La Crónica Médica

AÑO XXXV - LIMA, OCTUBRE DE 1918.-N.º 664

COREA DE SYDENHAM

Lección clínica

Por el Dr. ERNESTO ODRIOZOLA.

La semana pasada, hemos examinado a un muchacho, que ocupa el servicio de mi amigo el doctor Sánchez Concha. Apesar, de que su dolencia, es propia de la edad infantil y por consiguiente, pertenece su estudio al campo de la Pediatría, la frecuencia con que ella se presenta entre nosotros, la hacen familiar para todos los médicos. Y esta, es una natural justificación para que tratemos de ella en esta cátedra. Se trata, señores, de un caso de Corea de Sydenham, felizmente no grave, pero si bien acentuada, para que ustedes se hayan podido dar cuenta de sus caracteres más ostensibles.

Tiene casi 12 años de edad; es natural de Trujillo. Su padre, hombre sano, ha sucumbido hace algunos años, de una probable "pústula maligna". Su madre vive, y ha sido sana hasta después de haber concebido a este muchacho, pero entonces comenzó a sufrir de trastornos diversos que ella califica de "ner-

viosidad".

Esta criatura nació en buenas condiciones, y su desarrollo fué normal, sin incidente digno de notarse. Durante su primera infancia, sólo sufrió de ligeros resfriados y de un benigno ataque de "sarampión". Desde aquella época hasta Agosto último, se ha conservado en buenas condiciones y ha concurrido a la escuela, en la que ha hecho algunos progresos. En esta última fecha, sufrió al parecer de un ataque de "influenza" que lo puso en cama durante tres días, con temperaturas altas. Se refiere que el tercer día, estuvo leyendo con mucha atención unos periódicos ilustrados de Barcelona y en la noche fué acometido por una intensa cefalalgia que la familia, con buen criterio, atribuyó a la lectura sostenida. A la mañana siguiente, este pequeño enfermo, manifestó una pronunciada disminución de la agudeza visual, que se dice llegó hasta la "ceguera", sobreviniendo después, según informaciones de la madre, un ataque convulsivo, con pérdida del conocimiento, crisis que se repitió una vez más en el mismo día. Sería difícil llegar a un diagnóstico retrospectivo de este ataque, a pesar de que la madre dice, que las dichas convulsiones tuvieron preferente localización en el brazo y pierna izquierdas. Durante la noche parece que hu-

Universidad del Perú. Decana de América

bo un defirio violento, con mucha agitación; pero no hemos podido saber si hubo fiebre. Sea de ello lo que fuere, al día siguiente, continuó delirando, en forma que obligó a la madre a solicitar los consejos de un profesional, quien temió el desarrollo de una "meningitis". Se le dieron baños calientes que produjeron buen resultado y al fin, la enfermedad evolucionó hacia el completo restablecimiento; pero en el mes de julio del presente año, comenzó a experimentar un ligero dolor en los tobillos y en las manos, y operábase en su caracter una acentuada modificación: se ponía colérico e irritable. El día 20 de julio, después de rendir satisfactoriamente sus exámenes, sintió un gran malestar y sufrió un vértigo; al mismo tiempo comenzó a hacer algunos gestos y manifestaba alguna dificultad en los movimientos del brazo izquierdo. El día 21, se iniciaron movimientos desordenados, netamente coréicos que se presentaron primero bajo la forma de crisis separadas por intervalos tranquilos, que se fueron haciendo cada vez más cortos, hasta desaparecer por completo.

Este enfermito, fué recomendado al doctor Valdizán, quien

ha tenido la bondad de recojer estos datos.

Su condición actual, como ustedes han podido apreciarlo, es bien comprometida. Está enflaquecido. Cuando se le hace poner de pie, resalta al instante la enfermedad de que padece. Hace variadas gesticulaciones, mueve los brazos desordenadamente, inclina el tronco, ya de un lado, ya de otro, y la marcha presenta un aire de danza criolla, que el movimiento de los brazos contribuye a hacer quizá hasta chispeante, interviniendo, con sujestiva oportunidad, bruscas contracciones de la cara, de los labios, inclinaciones de los ojos, que dán una animada y festiva apariencia a todo el conjunto generalizado de sus movimientos.

Los reflejos patelares, están algo exajerados. Se escucha en la base de su corazón, un lijero soplo sistólico. La auscultación de sus pulmones, demuestra una respiración exagerada en sus vértices, particularmente a la izquierda y nos apresuramos a consignar que la intradermo-reacción tuberculínica, ha sido netamente positiva. Hay una ligera anemia y tal vez si por este motivo, el soplo cardiaco que hemos citado, esté vinculado a ella. Por último, hay un asomo de signo de Babinski. Sus demás órganos y aparatos, no presentan alteración digna de mencionarse; no hay fiebre y sus facultades mentales parecen estar intactas. No hay parálisis de ningún género.

Desde luego, conviene saber que se ha abusado mucho del término corea; aplicándolo indistintamente, a estados muy inconexos, en su esencia y en su aspecto. En la antigüedad y edad media, dominaban mucho manifestaciones coreiformes de lo más variadas, que en forma coreográfica o saltatoria, llegaron hasta asumir el caracter de epidemias, como la danza de San Guy y de San Juan. Es indudable que muchos de ellos, comprendían estados histéricos que a favor de la época y de las ideas místicas, se desarrollaban y cundían con fuerza inconteni-

ble. Bien sabido es, que las coreas, tituladas rítmicas, son en la inmensa mayoría de casos de naturaleza histérica. También es preciso no olvidar que muchas enfermedades del encéfalo, son capaces de presentar este sindroma y bien conocida es la corea pre y post-hemiplégica. También se han descrito algunas categorías, como la corea-eléctrica de Henoch-Bergeron, la corea fibrilar de Morvan; pero estas son formas morbosas mal limitadas que se incorporan hoy bajo el epíteto de tico-miotonías. Todos estos estados no tienen nada de común con la enfermedad de que tratamos y que es la Corea de Sydenham, llamada también Corea de los niños, corea menor o vulgar. La corea llamada blanda, es muy rara, de autonomía discutible y que yo no conozco. La corea de Hutington es progresiva, hereditaria y tiene trastornos mentales acentuados; por último Brissaud ha descrito la corea variable de los degenerados. Todas estas formas, como ustedes puede sospechar, tienen un fundamento orgánico más o menos apreciable.

La descripción que Sydenham ha hecho, de la corea que estudiamos, es un modelo clínico perfecto que merece bien como título el nombre del gran observador británico que lleva.

Es propia de los niños, a partir de la segunda dentición, hasta la pubertad; el máximum de su aparición está comprendido entre los 6 y 12 años. El sexo femenino, es más favorecido en la proporción de 2 por 1. La herencia neuropática es la regla, como ocurre en nuestro caso. Algunas veces se ha señalado la herencia directa similar. Muchos autores han señadado la frecuencia del reumatismo articular, como causa generadora, hecho que parece incontestable. Sin embargo hay muchos casos que evolucionan sin ninguna conexión con esta enfermedad. En el nuestro por ejemplo, no hay el menor vestigio de ella. Se ha hablado igualmente de la influencia que tienen las enfermedades infecciosas, como la escarlatina, el sarampión, la erisipela, la coqueluche, la varicela, la viruela, la neumonia, la fiebre intermitente. Es indudable, nos parece, que nuestro enfermito sufrió en Trujillo una infección y que ella fué de marcada importancia, lo prueba el hecho de las localizaciones meningeas, o mejor dicho de los fenómenos meningeos que presentó, como delirio intenso, cafalalgia aguda y aun convulsiones. ¿Cuál fué esta infección? No podemos saberlo, pero sí, podemos creer que la fiebre inicial y los fenómenos ya descritos son suficientes para afirmar que ha habido en él, un proceso de infección. Y la circunstancia, de que los observadores hayan marcado muy variadas infecciones en la historia etiológica de la corea, nos hace pensar, con muy lógica justificación, que, la corea no debe considerarse, propiamente hablando, como una entidad autonómica; no es, en nuestro concepto, sino una resultante, un aparato sindromático residual que puede derivar de múltiples causas infecciosas. No hace un mes que tuve ocasión de ver a un chico de ocho años de edad, acometido de una angina catarral, hijo de padres neurópatas, este chico, diez o quince dad Nacional Mayor de San

días después, ha comenzado a presentar los caracteres de un coreico de Sydenham, perfectamente averiguado. Ustedes saben bien de lo que son capaces las anginas, aun aquellas de más modesta apariencia: pueden provocar los accidentes más variados, de manera que en el caso que les acabo de historiar, es indudable que ha sido la causa de la corea. Esta manera de interpretar las cosas tiene, a mi modo de ver, la doble ventaja, de asociar, etiológicamente hablando, todas las opiniones dispersas y colocar a la corea en el rango de un simple sindroma, de una derivación post-infecciosa, cualquiera que ella sea, por lo demás. Este concepto, como es fácil comprender, releva al reumatismo articular del papel preponderante que todavía hoy le asignan muchos autores, y entraría simplemente en la categoría de uno de tantos factores etiológicos de calidad infecciosa. En resumen, pues, la corea es un sindroma, de origen infeccioso múltiple cuyo desarrollo necesita condiciones epeciales en que el terreno neuro-artrítico, desempeña papel importante.

La naturaleza de la corea ha sido, y es, muy discutida. Comby la titula una neurosis de crecimiento, denominación genérica muy aceptada hasta estos últimos tiempos, en que los esfuerzos l'ocalizadores y los progresos de la anatomía patológica, han sacudido fuertemente sus fundamentos. El hecho de que fenómenos coreicos se desarrollen en el curso de alteraciones orgánicas encéfalo-medulares, era ya un invocación en favor de lesiones materializadas en la corea y esta tendencia que se acentúa cada día más, agrupa hoy muy competentes neurólogos que le prestan el apoyo de su autoridad. Babinski, hace notar la frecuencia con que el signo que lleva su nombre se presenta en la corea; en nuestro enfermo está bosquejado y ustedes saben muy bien hoy ef gran valor adquirido por este signo, como uno de los mejores testimonis de las lesiones orgánicas, centro-nerviosas. Desgraciadamente, hasta la fecha, no se ha llegado a precisar dichas lesiones, pero todo hacer creer, según parecer de la mayoría, que están localizadas en la corteza del encéfalo o que interesan las vías cortico-espinales. Para concluír con estos interesantes asuntos, diremos en fórmula precisa:1. La corea es un sindroma; 2. Su origen es infeccioso múltiple; y 3. su naturaleza es orgánica.

La primera medida terapéutica que se debe tomar en esta enfermedad, es el reposo en cama por más o menos tiempo, según la intensidad de la dolencia. Poner al enfermito a cubierto de todas las causas de exitación y emplear un suave masage.

Dar una alimentación escogida, eliminando todo excitante. Los baños tibios o aún calientes, son recomendables, según los casos.

Hacer un registro de todos los posibles focos de infección, (dientes cariados, amigdalas enfermas). Pensar, igualmente en otros casos de irritación (vegetaciones adenoideas, lombrices, fimosis, otitis media, etc. etc.)

Ei tratamiento médico tiene por base fundamental el arsé-

nico (solución de Fowler) y produce buenos resultados en muchos casos. Se comienza por 2 gotas, tres veces por día, y se aumenta de gota en gota cada día, hasta obtener el efecto fisiológico, el cual se manifiesta por hinchazón de los párpados o síntomas gastro-intestinales. Pensar en la posibilidad de la neuritis arsenical.

Vigilar los intestinos.

Cuando los movimientos son muy exagerados, hasta el punto de impedir el sueño, administrar un hipnótico, el cloral, por ejemplo, en la dosis de 30 centígramos, cada 4 horas, para un niño de 6 años, aumentando la dosis en proporción a la edad

El corazón debe siempre cautelarse, en caso de adminis-

trar esta clase de drogas.

En algunos casos, los antipiréticos (acetanilida, acetfene-

tidina) se han dado con pleno éxito.

Las vinculaciones de esta enfermedad con el reumatismo, han conducido a la idea de dar los salicilatos en buena dosis. Algunos han ido hasta la dosis, de 5 y 7 gramos por día, de aspirina, la cual es preferible al salicilato de soda.

La escuela debe prohibirse, durante la convalescencia, para

evitar las recaídas.

ALGUNAS OBSERVACIONES DE TUBERCULOSIS OCULAR, TRATADAS POR LA TUBERCULINA

Por ARMANDO GARDINI Interno de los Hospitales

Wagner en 1892, ha sido el primero en dar a conocer casos de tuberculosis ocular, tratados por la tuberculina, con éxito positivo. Sattler y Leber después, refirieron también casos de lesiones oculares de naturaleza tuberculosa, curadas por la linfa de Koch.

Sinembargo, bien pronto, se citaron observaciones en las cuales, no solo fracasó la tuberculina, sino que se agravó la lesión ocular, y aún el estado general del enfermo. Por otra parte, la experimentación, demostrando que la tuberculina no detenía las lesiones oculares tuberculosas de los animales, acabó por afirmar la creencia de su inutilidad en el tratamiento de la tuberculosis ocular, de tal manera, que Bellaird dijo que, "en las afecciones oculares debemos renunciar al tratamiento por la linfa de Koch, tanto más, que esta terapéutica ha agravado el estado local y el estado general del enfermo".

Apesar de las importantísimas memorias de Koch y Zimermann, en los años de 1897 y 1898 respectivamente, el desprestigio continuó en pié. Es en 1900, que la tuberculinoterapia entra triunfalmente en el dominio de la terapéutica ocular, merced a los nuevos esfuerzos de Von Hippel y de su alumno Schick. En los años 1904 y 1906, Von Hippel vuelve a estudiar el mismo tema, demostrando que inyectada a pequañas dosis, la tuberculina no es dañina; aconseja tambien evitar las dosis elevadas desde el principio y continuar la cura durante un largo tiempo, por lo menos seis meses.

Posteriormente Sattler, nos hace conocer dos casos de episcleritis y cuatro de iritis, tratados con éxito por la tuberculina; Czermark nos habla de dos curaciones y Haab, solo tiene alabanzas, por los buenos efectos de la medicación, para la tu-

berculina.

En 1904, Stanculcano, publica un trabajo, en el que dice, que sobre cinco observaciones, en dos se obtienen resultados felices.

Stargardt y Koster Gzan, se muestran partidarios del tratamiento tuberculínico. Con Reutlin en 1906, la utilización de la tuberculina se generaliza, ensayándosela en la conjuntivitis flictenular, en la queratitis parenquimatosa, etc., etc.

Merced a estos nuevos trabajos y publicaciones, el nuevo método se impone más y más, haciéndonos ver la importancia preponderante del tratamiento tuberculínico en la tuberculosis

ocular.

Darier, en un artículo aparecido en la "Clinique Oftalmológique" se declara encantado con los resultados obtenidos en el tratamiento de la tuberculosis del ojo por la tuberculina T. R.

Sería muy árdua la labor de citar y analizar, uno por uno, los numerosos trabajos, que tratan de la acción de la tuberculina en la tuberculosis ocular. Basta con recordar, los nombres de Dor, Junios, Laas, Bruchner, Natanson, etc., etc. las discusiones habidas en el seno del Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología, reunido en mayo de 1912, para demostrar que los esfuerzos de Von Hippel, no han sido infructuosos, como con claridad meridiana lo hace ver el importante papel que a la tuberculinoterapia le ha tocado desempeñar en el tratamiento de las tuberculosis locales y del ojo en particular.

Para terminar, citaremos el trabajo de Bauvieux aparecido en los "Archives de Oftalmologie" y la magnífica tésis de Henry Anglade "La tuberculinoterapia en la tuberculosis ocu-

lar".

Entre nosotros, el doctor Esteban Campodónico en un trabajo titulado "Algunas consideraciones sobre la reacción de Von Pirquet, en las enfermedades oculares" relata la historia clínica de un enfermo atacado de iridociclitis, que mejoró despues de 20 inyecciones de tuberculina, obteniendo al fin una agudeza visual casi perfecta.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Perú, Decana de América El mismo doctor Campodónico, dice después: "durante un año, el paciente no tuvo novedad alguna, pero al cabo de ese tiempo volvieron a presentarse los síntomas anteriores con notable hipertonismo ocular, hasta el punto de que esta vez temimos que sobreviniera la pérdida total del ojo afectado. El doctor Leonidas Avendaño y yo, vimos entonces al paciente en consulta con el estimable colega Juan Luis Calderón, y en vista de la amenaza de pérdida del ojo por hipertensión, se acordó practicar una iridectomia". Más adelante dice: "pero a causa de la persistencia de los depósitos en la membrana de Descemet, resolvimos volver a las inyecciones de tuberculina, las que tuvieron el mismo éxito satisfactorio de la vez pasada".

Las reglas a que nos hemos sometido, al emplear la tuberculina antigua de Koch, que ha sido la que hemos usado, no obstante que no somos exclusivistas, pues, cuando una tuberculina no da resultado, debe ensayarse otra, han sido las siguientes:

10.—Deben invectarse dosis sumamente pequeñas de tu-

berculina;

20.—Debe tomarse cuidadosamente la temperatura del enfermo, antes de principiar el tratamiento por la tuberculina, lo

mismo que despues de cada una de las invecciones;

30.—Se debe evitar toda reacción muy viva despues de cada una de las inyecciones, tanto que la temperatura no debe elevarse por encima de 37 grados y medio a 38, para algunos autores;

40.—En este caso, se debe evitar la continuación del tratamiento, o lo que es mejor, cesar momentáneamente las inyecciones, para de nuevo usar la misma dosis que ocasionó la elevación febril;

40.—No se pasará de una dosis a otra inmediatamente superior, hasta que el termómetro nos indique que no hay elevación febril;

60.—La dosis deben ser progresivas y elevarse lentamente

para acostumbrar al enfermo;

70.—Es condición indispensable continuar durante largo tiempo el tratamiento por la tuberculina, por temor a una recidiva;

80.—Despues de haber alcanzado el milígramo de tuberculina, el tratamiento será interrumpido por un lapso de tiempo más o menos largo, para volver de nuevo a una otra serie de inyecciones;

90.-El enfermo no debe ser portador de una lesión pul-

monar tuberculosa avanzada;

10.-No debe haber reacción febril alguna en los días ante-

riores al empleo del tratamiento tuberculínico.

He allí, en resumen, diez reglas que constituyen el decálogo de todo práctico, que quiere someter un enfermo a la tuberculinoterapia, y que no espera ver defraudadas sus esperanzas al emplear dicho tratamiento.

La observación de los enefermos en el curso del tratamien-

to, revela una serie de reacciones focales, locales y generales, que lejos de ser una contraindicación al empleo de la tuberculina, son, como dice Anglade una prueba q' no se sigue una falsa ruta, sino que se está en la verdadera vía. Ellas suministran enseñanzas preciosas sobre la manera de conducir el tratamiento, y cuando esas reacciones se exageran, obligan al práctico

a la suspención momentánea del tratamiento.

Entre las reacciones que hemos observado, las reacciones locales, carecen de importancia. Se manifiestan por dolor al nivel de la inyección, haciendo creer a menudo en la formación de un abceso; las historias clínicas signadas con los números I y 2, han presentado en alto grado el dolor y enrojecimiento local. Basta en la inmensa mayoría de los casos, un tratamiento emoliente y un ligero descanso en la continuidad de las inyecciones, para que todo desaparezca. Dichas reacciones locales verdaderas intradermo reacciones, nos permiten dosar la suceptibilidad del enfermo, sirviéndonos de norma para acelerar o retardar el tratamiento.

Los fenómenos de reacción general, consisten en fiebre, precedida con frecuencia de escalofríos y hasta de un escalofrío único, intenso, acompañado de temblores cuando la elevación térmica es considerable. Al mismo tiempo, algunos enfermos acusan perturbaciones más marcadas del estado general, como vértigos, nauseas, quebrantamiento de huesos, cefalalgia, hiperestésia cutánea, punzadas en los órganos invadidos por la tuberculosis, palpitaciones, etc., etc. Estos síntomas deben ser considerados como los equivalentes de la elevación termométrica y tratados como tal. Por nuestra parte, no hemos visto fenómeno alguno general y el termómetro ha permanecido estacionario, a pesar de que la temperatura ha sido escrupulosamente tomada. La observación No. 1, ha presentado durante el curso del tratamiento, un cuadro de síntomas que semejaba una grippe, pero que muy pronto relacionamos con la reacción general que presentan algunos enfermos al ser tratados por la tuberculina.

La reacción focal se revela, dice Jochmann, "por manifestaciones inflamatorias e hipodérmicas en el territorio invadido por la tuberculosis. Este fenómeno, se puede observar, en su mayor grado, en el lupus, en el cual aparece una intensa hiperemia del tejido enfermo, pocas horas despues de la inyección. "Al nivel de la reacción ocular, la reacción se manifiesta tambien por la exacerbación de los fenómenos inflamatorios, ordinariamente de corta duración y que ceden bajo la influencia de la continuación del tratamiento". Todos las enfermos que hemos estudiado han presentado reacción al nivel de la lesión ocular.

Como toda meditación, el empleo de la tuberculina requiere prudencia y vigilancia continuas del enfermo. Antes de dar principio al tratamiento tuberculínico es necesario estudiar y reconocer bien cada caso en particular, para de allí deducir la

conveniencia o nó, de su empleo, ya que todo tratamiento tiene

indicaciones y contraindicaciones.

La contraindicación más importante para el empleo de la tuberculina en tuberculosis ocular,, está en la evolución de la enfermedad: las formas agudas y rápidas (granulia) nos indican que su empleo es inútil y peligroso.

Hay, además otros dos grupos de factores que hacen ver que el tratamiento es imposible, como son: 10.—Aquellos que preexisten al tratamiento instituído; y 20.—Aquellos que se

presentan en el curso del tratamiento.

La evolución aguda de una lesión pulmonar tuberculosa, apesar que el tratamiento tuberculínico mejora esas lesiones, y las lesiones cardiacas no compensadas o mal compensadas, contraindican el tratamiento por la tuberculina. En este mismo grupo, se citan las albuminurias, los estados caquecticos, etc., etc. La tuberculosis de los huesos, lo mismo que la articular, cutánea y otras, no constituyen una causa para dejar de emplear la tuberculina, salvo que el enfermo tenga fiebre. La fiebre es una contraindicación absoluta.

El segundo grupo de factores, es decir, aquellos que se presentan, durante el tratamiento, más que contraindicaciones, son recomendaciones que el práctico no debe olvidar y que debe grabar en su memoria. Entre ellos citaré los pequeños pousses febriles, el adelgazamiento más o menos marcado del enfermo, el cual nos haría ver que el tratamiento es muy enérgico, señalándose de esta manera el camino que debemos seguir en cada

caso particular.

Las invecciones han sido hechas por vía subcutánea, usando la geringuilla corriente de un c. c., sin olvidar las prácticas de asepcia y antisepcia requeridas por la operación. La región importa poco: Sesary, las practica en la región deltoidea, por vía subcutánea, pero las invecciones pueden ser practicadas bajo la piel del abdomen, en los l'omos, y en los flancos. Siguiendo lo aconsejado por Karl Spengler, la hemos practicado en la parte dorsal del brazo y del antebrazo. El procedimiento adoptado se ajusta en todo, a los lineamientos de la técnica clásica, fijada por los profesores Denys-Sahli, que con tanto empeño nos han hecho conocer el mejor método de empleo de la tuberculina, pero teniendo presente y no olvidando que la técnica más prudente, como lo hace notar el citado Sahli, es la que consiste "en evitar todas las reacciones clínicamente manifestadas". Sin embargo, no porque conocemos las indicaciones y contraindicaciones de la tuberculinoterapia, debemos vivir confiados; al contrario, debemos examinar con esmero, y estar siempre muy atentos al modo como reacciona el enfermo, al tratamiento tuberculínico, "porque la sensibilidad a la tuberculina, es en extremo variable, según los enfermos y en el mismo individuo en diversas fases, presenta oscilaciones considerable, lo cual quiere decir que el tratamiento no puede conducirse por manera uniforme y esquemática, como bien lo hace

Shli, que agrega que, en tuberculinoterapia todo es individual".

Teniendo presente que la dosis inicial debe ser tal que el enfermo la soporte sin reacción febril alguna, y basándose en el estado general del individuo, en la gravedad de la afección y de la marcha clínica del proceso, hemos usado como dosis inicial, ro.000; dosis intermediaria a la empleada y aconsejada por los profesores Calmette (un milésimo de milígramo), y Sesary (un cien milésimo de milígramo). Comenzando un décimo de dicha solución y ascendiendo lenta y progresivamente, de décimo en décimo de centímetro cúbico, para que de ese modo "el enfermo se habitúe a la tuberculina, se inmunice progresivamente contra ella y se encuentre más apto para sufrir su feliz influencia, evitando todos sus daños". (Sesary)

Para arreglar dicha progresión, nos guiaremos por la reacción producida con la anterior dosis; es decir, que la suspensión del tratamnento, o la repetición de la misma cantidad que ocasionó la reacción, serían empleadas según la mayor o menor

violencia con que el enfermo reacciona a la tuberculina.

Evitando así, fuertes y violentas elevaciones febriles, seguiremos aumentando las dosis de tuberculina, deteniéndonos, en cuanto alcancemos el milígramo, según aconseja Anglade. La dosis máxima, es para la tuberculina antigua de un milígramo, y este consejo de Jochmann es el que nos ha servido de guía. Entre dosis y dosis, se deja un intervalo de cuatro o cinco días, poniendo una sola inyección la primera semana, para poner dos en la segunda, una en la tercera, dos en la cuarta y así sucesivamente. Siguiendo esta norma, en ningún momento la elevación termométrica, índice de reacción, ha aparecido, impidiendo la continuación del tratamiento. La Obs. 1, fué la única que al principio del tratamiento presentó signos de reacción general.

La duración del tratamiento es variable. Bauvieux, recomienda dos meses, en tanto que Calmette emplea 19 semanas.

Historia clínica número 1.—A. C., de 20 años de edad, nacida en Iquique, fué traída a Lima a muy temprana edad, trabajando desde aquella época en el Hospital "Santa Ana".

Padece la enfermedad ocular que le aqueja desde hace tres años, mejorando, en el largo curso de ella, una sola vez en el año de 1916, gracias a las curaciones que se le hicieron en la Clínica Oftalmológica del Hospital. Se conservó en buen estado poco tiempo, porque muy pronto empezó a notar los mismos síntomas que con anterioridad habían anunciado al comienzo de su enfermedad y que por desgracia, se manifestaron en los dos ojos. Fué a consultarse el día 1 de setiembre de 1917. Ella ha sido siempre sana y su aspecto así lo demuestra.

Sus padres han muerto. No dá razón alguna de ellos.

La enferma decía tener fiebre todos los días en la tarde, sin sudores, ni bochornos, lo que nos obligó a vigilar la temperatura durante una semana, sin que fuera posible hallar la más ligera elevación termométrica, a pesar de la prolijidad con que

se hizo la observación.

Organos torácicos y abdominales normales, salvo el pulmón izquierdo que presentaba submacicez y respiración soplante en el vértice.

La enferma presenta los dos ojos atacados por la misma

lesión, exteriorizando los siguientes síntomas:

Conjuntivas sin ninguna vascularización. La córnea, en su totalidad, tanto del ojo derecho como del ojo izquierdo, ofrecía un tinte mate que impedía toda visión. No había fotofobia y la agudeza visual era igual a la visión de los dedos de la mano; la enferma solo distinguía la luz. El estado de la restantes membranas del ojo, fué imposible precisar por la opacidad de la córnea.

Se comenzó el tratamiento, usando i lo de la solución de tuberculina y empleando como adyuvante la pomada yodoformada a tenor de la siguiente fórmula:

Por último, se usó un tratamiento tónico general.

He aquí, ahora un resumen de los datos más interesantes

que en el curso del tratamiento presentó la enferma.

El 4 de octubre, fueron inyectadas 7 10 de Sol. de tuberculina al 1 10.000. No se pudo aumentar a 8 10 por haber tenido el mismo día de la inyección un pousses febril, acompañado de los sintomas de la gripe, que relacionamos despues, con la reacción general que presentan algunos enfermos durante el tratamiento tuberculínico. Como está indicado para estos casos, se suspendió el tratamiento hasta el día 6 de octubre, en que desaparecieron del todo los citados trastornos. En ese día se inyectó por segunda vez 7 10 de la solución de tuberculina.

El día 20 de octubre, inyección de 9 10 de la misma solución anterior, comprobándose menor opacidad de la córnea y aumento muy ligero de la agudeza visual. La enferma acusó dolor a nivel de la inyección de tuberculina. (reacción local)

Con fecha 22 de noviembre, se le pusieron 4 10 de la solución al 1 10.000, manifestando la enferma no haber tenido reacción febril alguna, en esta inyección como en las anteriores. La córnea, aúnque lentamente, continúa adquiriendo sus caracteres normales, pero la agudeza visual se halla en el mismo estado, debido a que la opacidad cubre casi del todo la abertura pupilar.

El 27 de noviembre, se inyectó 7 10 de la solución correspondiente, sin que hubiera reacción febril. Pousse de conjuntivitis en el ojo derecho, tratada con la continuación del trata-

miento y que muy pronto mejoró.

En diciembre 13, se inyectó 7 10 de la solución correspondiente. Ojo derecho con agudeza visual muy poco mejorada; ojo izquierdo con agudeza que le permitía distinguir las facciones y contar con dificultad los dedos de la mano.

Alcanzó el miligramo de tuberculina, es decir, que se inyectó un centímetro cúbico de la solución al uno por mil, el 23 de diciembre, con lo que se dió por terminado el tratamiento. Muy poco se había ganado en 15 días, a partir del trece de diciembre.

En esta historia clínica, el tratamiento por la tuberculina, nada notable nos manifiesta. Su fracaso es evidente: pues apenas si han mejorado ligeramente los trastornos oculares que la

enferma ha presentado.

¿A qué ha sido debido este fracaso? ¿Es que las tuberculinas son medicamentos que actúan cuando quieren y como quieren? No creo que se debe suscribir semejante opinión, ya que el examen de la historia clínica vá a revelarnos datos que podrán servirnos de base para comprender el fracaso de la tuberculina en este caso.

En efecto: esta enferma, ha sufrido durante tres años de queratitis tuberculosa, y ésta, despues de mejorada volvió a presentarse de nuevo, atacando, no ya un solo ojo, sino los dos con muy corto intervalo. Salta a la vista su tendencia maligna, su marcha invasora y en el que no era de admirar el fracaso del tratamiento por la tuberculina, tanto más, cuanto que esta droga, ha sido empleada tres años despues del comienzo de la enfermedad. Algo más aún: el empleo tardío de la tuberculinoterapia, es a mi entender una causa suficiente para hacer fracasar el tratamiento más científico y mejor indicado. Una consecuencia se deduce de ella: el empleo de la tuberculina en la tuberculosis ocular debe ser lo más precoz posible.

Pero no debemos dar por terminada nuestra misión, no; quédanos todavía un último recurso: cambiar de tuberculina y

emplearla siguiendo la misma técnica.

Castaigne lo ha dicho: "es necesario saber, que cuando una tuberculina escolla, otra distinta puede dar buenos resultados; estamos obligados por consiguiente, a mostrarnos eclécticos en la práctica y a no amilanarnos despues de ensayar una sola variedad."

Historia clínica número 2.—M. B., nacida en Iquique y de 13 años de edad, concurre a la consulta el 25 de agosto de 1917. Dice, que la enfermedad ocular que la lleva a la Clínica Oftalmológica, la padece desde hace dos meses, notando, con gran sorpresa suya, que la vista se le acortaba, "que se quedaba ciega", y que los ojos se le ponían excesivamente rojos.

El aspecto de la enferma no es nada satifactorio, como lo prueba su aspecto pálido, sus cicatrices de escrófula y su delgadez extrema. Su peso alcanza solo a 53 libras. (?). Es, en conjunto, una muchacha perteneciente a la gran clase de las escrofulosas, con los ganglios submaxilares, supraclaviculares y axi-

lares, accesibles a la palpación.

La madre, dice que ha sido siempre sana, pero débil. Ha tenido sarampión cuando pequeña. Al exámen clínico de sus pulmones, se nota submacicez en los dos vértices pulmonares, acompañados de respiración ligeramente soplante, pero marcadamente ruda; no se encuentran estertores, ni crujidos. Dice sudar mucho, pero no tiene bochornos, ni fiebre.

Sus restantes órganos torácicos y abdominales, funcionan

bien; el pulso es blando, pero su número es normal.

Dados los antecedentes de la enferma y estando en estos casos, antes de aplicar el tratamiento, indicado tomar la temperatura así fué hecho. Durante cinco días consecutivos le fué tomada rigurosamente la temperatura, sin haber sido posible anotar alteración alguna.

El ojo izquierdo está perfectamente sano; el ojo derecho

presenta las siguientes l'esiones:

La conjuntiva con intensa vascularización, en especial al rededor de la córnea. Esta al examen ofrecía un tinte mate oscuro. muy particular. La córnea, en su conjunto, se nos presentaba como un vidrio despulido y gastado por el frote, cuya su perficie fuera turbia y desigual, como la de la nieve cuando se le sopla de cerca y durante algunos instantes. Presentaba tambien algunos puntos opacos y amarillos.

La fotofobia era marcada. La visión la fué perdiendo muy lentamente: el examen solo presentaba una ligera agudeza visual en el ojo derecho, por comparación con la del ojo izquier-

do que estaba normal.

Cutireacción francamente positiva a las 24 horas; reacción

de Wassermann, negativa; análisis de orina normal.

Formulado el diagnóstico de queratitis parenquimatosa tuberculosa, se procedió a inyectar la tuberculina a la mayor brevedad posible. Conjuntamente, se le impuso al enfermo un régimen tónico nutritivo que dió exelentes resultados, pues la enferma engordó y su estado no era tan precario, como lo había sido al principio del tratamiento. Localmente se hizo uso tan solo de la pomada yodoformada, siguiendo la fórmula indicada en la historia número 1.

El tratamiento tuberculínico, se comenzó el 4 de setiembre, con 1 10 de solución de tuberculina al 1 10.000; la temperatura

no se alteró en los días subsiguientes a esa inyección.

El día 18 fueron inyectados 4 10 de la misma solución. El examen de ese día hizo ver una pequeña ulceración en la córnea, debida a la fusión de un pequeño tubérculo. Los sudores han desaparecido del todo.

Con fecha 25 de octubre, le fué inyetado un c. c. de so-

lución al 1 10.000.

La enferma vé mejor y más claro; el examen da los siguientes resultados: no hay inflamación pericorneana, la córnea va adquiriendo su aspecto característico debido a la desaparición de los exudados.

Con fecha 6 de noviembre, le fueron inyectados 3 10 de la solución 1 1,000. La enferma dice ver bien, como así lo prueba la menor opacidad de la córnea, que deja libre una buena par-

te del campo pupilar. Desgraciadamente un pousses de conjuntivitis flictenular en el ojo izquierdo (ojo sano), nos obligó a hacer uso del calomel en polvo y a ser parcos en las dosis de tuberculina. Felizmente, dicho trastorno desapareció bien pronto.

La enferma solo presentaba en esa época una ligero exudado, que cubría parte del campo pupilar; y en este estado abandonó el tratamiento, no dando ni siquiera tiempo para ha-

cer desaparecer del todo la lesión de la córnea.

No es aventurado considerar este caso, como un caso de mejoría (hasta de curación) por las inyecciones de tuberculina antigua de Koch.

Historia clínica número 3.-D. N., de 13 años de edad, na-

cida en la ciudad de Lima; estudiante.

Se presentó a la consulta el día 16 de setiembre de 1917, diciendo que la enfermedad que la aquejaba la sufría hacia 10 meses, y que no obstante las atenciones que se le prodigaron, no encontraba mejoría al dolor de cabeza, al enrojecimiento de los ojos y a la pérdida gradual y progresiva de la visión.

El aspecto de la enferma, es satisfactorio. Su peso es de 80 libras. Dice haber sido sana, salvo uno que otro catarro na-

sal y algunos ligeros trastornos intestinales.

Sus padres viven y son sanos. Tiene un solo hermano, varón y menor que ella y por la descripción que hace la herma-

na, padece de tuberculosis pulmonar.

El ojo derecho está sano. El ojo izquierdo presenta las siguientes l'esiones: inyección periquerática muy acusada; córnea normal en color, transpariencia y brillo. El iris se presentaba decolorado y su brillo era menor que al estado normal. Además, se notaba que la abertura pupilar era menor que al estado normal y se hallaba fijada en esa posición por sinequias posteriores.

La cámara anterior estaba aumentada de capacidad, debido a las sinequias de que he hecho mención anteriormente. El res-

to del ojo era normal.

Como síntoma subjetivo había un ligero grado de fotofobia, en tanto que el dolor había desaparecido del todo. Al principio

hubo fiebre, actualmente, no.

El iris presentaba en su parte central, entre el borde periférico y el borde pupilar, un pequeño tumorcito del tamaño de un grano de mijo, de color banquecino amarillento, de forma pustulosa, que ocupaba la parte central del iris.

Agudeza visual del ojo derecho igual a 1; Agudeza visual del ojo izquierdo, igual a 12.

Cuti reacción positiva a las 24 horas, Reacción de Wassermann negativa. Análisis de orina normal: no había albumina.

Diagnóstico: iritis con tubérculo solitario de la misma membrana: sinequias posteriores. El tratamiento con la tuberculina, fué iniciado el 25 de setiembre de 1917, inyectándose 1/10 de la solución de tuberculina antigua de Koch al 1/10,000.

Además, se usó un colirio de atropina. No fué necesario tratamiento general alguno.

He aquí los datos más interesantes de consignar, durante

el curso del tratamiento tuberculínico:

El 20 de octubre se invectaron 5 10 de solución de tuberculina al 110,000, no presentándose reacción febril alguna. El examen del ojo, hecho este mismo día, nos hizo notar lo siguiente: desaparición completa de la invección periquerática, tubérculo iriano más pequeño y más borroso, agudeza visual me-

jorada, tanto subjetiva como objetivamente.

El 8 de noviembre, 8 10 de la misma solución. No hay reacción febril: ligerísimo dolor a nivel de la invección de tuberculina (reacción local). Todos los síntomas van mejorando: el dolor es nulo, la invección pericorneana ha desaparecido, el tubérculo del iris está mucho más borroso y las sinequias posteriores van rompiéndose, en tanto que la pupila toma una forma mucho más regular. La enferma ha aumentado de peso y el apetito está muy exigente.

Diciembre 1, 2/10 de solución de tuberculina al 1/10,000. Reacción febril nula. Aspecto de la enferma excelente. El examen del ojo izquierdo hace ver que el tubérculo iriano ha desaparecido por completo, lo mismo puede decirse de las sinequias posteriores que ya dejan una pupila casi redonda. Agudeza vi-

sual, casi de 1.

El tratamiento de la tuberculina se continuó hasta el 8 de Enero de 1918, que le fué invectado un centímetro cúbico de la solución al 1 10,000. La mejoría se acentuaba más y más; el día 8, el estado del ojo era el siguiente: no había rastro del tubérculo del iris, las sinequias posteriores habían desaparecido dejando una pupila redonda, con reacción normal a la luz y a la acomodación. La agudeza visual había alcanzado al normalidad.

El aspecto de la enferma, era mejor que al principio del

tratamiento; su peso llegaba a qo libras.

La importancia de este caso a nadie puede escapar. Basta el hecho de que una lesión tuberculosa, cualquiera que ella sea, desaparezca bajo la acción de un tratamiento instituído, para que esa medicación sea ensayada con todo rigor y su im-

portancia, se haga manifiesta.

Que este caso era tuberculoma del iris, no cabe duda: lo prueba, el examen clínico, la cuti-reacción de Von Pirquet positiva, con Wassermann negativo, y la acción del tratamiento que hizo desaparecer la lesión. Algo más: el dolor al nivel de las inyecciones de tuberculina (reacción local), es una nueva intradermo reacción, que viene a justificar el diagnóstico hecho.

LAS CIEN PRIMERAS AUTOPSIAS PRACTICADAS EN LA NUEVA MORGUE DE LIMA

(Datos estadísticos)

Por el Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA Jefe de trabajos prácticos de Medicina Legal.—Jefe de autopsias de la Morgue.

Desde el 15 de febrero, día en que se iniciaron las labores de la nueva Morgue de Lima, hasta el 19 de setiembre del presente año, se han practicado en este Instituto 100 autopsias; correspondiendo por lo tanto una necropsia por cada dos días de los trascurridos en ese lapso de tiempo. Es con motivo de la labor ejecutada, que publicamos el presente artículo, recapitulativo de datos estadísticos, y en que reseñaremos tambien, algunas de las autopsias más importantes, que hemos tenido ocasión de practicar.

DATOS ESTADISTICOS.

Sexo:		
Adultos. masculino		56 14 Total 70.
Párvulos { masculino	oisp tal	18 total. 30.
Total masculino, femenino	74 26	total100.
Edades:		
Edad fetal	2	W Hos worth
	10	gues biss desagn
Menos de un año	7	Canolinas (migrael
De un a 5 años	4	ingradenno read
De 6 a 15 años	7	total 100.
De 10 a 25 anos	5	
	24	
De 41 a 60 años	27	•
Más de 60 años cional Mayor de Sar	14	arcos

Razas:	*		
В	lanca	21	a) Samuella
	ndia	37	
N	egra	6	total 100.
	marilla	7	total100.
. M	estiza	26	A.C.
Ir	idefinible	3	
Estado civi			
	árvulos	30	
	olteros	28	
	asados	19	} total. 100.
V	iudos	II	
	norados	12	
Profesiones			
	cupaciones domésticas	13	
	omerciantes	3	
	lencias y artes liberales	6	County County
	mpleados	3	All Control
	rtesanos	10	
	dustriales	7	\ tota1 100.
	ornaleros	II	
	abradores	I	1 40
	omésticos	2	
	ilitares	2	1,0
	enores	30	
16	norados	12	1
Nacionalidad			1 34
	d: /Departamento de Lima :		37
	Departamento de Lima		9
	Departamento de Lima		9 7
	Departamento de Lima		7 3
	Departamento de Lima		9 7 3 3
Nacionalidad	Departamento de Lima		9 7 3 3 2
Nacionalidad Peruanos	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2
Nacionalidad	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2
Nacionalidad Peruanos	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1
Nacionalidad Peruanos	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 I I I total
Nacionalidad Peruanos	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Nacionalidad Peruanos	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 1 1 1 1 1 100.
Nacionalidad Peruanos	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Nacionalidad Peruanos	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 1 1 1 1 1 100.
Nacionalidad Peruanos	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Nacionalidad Peruanos	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Nacionalidad Peruanos 70.	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 1 6 2
Peruanos 70.	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Nacionalidad Peruanos 70.	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 1 6 2 1
Peruanos 70.	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 6 2 1 1
Peruanos 70.	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 6 2 1 1 1 1
Peruanos 70. Extranjeros 13.	Departamento de Lima		9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 6 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Peruanos 70. Extranjeros 13.	Departamento de Lima	n Ma	9 7 3 3 2 2 1 1 1 1 1 1 6 2 1 1 1 1 7 1 1 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Autoridades que han remitido los cadáveres:	
Comisaría del Cuartel 10 9	
" del " 20 17	
" del " 30 20	
" del " 40 5	
" del " 50 24	
" del " 60 2	
" del " 70 2 \	
Intendencia de Policía	total100.
Comisaría de Surco y Miraflores . 3	,
" de Barranco 2	
J. Mandalana	
J. T. T. auto	
J.	
Tiempo trascurrido desde la muerte:	
Menos de 1 hora o	
De r a 6 horas o	
De 7 a 12 horas 29	
De 13 a 18 horas 30	
De 19 a 24 horas	
De 25 a 48 horas	
De 3 días 3	total 100.
De 4 días 2	
De 5 días 3	
De 6 días 2	
De 7 días	
De 8 días	
De 4 meses	
Motivos que justificaron la autopsia:	
Homicidios 4	
Suicidios 8	
Muertes accidentales 16	1
Muertes súbitas	total 100
Policía sanitaria 43	
Fetos y recien nacidos	
Causas de la muerte:	
(Heridas por arma de fuego	8
,, por instrumento cortante	I
	2
	4
,,, " " " " " " " " " " " " " " " " " "	2
" por vehículo pesado (carreta)	I
" por precipitación de altura	I
,, por electricidad	I
Asfixia por sumersión	3
Asfixias Sumersión-inhibición	I
6. Asfixia por sofocación	I
por ahorcamiento	(1)5
Hairmandad dal Pana Dannas da Amadalan	

	irritante	
nes 2. Por ácido	oxálico I	
and in the same of the same of	Enfermedades infecciosas y gene-	
and an income that his a	ralizadas	21
and the same	Afecciones del aparato circu-	
and the same of the same	latorio	15
A CONTRACTOR OF THE PARTY	" del aparato respiratorio	9
a demand of the land	" del parato digestivo	4
	" del sistema nervioso	3
Enfermedades	" del aparto genito-urinario .	
diversas 72	" puerperales y ginecológicas.	I
12	" de los párvulos	4
	Nacidos muertos	2
The survey when the state of	Muertos al nacer, sin causa	
and the same of the same	criminal	9
when come live on	Feto no viable	I
	Diagnóstico desconocido	I

Las conclusiones que se desprenden de las cifras estadísticas de este primer centenar de autopsias, son las siguientes:

ra.—que con respecto a los exos, es el masculino el que predomina, correspondiéndole casi las tres cuartas partes del total.

2a.—que a los adultos corresponde el 70 por ciento de la cifra total.

3a.—que en lo que se refiere a la edad, figuran todas con cifras más o menos variables, pero dominando las comprendidas entre los 26 y 40 años (24 %) y entre los 41 y 60 años (27 %), o sea durante la madurez y la primera vejez; sigue en orden decreciente la segunda vejez,— más de 60 años,— con una proporción de 14 %; llama tambien la atención el número de recien nacidos, que ha sido de 10 %. Todas estas cifras se hallan acordes con los porcentajes sobre causas de la muerte, en las que dominan las propias de la edad madura y vejez, y los variados casos de muertos al nacer o nacidos muertos.

4a.—con respecto a las razas, es la india la que ocupa el primer lugar, o sea un 37 %; las razas mestiza y blanca siguen con cifras más o menos iguales (26 y 21 %), quedando la amarilla y negra en últimos términos. Todas estas cifras de las razas, están acordes con la distribución etnológica de nuestra población, sobre todo en las escalas inferiores sociales, que son las que dán la mayor parte del elemento que ingresa a la Morgue.

5a.—el estado civil dominante, descartados un 30 % de menores, ha sido el soltero (28 %), siguiendo los casados y por último los viudos.

6a.—las profesiones y oficios han contribuído casi todas ellas con cifras más o menos homólogas, dominando, como bien se comprende, los jornaleros y artesanos, y entre las mujeres las labores propias del sexo. Por lo demás, la veracidad de estas cifras es problemática, por la dificultad para obtenerlas, fuera

Universidad del Perú: Decana de América

de que algunos individuos no tienen uno sino varios oficios, y

muchos de ellos ninguno.

7a.—respecto a la nacionalidad, los peruanos ocupan el 70 % del total, aumentado con gran número de los ignorados, que indudablemente tambien han pertenecido a este país. Los extranjeros dan un 13 %, habiendo entre ellos de 7 naciones distintas, dominando los chinos. De los peruanos, seriándolos por departamentos, ha sido el de Lima y los de Junín y Ancash, o sean los más cercanos al nuestro, los que han dado el mayor número de huéspedes de la Morgue de Lima.

8a.—las Comisarías de los Cuarteles 50. 30 y 20. son las que han enviado mayor número de cadáveres, sobre todo la perteneciente á los barrios de Abajo del puente, cuya populosa población de gente de trabajo, ha dado casi la cuarta parte de los autopsiados. Llama la atención que todas las comisarías urbanas y casi todas las rurales de la provincia, hayan dado

elementos para las necropsias médico-legales.

ga.—en lo que se refiere al tiempo trascurrido desde la muerte hasta el momento de practicada la autopsia,—con la advertencia de que ésta siempre se ha verificado en las 12 primeras horas desde el ingreso del cadaver al establecimiento.—dominan las comprendidas entre las 13 y 18 horas y las 7 y 12 horas, no habiéndose practicado ninguna antes de las 6 horas. Hemos hecho varias necropsias de 3, 4, 5, 6, y 7 días, y 4 de 8 días, en avanzada putrefacción y con las dificultades que bien puede comprenderse. Además se ha hecho el estudio de unos restos humanos remitidos de Chorrillos, y que hemos podido apreciar científicamente la muerte datando de 4 meses, en la época del examen.

10.—entre los motivos justificativos de las autopsias, han sido los correspondientes a la policía sanitaria, o sea para investigar la causa de la muerte en sujetos fallecidos sin asistencia profesional, los que han dominado con una cifra de casi la mitad del total (43 %). Las muertes accidentales y las muertes súbitas, ocupan el lugar inmediato con las cifras de 16 y 17 %, respectivamente. Ha habido 4 autopsias por homicidios y 8 por suicidios; de estos últimos se lleva en la Morgue un registro especial, para posteriores estudios estadísticos. Completan este reglón las autopsias en fetos o recien-nacidos (12 %).

11.—como causales de la muerte, tenemos:

a).—los traumatismos, con la quinta parte del total, y entre los que se observan los más variados agentes (por arma de fuego, por instrumento cortante, por contusiones múltiples, por accidentes ferroviarios automovilísticos, eléctricos, precipitación de altura, etc.)

b).-las asfixias, con sus variedades por sumersión, sofo-

cación y ahorcamiento, dán un 6 %.

c).—de las intoxicaciones hemos tenido dos: una por tóxico irritante, cuya sustancia se halla en estudio, y otra por ácido oxálico.

d).—las enfermedades infecciosas y generalizadas han dominado, habiendo tenido dos casos de peste bubónica, comprobada bacteriológicamente, 13 de tuberculosis con variadas localizaciones y 5 de paludismo en diversas formas.

e).—las dolencias del aparato circulatorio, propias de la vejez o producto de vicios intoxicantes, nos han dado un 15 %, dominando entre ellas las miocarditis de naturaleza alcohólica y las rupturas de aneurismas de localización variada.

f).—el aparato respiratorio nos ha proporcionado varios casos, mereciéndose citar tres de neumonias sordas y ambulatorias, propias de los vagabundos, quienes han caído muertos en la calle y aún en medio de sus labores cuotidianas.

g).—ocupan el resto diversas afecciones del sistema nervioso, de los aparatos digestivo y génito-urinario, y por último los varios muertos al nacer sin causa criminal y los nacidos

muertos.

AUTOPSIAS INTERESANTES

Protocolo Número g.—N. N., asiático, encomendero, de 25 años de edad, pone fin a sus días, seccionándose con una navaja de barba, casi todas las formaciones blandas de la región infra-hiodea, comprometiendo, transversalmente, las cuatro capas de tejidos que se hallan colocadas delante del conducto laringo-traqueal, o sean la piel, la capa muscular superficial, la aponeurótica y la muscular sub-aponeurótica. Llegado el instrumento a la traquea la secciona casi completamente a nivel de su primer anillo, dividiendo igualmente las yugulares anteriores, superficial y profundas. Gran cantidad de sangre innunda las regiones vecinas y penetra por el conducto traqueal, hasta las últimas arborizaciones pulmonares, precipitando la muerte del sujeto. La pieza anatómica se conserva en el Museo de la Morgue.

Protocolo Número 12.—N. N., de 31 años de edad, empleado y de constitución robusta, se dedicaba en compañía de varios amigos a tomar un baño en el Río Rímac. Llevado por su entusiasmo se arroja de cabeza al agua, no volviendo a parecer, con bastante sorpresa de sus compañeros, siendo recojido su cadaver a las pocas horas y a varias cuadras del sitio del accidente. Llamaba la atención el que dicho sujeto se hubiera podido ahogar en un lugar de poca profundidad y escasa corriente, máxime

cuanto que se le conocía como buen nadador.

Hecha la autopsia no se comprobaron ninguno de los signos que son típicos de la asfixia por sumersión, pues no había agua ni en el estómago, ni en el árbol circulatorio, no existía enfisema acuoso, sufusiones sanguíneas en el parénquima pulmonar, etc., etc. Pero se encontró una extensa herida contusa que dividía una buena porción del epicráneo, sin lesión de la bóveda craneana, pero coincidiendo con un sitio de adelgazamiento de los huesos parietales, a consecuencia de un proceso de reabsorción, probablemente de naturaleza específica. Con estos y otras comprobaciones complementarias, se dedujo que el sujeto en cuestión había sufrido una intensa contusión del cráneo, la cual repercutiendo sobre el cerebro produjo la muerte por un acto inhibitorio, de manera tan instantánea, que no hubo tiempo para determinarse la serie de fenómenos de la asfixia por sumersión, que como se sabe son de orden mecánico. Teníamos, pues, en nuestra presencia, uno de los casos, poco comunes, de sumersión-inhibición, como lo denominan los autores, diferente de la sumersión-asfixia, que tiene los signos comunes de los ahogamientos.

Protocolo Número 25.—Pertenece a un sujeto de buena constitución, de 50 años y de raza negra, a quien en sus labores diarias le pasó una carreta por encima del tronco, y sin dejar huella externa alguna, fué a reprecutir sobre los órganos intra abdominales, determinando un verdadero estallido del hígado, de manera tal que los fragmentos de tejido hepático nadaban en el profuso derrame sanguíneo que tal efracción de-

terminó.

Protocolo Número 29 .- Una criatura de dos años de edad, despues de haber ingerido su alimento, consistente en un plato de arroz con carne, se dirige a una acequia que corrre cerca de la casa, acequia poco profunda y que termina pocos metros despues en una compuerta, a donde la corriente se intensifica. Cae la criatura y arrastrada hasta dicha compuerta, queda boca abajo y casi completamente sumerjida; de alli es sacada minutos despues, yá cadaver, siendo remitida a la Morgue para la autopsia. Practicada esta, se comprueba que la boca, laringe, traquea y bronquios se hallan llenos de comida, sustancias que habían provocado la muerte por sofocación, y que llegaron al aparato respiratorio, con las forzadas inspiraciones de la asfixia por sumersión y al ser arrojado, por medio del vómito, el contenido del estómago. Caso raro en nuestra literatura y del que sólo hemos tenido conocimiento de otro, que nos ha narrado el doctor Barrios, y acontecido en el Hospital Militar, hace muchos años.

Protocolo Número 36.—Un individuo, de 64 años de edad, muerto súbitamente, a quien se le encuentra un corazón enormemente hipertrofiado (740 gramos de peso), con insuficiencia valvular, bien manifiesta. Se conserva esta pieza anatómica.

Protocolo Número 39.—Interesante caso de dilatación aguda del estómago, de orden médico, en un sujeto de 40 años, dedicado al licor, y quien la víspera había hecho una copiosa alimentación. Aquejado de un fuerte cólico en el Barranco, es trasladado por la policía al Hospital "Dos de Mayo" de esta capital, muriendo en el camino. Al practicar la apertura de la cavidad abdominal, llama desde el primer momento, la enorme dilatación del estómago, casí 4 veces el estado normal, que llenaba casi toda la cavidad y rechazaba hacía arriba al diagragma.

Universidad del Perú. Decana de América

Dicha dilatación, determinaba, al mismo tiempo, la dilatación del duodeno, el cual se hallaba comprimido por la arteria mesentérica superior, fraguándose así, una verdadera oclusión por causa mecánica. Esta dolencia, tan bien descrita por Mathieu, y que es más frecuente de lo que parece, y que tiene como causa ocasional, el vicio de la aerofagia, frecuente en algunos individuos, fué la que produjo la muerte del sujeto en cuestión. El presente caso fué tema para una interesante lección del Señor Catedrático de Medicina Legal, la cual vá a publicarse en uno de nuestros órganos científicos, por lo que no insistimos sobre él.

Protocolo Número 44.—Mujer de raza india, de 24 años de edad, y constitución robusta, a quien una viciosa localización de un embarazo, trompa del lado derecho, determinan una cataclisis que produce la muerte en pocos minutos.

Protocolo Número 91.-La Comisaría del Surco y Miraflores, remite a la Morgue para su examen un bulto conteniendo diversos huesos encontrados en las lagunas de la Hacienda Villa. Examinados prolijamente dichos restos, y en una serie de prácticas llevadas a cabo con los alumnos del curso, se llega a las conclusiones de tratarse de restos humanos, de una sola persona, que completan un esqueleto; que pertenecen a persona del sexo femenino, de más de 60 años de edad, de raza negra y de muy regular talla. Respecto a la causa de la muerte, no se puede precisar, pero no se encuentran elementos para afirmar que se trate de un crimen, pues la única lesión ósea que se comprueba,-fractura del hueso parietal,-se llega a la evidencia de ser de reciente data, tal vez al ser traslados los huesos de Chorrillos a esta capital. Reviste importancia esta autopsia, por tratarse del primer caso de identificación completa de restos humanos y de haber coincidido los datos deducidos, todos sobre elementos de orden científico, con los suministrados a la policía, al hacer inquisiciones, en vista de nuestras deducciones.

Podríamos narrar varias otras autopsias interesantes, que postergamos para otra ocasión, yá que, este no es sino un ensavo estadístico sobre la materia.

De estas 100 autopsias se conservan, perfectamente condicionadas y en soluciones conservadoras, 21 piezas anatómicas para el Museo del Instituto. Además, se han hecho 12 fo-

tografías sobre casos de interés.

Han ingresado 8 individuos desconocidos, de los que 5 han sido identificados posteriormente, merced yá al retrato, y a la individualidad dáctiloscópica, yá, á los vestidos que se conserban, o yá tambien, a reconocimiento del mismo cadaver por la familia de la víctima. Quedan tres, cuya personalidad no se conoce y de los que se conservan las cabezas, perfectamente preparadas en el frigorífico del establecimiento. Los datos, retratos y vestidos están a disposición de las personas que quieran para la respectiva identificación.

Tal ha sido la labor de la Nueva Morgue de Lima, durante los siete primeros meses de su existencia, y durante los que se han practicado las 100 primeras autopsias médico-legales.

Setiembre, de 1918.

Catedra de Anatomía Patológica, Prof Dr. Oswaldo Hercelles.

ANATOMIA PATOLOGICA DEL BAZO

(Continuación)

Lección tomada por los alumnos

ERNESTO RAFFO, LUIS A. MENDOZA, JORGE DE PIEROLA Y PEDRO ROCA ZELA.

Esplenomegalia palúdica.—El bazo palúdico se estudia de manera independiente en el niño y en el adulto.

En el paludismo infantil, el bazo se encuentra hipertrofia-

do, tanto en las formas crónicas, como en las agudas.

Plehn y algunos autores, sostienen que en el paludismo crónico de la infancia, la hipertrofia del bazo no se aprecia sino en raras ocasiones; por muy autorizada que sea esta opinión, es preciso tener presente que, Marchiafava y Bignani—que son los que más observaciones han hecho en esta materia—dicen que en los niños y aún en los niños de pecho, la hipertrofia esplénica, se hace más rápidamente y adquiere mayor volumen que en el adulto; por otro lado Laveran establece que para medir el índice palúdico de una localidad, el procedimiento más exacto consiste en determinar la proporción de niños indígenas con bazo hipertrofiado.

Es preciso, sin embargo, aceptar que la posición geográfica, la naturaleza del paludismo reinante y otros factores, probablemente de orden terapeutico, influyen en la hipertrofia del bazo en el paludismo infantil, porque es la única concepción que permite explicar que Grall y Marchoux, en el Africa occidental, señalen la rareza de la esplenomegalia, apesar del gran número de niños que tienen hematozoarios en la sangre, mientras que Cardamatis, en Grecia, alcanza resultados completamen-

te diferentes, según sus observaciones.

De manera general, se puede establecer que cuanto más grande sea el niño, tanto más frecuente es la esplenomegalia.

Stephens y Cristophers, haciendo el examen comparativo entre la esplenomegalia y los parásitos en la sangre del niño,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

llegan a las siguientes conclusiones: 1.º por debajo de los dos años el número de niños infectados, está en exceso sobre el número de bazos hipertrofiados; 2.º, por encima de esta edad el fenómeno es inverso; 3.º, despues de la edad de los diez años

la esplenomegália es la regla en los niños palúdicos.

La esplenomegália palúdica no tiene caracteres clínicos especiales; en los primeros accesos, el bazo se hace doloroso a la palpación, sin que su tamaño adquiera todavía grandes proporciones, a medida que los accesos se repiten la hipertrofia se hace más considerable, llegando en algunas ocasiones a tomar grandes proporciones; una vez constituída la hipertrofia máxima, la cual varía de un individuo a otro, el órgano se presenta consistente a la palpación y con su forma conservada. En algunas ocasiones existen dolores expontáneos o provocados por la palpación, los cuales pueden irradiarse a la base del torax simulando una afección pleuro-pulmonar.

Es necesario recordar que en los niños pequeños el cuadro clínico del paludismo tiene pocos puntos de contacto con el que se observa en el adulto: no hay por regla general los estadíos clásicos; el escalofrío falta y es sustituído, en un gran número de veces, por una palidez especial acompañada de cianósis de los labios, de la nariz y de las extremidades, a la cual se agregan la tendencia a los estados espasmofílicos, característica propia de esta época de la vida, y los trastornos gastro-intestinales mal definidos que pueden extraviar el diagnóstico. Mientras se hace el diagnóstico preciso por un examen de sangre, la comprobación de la hipertrofia del bazo, tiene gran importancia para inclinar el diagnóstico en favor del paludismo e instituír inmediatamente un tratamiento quínico.

Las lesiones anatomo-patológicas del bazo, se caracterizan macroscópicamente en la faz aguda, por el aumento de volumen con conservación de la forma del órgano, por la coloración especial vinoso acerada que le da la congestión y la acumulación del pigmento y por su gan friabilidad. Microscópicamente la lesión principal es la congestión y la comprobación de un gran número de macrófagos cargados de pigmento melánico, además se comprueba la existencia de parásitos de Laveran, así como glóbulos rojos parasitados o nó, en vía de desintegración.

En el paludismo crónico además del aumento de volumen, se presenta el bazo con consistencia dura, con la cápsula generalmente espesada; la superficie de sección es lisa y seca y su color varía con el grado de la melanósis, orientándose siempre

hacia la coloración que produce el fierro.

El examen microscópico muestra esclerosis difusa en todo el órgano, dilataciones de los senos del retículo y acumulaciones del pigmento, especialmente al rededor de los folículos de Malpighio.

La patogenia de las alteraciones que ofrece el bazo se encuentra aclarada por las nociones que poseemos sobre las reacciones macrofágicas; en efecto, la hipertrofia y la congestión se explican por que atacando bruscamente la infección palúdica la integridad de los glóbulos rojos, se hace necesaria la intervención del papel espódogeno del órgano, para terminar la destrucción de estos elementos; más tarde, la congestión crónica produce la reacción del tejido intersticial y como consecuencia la poliferación del tejido conjuntivo, lo que nos explica la aparición de la esclerosis acmopañada de pigmentación, debida a que los residuos ferruginosos producidos por la destrucción de glóbulos rojos, quedan aprisionados entre las mallas del tejido conjuntivo neoformado.

En el adulto las modificaciones que el bazo experimenta como consecuencia del paludismo, se las puede estudiar: en el paludismo agudo, en el crónico y en la caquexia palúdica.

En el paludismo agudo, el bazo, proveniente de enfermo que ha sucumbido de un acceso pernicioso, se presenta notablemente hipertrofiado y con una coloración especial: "chocolate en agua" según la comparación de Maillot; su peso alcanza las cifras de 500 a 700 gramos, su consistencia está disminuída en la mayor parte de los casos, pero la regla no es absoluta, pues las autópsias nos presentan ejemplares con aumento de consistencia. La cápsula está tensa, se desgarra fácilmente, su espesor está reducido considerablemente.

Es necesario recordar en lo que se refiere a la hipertrofia, que un cierto número de investigadores en Madagascar, tales como Segard, Carlier, Drago, etc., hacen notar que, en dicho lugar donde el paludismo reina endémicamente, la hipertrofia esplénica es rara.

Al hacer la sección del órgano se nota la gran cantidad de sangre que sale, a tal punto, que comprimiendo la víscera en distintos sentidos despues de ser incindida podemos hacerla disminuir de volumen y esposible calcular la cantidad de sangre retenida entre sus mallas y por consecuencia el grado de

congestión a que ha llegado, por medio del peso.

La coloración negruzca es debida a la presencia de dos clases de pigmento, un pigmento sanguíneo llamado tambien pigmento ocre, que resiste a los ácidos y a la potasa y que da las reacciones del fierro, y un pigmento melánico o pigmento bruno que no contiene fierro, que resiste a los ácidos fuertes y que se disuelve por los álcalis; este pigmento es debido a la acción de los parásitos sobre los glóbulos rojos.

El pigmento melánico tiene una pereferencia especial por el hígado, la médula osea y en particular por el bazo, con la característica que, mientras en los otros órganos queda recluída en la luz de los vasos, en el bazo atraviesa las paredes vascula-

res y se difunde en el parénquima.

El exámen microscópico nos ofrece los caracteres de la congestión, tales son: dilatación de las arterias y de las venas, rellenamiento de los espacios lagunares por glóbulos rojos, por lo general parasitados, existencia en la pulpa de gran cantidad de macrófagos con granulaciones pigmentados, adelgazamiento de las travéculas, hemorragias subcapsulares y de la pulpa, e

infartus, por regla general, pequeños.

En el paludismo crónico, el bazo alcanza las mayores proporciones; Kelsch y Kiener, señalan la cifra de 914 gramos como el peso medio y 25 y 20 centímetros respectivamente como la media de los diámetros de ensanchamiento del órgano.

Lo primero que llama la atención al exámen microscópico son los residuos de los procesos inflamatorios que han quedado en la cápsula y que se hacen manifiestos por adherencias con los órganos vecinos y por placas blancas de periesplenitis crónica.

Es muy frecuente igualmente, encontrar producciones de naturaleza fibrosa de forma circular pediculadas, que han sido consideradas por Ranvier como fibromas y que la mayor parte de los autores no las consideran sino como de naturaleza inflamatoria; en otras ocasiones, se observa en la superficie del órgano, placas de aspecto cartilaginoso, unas veces en territorios circunscritos, en otras ocasiones extendidas en toda la circunferencia y dando al órgano el aspecto de las tejas azucaradas, es lo que se designa con el nombre de "bazo glacé"; en otras circunstancias, al nivel de este proceso de pariesplenitis se hace una infiltración calcarea por lo general parcial.

Todas estas alteraciones anatómicas nos explican la sintomatología dolorosa, espontánea unas veces, provocada otra, por los cambios de posición, dolores debidos a las herencias con los órganos vecinos y al estiramiento que sufre la víscera en los cambios de posición o en los movimientos respiratorios.

En otras circunstancias, los procesos de periesplenitis son más pequeños, aparecen como pequeñas granulaciones que no alcanzan las dimensiones de un grano de alpiste y que a un examen superficial pueden ser tomados por una erupción tuberculosa: la falta de sustancia caseosa central, la consistencia y finalmente el exámen microscópico se encargan de hacer el diagnóstico diferencial.

En otras ocasiones se observa por debajo de la cápsula, ligeramente inflamada, un punteado del color de la herrumbre, debido a un proceso hemorrágico antiguo, subcapsular, que ha sufrido la evolución que experimenta la hemoglobina en estos casos.

Si el individuo ha muerto de un proceso intercurrente, el bazo presenta el aspecto carnificado, que como su nombre lo indica lo asemeja a un trozo muscular.

Su consistencia es dura, sin ser fibrosa y no es raro que al cortar su parénquima se note zonas reblandecidas; si, por el contrario, el paciente ha muerto a consecuençia de un acceso agudo, el bazo es de color negruzco y su consistencia está un tanto disminuída.

Desde el punto de vista microscópico, las alteraciones son las de la congestión llevada al máximo, tales son: grandes dilataciones vasculares, vastas hemorragias, disgregaciones del parénquima, infiltración de pigmento negro y ocre especialmente

situado en las travéculas de la pulpa y en menor proporción en el endotelio de los vasos y en los folículos. Debido a la infiltración del pigmento en los traveces del retículo, se observa, cuando se hace una coloración con el carmin, que no se tiñen las travéculas como pasa en el bazo normal, en rojo, sino en amarillo; el grado de alteración de los traveces del retículo se va acentuando a medida que la caquexia se pronuncia.

En la caquexia palúdica que en otra época se veía en nuestros hospitales y que ofrece un cuadro clínico caracterizado por tinte anémico profundo, mucosas de color de cera, (un millón de eritrocitos por m. m. c. generalmente), respiración anhelante; edemas en los miembros y en la cara, ascitis, soplos enémicos, trastornos digestivos y estado de astenia pronunciada, la hipertrofia del bazo se tipifica por ofrecer una dureza casi leñosa, y poseer la sangre hematazorios al estado de gametas.

Estos casos se explicaban porque en otras épocas, el tratamiento quínico se administraba casi exclusivamente por la vía gástrica y por consecuencia era casi siempre insuficiente para hacer una esterilización completa del enfermo; hoy, que el tratamiento quínico se hace por vía subcutánea, los casos de caque-

xia palúdica son más raros.

A primera vista parecería que en estos casos el bazo presentara el mayor aumento de volumen; pero teniendo en cuenta que desde que el paludismo se inicia el proceso reaccional de la víscera determina la proliferación del tejido conjuntivo, facilmente comprenderá que es precisamente en este estadío de la enfermedad en la que la víscera comienza a disminuir de volumen, pudiendo en algunos casos alcanzar un verdadero proceso de atrofia que paraliza la acción fisiológica del órgano; la caquexia, pues, es función de este proceso escleroso que determina la claudicación del órgano y por consecuencia la intoxicación, por las toxinas palúdicas que no han sido neutralizadas por la acción fisiológica del bazo.

El bazo se presenta de un color opaco, menos oscuro que los estadíos anteriormente descritos; en ciertas ocasiones toma la coloración del acero; al palparlo se nota una sensación de resistencia, está como solidificado; al cortarlo, el parénquima se resiste, cruje al cuchillo y no sale sangre de la superficie de

sección.

La esclerosis se presenta bajo dos formas: en unos casos se nota grandes manojos fibrosos que recorren la víscera en distintas direcciones, en otras, el órgano todo se presenta con una trama muy fina, que representa la sistematización del tejido escleroso en los tráctus de la pulpa.

Al lado de esta esclerosis, se nota manchas brunas debidas

a senos dilatados o desgarrados por focos hemorrágicos.

Los caracteres microscópicos del bazo en la caquexia palúdica son los de la esclerosis del órgano, acompañados de pigmentación y de parásitos por lo general en forma de gametas. Antes de concluir tratemos de la fragilidad de la víscera, a-

Universidad Nacional Mayor de Şan Marcos

sunto que ha suscitado un cierto número de cuestiones de orden clínico, terapéutico y médico-legal; en efecto, se ha dicho que la fragilidad del bazo en el paludismo, lo predispone a la ruptura y que por consiguiente, en el órden clínico se debería tener mucha precaución al hacer su exámen, en el orden terapéutico, se debe renunciar a hacer su punción y en el médicolegal se debería tener el hecho en consideración para explicar la muerte por pequeños traumatismos en el viente.

Bellien y Charkow, estudiando el asunto desde el punto de vista médico-legal, en Rusia, país en el que hay muchos palúdicos y existe gran afición al box, han encontrado, que, no obstante que los adversarios se ensayan atacando justamente en el hipocondrio izquierdo, en un 5 por ciento de las autópsias médico-legales señala la ruptura del bazo. Entre nosotros, se señala dos casos de la ruptura del bazo por traumatismo; uno se refiere a un japonés que a consecuencia de una lucha sufrió una muerte súbita por un puntapié y la autópsia comprobó la ruptura del órgano debido a una hipertrofia palúdica, el segundo caso corresponde a un domador de elefante, que al ser tomado por la trompa del animal, murió igualmente por una hemorragia interna, originada por la desgarradura del bazo palúdico.

Cuando hace 15 años se estudiaba en la Clínica de nuestro recordado maestro el doctor Castillo, la curación del paludismo crónico por las inyecciones intraesplénicas hemos tenido la oportunidad de comprobar una pequeña ruptura del órgano a

consecuencia de una punción de la víscera.

Aunque Colin, recomienda la más grande circunspección en el examen del bazo, por temor a su ruptura, la mayor parte de los clínicos no aceptan que pueda producirse con una exploración racional del órgano.

(Continuará)

REVISTA DE TESIS

PROCEDIMIENTO DE PARIN CARREL-Tesis

EL DRENAJE EN CIRUGIA.—Tesis de Bachiller pre-

sentada por Manuel O. Cruzado.

La discusión de los casos en los cuales el drenaje debe suprimirse y de aqullos en que está justificado su empleo, indicaciones que están apoyadas en el estudio de las reacciones de los tejidos en presencia de cuerpos extraños y en los resultados operatorios, juzgados por la evolución clínica y confirmados por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

estadística, permiten al Autor llegar a las siguientes conclusiones:

- 1.º—Los hechos de la patología experimental y la observación clínica han juzgado el drenaje como un recurso terapéutico ilusorio en la mayoría de los casos y algunas veces nocivo.
- 2.º—El establecimiento prolongado de un drenaje, obliga al enfermo a una permanencia en cama por más del tiempo necesario, permanencia inútil y nociva, que predispone a complicaciones ulteriores.
- 3. Un drenaje al contacto de intestinos mortificados, fuertemente congestionados y amenazados de gangrena, determina casi siempre su perforación.
- 4.º—En las peritonitis difusas con exudación serosa se puede dejar un drenaje por 12 horas.
- 5.º—En las operaciones de las vías biliares, hay indicación de drenar el conducto colédoco o el canal hepático.
- 6.º—En cirugía ginecológica está justificado el establecimiento de un drenaje en dos grupos de casos:
- a).—Cuando la peritonización de la región operatoria y la hemostasia han sido imposibles de realizar, debiéndose en estas circunstancias hacer un taponamiento con gaza a lo Mikulicz.
- b)—Cuando hay interés de extraperitonizar un foco con tejidos necrobióticos y pus virulento, debiéndose entonces hacer el drenaje vaginal.
- 7.º—En los abcesos y flegmones del tejido tegumentario, el drenaje es contraproducente.
- 8.º—La mortalidad operatoria ha disminuido por el perfeccionamiento de los métodos operatorios, por el mejoramiento de la asepsia y por el mejor tratamiento pre y post-operatorio.

TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS INFECTADAS POR EL PROCEDIMIENTO DE DAKIN CARREL.—Tesis presentada para optar el grado de Bachiller por Federico León y León.

He aquí las conclusiones de este trabajo:

- r.º—El procedimento Dakin Carrel debe recomendarse en todos los servicios de cirugía por los buenos resultados que con él se obtienen.
- 2.º—Debe aplicarse, a ser posible, en las seis primeras horas que siguen al accidente.
- 3.º—En las heridas tratadas despues de las seis primeras horas, la evolución es más lenta; pero la infección es siempre yencida.
- 4.º-Antes de instalar la irrigación intermitente es preciso asegurarse de que la hemostasia es perfecta, porque la solución

tiene poder disolvente sobre los coágulos sanguíneos y podrían sobrevenir hemorragias.

- 5.º—La supuración disminuye a partir del segundo al tercero día de tratamiento, cambiando el aspecto de la herida, la cual se pone roja y botonante.
- 6.º—El procedimiento acorta el tiempo de curación de las heridas.

EL PROCEDIMIENTO DEL PROFESOR DELBET, A-PLICADO AL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE LOS HUESOS DE LA PIERNA.—Tesis que para el Bachillerato de Medicina presenta Luis B. La Torre.

El estudio de 5 casos de fracturas cerradas y 2 casos de fracturas abiertas, cuyo tratamiento fué hecho con el aparato del profesor Delbet, le da oportunidad al autor para llegar a las siguientes conclusiones:

Primera.—El procedimiento del profesor Delbet, aplicado al tratamiento de las fracturas de la pierna, disminuye el tiempo del tratamiento.

Segunda.—Los acortamientos son mínimos, pudiéndose suprimir en algunos casos, gracias a la tracción continua que forma parte del método.

Tercera.—La reducción por tracción continua, es perfecta en las fracturas maleolares y supramaleolares; es imperfecta, pero suficiente, en las fracturas diaficiarias.

Cuarta.—No hay anquilosis articulares, ni atorofias musculares, conservando el enfermo el dominio de su miembro.

Quinta.-No hay angulación ántero posterior.

Sexta.—En las fracturas abiertas, es posible ceñirse a los principios del método, sin descuidar la buena marcha de la herida, pudiéndose esterilizar ésta, en caso de infección, por el método de Dakin y Carrel.

Septima.—La duración de la hospitalización, es posible reducirla, en la mayoría de los casos a una tercera parte, pudiendo el enfermo continuar el tratamiento, fuera del hospital; y,

Octava.—El procedimiento es de fácil aplicación y de menor costo que cualquier otro.

BIBLIOGRAFIA

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO DE LA SEGUNDA INFANCIA por el doctor Carlos S. de los Te-

rreros .- Madrid 1918.

Si es importante y merece la debida atención, el cuidado de la alimentación en la primera infancia, no lo es menos la de la segunda infancia, aunque desgraciadamente no se la conceptúe así por muchas personas. El autor, con gran criterio, insiste en este trabajo que es una Conferencia del curso organizado por la Sociedad de Pediatría de Madrid, en el capital interés que tienen los problemas de orden digestivo nutritivo en la segunda infancia, y en la imperiosa necesidad de ilustrar a las madres sobre estos asuntos, a fin de que eviten al niño las grandes causas de las afecciones digestivas de esta edad y posean los conocimientos y medidas que deben conocer para que colaboren eficazmente en la labor del médico.

Con el objeto propuesto, el doctor C. S. de los Terreros expone con la facilidad y claridad que le es habitual, algunas nociones sobre nutrición en general y su relación con las enfermedades del aparato digestivo, aborda despues el estudio de algunos prejuicios, cuyas consecuencias son nefastas para el desarrollo del niño y ulteriores condiciones patológicas que se generan y, por último, suministra consejos sobre dietética y regímenes alimenticios en la segunda infancia.

NOTICIAS

Nuestro distinguido amigo, el doctor Carlos Rospigliosi y Vigil, ha sido elegido profesor titular de Zoología en la Facultad de Ciencias, despues de rendir satisfactoriamente las pruebas que exije el Reglamento de dicha Facultad.

Lo felicitamos muy sinceramente y no dudamos que, dado su entusiasmo, la docencia de la cátedra será dignamente de-

sempeñada.