La Crónica Médica

ENERO-1918 Na 655

REDACTORES

LEONIDAS AVENDAÑO.—MANUEL A. VELASQUEZ
MAX. GONZALES OLAECHEA.—HERMILIO VALDIZAN
EDUARDO BELLO.—ROMULO EYZAGUIRRE
LUIS de la PUENTE.—EDMUNDO ESCOMEL
CONSTANTINO J. CARVALIO.—CARLOS E. PAZ SOLDAN
CARLOS MORALES MACEDO.—CARLOS A. BAMBAREN

04634

AÑO XXXV .- 1918

FACULTAD DE MEDICINA

BIBLIOTECA

No. de ingreso.....

No. de la clasificación......



Sanmartí y Cía.

Calle San Pedro, 389 y 392 DE MEN

-LIMA

Iniversidad Nacional Mayor

ba Crónica Médica

Año xxxv — LIMA, ENERO de 1918 — Nº 655

CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

SOBRE ULCERA DEL DUODENO Y SU DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

POR EL DR. ERNESTO ODRIOZOLA.

El miércoles 27 del mes pasado, examinamos al enfermo que ocupa la cama Nº. 34 que había entrado el día anterior y sobre el cual creo interesante disertar, por tratarse de cuestiones que están a la orden del día.

Es un hombre de 40 años de edad, natural de Cuenca, en el Ecuador; hijo de padres que viven actualmente y que son sanos;

tiene también un hermano y hermana igualmente sanos.

A la edad de tres años sufrió un traumatismo que produjo una fractura de la columna vertebral y de la que ha quedado una gibosidad en la zona dorsolumbar. A los 19 años sufrió la caída de una bestia y como consecuencia se formó un absceso, en la parte izquierda de la región lumbar, en donde se vé una cicatriz hundida, resultado de la incisión practicada.

Este hombre ha tenido también blenorragias y un chancro,

siendo actualmente negativa la reacción de Wassermann.

Hacen ya nueve años que este sujeto sufrió un ataque que él titula de «cólico miserere» y que fué tan intenso que parece perdió la conciencia; al fin se logró conseguir, por medio de lavados, que el vientre se desvalijara, pero desde ese momento, comenzó de tiempo en tie npo, a sentir un dolor en el epigastrio que aparecía dos horas poco más o menos después de las comidas, particularmente de la de la tarde. Andando el tiempo este dolor ha ido acercando sus distancias, acompañándose con eruptos y regurjitaciones ácidos. La injestión de algún alimento lo calmaba momentáneamente, poco después recrudecía con igual o mayor fuerza. En muchas ocasiones este dolor se hacía más fuerte del lado derecho, en pleno hipocondrio de ese lado, interpretándolo él como una afección del hígado, para lo cual se le colocaron varios vejigatorios. Pero insiste en que el dolor dominante ha ocupado y ocupa actualmente la

región epigástrica, traspasando hasta la zona inferior de la región

dorsal.

Hacen seis meses que una madrugada, después de una noche dolorosa, sintió náuseas, pronto seguidas de *vómitos*, que resultaron al fin ser de *sangre*: arrojó como medio depósito. Quedó naturalmente en gran estado de postración; pero poco a poco fué convaleciendo de este accidente, apesar de que las crisis *dolorosas*, no cesaban, hasta que hacen tres meses, más o menos, volvió a repetirse la *hemorragia*, también en la madrugada y casi en las mismas proporciones, decidiéndose entonces a ingresar en el hospital.

La deformación vertebral de este hombre, imprime a su tron-

co un aspecto contrahecho que dificulta su examen.

El hecho culminante en este enfermo, es la existencia de un dolor en la región epigástrica que traspasa hasta la espalda y que se presenta dos horas después de injerir los alimentos, particularmente en la noche.

Es de advertir que en los días que van corridos, el descanso y la alimentación severa, han producido una calma muy apreciable

que se ostenta ya en su semblante.

El examen del vientre qué hemos practicado en este sujeto, no nos ha dado grandes luces. Nada se nota a la palpación del epigastrio; pero cuando se explora profundamente la región del hipocondrio derecho, parece como que se llegara a tocar alguna vaga tumefacción en la cara cóncava del hígado, en dirección de la vesícula biliar. Pero nada podemos decir sobre ella, por carecer, no solo de datos suficientes, sino que el examen mismo no nos deja satisfechos. Pero, la discusión de este asunto nos parece todavía prematuro y veamos primero el resultado de la exploración general.

En la exploración del vientre, no se nota nada de especial,

aparte de lo que ya hemos dicho.

El examen de los demás aparatos y órganos tampoco revela

particularidad alguna digna de mencionarse.

El análisis de la orina y de la sangre no han dado tampoco da-

to alguno de importancia.

Ya hemos dicho, y lo repetimos nuevamente, que este enfermo está mucho mejor; su semblante ha ganado visiblemente y el dolor epigástrico es apenas apreciable. Pero fundados en los antecedentes que él nos ha referido, no debemos dar importancia definitiva, a esta mejoría, porque ya en otras ocasiones ha sucedido lo mismo y es preciso no perder de la memoria el hecho de que los trastornos datan de hace ya nueve años.

No puede ocultárseles que el reconocimiento de este caso no es fácil, por lo menos en lo que atañe a la localización precisa de la lesión; pero conviene antes de entrar en este asunto, determinar cual es el órgano atacado. La existencia de fenómenos netamente gástricos, entre los que el dolor ha ocupado lugar preponderante y la aparición de una hematemesis abundante en dos distintas ocasiones, nos autoriza para poner de un lado la contingencia de cólicos hepáticos, así como tambián la crisis de apendicitis y hasta podemos también eliminar una cirrosis hepática de naturaleza atrófica, en la que, como se sabe, suelen presentarse violentas hemate-

mests, engendradas por varices esofágicas—porque estos trastornos datan ya de hace nueve años, tiempo durante el cual ya han debido aparecer los síntomas característicos de la enfermedad y esto no ha sucedido.

De manera, que significado así el problema, podemos sospechar que se trata de una lesión del estómago entre los que figuran el cáncer y la úlcera. No es suponible que se trate en este caso del primero, porque en el largo plazo que lleva ya de enfermo, podrían haberse presentado las graves perturbaciones inherentes a su desarrollo y aunque se consigna en la historia de su proceso, períodos más o menos largos de acalmia, al fin y al cabo la neoplasia crece e invadiendo nuevas porciones del órgano, concluye por determinar la caquexia, cosa que no ha sucedido en este hombre, pues lejos de eso, está hoy rápidamente mejorando.

Por consiguiente, quedamos ya reducidos a considerar la presente enfermedad, como una úlcera del estómago. Antes de ahora, no hay duda que este diagnóstico nos habría satisfecho, pero en la actualidad la cosa no es tan sencilla, porque los numerosos trabajos realizados sobre la úlcera duodenal, nos obligan a diferenciarla y a hacer más compleja la cuestión de lo que a primera vista parece.

Hacen unos veinte o veinticinco años, bien poca cosa se hablaba sobre la úlcera duodenal. Casi siempre esta lesión figuraba como una curiosidad necrópsica, salvo en los casos de extensas quemaduras en que la observación señalaba frecuentemente su presencia. Bucquoy fué el primero que en 1887, publicó un trabajo sobre la úlcera en cuestión, logrando penosamente reunir 150 observaciones en toda la literatura médica. Este estudio de Bucouoy. apesar de su indiscutible mérito, no modificó la situación, porque la úlcera del duodeno continuó siempre siendo una rareza para la inmensa mayoría de los observadores que no se sintieron estimulados con la notable monografía de Bucquoy, hasta que en 1901. el cirujano británico Moyniham publicó una obra sobre la úlcera del duodeno y en seguida muchos observadores norteamericanos lo siguieron en el mismo camino. Moyniham se esmera en probar que la úlcera duodenal es muy frecuente y describe un sindroma que le corresponde, antes de las posibles complicaciones, particularmente la perforación, sindroma que él titula de característico y que permite, en todos los casos, llegar muy fácilmente a su diagnóstico. No dejarán ustedes de calcular la insólita sorpresa que en el mundo científico produjeron las declaraciones de Moyniham, una enfermedad rara hasta entonces, había de la noche a la mañana convertídose en una muy frecuente. Los autores franceses y alemanes, lesionados en su amor propio, después de registrar sus estadísticas, no comprendían semejante milagrosa transformación, hasta que por fin llegaron a descubrir la causa de ella. Por un lado los americanos describían como úlcera del duodeno lo que en Francia se apreciaba como úlcera estomaçal radicada en el píloro; por otro lado estimaban como punto indicador para distinguir durante la operación una úlcera duodenal de una úlcera pilórica, una vena denominada pilórica, de existencia constante, según ellos (pyloric

Universidad del Perú. Decana de América

vein) y que según MocQuot y Houdard es perfectamente variable

en su distribución y trayecto.

El gran ruído hecho en torno de esta cuestión, ha sido sin embargo, provechoso, porque sin aceptar que la úlcera duodenal sea muy frecuente, se ha llegado a la conclusión que es menos rara de lo que se había creído y como consecuencia todos se han esforzado por perfilar los caracteres y permitir su diagnóstico médico durante su existencia, fuera de toda complicación.

Los signos distintivos de la úlcera duodenal, son funcionales

y físicos.

Entre los primeros podemos citar el dolor que puede considerarse como el principal. Su sitio habitual es el hueco epigástrico con tendencia a irradiar hácia la derecha particularmente al hipocondrio derecho y hasta el hombro del mismo lado. Este síntoma lo ha presentado nuestro enfermo con los caracteres ya descritos; pero mientras que en él ya el dolor traspasa hasta la espalda, en la úlcera duodenal falta generalmente este detalle. El dolor de la úlcera duodenal es habitualmente muy vago, extendiéndose a todo el abdómen. Al principio es simplemente una pesadez, puede adquirir más tarde gran intensidad simulando una quemadura o una torsión.

Se presenta dos a tres horas después de la comida, especialmente en la noche, datos conformes a las referencias de nuestro enfermo. Esta aparición tardía de los dolores fué desde luego reconocida por los observadores americanos, coincidiendo con el retorno de la sensación de hambre, así como su di minución por la ingestión de alimentos; por eso Osler cita el caso de un enfermo que llevaba constantemente un pan en el bolsillo, para comer algunos pedazos tan pronto como se veía amenazado por el dolor. Los americanos han designado este repentino regreso del hambre durante la crisis dolorosa con el nombre de hunjer pain (dolor de hambre). No hay duda de que esta particularidad constituye una atributo importante, aunque su frecuencia parece que ha sido muy exajerada. Hay ejemplos en que este dolor no parece guardar relación con la ingestión de alimentos; es apenas apreciable después de una comida lijera o del régimen lácteo o lacteo vegetariano, al menos al principio de la enfermedad. Muchas veces, en este caso, hay largos períodos de calma, como ha ocurrido ya en otras ocasiones a nuestro enfermo, que por lo demás ha presentado bastante manifiesto el dolor de hambre.

La duración del dolor es muy diverso según los individuos; en el nuestro, en sus grandes crisis puede decirse que ha sido más o menos permanente, con fuertes exacerbaciones que duraban toda la noche. En general dura una o dos horas. Puede desaparecer expontáneamente sin injerir alimentos; se calma por medio de los alcalinos, a menudo por los eruptos y las regurgitaciones.

Los vómitos es otro de los fenómenos frecuentes que acompañan a los dolores y que se manifiestan por accesos al principio de la enfermedad. En nuestro enfermo no han sido realmente de mayor importancia, según él mismo lo hace observar. Estos vómitos son acuosos y ácidos. Ocurren una o dos horas después de los dolores

que se calman de una manera repentina y por este motivo algunos enfermos los provocan.

Por lo general, el apetito se mantiene, como ha sucedido con

nuestro enfermo y este es sin duda un signo de valor.

La constipación es la regla apesar de que en algunos hay por

el contrario diarrea.

La hemorragia es otro de los signos culminantes, de una importancia capital. Se manifiesta de distintos modos, entre los que domina el de la hemorragia microscópica, cuya investigación es hoy bastante precisa por medio de reacciones especiales en las heces que no deben por ningún caso omitirse. Una reacción positiva indica siempre y decididamente una ulceración en un punto del aparato digestivo. Solo existe una excepción a esta regla: es la presencia de parásitos intestinales, circunstancia que basta guardarla en la memoria, para no incurrir en el error.

La hemorragia, como es fácil comprender, adquiere suprema importancia, cuando al mismo tiempo existen síntomas reveladores de parte del duodeno. En nuestro enfermo no hemos practicado todavía los estudios necesarios para descubrir estas hemorragias microscópicas, cosa que no debe dejarse de hacer y por repe-

tidas veces.

La melena, menos frecuente en nuestro enfermo parece no haber existido, es también un signo importante cuyo mérito ya había sido debidamente estimado por Bucquoy, particularmente cuando no ha habido hematemesis, siendo este último revelador de una úlcera del estómago y que en nuestro enfermo se ha presentado ya en dos ocasiones, con tres meses de intervalo. Pero no se debe olvidar que también puede ocurrir en la úlcera duodenal y entonces es tardía y resultado de la erosión de un vaso voluminoso. En nuestro enfermo, después de cerca de 9 años de sufrimientos, sólo hacen meses que se presentó por primera vez.

Los autores americanos llaman la atención acerca del mantenimiento del buen estado general en los enfermos que sufren de úlcera duodenal y lo explican por la gran cantidad de alimentos que injieren para calmar sus dolores. Pero cuando los vómitos se repiten, se observa alguna desnutrición que puede acompañarse de una anemia más o menos acentuada cuando las hemorragias,

aunque sean microscópicas perduran.

Signos físicos.—La inspección no suministra generalmente datos apreciables. Algunas veces se ven las contracciones peristálticas del estómago y que revela, en el mayor número de casos, la estenosis del píloro.

La icteria puede ocurrir en ciertos casos, demostrando una infección ascendente de las vías biliares o la existencia de bridas cicatriciales o una inflamación pancréatica por vecindad de la úlcera; en estas últimas contingencias debe pensarse en la existencia de una úlcera duodenal en los alrededores de la desembocadura del colédoco.

La palpación permite descubrir el sitio del dolor y la contractura abdominal. El dolor engendrado por la úlcera duodenal radica en la región superior derecha del abdomen, entre el ombligo y el reborde costal derecho. Pero es preciso no olvidar que el dolor

puede diseminarse por todo el vientre.

Cuanto a la contractura abdominal, es de gran valor cuando se descubre una defensa muscular localizada en la región duodenal. La percusión solo puede darnos datos del grado de dilatación

del estómago.

De estos signos, nuestro enfermo no presenta ninguno que valga la pena mensionar, salvo la existencia del dolor, un poco orientado a la derecha y esa sensación de algo que se toca en el hipocondrio derecho, profundamente, debajo de la cara cóncava del hígado.

Ya hemos dicho que el sindroma de la úlcera duodenal no es permanente, sino que sobreviene por crisis que duran un tiempo variable y que alternan con períodos de salud más o menos prolon-

gados.

Hay también formas frustradas de la enfermedad y otras latentes que sólo se dejan conocer por el fenómeno de la perforación.

El curso de la úlcera duodenal es esencialmente crónico y ya se encamine a la curación expontánea, perfectamente comprobada o a las complicaciones, como las hemorragias repetidas, la estenosis del píloro y la perforación, la más temible de todas. Las complicaciones biliares y pancréaticas no se muestran sino en un período

avanzado de la enfermedad.

Yo he creído conveniente hacer este somero estudio de la úlcera duodenal, a fin de presentar su cuadro sintomático al frente de nuestro enfermo y no puede negarse que se parece mucho; pero hay sin embargo dos hechos en él que merecen tenerse muy en cuenta: es el dolor que traspasa hasta la espalda y las hematemesis abundantes, casi sin melena, a juzgar por sus afirmaciones. Estos dos fenómenos indicarían que si en realidad se trata de una úlcera duodenal ella puede ser alta es decir pilórica y mirando del lado del estómago. Sin embargo, esta es una simple presunción, que de ninguna manera debe asegurarse. El auxilio de la radioscopia, podría prestarnos muchas luces; desgraciadamente no ha podido ser practicada hasta la fecha; hoy recien se va a poner en práctica.

Ya hemos dicho que la situación de este enfermo ha mejorado mucho en el corto tiempo que ha permanecido en el servicio. Pero ella no debe tampoco consolarnos, en atención a que iguales remisiones han existido antes. Por esta razón el pronóstico de nues-

ntección ascendente de las vias biliares o la existencia de bilidas Reatriciales e una lintamación panereatica por vecindad de la di-

tro enfermo es muy reservado.

Está sometido a una alimentación lijera y al uso del bismuto y de los laxantes.

erad en los elredadores de la desacente de la disconeración de la

DOS CASOS DE QUISTES HIDATICOS DE LOCALIZACION PULMONAR

POR EL DR. ANIBAL CORVETTO.

El 8 de setiembre del año en curso, ingresó al servicio «Santa Rosa» del hospital «Dos de Mayo», T. A. de 50 años, indio, natural de Huancayo y jornalero. Después de 13 días de permanencia en la sala sucumbe, habiéndose hecho el diagnóstico de tuberculosis pulmonar de forma fibrosa densa con complicaciones abdominales. El estado del enfermo a su llegada al servicio, era deplorable; y la forma tuberculosa, de que era portador, estaba en su último extremo.

La necropsia comprueba el diagnóstico formulado: se hallan en ambos pulmones las lesiones de la tuberculosis fibrosa densa; granulaciones tuberculosas abundantes y diseminadas en los intestinos y en el peritoneo, en cuya cavidad hay un derrame seropurulento de abundancia media; hígado con degeneración grasosa; bazo, normal; aparato genito-urinario, lo mismo.

Como se comprende, no es cuanto dejo expuesto lo que me ha movido a tratar de este caso. Nó. Ha sido una circunstancia, para mí, inesperada la que me induce a hacerlo, a saber: la de encontrar en el pulmón derecho dos quistes hidáticos, típicos, de paredes muy delgadas y que no habían provocado reacción alguna del parte del

parénquima.

El primero del volúmen de un huevo de ánade, estaba situado en pleno lóbulo medio, cubierto por una capa de tejido pulmonar enfisematoso; en su parte inferior se hacía superficial y por este sitio fué por donde se le abordó para aislarlo y extraerlo.

El segundo era biloculado, tenía el volúmen de una nuez, estaba profundamente situado en el lóbulo inferior del pulmón, en

medio de sólidas adherencias con el diafragma.

Estos quistes eran únicos; examinados con proligidad todos los otros órganos, estaban libres de ellos.

El examen microscópico comprobó su naturaleza.

Por tercera vez, las necropsias que practico, me ponen en presencia de quistes hidáticos: la primera, los encontré en el bazo, sitio de localización no muy frecuente; y la segunda en el hígado.

Y he hecho especial referencia a este caso de quistes hidáticos primitivos de los pulmones, porqué él me va a permitir agregar a la lista de los que yo he encontrado, un nuevo caso, que ya no es un hallazgo de necropsia, sino una verdadera sorpresa clínica.

Trátase de un mocetón robusto, mestizo, carretero de profesión, con 25 años a cuestas, que se presentó a mi consulta en el Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Preventorium «Juan M. Byron» quejándose de trastornos de sus

vías respiratorias.

Tenía tos, poco frecuente y fácil; la espectoración era de cantidad escasa y mucosa; había hemoptisis reducidas a pocas estrias de sangre en el esputo, desde hacía varios días. Fué esta hemoptisis la que impresionó al paciente y le obligó a consultar al médico.

Practicado el examen todo se encuentra en estado normal solo pueden apreciarse unos cuantos estertores roncantes y sibilantes diseminados en ambos pulmones. El termómetro marca 37º4; la orina no contiene albúmina, ni glucosa, y en el esputo no se encuentra el bacilo de Koch.

Hago al enfermo las recomendaciones oportunas; le prescribo 15 ctgs de polvos de Doyer cada 3 horas, y le recomiendo me vuel-

va a traer espectoración para examinarla nuevamente.

En un primer momento y después de las visitas de los días 18 y 20 de abril, compulsando todos los signos recogidos en los exámenes practicados y de los antecedentes del sujeto—hacía 4 meses, al decir de él, había presentado una espectoración sanguinolenta con tos y un poco de fiebre—juzgué encontrarme en presencia de una forma abortiva de tuberculosis pulmonar.

Así las cosas, el 25 de abril el enfermo se presenta nuevamente ante mí, y ofrece a mi vista como expulsada de un golpe, en un violento acceso de tos, precedido de sofocación angustiosa, una bolsa membranosa que tiene todos los caracteres de la membrana de un quiste hidático, cuyo volúmen no debió haber sido mayor del de

un huevo de gallina.

La investigación microscópica confirmó la naturaleza de la membrana.

Desde el momento que se efectuó su expulsión el enfermo sintió mejorar todos sus achaques: la opresión al pecho y la tos desa-

parecieron y nada volvió a molestarlo.

El enfermo acude al Preventorium, con intervalos más o menos alejados, 4 veces más, siendo la última el 20 de junio. Se ha conservado en expléndidas condiciones y desde entonces lo he perdido de vista. Ha estado sujeto a mi observación por espacio de dos meses, más o menos.

Los hechos apuntados me obligaron, pues, a rectificar el diagnóstico: no se había tratado de fenómenos debidos a una tuberculosis pulmonar, como había creído; los trastornos que yo presencié eran causados por un quiste hidático del pulmón, el mismo que se abrió paso al exterior a través de un bronquio, dejando al enfermo

en condiciones de reputarlo sano, al menos por el momento.

Esta reserva es prudente hacerla, porque caben estas preguntas ¿el quiste expulsado es primitivo, es decir, no hay localización anterior en otro órgano, el hígado como es la regla? ¿el quiste es único o hay otro u otros, como en el caso de mi necropsia? Estas preguntas, como se comprende, solo pueden contestarse mediante la contínua observación del enfermo, durante largo tiempo, extremando los medios apropiados de examen.

La expulsión de los quistes hidáticos del pulmón por los bronquios es emergencia señalada por todos los autores; pero esta ex-

pulsión se realiza de diversas maneras: puede hacerse de un golpe, lo que es raro; y puede verificarse en ocasiones sucesivas; el enfermo continúa expulsando restos de membranas y de hidátides du rante varias semanas; después los fenómenos se atenúan, mejoran y sobreviene la curación; tal es el proceso más frecuente (MERY). Además, para que la rotura del quiste tenga lugar es menester que el quiste esté infectado, que haya sido invadido por la supuración; las excepciones a esta regla son extremadamente raras (DIEULAFOX)

En el caso que me ocupa, se ha realizado, pués, lo que constituye la rareza y la excepción: el quiste fué expulsado en un solo acto, como pude convencerme en las investigaciones que yo hice; y su rotura se practicó sin que él hubiera experimentado contami-

nación alguna.

Mery, cuando habla de la rotura de los quistes sin supuración previa, señala como posibles causas de ella: el aumento considerable del volúmen del quiste y adelgazamiento de sus paredes; el

esfuerzo o un traumatismo sobre el torax.

En mi enfermo, la rotura no puede atribuirse a la primera causa, pues el examen de la membrana expulsada permite afirmar que el volúmen del quiste era reducido. Puede sí considerarse como causas quizás si la delgadez de su pared, y, sobre todo, el esfuerzo y el traumatismo sobre el torax; la profesión del enfermo es la de carretero, y a ella estaba entregado cuando ocurrieron los acontecimientos.

¿Pude haber hecho el diagnóstico antes de la rotura y de la expulsión del quiste? Afirmo inmediatamente que nó; y no lo podía hacer, porque yo estaba muy lejos de suponer en mi enfermo la posibilidad, aún remota, de tener semejante dolencia; y por las demás condiciones que acompañaban al caso y que dejo señaladas.

Las dificultades del diagnóstico son insuperables en casos semejantes. Lo que a mí me sucedió esta puntualizado en las siguientes palabras que copio de BARTH, cuando se ocupa de las hemop-

tisis.

«Menos frecuente—dice — y menos significativas son las he«moptisis que acompañan algunas veces el desarrollo de los quis«tes hidáticos del pulmón; sobrevienen, de manera inesperada, en
«individuos que acusan un dolor sordo en un costado del torax,
«con molestia respiratoria, tos seca; poca o ninguna fiebre; no hay
«enflaquecimiento: los síntomas comprobados hacen sospechar una
«tuberculosis y la aparición de esputos sanguinolentos parece con«firmar ste diagnóstico; pero la investigación de los bacilos es ne«gativa y, por otra parte, los signos recogidos, nada de claro y de«cisivo presentan: corresponden ya a los de un derrame pleuríti«co o ya a los de una induración localizada del pulmón. El diagnós«tico queda incierto, hasta el momento en que una vómica o una
«punción da salida al contenido de la bolsa quística, fácilmente re«conocible».

He juzgado de interés la exposición de las dos historias que preceden porque es ya cosa averiguada que el quiste hidático es mal que alcanza, entre nuestras enfermedades, mayor frecuencia de la que se ha creído.

Ahora bien, siendo el pulmón el órgano que, en el orden de frecuencia de su localización, ocupa el segundo lugar; nada de raro tiene que, en muchas ocasiones, reputemos como manifestación de tuberculosis una hemoptisis, que lejos de ser tal, no viene a ser otra cosa que la expresión de la actividad pulmonar que lucha contra la presencia de un quiste hidático. Es necesario, pues, que en este sentido encaminemos nuestras investigaciones, para estar avisados oportunamente, y poder hacer, sino un diagnóstico diferencial a tiempo, nuestras prudentes reservas.

Sería el quiste hidático de los pulmones, junto con otras enfermedades parasitarias—la paragonimiasis, por ejemplo, ya señalada entre nosotros—las que habría que tener en cuenta siempre que se tuviera que precisar el valor diagnóstico de una hemoptisis.

Y tal cosa es tanto más importante, cuanto que del exacto diagnóstico surgiría pronto y oportuno tratamiento, que redunda-

ría en provecho inestimable del enfermo.

Octubre—1917.

A PROPOSITO DE

ALGUNOS NUEVOS PSEUDOMELOIDES DEL PERU

POR EL DR. E. ESCOMEL.

El Perú, cuyo material científico suministra aún muchas novedades a la ciencia, dió ocasión en 1911 para que el Dr. Denier del Museo de Historia Natural de París presentara a la Sociedad Entomológica de Francia las únicas cuatro especies de Peudomeloides hasta hoy conocidas del Perú, a saber:

a) Pseudomelæ hæmopterus Ph.
b) id. humeralis Guer.
c) id. andensis y
d) id. Escomeli

En 1913 en los alrededores del puerto de Mollendo en las plantas que crecen consecutivamente a las lluvias (de julio a cotubre), encontré sobre las *Encelia cannescens*, como habitualmente sucede una pequeña especie muy diferente de las clasificadas y descritas por el Prof. Denier.

Hice la descripción al Congreso Médico de Lima en noviembre de 1913, denominándolo *Pseudomeloe Hunteri* en homenaje a mi maestro el Sr. Dr. J. HUNTER, incansable estimulador de mis esfuerzos científicos.

Posteriormente el Dr. Maldonado me ha remitido de Lima 3 especies nuevas, una de ellas encontrada en las colecciones de la

Sociedad Amantes de la Ciencia y las otras dos halladas en los alrededores de Lima, particularmente en el cerro llamado Agustino.

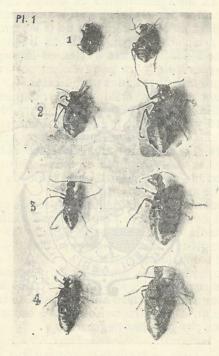
Estas nuevas especies, que en seguida voy a describir me he

permitido denominarlas:

1º. Pseudomelæ Denieri (fig. 1).

2º. Pseudomelæ Maldonadii (fig. 3.). y 3º. Pseudomelæ Perrieri (fig. 4.).

en homenaje a los eminentes naturalistas Denier y Edmundo Perrier, Director del Museum de París y al Dr. Maldonado, mi inteligente e infatigable colaborador.



El Nº. 2 de la figura corresponde al *Pseudomelæ Escomeli* de Denier; espero que no serán las únicas especies y que pueden haber otras nuevas extendidas por nuestro rico territorio, dependiendo de los que tengan buena voluntad para enviarnóslas, el que nos sea posible su estudio.

PSEUDOMELOE HUNTERI

Longitud del macho de 8 a 10 milímetros mientras que la

hembra tiene de 10 a 12 milímetros.

Cabeza trapezoidal, aplanada con ángulos redondeados; ojos color amarillo oscuro, con manchas castañas; el resto de la cabeza enteramente negro, surco mediano de separación entre ambos ojos, las antenas nacen de un rodete saliente mediante el cual parecen continuarse la una con la otra; color negro en toda su longitud. El primer artículo, partiendo de la cabeza, estrecho, el segundo muy

corto, a lo más mide el tercio del anterior, los otros tienen un lado convexo y otro plano en forma de hacha, todos de la misma longitud, excepto el último que es largo, oval y terminado por una punta obtusa.

Palpos robustos, negros, comprimidos lateralmente, con el último artículo truncado simulando un basto. El labio anterior corto, transverso, negro. El transversal acortado en su parte posterior, con la margen anterior ligeramente excavada. El epistomo negro, convexo separado de la frente por un surco profundo. Las

mandíbulas robustas, puntiagudas y unidas.

El prototorax de 2 milímetros de ancho, ligeramente exagonal cuando se le mira por el dorso, con los costados ángulo tuberculosos, los vértices de los tubérculos de color amarillo oscuro, el resto negro. El prototorax negro, transversalmente surcado en su parte anterior, con dos manchas ovales en la superior; un zurco mediano antero-posterior y un pequeño zurco transversal poste-

rior. Por aquí y por allá puntuados umbilicales.

El mesonotum no transversal y profundamente situado. Las alas pequeñas en la base latitudinal de la sutura, de la que se separan oblicuamente y afloran la mitad del abdomen. Encorvadas y ovalares en su extremidad, deprimidas, poco brillantes, rugosas en la parte anterior, son de color amarillo claro, sobre el resto de su extensión el color se vuelve de más en más oscuro, hasta su terminación. Su superficie es irregularmente tabicada formando espacios poligonales de aspecto variado.

Humeros redondeados, sin prominencias, de color negro.

El abdomen oval es negro con espinitas visibles al microscopio. La parte media es convexa separada de las partes laterales por dos zurcos longitudinales muy preceptibles.

Los órganos urinarios negruzcos.

Los pies proporcionados, provistos de pelos cortos. Los fémures negruzcos, encorvados, comprimidos y tabicados. Las tibias hermosas, de color amarillo claro sin manchas, se ennegrecen a medida que se acercan a los tarsos. Los tarsos oscuros, en forma de cierra, terminados por ganchos negruzcos.

Pseudomeloe Denieri-1917. v. fig. 1.

Cabeza trapezoidal con ángulos redondeados, su borde bucal cóncavo, el occipital convexo, con rodete prominente. Su color es negro; un zurco mediano le divide en dos partes; este zurco es lineal en su parte anterior, mientras que en la posterior se ensancha y es cruzado perpendicularmente por otro zurco transversal que limita el rodete occipital de donde la formación de una excavación trapezoidal. Los ojos ovales, su mayor diámetro es vertical, de color amarillo oscuro, están inmediatamente colocados después de las antenas. Las antenas de 5 milímetros más o menos de longitud son de un color negro. Se componen de once artículos alargados, cilíndricos, con la extremidad externa ensanchada. Las bases son un poco amarillentas mientras que lo demás es negro. El primer artículo es robusto, el segundo muy corto, los otros son más o me-

nos de la misma longitud, excepción hecha del último que es case el doble de los anteriores, concluye por un cono de extremidad roma.

Los palpos son robustos, cortos, fuertes, negruzcos, con una línea café; el último artículo es delgado y termina bruscamente por una extremidad cortada y ensanchada.

El labio anterior transverso, de color negro de muy pequeña

longitud.

Epistomo negro con pequeños pelos, separado de la frente por un zurco profundo; su límite anterior más claro que el resto del cuerpo.

Mandíbulas robustas, unidas, con extremidad ensanchada.

El prototorax es trapezoidal, su borde anterior rectilíneo. Su borde posterior ligeramente excavado, los bordes laterales convexos en la parte anterior, se terminan por una zona ligeramente cóncava dando la impresión exagonal. Su color es negro, sembrado de pequeñas espinas amarillas. Hay un zurco antero-posterior poco profundo; proemina en su parte media.

El mesonotum negro, transversal y profundo. Las alas pequeñas de 4 milímetros de largo. En su nacimiento confinan, para de allí diverger bruscamente llegando hasta un poco más allá del ter-

cio del abdomen.

Son negras y posée cada una dos manchas en V, con ramas de tamaño desigual. La primera mancha amarillo flavo claro, comienza en la sutura o nacimiento de las alas y sus ramas abiertas miran hácia la parte posterior del animal. La rama más pequeña es interna y confina con su vecina; la más larga es externa y paralela al eje del insecto. La 2a. mancha costea el borde terminal del ala, pero la V está abierta hácia adelante inversamente a la anterior, es decir, que la rama larga es interna y costea el ala, mientras que la pequeña es externa, paralela al eje del animal y su fin mira hácia el extremo de la rama mayor de la primera mancha. El aspecto general es granoso.

Húmeros negros, achatados, acanalados en su parte inferior,

poséen pequeños pelos o espinitas rígidas, negras también.

Abdomen negro, en su parte superior e inferior, pero en las zonas laterales posée una faja ancha amarillo flavo, del mismo color que las máculas de las alas, que se extienden longitudinalmente.

Organos urinarios y digestivos negros.

Los fémures gruesos, achatados, acanalados, negros con espi-

nitas pequeñas.

Las tibias negras, acanaladas, arqueadas. La extremidad de sus piernas posteriores está armada de dos espinitas iguales y simples. Los dos ganchos de sus tarsos son bífidos y arqueados. Los tarsos negros, brillantes, no tienen todos las espinitas de las tibias.

PSEUDOMELOE MALDONADI.—1917 v. fig. 3.

Mucho más grande que la anterior pues la hembra mide de 28 a 30 m.m. de largo, el macho es notablemente angosto siendo su mayor anchura abdominal de 5 a 6 m.m. apenas, muy reducido si se le compara con los otros pseudomeloides. La longitud del macho es de 18 a 20 milímetros y la mayor anchura de la hem-

bra de 10 a 11 milímetros.

Cabeza trapezoidal, sus ángulos son redondeados, su parte posterior estrechada a la manera de cuello después de presentar un rodete saliente. Su borde anterior es rectilíneo, así como el posterior; los laterales son convexos. La superficie de la cabeza de un negro muy subido presenta una puntuación muy manifiesta. Un zurco longitudinal la divide en dos partes siendo el zurco más ancho en la parte anterior.

Los ojos negros situados detrás de las antenas.

Las antenas negras en toda su longitud compuestos de 11 artejos, de los que el primero es robusto y grande, el 2º. muy corto, los demás son redondeados, angostos en su base y más anchos en su parte externa en la que están provistos de espinitas. El último artículo es cilindro cónico.

Palpos robustos con pequeños pelos en sus artejos, exceptuando el último que se termina por una masa lisa redondeada y de color amarillento. El labio anterior corto, transverso, negro, provisto de pelos muy pequeños, su parte anterior ligeramente cóncava. Labio transversal también de color negro.

Epistomo negro, convexo, con puntuaciones manifiestas. Las

mandíbulas robustas y de color negro uniforme.

El prototorax casi del tamaño de la cabeza, de color negro uniforme salpicado como aquella de puntuaciones umbilicadas. Su borde anterior es rectilíneo, su borde posterior está profundamente excavado en su parte media de manera que representa dos bordes convexos que se continúan. Este borde es saliente. El borde lateral, convexo en la parte anterior, ligeramente excavado en la posterior, dá un aspecto exagonal pero no tan pronunciado como

el del Pseudomelæ Escomeli de Denier (v. fig. 2.).

El mesonotum, negro transversal y profundamente excavado. Las alas pequeñas apenas tienen 5 milímetros de largo. Su color es negro subido y presenta cada ala tres manchas que son simétricas con las del lado opuesto, de color rojo vermellón, en relieve, de manera que parece como que si hubieran sido hechas por depósito de pequeñas partículas de lacre rojo. La primera mancha, la que está muy cerca de su vecina, es oval y se dirije de adentro a fuera y de adelante a atrás, teniendo medio milímetro de longitud. La 2a. es más externa pero está situada al mismo nivel de la anterior, su forma es la de una coma de concavidad dirijida háçia el dorso del animal. La 3a. situada hácia atrás cerca de la terminación de la ala es el doble en longitud que las anteriores y de concavidad mirando hácia abajo del animal. Ninguno de los otros pseudomeloides posée estas manchas. El resto de las alas presenta ramificaciones irregulares y puntuaciones umbilicadas. Húmeros negros, gruesos llenos de espinitas.

El abdomen es negro, presentando en sus partes laterales una faja blanca a cada lado dispuesta longitudinalmente de delante a atrás. De dos a tres milímetros de ancho en su parte anterior, se va adelgazando para terminar en el penúltimo anillo abdominal.

Estas manchas blancas se comunican con las correspondientes del lado opuesto, mediante tiras lineares que se ocultan en los límites de cada anillo del abdomen. Cada mancha blanca tiene una serie de estigmas negros en número de uno por cada segmento abdominal y colocado al nivel de 4 anterior con los 3 posteriores de dichos segmentos.

Los órganos genitales son negros.

Los pies robustos, negros, sin manchas. Fémures arqueados negruzcos, aplanados y acanalados.

Las tibias negras provistas como las anteriores de pequeños

pelos, terminan por dos espinitas de color más claro.

Los tarsos negros en forma de sierra, terminan por ganchos bífidos en su extremidad y de tinte negro también.

PSEUDOMELOE PERRIERI 1916. v. fig. 4.

El macho mide de 22 a 23 milímetros de largo por 7 a 8 milímetros de mayor ancho abdominal. La hembra tiene 28 a 30 mi-

límetros de largo por 10 a 11 de ancho.

A diferencia de las anteriores, su cabeza y torax son bastante pequeños en relación con su grande, lleno y encorvado abdomen, lo que les dá cuando están vivos el aspecto jibado que le es característico.

Su color es negro, el abdomen castaño oscuro, con grandes manchas negras simétricamente distribuídas. La cabeza trapezoidal, como los anteriores tiene sus ángulos muy redondeados. Dividida por un zurco longitudinal lo está también transversalmente por otro zurco ancho, no muy profundo que no llega a los bordes laterales y limita por arriba dos gruesos rodetes de cuyo centro emergen las antenas.

La superficie de la cabeza está puntuada por umbilicaciones bien perceptibles. La parte posterior de la frente se halla separada

del epistomo por un zurco transversal manifiesto.

Las antenas negras en toda su extensión se hallan formadas por artejos uniformes, cilínduicos, excepto el primero que es muy largo, el segundo muy corto, casi enteramente redondo y el último cilindro cónico casi del doble tamaño de los anteriores.

Los ojos negros, pequeños, situados detrás de las antenas.

Los palpos gruesos, su artejo terminal no es maculado en suextremidad, sino negro, uniforme con el resto del órgano. Sus artejos están provistos de pelos un tanto más desarrollados que los de las antenas

Labio anterior y transverso gruesos, de color negro, transversalmente situado y provistos de pequeños pelos negros.

Epistomo grueso, negro y con la superficie sembrada de gra-

nulaciones puntiformes umbilicadas.

Prototorax francamente exagonal de color negro. En los ángulos externos medianos se ven tubérculos salientes muy aparentes. Un grueso zurco transversal los separa del rodete anterior prototorácico y una fosita de la eminencia mediana del prototorax. Un zurco longitudinal, linear en la parte anterior y ensanchado en la posterior, divide en dos partes simétricas a esta zona del animal.

El borde posterior que confina con el mesonotum es excavado en su parte media.

El mesonotum es negro, opaco y sembrado de umbilicaciones

irregulares.

Las alas son muy pequeñas, miden apenas de 2 a 3 milímetros de largo. Su color es negro sin manchas. Su superficie irregularmente moldeada y zurcada por abolladuras y depresiones ramificadas que le dan un aspecto particular.

Su dirección es en extremo divergente y cerca de su extremi-

dad existe una pequeña escotadura.

Húmeros aplanados, negros, provistos de pelos muy pequeños. Abdomen grande, globoso, convexo, fuertemente arqueado,

de color café oscuro con manchas negras.

Las manchas son dorsales y abdominales y son una dorsal y una abdominal en cada segmento. Las dorsales son más pequeñas que las abdominales; hemielípticas, con la convexidad dirijida hácia la cabeza del animal, en tanto que la base recta se continúa con el canal del segmento del abdomen.

Las manchas negras dorsales ocupan la mitad de cada segmen-

to mientras que las abdominales abarcan el segmento íntegro.

En las partes laterales del abdomen existe una hilera de estigmas negros umbilicados a razon de un estigma por anillo. Los límites entre los anillos abdominales son un tanto borrosos.

Los órganos terminales, genito-urinarios y digestivos, son de color negro. Los pies negros, proporcionados. Los fémures poco

arqueados, aplanados y con acanaladura poco apreciable.

Las tibias negras en toda su longitud, están provistas de pequeños pelos, terminan en dos espinitas desiguales en su conjunción con los tarsos.

Estos son negros en forma de sierra. En veces, en la hembra, cada segmento del tarso posée una espinita puntiaguda. Los tarsos terminan en ganchos dobles negruzcos.

Con estas especies llegan ya a 8 los Pseudomeloides descritos

en el Perú a saber:

Pseudomelæ Hemopterus Ph.

id Humerales Guer.

id Andensis

id Escomeli Denier.

id Hunteri Escomel

id Perrieri id

id Denieri id

id Maldonadi id

Todos estos coleópteros encierran en su sangre un principio caústico que desde tiempo inmemorial se ha empleado en la campiña de Arequipa para la curación de las verrugas cutáneas y de los callos, principio que aislado químicamente ha sido identificado por el Dr. Angel Maldonado con la cantarídina.

La acción cutánea vesicante la hemos estudiado anteriormente así como la acción tóxica experimental tanto en ingestión

como inyectada en los animales de laboratorio,

Arequipa.—Setiembre 1917.

SOBRE UN CASO DE INSUFICIENCIA SUPRARENAL DE FORMA PSEUDO-MENINGEA

POR ALBERTO SANCHEZ MORENO.

Interno de los Hospitales

Comunicación presentada a la «Asociación de Internos de los Hospitales»

En una de las tardes del mes de Setiembre del presente año, el día 15, ingresa al servicio de niños del Hospital «Santa Ana», una chiquilla de aspecto linfático, acusando graves trastornos de parte del aparato digestivo y un estado general profundamente alterado. Dice tener 7 años de edad y proceder de esta Capital.

Su temperatura dicho día oscila alrededor de 39 grados; su pulso es frecuente y sumamente débil; acusa cefalea intensa y estado nauseoso un tanto acentuado, estado que se ha iniciado desde hace cinco días y cuyos trastornos prodrómicos experimentó en

su domicilio.

Al examen físico, encontramos del lado del aparato digestivo una lengua bastante saburrosa; el vientre es blando y fácilmente depresible, dejando percibir por la palpación profunda una ocupación manifiesta del colon; hay constipación marcada. Los anexos de este aparato no indican lesión alguna. Igual cosa sucede con los aparatos respiratorio, circulatorio y urinario que encontramos normales. Del lado del sistema nervioso podemos señalar subdelirio, consiguiente, desde luego, a su estado febril y tóxico bastan te acentuados. El diagnóstico se imponía desde el primer momento; se trataba indudablemente de un embarazo gastrointestinal de forma intensa. Ante tal cuadro sintomatológico, se le prescribió el correspondiente régimen desintoxicante, haciendo uso de un purgante salino.

El resultado que era de esperarse, no satisfizo sin embargo las espectativas que se tenía; al día siguiente la chiquilla continuó en el misno estado, y se agregó de manera manifiesta extravío de la mirada y aumento en la intensidad del delirio. Por estas razonesse insistió en la administración de desintoxicantes, administrándo-

sele en tal virtud un purgante de calomel.

Al día siguiente la temperatura descendió hasta llegar a la cifra normal, haciendo su aparición, vómitos de intensidad bastan te marcada; la cefalalgia, al mismo tiempo, se hizo más persistente y tenáz; obsérvase taquicardia y considerable decaímiento del estado general. Al examen oculopupilar encontramos: mirada con mayor vaguedad; dilatación pupilar y ligera fotofobia. Hay además cierto grado de hiperalgesia e hiperestesia, abdominal especialmente, que dificulta un tanto el examen. Se inicia cierto estado contractural, adoptando la chiquilla la posesión de gatillo de fusil y el signo de Kernic se puede constatar.

Se esbozaba, pues, con todos sus signos, el cuadro de una meningitis, probablemente de etiología tuberculosa, dado el aspecto y la constitución linfática de la chiquilla. Ante la persistencia de los síntomas de orden meningeo, síntomas que se acentuaron al día siguiente, se practicó una punción raquidea, y se colocó la consa-

bida e ineficaz bolsa de hielo a la cabeza.

La punción mejora en cierto grado el estado semicomatoso en que se encuentra la enfermita, mejoría que, desgraciadamente, fué efímera, porque al poco rato vuelve la infeliz a su estado anterior. Al día siguiente nos encontramos con un pulso filiforme, hipotenso en grado sumo y taquicárdico, llegando el número de pulsaciones a oscilar al rededor de 140 al minuto; los vómitos adquieren mayor intensidad y se muestran incoercibles, el estado general se agrava más y más por momentos, haciendo pensar a no dudarlo, en lo cercano del fin de la enfermita. El examen del líquido céfaloraquideo no acusa la existencia de elemento celular alguno. Indagamos aquel día por la raya de Trousseau, la que no conseguimos, obteniendo en cambio la raya de Sergent no muy manifiesta, pero sí visible.

Recordando la semejanza que presentaba tal cuadro con el de las insuficiencias suprarenales; recordando así mismo la existencia de algunas formas de Insuficiencia capsular de forma pseudo-meningea señaladas por Sergent y ante la evidente existencia de una taquicardia tan marcada, de un pulso tan hipotenso y de unos vómitos incoercibles tan tenaces, procedimos a la aplicación de una inyección de un milígramo de Adrenalina por vía hipodérmica, procedimiento al que recurrimos casi sin esperar éxito, dado el pronóstico fatal que sobre tal caso se tenía formulado, así como también a lo que al diagnóstico se refiere.

Al día siguiente el cuadro no se había modificado casi nada pero a pesar de ello y por que la raya de Sergent, se hizo aparente persistimos en el uso de la Adrenalina, inyectándole dos milígramos, uno en la mañana y el otro por la tarde. No hicimos uso de la vía gástrica por cuanto la juzgamos inutil ya que los vómitos

hubieran impedido toda tentativa.

El día 23 de Setiembre pudimos comprobar con gran satisfacción que la tensión sanguínea, tomada en el pulso radial, había aumentado un cierto grado; los vómitos habían disminuído de número y de intensidad y la enfermita ofrecía un mejor estado general.

El 25, los vómitos habían desaparecido completamente, la tensión se hallaba más alta, la taquicardia desapareció y la enfermita pide sus juguetes para distraerse. La raya de Sergent había huído.

El 26 y siguientes todo había vuelto a su estado normal y hoy como Uds. pueden ver la enferma se halla en completa convalescencia.

Indudablemente, por el éxito terapéutico y por todo aquel conjunto de síntomas el diagnóstico de tan interesante caso solo vino a formularse con base segura a posteriori. El caso, indudablemente también, era dudoso, pues mientras que por un lado encontramos signos manifiestos de trastornos meníngeos que desde un primer momento imponían el diagnóstico de meningitis y que podemos esquematizar así: desigualdad pupilar, ligera fotofobia, estado conjuntival marcado, extravío de la mirada, vómitos, hiperestesia abdominal, contracturas, signo de Kernic, cefalalgia, etc. encontramos por otro lado, otros síntomas como la taquicardia, la raya blanca de SERGENT, la hipotensión, los vómitos incoercibles, el decaímiento profundo de su estado general que inclinan en favor de un proceso suprarenal. Además, el resultado negativo del examen del líquido céfalo-raquideo, la falta de raya de Trousseau, y de bradicardia, eran signos negativos muy dignos de ser tomados en cuenta para desechar el diagnóstico de meningitis. En definitiva se trataba, pues, de una de aquellas formas, tan bien descritas por el profesor Sergent, de Insuficiencia suprarenal de forma pseudo-meningítica.

Pretendiendo ahora, esquematizar la causa u orígen que pudo tener este sindroma de hipoepinefria podemos asegurar que él ha sido exclusivamente tóxico, pues, bastan las toxinas fabricadas en exceso en el curso del embarazo gástrico febril de forma bastante intensa que evolucionó en una chiquilla de constitución débil, con suprarenales probablemente poco resistentes, para generarlo, ya que la poca resistencia que pudieron oponer dichos órganos originó su rápido avance y la claudicación del sistema cromafino dió lugar a que la intoxicación lesionara el sistema nervioso de la enfermita, arrastrando consigo todo aquel cortejo de síntomas menín-

geos que hemos enumerado.

Como deducciones de la presente observación creo, que se está en el derecho de recomendar, en todos aquellos estados meníngeos de la infancia tan frecuentemente observables y cuyo orígen reconozca algún grado de intoxicación y en los que se observen algunos de los síntomas de las Hipoepinefrias faltando, en cambio, algunos de los de la meningitis clásica, el uso de dósis convenientes de Adrenalina, empleando ya la vía gástrica ya la vía hipodérmica según las circunstancias particulares de cada caso, pudiendo de esta manera salvar la vida a seres que de otra suerte sucumben irremisiblemente, ya que la insuficiencia suprarenal no es tomada en consideración y por consiguiente tratada de la única manera de conseguir éxito, esto es, empleando una terapéutica patogénica.

Lima, Octubre de 1917.

CIENCIA MEDICA HISPANO-AMERICANA.

SOBRE EL VALOR PRACTICO DE L SIGNO DE LECHA MARZO PARA EL DIAGNOSTICO DE LA MUERTE REAL

POR EL DR. R. ALVAREZIDE TOLEDO Y VALERO

Poseyendo 180 observaciones en cadáveres y más de 2.000 en sujetos vivos en los que hemos investigado sistemáticamente el signo de la muerte real propuesto por el Prof. Lecha Marzo, juzgamos que constituyen un conjunto de investigaciones suficientes para juzgar de modo definitivo esta reacción.

Fundamento de este signo. Todas las secreciones de la economía, excepto la orina, el sudor, y el jugo gástrico, tienen reacción alcalina. La acidez es incompatible con la vida celular, y las transformaciones sucesivas que el cadaver experimenta durante el curso de su putrefacción, hacen posible se convierta en acidez la habi-

tual reacción alcalina de nuestros medios.

Fueron Brissemoret y Ambard los primeros que en 1904 comunicaron a la «Sociedad de Biología de París» la utilidad de emplear la acidificación de las vísceras, especialmente del bazo y del hígado, como medio precoz de comprobar la muerte real. Fué Ascarelli quién, más tarde, estudió esta reacción, y fué De Dominicis el que en 1915 con el nombre de cutinatorreacción, ideó un procedimiento de diagnóstico rápido de la muerte cierta, que consistía en determinar la reacción de la serosidad que empapa los estratos del dermis cutáneo del cadaver, puestos al descubierto mediante el raspado del epidermis, empleando un escalpelo. Si aquella reacción es ácida, es que el sujeto está muerto.

El doctor A. Lecha-Marzo, de Granada, ideó determinar de un modo fácil y sencillo el signo de la acidez de los medios cadavéricos, comprobando con el papel de tornasol la reacción de las lágrimas, que, siendo francamente alcalina en el vivo, debería hacerse ácida en el muerto. Sus investigaciones en unos cuantos cadáveres le comprobaron la exactitud del hecho, que luego diversos médicos españoles (Massana, Oteo Villate, Escapa Bravo, etc)

confirmaron en varias observaciones.

Durante más de ocho meses y con muy ligeras interrupciones, he estudiado detenidamente esta cuestión. Para ello he utilizado los cadáveres del Hospital de San Juan de Dios, de esta ciudad en

> Iniversidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Perú: Decana de América

los que diariamente comprobaba la reacción que voy a describir, tres veces: a media mañana, a media tarde y de 10 a 12 de la noche. La amabilidad del Director del Hospital señor Blanca, me ha permitido retener en el Depósito los cadáveres los días necesarios, hasta que aparecía la reacción o hasta que, siendo muchos, me convencía de que ya no se presentaba.

Manera de practicar la reacción.—Lecha-Marzo aconsejó utilizar el papel azul de tornasol. Las numerosísimas observaciones que yo he tomado en los 180 cadáveres estudiados, demostráronme que es el preferible el papel de tornasol llamado vinoso, es decir,

hecho con solución de tornasol muy sensibilizada.

He intentado emplear otros indicadores de acidez, pero nin-

guno me ha dado tan buenos resultados como aquel.

De aquellos que son desplazados por los ácidos, desprendiendo al menos 12 calorías y media, el más práctico es seguramente el tornasol. En cuanto al principio colorante de la cúrcuma, la resazurina, el perezol, etc, no me han reproducido una reacción tan evidente como aquel. Por lo que respecta a los indicadores que son desplazados, aun por los cuerpos de reacción ácida débil, pero, desprendiendo al menos 7 calorías y media, sólo he empleado el azul Poirrier, que es demasiado sensible, por lo cual prácticamente no es utilizable ya que basta con el CO del aire para que el papel impregnado con aquel alcalinizado y que es blanco, se vuelva azul.

Para practicar la reacción se corta una tirita de papel de tornasol y separando uno de los dos párpados, se introduce en el fondo de saco conjuntival y se espera uno o dos minutos. Puédese también frotar el párpado sobre la tira de papel introducida en el fondo de saco conjuntival, deslizando uno o dos dedos sobre la piel de aquel para que aquélla se moje más pronto.

Sacamos en seguida la tirita de papel vinoso, y si se ha puesto roja, decimos que la reacción es ácida y por lo tanto positiva, y si por el contrario, se ha puesto más azul o persiste por lo menos el color vinoso, afirmamos que la reacción es alcalina y por ende ne-

gativa.

Es conveniente advertir, que en las primeras horas que siguen a la muerte, el líquido que impregna el papel que debajo de los párpados introducimos no es otra cosa que las lágrimas que se segregaron en los últimos momentos de la vida de aquel individuo. Más, después, la secreción lagrimal como es lógico se suspende, y el líquido que dá orígen a esta reacción es la serosidad que trasuda a través del párpado, por un fenómeno de hipostasis.

La reacción de esta serosidad, y que produce el signo cuyo estudio estoy haciendo, pasa sucesivamente por los siguientes esta-

díos:

1º.—Francamente alcalina, poco después de la muerte.

2º. Débilmente alcalina.

3º.—Anfótera.

50.—A veces, no siempre, muchas horas después de la muerte, alcalina de nuevo.

Respecto a la interpretación que merece este último hechome parece algo difícil, aunque lo más lógico sea pensar que es debido a los productos que la putrefacción cadavérica origina, a las ptomainas especialmente, a los compuestos amoniacales, etc. etc.

Indicaré, además que esto sólo lo he visto dos veces en cadáveres que llevaban tres o cuatro días en el Depósito, y que jamás lo he visto acontecer antes de ese tiempo. Quiero afirmar con esto, que la reacción de Lecha-Marzo es persistente, que no suele modificarse después de su aparición y que tan solo de modo excepcional en algún caso, puede sufrir variaciones posteriormente al fallecimiento del sujeto.

Resultados obtenidos.—Como he dicho al comenzar este artículo, he estudiado el signo de Lecha-Marzo en 180 cadáveres.

En todos ellos he practicado multitud de pruebas, con el objeto de averiguar si siempre se presenta la reacción, si una vez aparecida puede desaparecer y el momento en que aparece. Las múltiples reacciones obtenidas casi sistemáticamente de 8 en 8 horas y la constancia de los resultados conseguidos parecen probar, que éstos pueden ya considerarse como definitivos.

El signo de Lecha-Marzo no aparece en todos los casos. De las 180 observaciones recogidas, lo observé en 121 y no apareció en 59. Resulta por tanto que fué positiva en el 67'23 por ciento de los ca-

sos y negativa en el resto o sea en el 23'77 por ciento.

He de apresurarme a indicar, que considero como negativas aquellas en que a las 24 horas de la muerte del sujeto, cuando ya se llevaban el cadáver para su inhumación eran todavía alcalinas.

Si ahora se analizan las observaciones que fueron positivas, desde el punto de vista del momento en que el signo de Lecha-Marzo hizo su aparición se llegará a interesantes conclusiones. Pero una advertencia previa se impone aquí. Como las observaciones no eran recogidas nada más que tres veces en las 24 horas, claro es que si en una observación a las 8 horas de la muerte la reacción era aún alcalina, y a las 16 por ejemplo, era ya ácida, es de suponer que comenzó a serlo antes de ese momento en que yo la comprobaba, y para aproximarse más a la verdad, digo que la reacción fué positiva, no a las 16 horas en que ya lo era francamente, sino a las 12 horas, término medio entre las 8 en que aún era negativa, y las citadas 16.

Con este criterio, puedo afirmar que la reacción de Lecha-Marzo fué positiva en las siguientes horas posteriores a la muerte:

A la	$\frac{1}{2}$ hora en	1 caso.	A las 10 · horas en 1 caso.
"	1 ,,	3 ,,	,, 11 ,, 1 ,,
,,	$1 \text{ y} \frac{1}{2}$,,	7 ,,	,, 11 y ½ ,, 1 ,,
,,	2 ,,	6 ,,	,, 12 ,, 3 ,,
"	$2y\frac{1}{2}$,,	4 ,,	$12 \text{ y} \frac{1}{2} \text{ ,, } \dots 2 \text{ ,,}$
,,	3 ,,	3 ,,	,, 13 ,,, 30,,
,,	$3y\frac{1}{2}$,, 1	,,	$,, 13 y \frac{1}{2} ,, \dots 3 ,$
,,	4 ,,	2 ,,	,, 14 ,, 0 ,,
"	4 y 1 Universidad	Nacion:	al Mayor de San Marcos

Alas	5 horas en	4 ,,	A las	15 horas	en	3 ,,
	$5 \text{ y} \frac{1}{2}$,,	6 ,,	,,	16 y ½	,,	1 ,,
,,	6 ,,	7 ,,	,,	17		1 ,,
,,	$6 \text{ y} \frac{1}{2}$,,	2 ,,	,,		, ,	2 ,,
",	7 ,,	2 ,,	,,	18		1 ,,
,,	$7 \text{ y} \frac{1}{2}$,,	5 ,,	,,	21		1 ,,
,,	8 ,,	3 ,,	- ,,	22		1 ,,
,,	$8 y \frac{1}{2}$,,	2 ,,	,,	23	,,	1 ,,
,,	9 ,,	0 ,,	,,	$24 \text{ y} \frac{1}{2}$,,	1 ,,
,,	$9 y \frac{1}{2}$,,	2 ,,	,,	30	,,	1 ,,
,,	10 ,,	2 ,,	,,	$32 \text{ y} \frac{1}{2}$,,	1 ,,
			,-		,,	1 ,,

De todo lo anteriormente dicho se induce que de las 3 a las 7 horas y $\frac{1}{2}$ de la muerte, es el momento que con frecuencia aparece esta reacción.

De las circunstancias que pueden influir en este signo de muerte real.—La acifidicación de las vísceras y de los medios líquidos del cadaver, es un fenómeno de putrefacción. Ahora bien, de los factores que en ésta intervienen, no se puede en general sistematizar nada porque lo que sucede en un cadaver no pasa en otro, lo que acontece en un medio no acontece en otro. Sin embargo, entre todos aquellos no cabe duda que tres son los que más evidentemente ejercen su influencia en la putrefacción: la causa de la muerte, la temperatura a que se halla sometido el cadaver y el medio en que éste se encuentre (aire, tierra, agua).

Los cadáveres en que yo he estudiado el signo de Lecha-Mar-

zo se hallaban todos al aire libre.

En cuanto a la enfermedad que produjo la muerte, tratándose de 180 observaciones, nada nos puede indicar sobre la influencia que ejerza sobre este signo, puesto que con ese número de observaciones no se podrían a este respecto dar nada más que datos provisionales.

No sucede así con el factor temperatura, pues dividiendo ese número de casos estudiados en tres grupos, según la del ambiente. se verá que los contenidos en cada uno de ellos son no escasos y por lo tanto las conclusiones inducidas muy dignas de ser habidas en cuenta.

En el siguiente cuadro se verán esos tres grupos de observaciones:

Número de observaciones y temperatura máxima durante todo el tiempo que duró la observación	Positi- vas	Propor- ción %		
82 obstemp. máx. de 25,1° a 35° C	77	93,9	5	61
50 ,, ,, ,, de 15° a 25° C	20	40	30	60
47 ,, ,, ,, de 0° a 15° C	23	48,9	24	51'1

Se ve, pues, que la temperatura del ambiente influye de modo muy marcado en la aparición del signo que estoy estudiando.

Si la temperatura es elevada, casi seguramente se presentará aquél. Si es muy baja, hay más probabilidades de que no aparezca. Téngase presente que las condiciones en que los cadáveres que yo estudié se hallaban; durante el invierno, era lo más favorable para que la putrefacción marchase rápidamente. Tendidos en un suelo de piedra, con ventanas abiertas de par en par y con temperatura exterior baja. De esto se induce una conclusión práctica de gran trascendencia y es que sí los cadáveres están resguardados en cámaras donde la temperatura no sea baja, casi constantemente aparecerá este signo.

La reacción de las lágrimas en el vivo.—Pero el nuevo signo de la muerte real no tendría ningún valor si hubiere posibilidad de

que la reacción fuese dada por el vivo.

Ha sido por tanto también preciso estudiar este punto.

Todos los fisiólogos están contestes en afirmar que las lágrimas en el vivo tienen reacción alcalina siempre. No hay que dudarlo; así lo dicen ellos y así he podido comprobarlo yo en 1079 individuos de ambos sexos (542 varones y 537 hembras) y de diversas edades.

Pero una objeción salta a la vista en seguida: ¿es también alcalina la reacción de las lágrimas, en los diversos estados patoló-

gicos del ojo?

He estudiado así mismo este punto utilizando para ello los enfermos del Consultorio de Oftalmología de esta Facultad de Medicina a cargo del Profesor Garcia Duarte. En 1104 enfermos de diferentes procesos morbosos que desfilaron por aquél en poco más

de un mes, la reacción de las lágrimas fué siempre alcalina.

Conclusiones.—He procurado exponer lo más detenidamente posible la monografía del signo de Lecha Marzo, de la muerte real. Me tomo la libertad de decir que acaso los resultados obtenidos no sufran modificación: el número bastante grande de casos estudiados y la prolijidad en las observaciones hechas en cada uno de ellos, me autoriza a pensarlo así, y a formular a manera de conclusiones las siguientes premisas:

1º.—El signo de LECHA-MARZO es un signo cierto de muerte

real.

2º.—No se presenta nunca en el vivo.

3º.—No es absolutamente constante: de modo aproximado puede decirse que se muestra en las dos tercias partes de los casos.

4º.—Generalmente es precoz. El mayor número de observaciones positivas, lo fueron de media hora a 7 y medias horas después de la muerte.

5º.—La temperatura ambiente es uno de los factores que más influye en su pararición, hasta el punto de que si es muy baja se opone a que se revele.

(Extractado de «Vida Nueva» por C. A. B.)

PRODUCTOS DAUSSE

COLOBIASA DE ORO

ORO COLOIDAL DAUSSE

Agente antitoxiníeccioso en todas las septicemias

COLOBIASA DE AZUFRE

Azufre Coloidal Dausse

Tratamiento rapido del Reumatismo

COLOBIASA DE SULFHIDRARGIRIO

Manifestaciones de origen específico

COLOBIASA DE CHAULMUGRA

Aceite de Chaulmugra inyectable Medicación antileprosa

COLOBIASA DE QUININA

Medicación antimalarica

COLOBIASA DE TREMENTINA

Trementina invectable en la Tuberculosis pulmonar

Literatura y Muestras

Laboratorio DAUSSE, 4, rue Audriot, Paris

Representante y depositario en Chile

M.Raymond Collière, - Casilla 2285

á Santiago de Chili



La digestión defectuosa de la proteína

y la digestión incompleta de lo graso

son los errores de régimen más corrientes que producen los síntomas pronto reconocidos, del

Estreñimiento en los Niños de corta edad.

Quien comprenda completamente la indiscutible utilidad del

Alimento Mellin

como modificador de la leche fresca de vaca para corregir dichos errores, se ahorrará muchos disgustillos.

Un afamado Doctor escribe:

e Durante su corta edad, mi hijo sufrió mucho de estreñimiento, pero recomendóme el Alimento Mellin un compañero que lo había hecho tomar á su pequeñín con excelentes resultados. El Alimento Mellin dió pruebas de ser precisamente lo que se necesitaba y ahora el chico está fuerte y vigoroso ».

Pidan muestras y resultados de nuestras observaciones á WEIR, SCOTT & Co, Santiago, Valparaiso, Concepción y Antofagasta.

PESQUISAS DE TISIOTERAPIA CLINICA

POR EL DR. CLEMENTE FERREIRA

Director del Dispensario «Clemente Ferreyra» de Sao Paulo (Brasil)

Siendo nuestra preocupación hacer del dispensario un centro de estudios y de pesquisas de clínica terapéutica a manera de proporcionar a los enfermos el beneficio de las adquisiciones y conquistas alcanzadas en la difícil e ingrata ruta del tratamiento de la tuberculosis, proseguimos con el empleo de los agentes modernamente preconizados y de remedios ya ensayados, con apreciable provecho en los años anteriores, pertenecientes, sea al arsenal biológico, sea al arsenal quimioterápico.

Insistimos, como lo venimos haciendo desde hace mucho tiempo, en el empleo de las tuberculinas ora una, ora otra, convencidos de la verdad del aserto de Heinrich Klein, del Sanatorio de Holsterhausen, de que las diversas tuberculinas, las eficaces, por lo menos, son fundamentalmente idénticas, siendo el principio activo de todas ellas, la proteína del bacilo de Koch. (das active prinzip aller Tuberculin ist das Protein des Tuberkel bazillus).

Todo es cuestión de dósis y de técnica en las aplicaciones, pues como dice el Prof. Sahli toda tuberculina, «peut donner des su-

ccés si elle est employée selon une technique correcte».

«La mejor tuberculina, dice Calmette, sería aquella cuya función tóxica para el individuo tuberculoso fuese la más reducida y cuya función antígena—aptitud para provocar en el organismo del tuberculoso la formación de anticuerpos en la máxima cantidad posible—fuese, por el contrario, lo más marcada».

Las séries deben ser de una gradación muy delicada y para eso organizamos una, empleada en el Dispensario, en que el manejo

del remedio es facilitado por una progresión casi insensible.

Hemos dado preferencia a los tuberculosos en primer grado, a los casos incipientes y de marcha lenta—in langsam verlaufenden Fallen, como opina Klein—Y esta es una práctica recomendada por tisioterapeutas de renombre y de competencia bien probada, como Nathan Raw, Petruschky, Hammer, David Speroni etc.

«En la tuberculosis de segundo y tercer grado, dice el Prof. Speroni, de Buenos-Aires, no debemos emplear la tuberculina, porque no da resultados, salvo raras excepciones, y hasta puede perjudicar al enfermo. Nathan Raw, de Liverpool, enseña: Tuberculin cannot be espected to have a good effect in avancet cases

of tuberculosis», y Hammer en el Congreso Internacional de la Tuberculosis de Wáshington, se expresó a sí: «The principal domain for the remedy (The tuberculin) should be, according to Koch's original prescription, the cases in the firts stage of tuberculosis of the lung.» El profesor Sahli, de Berna, en la Conferencia anual de la tuberculosis de la Liga Inglesa contra la tuberculosis (Londres 1912), dice que el tratamiento por la tuberculina es particularmente ventajoso en los casos incipientes».

No es, por lo demás solo la cuestión de grado, de extensión de las lesiones que domina el terreno de la tuberculinoterapia; aún con lesiones limitadas, puede haber intoxicación acentuada del organismo, tensión arterial muy baja, taquicardia manifiesta, decadencia del tono vital, y en estas condiciones la tuberculina que es mal tolerada no debe emplearse. De la misma manera en las formas de evolución progresiva rápida, en las modalidades agudas, eréticas o en las que representan importante papel las infecciones asociadas, no está indicado el tratamiento tuberculínico». Akute Fallen durfenn nicht mit Tuberclin behandelt weldern (Klein).

Kuss, cuya competencia en tisioterapia es indiscutible, establece tres principios basicos, como preceptos esenciales que nos de-

ben guíar en la práctica de la tuberculinoterapia.

ler. principio.—No deben ser sometidos al tratamiento por la tuberculina, sino los enfermos cuyo organismo es capaz de un esfuerzo reaccional suficiente. Esto se comprende desde que, actualmente, es una doctrina establecida, el que la tuberculina es un agente inmunizador activo, que obra estimulando los factores naturales de la cura, provocando como piensa Sahli, la formación de un anticuerpo bacteriotropo, luego, pues, necesita para su efecto máximo, una colaboración efeciente del organismo enfermo. (Die Therapeutische Wirkung des Tuberkulins besteht in der Anregung der naturlichen Heilkraft des Organismus» (Klein).

2º. principio.—El tratamiento tuberculínico debe continuarse durante un largo período, «Die Ausheilung der Tuberkulose, diz Moeller erfolgt in der Regel nicht durch einzige Tuberkulinkur, es ist vielmhert dazu in vielen Fallen eine Jahrelang ofter wiederholte Behandlung unter standiger Boebachtung der Erkranten

notwendig».

Por esto hemos adoptado la práctica de hacer curaciones complementarias echando mano de las diversas tuberculinas, ora iniciando la primera fase del tratamiento por la tuberculina bovina y luego recurriendo a la tuberculina de Koch o vice-versa.

3er principio. Es necesario conducir suavemente al trata

miente, procurando evitar toda reacción fuerte y durable.

El método prudente, afirma el profesor Sahli, consiste en evitar todas las reacciones clínicamente manifiestas. «It may be affirmed, conceptúr Philip, de Edimburgo, with reasonable certainly, that pronounced reactions both generel and local ave to be avoided. El prof. Sims Woodhead de Cambridge, también es de opinión que «the only method of administoring tuberculin treatment is to avoid all but minimai reactions».

También es de buen criterio, no divorciarse en la práctica de la tuberculinoterapía de las reglas trazadas por Denys, de Louvain, con el fin de que el tratamiento esté exento lo más posible de riesgos e inconvenientes. Dichas reglas son las siguientes: 1º.-La dósis inicial debe ser tal que evite con seguridad toda reacción violenta, y por eso al principio y durante el tratamiento, el enfermo debe ser rigurosa y asiduamente vigilado, principalmente desde el punto de vista de la curva térmica: es decir, que nunca se deberá hacer tuberculinoterapia sino con el termómetro en la mano; 2º. El intervalo entre las invecciones, debe ser como mínimo de tres a cuatro días, porque las reacciones fuertes es habitual que empiecen 30 horas después de la inyección y las reacciones tardías, dice Shali, solo sobrevienen a las 48 horas; y si se hiciera la inoculación diaria o en días alternados, podríase provocar una reacción fuerte sobre otra ya en incubacuón, determinando así una reacción muy violenta, que agravaría el mal; 3º.-El aumento de la dósis debe estar en proporción con la tolerancia. La sensibilidad a la tuberculina, es en extremo variable según los enfermos, y en el mismo individuo en diversas fases, presenta oscilaciones considerables, lo cual quiere decir que el tratamiento no puede conducirse por manera uniforme y esquemática, como bien lo hace notar el Prof. SAHLI, que agrega que, en tuberculinoterapia, todo es individual.

No hay que hacer, pues, nunca una inyección en el decurso de una reacción, ni inmediatamente después de extinguida ésta, conviniendo guardar un reposo de 24 horas si la reacción fué débil, y de 3 a 4 días, si fuerte. 5°.—Si la reacción fué débil y breve, no se aumentará la dósis en la inyección siguiente, si fué fuerte y prolongada, se inyectará la mitad de la dósis anterior. Nunca se elevará la dósis antes de que la dósis precedente haya sido sopor-

tada sin la más mínima reacción.

Obedeciendo el código de la tuberculinoterapia y amoldándose escrupulosamente a las indicaciones y contraindicaciones, tendremos casi la seguridad de conseguir profícuos resultados, sin

perjudicar al enfermo.

Es preciso, entre tanto, tener siempre en vista, que la tuberculina no tiene acción específica: es un agente terapéutico parcial como sostienen Sahli, Sezary, Louis Guinon, Leon Bernard, etc. En lo tocante a los resultados obtenidos, las estadísticas más favorables son las que se refieren al tratamiento combinado tuberculina y régimen higiénico dietético; así las de Moller, Turban, Spengler, Snoller, Heinrich Klein, etc.

Un elemento que no deja de tener cierto valor, como reforzando la indicación racional, y que nos debe también ayudar en la selección de los enfermos para el tratamiento tuberculínico, viene a ser la sensibilidad reaccionaria a la prueba de Von Pirquet, como demostró Kronberger, de Davós, en su minucioso estudio que tiene por título «Lungertuberculose und die Grund-

lage i rer spezifischen Behandlung».

La intensidad y la rapidez de la aparición de la pápula de la reacción cutánea a la prueba de Von Pirquet, representa buena señal diagnóstica y pronuncian buenas defensas del organismo,

significando la tendencia hácia la curación, de acuerdo con los experimentos y las investigaciones de Von Pirquet, Teichmann, Wolff-Eisner y Szaboki, e indicando en general, fácil tolerancia para con el remedio, que, en tales casos, muéstrase profícuo y eficiente.

Inspirándonos en estos estudios y pesquisas acostumbramos recomendar se practique una o más veces la cuti-reacción, antes de iniciarse el tratamiento, no empleando las inoculaciones de tuberculina sino en los casos en que la reacción local se traduce en pápulas extensas, acentuadas y desenvolviéndose en las primeras 12-24 horas.

En el activo del tratamiento por las tuberculinas, podemos computar 4 altas, de las cuales 2 curaciones aparentes y dos mejorías radicales con restitución de la capacidad para el trabajo.

Proseguimos también en las aplicaciones de tisiovacuna del Dr. Alcantara Gomez, cuyo empleo iniciamos en 1915. Fueron tratados 11 enfermos, de los cuales seis que pasaron de 1915. Registranse buenos resultados en 5 de ellos y malos en 6, habiendo fallecido uno de estos.

Al acabar el año el ilustre tisiólogo tuvo la gentileza de enviarnos varias ampollas de su neo-vacuna, que empezó a ser empleada

en algunos enfermos.

No se nos olvidó la impresión favorable que nos quedó de las primeras aplicaciones del remedio del Dr. ALCANTARA GOMEZ y pensamos todavía que constituye un agente biológico de fácil manejo y capaz de proporcionar ventajas desde que se obedece a las instrucciones que trazó el eminente profesional.

El tratamiento de ARTHUR MAYER de Berlín, continuó empleándose. De siete casos tratados por el cianuro de oro y potasio en combinación con el enzitol, dos obtuvieron mejorías radicales, dos mejorías lijeras, dos empeoraron y uno permaneció estacionario.

La compresión nitrógena del pulmón, no dejó de tener aplicaciones en varios enfermos y estamos empeñados en seguir con perseverancia en las aplicacciones del método de FORLANINI, con el objeto de establecer con fundamento y criterio hasta que punto podemos contar con ese procedimiento terapéutico, empleado en el tratamiento ambulatorio, en los enfermos del Dispensario.

Fueron tratados 8 enfermos, de los cuales 5 venían de 1915 y 3 iniciaron el método en el año pasado. Podemos considerar 3 como economicamente curados, aparentemente restablecidos, continuando todavía bajo la vigilancia periódica—2 de 1915, y 1 de 1916—; como notablemente mejorados, 2—1 de 1915, y 1 de 1916; 1 hállase en estado estacionario después de haber obtebido alguna mejoría, 1 empeoró (de 1916), y 1 falleció (de 1915), víctima de las complicaciones.

Estos enfermos reclamaron 92 insuflaciones, inyectándose en

la cavidad pléurica, 24 litros y 246 cc. de ázoe.

La cura por el sol, desgraciadamente, bastante perturbada por las especiales condiciones metereológicas de esta ciudad, donde raramente podemos contar con largas series de días soleados, continuó en el interín, siendo aplicada a diversos enfermos del salos vértices pulmonares.

natorio. Fué preferentemente empleada la helioterapia en los pacientes afectados de adenopatías hiliares y traqueobrónquicas de naturaleza tuberculosa, de adenitis, en general, cervicales, y en enfermitos en los cuales la prueba de Von Pirquet y el examen radioscópico indicaban los portadores de una tuberculosis latente, inactiva, principalmente en las regiones hiliares y en el extremo de

Una particularidad que hemos tenido oportunidad de observar aquí, viene a ser la detención o el grado poco acentuado de la pigmentación en las aplicaciones helioterápicas en esta capital. En efecto, contrariamente a lo que se ha señalado por las observaciones de Rollier de Leysin, de Combe, de Lausana, del prof. Filia de Sassari, después de 1, 2 y 3 meses de exposición al Sol en el «solarium» del dispensario, hemos visto que, en un gran número de enfermos, no se presenta la piel pigmentada, o entonces, la pigmentación cuando aparece, es poco acusada y no generalizada, sino que afecta la forma de islote, de manchas apenas. Ahora bien, merced a los estudios de Rollier, Finsen y otros, sabemos que son los rayos actínicos del Sol, los rayos ultra violetas los que provocan la pigmentación de la piel precedida comúnmente de una vaso dilatación. Estos rayos actínicos que, terapéuticamente hablando son los más eficaces, para hacer sentir su acción plena y libre, reclaman una atmósfera pura, un aire seco, sin polvos y sin exceso de vapor de agua. Siendo el ambiente de San Pablo, superabundante en vapor de agua, saturado de humedad y además de esto. cargado de polvos ¿no se limitará la incidencia de los rayos actínicos del Sol, no se limitará y dificultará la acción de los rayos ultra violetas, explicándose de este modo la falta o el pequeño retardo en la aparición de la pigmentación?

Estudios más detenidos y pesquisas más perseverantes y ri-

gurosas, podrán responder a esta interrogación.

Alcanzaron el alta aparentemente curados o radicalmente me-

jorados, 5 enfermos sometidos a la cura por el Sol.

Nuestro gabinete de electro radiología, prestó notorios servicios bajo la dirección del hábil especialista Dr. NAGIB SCAFF. Se hicieron numerosas observaciones radioscópicas para la dilucidación de la diagnósis, de los casos de tuberculosis latente, inactiva, pues la radiología como hace notar RIST, en un bello estudio: «Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire» insertado en la « Presse Médicale », Julio de 1916., suple admirablemente las flaquezas de los métodos estetoacústicos, descubriendo lesiones profundas, inaccesibles a estos y alumbrándonos acerca de la extensión, forma y localización de los puntos de condenzación o de impermeabilidad pulmonar, con mucha mayor precisión de lo que lo hacen la percusión y la auscultación.

También empleamos en ámplia escala, los exámenes radioscópicos y las placas radiográficas, como fuente de orientación y valioso elemento de apreciación en el decurso del tratamiento, principalmente por la turberculina y por la pneumocolapsoterapia.

La radioterapia sigue siendo empleada en las tuberculosis ganglionares, en las adenopatías tuberculosas periféricas, en las cuales todavía recientemente Alberto Weil, del laboratorio de electroterapía del «Hospital i rousseau», demostró el alto valor de los rayos X, y también las formas hiliares de la infección, tan co-

múnmente en nuestros niños y adolescentes.

Durante el año, se efectuaron en diversos enfermos sospechosos, o con signos clínicos significativos de la infección luética, 22 reacciones de Wassermann, mostrándose 15 positivas y 7 negativas. En 12 enfermos, los exámenes del esputo contenían bacilos de Koch, siendo después confirmada la existencia de las dos infecciones—luética y tuberculosa— y en 10, el examen de la expectotoración fué negativo, pareciendo tratarse exclusivamente de sífilis pulmonar.

(Traducido por Víctor Delfino de Buenos Aires).

REVISTA DE TESIS

LOS DELINCUENTES TATUADOS EN LA PENITEN-CIARIA NACIONAL.—Tésis para el grado de bachiller, presentada por Marino C. Alegre.

Es interesante el estudio que analizamos por el valor documentario que representan treintaidós observaciones de criminales tatuados, que el autor ha podido estudiar en la Penitenciaría Nacional.

El estudio descriptivo, de cada uno de los casos, está precedido de las siguientes consideraciones: I. Etimología de la palabra tatuaje.—II. Objeto del tatuaje.—III. El tatuaje individual.—IV. Tatuaje como carácter diferencial.—V. Diversos procedimientos del tatuaje.—VI. Accidentes y complicaciones del tatuaje.—VII. El tatuaje en Criminalogía.—VIII. El tatuaje signo de identificación.—IX. El tatuaje es un signo indeleble.—X. Procedimiento para borar el tatuaje.—XI. Aplicación terapéutica del tatuaje.—XII. El tatuaje en el Perú, su distribución geográfica.

Termina la tésis con las siguientes constataciones:

1º.—La imitación desempeña un rol importante en la génesis de los tatuajes que he estudiado en la Penitenciaría Nacional; la mayoría de los sujetos que he observado para llevar a cabo este trabajo han declarado, en forma que no deja lugar a duda, que fué

la contemplación del tatuaje de otros sujetos, la que les decidió a

llevarla a cabo en sus personas.

2º.—Una averiguación sumaria, sin los rigores de una investigación estadística llevada a cabo en los hospitales de Lima, me permite insinuar la mayor frecuencia porcentual de tatuajes entre los delincuentes que entre los que no lo son.

3º.—De los tatuajes que he estudiado, ellos, en su mayor parte están implantados en regiones visibles del cuerpo, tales como el tronco y las extremidades superiores, circunstancia que Israel Castellanos y otros autores, conceptúan elemento diferencial del tatuaje de los alienados y el de los delincuentes.

4º.—No son raros entre los sujetos estudiados, trastornos más o menos profundos de la sensibilidad cutánea, casi siempre dismi-

nuciones de esta sensibilidad.

5°.—Pocos de los tatuados se manifiestan resignados a los inconvenientes de sus tatuajes y son menos aún, los que viven satisfechos de llevarlos.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA.—Tésis de Bachillerato por José A. Maldonado.

Exponer hoy, el tratamiento de la Eclampsia sin la repetición de muchas cosas harto sabidas, ha sido la mente del autor de este interesante trabajo.

Sus conclusiones son las siguientes:

la.—El tratamiento profilactico de la eclampsia no debe estar basado únicamente en el régimen lácteo, sino que a este régimen debe asociarse un tratamiento terapéutico que llene las indicaciones de cada caso particular.

2a.—Para que este tratamiento sea instituído con oportunidad, consideramos necesario el funcionamiento de un Consultorio

para mujeres embarazadas, anexo a «La Maternidad».

3a.—En el tratamiento curativo de la eclampsia creo que debe darse preferencia al tratamiento médico, y que sólo cuando éste haya fracasado se recurrirá al tratamiento obstétrico.

4a.—Al instituir el tratamiento obstétrico, debe darse preferencia en las primíparas, a la histerotomía vaginal, cesárea vaginal

u operación de Duhrssen.

5a.—El tratamiento obstétrico no excluye al tratamiento médico, pues éste último debe continuar aún después de aquél.

6a.—El empleo del cloroformo en el tratamiento de la eclamp-

sia debe ser proscrito.

7a.—En la terapéutica de la eclampsia debe darse preferencia

a la asociación de la morfina y el hidrato de cloral.

8a.—En el tratamiento de esta afección debe hacerse sistemáticamente la alcalinización orgánica, por vía rectal.

ALGUNAS APRECIACIONES SOBRE EL SINDROMA DE INSUFICIENCIA SUPRARENAL.—Tésis para optar el grado de Bachiller por Alberto Sanchez Moreno.

En dos capítulos divide el autor el contenido de esta importante tésis: en el primero expone algunas consideraciones generales y en el segundo aborda la descripción clínica del sindroma.

He aquí sus conclusiones:

1º.—Êl Sindroma de Insuficiencia suprarenal pura, reviste, en la actualidad, una importancia clínica de primer orden, pues evita seguramente la formulación de diagnósticos en ocasiones errados.

2º.—El Sindroma de Insuficiencia suprarenal pura es dependiente, exclusivamente, de una lesión de las cápsulas suprarenales.

30.—El Sindroma Addisoniano, es más que todo dependiente de una lesión de los plexos nerviosos simpáticos pericapsulares. La idea antigua de una lesión suprarenal es debida en gran parte a la frecuente asociación de este sindroma con el de una insuficiencia suprarenal pura.

4º.—En las enfermedades infecciosas agudas, lo más a menudo debe tenerse mucho cuidado al formular el diagnóstico de complicación cardiaca, si antes no se ha averiguado la posibilidad de

un compromiso capsular.

5%.—Así mismo el pronóstico de ella puede variar también, haciendose favorable, si a tiempo se ha despistado una insuficien-

cia suprarenal.

60.—En los casos de muerte súbita, debe sospechar siempre el médico legista, la posibilidad de una ruptura o cualquier otro compromiso capsular, y por consiguiente, no debe nunca olvidarse al practicar las autopsias, de proceder, antes de retirar los demás órganos, a hacer un examen atento de ellas.

7º.—El tratamiento de estos estados es exclusivamente opoterápico, el que aplicado con la debida oportunidad evita segura-

mente funestas consecuencias.

8º.—Esta terapéutica puede aplicarse de dos modos, ya usando el producto angiotónico, ya haciendo uso del producto antitóxico, el extracto total.

9º.—Las formas con predominancia de trastornos vasomotores (hipotensión, taquicardia, lipotimia, síncopes), reconocen casi

específicamente el tratamiento adrenalínico.

10.—En las formas de predominancia asténica y en aquellas en que dominan síntomas de índole neurotóxica en especial, el embarazo y los trastornos toxiintestinales, el tratamiento mediante el extracto capsular total, da éxitos sorprendentes.