vista de la naturaleza de la enfermedad, que algunas de esas lesiones hayan sido realmente verrucosas y en este supuesto, las inoculaciones experimentales practicadas con la sangre de ese enfermo aparentemente en erupción y que resultaron negativas, como las que se practicaron con la sangre del n.º 15, demostrarían, por lo menos, que hay que tener la mayor prudencia al interpretar el resultado negativo de las inoculaciones de sangre de enfermos de fiebre de la Oroya legítima, y que, en el mejor de los casos y concediendo mucho, ellas no son comparables con las inoculaciones de pulpa de nódulos verrucosos, como lo pretende STRONG, para deducir de ahí, contra las enseñanzas concordantes de la clínica y de la epidemiologia, que la verruga eruptiva y la fiebre de la Oroya son dos enfermedades distintas.

Pero hay todavía otro experimento interesantísimo que, en concepto de STRONG, «desvanece la última objeción contra la idea de que la verruga peruana y la fiebre de la Oroya son entidades morbosas diferentes» y es el que practicó inoculando la verruga directamente de hombre a hombre, por medio de escarificaciones hechas en la piel del hombro izquierdo de un sujeto y sobre las que restregó una porción de nódulos verrucosos extraídos, con su piel respectiva, de dos enfermos, veinte minutos antes. Diez días después, las escarificaciones estaban completamente cicatrizadas y la piel tenía su aspecto normal. Al 16º día de la inoculación, aparecieron dos pequeños grupos de pápulas de color rojo de cereza, en el extremo de algunas de las escarificaciones y pocos días después se hizo visible otro pequeño grupo. Estas pápulas aumentaron lentamente de tamaño hasta el 35º día, en que se resecaron dos de esos grupos. El exámen de la sangre del sujeto inoculado no ofreció nada de particular, pues ni hubo anemia apreciable (la cuenta de los eritrocitos siempre arrojó más de 4.200.000 por mm. c.), ni se pudo hallar el parásito de la fiebre de la Oroya. Lijera reacción febril, cuyo grado no se indica, antes de la erupción papulosa, sensacion de languidéz que acusó el paciente y aspecto de la fisonomía de cansancio y depresión (entiendo que se trataba de un enagenado recluído en el Manicomio), son todos los síntomas y trastornos que consigna la historia del caso. La erupción no se generalizó y el individuo se hallaba en buena salud, cuando lo vieron por última vez los miembros de la comisión. El exámen histológico de las pápulas, demostró la similaridad de su estructura con la que presentan en su principio las lesiones verrucosas. Inyectadas intratesticularmente en el conejo, produjeron una verruga típica después de 25 días. «De este experimento, dice STRONG, resulta evidente, que la inoculación directa del virus de la verruga, de hombre a hombre, no produce la fiebre de la Oroya, sino una forma modificada de la erupción verrucosa, del mismo modo que la inoculación del virus variólico, de hombre a hombre, produce una forma modificada de la erupción variolosa». (16) Salta a la vista, la precipitación con que el Prof. STRONG, juzga y generaliza el resulta-

(16) Loc. cit.. pág. 135.

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

do de un solo experimento, que si es verdad que prueba la inoculabilidad de la verruga benigna de hombre a hombre, no prueba, absolutamente, que la inoculación del virus verrucoso no sea capáz de producir también la verruga maligna o fiebre de la Oroya, como sucedió en la experiencia memorable de Carrión. En la ciencia es muy peligroso generalizar partiendo de un solo experimento o de un solo hecho y así como habría sido un error afirmar que la inoculación del virus de la verruga de hombre a hombre, no produce la verruga eruptiva sino la fiebre de la Oroya, porque tal ocurrió en Carrión—error en el que nadie ha incurrido en el Perú—así también lo es afirmar que dicha inoculación no produce la fiebre de la Oroya, sino una forma modificada de la erupción verrucosa, porque tal sucedió en el experimento de STRONG. El hecho en si es exacto en uno y en otro caso, pero ninguno de ellos autoriza su generalización, sin nuevas y múltiples pruebas. Por consiguiente, la unidad etiológica de las dos formas de la verruga peruana o enfermedad de Carrión, apoyada en la clínica y en la epidemiología, permanece inalterable.

La segunda consideración que aduce STRONG, como prueba de la naturaleza diferente de la fiebre de la Oroya, es que ella es debida a un organismo parásito (*Bartonella bacilliformis*) de los glóbulos rojos que no existe en la verruga eruptiva. Ahora bien, como no es raro encontrar ese parásito en la sangre de los enfermos de esta última, STRONG cree salvar la dificultad que de tales hechos resulta a su teoría, diciendo que se trata, en esos casos, de infección mixta, por los gérmenes de ambas formas, aunque los sujetos no presenten absolutamente, no obstante esta complicación morbosa, los caractéres de la anemia perniciosa grave, que constituyen el *substratum* anatomo-clínico de la fiebre de la Oroya. Y es de presumir que si STRONG hubiese encontrado sujetos sanos con el *Bartonella bacilliformis* en la sangre, habría también salvado la dificultad, diciendo que se trataba de portadores crónicos del gérmen. Así, lejos de reconocer en tales hechos objeciones a su teoría, los convierte en fundamentos de sus ideas. Mas, yo me permito decir, con perdón del Prof. STRONG, que esa manera de eludir las objeciones que se derivan de los hechos, puede ser y es muy hábil, pero no es razonar científicamente. La presencia constante de los elementos endoglobulares de Barton en los enfermos de fiebre de la Oroya y su existencia, no rara, en los de verruga eruptiva, léjos de sugerir la idea de separación o diferencia, sugieren más bien la de relación estrecha y aun de comunidad de origen de ambas formas, sobre todo si se tiene en cuenta sus analogías y relaciones clínicas y epidemiológicas, que las hacen tan comparables a las formas benigna y maligna de la malaria.

En el estudio de las enfermedades tropicales, especialmente de aquellas cuyo gérmen es desconocido, los hallazgos del laboratorio deben comprobarse en el crisol de la clínica y de la epidemiologia, sin cuya sanción carecen de valor probatorio. Y lo mismo cabe decir de los resultados y deducciones de la medicina experimental, susceptibles de conducirnos al error si, aparte sus falacias, los interpretamos bajo el influjo de ideas preconcebidas o los generali-

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

zamos prematuramente. Juzgando con este criterio los trabajos de la comisión de Harvard sobre la verruga peruana o enfermedad de Carrión, hay que convenir en que sus afirmaciones no tienen más fundamento que la interpretación unívoca de experimentos desemejantes y por consiguiente no comparables, y su hipótesis de la naturaleza zooparasitaria específica de los elementos endoglobulares de Barton, que, sin haberla demostrado conforme a los requisitos que la ciencia exije en tales casos, le sirve sin embargo de base para llegar a conclusiones que están en pugna con los hechos. Es decir, que para la comisión los hechos deben subordinarse a las teorías y no las teorías a los hechos, como nosotros pretendemos.

Pero, dejando a un lado las deducciones hipóteticas de STRONG, debemos manifestar, que es del más alto interés repetir y continuar sus notables investigaciones sobre la verdadera naturaleza de los elementos endoglobulares de Barton, pues aunque para el y sus colaboradores, es cosa averiguada que se trata de un parásito de los glóbulos rojos, que presenta algunas de las características de los protozoos de los géneros *Anaplasma* y *Theileria*, pero diferenciándose bastante de ellos para justificar la creación de un nuevo género: el *Bartonella*, faltan todavía, entre otras, las pruebas de los cultivos y de las inoculaciones, que no han podido obtener aquellos investigadores en las diversas tentativas que han hecho. En este orden de ideas merece una mención especial, la interesante y sujestiva descripción que hacen del desarrollo o ciclo evolutivo del *Bartonella bacilliformis*, en las células endoteliales de los ganglios linfáticos –cuya hipertrofia es un carácter común de la verruga eruptiva y de la fiebre de la Oroya—y del bazo.

Solo que en este terreno difícil y erizádo de escollos, en que la auto-sugestión es un peligro que amenaza aún a los espíritus más serenos, debe extremarse la prudencia y multiplicarse las pruebas, antes de formular una conclusión. La historia de la ciencia nos ofrece numerosos ejemplos de descubrimientos etiológicos, de hallazgos de parásitos patógenos, de experimentos de inoculación y de cultivo, etc., que estudios más cuidadosos y serenos han desautorizado después.

Y para no citar sino un ejemplo reciente, basta ver lo que ha ocurrido con el *Paraplasma flavigenum* de Seidelin, protozoario patógeno de la fiebre amarilla según este investigador, quien lo ha encontrado en casi todos los casos de tifus amarillo por él observados, no solo en la sangre, como parásito de los glóbulos rojos, sino también en las células endoteliales del hígado; que lo ha descrito detalladamente en todas las formas que dicho gérmen presenta, ya intracorpusculares, ya libres, ya en fin, en sus formas de división en la sangre periférica y en secciones del hígado; que lo ha observado en la sangre de los cobayos inoculados con sangre de amarílicos; que ha creado para ese parásito un nuevo género: *Paraplasma*, en la familia de los *Babesiidae*, porque muchos de esos elementos endoglobulares se asemejan a las formas de *Babesia*, otros son idénticos a los *Theileria*, y otros en fin a los *Anaplasma;* y cuyas experiencias, por último, han sido repetidas y confirmadas por otros investigadores, especialmente por J. M. S. MACFIE y J. E. L. JOHNS-

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

TON en el Africa occidental. (17) Sin embargo, toda esta documentación, a primera vista concluyente, ha sido rebatida, primero por V. SCHILLING-TORGAU, que ha encontrado en la sangre humana y en la de diversos animales de laboratorio, cuerpos endoglobulares idénticos a los parásitos de Seidelin; que continuando sus estudios sobre la estructura complicada de los eritrocitos y otras células, opina que se ha cometido el error de considerar como parásitos, especialmente en el caso del *Paraplasma* de Seidelin y del *Anaplasma* de Theiler, a elementos endoglobulares formados de lo que él llama «microcentro» y «cuerpo capsular»; y que en sus experiencias sobre la anemia aplástica, ha encontrado cuerpos endoglobulares de tamaño variable, desde pequeñísimos gránulos rojos, hasta formas más grandes con cromatina y protoplasma, simulando pequeños *piroplasmas* o *anillos maláricos*. (18) A. AGRAMONTE, sostiene también que los cuerpos de Seidelin son simplemente fragmentos nucleares y protoplasmáticos de los glóbulos rojos, signo de un proceso hemopoietico reaccional (19).

Pero el ataque más sério que ha sufrido el *Paraplasma flavigenum*, es la demostración inatacable que han hecho C. M. WENYON y G. C. LOW, de la existencia de esos cuerpos en la sangre de cobayos recién nacidos en Inglaterra. «Afirmamos enfáticamente, dicen esos investigadores, que no existe evidencia de que los cuerpos de Seidelin sean la causa de la fiebre amarilla y que la inoculación de esos cuerpos a los cobayos, practicada por Seidelin y sus discípulos, es faláz» (20).

J. M. COPPER y A. H. DREW, han llegado a la misma conclusión, pues han encontrado cuerpos endoglobulares idénticos a los de Seidelin, en la sangre de enfermos de anemia perniciosa, en la de fetos humanos y en la de gatos recién nacidos; y los consideran como restos de la degeneración nuclear, que se realiza durante la transformación dei eritroblasto en eritrocito normal (21).

Por último, la comisión enviada por el gobierno británico al Africa occidental, a estudiar la fiebre amarilla, declara, después de estudiar detenidamente las pruebas relativas al *Paraplasma flavigenum*, que el virus de la fiebre amarilla permanece todavía en el misterio» (22).

¿Cómo explicarse estos errores, cometidos por hombres de ciencia de autoridad indiscutible? No es posible atribuirlos únicamente al factor personal. Hay que reconocer las grandes y múltiples dificultades que presenta el estudio de los infinitamente pequeños y en el caso de la fiebre amarilla—y en el más especial aún de la verruga peruana—las que rodean a las investigaciones que tienen por campo el glóbulo rojo, ese organito especialísimo, alta-

(17) Yellow Fever Bureau Bulletin, April 7 1914, pp. 121—144.
(18) Folia Haematologica, I. Arch., Leipzig, Nov. 5, 1912—Extracto en Yellow Fever Bureau Bull., January, 1913—pág. 275.
(19 Medical Record, New York, Aug. 17, 1912. Ext. en Yellow Fever Bureau Bull., 1913—pág. 280.
(20) The Journal of Tropical Medicine and Hygiene, March 1o. 1915—pág. 56.
(21) The Journal of Tropical Medicine and Hygiene, Jan. 15, 1916—pág. 24.
(22) « « « « « « « March 15, 1916—pág. 74.

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

mente diferenciado, como dice CHAUFFARD, (23) hasta alcanzar su perfeccionamiento funcional, o sea, la afinidad electiva y la fijación del oxígeno, pero perdiendo dos de los atributos fundamentales de la célula: el núcleo y la función reproductora. De aquí, las singularidades y sorpresas que oculta todavía la fisiopatología del glóbulo rojo, cuyo punto de partida hay que buscar en la función y en el aparato hematopoieticos. Y si se discute hoy mismo, la evolución y estructura del eritrocito normal ¿como no esperar discusiones y errores, en todo lo que se refiere al eritrocito patológico?

Es necesario, pues, proceder con la mayor cautela en el estudio de las alteraciones globulares que presenta la enfermedad de Carrión y especialmente su forma maligna, la fiebre de la Oroya.

De todo lo expuesto, podemos deducir las siguientes conclusiones:

1a.—La observación clínica y la epidemiología, demuestran la unidad etiológica de la verruga eruptiva o benigna y de la fiebre de la Oroya ó verruga maligna;

2a,—Los experimentos de la comisión de Harvard, demuestran la inoculabilidad directa, de hombre a hombre, de la verruga peruana y confirman, por consiguiente, la experiencia de Carrión; y

3a.—No hay todavía pruebas concluyentes, de la naturaleza zooparasitaria de los elementos endoglobulares de Barton.

LA DILATACION AGUDA DEL ESTOMAGO CON OCLUSION DUODENAL POSTOPERATORIA

Por el DR. GUSTAVO VALLE RIESTRA

La dilatación del aguda del estómago como complicación postoperatoria, ha pasado ignorada durante mucho tiempo, porque su cuadro clínico es á menudo idéntico á otras entidades mórbidas. Desde que KUNDRAT la estudió como tal en 1891, su frecuencia ha aumentado por que su conocimiento se vá diundiendo gracias á que LECENE en 1908 describió y caracterizó de manera magistral su sintomatología propia.

Pero aunque nuestro estudio es bien circunscrito, no podemos dejar de consignar que el estómago, bruscamente paralizado, se dilata, después de un traumatismo, de una quemadura, después del trabajo del parto y, por último, que se señalan casos de dilatación gástrica aguda de causa médica. Además no es necesario,

(23) Annales de Médicine, Janv. 1914—pág. 14.

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

como al principio se creía, para que esta complicación se observe, que la intervención quirúrgica sea abdominal, pues, CHAVANNAZ y SEGUEN en 1905, señalaron, por primera vez, casos acaecidos después de operaciones extraperitoneales.

Caso N.º 1.—La enferma N.º 28 de la sala de Santo Tomás del Hospital de «Santa Ana» servicio del Dr. JUVENAL DENEGRI, ingresó por dificultades digestivas y un estreñamiento pertinaz.

Cuando ingería alimentos sufría una sensación nauseosa marcada, con ansiedad epigástrica.

No tenía predilección por determinados alimentos, pero estos trastornos dígestivos eran intermitentes y de duración más ó menos limitada en su intensidad, no pasando de cuatro á seis días, después de lo que la mejoría se iba marcando sin que hubiese una causa justificada.

Sus defecaciones eran difíciles, pasando periodos de cuatro á ocho días sin que le fuera posible evacuar su intestino.

Sus periodos aunque regulares, de tres días de duración y algunas veces cinco, eran acompañados con sensaciones dolorosas que se irradiaban hacia la región lumbar. En el aparato respiratorio y circulatorio de esta enferma no había nada de anormal.

El exámen de los órganos genitales de esta enferma, indican sólo que el útero está en marcada *retroflexión* y hace prominencia en el recto.

Esta enferma fué operada por el Dr. DENEGRI, el que le hizo una metropexia. La anestesia fué hecha con el éter y las inhalaciones duraron treinta minutos.

Al día siguiente, la encontré vomitando abundantemente un líquido verdoso, intensamente disneica, dolor marcado en el hueco epigástrico, los ojos hundidos dentro de sus órbitas, la nariz pálida y fría, el rostro cubierto de sudor y su estado general marcadamente deprimido.

Al exámen del vientre se apreciaba una elevación de éste, sobre todo en la parte superior, con timpanismo que ocupaba completamente el espacio semilunar de TRAUBE, avanzando por la línea mamilar izquierda hasta la sexta costilla; había; además, macidez en la parte inferior y lateral del abdómen, en las fosas inguinales.

La punta del corazón estaba rechazada hacia arriba y á la izquierda; había extrasistoles. El pulso era pequeño y frecuente; la temperatura sólo llegaba á 36º.

En vista de los síntomas procedí inmediatamente á hacerle un abundante lavado del estómago y la aplicación subcutánea de medio milígramo de estricnina. El lavado fué hecho con cinco litros de una solución de bicarbonato de soda y se pudo constatar inmediatamente después de hecho, que el meteorismo abdominal y el gran timpanismo habian desaparecido. Coloqué luego á la enferma en posición genu pectoral, elevando á la vez la cama del lado de los pies. Colocada ya la enferma en esta posición se le inyectó 500 cc. de suero, con 10 gotas de adrenalina al 1 por 1000. La enferma mejoró inmediatamente; el lavado del estómago lo repetí ocho horas después y no volvió á presentarse sín-

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

toma alguno de esta complicación. La enferma dejó el servicio completamente curada.

Caso N.º 2.—Enferma N.º 43, de la sala de Santo Tomás del Hospital de «Santa Ana», ingresó al servicio por trastornos menstruales, descensos purulentos, dolores en las fosas inguinales, temperatura elevada.

Sometida al reposo y un tratamiento adecuado, la enferma se alivió en sus síntomas agudos y previo exámen de orina, que reveló que los riñones funcionaban bien, fué sometida á una histerectomía subtotal.

A los cuarenta minutos de la anestesia por el éter, las gasas que defendían los intestinos fueron rachazadas fuera del campo operatorio, y el operador imaginándose que la enferma estaba mal dormida, pidió que se le diese más éter. Estaba completamente dormida pues el rechazo de las gasas fue debido á que el estómago inmensamente distendido salía del campo operatorio, á pesar de que la enferma estaba colocada en la posición de Trendelemburg; sin embargo el cirujano tuvo que sostener el estómago y reducirlo poco á poco.

Terminada la intervención después de sesenta minutos de inhalaciones de éter, la enferma fué colocada en su cama caliente; comenzando á vomitar abundantemente y la temperatura a bajar; un sudor frío humedeció su rostro y el pulso muy pequeño y frecuente ofrecía extrasístoles.

En vista de su mal estado y recordando la dilatación aguda que había sufrido su estómago á nuestra vista, se hizo inmediatamente un abundante lavado del estómago, se le inyectó dos milígramos de estricnina y 500 cc. de suero cafeinizado y se le colocó en la posición de TRENDELENBURG; por la tarde del mismo día se repitió el lavado y las inyecciones de suero. Al día siguiente la enferma se encontraba en buenas condiciones, no volviéndose á repetir este accidente.

Caso Nº. 3.—Enferma de la sala de Santo Tomás Nº. 41 del Hospital «Santa Ana» se presentó al servicio por un *epitelioma del cuello del útero.*

Se le hizo una histerectomia total. La anestesia por el éter duró sesenta minutos.

La enferma no tuvo novedad sino á partir del tercer día de su operación; en este día se le administró un purgante, que lo devolvió inmediatamente, y continuaron los vómitos sin descanso. En vista de esta agravación y que la temperatura subió á 40º se quitó el apósito encontrándose la herida operatoria supurada y al quitarle los puntos de sutura, quedó una amplia superficie supurante.

El quinto y sexto día se le administró lavativas purgantes que no hicieron efecto. El sétimo día se le administró otro enema purgante con 3 gotas de aceite de cróton con igual resultado negativo, pero el pulso aumentó en frecuencia, bajó su tensión, el rostro se cubrió de sudor frio abundante y la temperatura de 40º que estaba al quinto día, descendió á 36º.

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

En estado de postración máxima la enferma yacía inerte sabre el lecho incapaz de poder ejecutar movimientos voluntarios. En esta condición fué lavado y drenado su estómago y colocada en posición genupectoral, se le inyectó 800 cc. de suero de HAYEM cafeinizado y dos milígramos de estricnina. La enferma experimentó una mejoría en sus vómitos que no volvieron á repetirse; cuatro horas después se hizo un nuevo y abundante lavado del estómago y se le inyectó un milígramo de estricnina. No se descuidó la obstrucción intestinal que esta enferma tenía, pero todo tratamiento encaminado á este fin no dió los resultados que es buscaban. Por la noche vuelta la enferma á la posición dorsal se repitieron los vómitos y su estado general empeoró, por lo que fué vuelta á colocor en posición genupectoral desapareciendo los vómitos.

El octavo día se le repitió el mismo tratamiento y el noveno día después de una abundante enteroclisis, la enferma pudo deponer y los vómitos desaparecieron por completo.

Después de una convalecencia larga y penosa curó, dejando el hospital, en buenas condiciones.

Caso N.º 4.—Enferma que ocupaba la cama N.º 47 del servicio del Dr. DENEGRI, en el Hospital «Santa Ana», ingresó por una afección ginecológica que obligó previa anestesia por el éter durante cuarenta minutos, á realizar una histerectomía subtotal. La intervención fué hecha sin novedad, quedando la enferma en buen estado, acusando solo marcada sequedad de la boca, con sed intensa.

La enferma comenzó á hacer continuos movimientos de deglusión y suponiendo que la deglusión de aire podía ser causa en esta enferma de un accidente de dilatación aguda de su estómago, recomendé al interno, de guardia en ese día, vigilancia con esa enferma porque temía en ella esa complicación.

Al día siguiente el interno de guardia me refirió que había sido llamado á las diez de la noche para atender á dicha enferma á la que encontró con un pulso pequeño y rápido, enfríamiento de las extremidades y el rostro cubierto de un sudor frio y facies peritoneal bien marcada. El vientre estaba elevado con un timpanismo marcado en su parte superior que ocupaba el espacio semilunar de TRAUBE. El tratamiento que se puso en práctica fué inyecciones de estricnina y de esparteina y colocación de la enferma en la posición genu pectoral, elevando los pies de la cama por medio de una silla.

A mi llegada al servicio, la enferma tenía 36º de temperatura, estaba bastante deprimida y con dolor marcado en el estómago y hacía continuos esfuerzos para vomitar; el vientre con timpanismo en su parte superior.

Hice á la enferma inmediatamente un lavado del estómago, volví á repetir la inyección de estricnina, le puse 500 cc. de suero de HAYEM y volví á ponerla en posición genupectoral. Cuatro horas después se repitió el lavado del estómago, dejando después por medio de la misma sonda, media taza de leche hervida con un poco de cognac. La enferma reaccionó rápidamente no volviéndose á presentar estos síntomas.

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

Los cuatro casos anteriores los he observado en el servicio de mi estimado maestro el Dr. JUVENAL DENEGRI. Debo dejar constancia también que en el servicio del Dr. CONSTANTINO T. CARVALLO, he observado tres casos, de los cuales el primero presentó gravedad y un cuadro sintomático tan semejante al de una peritonitis sobre aguda, que impidió hacer el diagnóstico de la complicación. Llevado el cadáver á la mesa de autopsia, en donde se esperaba encontrar lesiones peritoneales, nos hallamos en presencia de un estómago colosalmente dilatado que llegaba hasta el pubis. El intestino fuertemente rechazado hacia la pélvis, hacía fuerte tracción sobre el mesenterio y la arteria mesentérica superior comprimía fuertemente al duodeno, á la manera de una fuerte ligadura aplicada á esta porción del intestino.

El segundo fué tratado con feliz éxito.

El tercer caso, á pesar de un tratamiento bien dirigido, fué fatal. En la autopsia se pudo comprobar la compresión del duodeno por la arteria mesentérica y la no posibilidad de que los líquidos contenidos en el estómago pudieran pasar al intestino. Al cortar la brida vásculomesentérica quedó la impresión de ésta sobre el duodeno.

El estómago distendido, sin gran congestión por su serosa, tenía en cambio, por parte de su mucosa algunas manchas congestivas con extravasaciones sanguíneas; además, estaba semilleno de un liquido medio obscuro.

El peritoneo sin congestión ni exudado.

Las condiciones que parecen tener relación con el origen de la dilatación aguda del estómago (anestesia cloroformica, shock, aerofagia, enteroptosis etc), son tan numerosas que como dice JACINTO MAGALDI (1) sería exagerado creer que cada uno de esos elementos, considerado aisladamente, pueda ser incriminado como causante de tal ó cual caso, pues ordinariamente los accidentes son debidos al concurso de varias causas solidarias entre si.

Con etiología tan incierta, las teorías patogénicas se han sucedido en gran número y como no pretendemos hacer la exposición de todas ellas, solo haremos notar que de su análisis se infiere que la dilatación es por lo general gastro duodenal, habiendo muy pocas veces una dilatión duodenal pura; que existe siempre un obstáculo paralítico producido por una inmovilidad gástrica, debida á un mecanismo semejante al de la parálisis intestinal postoperatoria, ó como cree REYNIER dependiente de irritaciones de los nervios del plexo solar, ó mecánico, ocasionado, según unos, por el aprisionamiento del duodeno en su tercera porción, al nivel del ángulo aortico mesentérico, por la arteria mesentérica que se coloca como una cuerda, comprimiendolo contra la columna vertebral por intermedio de la raíz del mesenterio (CONNER, ALBRECHT etc); y según otros, debida á la caída hacia la pelvis del paquete intestinal por efecto del estómago dilatado, que produce secundaria-

(1) JACINTO MAGALDI.—Dilatación Aguda del estómago postoperatoria.—*La Semana Médica.*—Buenos Aires, Noviembre 28 de 1912.

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

mente el extrangulamiento del duodeno por el mesenterio y la arteria mesentérica (VON HERFF, LECENE etc).

Como se vé, los autores no están de acuerdo en la explicación de la patogenia de la dilatación aguda del estómago y hay que aceptar, que ninguna, independientemente, puede explicarla porque en la mayoría de los casos estas causas se combinan. Como prueba de este aserto, vamos á discutir la patogenia de los cuatro casos á que nos hemos referido anteriormente y veremos que siempre hay un factor predominante que viene á ser eficiente, quedando los demás como causas secundarias, que completan á la causa primordial.

Primer caso: El estudio de este caso nos muestra á la enferma con un órgano de menor resistencia: su estómago que es objeto de los reflejos que la mala posición de su útero le produce. Sobre esta causa de predisposición se ha venido á sumar la acción del anestésico, que actuando sobre la inervación de este estómago, ya fatigado por su pasado patológico, ha venido á hacerse inerte y dejarse distender por secreciones, saliva, etc. etc. Son estas las causas que más llaman la atención como factores probables de este caso.

Segundo caso: Esta enferma estaba agotada por una lesión supurativa, por una temperatura elevada y su sistema muscular sufría el contragolpe de su mal estado general. Creo que esta inercia muscular era mucho más grave de lo que podría suponerse, por lo que cantidades de anestésico soportables para cualquiera otro enfermo, en esta enferma tenía una acción tóxica marcada.

El fenómeno paralítico del estómago se efectuó á la vista del médico.

Aquí no se puede invocar la presión vásculomesentérica que comprima el duodeno por que las asas intestinales estaban rechazadas hacia el diafragma, y no había por lo tanto tracciones intestinales. Además, fueron trastornos transitorios, que los simples lavados del estómago, hicieron despejar.

Tercer caso: En esta enferma los hechos suceden de manera más compleja. Hay que recordar que esta enferma ha tenido una verdadera peritonitis con adherencias intestinales, como lo comprobó después una fístula estercorácea.

De modo que aquí hay que atribuir no sólo al éter la causa de la dilatación aguda del estómago, sino también, á la acción refleja que esa peritonitis ha producido en todos los órganos contenidos en la cavidad peritoneal. Ha habido aquí una real paresia intestinal completa que ha continuado aún después que la dilatación aguda del estómago era tratada por los repetidos lavados gástricos y la posición genupectoral, esto sucedía el séptimo día, y el octavo y noveno día, el intestino no funcionaba.

La dilatación aguda del estómago en este caso, fué debida á la doble causa: Anestesia y peritonitis.

Cuarto caso: Este caso vendría á servir de comprobación á los partidarios de la teoría de la aereofagia.

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

Aquí, los hechos pasan con una claridad encantadora: la enferma deglute aire á nuestra vista, no podemos dar el lujo de preever la complicación y ponernos en guardia para combatirla.

Si las explicaciones no satisfacen del todo, veamos la manera como se lucha contra éste accidente, y apreciemos el valor que tienen las indicaciones terapéuticas.

Es gracias á la terapéutica que hoy se pone en práctica que se ha podido dismínuir el porcentaje tan elevado de defunciones. Así, mientras que al principio este era de cerca de 90 %, hoy ha disminuido hasta el 25 % (BERINIER). Sin embargo, no todos los autores son hoy día afortunados, pues, MAGALDI que relata cuatro observaciones, todas terminaron con la muerte; ALBERTO ALTHABE (2) en tres casos tuvo un muerto. BENITO VASQUEZ CASANOVA (3) describe cinco casos todos terminados por curación. Nosotros en siete casos hemos observado dos fallecimientos lo que dá un porcentaje de 28,5 %.

El tratamiento preventivo sería el ideal pero hoy no es posible ponerlo en práctica todavía; sin embargo, algo se ha hecho á este respecto, como es: poca cantidad de anestesico, delicadeza en las maniobras operatoria sobre las visceras, prohibición al operado de absorver bebidas después de acto operatorio, evitar los movimientos de deglusión etc.

El tratamiento curativo se reduce á lavado del estómago preconizado por BLOCH y RAMADIER, siempre que no se haya constituido la oclusión duodenal, porque en este caso su valor es incierto; cambio de posición del enfermo, ya la ventral indicada por SCHNITZER, la genupectoral según BRAUMLER ó la de TRENDELEMBURG que combate con éxito la oclusión duodenal; pero como estas posiciones fatigan al enfermo se recomienda alternarlas.

Además hay que atender al estado general, por inyecciones estimulantes de suero, estricnina, adrenalina, etc. VASQUEZ CASANOVA fundándose en los trabajos de HOUSSAY sobre la hipofisina cree puede emplearse esta sustancia en el comienzo del accidente, ya que goza del poder de exitar la contractilidad de las fibras musculares lisas.

E. CHAMBARD (4) recomienda con entusiasmo la dieta absoluta como corolario de los otros tratamientos médicos y para evitar la deshidratación del organismo emplea la proctoclisis de MURPHY con agua lactosada.

El tratamiento quirúrgico ha sido abandonado, después de numerosas tentativas infructuosas.

---

(2) ALBERTO ALTHABE.—Dilatación gástrica aguda postoperatoria.—*Revista de la Sociedad Médica Argentina.*—Buenos Aires XX pag. 751. 1913.

(3) BENITO VASQUEZ CASANOVA.—Dilatación aguda del estómago postoperatoria.—*Tesis.*—Buenos Aires, 1913.

(4) E. CHAMBARD—A propósito de tres casos de dilatación aguda del estómago—*Archives Médico Chirurgicales de Province* Junio 1914; *Policlinica.* Valencia, Octubre 1914.

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

UN CASO DE COLOBOMA CONGENITO DEL PARPADO SUPERIOR

Por el Dr. JOSE EDUARDO RIVERA M. R. C. S. (*)
Cirujano de la Enfermería de Paddington en Londres

La fotografía de este párvulo anormal es interesante para el Oculista pues hace ver la falta de unión de la parte interna y de la parte externa del párpado superior derecho.

Es el séptimo hijo de una madre sana y tiene apenas diez y ocho meses de nacido. En la historia de la madre no figura la sífilis; cuatro de los niños están vivos y sanos y no presentan deformidad alguna, los otros dos murieron á la edad de uno y dos años respectivamente y eran normales.

Cuando entró al hospital el niño era pálido y delgado y sufría de diarreas, causa por la que fué internado en el hospital.

Era tal la falta de desarrollo de la criatura que no parecía tuviera más de dos meses de nacido. Como lo demuestra la fotografía hay una marcada asimetría de la cara y de la cabeza; el dorso

de la nariz es ancho y aplastado; los angulos oculares están muy separados de la nariz.

Existe en el párpado superior una hendidura que se extiende desde el borde palpebral un poco hacia el lado nasal de la línea media y va hasta más arriba del borde superior del tarso.

(*) El Dr. José E. Rivera, es arequipeño, hace 14 años que reside en Londres y se ha especializado en oculística; es joven aún, pues solo cuenta 28 años.

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

Al cerrar el ojo una parte de la esclerótica queda al descubierto. Hay además dos pterigion que se extienden desde la parte superior é inferior de la conjuntiva bulbar hacia el centro de la córnea.

El examen del fondo del ojo por medio de la atropina no deja percibir anormalidad alguna.

Es sabido que los párpados se forman en las primeras semanas del tercer mes por medio de pliegues epiblásticos que comienzan arriba y abajo de la parte superficial del globo ocular. El mesoblasto penetra en los pliegues y forma los cartílagos tarsos. El párpado superior deriva de la cápsula del proencéfalo y el párpado inferior deriva de la protuberancia maxilar.

Hacia la mitad del tercer mes los bordes de los párpados superior é inferior se encuentran, se adhieren y quedan adheridos hasta el fin del sexto mes. El párpado superior está constituído originariamente por dos segmentos, uno interno y otro externo; y á veces queda en el borde palpebral una pequeña escotadura que marca el punto de esa unión. En el caso que estudiamos hay una falta completa de unión entre el segmento interno y externo.

Esta anomalía es rara y solo han sido publicados 100 casos referentes á ella.

El primero fué observado por Banister en el siglo XVIII y citado por Wilde.

El Dr. J. Nicolin reunió 46 casos; en 27 la afección residía en un párpado de cada ojo, en 2 en ambos párpados de un ojo y en 1 en los cuatro párpados.

Cinica Medica del Hospital «Dos de Mayo»

HEMOPTISIS TUBERCULOSA

Lección clínica

Por el Dr. ERNESTO ODRIOZOLA.

El viernes pasado uno de vosotros leyó la historia del enfermo que ocupa la cama N.º 52 y creo que el estudio de él merece llamar la atención, por la frecuencia con que ellos se presentan en la práctica.

Se trata de un muchacho de 18 años de edad, estudiante todavía. Sus padres han muerto.

El ha gozado de buena salud; solo refiere haber padecido de sarampión, á la edad de 5 años. El 6 del presente, á la 1 de la mañana fué sorprendido por una *hemorragia* por la boca y aun por la nariz que logró dominarse por medios caseros. Creyéndose restablecido, se encontraba el 8 en la plaza Zela y para escapar á la carga que en ese día dió la gendarmería montada contra la actitud subversiva de los huelguistas, hubo de correr un largo trecho y en-

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

tonces se repitió la hemorragia. Con este motivo entró al hospital el 9 ya *febril*.

El viernes que lo examinamos continuaba febril—39° de temperatura—y ustedes pudieron ver en su escupidera esputos oscuros, netamente *hemorrágicos*. Su pulso era frecuente, marcando 104 pulsaciones, por 30 respiracionts. Ustedes recordarán que el examen de los pulmones fué de lo más interesante. Las vibraciones vocales estaban aumentadas en toda la extensión del pulmón izquierdo, hacia atrás y había una macicez manifiesta en todo él. La auscultación reveló la existencia de muy numerosos *estertores crepitantes* y *subcrepitantes* y en la parte media se escuchaba un *soplo tubario* que avanzaba hasta la zona lateral, con *broncofonio*; este soplo tenía casi un timbre cavitario. En la región infraclavicular, se notaban también los mismos estertores ya consignados. En el pulmón derecho se marcaban los caracteres de una respiración exagerada. El examen del corazón no dió resultado alguno. El sistema ganglionar intacto. Nada se notó por el lado del aparato digestivo y anexos ni del genito urinario y nervioso.

Por lo expuesto ven ustedes que el fenómeno dominante en este enfermo, es una hemoptisis de *repetición*, acompañada de *fiebre* y de vastos trastornos pulmonares. La concentración de estos últimos en un sólo pulmón les imprime, como ustedes deben comprender, un carácter definido y *específico:* la naturaleza *tuberculosa* de ellos no es absolutamente discutible. Se trata en efecto de una *congestión* maciza de todo el pulmón izquierdo, habiendo además un foco de *bronconeumonia* en la región donde hemos señalado el soplo.

Ejemplos como este verán ustedes á cada paso en la práctica corriente y crean para el médico y para las familias una situación de angustia y de pavor, que uno debe afrontar con serenidad, llevando al ánimo de estas la confianza en los medios que se van á emplear y la seguridad de su buen éxito, apesar de que uno no lo crea, pues es preciso ante todo galvanizar los espíritus, especialmente el de los enfermos que sufren en presencia de la sangre, una violenta conmoción, temiendo con espanto la inminencia de una muerte próxima. Bueno es advertir que en la mayoría de casos, los enfermos escapan de estas hemorragias, circunstancia importante que permite al médico conservar su sangre fría é infundir tranquilidad y sobre todo esperanzas en el seno de las familias.

Veamos pues cuales son los medios de que podemos disponer para conjurar una hemoptisis copiosa. Desde luego conviene saber, que siendo la hemorragia el resultado de la ruptura de un vaso alveolar ó bronquial—pues no tratamos ahora sino de las hemoptisis del primer periodo de la tuberculosis—sólo los recursos de orden mecánico podrían ser de eficacia, pero como esto no es posible tenemos que apelar á medios indirectos. En presencia de una hemorragia abundante, debe elegirse un medicamento que tenga la propiedad de disminuir la presión sanguinea y en este sentido debe rechazarse todo el que produzca efecto contrario; por eso, en oposición á una práctica muy empleada en otra época, no debe usarse ni la ergotina ni la adrenalina, cuya acción vasoconstrictiva es bien

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

conocida. Llama la atención en efecto que la primera haya tenido una reputación tan injustificada y por tanto tiempo. Felizmente se ha reaccionado contra ella y hoy puede decirse que está casi abandonada. Son por el contrario los vaso-dilatadores, los que tienen en estos casos aplicación mas racional y sus efectos son, en el mayor número de ejemplos, inmediatos. A la cabeza de ellos está la inyección hipodérmica de morfina y de atropina y á ella debe recurrirse en primer término; el resultado de su empleo no se deja esperar mucho tiempo. Se vé al poco rato una dilatación de los vasos periféricos, la tos d sminuye, el sistema nervioso entra en calma y un sueño reparador termina la escena emocionante de la hemoptisis. Al lado de estos medicamentos está el *nitrito de amilo*, que por análogas razones produce idénticos efectos y que en las grandes hemorragias es de una eficacia indiscutible. Naturalmente en las hemoptitis de repetición, hay que volver á emplearlos y por este motivo conviene proceder con cautela y empleando las dósis estrictamente indispensables, afin de conservar todo su poder. Inútil es advertir que la morfina y la atropina, en personas que nunca las han usado deben manejarse con muchísima prudencia. Al mismo tiempo que se usan estos medicamentos, se debe cubrir todo el torax con ventosas secas y hacer aplicaciones calientes en los pies y en los brazos. En la inmensa mayoría de casos, el empleo de estos medios es más que suficiente para conjurar la hemorragia. Siguiendo el mismo orden de ideas, en lo que se refiere á la vasodilatación, existen otras medicinas que dan también buenos resultados y que conocidas desde tiempos inmemoriales, conviene citar. Tal es la *ipecacuana* que siendo un depresor sanguíneo, ha sido recomendado por todos los prácticos del mundo. Debe administrarse en dósis comparativamente pequeñas, de 10 á 15 centígramos cada dos horas. No es necesario ó por lo menos no tiene objeto el producir efectos eméticos, con el nauseoso basta. La combinación del *opio* con la ipecacuana es muy recomendable, bajo la forma de polvos de Dover, en la dósis de 20 centígramos cada dos horas también. Algunos autores ingleses recomiendan calurosamente pequeñas dósis de *mercurio*, unidas al opio y á la ipecacuana, en la forma siguiente: polvos de ipecacuana..20 centigr. hidrargirio con creta 25 miligr. polvos de opio 1 centgr. cada dos horas mientras dura la hemorragia.

Es muy recomendable en los casos en que la presión sanguínea se mantiene elevada, usar pequeñas dósis de nitroglicerina ó nitrito de sodio.

Es preciso no olvidar en estas emergencias el buen funcionamiento del vientre: el uso de los purgantes salinos, del sulfato de magnesia ó de soda, solos ó combinados (4 á 8 gramos), repetidos varias veces, en intervalos de tres horas.

Sería labor inconducente el señalar la masa de medicamentos que se han usado con el objeto de dominar esta hemorragia. Los astringentes—ácido gálico, tanino, acetato de plomo—son de acción más que dudosa.

Con el objeto de acelerar la coagulación de la sangre, se han propuesto varias drogas hemostaticas. El *cloruro de calcio* figura en primera línea, administrándose en una porción de 4 gramos,

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

bien edulcorada. Con las mismas tendencias se ha recomendado el *extracto seco de hígado*. Parece que en uno y otro caso los efectos son apreciables.

Otros hemostáticos, la *trementina* y el *eucaliptol*, en grandes dósis parecen prestar servicios y en pequeñas dósis, de 5 á 10 gotas, tres veces al día, se cree que evitan las hemorragias recurrentes.

Mucho también se ha recomendado la tintura de *hamamelis*, pero siendo como la ergotina un vasoconstrictor, no deben ustedes usarla en casos de hemoptisis.

Una medicación que ustedes no deben despreciar por el hecho de ser casera es el empleo de la *s al de cocina*. Tiene la gran ventaja de estar siempre á la mano y su acción, digase lo que se quiera, está consagrada por una observación secular que merece tenerse en cuenta. Se puede administrar en la dósis de una ó dos cucharaditas de té.

Fuera de estas recomendaciones, deben observarse ciertas reglas de orden higiénico que no dejan de tener su importancia. Debe recomendarse la tranquilidad de cuerpo y de palabra; que hayan muy pocas personas en la habitación, evitando especialmente aquellas en cuyo semblante se pinta el espanto; que la ventilación sea permanente; que la ropa del enfermo sea ligera. Debe conservarse la posición acostada, con la cabeza más ó menos levantada; pero por lo general el enfermo adopta aquella que le es más cómoda para la fácil expulsión de la sangre y ella debe respetarse porque si nó, la sangre puede penetrar en el otro bronquio y ocasionar más tos y por consiguiente más esfuerzos. Cuando el lado de donde procede la hemorragia puede descubrirse, entonces conviene que se recueste de ese lado, pero cuando no se puede determinar y no conviene examinarlo mucho, se le deja que lo haga á su antojo.

La alimentación debe ser muy escasa, por lo menos durante las primeras veinticuatro horas. Estos enfermos soportan muy bien el ayuno. La leche debe ser el alimento preferido; puede dársele con trozitos de nieve. El alcohol debe prohibirse. La sed que es en el mayor número de casos muy intensa, se calmará por medio de la limonada de limón helada ó de agua diluída con ácido sulfúrico. Estos medios son indudablemente mejores que el empleo del hielo, que perturba con frecuencia el estómago.

En las hemoptisis continuas, es decir de repetición, es punto muy importante poder calcular el momento en que vá á ceder la hemorragia y las familias los acosarán á preguntas en ese sentido. Tres son los fenómenos sobre los cuales ustedes pueden fundar una opinión: la *fiebre*, el *pulso* y la *coloración* de los esputos, Cuando ustedes vean en estos casos que la fiebre y el pulso comienzan á disminuir progresivamente y que la coloración de los esputos se torna cada vez más oscura, pueden sospechar que la hemoptisis está llegando á su término.

Terminada la hemorragia es necesario recomendar mucho al enfermo la tranquilidad y todos los bien conocidos preceptos de la higiene, sobre muchos de los cuales hemos ya insistido.

La edad del muchacho que ha dado motivo á esta disertación es de lo más comprometedora; por consiguiente debemos solo

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

guardarlo el tiempo rigurosamente necesario, para tener confianza en la poca probabilidad de una repetición, inmediata se entiende, de su hemoptisis. Este enfermo debe inmediatamente salir de Lima con dirección á la sierra, á Jauja; ¿podrá hacerlo? Este es el gran problema para estos pobres desventurados de hospital.

LA EPHEDRA AMERICANA EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS AFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

Existe una yerba que crece en los Andes, á la que los indios designan con el nombre de pincopinco y cuya reputación médica es muy extendida no sólo en la sierra peruana, sino también en las antiplanicies de Bolivia y en las cordilleras chilenas, pues existe la *ephedra* en Juncal en Chile, estación ferrocarrilera para el paso á la Argentina.

En los cerros de los alrededores de Arequipa crece en bastante cantidad, dando el vulgo la preferencia á aquella que germina en la vecindad del balneario de Jesús. En el camino de Arequipa á la laguna boratada de Salinas del nevado Pichupichu existe también en abundancia, siendo más vigorosa y desarrollada la que cree en las orillas de la laguna misma, que en los pantanos de agua salobre.

Sea porque la planta que crece cerca de las aguas cargadas de sales es mas vígorosa, sea por la idea popular de que aumenta en eficacia por ese mismo carácter, lo cierto es que para la medicina diaria el pincopinco de la lagunas de Salinas es preferido en primer lugar, después el de Jesús y por último el del resto de los cerros que circundan la campiña de Arequipa.

La ephedra es una planta anual, pequeña, que se presenta ya aislada, ya entremezclada con los ramos de cactus y que reverdece con las lluvias, es decir, de Diciembre á Marzo ó Abril; se cubre de hojas rígidas y dá flores y frutos los cuales carnosos y dulzainos son muy apetecidos como alimento por los *lacerta agilis* que pueblan aquellos áridos terrenos. De Mayo á Noviembre inclusive, la planta se presenta como hacinamiento de ramos secos que parecen muertos, para revivir con las lluvias anuales de esta sección.

La parte más empleada en terapéutica es la raíz, que es gruesa, dura, amarillenta, recubierta por una corteza delgada, frágil, de color castaño oscuro. Las raíces son tortuosas y difíciles de arrancar del terreno.

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

Para su estudio llevé cincuenta kilos de raíz seleccionada de la laguna de Salinas y en Paris, en el «Hospital Broussais» con el profesor de Terapéutica de la Facultad de Medicina Prof. GILBERT se hizo su estudio, sirviendo de ayudantes el Dr. CARNOT y el interno PHILIBERT.

Para puntualizar sus propiedades diuréticas se pusieron en experiencia individuos hidrópicos, cardiacos, renales y hepáticos los cuales no eran sometidos á otra medicación sino á la ingestión de hidrolado de ephedra al 10 % á la dósis de 200 gramos cada dos horas sosteniendo el régimen lácteo. Cuidadosamente pesada la cantidad de líquidos ingeridos y la de los expelidos por la vía renal, apenas había un beneficio pequeño, á favor de la primera, la que era balanceable con los líquidos perdidos en las deposiciones y en el sudor. De manera que como diurético renal no dió absolutamente el más pequeño resultado.

En otra serie de experiencias se sometió á los hidrópicos á régimen lácteo absoluto durante algunos días. Vistos los resultados generales, pesando no ya los líquidos excrementicios sino los mismos enfermos, se sustituyó la mitad de la dósis de leche por cocimiento de ephedra al 10 %, con lo que no hubo variación alguna en el peso de dichos enfermos. Su acción diurética no existe, pues, dependiendo la cantidad de orina expelida sólo de la cantidad de líquido indiferente que con la planta se ingiere.

Quedó abandonado el campo de investigación por el lado diurésis.

Era necesario buscar aquel que mereciese el tradicional renombre de que gozaba entre los aborígenes desde tiempo inmemorial.

Allí los resultados fueron mas satisfactorios.

Desde luego la decocción de la raíz de la planta, es completamente inocua, pues ha sido administrada como única bebida a dos personas sanas que se prestaron á la autoexperimentación durante un año, sin sentir ni el mas pequeño trastorno en la salud.

Desde el momento en que se le administra, la mucosa génito urinaria experimenta deplesión y descongestión, lo que ha servido para restablecer el curso de la orina, en muchos casos de retención. En tales estrechamientos juega gran papel obstruccionista un disparate cualquiera, alimenticio, locomotor o venéreo, que determinando flujo sanguíneo obtura el conducto uretral cuya luz era mínima y que solo necesitaba de una nada para llegar al límite de permeabilidad. En algunos casos, en que era indispensable emplear la sonda, se le ha sustituído con el pincopinco con detrimento de la reputación del cirujano que iba a practicar el sondaje.

En las infecciones microbianas uretrovesicorenales la mucosa experimenta aquella descongestión, bienhechora en muchas ocasiones, disminuyendo ardores uretrales ó tenesmos vesicales y polaquiuria, no sólo por la acción diluyente de las sales contenidas en la orina, sino tambien por acción propia antiflogística.

Su aplicación es eficaz, tanto en el hombre como en la mujer, en el adulto como en el niño.

Pero si bien es cierto que posee aquellas propiedades, en cambio no trae curación definitiva en ninguno de los casos menciona

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

dos. No posee siquiera la acción enérgica de los balsamicos vulgares como la copaiba, la cubeba ó el sandalo.

Con todo, si a un tratamiento local adecuado, se añade el uso de los balsamicos y se le complementa con el empleo de abundantes bebidas al hidrolado de pincopinco, se habrá obtenido una curación mas rapida y se habran disminuido los síntomas dolorosos y congestivos, en cierto grado.

Hemos hecho diversos preparados farmacéuticos de la raíz de ephedra como son el extracto blando, el extracto seco, el extracto etéreo, la tintura alcohólica y la etérea, habiendo hecho ingerir grandes dósis de unos y otros sin ningún mal resultado, notandose los efectos inherentes al alcohol y al éter en las tinturas indicadas.

No habiendo presentado ventajas apreciables estas formas farmacéuticas, la que se mantiene en el grado de popularidad efectiva de antaño, es la forma de hidrolado coadyuvante de los otros tratamientos para estos casos.

Quiza si emprendiendo nuevos estudios se pudiera puntualizar mejor sus propiedades y obtener nuevos preparados medicinales de una planta tan extendida en nuestros Andes, lo que al llegar a la practica representaría una verdadera y cuantiosa riqueza nacional.

CONCLUSIONES

1a.—La Ephedra Americana ó Pincopinco, es una planta muy extendida en los Andes de la América del Sur.

2a.—Carece de todo valor como diurético.

3a. —Lo posee en muy aceptable grado como anticongestivo en el tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias.

4a.—Por su profusión y popularidad ofrece grandes ventajas en medicina de los pueblos andinos.

UN CISTOURETROSCOPIO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Por el DR. C. MORALES MACEDO

(*Traducido del New York Medical Journal, Set.* 23, 1916)

Con el objeto de reunir en un solo instrumento todos los requisitos de la práctica uretroscopica moderna, hemos mandado construir un cisto-uretroscopio de visión directa, que se adapta especialmente á los delicados trabajos de cirugía endouretral.

Está dispuesto de manera que se puede operar bajo una corriente de agua ó en un campo seco, según las exigencias de cada caso. Da una imágen ligeramente aumentada, directa y fácil

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

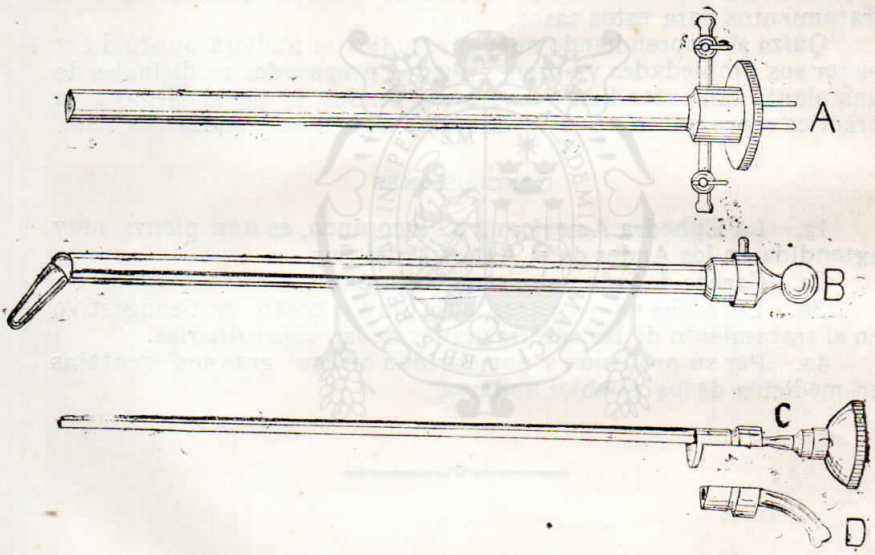
de interpretar, del trígono del cuello vesical y de la uretra, cuya circunferencia total aparece en un solo campo visual. Durante los últimos meses, nos ha sido muy útil en la fulguración de tumores, en las intervenciones endoscópicas con instrumentos cortantes y en las aplicaciones locales.

Se compone de:

A). Un tubo endoscópico recto, de 7 pulgadas de largo y de calibre 26 (escala francesa), con una parte ligeramente escavada y con dos llaves para irrigar con doble corriente;

B). Un obturador provisto de un pico que se mueve libremente;

C). Un telescopio de visión directa y un conductor de la luz, que se adaptan á la parte escavada del tubo endoscópico. El telescopio se desliza en un canal especial, de manera que puede retirarse dejando puesta la luz;



D). Un tapón metálico, para cerrar herméticamente la extremidad ocular del tubo cuando el telescopio y el conductor de luz ya están en su sitio. Este tapón está perforado con el fin de permitir la entrada de un alambre para fulguración ó de cualquier otro instrumento adaptable; puede obturársele con un capuchón de caucho en el caso de que se desee hacer un simple examen uretroscópico bajo lavado continuo; puede quitársele del todo cuando se necesite practicar una intervención en seco.

Técnica para el simple exámen endoscópico.—Se hace pasar hasta la vejiga el tubo con su obturador *in situ*. Se retira el obturador y se colocan el telescopio y el conductor de luz. En seguida se inserta debidamente el tapón metálico provisto de su capuchón de goma.

Un irrigador lleno de agua esterilizada, situado á un metro de altura sobre el nivel de la mesa, debe conectarse con una de las

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

llaves laterales, lo cual permite dar principio á la circulación del agua. La otra llave lateral está destinada á drenar el exceso de líquido; se aconseja conectarla con un delgado tubo de goma que va á terminar en el cubo de desagues. Se da luz y se mueve ligeramente el telescopio hasta obtener una visión clara. La irrigación puede regularse para que ceda á las exigencias del exámen más prolijo: si necesitamos examinar la uretra distendida, se cierra la llave de salida del agua; si por el contrario, es preciso provocar un prolapso de la mucosa, podemos interrumpir momentáneamente la irrigación.

El exámen debe comenzarse en la vejiga prácticamente vacía, inspeccionando el trígono y los meatos ureterales que se ven con claridad. Retirando lentamente el instrumento, aparece la circunferencia del esfinter interno. Comienza entonces la exploración de la uretra prostática y se observa minuciosamente el verumontanum. La uretra membranosa puede ser distendida y examinada en detalle. Al retirar con lentitud el uretroscopio, las diversas partes de la uretra anterior van pasando una ordenada revista que termina en el meato. Si la distención producida por el agua no es excesiva, el lumen y la circunferencia total de una sección de la uretra se presentan en una sola imagen.

Fulguración é intervenciones bajo una corriente de agua.—A travez del tapón metálico, puede introducirse un alambre eléctrico de alta frecuencia, convenientemente aislado. El canal que atraviesa este tapón deja espacio suficiente para el paso de un cateter de calibre 12 (escala francesa); por consiguiente, podemos servirnos de todos los instrumen tos flexibles (pinzas, tijeras, sacabocados, etc.), de uso corriente en cirugía cistoscópica. El sistema de irrigación produce un lavado contínuo, lo cual permite trabajar bajo el control de un campo visual siempre limpio.

Intervenciones en seco—Si retiramos el tapón metálico y suprimimos toda provisión de agua, es fácil introducir instrumentos rígidos como aplicadores, cuchillos uretrales, curetas, etc., con el objeto de aplicar localmente algún medicamento ó de practicar determinadas intervenciones endouretrales. En el caso de que la visión amplificada no fuera necesaria, puede retirarse el telescopio, dejando tan solo la lamparilla eléctrica y su conductor; de esta manera el operador puede aprovecharse de casi todo el lumen del tubo endoscópico.

New York, mayo de 1916.

REVISTA DE TESIS

EL SERVICIO DE IDENTIFICACION EN EL PERU.—Tesis para optar el grado de bachiller, presentada por Luis Vargas Prada.

En este trabajo el autor pasa en revista de manera rápida y

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

suscinta, la historia de la oficina de Identificación de la policía limeña, analiza las ventajas de la introducción de la dactiloscopía para la identificación y propone algunas iniciativas, muy loables por su puesto, á fin de convertirla en «una oficina de estudio donde se haga antropología criminal».

TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSOS GENITALES—Tesis que para optar el grado de bachiller en Medicina presenta Felipe A. Denegri.

El autor recomienda el tratamiento de estas deformidades por el procedimiento del Dr. Juvenal Denegri (acortamiento de los ligamentos redondos y anchos por detrás del útero y oclusión del fondo de saco de Douglas), por lo siguiente: *a*) Porque tiene un fundamento científico serio y está basado en la autonomía del útero, en el conocimiento exacto de sus medios de sostén y en la fisiopatología de los prolapsos uterinos; *b*) Por que han sido excelentes sus resultados en 60 casos operados.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ANATOMIA.—Tesis de bachillerato por Gregorio Ramirez.

El autor sostiene en este opúsculo la necesidad del método de la sección para el estudio completo del organismo; la utilidad del dibujo, como elemento auxiliar importante en el estudio de la Anatomía, y la necesidad de la instalación en el Anfiteatro Anatómico de un salón para sección, conservación y dibujo de piezas anatómicas. Acompañó á su trabajo numerosos preparados, de presentación irreprochable.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA NEUMONIA EN EL PERU.—Tesis presentada para optar el grado de bachiller por Juan M. Avalos.

El autor llega á las siguientes conclusiones:

1a. La neumonia es una enfermedad endémica en la costa y en la sierra del Perú.

2a. Proporcionalmente el número de casos es mayor en la sierra que en la costa.

3a. La evolución es por lo general más grave en la sierra que en la costa.

4a. La mortalidad es mayor en las alturas que en los lugares bajos.

5a. El frío y la presión atmosférica son las causas principales de esta diferencia.

6a En la neumonia de la sierra la traslación al litoral debe ser considerada como parte esencial del tratamiento.

CONSIDERACIONES SOBRE LA SIFILIS Y EL EMBARAZO ENTRE NOSOTROS.—Tesis para el bachillerato por Leoncio P. Chiri.

Las conclusiones son las siguientes.

1a. La influencia de la sìfilis sobre la preñez es indiscutible.

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

2a. La elevada mortalidad fetal de nuestras maternidades puede referirse á la sífilis.

3a. La mujer sifilitica en estado de preñez, se encuentra abandonada entre nosotros. Urge instalar un servicio anexo á las maternidades para darles tratamiento conveniente.

4a. El control del tratamiento se hará por la reacción de Wassermann.

5a. La Profilaxia general de la sífilis reclama la intervención del Estado.

6a. Se hace necesario el certificado médico para el matrimonio.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PESTE BUBONICA.—Tesis que para optar el grado de Bachiller en Medicina presenta Julio Boza.

Esta tesis comprende el estudio detallado del movimiento numérico de enfermos de peste acaecidos en el primer año que hizo su aparición la peste bubónica entre nosotros. En este sentido tienen valor sus observaciones.

EL TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIASIS DERMICA POR LAS INYECCIONES ENDOVENOSAS DE TARTARO EMETICO.—Tesis de Bachillerato por Javier Lanfranco.

El autor fundamenta su trabajo en 13 observaciones personales y llega á las siguientes conclusiones:

1a. El tartrato de antimonio y de potasio es el medicamento específico de la leishmaniasis dérmica (cutánea y mucosa) en todas sus manifestaciones.

2a Su vía de introducción en el organismo debe ser la endovenosa.

3a. Debe preferirse la solución al 1 °/o esterilizada en frío, á los demás preparados.

4a. Su eficacia é inocuidad es comprobada, siempre que la solución sea estéril, que no tenga precipitado de óxido de antimonio y que las dósis usadas sean progresivas, sin alcanzar cantidades excesivas.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LITIASIS BILIAR. —Tesis para el bachillerato por F. Wieland Z.

Este trabajo resume el estado actual de la terapéutica quirúrgica de la colelitiasis. Sus conclusiones son las siguientes:

1a. El tratamiento de la litiasis biliar es de orden médico quirúrgico.

2a. En los casos de colecistitis aguda, calculosa ó no, que se presenta con síntomas de carácter alarmante desde el comienzo de la enfermedad, es justificable el tratamiento quirúrgico, maxime si se trata de la forma gangrenosa ó supurada.

3a. En los casos de colecistitis aguda simple, acompañada de síntomas benignos, el tratamiento médico está indicado; pero si la crisis persiste intensificándose apesar del tratamiento médico instituído, durante la primera semana, conviene actuar quirúrgicamente á fin de evitar las múltiples complicaciones de que puede ser capaz.

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

4a. La elección del procedimiento operatorio en las colecistitis agudas, debe estar en relación con la variedad de la lesión y el estado general del enfermo, prefiriéndose en todo caso la colecistectomía.

5a. En los casos de colecistitis crónica con infección grave, la operación está indicada y será tanto más urgente cuanto mayor sea el grado de intoxicación del sujeto. En casos distintos, cuando los síntomas no son alarmantes, el tratamiento médico está indicado por un tiempo discreto, pero cuando este no aminora la inflamación ni la infección, también está indicada la terapéutica quirúrgica.

6a. El procedimiento operatorio de elección en los casos de colecistitis crónica debe ser la colecistectomía, salvo contraindicación.

7a. En los casos de oclusión aguda del hepatocolédoco, el tratamiento médico es de prescribirse, pero cuando las condiciones del sujeto no progresan en sentido favorable y los ataques se repiten, la acción quirúrgica se impone.

8a. En los casos de oclusión crónica del hepatocolédoco, el tratamiento quirúrgico debe ser relativamente precoz.

9a. La elección del procedimiento operatorio en la litiasis coledociana, dependerá de las lesiones anatomopatológicas de cada caso y de las dificultades que pueden presentarse durante el acto operatorio. Debe darse preferencia á la coledocotomía seguida del drenaje hepático.

ASOCIACION DE INTERNOS DE LOS HOSPITALES

Sesión celebrada el 1.º de octubre de 1916

MECANISMO, PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA.- El señor Cincinato Novoa diserta ampliamente sobre el fenómeno que se conoce con el nombre de anafilaxia. Hace la historia detallada de los diversos experimentos que indujeron á Richet al descubrimiento de este fenómeno; expone las investigaciones de von Pirquet y Arthus; explica en que consiste el fenómeno del shock anafiláctico; traza el cuadro clínico de la anafilaxia; refiere una á una las teorías emitidas por los diversos autores para explicarla y termina haciendo ver la importancia tan inmensa que el estudio de la anafilaxia lleva consigo, y que demanda nuevos estudios á fin de aclarar muchos puntos que todavía están oscuros.

El señor Carlos A. Bambarén, hace enseguida una exposición sobre el mismo asunto y después de señalar algunos detalles sobre los estudios que precedieron á los de Charles Richet, dice que al lado de las teorías imaginadas por los investigadores europeos, hay que colocar la teoría del notable médico argentino doctor Julio Mendez.

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

El Dr. J. Mendez piensa, siguiendo una tendencia bien definida, que la Anafilaxia y la Inmunidad pueden caber en una sola explicación general. Para ello admite que después de la introducción de un antigeno en el organismo, se forman los anticuerpos que denomina *haptinas* y *lysinas*. Dice que es á la primera á la que corresponde ser el factor biológico de la inmunización ya que tiene por misión la formación de más haptinas por destrucción del antigeno; la segunda tiene la propiedad de fijarse á las células del organismo, determinando la enfermedad, que en caso de curación producirá la antitoxina.

Según esta teoría, se produce la inmunidad, cuando el arribo de lysinas se hace gradualmente y las células que las reciben tienen tiempo de formar la antitoxina; se determina la anafilaxia, por la invasión brusca de lysinas, que atacando á las células, caducan, ya que no tienen tiempo para reaccionar.

Al principio, de acuerdo con los procedimientos para provocar la anafilaxia, creía que la formación de lysinas va siempre precedida por un tiempo de formación de haptinas puras, siendo la segunda inyección la que, por una rápida formación de lysinas, producía el schoc anafílactico. Pero el Dr. Méndez ha demostrado que la manera clásica de provocar la anafilaxia, no es indispensable, pues, el lado de anafilaxia activa y pasiva, Mendez ha conseguido lo que él llama anafilaxia trasmitida, suprimiendo el periodo preanafiláctico y aún ha logrado producir el shock inyectando en el corazón de un animal, sangre que ha extraído de otro de la mísma especie que se encontraba en periodo agónico, por haber recibido una cantidad letal de antigeno.

Indicó que para la prevención de la anafilaxia debía usarse el método de las inyecciones subintrantes de Besredka y que para el tratamiento podía emplearse el cloruro de calcio y la adrenalina por vía subcutánea, sustancia que algunos autores la reputaban con propiedades preventivas respecto al shock anafiláctico.

Al terminar propone, que, dado que la anafilaxia no ha ocasionado hasta ahora sino dos defunciones y dado, asímismo, la necesidad de tratar por el suero específico las recidivas de las enfermedades que lo poseen, aún cuando estas se realicen dentro del periodo anafiláctico, la «Asociación de Internos de los Hospitales», en vista de las conclusiones á que arriba la Comisión de la «Sociedad Médica de los Hospitales de Paris», declare que no hay que titubear en practicar una inyección de suero siempre que prime la indiscutible acción curativa de dicho suero, es decir, siempre que reporte beneficio al enfermo. La anafilaxia, dice terminando, no es pues temible.

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

PRENSA MEDICA AMERICANA

(De nuestros canjes)

ESTADOS UNIDOS

Surgery, Gynecology and Ostetrics (Julio 1916).

D. C. BALFOUR. «*La técnica de la esplenectomía*».—Después de la incisión de Berau izquierda, prolongada hacia abajo tanto como lo exija el volumen del bazo, se explora la cavidad abdominal para comprobar el estado de las vísceras.

Dislocar el bazo de su celda subdiafragmática, separando las adherencias del órgano á este músculo con los dedos, operación muchas veces practicable y segura. Si hay vasos que sangran se cohibirá temporalmente la hemorragia taponando la cavidad con gasa, ó bien dividiendo las adherencias entre dos largas pinzas curvas. No cree el autor como Hartmann, que la operación sea impracticable en ningún caso por causa de las adherencias del bazo al diafragma. Dislocado el bazo, se tapona la celda hepatica firmemente, con gasas calientes. Se detiene así la hemorragia venosa y se establece un punto de apoyo seguro para las manipulaciones ulteriores del órgano, división de las adherencias y ligadura del pedículo.

Levantado el bazo del modo antes señalado, queda todavía sostenido por su pedículo principal en su envoltura serosa, el ligamento gastroesplénico y en ciertos casos algunas adherencias adventicias. Antes de aislar y tratar el pedículo deben ser divididas las adherencias accesorias y los ligamentos peritoneales.

El ligamento gastroesplénico se dividirá, entre ligaduras, muy cerca del bazo. Contiene los *vasos cortos* que nacen de la esplénica para ir á la curvadura mayor del estómago siguiendo este repliegue peritoneal. En este tiempo operatorio debe tenerse presente que el fondo del estómago está muy inmediato al bazo, y precisarse en cada caso sus relaciones exactas para evitar sea lesionado ó cojido por el clamp.

Se continuará la movilización del bazo disecando con cuidado las envolturas peritoneal y fibrosa del pedículo esplénico. Importa en este momento localizar la cola del pancreas que por su posición variable debe inspeccionarse siempre. Algunas veces la cola es corta y descanza junto á la faceta renal del bazo en contacto con la cara posterior del pedículo esplénico tan relacionada con el hilio que su borde se hace concavo. Otras veces la cola es delgada y termina al lado de los vasos esplénicos, y aún puede quedar fuera del campo operatorio.

Disecado el pedículo esplénico queda reducido á la arteria y las venas. La arteria se divide algunas veces antes de alcanzar el hilio del bazo, pero por lo general constituye un tronco único; las venas siempre son multiples. La prisión relativa de venas y ar-

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

tenias varía. Este es el momento de decidir si se debe tratar el pedículo en masa ó ligarlo por secciones. Lo último es mejor cuando se puede realizar.

Tirando el órgano con cuidado puede el bazo salirse enteramente fuera del abdómen para ligar su pedículo después de disecado éste y divididos los troncos venosos laterales. La tortuosidad normal de la arteria esplénica explica esta elongación que facilita su ligadura, pudiéndose en ocasiones ocluir la arteria primero conservando así al paciente una parte notable de la sangre contenida en el bazo que regresa por las venas dejadas permeables durante un momento.

Si la disposición de las venas y las ramas arteriales no permite la ligadura por secciones, se practica en masa por el método de los clamps. Se tomará el pedículo con dos clamps curvos paralelos, colocando un tercero al lado del bazo y seccionando el pedículo junto á este. La ligadura (catgut N.º 2) será moderadamente apretada y doble, una entre los dos clamps y otra en la parte aplastada por el clamp interno.

Se quita ahora el tapón hemostático y se inspecciona la celda esplénica ya vacía poniendo con una aguja ligaduras de catgut fino en todos los puntos que sangren hasta obtener hemotasia perfecta.

Las dificultades técnicas y riesgos de la operación varían según la enfermedad por la cual se practica la esplenectomía. En la anemia perniciosa es comparativamente fácil. En la anemia esplénica los peligros son mayores por la friabilidad de los vasos y multiplicidad de las adherencias. No debe practicarse la operación cuando hay gran ascitis, cirrosis atrofica ó vasos esplénicos aneurismáticos.

Resumiendo lo anterior y como fruto de su experiencia concidera Balfourt como puntos esenciales de técnica en la esplenectomía: 1.º la exploración abdominal; 2.º la dislocación del bazo; 3.º el uso de un tapón de gasa caliente; 4.º la protección del estómago y del pancreas; 5.º la ligadura preliminar de las adherencias y 6.º el tratamiento del pedículo esplénico.

Surgery, Gynecology and Obstetrics (Setiembre de 1916).

1) R. PETERSON. «*La operación extensa por cancer del utero.*» Presenta el A. observaciones muy interesantes sobre 124 casos de cáncer uterino. En 59 enfermos que sufrieron la operación radical por el abdómen, 15 murieron á causa de la intervención misma, 27 gozaron de salud hasta pasados 5 años de la operación. El número de casos que pueden considerarse como permanentemente curados es de 18, que corresponde á personas que actualmente están sanas y que fueron operadas hace más de cinco años; el tiempo mayor á que se refieren estas curaciones es de 13 años después de la intervención. A pesar de la crecida mortalidad post operatoria y de las frecuentes recidivas, los resultados finales deben animarnos á intentar una intervención radical.

2) R. T. FRANK. «*Los rayos X en las hemorragias uterinas*».— La radioterapia es de gran valor en ginecologia. Permite al ginecólogo ejercer determinados efectos sobre el ovario y controlar el ciclo menstrual en grados que varían desde una ligera inhibición has-

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

ta la permanente interrupción de la función ovárica. Además provoca la reducción de los tumores fibrosos ó su desaparición.

3) W. S. STONE. «*Alteraciones precancerosas en el utero*».

4) J. O. POLAK. «*Las causas patológicas de la esterilidad*».—En la mayoría de los casos de esterilidad que acuden donde el médico, las alteraciones patológicas son tan avanzadas que la preñez es imposible. El hombre es en gran parte responsable de la ineficacia del tratamiento ginecológico. Hay en la preñez un factor bioquímico, hasta ahora inexplicable, que es con frecuencia la causa de la esterilidad. La mayor parte de los procedimientos operatorios tienen poca influencia en el éxito del tratamiento por esterilidad. Cada caso requiere un tratamiento especial y ambos contrayentes deben ser estudiados antes de establecer operaciones terapéuticas.

5) C. C NORRIS. «*Sífilis del cuerpo del utero*».

6) F. J. TAUSSIG. «*Fiebre sifilítica*».—Casi nunca podemos hacer el diagnóstico de fiebre sifilítica con absoluta certeza, pero en muchos casos debemos sospecharlo é instituir el tratamiento antiluético. La fiebre sifilítica secundaria se presenta en el 20 % de los enfermos en la época de las erupciones. La fiebre terciaria suele complicar ciertas afecciones ginecológicas ú obstetricas y llevarnos á un error en la interpretación de la causa de la fiebre debido á las dificultades para localizar la lesión terciaria. En muchos casos la reacción de Wassermann puede sacarnos de la duda. La fiebre sifilítica es probablemente debida á la reacción del organismo contra toxinas que los spirochaete producen en determinadas circunstancias.

7) R. PETERSOS. «*Observaciones sobre la sífilis en la clínica Ginecológica y Obstetrica de la Universidad de Michigan*».

8) R. BUHMAN. «*La especificidad de la reacción de Wassermann*».—El A. ha hecho investigaciones en 58 casos de enfermedades de la piel no sifilíticas, 136 casos de tumores malignos y 64 casos de otras enfermedades. Concluye afirmando que teóricamente la reacción de Wassermann no es específica, pero que prácticamente lo es en alto grado; que una reacción fuertemente positiva es evidencia de sífilis; que el diagnóstico nunca debe basarse en una reacción debilmente positiva, salvo el caso de que existan pruebas clínicas de la enfermedad; que una reacción negativa no excluye la posibilidad de una infección sifilítica; que en los casos de neoplasia maglinas no se obtiene reacción positiva.

9) H. J. BOLDT.—«Las altas temperaturas comparadas con las bajas temperaturas en el tratamiento del cáncer del útero por el calor».

10) J. W. BOVEE.—«Notas sobre el pasado, el presente y el futuro de la Ginecologia, de la Obstetricia y de la cirugía abdominal». Discurso del presidente en la 41a. reunión anual de la «American Ginecológical Society».

11. N. HESSERT. «Epiploítis después de las herniotomías».

12) S. L. HAAS. «La transplantación de la extremidad articular de los huesos incluyendo el cartílago diepifisario».—Presen-

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

te el A. una larga serie de experimentos y estudios anatomopatológicos.

13) F. E. PIERCE. «Traumatismos en la espalda y en la columna vertebral».—Este artículo está basado en una estadística de 758 casos y trata especialmente del diagnóstico diferencial entre las contusiones, entorsis, luxaciones y fracturas vertebrales, las lesiones musculares, la conmoción espinal, etc.

14) B. SOLOMONS. «Embarazo abdominal».

15) J, B, SQUIER. «Rabdomioma de la próstata».—Revisa la literatura de esta rarísima afección, rememora los 3 casos descritos por Kaufmann y presenta la historia clínica y las investigaciones anatómicas de un caso personal.

15) G. H. WOOD. «Eventración del diafragma y dextrocardia».

17. R. J. BEHAN. «Ganglioneuroma».

18) R. E. SOULE. «Aplicación de los ingertos oseos en el tratamiento de la avulsión, completa ó parcial, del tubérculo tibial en el adolescente».

19) R. H. BAKER. «Cilindroma de la lengua».—Afirma el A. que en la literatura médica hasta ahora no se ha mencionado cilindromas de la lengua, y presenta los estudios microscópicos que corresponden á dos casos.

New York Medical Journal (Julio 29 1916).

1) M. S. MACY. «Mujeres médicas».

2) A. STRICKLER. «Reacciones anafilácticas de los alimentos en las enfermedades de la piel». De las experiencias practicadas por el A. se infiere que las pruebas de la anafilaxia provocada por determinadas proteinas. tienen gran valor para el diagnóstico etiológico y para el tratamiento de las enfermedades de la piel, especialmente del eczema.

3) M. TALMEY «Factores predisponentes de la parálisis infantil».

4) R. ABRAHAMS «Tuberculosis pulmonar incipiente».

5) W. H. KINNEY »Toxemia urinaria».

6) A. C. JEYSER «Infección tuberculosa é inmunidad tuberculosa».

7) O. L. LEWIN «Sífilis primaria». El A. se ocupa de la importancia de un diagnóstico precoz para el buen pronóstico de la sífilis y de la técnica para la investigación del Spirochaeta pallida.

8) ALMA VEDIN. «Seis meses de trabajo en anestesia». Refiere observaciones sugeridas por 656 anestesias generales con éter.

9) H. F. WOLF. «Bursitis subacromial». Llega a las conclusiones siguientes: existe una forma aguda de bursitis subacromial, que posee varios factores etiológicos análogos al reumatismo articular agudo; un tratamiento que rara vez falla consiste en aplicaciones húmedas, ácido acetilsalicílico y masaje suave.

10) M. SCHULMAN. «Quiste unilocular del riñón». Presenta la historia de un singular caso de un gran quiste, independiente de la pelvis renal, lleno de un fluido turbio, ambarino, esteril y que no contiene urea.

11) S. R. KLEIN. «Hallazgos del laboratorio en la poliomielitis.

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

(*Agosto* 5 1916).

12) D. D. ASHLEY. «Calzado desde el punto de vista fisiológico y terapéutico».

13) S. THEOBALD. «Herpes febril de la cornea».

14) J. A. MCGLINN. «Tratamiento de las complicaciones del embarazo». Trata especialmente de los vicios de posición del útero, de los quistes ováricos, de la apendicitis y obstrucción intestinal, de la filibromatosis uterina, de los casos de atresia y septum de la vagina, de las infecciones agudas de la vagina y de la vulva.

15) R. A. KEILTY.«Sífilis y tuberculosis en un mismo pulmón». Contiene la historia detallada de un caso.

16) J. J. SHEEHEY. «Extirpación de un fibromioma intersticial».

17) A. H. MAY. «La toxemia nefrítica en el embarazo».

18) A. H. COOK. «Patogenia de la psoriasis».

19) S. W. Boorstein. «Algunos principios ortopédicos en la práctica de la pediatria».

20) J. J. DECKER. «Algunos síntomas oculares de importancia para el diagnóstico».

(*Agosto* 12, 1916).

21) F X. DERCUM. «La historia de la demencia precoz». Se ocupa el A. del concepto clínico de la dementia praecox, de la importancia etiológica de la herencia y de la sífilis, hace interesantes observaciones sobre el rol que en ella tienen las glándulas de secreción interna cuyas alteraciones funcionales son evidentes, y hace la interpretación clínica de algunos síntomas.

22) F. WISE. «Sífilis congénita».

23) C. P. GRAYSON. «Nuestra voz americana y su articulación».

24) G. MCCONNELL. «Bacilo de Vincent en el cuello uterino».

25) A. C. BURNHAM. «Los seguros contra la salud desde el punto de vista del médico».

26) L. M. KARN. «Métodos modernos para la transfusión sanguínea». El A. pasa en revista los métodos modernos de transfusión de sangre, desde los procedimientos directos de Carrel y Crile, las modificaciones de Brewer y Elsberg, el método de jeringas, etc.; hasta los procedimientos indirectos que requieren el uso de anticoagulantes.

27) C. KING. «Corea hereditario».

28) A. HYMAN. «Gonorrea y sus complicaciones». Presenta el resultado del tratamiento con la vacuna antigonococica de Nicolle y Blaizot, observado en 25 casos. Llega a la conclusión de que dicha vacuna es muy inconstante en sus efectos.

California State Journal of Medicine. (Agosto, 1916).

1) P. S. CAMPICHE. «El uso de las placas metálicas en los huesos». Protesta enérgicamente en contra de las intervenciones cruentas en muchos casos de fracturas que hubieran curado mejor si no se les hubiera operado. Critica el uso de las placas metálicas preconizadas por Lane, que en opinión de A. debe ser abandonado, y al que califica como «una página negra en la historia

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

del tratamiento abierto de las fracturas». Recomienda las osteosíntesis con ingertos oseos para los casos de uniones viciosas y retardadas.

2) A. B. CECIL. «Contractura del cuello vesical, su diagnóstico y tratamiento».

3) A. WEEKS. «Estenosis congénita del píloro».

4. S. H. HURWITZ. «Investigaciones preliminares para la transfusión de sangre».

5) J. H. CATTON. «Leucopenia, su relación con la bronquitis».

6) H. C. NAFFZIGER. «Proyectos de tratamiento quirúrgico en las meningitis».

7) G. E. EBRIGHT. «Tratamiento de la difteria».

8) C. W. MACK. «Factores psicogénicos en las afecciones orgánicas».

9) WM. B. SMITH. «Meningitis cerebro espinal, epidémica».

URUGUAY

Revista Médica del Uruguay (Julio de 1916).

1) SANTIN C. ROSSI. «Régimen de convalescencia de los alienados».—Las importantes conclusiones á que el autor llega son las siguientes.

Primera.—Los alienados convalescientes no deben estar en promiscuidad ni con los alienados agudos ni con los crónicos;

Segunda.—La protección del Estado sobre los alienados indigentes no debe terminar en el asilo.

Tercera.—Conviene que el estado reglamente la asistencia de los alienados convalescientes sin recursos, y los prepare para reasumir sus actividades sociales, por el sistema que más se adapte á cada pais de entre los varios que la ciencia y la experiencia psiquiátricas indican; y

Cuarta.—Conviene que el Estado fomente la creación y el funcionamiento de instituciones sociales para la protección del alienado.

2) LORENZO MEROLA. «Quiste hidático del lóbulo frontal del cerebro. Operación, curación».—El A. describe este caso, en el que la sintomatología lo lleva á hacer el diagnóstico no solo de tumor cerebral, sino hasta de su localización prerolándica izquierda. Operado, cura perfectamente.

3) PEDRO E. DUPRAT. «Tratamiento de las parálisis postdiftéricas por el suero de Roux».—Notable trabajo; resume, presentando un caso clínico, la última palabra sobre tan importante tópico. He aquí las conclusiones:

1.º El suero de Roux no puede ser acusado de provocar las parálisis diftéricas.

2.º El suero tiene un valor profiláctico y curativo indiscutible y evidente con respecto de las parálisis diftéricas.

3.º En seroterapia *intervenir pronto, á fuertes dósis y prolongadamente*, debe ser la norma general del médico. Vale más dar suero en exceso que no dar bastante (Martin).

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

4.º El temor de los accidentes anafilácticos—que por lo demás, han sido muy exagerados como acaba de reconocerlo el mismo Richet (Acad. de Méd. Paris 1916)—debe quedar subordinado por completo y sin ningún género de duda á las indicaciones clínicas del momento en que se interviene.

5.º Los accidentes séricos ceden, en general, rápidamente á la simple administración de una poción de cloruro de calcio (5 grs. por 24 hs. por término medio). En caso de amenaza cardiaca una inyec. hipodérmica de 1/4 ó 1/2 cc. de la soluc. de adrenalina Parke Davis (repetida si fuera necesario cada 6 ó 12 hs), yugula en corto tiempo toda actuación alarmante. Tal es, por lo menos, lo que nos enseña nuestra práctica, sin ninguna excepción hasta el momento que escribimos.

4) JOSE BRITO F. Y JULIO MOREAU. «Un caso de buba (espundia)».—Describen la historia clínica del sujeto, proveniente de la provincia de Santa Cruz, Bolivia, y á pesar de las investigaciones histobacteriológicas no la identifican con las afeciones leishmaniásicas, hoy bien estudiadas en la América del Sur.

COLOMBIA

Repertorio de Medicina y Cirugía (Julio 1916).

GENARO RISCO R. «Sutura del corazón».—Importante historia clínica de una enferma que habia recibido una herida penetrante del tórax que interesaba la pleura, pulmón izquierdo, pericardio y base del corazón, ventrículo derecho pared anterior. Operada tardíamente, muere poco tiempo después de la intervención. En la autopsia se encuentran, «heridas tratadas científicamente» según la expresión de los médicos legistas.

POMPILIO MARTINEZ N. «Fibromas blandos de la piel—Fibroma moluscum»—El autor dá á conocer sus caracteres anátomopatológicos, y pensando contrariamente á Virchow y Recklinghause, cree que estén «ligados siempre á una malformación local que data de la vida fetal». Estudia sus caracteres etiológicos, su sintomatologia, complicaciones y tratamiento, puramente quirúrgico.

J. VICENTE HUERTAS. «Aplicaciones del eter en la anestesia general por el método abierto».—El A. describe el método de aplicación del eter que denomina *abierto* probando por medio de una competente estadística, (418 observaciones) su superioridad sobre el método que él llama *cerrado*.

CARLOS J. LEZACA. «Un caso de mordedura de Bothrox Rhombatus» (taya equis).—Historia clínica de un caso de mordedura por un ofidio.

ARGENTINA

Revista del Circulo Médico Argentino y *Centro de Estudiantes de Medicina* (Agosto de 1916).

1) ANGEL H. ROFFO y J. TORRES ZARATE. «Granuloma venereo».—El granuloma venereo es afección debida al *calymatobacterium granulomatus*, que se localiza de preferencia en la región in-

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

guinoescroto perineal, que se ha confundido con lesiones producidas por la sífilis, que se trasmite por contagio venereo, con una incubación de 10 á 15 días y que se cura facilmente por el tártaro emético, filtrado en frío y aplicado por vía venosa.

2) P. JULIO ARDOY. «La exploración funcional de las glándulas suprarrenales».

3) RICARDO FINOCHIETTO. «La amputación en el tercio superior del muslo».

4) JUAN JOSE VITON. «A propósito de examen de un tabético».

5) ADOLFO A. VACCAREZZA. «Diagnóstico bacteriológico».

6) M. IGNACIO ROMERO. »Ptomainas, leucomanias y glucósidos cadaverícos».

7) DIEGO R. GAROFALO. «Toxinas y antitoxinas».

BRAZIL

Memorias del Instituto Oswaldo Cruz (Faséculo I, 1916).

1) OLYMPIO OLIVEIRA RIBEIRO DA FONSECA. «Estudios sobre los flajelados parásitos de los mamíferos del Brazil».

2) A. DA COSTA LIMA. «Sobre algunos curculiónides».

3) A DA COSTA LIMA. «Contribución al estudio de la biología de los culicidas. Observaciones sobre la respiración de las larvas».

4) ARTURO MOSES. «Estudio sobre el liquido cefaloraquideo».

5) ARISTIDES MARQUES DA CUNHA. «Contribución al conocimiento de la fauna de protozoarios del Brazil».

VENEZUELA

Gaceta Médica de Caracas (Setiembre 1916).

1) J. B. ASCANIO RODRIGUEZ. «Notas sobre la fauna de los Brachycera». Señala unos flajelados, que cree formas evolutivas de una leishmania, encontrados en la mosca doméstica de Barranquilla y de Caracas.

2) R. GONZALES RINCONES. «Sobre la existencia posible de Habronema Muscae en las moscas de Barranquilla y Caracas».

3) JESUS RAFAEL RISGUEZ. «Nota sobre la invasión de los ganglios linfáticos por los huevos del Schistosoma Mansoni».

NECROLOGIA

RICARDO P. SAÚRI. –Ha fallecido victima de una agresión, el Dr. Ricardo P. Sauri que ejercía, con gran éxito la profesión, en la provincia de Chancay.

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

PEDRO LAGLEYZE.—El distinguido oftalmólogo argentino Dr. Pedro Lagleyze ha fallecido últimamente en Buenos Aires. Su reputación como oftalmológo era aceptada por las eminencias europeas más caracterizadas.

BIBLIOGRAFIA

LA LEISHMANIASIS AMERICANA DE LAVERAN Y NATTAN LARRIER por el doctor Edmundo Escomel.—Buenos Aires 1916.

Contribución importante y por si sola para afianzar un prestigio es la que analizamos. Escomel no lo necesita, por que ya está consagrado.

Iniciador del estudio de las leishmianis en el Perú, estaba obligado á presentar el trabajo de conjunto que reseñamos, que además de sus muchos méritos, tiene el de dar á conocer la literatura peruana al respecto en medios distintos del nuestro, pues, ha sido publicado en Buenos Aires.

Consta la publicación de los siguientes capítulos: Historia.—Distribución geográfica.—Sintomatología.—Leishmaniasis de las mucosas.—Anatomía patológica.—Agente causal.—Histología y Patogenia.—Cultivos é Inoculaciones.—Diagnóstico.—Botón de Oriente y Leishmaniasis americanas.—Pronóstico.—Tratamiento.—La leishmaniasis americana en el Congreso Médico de Lima.—Conclusiones.

Todos estos capitulos están desarrollados con el talento que es peculiar al autor y como idea dominante se destaca la opinión de «que la leishmaniasis americana de Laveran y Nattan Larrier, no es clínicamente idéntica al Botón de Oriente».—C. A. B.

LA FAZ MEDICO MILITAR DE LA GUERRA EUROPEA por el Dr. Eudoro Aguilar Oliva.—Lima, MCMXVI.

Es indudablemente útil la obra del Dr. Aguilar, porque es la expresión de las situaciones médicas que el ejército francés ha ofrecido, que apreciara de cerca, gracias á encontrarse en Francia á la declaratoria de la guerra, y porque pone en relieve la importancia del servicio de Sanidad, que ha alcanzado papel preponderante en toda organización militar científicamente concebida.

Reciba el autor nuestros parabienes.

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