## ba Crónica Médica

A TO XXXIV - LIMA, JULIO DE 1917 - Nº 649

# LOS FACTORES ETIOLOGICOS DE LA ALIENACION MENTAL A TRAVES DE LA HISTORIA DEL PERU

aguant and Lección inaugural del curso de 1917.

POR EL DR. HERMILIO VALDIZAN

La épica aventura de Francisco Pizarro en tierras del Perú y la victoria alcanzada en los campos de Junín por las huestes defensoras de ideaies de libertad brotados, como generoso producto de purificación, de las ensangrentadas hojas de las guillotinas francesas, dividen la historia de nuestra patria en tres períodos unánimemente aceptados un período incaico, un período colonial y un período republicano, que nos ha tocado en suerte vivir: Será a través de estos tres periodos que examinaremos los factores etiológicos de la alienación mental.

1º.—En los orígenes de las primitivas tribus cuya agrupación formó el dilatado imperio de los Incas, la unión sexual no reconoció, seguramente, otras leves que las de la fuerza: en la diaria batalla de aquellos hombres primitivos, la mujer debió ocupar un puesto entre los trofeos de la victoria y el vencedor de aquellas justas esencialmente medulares y musculares, debió contemplar satis-fecho junto a las ensangrentadas armas del vencido, la doliente imagen de la mujer cautiva, cambiando de amo, resignada y silenciosa. En estas condiciones, la procreación revestía los caracteres de un episodio banal, de un episodio sin mayor importancia que la satisfacción de cualquiera de los apetitos cuya exigencia se cuenta entre las características de la vida primitiva. Y, en estas condiciones, la procreación debió hallarse rodeada de factores predisponentes de las enfermedades de la mente: mujeres poseídas en estado de espanto por la degollación de sus maridos, de sus hermanos y de sus hijos; mujeres poseídas bajo el peso de la amenaza de muerte cuya sentencia había de dictar el capricho del apetito erótico ya apagado, no pudieron engendrar una prole mentalmente sana.

Sabemos que la fecundación es el momento decisivo de la vida del ser, cuya vida va a condensar la de aquello sunidos por el espíritu de la especie de que nos habla Shopenhauer. Y sabemos que muchos pueblos primitivos, sospechadores de esta influencia, en a actualidad no discutida, procuraron rodear la noche de bodas

de un ambiente de quietud y de reposo, de tranquilidad y de bienestar. Y estos mismos pueblos al paso de los años, con el evolucionar de las costumbres, con la dulcificación de ellas, y su orientación hacia prácticas más humanas, no solo procuraron quietud a la primera unión de las nuevas parejas, sino que les concedieron el homenaje de la poesía y de la música en himnos que traducen bien a las claras el arraigado concepto de la trascendencia del momento cantado.

Tal sucedió entre los Incas: a medida que las tribus mónades fueron perdiendo su autonomía y fueron incorporándose a la autoridad de los descendientes de Manco, las uniones sexuales fueron perdiendo sus características de brutalidad y comenzó a concederse a la maternidad algunos de aquellos derechos que la sociedad moderna le concede plenamente, sin restricciones: la severa sanción punitiva del aborto, la preferencia de laboreo de las tierras repartidas a las madres viudas, son indicios suficientes de este respeto a la mujer madre que debe contarse entre las caracterís-

ticas culturales del imperio de los Incas.

Al advenimiento de los conquistadores, antes de que se operara la parcial simbiosis etnica en que nos sorprendió el advenimiento de la República, las condiciones de la fecundación no debieron cambiar radicalmente en el sentido de un mejoramiento social: los compañeros de Pizarro no cuidaron de venir acompañados de sus mujeres y hubieron de tomarlas, de grado o por fuerza, entre las mujeres de los conquistados. Delicadamente galanteadas como la Capullana por cuyos encantos perdiera el juicio PEDRO de ALARCON o brutalmente poseídas como aquellas Lucrecias indígenas de que nos habla el Padre Calancha, las mujeres peruanas de aquella época solo debieron contemplar en aquellos hombres blancos y barbudos una resurrección amable de los rojos dominadores de las tribus preincásicas. Y trascurrido este primer período de violencias, esta primera etapa de agresiones eróticas, la condición de la mujer india ante sus nuevos amos, no debió ser de las más favorables a la concepción de una prole mentalmente sana: esclavas, más que compañeras, artículo de necesidad más que de encanto, sujetas siempre al capricho del amo, mancebas hoy y abandonadas mañana, ellas si compartieron con los conquistadores los encantos de la alcoba, debieron saborear muchas veces las amarguras de los celos y los dolores del abandono y del olvido.

La religión Católica había de venir a suavizar las costumbres de los unos y de los otros, las de conquistadores y conquistados; es a ella a la que debemos la supresión del mayor número de traumatismos síquicos durante la gestación: ella procuró regular las uniones sexuales: ella procuró combatir la poligamia y santificar la unión matrimonial monógama del rito cristiano: ella procuró también rodear de todo género de comodidades a la esposa y a la madre y, en esta forma, fué una precursora de la moderna Eugénica.

La República, doloroso es decirlo, no ha correspondido al legado de la época colonial respecto a las garantías de la maternidad:

la asistencia social cuyos mandatos hallan las conciencias siempre despiertas, no ha llegado a posarse en la maternidad dolorosa de lo desheredados de la fortuna: ¿de qué nos sirve monogamia oficial? ¿de qué nos sirve una mayor humanización de costumbres, si permitimos con los brazos cruzados que las madres pobres, las madres cuyos hijos serán los obreros y los soldados de mañana, permanezcan uncidas a las herramientas de la diaria labor hasta que el dolor más piadoso que nosotros, las separa brutalmente y las arroja en las caritativas camas de un Hospital? Hijos concebidos ante la preocupación del pago al casero, hijos, cuya permanencia en el claustro materno ha coincidido con el sufrir resignado de todos los hambres y de todas las inquietudes, porqué nos sorprendemos mañana, en la apacibilidad de nuestros consultorios, cuando les hallamos débiles de cuerpo o de espíritu, cuando les hallamos haciendo mansamente el camino de la peste blanca o el camino de la invalidez síquica?.

2º.—Para quienes ofrendamos sincero cariño a las averiguaciones de índole histórica y procuramos hallar en el pasado una explicación lógica del presente y una enseñanza, es motivo de amable sorpresa la comunidad de ideas de los pueblos más alejados del planeta respecto a ciertos problemas que debieron interesar siempre la curiosidad de los observadores: como ya lo hemos manifestado en otra oportunidad, el prejuicio popular actual de nuestra población indígena respecto a las yaguas, o sea a las semejanzas de los niños recien nacidos con ciertos animales, con ciertos objetos o con ciertas personas, esta a demostrar que el concepto de herencia no fué una incógnita absoluta para los primitivos peruanos: ellos aceptaron la posibilidad del nacimiento del hombre portador de cierto peso molesto, de lo que hoy llamaríamos tara, adquirido antes de entrar en relación con el medio ambiente, antes de hacer conocimiento con la vida: es el concepto deformado, grotesco, si se quiere, de la herencia. El elemento deformativo, caricaturesco de esta concepción reside en el proceso interpretativo de la misma: se admitía que el sujeto fuese portador de algo morboso que no le pertenecía, que no tomaba un substractum somático en sí mismo; pero, en vez de buscar en la morbosidad paterna o en una efectuosa evolución de la gravidanza, la explicación del fenómeno, ella era buscada en la influencia del medio: en la visión materna de personas, animales o cosas, a las cuales debía semejar el sujeto como si el útero fuese la placa fotográfica impresionada por la realidad a través de la retina.

Nada nos autoriza a aseverar que los primitivos habitantes del Perú, en posesión de estas nociones relativas a la trasmisión hereditaria, llevaran a cabo labor destinada a evitar las procreaciones contaminadas: ni era dable exigirles tal grado de desarrollo cultural tampoco. Afírmase que en algunas regiones los indios cuidaron de destruir los fetos atrépsicos y los deformados o monstruosos: a despecho de esta aseveración, muchos cronistas nos informan del respeto que merecían los deformes y los monstruosos, los cuales, considerados como productos de la fecundación de las

mujeres por alguna divinidad erótica, fueron tenidos en mucho y

dedicados a nobles tareas como aquella del sacerdocio

Ustedes han leído, seguramente, las tradiciones de PALMA: ellas son la historia amable y seductora de nuestra vida colonial. Y en esas páginas habrán leído ustedes alguna tradición en la cual un sujeto anciano, dueño de una herencia fabulosa, tomaba por esposa a una damita de dieciocho años a cuyos blasones comenzaba a faltar el brillo de las tradicionales peluconas. No les seguiré refiriendo el argumento; pero sí me aprovecharé de él para insistir respecto a la edad avanzada de los padres o siguiera sea de uno de ellos como factor etiológico de la alienación mental. La colonia se caracterizó por la severidad de costumbres, por la disciplina militar de las familias, disciplina que no aceptaba, como aceptamos en esta época republicana discusiones y aún imposiciones: el jefe de la familia resolvía una cuestión y su resolución era inapelable. De esta guisa muchos esposos se conocieron en el preciso momento de solicitar de la Religión Católica la bendición de unos amores por iniciarse. No necesito decirles a ustedes todos los peligros de estas uniones: peligros para el anciano esposo, para la prole, para la familia toda: algunos de estos ancianos pagaron con la vida su devoción a Himeneo, hipertensos probables en los cuales los espasmos de la satisfacción genésica fueron isócronos con los primeros estertores de una agonía, siempre inculpada a «golpes apopléticos» como les llamaran algunos prácticos de la época a la cual vengo haciendo referencia.

Y fuera de estas uniones matrimoniales, otras uniones matrimoniales obra igualmente de apreciaciones de orden económico o social, sancionaron el matrimonio de sujetos que sufrían en una u otra forma los rigores de una vida dedicada al placer en sus formas menos lícitas: sujetos que habían vivido cuarenta o cincuenta años de vida desordenada, cuando veían asomar las primeras canas en sus cabelleras, cuando observaban el rápido viajar de los ducados de sus arcas, pensaban en la hija pobre de algún veterano caballero a quien le sabían atenaseado en el espíritu por la claudicación gotosa y por la pérdida del navío en el cual viajaban sus tesoros: el matrimonio epilogaba una vida de orgías y, si bien muchas veces debió ser eficaz la medicina, en no pocas ella debió en-

viar a la vida una prole física y síquicamente enferma.

Imperante la doctrina uterina de la gran neurósis, dominando ella en los médicos y en el vulgo, considerados los estigmas histéricos como traducciones inequívocas de un útero hambriento, explicase la sencillez y facilidad admirables con las cuales nuestros médicos, nuestros curas y nuestros viejos, recomendaron el matrimonio de todos los convulsionarios: de los histéricos y aún de los epilépticos. El remedio era, seguramente, menos molestoso para el médico que los masajes uterinos realizados a través del vientre, pero él debió ser buena parte a la generación de una prole síquica o néuricamente enferma.

La época republicana nos ofrece estos tipos de uniones impuestas si no a título excepcional: nuestras damitas tienen argumentos decisivos para convencer a los padres intransigentes y

ellas no llegan al altar antes de conocer medianamente al novio. De modo que la unión matrimonial de sujetos ancianos no es, como lo fuera en la época colonial, obra del razonamiento de un padre arruinado: cuando estas uniones tienen lugar, la labor razonadora ha estado enteramente confiada a la novia: ella le ha econo-

mizado esfuerzo al autor de sus días,

Pero no podemos decir otro tanto respecto a los matrimonios de enfermos, con la evolución de la vida nacional a través de la época republicana, aquellas enfermedades mayormente inculpadas como factores etiológicos de la alienación mental: la sífilis, los estados convulsionarios, la tuberculosis, las enfermedade de la nutrición, se han generalizado, han aumentado el radio de su acción maléfica y este aumento ha hecho mayor la posibilidad del matrimonio de estos enfermos y la consiguiente de la trasmisión hereditaria de predisposiciones que, no corregidas oportunamente y convenientemente, pueden conducir a la alienación mental. El problema eugenésico solo está bosquejado entre nosotros.

3º —Desde nuestro punto de vista ofrece no poco interés el análisis de la evolución operada en las prácticas de puericultura,

a través de los tres períodos de nuestra historia:

Los cronistas de Indias nos han dado breves noticias y muchas de ellas con el poco valor de las noticias contradictorias o desmentidas:

Se nos habla de tribus preincaicas en las cuales las mujeres habían sido erigidas en verdaderas máquinas encargadas de la elaboración (!) de hijos; se nos habla de tribus guerreras cuyas madres empapaban en la sangre de los vencidos los pezones de sus pechos con el objeto de hacerles lactar coraje a sus pequeñuelos, se nos habla de lactancias que se prolongaban por espacio de ocho a diez años. Y, en cuanto al parto, se nos habla del ningún valor que la mujer de los primitivos tiempos del Perú concedió a este solemne momento fisiológico de la mujer contemporánea; se nos dice que, entre los Incas, una vez llegado el momento del alumbramiento, la mujer se separaba como mejor podía del fruto de sus entrañas y se encaminaba al manantial más próximo a verificar una toilette sumaria y casi siempre eficaz.

En contra de estas aseveraciones, cuya falta de veracidad estriba tal vez en la confusión lamentable de ciertos cronistas al englobar como noticias relativas al período incano aquellas correspondientes a los períodos diversos de la historia de los Incas, figura el hecho incontrovertible de las disposiciones legales dictadas por los descendientes de Manco en favor de la mujer madre y en favor de la infancia y figura así mismo el hecho de haber existido en el Perú, desde los primeros años de la dominación española, un gremio profesional, poco numeroso tal vez, pero que significa una huella de los conocimientos obstétricos de los primitivos peruanos y del ejercicio de la obstetricia entre ellos: queremos referirnos a las recibidoras, precursoras modestísimas de las

La historia de las recibidoras de nuestra época colonial no puede ser menos brillante: los médicos y los cronistas nos han de-

modernas obstetrices.

mostrado el empirismo de estas mujeres, enseñadas en familia, sin preparación teórica o práctica de ninguna clase: mujeres que solo aceptaban el parto bueno o parto feliz y el parto malo, en el cual englobaban, con las etiquetas de «criatura atravezada» y de «criatura muerta» todas las distocias. La señora Fessel, verdadera creadora de la obstetricia peruana, nos ha dejado relación minuciosa de las prácticas grotescas de obstetricia que ella encontró en Lima ya en plena época republicana: no nos detendremos a analizarlas pero dejaremos constancia del rol importantísimo que ellas debieron jugar en la génesis de la alienación mental, cuando no fueron suficientemente bárbaras para producir la muerte de la desventurada grávida: recordamos entre otras maniobras aquella del manteo, maniobra brutal que consistía en colocar a la grávida en una fuerte manta sostenida por cuatro mancebos vigorosos a quien se daba el encargo de enviar por los aires, durante muchas veces, a la sujeto, hasta que se creía en un encajamiento venturoso. Y cuando esta maniobra o las demás del repertorio no llenaban su objeto, quedaba el recurso trágico de la extracción de la criatura mediante unos ganchos cuya sola visión, al decir de un colega de la época, «ponía escalofrio en la enferma».

Afortunadamente el empirismo de las obstetrices no nos ha acompañado a lo largo de la época republicana y vivimos un momento en el cual es de esperarse, con perfecto derecho, un mayor perfeccionamiento de esas profesionales: la Facultad de Medicina ha reformado notablemente la enseñanza obstétrica y hoy por hoy

se lleva a cabo en condiciones muy favorables.

Al mismo tiempo que se operaba este mejoramiento, iniciaban vida modesta, vida que no ha llegado a conquistar todas las simpatías que debiera, instituciones encargadas de velar sobre los primeros años de vida de los niños desvalidos: me refiero a la «Cuna Maternal», milagro de la piedad y actividades de una noble dama limeña: la señora Alarco de Dammert. Esta institución que debió tener muchas imitadoras, esta institución que debió ser incorporada a la vida oficial, ha debido vivir modestamente, rodeada del apoyo incondicional de unos pocos y de la indiferencia de los más. Instituciones como la «Cuna Maternal» permiten esperar en la salud de cuerpo y de espíritu de los asistidos: ella roba víctimas no solo a las causas de mortalidad infantil, sino también a las de morbilidad: ellas despueblan los Hospitales y ellas roban a nuestros Manicomios muchos de aquellos sujetos en los cuales una alimentación insuficiente o una intoxicación descuidada o una infección no detenida en su paso destructor, determinaron el desarrollo incompleto del espíritu o la orientación en el endero sombrío de la sicopatía.

La última organización oficial de las Gotas de Leche, iniciativa afortunada de la Dirección de Salubridad, marca una reacción en contra de la indiferencia oficial para ciertos asuntos relacionados

muy estrechamente con los problemas de la nacionalidad.

4º Ustedes conocen la riqueza bibliográfica de la epidemiología precolombina: por unos autores y por otros se han emitido hipótesis más o menos encontradas, siendo muchos los que piensan en una América que desconocía la mayor parte de las enfermedades infecciosas agudas y no pocas de las crónicas y siendo no pocos los que piensan que los españoles nada nuevo trajeron al mundo obsequiado por Colon a la corona de Castilla. No es esta la oportunidad de estudiar el valor comparativo de estas suposiciones: bástenos con manifestar la corriente favorable de opinión en el sentido de la existencia entre los antiguos peruanos de algunas enfermedades cuyo rol en la génesis de las enfermedades mentales es incuestionable: mencionaremos entre ellas el tifus exantemático: el tifus exantemático hiere la cerebración de sus víctimas durante al evolución de la enfermedad en forma que se reduce en la generalidad de los casos a un simple delirio febril, con pocos detalles que justifiquen una separación de este delirio del grupo de los otros delirios febriles. Pero el tifus exante ático deja muchas veces en pos suya, trastornos graves de sede cerebral, hondas perturbaciones del siguismo y, en otros casos, no raros, contribuye a despertar predisposiciones sicopáticas hasta entonces mantenidas en letargo. El tifus exantemático debió hacer víctimas innumerables entre aquellos habitantes del imperio de los incas que, al decir de Garcilaso de la Vega, pagaban sus tributos en canutillos repletos de piojos, sujetos que, a más de ocupar sus ocios en tan bizarra ocupación, debieron ser perfectos refractarios a la higiene empírica de la época.

La época colonial pone en evidencia ante nosotros la existencia de otras enfermedades infecciosas que, como el tifus exantemático, como el tabardillo, tabardete o chavalongo, debieron constituir otros tantos factores etiológicos de la alienación mental. Entre las enfermedades infecciosas agudas, los prácticos de la época colonial nos hablan del sarampión, de la viruela, de la escarlatina y de unas fiebres mortales, de unas fiebres que a través de las referencias de aquellos colegas ni es fácil ni es prudente interpretar sin adopción prévia de las mayores reservas: es incuestionable que esas fiebres misteriosas, esas fiebres de duración prolongada, de evolución insidiosa muchas veces, pueden ser agrupadas en torno a las infecciones eberthianas y a las afines: es incuestionable que en aquella época, dada la ausencia casi absoluta de preceptos higiénicos, dadas las calidades no convenientes de muchas aguas de bebida, dada la promiscuidad más o menos considerable en la vida de familia, la infección eberthiana debó hacer muchas víctimas. Precisa llegar a la última década del siglo XVIII para hallar en el talento administrativo del Marqués de la Concordia un empeño racional y convenientemente orientado de mejoramiento higiénico: un bosquejo de canalización, la supresión de los cementerios hasta entonces instalados en los templos y otras medidas secundarias, contribuyeron a rebajar las cifras de la mortalidad y esta rebaja fué interpretada cuerdamente por los médicos de la época como resultado de aquellas medidas adoptadas para mejorar las condiciones de vida de los pobladores de la Ciudad de los Reyes.

De las enfermedades infecciosas es la eberthiana la que conserva en nuestra época republicana el predominio sobre las demás como factor determinante de trastornos mentales pasajeros o permanentes, de un polimorfismo que a las veces parece influenciado por la personalidad síquica de los sujetos y a las veces parece guardar relación más estrecha con la virulencia del proceso entéricos in tomar en cuenta el delirio febril tífico ni el delirio post-tífico, dolorosa consecuencia del agotamiento físico del sujeto, perfectamente agrupable entre los delirios de agotamiento o entre la sícosis de agotamiento, debemos llamar la atención de ustedes hacia la frecuencia con la cual la tifoidea es entre nosotros la despertadora de latencias sicopáticas: con gran frecuencia la hemos visto poniendo en escena histerias no sospechadas y constituyendo el pretexto familiar de la eclosión de muchas demencias precoces.

Conserva también nuestra época republicana, como ominoso legado de la época colonial, los estragos de la infección luetica: desde los pequeños trastornos hipocondriacos de los enfermos asustadizos, hasta los solemnes trastornos de la parálisis general, los vemos epilogar frecuentemente las fugaces satisfacciones de un amor contaminado. No negaremos que las iniciativas privada y pública han educado a nuestro público; pero su educación es aún insuficiente: no existe una verdadera conciencia popular de los peligros de la lue venerea y solo existe en unos pocos una caricatura de la gravedad de los peligros que amenazan al sifilítico.

La época colonial nos arrebató un factor etiológico de la alienación mental: ella se llevó la lepra, para la asistencia de cuya enfermedad fuera fundado el Hospital de San Lázaro en Lima: la lepra nos abandonó en horabuena, sin que hubiéramos hecho demasiado para deshacernos de la huéspeda: la disminución de ciertos elementos inmigrantes, el aislamiento de los contaminados, colaboraron a la supresión de la lepra de la lista de responsables de nuestra morbilidad nacional.

5º.—Los factores etiológicos de la alienación mental, de un orden esencialmente tóxico, persisten en nuestra historia, a través

de sus tres períodos cronológicos:

Sábese que nuestros indios del primitivo Perú manifestaron decidida afición por su bebida alcohólica favorita, aquella chicha, producto más o menos alcohólico de la fermentación del maíz, respecto a cuya responsabilidad en la degeneración de la raza indígena se ha discutido bastante. Nosotros no nos creemos autorizados a formular, al respecto, una última palabra: es incuestionable la pobreza alcohólica de la chicha en relación a otras bebidas fermentadas, pero es hecho de observación modestísima, la embriaguez obtenida mediante la ingestión de dósis moderadas de chicha fuertemente fermentada o de dósis más considerables de chicha en período menos avanzado de fermentación. Ahora, si se concede crédito a las informaciones de los cronistas de Indias, respecto a las «borracheras» de los indios, respecto a la frecuencia con la cual llegaban a condición tal que «con una mano tenían el miembro y con la otra el vaso y con el uno orinaban y con el otro bebían»

puede opinarse, con algún fundamento, en el sentido de que los indios suplieron cantidad con calidad y llegaron al alcoholismo por

senda más prolongada, pero no por eso menos decisiva.

La época colonial nos corrigió los hábitos intemperantes de los conquistados y el primer efecto de la incipiente simbiósis étnica iniciada a la Negada de Pizarro y sus compañeros de aventuras, fué un intercambio de vicios: los españoles se aficionaron de la chicha y los indios se aficionaron de las bebidas alcohólicas que sus dominadores pusieron en moda. El cultivo de la caña de azúcar debió ser propulsión enorme del alcoholismo en el Perú y los productos alcohólicos intermediarios entre la caña y el azúcar en-

traron a formar parte de las bebidas nacionales.

La época republicana no ha atenuado los estragos del alcohol: diversas tentativas privadas en el sentido de la represión han fracasado y de ellas solo nos queda el recuerdo de las bellas iniciativas naufragadas en la pública indiferencia: los progresos de la industria han llevado a límites más considerables los daños ocasionados por el alcoholismo: al alcohol bueno si cabe esta bondad como sinónimo de pureza química, le hace compañía aterradora el mal alcohol: el producto de manipulaciones de Laboratorio que realizan el milagro de la fabricación de vinos en localidades en las cuales no florecen las viñas.

Los consultorios públicos y privados están convencidos de la importancia decisiva del alcoholismo en la génesis de la alienación mental: a ellos llega, en la forma inequívoca de gruesas cifras, la responsabilidad del alcoholismo, en la etiología de los trastornos mentales adquiridos y en la de aquellos de índole violentamente biopática. El actual gobierno ha iniciado su apoyo a la obra de bien llevada a cabo por la Sociedad Nacional de Temperancia y la marcha progresista de esta institución parece ser el lisonjero indicio de una reacción favorable en el sentido de la lucha contra el alcoholismo.

Los indios peruanos tuvieron a más de la chicha, un estimulante, un generador de artificiales energías, cuyo origen envolvieron en una atmósfera de leyenda oriental, atribuyéndolo a la conversión en vegetal del cuerpo hermoso de una caritativa cortesana: quiero referirme a la coca. El problema de la cocainomanía es un problema tan nacional como el de la enfermedad de Carrión y, apesar de esta circunstancia, la literatura nacional del asunto no puede ser más pobre, pobreza esta respecto a la cual me permito la libertad de llamar la atención del espíritu investigador de ustedes y aún la de su patriotismo, si en el terreno científico cabe este generoso sentimiento.

La toma de coca por nuestros indios debe considerarse, seguramente, como una forma de ingestión de cocaína, ya que ellos, merced a la ingestión de algunas cenizas vegetales, realizan en sus cavidades bucales, la reacción productora del alcaloide: la masticación simple de las hojas de coca solo provoca sensaciones rápidas más o menos desagradables: si se agrega a las hojas una porción de cenizas, entonces se experimenta una sensación local de adormecimiento de la mucosa, a la cual sigue, a breves intervalos,

una sensación de bienestar, un sentimiento de bienestar que se traduce por una mayor capacidad de esfuerzo y una mayor resistencia a la fatiga física y a aquella mental también. Los indios peruanos, fueron, pues, verdaderos cocainómanos. Y esta cocainomanía de los primitivos peruanos no ha debido carecer de influencia respecto al estado actual de la raza indígena: la cocainomanía es generadora de alteraciones del siquismo que no pueden

dejar de repercutir sobre la prole de los intoxicados.

La cocainomanía de los indios no fué trasmitida a los españoles, ni fué por ellos combatida en una u otra forma. Atribuidas al demonio las propiedades estimulantes de la coca, considerada su toma por los indios como una práctica ritual, como rezago de las viejas taumaturgias de la antigua gentilidad, la cocainomanía de los primitivos peruanos solo fué combatida en el terreno religioso y los mayores anatemas contra ella fueron pronunciadas por un Concilio limense. Así, pues, nada de extraño si la cocainomanía no hizo víctimas en la población española y en la mestiza y si ella solo continuó siendo la fuente de estimulación artificial de la raza humillada, como lo es hasta el presente: los casos de cocainomanía en grupos étnicos distintos del indígena, son pocos frecuentes. No está dilucidado, sin embargo, el paper jugado por la cocainomanía de nuestros indíos como una de las explicaciones al momento de

inferioridad biológica que viven ellos en nuestros días.

La literatura patológica ha introducido entre nosotros algunas intoxicaciones que hallan dolorosa explicación en centros de refinada cultura en los cuales los sujetos, agotadas todas las sensaciones placenteras, van en pós de algo nuevo y caen en los abismos de los fumaderos de opio y de las tomas de éter: sujetos que han leído las poesías de estas intoxicaciones y han pretendido vivirla, han emprendido el sendero de estas agresiones contra la integridad de la vida espiritual. Antes que ellos habían seguido el mismo sendero, por razones bien diversas, abstracción hecha de todos los encantos de la poesía morbosa, los críollos puestos en relación estrecha con un grupo de inmigrantes cuyo daño a la nacionalidad es enorme: los chinos. Antes que los poetas enfermos habían visitado los fumaderos de opio unos cuantos mestizos que habían sido asistidos de su intoxicación en nuestros hospitales, sujetos que pagaron a duro precio la curiosidad, el espíritu mitativo que puso en sus labios la primera pipa de la droga.

Afortunadamente, estas intoxicaciones modernistas no han hecho escuela: nuestro conservadorismo, nuestro respeto por la tradición no nos ha llevado por aquellos senderos: nuestra virtud no ha llegado a la temperancia absoluta, pero tampoco ha querido salvar las fronteras que separan las viejas intoxicaciones de las

intoxicaciones nuevas.

6º. -La vida sexual de los primitivos peruanos no debió diferir grandemente de la vida sexual de todos los pueblos y ella debió negar a su regularización y a su perfeccionamiento pasando por aquellas etapas de perversión sexual que se hallan constantemente en la historia de las uniones sexuales entre los pueblos primitivos: ya hemos procurado enunciar la evidencia de las perversiones sexuales entre los primitivos peruanos y, por tal motivo, no hemos de insistir sobre el particular, limitándonos á observar que losueblos primitivos solo ofrecieron idénticas perversiones sexuales, idénticos alejamientos de la normalidad en la satisfacción de las necesidades genésicas y que, por tal motivo, son injustificados los epitetos de lujuriosos en grado superlativo asignados a los primitivos habitantes del Perú.

El advenimiento de los hombres blancos y barbudos no era factor propicio a la destrucción de las prácticas sexuales viciosas entre lo peruanos: a las prostitutas indígenas a las pampairuna de que nos habla Garcilaso debieron suceder, andando los tiempos las prostitutas mestizas, las críadas seducidas y abandonadas, aquellas infelices que terminaban como la Belisa de Cabiedes, tomando «unciones» en la Caridad. En la Relación de algunos colegas, en la narración de algunos cronistas, se adivinan los episodios dolorosos de la parálisis general como explicación única a los trastornos síquicos intensos y profundos ofrecidos por sujetos en cuya anamnesia figuraba como hecho único la vida «despeñada», la vida «con poca sujeción», la vida «con ningún temor de Dios»: indudablemente que las Belisas de Caviedes eran portadoras muchas veces de los gérmenes de esta sífilis con la cual, al decir de no pocos, pagó América a Europa los beneficios del descubrimiento.

La prostitución republicana, si podemos llamar así a la prostitución en nuestros tiempos, no ha sido todo lo beneficiada que pudiera haber sido en cuanto a su organización y en cuanto a la disminución de sus daños: las tentativas de reglamentación fracasaron muchas veces antes de llegar a la realidad a que llegara al instalarse la «Asistencia Pública».

La homosexualidad privada existió entre los Incas y ella no debió ser rara avis en aquellos tiempos para que los alfareros pudieran tomar en ella motivos de sus trabajos artísticos y pudieran legarnos el testimonio fehaciente de la existencia de la vieja perversión sexual y es de creerse que existió igualmente la homosexualidad pública, aquella que bajo la máscara de ritos extraños, llevaban a cabo en los templos algunos sujetos de un erotismo repugnante.

La crónica escandalosa de la época colonial, puesta en evidencia en alguna oportunidad por la paciente investigación de Muñiz, nos reveló que el virreinato no había escapado a las verguenzas de la homosexualidad y la descripción de tipos desde entonces llamados maricas o maricones traduce la existencia de los pasivos de la homosexualidad y la existencia correspondiente de los activos de ella. No inculpemos a la colonia: viviendo plena vida republicana, la prensa diaria nos ha ofrecido el detalle poco agradable de una asociación de desventurados que practicaban aquella perversión de la sexualidad que dista mucho de ser materia poco frecuente a la consideración de los siquiatras y médicos forenses del Viejo Mundo.

7º. —La vida social a diferencia de otros factores etiológicos de la alienación mental, ha sufrido cambio intenso a través de las

épocas diversas de nuestra historia:

Los Incas habían establecido límites netos de separación entre los habitantes de su dilatado imperio: la onarquía, la aristocracia, y el pueblo. Todo indicaba en ellos la acentuación de fronteras separatorias de estos grupos: desde los derechos establecidos por la ley hasta los vestidos adjudicados a cada casta. Y, en estas condiciones el caso de Ollanta, elevando la mirada hasta una princesa de sangre real, constituía tan grave delito que bien pudiera juzgarse, como lo es por personaje del melodrama, como una verdadera insanía. Las dificultades existentes para salvar las vallas que separaban a unas castas de otras, debieron limitar duramente las aspiraciones de los humildes y debieron orientarles en el sentido de una resignación ovejuna frente a frente de las injusticias y de la vida.

La colonia no suavizó estas condiciones del vivir colectivo: la madre patria vivía la época esplendorosa de sus blasones: sobre los cuarteles mobiliarios las aventuras de América significaron mayores motivos de ennoblecimiento y tuvimos en esta Ciudad de los Reyes nuestra pequeña corte, parodia de aquella que rodeaba a los monarcas españoles, pequeña corte severa y exigente, pequeña agrupación de sujetos que se sabían de memoria los libros raros de Heráldica y no ignoraban uno solo de los privilegios asignados a su origen. Lean en Palma los mil y un episodios picantes debidos a las susceptibilidades de nuestros caballeros de la época colonial y les será posible entonces reconstituir la edad aquella como una edad en que el privilegio de castas pesaba dura-

mente sobre la genaralidad de los mortales.

La introducción de las mitas, la adopción de los brazos de ébano en las diversas explotaciones de la tierra, contribuyó a acentuar la división social ya existente en la época de los Incas: el elemento nacional debió sufrir el yugo de la nobleza, el de los criados españoles de esta nobleza y aún el de los esclavos importados des-

de las remotas aldehuelas de Africa.

En las postrimerías del siglo XVIII, la sociedad de Lima, la eterna averiguadora de las gotas de sangre noble que corría por las venas de un candidato a sus lisonjas, presenciaba en la Universidad de Lima un episodio curioso: un hombre de los merecimientos de Jose Manuel Valdez, recibiendo la borla doctoral como premio a sus excepcionales condiciones de talento, debía reconocer que el premio borraba los inconvenientes de casta. Ustedes ignoran, tal vez, que la ley impedía a los mulatos el acceso a los escaños de la Universidad.

La República ha borrado completamente estas diferencias sociales? Las ha disminuído enormemente, pero de ellas queda buena huella todavía en los conservadores avaros de blasones, en los cultivadores de árboles genealógicos que, como dijo el humo-

rista, son los menos productivos.

Y, aparte de esta nivelación, tal vez derivada de ella misma y de las progresivas complicaciones de la vida que traen consigo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Peró, Ersana de América los progresos de la civilización, la concurrencia se ha hecho mayor en todas las esferas de la actividad humana: desde el problema banal de la indumentaria, aquel que preocupa intensamente anuestras damas, hasta el problema de las concurrencias productivas todas ellas han adquirido intensidad considerable; en países pocos densos como el nuestro el sendero del diario vivir no es demasiado amplio: la caravana que lleva el mismo camino no avanza bien: los caminantes no solo se hacen sombra, como en medios más densos y más cultos, sino que también se hacen obstáculo: de allí que comience a erigirse en sistema la progresión a expensas de los demás, de allí que comience a aceptarse, con exagerada amplitud de criterio, la justicia con la cual los audaces arrollan a los que no lo son y pasan por encima de ellos en su afan de progresión rápida. De allí que la noción de distancias vaya perdiendo su valor en beneficio de la noción de velocidades. Y de allí que la lucha por la vida comienze a ofrecer caracteres de rudeza que solo ofrece en centros densamente poblados, en centros en los cuales el poblador combate enérgicamente por el aire que penetra en sus pulmones, por el pan que sacia sus hambres, por el pedazo de leño cuya combustión le defiende de las duras caricias de la nieve de los inviernos.

Esta intensidad de la pelea por la vida es la gran culpable del predominio de las neurósis en nuestra morbilidad republicana: ella es la que fatiga los sistemas nerviosos de los eternos ambiciosos eternamente fracasados; ella es la que roba sus caracteres de placidez a la vida de nuestra burguesía que sueña las grandezas de nuestra aristocracia del dinero; ella es la que pone nota de ambiciosa obsesión en la tranquilidad del vivir de nuestro pobre pueblo.

Y nada más favorable á la eclosión de latencias sicopáticas, nada más frecuentemente determinante de trastornos síquicos que este interminable fatigar del espíritu en la prosecución de los ideale irrealizables, esta fatiga a las veces inadvertida y a las veces ligeramente desdeñada por algún colega, que es fuente pródiga de labor para el alienista.

8°.—La religión de los primitivos habitantrs del Perú singularmente en época anterior al advenimiento de Manco y sus descendientes, contó con un número infinito de divinidades y si este número fué menor al advenimiento de los Incas, el culto de ellas fué reemplazado por una serie de creencias y de ritos que, como lo hemos insinuado en otra oportunidad, constituian para el sujeto un estado de viva angustia, de eterna anciedad, de relación implacable y eterna con dioses más propicios a la venganza que al perdón. Estos indios que veían cerca de ellos tan variadas manifestaciones de la divinidad y que interpretaban los más insignificantes fracasos como pruebas de la ira de los dioses, a los cuales debían apresurarse a desagraviar, debieron vivir en condiciones de ánimo muy favorable a la eclosión de trastornos mentales graves. Es posible que, entre los indios, la taqui onccoy, cuyo parentesco con la coreomanía epidémica hemos insinuado en otra oportunidad,

haya correspondido a las verdaderas epidemias de trastornos men-

tales que la historia refiere en la vida de otros pueblos.

La época colonial tuvo en las exageraciones de la Inquisición representación cumplida a la presión religiosa colectiva de la época incaica: la lectura de los anales de la Inquisición escritos por PALMA y por MEDINA, deja en el ánimo la impresión de todos los errores cometidos en aquella obra que perdió muy fácilmente las características de ecuanimidad y parsimonia que debieran caracterizar una labor serena de propaganda doctrinaria. Levendo muchos procesos, se asiste al desfile cinematrográfico de sicópatas francos: histéricos en relaciones íntimas con Dios y con el diablo, alucinados a quienes la tortura no lograba arrebatar el convencimiento de la realidad de sus alucinaciones, todos ellos pasaron ante el siniestro tribunal haciendo el camino de martirio que muchos de ellos soportaron con mansedumbre entonces interpretada como producto de diabólica pertinacia y que hoy sería juzgada modes-+amente una anestesia más o menos profunda, más o menos intensa.

Afortunadamente, la República nos ha libertado, no por ella misma, sino por acción del tiempo, de los peligros etiológicos de la alienación mental derivados del problema religioso: a momentos en nuestra historia ha parecido bosquejarse el problema religioso pero él ha sido bosquejado solamente y no ha llegado a originar entre nosotros la división profunda en el orden social y todas sus derivaciones en el vivir colectivo que ha determinado en otros países.

90. Ustedes saben que los incas constituyeron una dinastía vigorosa y avasalladora y que su programa de expansión territorial contó no solo con el apoyo de una política sagaz sino también con la material ayuda de huestes aguerridas, lanzadas a la pelea con las armas brutales de la época de piedra y con aquella otra, no menos terrible, del fanatismo político y religioso que ofrendaban a los hijos del Sol. En aquellos encuentros tremendos, en aquellas batallas primitivas, las contusiones brutales debieron ser frecuentes y ellas debieron tener sede preferente en el cráneo. considerado por los primitivos peruanos, como por muchos pueblos primitivos, como órgano noble: las mazas de piedra, las galgas y otros materiales rudimentarios del guerrear humano, debieron originar grandes traumatismos craneanos, muchos de los cuales debieron evolucionar rápidamente y solo debió ser a título excepcional la supervivencia a aquellos encuentros guerreros, tal vez si una supervivencia que llevó consigo, como dolorosa compensación, la invalidez síquica en las formas más variadas.

El estado de guerra entre los primitivos peruanos fué factor etiológico de la alienación mental no solo por razón de los traumatismos craneanos graves a que acabamos de hacer referencia: lo fué, como lo es en la actualidad, por los trastornos síquicos que dicho estado produce aún antes de la batalla e independientemente de la batalla: por aquel sinnúmero de preocupaciones que constituyen el estado de guerra, por la verdadera disociación del hu-

mano vivir que representa el estado de guerra. Sujetos brutalmente arrebatados a la placidez de sus hogares, sujetos arrancados a la tranquilidad cotidiana de su vida, en nombre de los anhelos ambiciosos de un monarca aventurero, los indios debieron luchar denodadamente, pero este denuedo, en ocasiones rayano en la heroicidad, no debió ser extraño a convulsionamientos nerviosos, a fatigas nerviosas, cuyo paso por nuestra vida no es siempre impune.

La época colonial nos ofreció una reproducción de aquellas batallas de tribus que nos había ofrecido la época incaica: los Pizarros y los Almagros, los precursores de la guerra civil en el Perú, revolucionaron el estado social, entablaron una división social intensa en los pobladores de la colonia hispánica: Ellos fueron quienes instituyeron en esta tierra aquella guerra sin cuartel, aquel luchar a sangre y fuego, que tantas víctimas debía inmolar á las ambiciones de persona: Ustedes conocen la tradición sangrienta de aquel humorista sanguinario que fué el Demonio de los Andes: el tuvo muchos imitadores de menos talento y de mayor ferocidad, sujetos cuyos solos nombres bastaban para preparar a morir a los desventurados adversarios que se veían en peligro de caer en manos tan intensamente teñidas en sangre humana.

La República no quiso ser menos y las innumerables guerras civiles libradas en nuestro territorio, muchas veces con el objeto exclusivo de cambiar de personas en la vida nacional, reprodujeron la barbarie de la guerra incaica y la crueldad de la guerra hispánica. Y en cada una de estas guerras civiles, en cada una de estas contiendas cuya finalidad era el deseo de mando, asomaban a la superficie de la vida social los sedimentos repugnantes de ella. los elementos que ella había mandado al fondo por indignos y estos elementos, a la sombra de la convulsión política, a favor del desquiciamiento social que significaba cada revolución, tomaban represalias de su alejamiento y de su insignificancia y se erigían en pequeños tiranos, mil veces más de tener que los tiranos grandes: agitadores y espías, ellos llevaron la intranquilidad a los hogares más respetables, ellos vertieron la ponzoña de sus odios sobre nombres inmaculados. Estas revoluciones, estas guerras civiles, no solo figuraron como factores etiológicos de la alienación mental por el trastorno síquico colectivo que ellas traían consigo. figuraron, además, como tales factores por la eclosión de las ambiciones prematuras y no siempre proporcionadas a las aptitudes personales de los pretendientes: creyéndonos aptos para todo, no creyéndonos menos que nadie, en esta megalomanía inofensiva hallamos el secreto de muchos fracasos, el de la desventura de aquellos sujetos que echaron sobre sus hombros carga superior a sus fuerzas y sufrieron las consecuencias, o las hicieron sufrir al país, del error en la apreciación de las propias energías.

10.—Aquí pongo término a este recorrido sumario de nuestra historia y no quiero fatigarles mayormente llevándoles a examinar todos y cada uno de los factores etiológicos de la alienación

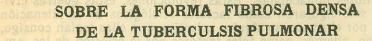
mental, bastándome haberlo hecho con los principales, con los

responsables de las gruesas cifras de la morbilidad síquica.

Y ahora, una palabra que justifique mi actitud al abordar el tema que he tratado en esta lección: He querido que mi palabra de saludo a ustedes, mi palabra de bienvenida a ustedes, participe del consejo saludable y de la voz amiga: he querido recordarles a ustedes, mis colegas de mañana, que la labor del médico no termina en la última palabra escrita de una receta; he guerido refrescar la menoria de ustedes acerca de sus imperiosos deberes en la vida social: he querido decirles, muy cerca de la iniciación de su actividad profesional autómata, que la sociedad moderna tiene el derecho de exigirle al médico algo más que una receta, algo más que una palabra de consuelo: tiene el derecho de exigirle la defensa de su salud y de su vida. Y ustedes, que, al abandonar estas aulas, habrán de repartir sus actividades en nuestro territorio, ustedes que habrán de estár en contacto con la masa inculta, necesitan recordar el deber de educar a esa masa y el deber de defender a esa masa. Por eso les he expuesto a grandes rasgos, la evolución operada en nuestra vida política por los factores de la alienación mental, por eso les he dicho aquello que se ha hecho y aquello que está por hacer, con el objeto de que sean ustedes contribuyentes a la obra de perfeccionamiento colectivo que significa la educación de las multitudes que no pudieron venir a las Univer-

Y ahora, sean ustedes los bienvenidos a esta cátedra en la cual les espera la buena voluntad de persona que se prepara a emprender en la compañía de ustedes, el estudio de las enfermedades

del sistema nervioso.



ropresalias de su aleia este propresalias de su aleia enigian

Por el Dr. ANIBAL CORVETTO.

No son pocas las ocasiones en las que el médico se vé obligado a intervenir en el tratamiento de enfermos en los cuales el cuadro clínico está aproximadamente representado por la sintomatología que sigue: hemoptisis discreta, con poca o ninguna fiebre; tos y espectoración escasas; estado general satisfactorio; fuerzas y actividades normales. El examen de los pulmones deja apreciar en uno, o en ambos vértices, signos claros de condensación; raros estertores catarrales diseminados y un torax algo globuloso. Des-

pués de tiempo variable, durante el cual se ha empleado un tratamiento cualquiera, la hemoptisis—que es el síntoma más alarmante para el paciente y el que motiva generalmente la intervención del médico—ha desaparecido y con ella la poca fiebre, si la hubo; la tos queda reducida a unos pocos accesos matutinos y vespertinos con una espectoración insignificante; el estado general no ha sufrido variación alguna; los signos pulmonares quedan lo mismo; solo puede suceder que hayan desaparecido los pocos estertores encontrados. En tales condiciones el enfermo se considera en perfecto estado de salud y abandona al médico, desoyendo, por regla general, todo prudente consejo. Más tarde el cuadro vuelve a repetirse, quizás si un poco más acentuado, y, nuevamente, consultado el médico comprueba los mismos signos que la vez anterior, con la única diferencia de que la porción del pulmún comprometida es algo más extensa.

Estos enfermos son considerados por algunos, como portadores de una tuberculosis pulmonar en su segundo período; por otros, como tuberculosos cuyas lesiones permanecen estacionarias; hay quien los cree tuberculosos en vía de curación y, finalmente, no falta quien considere a estos enfermos como destinados a vivir únicamente en ciertos y determinados climas, para evitar el progreso del mal. Maracliano los considera como individuos que curaron de una tuberculosis pulmonar, la cual ha dejado como huella una esclerosis en el sitio del foco; pudiéndose presentar hemoptisis a consecuencia de la esclerosis misma, en sucesivas ocasiones; hemoptisis a las que no da importancia, ni significación mayor.

Todos estos casos, en mi concepto, pertenecen a la tuberculosis pulmonar de forma fibrosa; forma ésta bastante frecuente, como que entra formando el 12% del total de los casos que se observan y siguen en mi Servicio del hospital «Dosde Mayo».

Estas formas se distriguen de las tuberculosis caseosas y fibro-caseosas por ciertas peculiaridades que presenta su marcha su evolución y su pronóstico; y porqué su tratamiento está sujeto a indicaciones especiales que nacen de esas peculiaridades y de las cuales, son las referentes al pronóstico las que precisa conocer bien, para evitar, en unos casos, alarmas infundadas y, en otros, confianzas peligrosas. «Una circunstancia extraordinariamente im«portante hay que tener presente siempre al hacer el pronóstico «de la tuberculosis pulmonar, y es la consideración de lo muy va«riable del curso del padecimiento, especialmente la posibilidad de «un bienestar relativamente tolerable, a veces durante años, a «pesar de que la enfermedad no se ha extinguido en modo alguno «por completo». (Strumpell). Palabras que, en ningún caso, quedarán mejor aplicadas que cuando se trata de las formas fibrosas, de una de las cuales me voy a ocupar.

Las formas fibrosas de la tuberculosis fueron estudiadas de manera completa por BARD, quien dejó bien establecida su personalidad anatómica y clínica. La creencia de que ellas fueran la terminación curativa de las formas fibro-caseosas no es exacta; como no lo es tampoco la afirmación de BARBIER cuando dice: que

la tuberculosis fibrosa es una tuberculosis pulmonar que marcha hácia la curación.

«Las formas fibrosas están caracterizadas—dice Bard—por «el hecho de que de las dos tendencias fibrosa y caseosa del proceso «tuberculoso, solo se manifiesta la primera. Esto no quiere decir «que nunca haya huella de caseificación, ni de ulceración; solo que «éstas últimas están encubiertas y dominadas por la evolución fi- «brosa. Algunos pequeños núcleos caseosos, enquistados, secos, «grasosos o calcáreos, aún algunas pequeñas cavernas secas; son «los únicos indicios de la tendencia caseosa».

La tuberculosis fibrosa comprenden diversas formas clínicas, de las cuales las más frecuentes son las siguientes: las formas fibrosas difusas acompañadas de enfisema, caracterizadas por que el proceso está diseminado en todo el parénquima pulmonar; las formas fibrosas densas, en las que el proceso queda acantonado a un solo lóbulo o parte de lóbulo pulmonar; las formas fibrosas postpleúricas en las que el proceso es pleuro-cortical y viene siempre después de una pleuresía con o sin derrame.

Se presentan en la edad avanzada: entre los 40 y 60 años; aunque no es raro que se las encuentre en los jóvenes. Parecen ser más

frecuentes en el hombre que en la mujer.

La marcha de ellas es lenta, muy lenta, empleando muchos años para cumplir toda su evolución, durante la cual, en los períodos finales, es más o menos intensa y constante la participación del corazón, que sufre el contra-golpe de la lesión pulmonar, presentándose síntomas que priman sobre todos los otros, para las indicaciones terapéuticas.

Por hoy, solo voy a tratar de la forma llamada fibrosa densa de la que acabo de reunir la observación de seis casos: cuatro en mi servicio, y los otros dos en el de mi particular amigo, el Prof.

GONZALEZ OLAECHEA.

Las lesiones de esta modalidad clínica, cuando han llegado a alcanzar su completo desarrollo, se presentan bajo la forma de núcleos duros, compactos, de aspecto apizarrado, localizados generalmente en el lóbulo superior de uno o de ambos pulmones. Los bronquios de estas zonas están atacados de inflamación crónica, a menudo dilatados; tienen las paredes engrosadas y la mucosa enrojecida. Estos núcleos fibrosos deben su origen a brotes discretos y repetidos de granulaciones tuberculosas que dejan, en pos de sí, formaciones de esta naturaleza. Con el trascurso del tiempo se van agrandando por el mecanismo expresado, llegan a abarcar todo el lóbulo y pasan después al otro, de modo que el pulmón, poco a poco va siendo invadido por el proceso. En no raros casos, en estos núcleos de esclerosis, se pueden fraguar algunas cavérnulas supurantes.

Las pleuras participan del proceso en diversos grados; algunas veces están muy engrosadas, duras y fuertemente adheridas.

El principio de la enfermedad es lento, insidioso y remoto. Se verifica sin que el paciente se dé cuenta de él: catarros repetidos y prolongados; congestiones pasajeras, achaques atribuidos a la influenza, y otras dolencias de esta índole, que poca o nin-

guna repercusión tienen sobre el estado general; son las que mar-

can la iniciación del mal.

Es más adelante, cuando aparecen los síntomas con intensidad hasta entonces inusitada, con duración mayor, que el enfermo da más importancia a su dolencia; y es entonces, cuando la enfermedad ha pasado a su segundo período: el período de estado. Con el cuadro clínico correspondiente a este período de estado, es que el enfermo acude a solicitar los cuidados del médico.

El examen deja apreciar una conformación toráxica especial: el torax aparece dilatado en todos su diámetros—torax en tonel—ofreciendo la particularidad de presentar depresiones, no muy pronunciadas al principio, mucho más a medida que la enfermedad avanza, en las fosas supra e infra-claviculares del lado enfermo; y una menor amplitud de los movimientos respitarorios de este lado

(signo de BACCELLI).

La tos es de frecuencia variable; exigente a veces, pero, por

regla general es moderada y no muy intensa.

La espectoración, como la tos, es discreta en cantidad y está formada por grumos purulentos, espesos, de color verde claro, translúcidos y brillantes, que nadan en medio de una serosidad más o menos abundante. Por estos caracteres a esta espectoración se le da el nombre de espectoración porcelánica.

En ella no se encuentra el bacilo de Koch. En veces, cuando se caseifica y reblandece una granulación que se llega a formar una pequeña cavérnula y a ulcerar la pared de un bronquio, por cuyo conducto se abra paso al exterior la sustancia caseificada, entonces sí aparece el bacilo en el esputo; pero como se comprende esta presencia es pasajera; solo dura el tiempo necesario para que dicha sustancia haya sido eliminada en su totalidad.

La hemoptisis, como en otras formas de la tuberculosis pulmonar, es la que en muchos casos da la campanada de aviso, alarma al enfermo y da al cuadro clínico su verdadera significación patológica. En esta forma se presenta en todas las épocas de la enfermedad y puedo afirmar que es en ella en la que he visto repetirse el sintoma con más frecuencia, al extremo que el enfermo llega á habituarse á él, viendolo aparecer y desaparecer con indiferencia. Su cantidad es variable; en algunos casos raros, puede llegar a ser abundante. Su duración es también variable, llegando a veces á ser muy tenaz y necesitando mucho tiempo para desaparecer completamente. No está constituída por sangre pura; unas veces son esputos muco-hemoptoicos que nadan en una gran cantidad de serosidad; otras, es una espectoración de sangre y serosidad mezcladas y espumosa en el seno de la cual hay unos pocos y pequeños coágulos. Es una neumonia hemorragipara la que la produce, no una ulceración.

La fiebre no existe por regla general. Cuando la hay es debida, en unos casos, al recrudecimiento de los procesos bronquiales que acompañan a esta tuberculosis y entonces es una febrícula vespertina pasajera. En otros casos, ella traduce la actividad del foco, la producción de nuevas granulaciones y la extensión del proceso;

entonces puede ser alta y de duración mayor; desapareciendo por

lisis, al mismo tiempo que se apaga la actividad del foco.

Los signos físicos corresponden a los de un foco de condensación del lóbulo pulmonar superior: ya sea en la fosa supra-espinosa; ya en la región infra-clavicular de uno o de ambos lados (matitez, exajeración de las vibraciones, soplo, brónquico, broncofonia, pectoriloquia áfona, etc.). En el pulmón sano, o en las partes indemnes, se aprecian todos los signos del enfisema suplementario, condensador. También pueden encontrarse los signos de una brónquitis concomitante.

El exámen radioscópico enseña un núcleo oscuro, de volumen

variable.

En los órganos vecinos déjase sentir la influencia del mal. El corazón por efecto de las adherencias que pueden establecerse entre el pericardio y la pleura correspondiente, puede hallarse desviado hacia el lado enfermo, de manera considerable a veces; y de ahí que el choque de la punta y el area de matitez cardiaca no estén en su sitio normal. En algunos casos, raros en esta forma, se comprueba la dilatación y la hipertrofia consecutiva del ventrículo derecho.

El diafragma está más elevado en el lado enfermo; y esto se manifiesta por la situación del hígado a la derecha; y por el aumen-

todel espacio semilunar de Traube, a la izquierda.

En los riñones puede haber lesiones de esclesosis localizada o difusa, que se traducen por la presencia de albúmina en la orina

y otros síntomas.

El estado general del enfermo, en este período, se mantiene bueno: de constitución regular o mediana, a veces robusta, está ágil, es dueño de todas sus fuerzas y energías, se entrega a sus ocupaciones, apenas es molestado por unos cuantos accesos de tos; el apetito es bueno; el peso se mantiene, si es que no aumenta; las funciones digestivas se conservan en perfecto estado y se bastan para atender a las necesidades del organismo.

Este conjunto de síntomas generales y locales constituye el período de estado de la forma fibrosa densa; y en él el enfermo se mantiene por un largo tiempo, tanto más largo cuanto más racio-

nal y adecuado es el régimen a que está sometido.

A pesar de esta marcha muy lenta que a veces llega a durar varios años—tengo actualmente en mi servicio, aunque ya entra en el período postrero de la enfermedad, un individuo portador de esta forma que lleva diez años en él—el mal es imperturbable en su avance y por mecanismos diversos, llega a su fin inevitablemente.

Por regla general, el avance de la enfermedad se realiza por la producción de nuevas granulaciones que van extendiendo el proceso á todo el parénquina, en brotes sucesivos; brotes que van acompañados de fiebre alta y contínua, hemoptisis y tos exigente y repetida.

gente y repetida.

Los signos físicos traducen el agrandamiento de la lesión. El estado general se desmejora, las fuerzas disminuyen; el apetito se pierde y se instala el enflaquecimiento, que puede acen-

> Universidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Perú, Decama de América

tuarse en grado tal que esta forma se trasforma en la úlcera-fibro-

sa caquetizante.

Por el lado del corazón se aprecian síntomas que dan cuenta del sufrimiento del órgano, a saber: ligera dispea de esfuerzo, cianosis, latido epigástrico, edema reducido de las estremidades inferiores, etc. Estos trastornos cardiacos quedan así circunscritos, sin llegar como en la forma fibrosa difusa, a producir verdaderos estados asistólicos.

Otras veces sobrevienen agravaciones bruscas por la aparición de diversas complicaciones, serias todas ellas: meningitis, laringitis, enteritis, etc. O puede generalizarse el proceso y presen-

tarse una granulia.

Finalmente el proceso de crónico puede transformarse en agudo: hay neumonias y bronconeumonias graves, de terminación

fatal.

Es decir, pues, que por cualquiera de los mecanismos expresados, la muerte es, de modo irremediable y a plazo más o menos largo, el final del cuadro. El pronóstico de la tuberculosis fibrosa densa es, por consiguiente, infausto.

El tratamiento de esta forma de tuberculosis pulmonar debe estar sujeto a indicaciones que nacen de la naturaleza de los síntomas, del compromiso del corazón y de la lentitud de la marcha

del mal.

Siendo esta forma, por lo general, patrimonio de la edad avanzada, teniendo presente que el corazón se encuentra comprometido en mayor o menor grado, se comprenderá como es necesario colocar al paciente en condiciones de residencia y de clima apropiados, que no le sean dañinos. Por esta razón, no se les enviará a las alturas; serán enviados a lugares de climas templados, sin grandes oscilaciones diarias y bien abrigados de los vientos. Así se respetarán las fuerzas de reserva del corazón; no se le impondrá tarea superior a la que debe realizar, como exige la altura; a la cual no se debe ir sin un corazón en perfecto estado.

Inutil indicar e insistír sobre la ventilación constante y ámplia de dormitorios, salas y todos los lugares donde esté el enfermo;

lo mismo que sobre la pureza del aire respirable.

Como ya se ha podido apreciar al exponer los síntomas del cuadro clínico de esta forma de tuberculosis pulmonar, en el período de estado—que es el de más larga duración—los enfermos tienen un aspecto excelente, se conservan ágiles y fuertes, con capacidad bastante para entregarse a sus tareas habituales.

Estas condiciones generales permitirán la implantación de un régimen apropiado que permita el paseo, la cura del trabajo sistematizado y toda tarea que no exija mucho esfuerzo muscular. El médico no debe olvidar nunca que la fatiga física es una de las causas más frecuentes de la agravación de los tuberculosos y que es el corazón el que sufre las consecuencias de esta fatiga física.

Se tomarán todos los cuidados que exije la higiene de la piel con el doble objeto de mantener en buen estado la nutrición y la función del tegumento cutáneo—tan util para luchar contra la facilidad de contraer catarros—y para educar su sistema vaso-motor, y beneficiar así la econonía íntegra y el pulmón, en particular, de las exitaciones que, haciendo vibrar el sistema nervioso de la superficie cutánea, repercuten sobre la función de todos los órganos.

Con este objeto se usará la fricción seca, las fricciones húmedas; éstas mejor que las primeras; procediendo con suma cautela para habituar al enfermo. Se harán con guantes de crin las primeras; la segunda con una franela empapada en alcohol aromatizado diluído en agua, al principio, y más adelante en agua tibia pura y después en agua fría.

Muy raros serán los casos que permitirán ir al baño; más bien, siempre usando de cautela escrupulosa, se podrán usar las lociones,

envolturas húmedas, sábanas mojadas, etc.

El régimen dietético será apropiado, alimentando al enfermo de modo racional, vigilando la integridad y buen funcionamiento de las vías digestivas. No se debe sobre-alimentar siempre. La sobre-alimentación estará indicada en los enfermos anémicos, enflaquecidos, débiles, y se abandonará cuando se haya llegado a un peso proporcional a las condiciones personales del paciente. No será excesiva; será mixta y variada y no será empleada sino en la medida que el tubo digestivo la soporte conveniente y perfectamente.

El número y distribución de las comidas depende de las condiciones del enfermo; si es un paciente de constitución regular, entonces tendrá las comidas distribuídas como de costumbre; si por el contrario, está débil, enflaquecido, entonces se multiplicarán en la forma adecuada, a fin de sobre-alimentarlo.

Para establecer el régimen alimenticio, no se deben olvidar las tareas preexistentes del organismo; ni tampoco se debe perder de vista la integridad del filtro renal que, en algunos casos, se halla comprometida en diverso grado; circunstancias que harán restringir la dieta, sujetándola a indicaciones especiales.

Mi experiencia personal no me permite aconsejar el uso de la tuberculina; en los diversos casos en que la he empleado, no he conseguido modificación alguna en la marcha de la enfermedad.

Tampoco aconsejaría el uso del método de Forlanini en los casos raros de esta forma de tuberculosis en que la lesión es unilateral; porque la aplicación de este método debe quedar circunscrita a esas formas de tuberculosis rápidamente extensivas, como son las caseosas y ciertas fibro-caseosas, únicas que pueden reportar algún beneficio de su empleo. En esta forma crónica, de marcha tan lenta, el enfermo no ha menester sino de seguir el régimen que dejo indicado para gozar de larga supervivencia.

Bien entendido que cuanto hasta aquí he escrito, solo se refiere a un enfermo portador de esta tuberculosis en su período de estado y en su época de completa calma evolutiva; que al menor asomo de síntomas que manifiestan la actividad del foco o la producción de nuevas granulaciones tuberculosas que lo agranden, entonces la indicación primordial será el reposo absoluto, la cura de aire continua y la medicación apropiada a la sintomatología en acción.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Perú, Casana de Ambrica La cura de reposo es la medicación indispensable y poderosa, mientras el enfermo presente síntomas evolutivos; mientras su estado general esté sufriendo; mientras la temperatura sea inestable y el corazón débil; mientras los tubérculos no tengan, en su derredor, una barrera protectora suficiente.

Las medicaciones estarán subordinadas a la aparición y predominio de los síntomas; pero, desde luego, deberá atenderse a una primera indicación, referente a la potencialidad cardiaca, instituyendo una medicación cardio-tónica sistemática, tenaz y durade-

ra.

La tos cuando es exigente, coqueluchoide, será moderada por medio de sedantes, de los que los mejores son la codeina, la morfina, etc. Como en estos casos la bronquitis concomitante es frecuente, han de usarse los espectorantes y los balsámicos en su debida oportunidad.

Contra la hemoptisis valdrá el reposo más absoluto, el opio,

la ipeca, las aplicaciones externas, etc.

Contra la fiebre, que generalmente no es muy intensa, ni duradera, se empleará también el reposo; y se proscribirá el uso de toda clase de antitérmicos: apenas se permitirá, como tal, un poco

de quinina, debidamente administrada.

Sujetos a las reglas precedentes, los enfermos atacados de tuberculosis pulmonar, de forma fibrosa densa, pueden llegar a tener vida larga y prolongada; retardar la evolución progresiva de su enfermedad; conservarse en buenas condiciones generales, con capacidad suficiente para realizar tarea apreciable y útil, que les permita bastarse así mismos y ser elementos no despreciables en la obra de todos, en vez de convertirse en una carga molesta y pesada para la sociedad en que viven.

### ESTADO ACTUAL DE NUESTROS CONOCIMIENTOS SOBRE LA VACUNACION PREVENTIVA DE LA FIEBRE TIFOIDEA

1915) ha demostrado que es inexacto vales, ha comprobado que los animales que han recibido cultivos calentados a esa tempera-

Trabajo solicitado por la «Asociación de Internos de los Hospitales»
y leído en la Sesión celebrada el 27 de mayo de 1917.

#### POR CARLOS A. BAMBAREN.

Entre los diversos medios que se poseen actualmente para luchar contra la fiebre tifoidea, la vacunación, uno de los de última aplicación, será objeto de este estudio. No hay duda que la inmunización activa representa un valor altamente preventivo contra la infección eberthiana y que su generalización ha hecho progresar bastante la profilaxia contra la dotienenteria; pero ésta se ha conseguido gracias al esfuerzo médico que con su propaganda ha logrado vencer las resistencias y los temores que se oponían a que se difundiera esta saludable medida higiénica.

La vacunación antitífica tiene por objeto conferir al organismo inmunidad al frente del bacilo de EBERTH produciendo en el medio humoral un estado análogo al que origina la fiebre tifoidea y por consiguiente refractario a la infección por esa especie microbiana.

La vía que abriera Pasteur con su memorable estudio sobre la manera de prevenir la infección carbonosa ha sido la que ha permitido ensayar esta medida de profilaxia eberthiana, que se anhelaba justamente alcanzar dado que las recidivas en los tíficos se presentan solamente en la proporción de 1% (VINCENT).

Es un bacteriólogo español, JAIME FERRAN de Barcelona, el Pasteur ibérico, quien realizó en 1887 la primera inmunización contra la tifoidea, efectuándola en su persona y en la de los obreros de la brigada municipal de Barcelona, por la inoculación de bacilos tíficos vivos, pero de cultivos antiguos.

CHANTEMESSE y WIDAL en 1888, iniciaron las inoculaciones con bacilos muertos, siendo animales los sujetos de experiencia; empleaban cultivos en caldo, esterilizados a 120°.

Preiffer y Kolle iniciaron por esa misma época sus ensayos en Alemania y no ha faltado quienes hayan querido ver en éstas experiencias el origen de la vacunacióa antitífica, pues, se ha dicho que la esterilización a 120º que empleaban los autores franceses, hace perder su poder antigénico a los bacilos, cosa que WIDAL (Bulletin de l' Academie de Medicine de París.—23 marzo 1915) ha demostrado que es inexacto, pues, ha comprobado que los animales que han recibido cultivos calentados a esa temperatura, ofrecen las características humorales de los vacunados.

La aplicación en gran escala, de la vacunación antitífica en el hombre, data de 1896 en que Wright en Inglaterra y Pfeiffer y Kolle en Alemania hicieron sus ensayos. El primero, sobre todo, realizó una amplia experimentación en el ejército inglés de la India. Chantemesse en Francia la aplicó por primera vez al hombre en 1899.

Estas vacunas que eran esterilizadas por el calor, fueron las únicas empleadas hasta 1902, en que Besredka presentó su vacuna sensibilizada.

En 1910 VINCENT dió a conocer su autolizado por el éter y al año siguiente su vacuna bacilar etérea.

Después el empleo de las vacunas contra la tifoidea se ha generalizado y ha sido estudiada en todos sus detalles, pudiendo decirse que despues de la vacuna jenneriana es la que ha sido mas experimentada, gracias a que la guerra que actualente ensangrien-

ta Europa, ha exigido aumentar de manera nunca sospechada, la profilaxia contra la infección eberthiana.

Que el problema de la profilaxia de la tifoidea es de urgente resolución entre nosotros, es cosa que no se discute, por que Lima, donde la acción sanitaria es más eficaz, y donde los servicios de agua, aunque no están de acuerdo con la técnica sanitaria, son probablemente de los mejores de la República, tiene la dotienenteria de manera epidémica. Como comprobación de esta afirmación citaremos los guarismos que el Doctor Enrique Leon Garcia (La Mortalidad por fiebre tifoidea en Lima.—1901) señala en un importante trabajo.

Estudiando la mortalidad en la década de 1891-1900, encuetra que sobre 42,297, fallecieron 968 por tifoidea, lo que equivale a decir que el 2,28% de la mortalidad total corresponde al tifus abdominal, pero descomponiendo estas cifras globales en lo que corresponde a la mortalidad anual, se observa que de 1,66% que es el coeficiente de mortalidad por tifoidea en 1891, en 1900 alcanza la cifra de 3,49, es decir, que la tifoidea ha mostrado un aumen-

to progresivo en esa década.

Según este autor, esta endemoepidemia tífica, que adquiere en el primer trimestre del año, caracteres epidémicos, es mantenida por el deficiente servicio de agua y desague de Lima, que per-

mite la contaminación de las aguas de bebida.

Esta génesis hídrica es sostenida también por el Dr. Julian ARCE (El agua potable de Lima — «La Crónica Médica» 1913) para quien, «el primer factor de tifogénesis en esta capital es el agua potable».

La lucha contra esta fuente de infección exige cuantiosos desembolsos, que están fuera del alcance de nuestra capacidad económica, por consiguiente es necesario dirigir la profilaxia en el
sent do de combatir el factor humano en la etiología de la fiebre
tifoidea, lo que se consigue por medio de la vacunación preventiva, y el sentido de esta lucha encuentra fundamento, sabiendo
que, frente al criterio que acepta que la fiebre tifoidea es de origen hídrico (Chantemesse, Brouardel y Thoinot) existe la escuela de Koch que, completando el criterio clásico, sostiene, desde 1501 que el factor epidemiológico principal en la diseminación
de la tifoidea, es el hombre. Esta opinión ha recibido confirmación irrefutable por la demostración de los portadores de gérmenes, que a bergando el bacilo de Eberth en sus excreta, difunden
entre las personas de su alrededor la tifoidea.

Consecuentes con estas ideas que han dominado en Alemania, se ha establecido ahí estaciones sanitarias que tienen por objeto despistar a los portadores de bacilos ya sean personas curadas o portadores expontáneos. Que las medidas inspiradas en esta doctrina tienen valor, lo prueba el descenso de la tifoidea en las regiones de Alemania donde se han puesto en vigencia; así mientras que en 1904 se registraron 3,487 casos, en 1908 solo se presentaron 1,648. DRIGALSKI que ha estudiado las génesis de algunas epide-

mias de 1904 a 1909, sostiene que el 64 7% de los casos son debi-

dos a contagio de persona a persona.

Estas ideas se van abriendo paso, pues, Dopter, dice que los principales factores epidemiológicos de difusión de la tifoidea son: 1º. el tífico en evolución; 2º. los portadores de gérmenes y 3º. las formas anómalas. El agua sería, según el autor francés, la forma importante de contagio indirecto.

Estando, pues, el hombre expuesto a múltiples causas de infección tífica y no poseyendo inmunidad natural sino en muy contados casos, al contrario de lo que acontece en muchos animales, precisa fomentar la inmunidad adquirida, única manera de luchar ventajosamente contra esta enfermedad, no obstante considerársela como la enfermedad evitable por excelencia, ya que gracias a las medidas higiénicas se ha conseguido reducir el porcentaje de mortalidad. En Inglaterra de una mortalidad de 43 por 100,000 que alcanzó la tifoidea en el decenio de 1871 a 1880, bajó a 19, 11

después.

Si solo se dirigieran las medidas de profilaxia a combatir las causas individuales de tifogénesis, sería quimérico pretender conseguir la desaparición total de la tifoidea, pues, éstas, por su multiplicidad adquieren caracter social. La vacunación antitífica. protegiendo al individuo, permite actuar en las grandes colectividades, como son las ciudades y los ejércitos que antes pagaban pesado tributo a la dotienenteria. Y son de tal naturaleza sus resultados, que la vacunación antitífica es no solamente como dice TIBERTI, una de las conquistas más importantes de la bacteriología moderna o como lo conceptúa Pulido, el adelanto más importante que se ha hecho en la medicina preventiva desde el descubrimiento de la vacuna jenneriaaa, sino que hace esperar confiadamente que el siglo XX verá paulatinamente desaparecer la fiebre tifoidea en los países civilizados gracias a la vacunación antitifica sistemática, como el siglo XIX ha visto desaparecer la viruela con la vacunación preventiva correspondiente (CHANTE-MESSE y KOLBE).

Las vacunas utilizadas para alcanzar la inmunidad preventiva en la fiebre tifoidea han sido numerosas, pero en la actualidad solo se usan tres tipos: las vacunas calentadas del tipo Chantemesse Wright, la vacuna bacilar esterilizada por el éter de Vin-

CENT y la vacuna sensibilizada de BESREDKA.

La vacuna del tipo Chantemesse Wright, es vacuna fabricada con cultivos hechos en medio sólido, pues están abandonados los medios de cultivo líquidos que Wright empleaba, por ejemplo, al principio de sus estudios sobre este tema, y calentados a la temperatura de 53º a 56º durante tres cuartos de hora a una hora y adicionados de una pequeña cantidad de una sustancia antiséptica, como el lysol o el cresol. Lo que hay que procurar conseguir con esta vacuna, es que la temperatura esterilizadora no sea muy elevada a fin de que la proteína inmunizante no se desintegre, no se produzcan reacciones molestas y disminuya el poder inmunígeno.

Estos inconvenientes parece que están salvados por la vacuna bacilar esterilizada por el éter de Vincent y es gracias a que no posée los inconvenientes anotados, que ha alcanzado gran difusión y por consigueinte ha sido la mejor estudiada. Vincent recomienda su vacuna, por que dice que el éter desprovee a los microbios de las sustancias grasas que existen en gran abundancia en su protoplasma, que contribuyen a hacer a las vacunas dolorosas y febrígenas (Vincent et Muraret.—Fiebres typhoide et paratyphoides.—pág. 253.—París 1916).

PESET de Sevilla (La vacunación antítifica preventiva en Sevilla con tifovacuna etérea.—Policlinica.—1915), que había realizado en esa época 624 tifovacunaciones preventivas con Vacuna etérea, se muestra muy partidario de esta clase de vacuna, porque produce reacciones mínimas y concede a los vacunados protección absoluta, mayor que la generalidad de las vacunas calentadas.

CAVALLERLEONE (citado por PESET) médico de ejército italiano en Tripolitania, refiere que habiendo efectuado vacunaciones preventivas en más de 5.000 soldados usando vacuna calentada y etérea, ha observado que los casos de tifoidea se presentaban en mayor proporción en los vacunados con vacuna calentada que en los que habían recibido vacuna de Vincent; así sobre 1000 vacunados completamente con vacuna calentada hubo 1,04% de tíficos, mientras que solo llegó a 0,3% en los vacunados incompletamente con la vacuna etérea

La vacuna sensibilizada de Besredka la prepara actualmente este autor, poniendo en contacto los cultivos vivos con el suero correspondiente de manera que se impregnan los bacilos de los anticuerpos. El exceso de suero se retira por un lavado con solución fisiológica.

Los efectos de esta vacuna se han experimentado en más de 100.000 casos y según los autores, estos han sido satisfactorios y

sin contratiempo mayor.

Del estudio de las diferentes estadísticas, de la apreciación de los datos experimentales, se deduce que las vacunas sensibilizadas son las que producen mayor inmunidad, que METCHNIKOFF y BESREDKA han confirmado experimentalmente.

La clase de los medios de cultivo empleados tiene importancia, por que la mayoría de los autores están de acuerdo en sostener que las reacciones que producen las vacunas están en razón directa de su riqueza en materias albuminoideas (Fornet), riqueza muy considerable en las vacunas primitivamente fabricadas, pues, en estas se empleaba microbios cultivados en caldo, de tal manera que en la vacuna había cierta cantidad de productos extraños, es decir, otras tantas proteínas que originan fenómenos reaccionales.

Según estas ideas los medios de cultivo que hoy se emplean

son los medios sólidos a base de agar.

La monovalencía o polivalencía de la vacuna, debe contemplarse porque no ha podido aún uniformarse el criterio que la informa. Vincent y Castellani han defendido la polivalencia, fundándose en que no siempre es posible determinar la variedad del germen de una epidemia ya por su gran difusión, ya por la extensión de la localidad. Martin Salazar sostiene las ventajas de la vacuna monovalente a fin de conseguir una inmunidad específica al frente del agente bacteriano productor de la epidemia y aboga por esta clase de vacuna, porque las polivalentes, ocasionan reacciones inmediatas más intensas. Peset sostiene que el uso de las vacunas polivalentes no tiene los inconvenientes señalados y usa una vacuna en la que se encuentran representados los bacilos tíficos de la región, como ya lo recomendaba Martin Salazar, después de su permanencia en el laboratorio, durante una buena temporada.

La experiencia que ha suministrado la guerra actual, ha demostrado que la vacuna antitífica no confiere inmunidad al frente de las infecciones paratíficas y presto se ha comenzado a emplear las vacunas mixtas en las que entran el paratífico A. y B. Pe-SET siguiendo a CHANTEMESSE, sostiene que las vacunas mixtas producen reacciones intensas, y, que por consiguiente, hay que abandonarlas, ya que no puede dismunuirse la dósis a fin de conseguir los efectos deseados. Sin embargo, la mayoría de los autores que se ocupan de este asunto, emplean hoy las vacuaas mixtas

con muy buen resultado inmediato y lejano.

El número de gérmenes necesario para conferir la inmunidad, es decir, la dosificación de la vacuna, merece tomarse en cuenta porque a pesar de saberse que la inmuniaad obtenida está en razón directa del número de bacilos inyectados (H. Vincent y L. Muraret) este principio suíre modificaciones cuando se contempla la cuestión desde el punto de vista de la clase de vacuna, pues, se ha podido comprobar en el ejército italiano que los sujetos inmunizados con la vacuaa etérea de Vincent a la dósis de 1,020 millones de bacilos ofrecían inmunidad superior a los que habían recibido 2,100 millones de gérmenes calentados según el procedimiento de Pfeiffer y Kolle.

Pero las observaciones de esta índole no son uniformes, pues, cuando se ha tratado de disminuir el número de gérmenes, no han sido raros los casos de eberthiosis en los vacunados, como han tenido oportunidad de señalarlo algunos autores. Y el problema ha demandado resolución, porque las exigencias de la guerra planteaban la necesidad de disminuír el número de las inyecciones necesarias para conseguir la inmunidad, cosa que se ha hecho, pero reforzando la dósis. Vincent dice que la inmunidad así alcanzada, es evidentemente menos grande y menos prolongada, cosa que analizaremos al ocuparnos de la duración de la inmunidad y de las reva-

cunaciones.

Fundándose en estos datos, se ha convenido en emplear en la Armada francesa, por ejemplo, una vacuna que contiene por centímetro cúbico 500 millones de 4 bacilo tíficos y 250 millones de

cada uno de los paratíficos A. y B. de la cual se inocula hasta 2,000

millones de gérmenes.

El tiempo que debe mediar entre cada vacunación se ha determinado por el estudio de la aparición de los signos de inmunidad y estos se manifiestan entre el 7º. a 8º día, razón por la cual es de uso común repetir las inyecciones cada ocho días, sin embargo, de que, según Fornet, Muller y otros, podría disminuirse el plazo, pues, no debe temerse ningún accidente anafiláctico: 1º. porque según Richer no puede haber anafilaxia sino cuando toda la sustancia preparante ha desaparecido y el antígeno tífico no desaparece según Winni, hasta pasados unos 25 días; 2º. por que contra lo que se observa con los sueros, para conseguir anafilactizar con toxinas se necesita que la inyección preparante contenga una cantidad relativamente fuerte; 3º. en bacterio anafilaxia solo se obtienen resultados constantes pasados veinte o veinticinco días después de la Inyección preparante, lo que coincide con los datos expuestos en primer lugar. Es claro que si en este intervalo se practican inyecciones tendrá lugar la antianafilaxia de BESREDKA; 4º. DELANEO ha estudiado la anafilaxia tífica, demostrando que coincide con la inmunidad. Según las dósis descargantes, se observa la inmunidad si las dósis son débiles, o la anafilaxia con dósis fuertes. (PESET).

La vía casi universalmente empleada para efectuar las inoculaciones es la subcutánea; sin embargo, no es inutil hacer una ligera crítica, porque como dice Martin Salazar, ésta tiene su

punto de vista ideal y su aspecto práctico real.

La vía intravenosa es indudablemente la que satisface las condiciones teoricas primeramente señaladas, ya por que imita la bacteriemia natural de la tifoidea, ya por que determina la rápida impregnación del organismo y por ende la producción de los fermentos defensivos, factores de la inmunidad y en fin, por que evita la reacción local; todas estas ventajas no han logrado generalizarla, quien sabe si por las exigencias de la técnica.

La vía gastro intestinal ha sido desechada, lo mismo que la enterovacuna que es seguida solamente por sus patrocinadores.

La vía subcutánea es, como ya hemos dicho, la más empleada, pero los sitios escojidos han variado; así la «Comisión Inglesa de Vacunación antitífica» preconiza la parte posterior del brazo al nivel de la inserción del deltoides o bien cinco centímetros por debajo de la clavícula en la región pectoral; Chantemesse prefiere la región situada algunos centímetros por encima de la inserción del deltoides. Esta es la región que hemos empleado.

Las vacunas, como sabemos tienen por objeto provocar la inmunización activa, reproduciendo la fenomenología humoral de la enfermedad, pero el mecanismo del proceso se ha explicado siguiendo a Pfeiffer, creyendo que la toxina tífica, préviamente formada en el protoplasma bacteriano y puesta en libertad por la bacteriolisis, producía según su poder tóxico, la enfermedad cuando este era excesivo, la inmunidad cuando permitía que el organismo reaccionaria contra dicha toxina. En estos últimos tiempos

gracias a los estudios de Julio Mendez de Buenos Aires, de Waugham en Estados Unidos y de Abderhalden en Alemania, se estudian los fenómenos de la inmunidad junto con los de la nutrición y de esta manera la infección y la inmunidad son el resultado de la digestión paraentérica de las proteínas bacterianas gracias a la acción de fermentos de defensa que existían anteriormente o que se forman en el organismo atacado. Waugham dice: toda infección es un fenómeno de digestión paraentérica de una proteína viva.

Según esta nueva doctrina fermentativa de la infección y de la inmunidad, se produce la infección eberthiana, cuando el sujeto no posée los fermentos defensores capaces de digerir el bacilo de Евектн o cuando el germen si los posée; pero una vez que el organismo invadido ha logrado, por su sensibilización celular, fabricar fermentos específicos que obran sobre la proteína extraña no pierde dicha propiedad, mientras conserva esta nueva función celular.

Este es pues, el fundamento de la inmunización activa que se ha puesto en práctica desde el siglo XVIII con la vacuna antivariólica y que hoy establece sobre sólidas bases la vacunación antitífica preventiva, que en un lejano no muy remoto, si se confirman las vistas de Waugham, alcanzará perfección considerable, cuando se preparen vacunas que, gracias a los progresos de la Química Analítica, no contengan sino el «grupo atómico no tóxico, que es el verdadero fermento específico de la bacteria, el que obra como antígeno, el que sensibiliza las células del cuerpo y el que, en último término da lugar a la formación de los anticuerpos defensivos contra el microbio de la fiebre tifoidea» (MARTIN SALAZAR).

Las reacciones que origina la vacunación antitífica se pueden agrupar en locales, generales y sanguineas, las mismas que estudiadas nos servirán para probar su acción, ya que dejaremos de lado el control experimental en los animales y las experiencias involuntarias o accidentales en el hombre, que atestiguan el valor inmunizante de las vacunas.

Las reacciones locales son por lo general insignificantes. MERY (La Vaccinatión antityphoidique. —París 1915) no ha observado sino fenómenos dolorosos, algunas veces bastantes vivos. Esta reacción local no dura más de 24 a 48 horas, salvo que haya habido alguna falta de técnica. Por lo que respecta a nosotros hemos observado en la mayoría de los vacunados (580 sujetos más o menos) escasa reacción local, que cuando se ha presentado consistía en rubefacción, calor local, cierta dolorosidad y escasa induración; pocos han sido los casos en que el rubor local haya alcanzado una extensión considerable y los fenómenos ya señalados adquiriesen insólita intensidad, y en un sujeto que recibió en la primera inoculación doble dósis (2 c.c.) no constatamos casi reacción local lo que quiere decir que hay que tener en cuenta también, la susceptibilidad individual.

Entre las reacciones generales, la fiebre es la más frecuente, pero la elevación térmica no es muy considerable y en la mayoría

de los vacunados puede faltar, aunque en proporciones muy variadas, según los observadores y según la clase de vacuna empleada; usando vacuna eterea se consigna esta proporción de ausencia de reacción pirética: de 46,1% (Santoliquido) a 96,6% (Rouzaud, Cabanis y Gièles).

Nosotros, que hemos empleado vacuna calentada, hemos visto algunas reacciones piréticas que han durado 24 y aún 48 horas. El estado saburral lo hemos observado algunas veces, lo mismo

que la cefalalgia.

Sin embargo, estas reacciones generales, hay que considerarlas, si se acepta la opinión de la «Comisión Inglesa para la vacunación» como la traducción de cierta sensibilidad especial del vacunado al frente de la toxina eberthiana, de manera que la reacción revelaría la predisposición inminente para contraer la enfermedad.

Con el nombre de reacciones sanguíneas se agrupan la producción de anticuerpos específicos, la reacción colesterinémica

y las variaciones globulares.

Entre las reacciones globulares las variaciones leucocitarias son las que tienen mayor importancia. H. Mery y L. Gerard (La reacción leucocitaire consecutive aux injestions de vaccin chauffé T. A. B. est independante du mode d'introduction du vaccin.—Comptes rendus de la Societé de Biologie.—Seanse du 3 fevrier 1917) que ultimamente las han estudiado en relación con las vías de introducción, han observado las mismas reacciones leucocitarias después de aplicar las vacunas por las vías intersticial y venosa. Esta hiperleucocitosis es, según los mismos autores, muy precóz; junto con la fiebre es uno de los. primeros índices de la reacción vacunal, las aglutininas solo se revelan del 5º. al 6º. día. Experimentalmente se ha comprobado que esta leucocitosis es específica, pues, no aparece cuando el animal había sido inyectado anteriormente con otra especie bacteriana.

Las aglutininas aparecen del 5º. a 6º. día, empleando vacuna calentada (Mery y Gerard). Según Wrigth el suero de los vacunados alcanza su máximo de poder aglutinante hacia los veinticinco días, conservando este poder hasta los ocho meses más o menos en que comienza a disminuír; sin embargo, Harrison, Pfeiffer y Kolle los comprobaron a los cuatro años, pero estos son

casos raros.

BRUOGHTON ALLCOK que ha constatado la falta de paralelismo entre el poder aglutinante del suero y la inmunidad, piensa que no puede tomarse a esta reacción humoral como exponente de inmunidad, afirmación que estaría confirmada por la observación de que las vacunas que mayor inmunidad confieren, como son las vacunas vivas, son aquellas que originan poder aglutinante poco intenso y tardío. De aquí que Kolle y Hetsch hayan propuesto estudiar el poder bactericida para apreciar el grado inmunizante de una vacuna y estudiado éste por Ardin Delteil y Negre ha revelado que era más ostensible en los animales que habían sido inoculados con vacuna sensibilizada de Besredka, precisamente aquella vacuna que origina menos aglutininas.

La reacción colesterínica se ha señalado por Rouzaud, Cabanis y Gilles durante la vacunación antitífica, en el sentido de una hipercolesterinemia que ya Chauffard había constadado en la tifoidea cuando se avecina la curación. Sin creer que esta constatación sirva para medir el grado de inmunidad, no parece dudoso que ella sea la manifestación del coeficiente de la actividad de los órganos que la producen, coeficiente que es bueno conocer porque se cree que la colesterina contribuye, por un mecanismo de

orden químico, a la defensa humoral.

Por lo que antecede se colije que lo que sabemos sobre las reacciones inmunológicas, ocasionadas por la vacunación antitífica no está bien precisado, que no hay un criterio fijo para apreciar el valor de su acción preventiva, pues, como dice Martin Salazar «la presencia de fermentos defensivos en los plasmas y humores del organismo no es un indicio seguro para juzgar del grado de inmunidad provocada o producida por una clase especial de vacuna.... el hecho esencial de toda inmunización artificial consiste en la creación, por decirlo así, de una función nueva de las células del cuerpo, mediante la cual se forman fermentos defensivos contra la proteína viva del germen microbiano de que se trata, pudiendo esta función adoptar estados diferentes, a saber: un estado in actu es decir, difundiendo los fermentos específicos por los plasmas orgánicos, y en este caso se encuentran estos en el suero de la sangre o un estado solo en potencia, esto es en disposición virtual para segregar esos fermentos enseguida que el organismo se deje impresionar nuevamente por el mismo antígeno anteriormente inoculado».

Ante la fragilidad de los métodos propuestos para apreciar la inmunidad conferida por la vacunación, Chantemesse y Federico Gay han tratado de revelar el estado potencial de la inmunidad adquirida, aprovechando las reacciones anafilácticas que se producen en todo individuo que recibe una dósis pequeña del antígeno que ha impregnado anteriormente el organismo. El principio, técnica, etc., es idéntico al de la reacción de Von Pirquet en la tuberculosis. La reacción ha recibido el nombre de tifoidina.

Al decir de los que han experimentado la tifoidina, la reacción positiva no se presenta sino en los que han sufrido de tifoidea o han recibido vacunaciones antitíficas, lo que quiere decir que es específica y por consiguiente que es un modo preciso para revelar la sensibilización del organismo, aún cuando se encuentren los ele-

mentos que atestiguan la inmunidad, en estado potencial.

Si es aún dificil asegurar, cuando ha alcanzado el organismo el grado de inmunidad que lo ponga a cubierto de un ataque del bacilo de Евектн, mayor es precisar si existe el peligro de que en el curso de la vacunación se presente lo que Wright ha llamado «fase negativa».

Indudablemente que con la técnica de esa época, WRIGHT constató el fenómeno de la disminución del poder defensivo (bactericida) de los humores en los sujetos que comenzaban a laborar su inmunización; fase negativa que los colocaba en estado de hi-

persensibilización a la infección. Pero el perfeccionamiento de la técnica, ha hecho dismunuir estos peligros, que hoy casi no son tenidos en cuenta, no solamente porque la experimentación en manos CREUZE ha demostrado que los anticuerpos aparecen del segundo al cuarto día, sino porque el gran número de vacunaciones practicadas prueba que la fase negativa no se presenta y si existe no es de temer. VINCENT lo ha dicho: «la fase negativa no es de temer en absoluto con los métodos modernos de vacunación». Esta afirmación tan rotunda está basada en los resultados que se obtienen cuando se vacuna a personas en las cuales coincide la vacunación con la incubación de la fiebre tifoidea; en los resultados de la vacunoterapia; en las observaciones de vacunaciones en plena epidemia y por último en los estudios de Fornet «quien ha demostrado que la producción de anticuerpos en general se obtiene más intensamente y con más facilidad por un método rápido de inmunización intensivo, con reinyección del antígeno a cortos intervalos de tiempo, que no con inyecciones muy distanciadas del propio antígeno» (MARTIN SALAZAR).

Si la técnica actual de la vacunación antitífica ha hecho despreciables los inconvenientes que presentó al principio de su uso; existen, sin embargo, contraindicaciones que es necesario conocer y que Vincent y Muraret dividen en temporales y permanentes.

Entre las primeras se coloca todo estado febril y en general

todo proceso agudo o crónico en actividad.

Las contraindicaciones permanentes son: las enfermedades orgánicas graves, la tuberculosis, la pleuresía crónica, la arterio-esclerosis, la miocarditis, la diabetis, la nefritis, etc. Sin embargo, VINCENT ha declarado en la Academia de Medicina de Paris que lejos de observarse la explosión de fenómenos objetivos en los tuberculosos latentes, se ha observado algunas mejorías en tuberculosos confirmados.

MERY refiriéndose a este asunto cree que en muchos casos puede hacerse la vacunación empleando dósis menores, débiles, pero siempre usando el número de gérmenes necesarios, lo que se consigue efectuando mayor número de inyecciones, es decir, empleando mayor tiempo para conseguir la inmunidad.

El mayor triunfo que ha conseguido en estos últimos tiempos la medicina preventiva es sin disputa la vacunación antitífica. Las estadísticas publicadas, que aún no son totales revelan de manera elocuente la disminución de la morbosidad y de la mortalidad por fiebre tifoidea, sobre todo en esta época de guerra. Gracias a la vacunación los ejércitos de las naciones beligerantes han visto disminuir la considerable merma que en sus efectivos ha producido siempre la infección eberthiana, como pasó, por ejemplo, en la guerra ruso-turca que al lado de 34,742 muertos por bala, fallecieron 43,985 por dotienenteria.

Comprendiendo su importante valor se ha dado en Francia, Inglaterra, Bélgica, Italia, etc. leyes haciendo obligatoria la vacunación antitífica en los ejércitos y marinas, y tan penetrado de esto se encontraba de esto el mundo francés, que cuando en 1914 se declaró obligatoria la vacunación del ejército francés todas las personas aptas se aprestaron a poner su contigente al servicio del Laboratorio de Val de Grace, fabricándose de esta manera la vacuna necesaria con que vacunar todo el ejército de Francia. Edmond Perrier dijo en la Academia de Ciencias de París que se había preparado un metro cúbico de vacuna.

VINCENT y MURARET después de exponer algunos ejemplos de los resultados dicen: «La vacunación específica es el medio pro-

filáctico más potente que se posée contra la fiebre tifoidea».

La duración de la inmunidad conferida por la vacunación antitífica no es cuestión resuelta. Mery dice que la duración de la inmunidad no puede fijarse en la actualidad, pero que parece que no sobrepasa de 2 a 3 años y agrega que la revacunación se considera necesaria a los 3 años en la armada americana. Refiere como datos que aportan alguna luz sobre el asunto, que Harrison ha demostrado que el poder bactericida en un vacunado seis años antes, era de 1 por 40 y que Chantemesse ha encontrado la sensibilizatriz 9 años después de una vacunación preventiva.

MARTIN SALAZAR exprésase diciendo que «la duración de la inmunidad producida por las vacunas no es muy larga, y que puede estimarse como mínimo un año, el máximo se extiende a un

período de tiempo más largo sin duda».

PESET (Vacunación y Revacunación antitíficas:—La Medicina Valenciana, diciembre de 1916) sostiene con respecto ala duración de la inmunidad conferida «que forzosamente ha de variar en los distintos individuos y con la cantidad de antígeno inyectado, la cual a su vez depende del número de bacilos y del procedimiento empleado para matar éstos», y agrega que «los datos conocidos parecen garantizar la inmunidad concedida con la vacunación polivalente eterea por espacio de dos y medio a tres años, salvo

variantes individuales siempre posibles».

Es este autor sevillano el único que, según nuestra investigación bibliográfica, publica los resultados de las revacunaciones que ha realizado en 57 personas. La técnica que ha seguido en este caso ha estado fundamentada en que, según Dungern, Colle, Shiga, etc. basta dósis insignificantes del antígeno que ha inmunizado a un organismo para despertar en él, el estado primitivo que por acción del tiempo parece haberlo perdido; y con arreglo a esto emplea vacunas de 1000 millones de gérmenes para efectuar las revacunaciones, habiendo constatado reacciones moderadas y aumento del poder aglutinante que ha alcanzado a la dilución 1/350 en los revacunados, mientras que el poder aglutinante solo llegó hasta 1/50 en personas que eran vacunadas por primera vez y con la misma dósis.

H. J. NICHOLS (The Militare Surgeon — Vol. XXXVIII. Nº. 3 marzo 1916; Boletin del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII,—Año XII, Nº. 47. 1916) que expone los resultados obtenidos en el ejército de los Estados Unidos, dice que es obligatoria la revacunación después de cuatro años de conseguida la primera

inmunización, pues el autor ha tratado 32 casos de fiebre tifoidea originada al quinto año de la vacunación.

Como consecuencia de esta exposición podemos expresar las siguientes conclusiones:

la. La vacunación antitífica es inofensiva

2a,—Deben usarse, dada las experiencia y resultados favorables obtenidos, la vacuna calentada o la vacuna eterea.

30.—Se emplearan vacunas polivalentes siempre que conten-

gan razas microbianas aisladas en la localidad.

4a.—Las vacunas mixtas T. A. B. se deben preferir a las monomicrobianas.

5a.—La inmunidad solo se confiere después de haber inoculado 1,500 a 2,000 millones de gérmenes.

6a.—Puede efectuarse la técnica de la vacunación reducida

que consiste en conseguir la inmunidad con dos inyecciones.

7a.—La vía subcutánea es la hoy usada; la intravenosa, sin embargo gana adeptos y su empleo está fundado en sólidas consideraciones teóricas.

8a.—Los inconvenientes que se deducían de la constatación

de la fase negativa de WRIGHT, no deben temerse.

ermenes de la misma especie, muertos o vivos, calor, le calor, le

9a.—Está contraindicada la vacunación antitífica siempre

que haya un proceso febril o una enfermedad aguda.

10a.—El valor de la vacunación antitífica está probado por muchos millones de vacunaciones que se han efectuado y el consiguiente descenso de la morbosidad y de la mortalidad por infección eberthiana.

11a.—La duración de la inmunidad es de tres años más o me-

nos, después de esta fecha debe efectuarse la revacunación.

12a.—Está indicada la vacunación antitífica preventiva: a) en las personas que viven en localidades donde existe endémicamente la fiebre tifoidea; b) en caso de exacerbaciones epidémicas; c) en los que rodean a los tíficos (profesionales, entermeros); d) en los individuos jóvenes de preferencia; e) en los medios sociales en que son de dificil práctica las medidas higiénicas; f) en las localidades en donde los recursos económicos no permiten el uso de otras medidas.

13a.—La vacunación antitífica si es hoy la mejor medida que la Medicina preventiva puede emplear contra la tifoidea, no es la única, pues, debe estar asociada a otras disposiciones que la higiene pública preconiza: la declaración obligatoria, el aislamiento, la desinfección, la investigación y tratamiento de los portadores y y muy especialemente el suministro a las poblaciones de agua pura y no contaminable.

14a.—Se hace urgente dictar entre nosotros una ley de lucha

ruier otro metodo constituyen, penetrando como vacuna al orga-

antitífica.

#### ASOCIACION DE INTERNOS DE LOS HOSPITALES

Sesión celebrada el 10 de junio de 1917.

Presidencia del Sr. Carlos A. Bambaren.

SOBRE UN CASO DE VACCINOTERAPIA ANTITIFICA POR VIA ENDOVENOSA.—El Sr. Luis Saenz, dijo lo siguiente: Van muchos años transcurridos desde la época en que el bacteriogo español Jaime Ferran, diciendo con motivo de una epidemia de cólera en Barcelona, «que aquella enfermedad se podía prevenir y aún curar con la administración de productos bacilares modificados» se exponía por este motivo a la burla de sus connacionales; pues a pesar de los años que van corridos de entonces a acá la vaccinoterapia ha tenido constantemente, verdad que en progresión decreciente, sus detractores, a cuyos embates ha resis-

tido perfectamente.

No viene al caso que nosotros hagamos aquí la historia de la vaccinoterapia; sin embargo, por lo que al Perú se refiere hay muy poco que decir y se puede contar con los dedos y quizás de una sola mano, los nombres de los que entre nosotros han publicado algo sobre la vaccinoterapia. Los resultados que ella ha dado entre nosotros permanecen ignorados ya que aparte de un artículo publicado por el Dr. Hercelles en la Revista Universitaria, de un trabajo de Luis D. Espejo aparecido en «La Reforma Médica» y de otro del Dr. Herrera Mejia que se encuentra en «La Crónica Médica», nada se ha publicado sobre vaccinoterapia fruto de personales experiencias y esto que como a todos no consta no se ha andado corto en usar las vacunas curativas ya que como también nos consta entre nosotros los « Affiches» de Mulford y Parke Davis han hecho brecha.

Al leerse el título de esta observación clínica, podría creerse con razón que vamos a tratar de un caso de fiebre tifoidea curado por la vacuna antitífica administrada endovenosamente, pero nó, solo se trata de la observación de un caso de Fiebre Tifoidea en el que tuvimos oportunidad de poner una inyección endovenosa de vacuna antitífica.

Antes de referir la historia clínica que motiva estas líneas vamos a tratar de explicar las ventajas de acción que nosotros creemos que tiene, la administración endovenosa de la vacuna antitífica.

Después del diagnóstico preciso del gérmen productor de una septicemia, los gérmenes de la misma especie, muertos o vivos, atenuados por el calor, los antisepticos, el envejecimiento o cualquier otro método, constituyen, penetrando como vacuna al organismo, el antígeno: antígeno representado por las endotoxinas microbianas no específicas según todo parece probarlo, y por las exo-

toxinas probablemente específicas y probablemente también las menos difíciles de ser vencidas por el organismo, antígeno contra el que el organismo se defiende por medio de sus anticuerpos (amboceptores, complementos, sensibilisatrices etc); defensas que en este caso son más eficaces que cuando el organismo las ponía en juego contra los gérmenes vivos que se hallaban dentro de él, ya que en el primer caso se trata de gérmenes atenuados y en el segundo de gérmenes dotados de su poder ofensivo íntegro y a los que el organismo sin esta gimnasia de sus defensas solo hubiera podido en el caso de vencer, llegarlo a hacer muy lentamente.

Como se comprende este mecanismo no ha salido del terreno de las hípotesis más o menos fundadas; él nos explica el proceso curativo de la vaccinoterapia en la mayor parte de las veces y decimos que solo la mayor parte de las veces, porque por ejemplo en el caso de la vacuna anticoqueluchosa del Prof. Kraus la explicación que por medio de las albuminas da él del mecanismo de su acción.

es dificil de asimilar a lo que dejamos dicho.

Sin embargo, basándonos en la hipótesis que hemos referido, creemos que si la vaccinoterapia produce, administrada subcutáneamente buenos efectos, por la vía endovenosa estos deben ser mayores ya que sin la barrera que significan las paredes de los vasos y poniendo a los gérmenes modificados frente a frente a las defensas orgánicas, se consigue seguramente la producción del máximun de anticuerpos que después iran a actuar contra los gérmenes productores de la enfermedad.

Hay todavía otra ventaja más en la administración en esta forma de la vacuna y es que con la rapidez con que seguramente se realizan los hechos, la fase negativa que sigue a las inyecciones subcutáneas estará en el peor de los casos considerablemente acor-

tada.

Por otra parte MERY cita a Nicolle del que dice que ha demostrado que la vacuna preventiva introducida directamente al torrente circulatorio produce en el organismo un aumento en el poder aglutinante y bactericida mucho mayor que cuando se inyecta al tejido celular. Y bien ¿qué razón se opone a que nosotros

creamos que lo mismo ocurrirá con la vacuna curativa?

Un artículo del Dr. Petzetakis aparecido en el Nº. 50 de «Paris Medical» sobre «La vaccinoterapia de la dotienenteria por las inyecciones endovenosas de vacuna antitífica» y en el que cita dos casos curados en esta forma—el uno con una y el otro con dos inyecciones—y el que encontráramos ventajoso el método, nos decidió a solicitar el concurso de nuestro amigo el Sr. Monteverde cuya habilidad en materia de técnica vaccinoterápica es ya axiomática, que, con el interés que en él despierta toda investigación científica, respondió a nuestra solicitación, aceptándola.

Historia clinica.—Aíbe, de raza amarilla, natural del Japón de 28 años de edad, de oficio carpintero, ingresa al Hospital «Dos de Mayo» a la Sala de San Vicente en donde ocupa la cama Nº. 19 el día 2 de abril del presente año; sujeto que habla muy poco ecastellano nos obliga a interrogar a sus compatriotas que lo acoml pañan, por ellos tenemos conocimiento de que en perfectas condi-

ciones de salud hasta hace 6 días, se encuentra desde entonces con flebre contínua, con cefalalgia intensa y delirio nocturno, acompañados de un estado de postración intenso que los ha abligado a

traerlo al Hospital.

Al proceder al examen nos encontramos con un individuo vigoroso, bien musculado, colocado en un profundo estado de estupor, con 39º de temperatura y un pulso que late 90 veces por minuto, con un poco de disminución de la tensión pero sin dicrotismo. El examen del corazón aparte de un ligero apagamiento de

los ruidos cardiacos no nos revela nada anormal.

El examen de la boca nos la muestra llena de fuliginosidades, la lengua está cubiera de una saburra amarillenta; el vientre está balonado y timpánico, a la palpación se percibe el intestino grueso lleno de heces y gorgoteo; el enfermo tuvo ese día, como había tenido en los días anteriores, 4 6 5 cámaras líquidas amarillentas. El hígado no estaba aumentado de volumen, pero la vesícula biliar si era asiento de un punto doloroso. El bazo estaba ligeramente infartado y doloroso; el resto del vientre no era doloroso. El aparato respiratorio revela un ligero catarro bronquial, no hay disnea. La diuresis es normal, el examen de las orinas de ese primer día no revela nada anormal. Del lado de la piel no hay elemento eruptivo alguno; constatamos sí el espléndido signo palmoplantar de Philipovicz. No hay delirio; hay un poco de sordera; no hay fotofobia.

En estas condiciones mandamos hacer un hemocultivo, que a las 16 horas presentaba un germen movil, que diferenciado a

los 40 se descubre como bacilo de Eberth.

Hasta aquí—5 de abril—las condiciones del enfermo casi no habían cambiado, la temperatura se mantenía casi uniforme en los alrededores de 39°, la diarrea se había suprimido y habían apa-

recido un regular número de manchas rosadas lenticulares.

En estas condiciones nuestro distinguido compañero el Sr. Monteverde tiene la amabilidad de preparar, con el germen obtenido en el hemocultivo, una vacuna por el método Chantemesse ligeramente modificado: Atenuación por estadía de una hora a 57º y adición de ácido fénico hasta obtener que el cultivo tenga ½ % de ácido fénico; esta vacuna contiene 100 millones de gérmenes por c.c. Debemos hacer constar que el Sr. Monteverde tuvo oportunidad de constatar momentos antes de aplicar la vacuna que los gérmenes conservaban, sumamente atenuados es cierto, sus movimientos.

Con la vacuna así preparada inyectamos el día 7 de abril a las 12 del día ¼ de c. c. (25 millones) de vacuna, diluída en 5 c.c. de suero fisiológico, en una vena del pliegue del codo; el enfermo había tenido 38.5 en la mañana, tenía 80 pulsaciones y respiraba

16 veces al minuto.

El enfermo no presentó nada digno de anotarse hasta los 35 minutos, en que fué invadido por un calofrío intensísimo que le sacude enérgicamente todo el cuerpo, y que duró 10 minutos, al cabo de los cuales el pulso era de 160, un poco pequeño, por lo que se le puso una inyección estimulante; la respiración era 32 veces al mi-

nuto; en este momento el escalofrío comenzó a ceder y el enfermo a dar muestras de que era invadido por una gran calor al mismo tiempo que la temperatura comenzaba a ascender progresivamente hasta llegar a las 4 p.m. a 41°, a esta hora el pulso frecuente todavía (150) no era ya tan pequeño y el enfermo respiraba más pausadamente, a esta hora también el enfermo comienza a sudar moderadamente primero y luego progresivamente más, hasta sudar copiosamente; la temperatura comenzó a bajar y a las 6 p. m., hora en que abandonamos al enfermo, la temperatura era de 38º, el pulso de 120 y respiraba 23 veces al minuto; esta temperatura bajó unas horas después a 35°; al día siguiente el enfermo tenía en la mañana 37º de temperatura y un estado de lucidez impropio de su enfermedad; ese mismo día por la tarde la temperatura sube a 38° 5 y en los días siguientes el enfermo recobra la elevación térmica que tenía antes de la administración de la vacuna pero conserva su lucidez y una gran exageración en la pigmentación de los miembros; al cabo de 5 días de la 1a. inyección, intentamos aplicar una 2a. invección pero causas ajenas a nuestra voluntad lo impidió. después de esto el enfermo continúa con su fiebre evolucionando al igual que en cualquier enfermo, pero sin el verdadero estado tífico que perdió desde el momento de la inyección.

El 11 de mayo—39 días después de su ingreso—la temperatura cae, sin que el enfermo haya tenido ninguna complicación y

abandona el hospital el 25 de mayo completamente curado.

Como se vé, el ensayo no tuvo resultado y si la presente comunicación es probante de algo, es quizá de que nuestra incompetencia no era lo más a propósito para esta clase de investigaciones.

Ojalá, sin embargo, ella interese a nuestros compañeros para que sigan investigando en un punto como éste, que creo firmemen-

te destinado a dar éxitos.

El señor Bambarén manifestó que al lado de la concepción clásica de la infección y de la inmunidad, WAUGHAN, ABDERHAL-DEN, MENDEZ y otros, sostienen que la proteina bacteriana dá lugar a dos clases de núcleos: uno tóxico, no específico y otro atóxico, específico, que es el que interviene en la génesis del proceso infección-inmunidad; que esta manera de concebir se encontraba apoyada por los estudios de KRAUS y MAZZA de Buenos Aires, quienes han inaugurado la terapéutica heterobacteriana en la fiebre tifoidea, ya que emplean para combatir la dotienenteria vacunas con gérmenes coli. El mecanismo de la acción de esta vacuna no tendría explicación por las ideas clásicas que el comunicante expone, sino por las nuevas explicaciones reseñadas. Los resultados que han conseguido los investigadores de Buenos Aires usándo dicha vacuna por vía venosa, son en todo comparables a los que ha obtenido el Sr. SAENZ, con la diferencia de que la tifoidea aborta, pues su duración se abrevia de manera considerable.

SOBRE UNA RARA COMPLICACION POSTOPERATORIA EN UNA OPERADA DE EQUINOCOCIA HEPATICA.
—El señor Alfredo Parodi relató un caso, en el que se presen-

tó, en una enferma operada por segunda vez de un quiste hidático, una perforación gástrica que comunicaba con el exterior por intermedio de la cavidad marzupialisada. La enferma presentó bronconeumonia y estercoremia que la pusieron en grave peligro.

Una asistencia esmerada, ha conjurado estas complicaciones y hoy no pasan ya las sustancias ingeridas, lo que prueba que se ha reparado la brecha gástrica, producida, posiblemente, a conse-

cuencia de esfacelo.

Los señores Sanchez Moreno, Melgar y otros hicieron algunas indicaciones respecto a la génesis de esta perforación gástrica.

UN CASO DE REFLUJO O CIRCULO VICIOSO EN UNA GASTROENTEROSTOMIZADA.—El señor Luis D. Espejo, expuso lo siguiente: A medida que la cirugía gastrointestinal ha progresado, perfeccionando los detalles de la técnica, las complicaciones post-operatorias se han hecho cada vez más raras para constituir verdaderas sorpresas que el cirujano, sin embargo, de-

be preveer y evitar.

En una de las primeras sesiones del presente año, tuve el honor de someter a vuestra ilustrado criterio, un caso de hematemesis consecutiva a una gastroenteroanastomosis, complicación muy rara, y sobre la cual las estadísticas extranjeras señalan un reducido porcentaje; y hoy voy a relataros un caso de reflujo círculo vicioso que tuve la oportunidad de observar en mi condición de Interno de la «Maison de Santé», y que dada su poca frecuencia y su carácter de insólita pertinacia se presta a muchas y oportunas consideraciones.

Historia clinica. - Srta. Cl. G. natural de Lima, de 29 años de

edad, ingresó a la «Maison de Santé» el 27 de Enero de 1916.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales.—Desde la infancia sufre de trastornos gástricos caracterizados por hiperacidez, dolor epigástrico y vómitos. Estos síntomas se atenúan durante largos períodos para intensificarse en otros, al extremo de colocar a la enferma en las más peligrosas condiciones de agotamiento físico. Además, la enferma sufre de crisis nerviosas, manifestaciones evidentes de su temperamento neuropático (Histeria). En estado caquéctico es conducida a la clínica, donde como último recurso se le aconseja la intervención quirúrgica.

Estado actual.—La enferma está postrada; obligada a permanecer en el lecho en decúbito dorsal; al más leve movimiento de cabeza le da vértigos. La incontinencia gástrica es absoluta, a pesar del reposo prolongado, del hielo sobre el vientre y la atropina. Los vómitos son incoercibles durante los primeros días de su esta-

día en la clínica.

Examen clínico. — Emaciación profunda; la piel seca y terrosa, eretismo nervioso, trastornos de la sensibilidad. Pulso frecuente que fluctúa de 110 a 120 pulsaciones por minuto. Anemia bien manifiesta; soplo anémico en la punta del corazón; 28 a 34 respiraciones por minuto. Vientre poco elevado, deprimido, con ligero timpanismo. Nada de particular del lado del aparato urinario.

El exámen radioscópico reveló una biloculación gástrica por úlcera crónica; atonía gástrica por dilatación que llegaba hasta el

pubis. El pronóstico es grave.

Operación.—El 11 de Febrero es operada por el Dr. Luis de La puente, ayudado por los Dres. Graña y Delgado. La anestesia fué objeto de particular cuidado de parte del Dr. Graña, pues la enferma revelaba por instantes signos de intoxicación. El Dr. La Puente practicó la gastroenteroanastomosis con suspensión vertical de Moyniham y Ricard. El resultado inmediato de

la operación fué muy satisfactorio.

Pocos minutos después comenzaron a iniciarse los vómitos consecutivos a la eterificación. Cuatro o cinco horas trascurridas de la operación, los vómitos se hicieron verdosos, de aspecto manifiestamente biliar, acompañados de angustia y de pirosis. Estos vómitos se repitieron con intervalos variables de una hora hasta tres, adquriendo carácter incoercible. El epigástrio aumentó de volumen, la sed intensa creció progresivamente, la excreción urinaria amenguó, el pulso filiforme, en una palabra la condición de la enferma era desesperada. En tales condicione el tratamiento consistió en lavados del estómago dos veces al día con una solución de bicarbonato de soda, invecciones de suero fisiológico y aceite alcanforado. La alimentación se realizaba en pequeñas cantidades durante los momentos de reposo. Gracias a la solícita asistencia del personal de la clínica, la enferma pudo sobrevivir durante el largo período de dos meses que duró este círculo vicioso. Este caso constituye uno de los más legítimos triunfos del Dr. Luis de La Puente.

La enferma ya bastante aliviada fué conducida a su domicilio, donde después de una nueva crisis gastro-neurósica, si así puede calificársela, entró en larga pero segura convalescencia. La enferma actualmente goza de perfecta salud, habiendo ganado en

peso y mejorado su temperamento nervioso.

Tal es a grandes rasgos, la historia clínica, motivo de la pre-

sente disertación.

La primera observación de «circulus viciosus» de los alemanes o de reflujo como dicen los franceses, es debida a Wolfler en 1881 que cita el caso ocurrido a BILLROTH, el cual perdió a su primer operado de vómitos biliosos incoercibles. Estos casos eran frecuentes en los primeros años de la cirugía gastro-intestinal, cuando sólo se ponía en práctica la gastroenterostomia anterior precólica de Wolfler y la gastroenterostomía retrocólica de Brenner. Los progresos sucesivos realizados en la técnica operatoria con la gastroenteroanastomosis posterior efectuada por Courvoisier en 1883 (H. HARTMANN. Chirurgie Gastro-Intestinal—Archives Generales de Medicine 1900) y perfeccionada por Von Hacker en 1885, trajeron como consecuencia disminuir las probabilidades del círculo vicioso. De aquella época data la idea de LAUENSTEIN de anastomosar al asa eferente otra asa yeyunal, práctica que exponía a tomar una asa demasiado declive, y que fué modificada por BRAUN y por Jaboulay poco después, simplificando la anastomosis, efec tuándola entre las dos ramas ascendente y descendente del asa fija. Estos fueron los primeros ensayos encaminados a suprimir el círculo vicioso.

¿Cuáles son las causas del reflujo en la gastroenterostomía?. TAVEL en un trabajo muy documentado—(Le Refluc dars la Gastro-enterostomie - Revue de Chirurgie 1901 pág, 685) considera cuatro modalidades distintas de este fenómeno, que él agrupa bajo la denominación de circulación defectuosa de la anastomosis.-1º. el contenido duodenalrefluye al estómago franqueando el píloro; 2º. el contenido del estómago pasa a la rama aferente; 3º. el contenido del duodeno refluye al estómago por la anastomosis; 4º. el contenido del asa eferente asciende penetrando a la cavidad gástrica. La 1a. modalidad ha sido objeto de experiencias de parte del profesor Terrier (Revue de Chirurgie 1896 pág. 182) la 2a. modalidad ha sido estudiada por Doyen y es considerada como la más grave. En casos de reflujo del asa eferente se han observado vómitos fecaloides. Rusca dice que «las variedades de la regurgitación más frecuentes y graves y las únicas que la mayor parte de los autores han observado y admiten son las dos primeras» (Jose Gonzalez Campo.—Intervenciones quirúrgicas que reclaman las Gastropatias.—Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas, Madrid, 1905 pág. 183). Se sabe que la bilis se vierte en el duodeno intermitentemente y refluye al estómago como lo han demostrado las investigaciones de Oddi y de Dastre, sin que ocurra trastornos del lado de la función gástrica. Opinión contraria a la de Do-YEN que preconizaba en la gastroenteroanastomosis, la oclusión del píloro. Al contrario, la mayoría de los investigadores atribuyen a la bílis papel muy importante en la curación de la úlcera disminuyendo la acidez total. Carle y Fartins, y Neuhans han comprobado la presencia de bilis después de la gastroenteroanastomosis; igualmente, Paterson teniendo en cuenta el papel curativo de la bilis califica a la gastroenteroanastomosis de operación fisiológica (FINOCHIETTO.—Revista de la Asociación Médica Argentina 1915. pág. 1374)—La versión contínua y progresiva de la bilis en el estómago constituiría una exageración más que una desviación de una función fisiológica.

Las causas del reflujo han sido estudiadas por Chlumsky. Según este investigador pueden ser las siguientes: 1º. la formación de un espolón, a expensas de la pared inferior del asa anastomosada, que impide el descenso del jugo gástrico; este plegamiento puede tener lugar sea al nivel del asa aferente y de la eferente, y dar lugar a dos de la modalidades que hemos señalado; 2º. a un desplazamiento del yeyuno (caso de Mikulicz), y a la fijación corta del asa al nivel de su implantación; 3º. Abertura mayor de la boca intestinal que la gástrica, dando lugar al plegamiento de la mucosa intestinal en forma de corona que obstruye la rama eferente; 4º. Incisión del estómago paralela a su eje mayor; en este caso la contracción de las fibras longitudinales ocluyen el neopíloro; 5º. Anastomosis no recubierta de mucosa, con retracción subsiguiente por tejido cicatricial.

Mayo Robson (Keen.—Cirugía.—Tomo III. pág 920) atribuye a las manipulaciones efectuadas durante la operación, como a la presión excesiva ejercida por los clamps la paresia del intestino. Además, señala la existencia posible de adherencias que pueden obstruir el asa eferente, así como la compresión por debajo de la abertura gastro-yeyunal, dando lugar a una oclusión intestinal aguda. Señala también, como causa posible la situación de la abertura gástrica, las formaciones valvulares de la mucosa por falta de coaptación de las mucosas gástrica e intestinal y las adherencias post-operatorias.

Naveau (Des resultats fonctionels defectuex de certaines gastroenterostomies et des moyens d'y remedier. These. París 1904) relata un caso del círculo vicioso, producido por una estenosis parcial en un punto de la anastomosis que no estaba recubierto com-

pletamente de mucosa.

El perfeccionamiento de la técnica operatoria y el cuidado de sus detalles han alejado las causas arriba citadas. Desde que Von HACKER ideó la gastroenterostomía posterior transmesocólica, el círculo vicioso se presenta rara vez; las diversas estadísticas son muy ilustrativas al respecto. Así, Peham en 67 observaciones solo cita 2 casos; Czerny en 65 señala 1 caso; Mikulicz en 74, solo 7 de ellos 4 graves; Peterson de 215 casos tratados por el procedimiento de Von Hacker no señala ni un solo caso, en cambio de 21 gastroenterostomías anteriores señala 2 casos de círculo vicioso. Las recientes estadísticas de CAILLE, GASTON DURAND y L. MAIRE sobre los resultados inmediatos y alejados del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica o duodenal (La Presse Medicale 1913—pág. 204) no señalan un solo caso de reflujo sobre 45 observaciones. El profesor Domingo Prat, de Montevideo, en 24 casos que ha operado de úlcera gástrica no señala tampoco, un solo caso (La Ulcera gástrica y la úlcera duodenal—Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo-Tomo I pág. 207. 1916-1917). La introducción del metodo de gastroenteroanastomosis posterior con suspensión vertical de Moyniham y Ricard permite el vaciamiento rápido del estómago, pues en este caso las ramas eferentes se encuentran en la prolongación del eje del órgano.

¿Cuál es el tratamiento de esta complicación?—Como ya hemos dicho, Lauenstein fué el primero que tuvo la idea de anastomosar el asa aferente a otra asa yeyunal; operación que fué perfeccionada por Braun. Algunos cirujanos creen inconveniente la entero-anastomosis de Braun que complicaría la operación, y se apoyan en multitud de casos en los cuales el lavado del estómago ha dado excelentes resultados. Solo cuando fracacen todos los medios debe intervenirse; esta es la opinión de Hartmann, Czerny, Ricard, Mayo Robson y otros. La operación en y de Roux que se consideró durante algunos años como la operación ideal, ha sido hoy desechada porque predispone a la úlcera péptica. En resumen para evitar esta complicación se recomienda, fuera de las indicaciones que se desprenden de las causas que la producen, hacer la abertura gástrica en la parte más declive del estómago, en la vecindad del fondo, en el camino que recorre normalmente el con-

tenido gástrico, es decir, en el canal que Forssell ha llamado el canal egestorio; tomar el asa yeyunal más próxima del ángulo duo-

deno-yeyunal, y colocarla en isoperístaltismo.

El tratamiento médico recomendado por Mayo Robson, es el siguiente: 1º. colocar al enfermo con la cabeza y los hombros levantados de tal manera que quede semi-sentado; 2º. Practicar el lavado del estómago con regularidad; 3º. Alimentación rectal; 4º. Administración de dósis pequeñas de calomel, seguida de enemas con el objeto de provocar los movimientos intestinales. Mauchaire recomienda en caso de presentarse el reflujo en los operados de gastroenterostomía posterior, colocar al enfermo en posisión ventral durante veinte y cuatro horas por lo menos.

¿Cómo explicar ahora el mecanismo del reflujo en el caso de que nos ocupa? El examen radiológico hemos dicho, reveló la existencia de un estómago bilocular, prueba innegable de un largo pasado gástrico, pues, la biloculación es considerada como la consecuencia de diversos estados gástricos o perigástricos de larga fecha. La estenosis estaba altamente colocada de manera que la bolsa superior o cardiaca era pequeña. Al practicar la gastroenteroanastomosis posterior fué necesario llevar hasta la bolsa mencionada una larga asa yeyunal; pues bien, en estas condiciones es posible que se realicen unas de estas dos causas de reflujo: un plegamiento del asa que dé lugar a una obstrucción, o bien la formación de un gran remanso formado por los jugos duodenales que solo se vierten en el estómago cuando han adquirido un gran volumen, en esta circunstancia es posible el paso de una pequeña cantidad de bilis y de jugo pancréatico al asa eferente, y permitir, así mismo, la alimentación durante los períodos que separan la regurgitación. Sólo así se explica la supervivencia de nuestra enferma durante los dos meses que duró tan grave accidente. El despertar lento del peristaltismo normal del intestino, fué indudablemente la causa que permitió el restablecimiento de la enferma. Además, es necesario no olvidar la naturaleza neuropática de esta enferma. que contribuye poderosamente a la persistencia de esta complicación, y, que aún más, bien puede ser la causa exclusiva del vómito incoercible. Algunos autores indican entre las contraindicaciones de la gastroenterostomía los vómitos histéricos. (F. CAROVARDINE The Indications for Gastro-Enterostomy-The Bristol Medico Chirurgical Journal 1909. pág. 109).

Los lavados del estómago, el uso de enemas, las inyecciones tónicas y estimulantes, el hielo sobre el vientre, fueron los medios empleados en la curación de la enferma que nos ocupa. Como una ligera disgresión añadiré que cuando la bolsa superior, en caso de biloculación, es muy reducida, no debe hacerse jamás la anastomosis en la bolsa inferior o pilórica, pues en este caso peligra la vida del enfermo. En este caso debe hacerse una gastroenterostomía doble según los procedimientos de CLEMENT, de MOMPROFIT o de MAYO ROBSON (TUFFIER, ROUX, BEGER.—L' Estomac Bilocu-

laire.-La Presse Medicale 1913, pág. 369).

Estas operaciones son de una técnica compleja y solo deben realizarse como un recurso heróico.

El señor Bambarén cree que los síntomas que presentó la enferma objeto de la Comunicación, son comparables a la sintomatología de la dilatación aguda del estómago, que se ofrece con alguna frecuencia como complicación post-operatoria; que es llegado el momento de diferenciar estos dos procesos o de fusionarlos ya que son pasibles de iguales medidas curativas.

El señor Saenz dice que en el curso de la disertación encontró muchos puntos de contacto, que el Sr. Bambarén había ya señala-

do, y que solicitaba del Sr. Espejo el diagnóstico diferencial.

El señor Espejo dijo que en la dilatación aguda del estómago postoperatoria, el cuadro clínico simulaba el de la peritonitis: estado ancioso, pulso pequeño, incontable, gran timpanismo y vómitos, que en la enferma historiada los vómitos se producían sin repercutir de manera alarmante sobre el estado general, pues, apesar de que continuamente el reflujo de los líquidos del estómago la molestaba, nunca llegó al extremo de constituir un serio peligro para su vida.

El señor *Parodi* dijo que había tenido oportunidad de ver un caso de dilatación aguda del estómago con los síntomas descritos.

## REVISTA DE TESIS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA DISOCIACION DE LA SECRECION BILIAR.—Tesis de bachillerato por Herminio Castañeda.

Es un meditado estudio esta tésis. El autor después de una

buena exposición llega a las siguientes conclusiones:

la.—Entre los elementos constitutivos de la bilis se encuentra la urobilina como producto normal de la función biligénica del

higado.

2a.—De todos los elementos constitutivos de la bilis, los únicos específicos de la función celular hepática son los ácidos y sales biliares, no se encuentran al estado normal más que en la bilis, en tanto que los otros elementos pueden formarse fuera del hígado y normalmente se encuentran en la sangre; además es a las sales biliares que la bilis debe su acción digestiva en tanto que los otros elementos son puramente excrementicios.

3a.—Las sales biliares imprimen una modificación especial a las grasas alimenticias, independientemente de la acción pancreática; esta lipemia especial de origen alimenticio son las hemoconias, que se diferencian del resto de las grasas por no colorearse

por el ácido ósmico.

4a.—En el curso de las infecciones puede presentarse el sindrome icteria, sin que exista lesiones en las vías biliares que obs-

taculicen el libre paso de la bilis.

5a.—No toda icteria revela absorción completa de la bilis; al lado de las icterias totales, se conocen ahora las icterias disociadas; la disociación puede ser llevada sobre uno o cualquiera de los elementos de la bilis, pero siendo las más obstensibles la de los

pigmentos y sales biliares.

6a.—La retención pigmentaria aislada se traduce: por la hiperbilirubinemia, la coloración amarilla de tegumentos y mucosas, la presencia de pigmentos en la orina. La retención aislada de las sales biliares se traduce: por el prurito, la bradicardia, la ausencia de hemoconías en la sangre, las reacciones de Hay y de Pettenkoffer positivas en la orina. La retención aislada de la urobilina se traduce: por la hiperurobilinemia, por el tinte sub-ictérico y por la hiperurobilinuria. La retención aislada de la colesterina se traduce: por la hipercolesterinemia y el xantelasma.

7a.— La disociación puede existir en estados mórbidos diversos; ella puede variar de forma en el curso de una misma enferme-

dad; puede suceder a una retención completa o sucederla.

8a.—El estudio de la disociación de la secreción biliar conduce así, a reconocer un origen hepático de muchas icterias antiguamente consideradas como de origen angiocolítico.

CONCEPTO FISIOPATOLOGICO DE LAS NEFRITIS CRONICAS.—Tésis que para optar el grado de bachiller presenta León M. Vega.

El autor estudia los diferentes sindromes del mal de Bright y

termina con las siguientes conclusiones

1º.—La clasificación de las nefritis crónicas fundada en la fisiopatología es la que debemos admitir, según ella hay que considerar en el mal de Bright cuatro grandes sindromes funcionales: sindrome urinario, sindrome hidropígeno, sindrome hipertensivo y sindrome uremígeno.

2º. Son muy frecuentes en la clínica la asociación de cada

uno de estos sindromes constituyendo las nefritis mixtas.

3º.—El sindrome urinario carece de síntomas funcionales y su diagnóstico está basado en la constatación de la albuminuria y cilindruria urinarias; la forma monosindromática es de un pro-

nóstico benigno.

4º.—El sindrome hidropígeno está caracterizado por la retención clorurada cuya traducción clínica la tenemos en el edema tanto externo como visceral. El pronóstico es igualmente benigno pues mediante el régimen declorurado se ven ceder todas sus manifestaciones.

50.—El sindrome de hipertensión vascular tiene por carácter esencial el aumento notable de la tensión arterial, se manifiesta por un conjunto de síntomas que corresponden a los pequeños signos del brightismo. En este sindrome son de temer las rupturas vasculares, las que se presentan sobre todo en los casos en que la viscosidad se encuentra elevada.

6º. — El estudio de la tensión y de la viscosidad sanguínea son indispensables para establecer el diagnóstico, pronóstico y tera-

péutica.

70.—En una fase avanzada de la nefritis hipertensiva se vé aparecer un sindrome cardiaco cuyo conocimiento es imprescindible para el clínico, ya que las manifestaciones puramente renales se encuentran en este caso más o menos enmascaradas.

80. El sindrome azohémico está carácterizado de un lado por la existencia de un cierto número de síntomas clínicos que sirven para orientar el diagnóstico y de otro, por la elevación de la tasa

de urea sanguínea.

90.—El pronóstico de este sindrome y de los bríghticos en general, está subordinado a la cantidad de urea que se encuentra en

la sangre.

10. Cada sindrome presenta un tratamiento dietético y medicamentoso particular, en las formas albuminúricas solo se proscribirán las albúminas de la alimentación, en el hidropígeno basta igualmente la supresión del cloruro de sodio, no es necesario en ninguna de estas formas el empleo de sustancias medicamentosas. Las formas hipertensivas reclaman el tratamiento por los hiportensores e indicaciones terapéuticas especiales según los accidentes en causa. La azohemia es fatal, no disponemos hasta el día de sustancias medicamentosas que puedan restringirla.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PSICOSIS NEU-RASTENICA DE ORIGEN MENTAL Y DE LA PSICOTERA-PIA COMO BASE DE SU TRATAMIENTO.—Tésis presentada por Enrique Rubín.

El autor sostiene las siguientes conclusiones:

1º.—Que en la enfermedad de Beard la herencia en primer término y la educación en segundo, son las dos causas predisponentes por excelencia, aún cuando no es fuerza que haya precedente familiar patológico para que pueda presentarse esta neurósis.

- 2º.—Que la neurastenia es una enfermedad nerviosa de índole esencialmente funcional y que sus manifestaciones no son sino el resultado de irritaciones reflejas de los nervios motores y sensitivos y aún de los simpáticos y que según que predominan en los unos o en los otros, será que varie la fisonomía clínica de estos enfermos.
- 3º.—Que tomando por base el criterio clínico y etiológico aceptamos la clasificación de la neurastenia en cuatro formas (cerebro-espinal, visceral, sexual e histero-neurasténica) y que no deben considerarse como formas con caracteres propios los estados neurohiperestésicos, ni los sindromes nerviosos de otras enfermedades.
- 4º.—Que ninguna de las teorías emitidas para explicar la patogénesis de la enfermedad de Beard, ha logrado reunir la unanimidad de las comprobaciones clínicas y que la que hasta hoy cuenta con el mayor número de sufragios es la teoría psíquica, por lo menos hasta que se tengan los elementos suficientes para resolver científicamente este problema.

50.—Que en la cura moral de la neurastenia de origen mental se utiliza no solo la sugestión sino también el razonamiento y que, por consiguiente, es a la psicoterápia a la que creemos útil conceder cierta confianza para el porvenir como medicación funcional de alto valor; quedando como complemento de este tratamiento las otras curas (hidroterápica, electroterápica, helioterápica, etc).

60. Que el reposo psíquico es condición previa de preparación como complemento al tratamiento psicoterápico de esta neurósis y que, en consecuencia, debe aislarse al enfermo de cuanto le rodeaba para trasportarlo a un lugar que reúna las condiciones -no solo de clínica sino también de asistencia profesional- que

esta enfermedad reclama.

## BIBLIOGRAFIA

EL HUESPED INTERMEDIARIO DEL SCHISTOSOMUM MANSONI EN VENEZUELA por los doctores Juan Iturbe y

Eudoro Gonzalez.—Caracas 1917.

La frecuencia de la schistosomiasis en Caracas, como lo prueba que el 20% de los cadáveres autopsiados ofrescan el parásito, hizo que los autores estudiaran el posible huesped intermediario, que resultó ser el molusco llamado planorbis guadelupensis, pues lo encontraron infectado de manera natural y consiguieron hacerlo experimentalemente.

PARIS MEDICAL.—Le número du 5 mai 1917, septiéme anné du grand magazine Paris medical dirigé par le professeur, GILBERT, est consacré exclusivement à la Dermatologie et Syphilligraphie.

En voici les principaux articles:

Procédés allemands, par M. MILIAN.—L'origine tuberculeuse du psoriasis, par M. GAUCHER.—Les éruptions provoqueés, par M. MILIAN.—La diversité actuelle des traitements de la syphilis, par M. Hudelo.—Questions á l'etude concernant la syphilis, par M. SAUBOURAUD.—L'adrénaline combat l'iodisme, par M. MILIAN Les pyodermites et leur traitement dans une ambulance d'armée, par M. Carle.—Le disodo-luargol, par MM. EMERY et MORIN.

VACUNOTERAPIA DE LA TOS FERINA por los doctores

Carlos S. de las Terreros y Luis R. Yllera. - Madrid 1917.

Los autores han usado vacunas comerciales, microbinas, que utilizaron en el mismo enfermo del que procedía o en otros y por último pretendieron hacer vacunas en el germen de Bordet Gengou

Con las vacunas comerciales no consiguieron ningún efecto beneficioso para los enfermos; con la microbina autógena obtubieron un «éxito patente» en un caso, de seis tratados; el germen de Bordet Gengou no pudieron conseguir edentificarlo de manera categórica, no obstante que lo intentaron seis veces; a la rareza con que se le puede cultivar atribuyen el fracaso de las vacunas, ya que todo hace creer que éstas muy pocas veces lo contienen.