ba Crónica Médica

AÑO XXXV-LIMA, NOVIEMBRE DE 1918.-N.º 665

NITRITOS EN EL AGUA MINERO MEDICINAL DE «JESUS», EN AREQUIPA

Por los doctores

MANUEL A. VELASQUEZ, EDMUNDO ESCOMEL Y ANGEL MALDONADO.

Reacciones efectuadas sobre el agua directamente Con el reactivo de Tromsdorff: Reacción positiva.

Con la Metafenile diamina sulfúrica: Reacción negativa.

Con el ácido sulfanílico, la naftilamina y el ácido acético: reacción negativa.

Con el procedimiento de Desfourniaux: reacción positiva.

Reacciones efectuadas sobre el agua, después de reducida al tercio de su volumen, por el baño de maría.

Con el reactivo de Tromsdorff: Reacción positiva.

Con la Metafenilenediamina sulfúrica: reacción positiva. Con el ácido sulfanílico, la naftilamina y el ácido acético: reacción positiva.

Con el procedimiento de Desfourniaux: reacción positiva.

Reacciones efectuadas sobre el agua, después de defecada. Con el reactivo de Tromsdorff: Reacción positiva.

Con la Metafenilenediamina sulfúrica: reacción positiva. Con el ácido sulfanílico, la naftilamina y el ácido acético: reacción positiva.

Con el procedimiento de Desfourniaux: reacción positiva.

Reacciones efectuadas sobre el resíduo salino, producto de la evaporación al baño maría.

Guayacol y ácido sulfúrico: reacción positiva. Resorcina y ácido sulfúrico: reacción positiva. Brucina y ácido sulfúrico: reacción positiva.

Defecación del agua de Jesús

Método de H. Causse: "a 250 c. c. de agua, se agrega 8 a 10 c. c. de cloruro de bario al 1/100, en seguida soda caústica al 1/3 en cantidad suficiente para obtener un líquido neutro, al rededor de 1 c. c., se abandona al reposo hasta que se aclare completamente, se decantan 125 c. c. de líquido que se concentran al baño de maría hasta la reducción a 50 c. c.: en esta solución, se buscan los nitritos....."

Reactivos empleados

Reactivo de Tromsdorff: ha sido preparado siguiendo las indicaciones de H. Causse. El ácido sulfúrico pone en libertad el ácido nitroso y éste a su vez pone en libertad el yodo del yoduro de zinc, del reactivo, y da lugar a la formación de yoduro de almidón de color azul.

Reactivo de Griess: se le preparó según las indicaciones de Ohlmüller. El ácido nitroso actuando sobre la metafenilenediamina la transforma en triamidoazobenzol, sustancia de color bruno amarillenta, conocida generalmente con el nombre de bruno Bismark.

Reacción con el ácido sulfanílico, la naftilamina, y el ácido acético, se ha procedido según las indicaciones de Bourrey y Marquet. En esta reacción el ácido nitroso forma azobenzol-

naftilamina sulfónica, de color rosa rojizo.

Procedimiento de Desfourniaux: se le ha seguido según la técnica indicada por Causse. El ácido nitroso es puesto en libertad por una solución etanólica al 1 por ciento de ácido salicílico, el ácido nitroso pone en libertad el yodo del yoduro de potasio y se forma yoduro de almidón de color azul. Esta reacción se practica en zona. Puede en este método reemplazarse el yoduro de potasio por el yoduro de cadmio y la solución etanólica de ácido salicílico por una solución acuosa de ácido cítrico.

Dosificación del Az₂ O₃

Se ha empleado el método colorimétrico, utilizando el reactivo de Tromsdorff, haciendo la observación 5 minutos después de añadir los reactivos.

La solución tipo, era una solución acuosa de nitrito de so-

dio, I c. c.= o gr. ooo oI de $Az_2 O_3$

En las muchas dosificaciones que hemos practicado, en el agua de diferentes botellitas de "agua de Jesús", que circulan en el comercio, hemos encontrado que oscila entre o gr.001 a o gr. 00126 de Az_2 O_3 por litro.

Identificación del agua de Jesús

Tanto las reacciones de los nitritos, como la reacción del papel de curcumina, pueden servir como reacciones para la identificación de esta agua. Para obtener reacción positiva con el papel de curcumina, basta evaporar a sequedad 10 c. c. de agua de Jesús.

Observaciones

La reacción obtenida con el reactivo de Tromsdorff, es muy discutida, en razón de que el yoduro de zinc es descompuesto además del ácido nitroso, por el sesquióxido de hierro; en cuanto a la acción de las sustancias orgánicas sobre este reactivo "es difícil de establecer"; los súlfuros al contrario enmascarán la reacción.

En cuanto al reactivo de Griess, la acción del "óxido de hierro y de la materia orgánica parece jugar un gran rol. No es raro encontrar una agua sin acción sobre el reactivo de Tromsdorff y activa al de Griess". En el agua de Jesús ,ocurre lo contrario al caso señalado por H. Causse, pues mientras el reactivo de Tromsdorff dá una reacción marcadamente positiva operando sobre el agua directamente, el reactivo de Griess acusa reacción negativa.

Al añadir al agua, directamente, ácido sulfanílico, naftilamina y ácido acético, no se forma azobenzolnaftilamina sulfónica. Esta reacción y la de Griess son positivas cuando se hierve y concentra el agua o cuando se la defeca; tal vez el anhidrido carbónico, los bicarbonatos de calcio, magnesio y hierro,

enmascaran esta reacción.

Nota

En las aguas minerales que afloran en la falda del cerro de Jesús, así como en el agua del Negro, hemos también constatado la presencia de nitritos; y en el agua de la Ollería la presencia de nitratos.

Bibliografía

Causse Henri.—Hydrologie. París 1903.

Chlmüller W.—Guide pratique pour L'analyse de L'eau. Paris 1898.

Bourrey G. et Marquet E.—Traté D'Analyse Chimique, In-

dustrielle, etc. París 1908.

Baucher F.—Analyse Chimique et Bacteriologique des Eaux Potables et Minerales.—París.

ALGUNAS NOTICIAS RELATIVAS A LA CIRUGIA DE GUERRA EN EL PERU

Por FEDERICO LEON y LEON

Interno de los Hospitales.

Justo es que al pretender bosquejar la evolución de la cirugía de guerra en el Perú, se intente iniciar el estudio desde la época incaica y es, gracias al notable trabajo del doctor Daniel Edo. Lavorrería (1) que podemos apuntar algo sobre este tópico.

Las noticias que hasta nosotros han llegado por intermedio de los Cronistas de Indias, sobre las prácticas empleadas por los indios en el tratamiento de las heridas, son muy escasas. Además, del bálsamo del Perú, que, según asevera el médico sevillano Nicolás Monardes, usaban mucho los aborígenes, los curanderos del Imperio de los Incas, contaron con los beneficios derivados de la aplicación de ciertos cocimientos de vejetales, los que, como muy atinadamente hace observar el Dr. Lavorería, tuvieron, sobre medicamentos similares, la ventaja de su cocción, gracias a la cual pudieron destruírse algunos gérmenes patógenos. El jugo de ciertas hierbas, prolijamente machacadas, fué considerado tambien como tópico de los más eficaces. Por último, a algunos productos de origen mineral, se les adjudicó análoga eficacia en el proceso de cicatrización de las heridas.

Entre estos medicamentos, de que dispusieron los curanderos del primitivo Perú, deben ser citados: el mastuerso silvestre o anocara. La resina de molle, cuyas virtudes fueron ensalzadas por los médicos peruanos del coloniaje y discutidas por los médicos españoles de la misma época. Una yerba aromática, soyco soyco de cuyas hojas formaban una masa pulverulenta que era aplicada sobre las heridas. Polvos extraídos de la resina del sunche y de las hojas del pinco pinco, los últimos de los cuales fueron aún muy empleados en la época colonial. Una sustancia mineral análoga a la caparrosa, llamada millu según referencias del padre Cobo. Una sustancia igualmente mineral, ferruginosa conocida con el nombre de tacu.

Universidad del Perú Decana de América

^{(1).} Daniel Edo. Lavorería.—El arte de curar entre los antiguos peruanos.—"La Crónica Médica.—Lima, 1904.

No hay en los historiadores primitivos de indias, noticia alguna, que pueda orientarnos en sentido afirmativo de la existencia de una representación del servicio sanitario militar en los ejércitos, merced a cuyo esfuerzo consiguieran los Incas tan vastas y tan rápidas conquistas. Solo se sabe que el soberano era acompañado en sus viajes guerreros por hábiles curanderos que le asistían en sus enfermedades, así, como por sacerdotes, que, en casos de enfermedad del Inca, se apresuraban a realizar los sacrificios que debían inclinar la benevolencia de los Dioses en el sentido de una pronta cura.

Es de creerse, que los ejércitos del primitivo Perú, cuya organización traducía una ámplia visión de los deberes de un ejército, contaron con los servicios de curanderos o curanderas capaces de auxiliar a los numerosos heridos que debieran resultar en los bárbaros combates librados entre las tropas del Inca

y las huestes a cuya conquista marchaban aquellas.

No es argumento en contra de la sospecha de esta modesta representación de un servicio sanitario militar en los ejércitos de los Incas, el hecho de no haber sido posible constatar la presencia de curanderos en las tropas derrotadas en la batalla de Tumbes (1532) y la de Cajamarca del mismo año, cuyo epílogo fué la prisión del desventurado Atahuallpa. Tales acciones de armas se libraron en condiciones tan desastrosas para los vencidos, que se desbandaron con el más intenso de los pánicos, en tal forma que se hizo imposible apreciar el verdadero tipo de organización de los ejército peruanos.

Si la cirugía de guerra, no estuvo organizada entre los Incas, es incuestionable que no lo estuvo tampoco entre los españoles en el curso de las primeras guerras civiles que siguieron a la dominación del Perú; ni en la batalla de las Salinas (1538) que decidió la pérdida de Almagro; ni en la de Chupas (1542) en la cual fuera vencido Almagro el moso, por las tropas de Vaca de Castro; ni en la batalla de Añaquito (1546), engañosa victoria de Gonzalo Pizarro sobre Núñez de Vela, apareció cirujano alguno, cuyos servicios hubieran servido en parte para remediar la desdicha de los españoles que resultaron heridos en

aquellas acciones de armas.

Respecto de la cura peregrina de heridas, que con algunos soldados hicieron los peruanos en Huarina, es de creer que no se trató sino de una cura improvisada y no de cura, q' constituyera conocimietnos práctico. Habituados a luchas bárbaras, a encuentros cuerpo a cuerpo y manejando armas con una capacidad de daño—para medir la cual bastará recordar la hipótesis formulada con relación a una trepanación terapéutica,—los primitivos peruanos, debieron disponer de otros elementos que de aquellos de que hecharon mano en beneficio de los vencidos de Huarina, refiriéndose a los cuales dice Garcilazo: "Los indios de servicio que los españoles tenían consigo, dijeron a sus amos: que se podía curar con aquel sebo (el de unas velas que llevaban consigo) y ellos mismos lo derritieron en dos cascos de hie-

rro, que sus amos asertaron a llevar, y trajeron del estiercol del ganado de aquella tierra que por los campos había mucho, y hechos polvos lo mezclaban con el sebo y así, caliente cuanto se podía sufrir lo hechaban en las heridas y las llenaban por hondas, y con el mismo, curaron sus caballos y se confortaron con la merced que Dios les hizo, de aquel remedio; que fué tal, que sin más cura ni otra medicina alguna, salvaron de aquella Cuadrilla y así lo contaban después por gran maravilla del Señor de las Misericordias (2).

Solo fué despues de la bárbara acción de Jaquijahuana (1548), despues de la cual fueron victimados Gonzalo Pizarro y su teniente Carbajal, que se implantó en el Cuzco el primer hospital y solo fué despues de esa fecha, que algunos cirujanos españoles comenzaron a prestar a los conquistadores y conquis-

tados los beneficios de sus modestos conocimientos.

La organización del Virreynato, constituye el verdadero origen de la institución del servicio sanitario militar en el Perú, puesto que dicha organización establecía el servicio sanitario militar en los diversos cuerpos del ejército: cada unidad de guerra contaba, según la importancia de ella, con los servicios de uno o dos cirujanos, con los de un boticario, con los de enfermeros de Medicina y de Cirugía, organización que copiaba la ya existente en el ejército español y que se prolongó hasta bien avanzada la República.

La historia de la cirugía de guerra en la época colonial, no ofrece aspectos interesantes que tomar en consideración. La cirugía de guerra se reducía a la simple revisión de tropas que los diversos cirujanos militares llevaban a cabo, y al tratamiento de los enfermos que ellos encontraban en estas revisiones periódicas. Pero para formarse idea de como serían estas revistas y de sus beneficios, no será fuera del lugar manifestar algo respecto al estado de la cirugía en general y al tratamiento de las heridas en particular, durante la dominación española.

Sábese, que la cirugía fué considerada por los españoles, como lo había sido por los italianos, ingleses y franceses, como oficio vil. Y como tal, fué considerado en el Perú, cuya pequeña corte de la ciudad de los Reyes, llegó a tener mayores exigencias, aún que las de la corte española; de aquí, que en el Perú, solo ejercieran la profesión sujetos que no hallaron ocupación más lucrativa o menos difícil, esclavos engreídos por sus amos, que querían hacer algo en beneficio de estos servidores, eran aconsejados de seguir esta carrera, que se lograba aprendiendo al lado de un cirujano de hospital cuanto la bondad de éste, deseaba trasmitir al discípulo. Careciendo de estudios preparatorios, sin otros conocimientos que los adquiridos, en la forma que dejamos dicho, estos cirujanos de la Lima colonial, tuvieron muy merecidos los epígramas que les obsequió el poeta don Juan del Valle y Caviedes, en su "Diente del Parnaso".

^{(2).} Consérvase la ortografía del original.

Que las curas de heridas, se llevaban a cabo en forma perfectamente empírica, lo demuestran claramente algunos ejemplos tomados a las páginas muy interesantes del "Diario de Lima" de los Mugaburu.

El 4 de abril de 1674 "le dieron una estocada por el ojo y otras dos pequeñas en el cuerpo al general don Baltazar Pardo, caballero de la Orden de Santiago; y murió el jueves 5 a la una

y media del día".

El 6 de mayo de 1682, al licenciado Pedro Castillo "se le quebró la pierna y le salieron fuera los huesos, que se rompió la carne; y fué en víspera de la Ascensión del Señor y sucedió a las cuatro de la tarde. Y murió el viernes 14 de dicho mes de mayo a las nueve del día".

El 2 de mayo de 1687, mataron de un balazo a don Francisco Pontaje, caballero del hábito de Alcántara: "entróle la bala por el lagarto y le pasó al pulmón. Cayó y lleváronle a su casa, donde se confesó, recibió los santos sacramentos y testó. Curáron-

le, diéronle luego áncias y murió".

Trátase en los casos que hemos citado, de accidentes graves, en los cuales no sorprende una terminación fatal, yá que no nos sorprendería aún en la actualidad, débese confesar, en homenaje a la memoria de las prácticas de la época colonial, que tal terminación tuvo sus honrosas excepciones; tomamos de los mismos Mugaburu.

El 29 de marzo de 1676, el Chantre y Provisor don Andrés Flores de la Parra, sufrió un desmayo en la Iglesia Catedral. "Y cayó de cara en el suelo y dió en el rostro en unas barandillas que estaban junto al coro; y sobre la ceja izquierda se hizo una

herida, que le dieron cuatro puntos".

El 8 de mayo de 1687, el hijo del segundo Mugaburu cayó de un techo en la iglesia de Santo Domingo. Lleváronle al hospital de San Andrés. "Y al punto el cirujano don Pedro de Cas-

tro le cortó la pierna(3).

Hemos consignado estos dos últimos casos, no porque en ellos consignen los Mugaburu detalle alguno relativo a la técnica de la cura quirúrgica, sinó por el hecho de la supervivencia de los sujetos. Dada la prolijidad de los Mugaburu, ellos habrían referido cualquier complicación grave o cualquier fracaso.

Respecto a la técnica de algunos cirujanos de la época colonial, consignaremos a título ilustrativo, algunas de las curaciones maravillosas, llevadas a cabo por el cirujano Fray Martín de Porres; en el Convento que la Orden de los Predicadores tenían establecida en el pueblo de la Magdalena, vecino al de Lima. Uno de los novicios se infirió dos heridas, una en la vena del dedo llamado del corazón, y otra en una arteria del dedo llamado meñique, el novicio no hizo caso conformándose con dejar salir la sangre y luego se colocó una venda compresora, pe-

⁽³⁾ Hermilio Valdizán.— Diccionario Médico.-Bibliográfico del Perú. (Inédito) versidad Nacional Mayor de San Marcos

ro a los pocos días sobrevino la infección, por causas que no es difícil suponer y entonces solicitó el auxilio del beato Martín, quién curó la infección colocando en las heridas unas hojas llamada yerba Santa María que parece tiene en el nombre cifrada la virtud, hizo la señal de la cruz... y sin más lavatorio, ni reparo de los que pone la cirujía, curó al novicio...que como el venerable Hermano curaba por arte mayor no atendía a reglas de medicina por atender a la primera que es Dios".

En cierta ocasión, a raíz de una violenta riña realizada en las cercanías del Convento del Rosario, un negro fué gravemente herido por su rival. Las crónicas dicen de la herida que era "de muerte y en el vacío", recogido por algunas personas piadosas fué trasladado a la portería del Convento del Rosario. De las lamentables condiciones del herido dán buena idea estas palabras: "traía el miserable colgando lastimosamente las tripas". El Veato Martín, despues de succionar la sangre de la herida no hizo otra cosa que "lavársela con vino y ponerle un poco de romero mascado y al cuarto día se levantó bueno y sano" (4)

Estas y otras curaciones análogas que el doctor Valdizán consigna en su obra y a quien agrademos sinceramente por los datos tan valiosos que nos ha suministrado para este estudio, nos dan una idea del estado de los conocimientos de la época y de las teorías que sobre tratamiento de heridas se tenía. En esta época de predominio de las ideas religiosas, se llega hasta el extremo de relatarse el caso de una herida penetrante del abdomen con salida de los intestinos curada en cuatro días.

A despecho de la afirmación optimista del doctor Unánue, respecto a los beneficios realizados en la enseñanza quirúrgica por don Martín Delgar, a despecho de las orgullosas declaraciones de nuestro paisano don José Pastor de Larrinaga, cabe afirmar que no habían mejorado gran cosa los cirujanos del Perú durante los dos siglos que separaban las retosonas rimas de Caviedes de los generosos esfuerzos desplegados por Unánue para la fundación del Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando.

Fundado el Colegio, bajo un régimen que no llegó a hacerse realidad por circunstancias agenas a la decidida voluntad de Unánue, la enseñanza de la cirugía no se contó entre las mejores atendidas. Muchos años despues de establecido el Colegio, la enseñanza de la cirugía fué encomendada al doctor Arenas que había desempeñado el cargo de Disector anatómico y que en estas circunstancias tenía, indudablemente, un derecho adquirido y un mérito para hacer una buena enseñanza. Desgraciadamente no fué así y la Clínica Externa establecida en el hospital de San Andrés no dió todos los frutos que de ella eran de esperarse.

En época de don Cayetano Heredia, fundador de la Facul-

^{(4).} Hermilio Valdizán.—Fray Martín de Porres Cirujano.—Roma, 1914.

tad de Medicina, se inicia la enseñanza verdaderamente científica de la cirugía; en esa época llamaban la atención del público de Lima Dounglas y Grau, quiénes al llegar al Perú, traían consigo una brillante foja de servicios de las clínicas de Europa; el primero de ellos fué llamado por Heredia a la enseñanza médica y fué el verdadero iniciador del estudio científico de la cirugía.

Porque ha sido esta la forma de evolución de nuestros conocimientos quirúrgicos, no nos hemos detenido a hacer relación de los cirujanos militares, cuyos nombres conserva la historia; por esta razón hemos omitido consignar el nombre de Diego Pareissien el médico y confidente de San Martín; y por esta razón callamos los nombres de muchos otros, que, en las primeras guerras civiles que siguieron al cambio de forma de gobierno, hicieron labor más bien política que quirúrgica.

A raíz de la organización de la Facultad de Medicina comenzaron a brillar en nuestro ambiente científico algunos cirujanos recomendables, quiénes comenzaron a seguir de cerca los progresos de la cirugía en centros más cultos. La evolución ha sido lenta pero eficaz y es un verdadero abismo el que separa, desde el punto de vista quirúrgico, la asistencia hospitala-

ria en Lima, hace veinte años de la asistencia de hoy.

La cirugía de guerra, que había beneficiado poquísimo de las acciones de armas libradas en el curso de las contiendas civiles y en en de nuestra breve guerra con España, no había llegado a nivel apreciable de perfeccionamiento al inicio de nuestra funesta guerra con Chile: la improvisación debió reemplazar a los beneficios de previsión y ella tuvo los inconvenientes que le son anexos, a despecho de la laboriosidad infatigable de quienes llevaron la responsabilidad de tan importante servicios.

Durante nuestra campaña de 1879, estuvo en voga como antiséptico de las heridas el antiguo licor de Labarraque que pron-

to fué reemplado por el Wan Swietten.

Con la vulgarización de las teorías de Lister, se cambió más tarde el mercurio por las soluciones de ácido fénico. El doctor Lino Alarco, empleó por primera vez los vapores de ácido fénico; en esta misma época el yodoformo, que estaba muy en boga, era colocado en las gasas que iban sobre las heridas.

Vino, en seguida, el apósito algodonado, que Guerin había

preconizado en 1871.

El alcohol, fué tambien usado como antiséptico. Se usaban como desinfectantes unos polvos de carbón y alcanfor, a los cuales solía adicionarse la corteza de quina pulverizada.

Durante la revolución de 1894, asi como en la guerra de 1879 las salas de nuestros hospitales fueron muy visitadas por la po-

dredumbre de hospital.

LA SIFILIS HEREDITARIA TARDIA Y LA ULCERA GASTRICA Y DUODENAL

Por los doctores

MARIANO R. CASTEX Y ADOLFO MATHIS De Buenos Aires

(Extractado)

Durante mucho tiempo ha sido considerada la sífilis gástrica, como una de las localizaciones víscerales más raras de la infección.

Las observaciones clínicas que poco a poco se fueron publicando llegaron recién a ser racionalmente clasificadas a fines del siglo pasado, habiendo sido Fournier uno de los primeros que se ocupó en forma sintética de las gastropatías luéticas.

Siguen luego Barbier, quien en su excelente tesis del doctorado hace una recopilación muy completa del material francés y extranjero existente disperso en la literatura médica.

En 1905, se ocupa el Profesor G. Hayem, del interesante

tema en un artículo muy ilustrativo.

Le sigue su discípulo H. Pater con su tesis del doctorado en la cual estudia analíticamente, sobre todo del punto de vista anátomo-patológico, el material internacional existente disperso en la literatura médica.

A. Mathieu, se ocupa del asunto en forma general en una conferencia dictada en 1911 y en igual forma aparece un artículo en la Revista Española de Dermatología y Sifilografía al

año siguiente.

En 1913 estudia el tópico, desde el punto de vista general, Pal en un capítulo de la obra de Finger sobre enfermedades venéreas; y Lombardi Comité, publica un caso de lues gástrico simulando un neoplasma.

Pertenecientes a esta misma modalidad clínica, de seudocáncer gástrico de origen sifilítico son los casos de Osvaldo

de Oliveira y G. Hayem publicados ulteriormente.

En el mismo año publica Oscar Clark una importante

contribución anátomo-clínica sobre el mismo punto.

En la casi totalidad de los trabajos recién enumerados sobre sífilis gástrica, publican los autores casos de úlceras gástricas sifilíticas por infección adquirida. Oscar Clark es el único que dá a conocer algunos casos de ulcus duodeni de ori-

gen luético entre sus observaciones personales; habiendo una observación que parece tratarse de una úlcera gástrica por sífilis hereditaria tardía, dada la anamnesis que publica el autor.

En las monografías de Barbier y Pater se citan numerosos casos pertenecientes a autores varios, de sífilis heredi-

taria gástrica congénita o precoz.

Exceptuando el caso de Mackay de hematemesis en un sifilítico hereditario tardío, de 25 años de edad, curado con el tratamiento específico y el caso citado de Hemmeter, de un niño de 11 años de edad, ambos bajo forma de observaciones clínicas, no hemos encontrado en toda la literatura revisada casos de sífilis hereditaria tardía del estómago.

En la Argentina se han publicado varias observaciones, las menos en forma anátomo-clínica, las más en forma clínica de úlceras sifilíticas del estómago y hasta tipos varios de gastropatías sifilíticas, sin que en ningún caso se haya hablado de la

infección sifilítica hereditaria tardía.

En el trabajo que sobre el asunto: sífilis y úlcera gastroduodenal publicamos en 1917, consignamos algunos casos de úlcera-gástrica y duodenal por heredo-sífilis tardía.

Nuestra observación personal, revela una acentuada predominancia de las lesiones ulcerativas gastro-duodenales por el

sexo masculino.

La edad en que se han manifestado los disturbios gástricos, varía de un sujeto a otro, oscilando el período de iniciación del proceso gastro-duodenal entre los catorce y los treinta y ocho años. No obstante la separación entre las cifras extremas, es evidente la predilección por la edad comprendida entre los dieciocho y veinticinco años, para la iniciación de los distrurbios gastro-intestimales.

Es relativamente frecuente en nuestro material el hecho de constiparse los sujetos junto con lo que aparecen los trastornos gástricos. Si la constipación se debe al estado gastro-duo-denal directamente o si es producto de agresiones de la espiroqueta sobre el tubo intestinal grueso (bajo forma de pericolitis por ejemplo, tan frecuentes en nuestros casos) o si se debe a otros mecanismos nos es imposible determinarlo por el mo-

mento.

La duración del padecimiento gástrico ha variado mucho de un sujeto a otro. Mientras que en una observación se exteriorizó repentinamente bajo forma de una complicación gravísima: la perforación, sin ir precedida de otros síntomas monitores, en los restantes la evolución ha sido muy larga, oscilando entre uno y nueve años en las observaciones anátomo-clínicas y entre tres y doce años en el grupo de las observaciones clínicas.

Hemos podido apreciar anatómicamente in partibus, las alteraciones gastro-duodenales que habíamos diagnosticado en 10 observaciones.

En todos ellos se ratificó el dignóstico de ulcus gestreduo-

Universidad del Perú, Decana de América

denal y en todos ellos sin excepción, el cirujano pudo apreciar en forma incontestable la existencia de serositis regionales, de mediana intensidad en unos casos, de considerable desarrollo en otros, por lo general bajo forma de una peritonitis plástica adhesiva membranosa, circunscripta o regional, si se quiere, como una peri-hepato-gastro-duodenitis. Casi ha sido constante la propagación del proceso flogístico de la serosa gastroduodenal a la serosa hepática vecina, si bien en la mayoría de los casos la perigastroduodenitis era indiscutiblemente mucho más intensa y extensa que la perihepatitis regional vecina.

Por lo que respecta a la períodicidad en los trastornos gástricos, ha sido ella observada por mucho de los enfermos, durante el primer tiempo de enfermedad (del primer al tercer año), desapareciendo más tarde la períodicidad para ser reemplazada por disturbios permanentes, si bien a francas oscilaciones en el grado de intensidad y a menudo dependientes o re-

lacionadas directamente con la ingestión de alimentos.

En uno solo de los enfermos, comprobamos el intenso recrudecimiento estival de los trastornos gástricos y su franca

atenuación o casi desaparición invernal.

Esta oscilación, que ha sido considerada como de gran valor en favor del ulcus duodenal por los tratadistas clásicos, es común a numerosos procesos heredo-sifilíticos tardíos, como nos ha sido dado observar en repetidas ocasiones.

Las inquisiciones practicadas con el propósito de esclarecer si todos nuestros casos presentaron estas oscilaciones en los primeros años de su padecimiento, resultaron infructuosas.

Los ardores al estómago, sin ser constantes, han sido sumamente frecuentes en los casos observados, si bien con grado de intensidad variable de uno a otro, oscilando entre ardores molestos pero tolerables, hasta el de ardores insoportables por la sensación de "fuego" o "quemadura" que experimentaban los sujetos.

En estos casos, faltando los vómitos, los enfermos los provocaban en vista del alivio que dicha maniobra les proporciona-

ba.

Los dolores han sido constantes. Siempre intensos; en ocasiones tolerables, pero por lo general de gran violencia, bajo forma de epigastralgias circunscriptas o con irradiación al hipocondrio derecho, al hombro derecho, al dorso, al pecho y por

excepción a la región lumbo-sacra.

El dolor tardío ha existido en casos de úlceras gástricas y duodenales y ha faltado en otros de úlcera duodenal. Esto mismo hemos observado en úlceras gástricas y duodenales por infección adquirida, en vista de lo cual damos a ese síntoma un valor relativo y jamás el valor casi patognomónico que algunos le han atribuído para la úlcera duodenal.

El dolor nocturno, el hoy día ya bien conocido night-pain de los autores ingleses y americanos, lo hemos constatado en once sobre trece casos de úlcera gastroduodenal, de los cuales

once casos, ocho pertenecían a la localización duodenal y tres a la localización gástrica del proceso ulcerativo; faltó en dos casos de úlcera duodenal comprobados anatómicamente.

El vómito expontáneo ha sido raro en nuestro material. exponente de un pilorismo, que ha sido transitorio en nuestros casos, pero que a menudo es estable, lo hemos constatado en un caso de úlcera juxtapilórica y en otro de úlcera duodenal, con espasmos pilóricos. En otros tres casos de úlcera duodenal lo hemos constatado en forma provocada por el enfermo, quien con la maniobra se aliviaba de sus sufrimientos intolerables.

Como consecuentes del pilorismo espasmódico reflejo consideramos a los trastornos groseros de la motilidad gástrica constatados en un caso de úlcera duodenal con píloro sano.

Respecto al quimismo gástrico ha suministrado datos variables; en la mitad de los casos ha arrojado cifras normales y en la mitad restante ha revelado hipersecreción continua y digestiva, con hiperclorhidria más o menos acentuada, en 3 casos de ulcus duodenal y en uno de ulcus gástrico.

El dolor más o menos intenso, rara vez circunscripto, por lo general abarcando una zona extensa del epigastrio y la región duodenal, ha sido constante en todos nuestros enfermos.

Con raras excepciones presentaban ellos manifestaciones de vagotonismo asociadas muy frecuentemente a síntomas

insuficiencia suprarrenal crónica.

Pensamos que para llegar a la formación de la úlcera gástrica o duodenal se requiere la concomitancia de dos factores; el uno esencialmente sifilítico, el proceso inflamtorio de la serosa gastroduodenal y de sus vasos, el segundo, nervioso, que puede responder directa o indirectamente a la infección sifilítica.

El factor flogosis de la serosa gastroduodenal ha sido constante en todos los sujetos intervenidos por nosotros. Parece ser indispensable para la génesis de la ulceración, pues con él ya involucrada la lesión vascular de origen sifilítico, sin la cual creemos no sea posible llegarse a la producción de la úlcera. La lesión vascular no es una fantasía hipotética sino una realidad,

demostrada histológicamente, por autores numerosos.

Tampoco puede objetarse como fantástica la exigida, para que el treponema ataque preferentemente los vasos de la región gastroduodenal, pues si hay un agente infeccioso a electividad especialísima por territorios vasculares determinados, ese agente es, seguramente, la espiroqueta de Schaudinn-Hofmann. Su localización de predilección a nivel de la aorta y de las arterias de la base del cerebro y en particular de la silviana y de sus ramas son hechos inconcusos y universalmente admitidos.

Por ausencia de indicación nos ha sido imposible llevar a cabo el estudio histológico de los procesos en cuestión, recogidos por intervención quirúrgica. Sería interesantísimo precisar si se trata a nivel de los vasos gastroduodenales—como todos los

trabajos existentes sobre el tema en la literatura médica, entre otros los de Barbier, Pater, etc., inducen a hacerlo creer—de lesiones vasculares, arteriales y venosas, a forma obliterante, del mismo tipo de lesión vascular, que se observa a nivel de las arterias y arteriolas cerebrales y de la aorta (vasa-vasorum).

Nos parece por demás lógico que se trate de lesiones de este tipo y que por intermedio de ellas se llegue a la isquemia circunscripta de la mucosa gástrica o duodenal, exactamente lo mismo que en el cerebro, condición indispensable para que pue-

da llegarse a la ulceración.

Pensamos que este sea el mecanismo común y excepcional el de la ulceración de procesos gomosos, que si bien es innega-

ble es evidentemente una rareza.

Para nosotros, tanto en el sujeto con infección sifilítica adquirida, cuanto con infección luética hereditaria a manifestaciones tardías, el factor primordial en la patogenia del ulcus gastro duodenal es la lesión sifilítica obliterante de los vasos gástricos y duodenales, acompañada generalmente de irritación flogística de la serosa de la región.

Por lo que respecta a esta última, ha sido constante en todos los casos de ulcus gastroduodenal por heredosífilis tardía, estudiados anátomo-clínicamente por nosotros, de igual manera que en los casos debidos a la infección adquirida, si bien su

grado de intensidad varía mucho de un caso a otro.

Creemos que sucede con la peritonitis sifilítica circunscripta a la región gastroduodenal y hepática vecina, lo mismo que con la serosa del encéfalo. Son numerosísimos los casos de sífilis cerebral a forma arterial pura, que durante la vida no han presentado manifestaciones cerebrales generales y que sin embargo, revelan al estudio anátomo-histológico la participación, leve o intensa, de la serosa cerebral en el proceso luético.

En síntesis: el proceso vascular y seroso, constituye para nosotros el fundamento de la próxima ulceración, para llegar a la cual parece requerirse otro factor, que es el nervioso, incrimi-

nado de tiempo atrás.

Son muchos los casos que presentaron hiperclorhidria con hipersecreción continua y digestiva asociadas a fenómenos típicos de vagotonismo. La vagotonía no ha sido constante, así como tampoco la exaltación cuali y cuantitativa de la secreción gástrica.

En aquellos casos con exageración patológica de la secreción, creemos que esta haya intervenido en la patogenesis del

proceso ulcerativo.

No consideramos, en ninguno de nuestros enfermos, al vagotonismo como idiopático y si en todos ellos como secundario. El era principalmente debido al hiposimpaticotonus, muy frecuente en nuestros enfermos, y atribuido por nosotros al verdadero estado de hiposurrenalismo crónico constatado en muchos de los enfermos y hermanado en algunos de ellos a un hipotiroidismo más o menos acentuado.

Tanto el hiposurrenalismo crónico, cuanto el hipotiroidismo crónico, crearon en nuestros enfermos un hiposimpáticotonus con hiperautonomotonus secundario, el cual debe haber sido estimulado en más de un caso, por tóxico exógenos, tales como el tabaco, le alcohol, el café, etc.

En estas circunstancias de vagotonismo con hipersecreción e hiperclorhidria puede llegarse a la producción del ulcus, por ataque de mucosas hechas vulnerables por lesiones vasculares que engendran una deficiente nutrición de las mismas.

Ahora bien, en los casos en que falta por completo el vagotonismo, es preciso buscar el determinismo de la ulceración, o en los procesos luéticos gástricos mismos, lo cual nos parece innegable pero excepcional, o en los trastornos engendrados en el trofismo y en la nutrición de las vísceras abdominales por el estado de hiposimpaticotonismo.

Creemos que para todas las úlceras gastroduodenales es indispensable la lesión vascular, pero que el segundo factor puede variar y ser simplemente un hiposimpáticotonismo por insuficiencia surrenal crónica aislada o asociada a un hipotiroidismo crónico o un vagotonismo secundario a aquel, intensificado

por factores endógenos y exógenos variables.

En toda la serie de enfermos que sirven de base clínica a este trabajo, hemos comprobado perturbaciones nerviosas, más o menos acentuadas.

La hiperreflexia tendinosa y perióstica ha sido constante en todos ellos, siendo exponente del estado de excitabilidad patológica grande a que habían llegado los sujetos, por razón del

padecimiento gástrico.

En todos ellos se había engendrado por la misma causa un cambio evidente del carácter y del temperamento, que se traducía en algunos de ellos por una irritabilidad muy acentuada y en otros por un estado de psicastenia y neurastenia, franca en todos y muy profunda en algunos, no siendo infrecuente en las personas del sexo femenino su asociación con fenómenos histeriformes.

Los tratadistas clásicos modernos han mencionado la presencia de fenómenos semejantes. Para nosotros son producto directo de la influencia sostenida de los disturbios y dolores gástricos sobre el sistema nervioso, que sufre al mismo tiempo que el resto del organismo, del debilitamiento progresivo general orgánico, engendrado por los trastornos en la nutrición creados por el proceso gastroduodenal.

Respecto al diagnóstico general de úlcera gastroduodenal,

ha sido muy fácil en todos los casos estudiados.

Para llegar a precisar la verdadera etiología del proceso ulceroso, nos han sido de escasísima o nula utilidad los recursos corrientes de laboratorio, habiéndonos prestado en cambio, una preciosísima ayuda los estigmas de la sífilis hereditaria, acompañados en todos o en casi todos los enfermos de otras diversas manifestaciones de la infección sifilítica hereditaria tardía, Los estigmas cutáneos, óseos, esqueléticos, pupilares y peripapilares han sido constantes en todos ellos o en la mayor par-

te. Menos frecuentes han sido los estigmas dentarios.

Respecto a las manifestaciones de heredosífilis tardía que han acompañado a las úlceras gastroduodenales en nuestros enfermos, ocupa el primer puesto por su frecuencia grande: la aortitis, por lo geenral como simple aortitis, menos comunmente bajo forma de la mitro-aortitis heredo-sifilítica característica.

Frecuentes han sido los trastornos intestinales, habitualmente bajo forma de pericolitis crónica. y muy pocas veces bajo

forma de rectosigmoiditis ulcerosa con perisigmoiditis.

En los demás casos se han constatado procesos varios, como ser la angiosclerosis precoz, la tiroiditis, la hepatoesplenitis, etc.

Abordemos ahora el estudio del tratamiento instituído en

nuestros casos y del resultado alcanzado.

Todos los enfermos que hemos seguido anatomo-clínicamente fueron sometidos al tratamiento quirúrgico: la gastroenteroanastomosis posterior, con o sin exclusión de píloro, después de haber fracasado el tratamiento dietético medicamentoso clásico.

Solo dos casos fueron intervenidos de urgencia, por haberse iniciado la enfermedad gastroduodenal con una complicación gra-

vísima: la perforación.

Todos ellos sin excepción beneficiaron en mayor o menor grado, de la intervención quirúrgica, pero todos beneficiaron tan solo temporalmente de la operación, con plazos variables de uno a otro. Luego recrudecieron los disturbios gástricos, con iguales fenómenos en unos, con nuevas y graves complicaciones en otros.

Esta evolución postoperatoria evidencia en forma incontestable que la intervención quirúrgica, no ha sido en ninguno de ellos curativa y si en todos ellos más o menos paliativa y en

forma temporaria.

La acción mecánica desarrrollada por la intervención ha sido un coadyuvante apreciable en el proceso de cicatrización del ulcus, pero ha sido siempre una acción de eficacia muy relativa y transitoria, pues no actuando sobre la verdadera causa de la enfermedad, ésta ha quedado en pie, lo mismo después que an-

tes de la operación.

Los factores determinantes del ulcus han persistido, contrarrestados momentáneamente en su influencia perjudicadora por la intervención quirúrgica, que no ha sido suficientemente eficaz en todos los casos, para curar ni detener la marcha del proceso. En efecto, en todos los casos hemos podido apreciar, que ni las úlceras existentes han conseguido llegar a la curación completa, ni se ha podido evitar la formación de nuevas úlceras.

Es innegable que la intervención quirúrgica es útil en algunos casos e indispensable en otros, como ser en las úlceras yuxta pilórica o pilóricas, con pilorismo funcional (espasmos) u

orgánico (estenosis cicatriciales).

Constituye en estas circunstancias el tratamiento operato-

rio un precioso paliativo, de igual modo que el tratamiento dietético-medicamentoso; pero ni el uno ni el otro, aún asociados, consiguen la cicatrización completa del ulcus en muchos casos, ni impiden la formación de nuevas úlceras, o sobre la boca misma de la neostomía o en otro punto cualquiera, ni previenen las complicaciones graves. Y el hecho es fácilmente explicable.

Ambos actúan de una manera similar, mecánica y funcionalmente, favoreciendo la digestión gástrica, simplificando el trabajo de quimificación, disminuyendo o tratando de disminuir los fenómenos de hipersecreción y facilitando la evacuación del contenido gástrico, sin actuar en lo más mínimo sobre la verda-

dera etiología del ulcus.

Precisada la etiología de los procesos ulcerosos gastroduodenales de nuestros enfermos, después de haber fracasado en muchos de ellos el tratamiento dietético-medicamentoso y quirúrgico, es decir, después de haber conseguido encontrar la infección sifilítica hereditaria a manifestaciones tardías, instituímos en todos los operados el tratamiento antisifilítico, valiéndonos principalmente de los preparados mercuriales por el procedimiento inyectivo.

La evolución habida bajo la influencia de esta medicación, no deja lugar a la menor duda respecto a la naturaleza sifilítica de todos esos procesos, bajo forma de manifestaciones tardías de la infección luética hereditaria.

Todos ellos beneficiaron evidentemente del tratamiento antisifilítico, unos más, otros menos.

En ningún caso nos limitamos a hacer un tratamiento de toque "suave" y "breve", sino que en todos ellos impusimos un tratamiento intensivo y sostenido, partiendo de la base admitida lógicamente por nosotros que se trataba de verdaderas lesiones sifilíticas ya crónicas y la mayoría con años de evolución.

Algunos sujetos vieron desaparecer por completo sus molestias, otros experimentaron un alivio más o menos grande sin conseguir la desaparición completa de los fenómenos dolorosos; en éstos, los trastornos de hipersecreción e hiperacidez iban rápidamente atenuándose hasta desaparecer por completo.

Lejos de sorprendernos este resultado, nos parecía inevitable, tratándose de procesos sifilíticos ya viejos. En perfecto conocimiento de la naturaleza histopatológica de los procesos luéticos antiguos, se concibe fácilmente, cual puede ser el resultado del tratamiento antisifilítico. Las lesiones propiamente sifilíticas son, casi en su totalidad, accesibles al tratamiento; las de origen, pero no de naturaleza luética, lo son poco o nada; por último, las lesiones secundarias, verdaderas secuelas residuales de lesiones propiamente sifilíticas son en absoluto inaccesibles a los medicamentos específicos. Nos referimos a las cicatrices esclerosis, secuelas de los procesos flogísticos luéticos, localizadas en cualquier punto del estómago, las que constituyen, por lo general, indicaciones operatorias formales contra las

cuales la medicina poco o nada puede y todo lo puede la ciru-

gía.

En este grupo de úlceras gastroduodenales por sífilis heheditaria tardía, no hemos visto jamás complicaciones originadas directamente por el tratamiento mercurial, a pesar de la acción efectiva que él ejerce sobre el proceso gastroduodenal.

Nos parece por demás improbable la perforación provocada por el tratamiento mercurial. Se trata siempre, como lo hemos comprobado en nuestras observaciones anátomo-clínicas, de úlceras que van acompañadas de procesos flogísticos de la serosa regional, con carácter de peritonitis crónica hiperplásica y con

tendencia siempre a la plasticidad.

Respecto a las hemorragias, hematemesis y enterorragias, no las hemos visto jamás ser provocadas por el tratamiento mercurial, en este grupo de enfermos. En cambio, en un caso de úlcera gástrica por sífilis adquirida, se produjo una copiosísima hematemesis, pocos días después de iniciado el tratamiento mercurial que atribuimos directamente a la medicación em-

pleada.

Idéntica nos parecía la interpretación, en ese caso de ulcus gástrico, que la del mismo fenómeno "hemorragia" que se produce a nivel del encéfalo, del pulmón y de la aorta, cuando siendo asiento de procesos luéticos se trata a los sujetos con la medicación antisifilítica, los cuales, afortunadamente raras veces, ven aparecer hemorragias cerebrales, hemoptisis de origen pulmonar u aórtico o rupturas de aneurismas sifilíticos, causados directamente por los medicamentos incorporados.

De igual manera que la naturaleza histopatológica de los procesos cerebrales, pulmonares y aórticos, explica perfectamente el determinismo de los fenómenos hemorrágicos, la naturaleza histopatológica de los procesos gastroduodenales—en los cuales poco se ha tenido en vista la infección hereditaria, pues sólo se ha tomado en cuenta para los casos de sífilis gástrica hereditaria congénita o precoz—los interpreta satisfactoriamente

también, en nuestro sentir.

Esta contingencia a que están expuestos los ulcerosos gastroduodenales en general, durante la cura mercurial, si bien es rara, implica por su gravedad mucha cautela en el tratamiento mercurial. Quizás resultara ventajoso precederlo de una breve cura con suero gelatinado o suero fresco de caballo, a fin de prevenirla, en manera análoga a lo que es de buena práctica corriente hacer antes de instituir el tratamiento hidrargírico en los aneurismáticos de la aorta.

El tratamiento causal deberá completarse con el empleo de los preparados iodados, en general, no siempre bien tolerados por los enfermos. y con los arsenicales modernos, cuyo uso es corriente hoy día.

En varios casos nos ha sido dado ensayar, ante la intolerancia de los enfermos para el ioduro potásico o sódico, el iodo me-

taloide puro en solución alcohólica.

Ingerido así, aún en dosis elevadas, mezclado con vino tinto, leche o cerveza, en medio de las comidas principales, es sumamente eficaz, bien tolerado, presentando sólo por excepción

las manifestaciones molestosas del iodismo.

De igual menera, por razones fáciles de comprender, nos hemos visto obligados en algunos casos, para llevar a cabo el tratamiento mercurial, a recurrir al calomel por vía bucal. Lo hemos empleado en dosis diarias de un centígramo o de dos centígramos día por medio, durante dos o tres meses, con óptimo resultado. Después de un período de dos o tres meses de ingestión sostenida de calomel, suspendemos el medicamento durante un mes, para reanudar al cabo de esta pausa, de nuevo la medicación. No podemos declararnos más satisfechos de lo que estamos de esta variante del tratamiento mercurial, en los ulcerosos. El medicamento es admirablemente tolerado, sin inconvenientes de ningún género, sin que la moral del sujeto se afecte en lo más mínimo, y con un éxito plenamente satisfactorio.

Cátedra de Anatomía Patológica Prof. Dr. Oswaldo Hercelles

ANATOMIA PATOLOGICA DEL BAZO

(Conclusión)

Lección tomada por los alumnos

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

Alteraciones de la cápsula del bazo.—Las envolturas del bazo, o sean la cápsula fibrosa, que se le conoce con el nombre de Cápsula de Malpighio, asi como el peritoneo y el tejido celular subperitoneal, pueden ser asiento de procesos inflamatorios, que toman diverso nombre según sea su localización: periesplenitis cuando su sede está en la cápsula o en el revestimiento peritoneal, paraesplenitis cuando se sitúa en el tejido celular subperitoneal.

Desde el punto de vista patogénico se puede aceptar que la periesplenitis se genera por tres mecanismos diferentes:

1.5.—Es la consecuencia de una enfermedad del bazo y en este sentido todas las enfermedades esplénicas están, por lo general, acompañadas de periesplenitis, especialmente de la forma fibrosa y adhesiva;

2.º—Por inflamaciones parciales del peritoneo, como acontece en las afecciones del estómago, del ángulo cólico izquier-

do, del riñón izquierdo; y

3.º—En las inflamaciones viscerales que se observan en las peritonitis difusas.

Cualquiera que sea el origen del proceso inflamatorio, la periesplenitis se presenta bajo dos formas: aguda o crónica.

En la forma aguda, se observa en la superficie del bazo, exudados fibrinosos o fibrino purulentos, localizados por regla general, en pequeñas zonas; en casos excepcionales, el exudado fibrinoso cubre toda la víscera, que se presenta con el aspecto del corazón hirsuto.

Lo más frecuente es la periesplenitis crónica, y en este ca-

so se presenta bajo dos formas: fibrosa y adhesiva.

La forma fibrosa está caracterizada por el engrosamiento de la cápsula y del peritoneo, que adquiere, en muchos casos, un espesor de varios milímetros; al examinar la sección del órgano, la cápsula se encuentra espesada, de un color blanco y con un aspecto muy característico. Esta alteración puede ser parcial, en una o varias zonas, o extenderse a toda la superficie del órgano, en este último caso el bazo toma el aspecto de los frutos azucarados y se le designa con el nombre de "bazo glacé"; puede suceder también que se haga una infiltración calcárea, parcial o total de la cápsula.

Algunas veces se presentan placas o nódulos, por lo general múltiples, de dos a cuatro milímetros de diámetro, de consistencia cartilaginosa y con límites bien claros; otras, los hay pediculados y repartidos por toda la superficie del órgano.

El examen histológico revela que están constituídos por tejido fibroso, paralelo a la superficie de la cápsula, desprovisto

de vasos.

Respecto a su naturaleza, los autores están divididos; los unos con Cornil y Ranvier, sostienen que son producciones neoplásicas y les dan el nombre de fibromas capsulares; los otros, opinan que son de origen puramente inflamatorio y algunos, en fín, emiten la opinión que se trata de lesiones inflamatorias de origen tuberculoso. Nuestras observaciones nos hacen inclinar en favor de esta última opinión.

La periesplenitis adhesiva, debe su nombre a las adherencias, las cuales se sitúan ya en el peritoneo diafragmático, ya en el parietal, estableciendo relaciones con el colón, con el es-

tómago, etc., etc.

En cuanto a las alteraciones que presenta el parénquima esplénico, se comprende fácilmente que siendo variadas las causas de la periesplenitis, deben serlo igualmente las alteraciones de la víscera. Con todo, con cualquiera que sean las alteraciones que presente, siempre se nota un engrosamiento de las travéculas, que conducen a la cirrosis del órgano y que pueden concluír con la atrofia del bazo.

Tumores del bazo.—Los tumores primitivos del bazo son raros; algunas veces se ha observado fibromas, condromas y lin-

foangiomas. Los sarcomas son rarísimos.

Los tumores secundarios son igualmente poco frecuentes, los nódulos carcinomatosas son tan raros que sobre 1078 casos del material del Museo de Basilea sólo el 0,7 por ciento pertenecen a esta variedad.

Los quistes congénitos son algo frecuentes en el bazo; nosotros no hemos encontrado nunca degeneración quística en el

bazo.

Para unos autores los quistes se fraguan en rupturas de la cápsula; otros dicen que son debidos a una hernia del tejido propio del bazo; otros creen que son angiomas de origen linfático; por último algunos sostienen que los quistes provienen de inclusiones peritoneales que germinan en el bazo. Banti descubrió un caso que en los tabiques emanados de la cápsula se veín islotes con células linfáticas y en el cual los quistes aparecían como vesículas independientes, conteniendo líquido. Considera que es el tejido propio del bazo el que sufre una perturbación y dá lugar a los quistes.

Quiste hidatico del bazo,— La Equinococia, producida por la Teniae echinococcus, es relativamente frecuente en el bazo y comparte con el hígado, en igual proporción, la casi totalidad de los casos; esto se explica por que los huevos ingeridos por el hombre, son digeridos parcialmente por el jugo intestinal, dejando libres a los embriones hexacantos, que atraviesan las paredes del intestino, pasan a las venas mesaraicas y siguen indistintamente por la vena porta o por la esplénica.

El bazo equinocócico, puede estar aumentado de volumen o casi normal. Se distingue en todo quíste hidatídico dos

partes: una externa y otra interna.

La externa, con bridas fibrosas que se adhieren al tejido propio del órgano, consta, a su vez, de una membrana adventicia, que procede de la reacción esclerosa del bazo parasitado; y la membrana cuticular, que es estratificada, anhista, de color lechoso, parecida a la clara de huevo cocida; tiene una estructura particular que permite reconocerla; a la simple vista está formada por láminas superpuestas que se ven el microscopio como las hojas de un libro. Cuando está intacta la cutícula es un filtro perfecto para los elementos figurados. Chauffard y Widal han demostrado la impermeabilidad de las vesículas vivas res-

pecto de los microbios. Vesículas hijas sumergidas en diferentes cultivos microbianos conservaron aséptico su líquido des-

pues de varios días de contacto.

La capa interna, llamada membrana proligera o parenquimal, está formada por una capa gelatinosa que se desgarra con facilidad. Desde el punto de vista histológico está constituída por numerosos núcleos que se colorean fácilmente. Esta membrana produce por proliferación vesículas prolígeras, que se presentan como mamelones constituídos, como ella misma, por un plasmodium nucleado; estos mamelones aumentando de volumen se fraguan una cavidad en donde nacen por proliferación los scolex o cabezas de tenias. Las vesículas son visibles a la simple vista; a veces no se observan estas cabezas y se las llama acefalocistos.

En el interior del quiste existe un líquido que es límpido, como el agua de roca, sin albúmina y estéril, gracias a la cutícula que no deja pasar, como hemos dicho ya, los elementos figurados, porque de otro modo sería un buen medio de cultivo para los microbios patógenos.

La proliferación de las vesículas hijas, puede ser endógena y exógena. En un conejo que se inoculó con huevos de Tenias echinococcus se presentó la proliferación exógena. La ruptura de los quistes, espontánea o por cualquier traumatismo, produ-

ce una infección intensa, la equinococia secundaria.

El hombre adquiere el quiste hidatídico al ingerir los huevos que el perro disemina por doquiera. Es fácil concebir los procedimientos múltiples que pueden hacer que el hombre los ingiera: alimentos contaminados con deyecciones de perro infectado; promiscuidad con perros que trasporten en su lengua u hocico, huevos recojidos de sus materias fecales o de otro perro, etc. El perro se infecta de tenias adultas deborando las vísceras (cerdo, carnero, buey) que tiene hidátides.

Los quistes hidatídicos que se desarrollan puede dar origen por compresión a trastornos graves aunque tambien pueden pasar desapercibidos, convirtiéndose en hallazgo de au-

topsia.

Casi siempre el quiste hidatídico en el bazo, va acompañado de periesplenitis y adherencias con los órganos vecinos.

MOVIMIENTO MEDICO

Acción fisiológica del aceite de oliva.—Afirma Asnis, que el aceite de oliva, sólo o combinado con otros medicamentos da buenos resultados en las siguientes enfermedades del estómago: Hiperácides, cualquiera que sea su origen; erosiones; fisuras y úlceras; espasmos del píloro, cualquiera que sea su causa; enfermedades de las vías biliares, colecistitis y aún la colelitiasis en determinados casos; ciertos tipos de diarrea y disentería, constipación, dilatación del estómago por espasmo pilórico, ulceraciones intestinales.

En la hiperacides, la mayoría de los investigadores aceptan que el aceite disminuye la secreción del ácido clorhídrico, sin conocer el mecanismo de esta inhibición secretoria, Pawlow la atribuye a una estimulación refleja del centro nervioso inhibitorio; Mimson cree es una acción simplemente mecánica.

En un caso dado de hipersecreción con hiperacides, el aceite de oliva tiene las mayores ventajas y menos contraindicaciones que los otros medicamentos ordinariamente empleados. No constipa como las sales de bismuto. No necesita estricta vigilancia como la belladona o la atropina. El nitrato de plata y las otra sales de este metal son ineficaces en pequeñas dósis, y con dósis mayores no debe olvidarse el peligro del argirismo. Los álcalis, bicarbonato de soda, sales de magnesia son neutralisantes y su beneficio es temporal.

Careciendo el ácido clorhídrico de acción sobre el aceite de oliva que entre todos los alimentos es el retenido mayor tiempo en el estómago, debemos considerarlo como el mejor lubri-

cante protector de la mucosa gástrica.

Dada una fisura, erosión o úlcera del estómago, cuáles son sus síntomas y a qué se deben? El signo clínico más importante es el dolor. Este se origina de dos factores, secretorio y motor. El factor secretorio es la irritación constante del jugo-ácido sobre las superficies erosionadas, fisuradas o ulceradas que mantiene la actividad de la úlcera. El factor motor es la acción irritante y estimulante de la úlcera o fisura sobre el anillo muscular del píloro, determinando el espasmo pilórico. Los dos factores, químico y físico, se oponen a la curación de la úlcera.

Conforme a la patogenía de los síntomas clínicos el tratamiento debe basarse en el uso de un medicamento que reduzca el factor irritante, ácido clorhídrico, proteja la mucosa lesionada y vensa el espasmo pilórico. La acción fisiológica del aceite de oliva, resulta en estos casos de inestimable valor, empleándolo se puede dominar todos los síntomas, es antiácido, protector de la mucosa y antiespasmódico o de acción sedante sobre el esfinter pilórico. Es además alimenticio y laxante, propiedades no desperdiciables.

Tampoco tiene el aceite de oliva, ninguna de las contraindicaciones de las otras drogas usadas en estos casos. Su acción es simplemente local y sus efectos acumulativos.

La acción favorable del aceite de oliva en la litiasis biliar la explica Asnis por su fisiologismo.

Síntoma clínico importante de la colelitiasis es el dolor. Se produce éste por distensión de la vesícula biliar al enclavarse un cálculo en su cuello o en el canal cístico. El uso de altas dosis de aceite de oliva de preferencia a la morfina está justificado por la explicación fisiológica siguiente: Inmediatamente que el aceite entra al duodeno se desdobla en glicerina y ácidos grasos. Parte de la glicerina actúa localmente reduciendo la turgencia del conducto biliar; otra parte de la glicerina es absorbida y llega al hígado, allí actúa como estimulante directo produciendo una secreción abundante de bilis acuosa que lava los conductos biliares y arrastra los cálculos pequeños. Cuando los cálculos son más grandes, la acción local de la glicerina, efectuándose en presencia de grandes cantidades de bilis, determina un cambio de posición de la piedra y da paso a la ola de bilis acuosa; asi el cálculo pierde su pocisión quirúrgica y dis minuye la tensión en la vesícula biliar.—(Therapeutic Gazette).

REVISTA DE TESIS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL SINTOMA NERVIOSO.—Tesis para el bachillerato en Medicina por Juan S.Losno.

Despues de hacer un breve estudio embriogénico e histológico del neuro-eje y de exponer la sistematización del mielencéfalo, trata de resolver algunos problemas clínicos con bastante acierto y como fruto de sus estudios sostiene que:

La interpretación del síntoma nervioso, tiene por base el conocimiento de la correlación que existe entre la inervación visceral y la inervación de las diferentes regiones del cuerpo, con las disposiciones estructurales del sistema nervioso central.

La investigación cuidadosa y la interpretación exacta del síntoma nervioso, deben constituír la primera preocupación del clínico.

Es indispensable el conocimiento de la sistematización del neuro eje, para explicar la relación que hay entre la unidad de causa y la diversidad de síntomas.

Conviene habituarse a formular el diagnóstico topográfico de lesiones focales del mielencéfalo, especificando el tipo de neurona o neuronas afectas.

La embriología suministra datos fundamentales para la fácil interpretación de los síntomas.

La mayor parte de los actos normales y patológicos de

nuestra economía, se afectúan por mecanismo reflejo.

La apreciación correcta de la significación de los síntomas reflejos, puede conducirnos a la edificación de un diagnóstico avanzado.

LOS METODOS DE LABORATORIO EN EL DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS RENAL.—Tesis de Bachiller, presentada por César A. Zevallos.

He aquí las conclusiones de esta interesante tesis:

r.º—La reacción del Antígeno, de Debré y Paraf, permitiendo diagnosticar la naturaleza tuberculosa de las lesiones renales antes de que estas hayan alcanzado gran desarrollo, suministra un medio de llegar al diagnóstico precoz de esta enfermedad; Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

- 2.º—Los resultados positivos de esta reacción preceden, en mucho tiempo, a los que pueden obtenerse por los otros métodos;
- 3.º—Las lesiones producidas en otros órganos no influyen en los resultados;
- 4.º—Los resultados positivos corresponden en más de 90 por ciento de los casos a la naturaleza exacta de la enfermedad;
- 5.º—Una reacción negativa no aleja definitivamente la sospecha sobre la naturaleza del agente infectante, pero repetida, es la negación.

ENSAYO DEL TRATAMIENTO DE LAS URETRITIS BLENORRAGICAS REBELDES POR EL ANHIDRIDO SULFUROSO.—Tesis para el grado de Bachiller, presentada por Augusto Cadenas.

Las conclusiones de esta Tesis son las siguientes:

- r.º—Hasta el presente, no existe un método seguro en el tratamiento de las uretritis rebeldes.
- 2.º—El desinfectante anhidrido sulfuroso, en la forma propuesta por el doctor Lacombe y asociado a los otros procedimientos es uno de los agentes terapéuticos que más se aproxima a llenar esa necesidad.
- 3.º—El tratamiento acelera la curación, hace la cura más segura, no trae complicaciones y es inofensivo para la mucosa uretral.
- 4.º—En las foliculitis y lacunitis, asociado a las altas dilataciones, sería el tratamiento de elección.
- 5.º—En las uretritis complicadas con prostatitis, debe combinarse con el masaje. Reemplaza en éstas, con ventaja a las instilaciones argénticas.
- 6. En las uretritis con estrecheces, es el agente más apropiado por inofensivo, pero sus resultados son más o menos dudosos.

PRENSA MEDICA AMERICANA

(De nuestros canjes).

NACIONALES

Anales de la Facultad de Medicina de Lima.-Setiembre-

Octubre 1918.

I. Ernesto Odriozola.—"Aneurisma de la porción ascendente de la aorta":—En esta nota aclaratoria el Prf. Odriozola afirma, fundado en los datos clínicos, que revelaron pulsaciones y soplo sistólico en el abovedamiento infraclavicular que ofrecía el enfermo, y en la radiografía, que demostró una sombra muy vasta en la región antedicha, que el enfermo cuya historia se publicó en el N.º 2 de los "Anales", padece de una dilatación aneu-

rismática de la porción ascendente de la aorta.

2. Max. Gonzáles Olaechea.—"Sindroma infundibular de origen hipofisario".—Con motivo de una interesante observación clínica que ofreció el sindroma descrito por Claude y I hermitte, caracterizado por perturbaciones de la circulación (taquicardia, extrasístoles), de la función del sueño (narcolepsia) y de la regulación hídrica del organismo (polidipsia, poliuria), el A. analiza la patogenia del sindroma y basándose en diversas observaciones publicadas, y en datos experimentales, sostiene que el sindroma en referencia, es una consecuencia de una disfunción pituitaria originada por un proceso infundibular.

3. Manuel A. Velasquez.—"El coeficiente ureosecretorio de Ambard".—La función renal ureica, no puede apreciarse por el dosaje de la úrea de la orina, ni por la evaluación de la úrea sanguínea, pues, hay una serie de factores perturbadores que pueden en gran parte excluirse cuando se compara la úrea hemática y la úrea urinaria, es decir, cuando se hace la "constante ureo-secretoria de Ambard".

Expone el A., los fundamentos del método de Ambard, la técnica para el examen de la constante ureica, los resultados al estado normal y las variaciones patológicas; enseguida se ocupa de las modificaciones propuesas por Rodillon y por Mc. Lean,

señalando las ventajas aportadas por estas técnicas.

4. Ramón E. Ribeyro.—"Sobre un caso de sacharomycosis labial".—En una lesión ulcerosa del labio inferior, rebelde a todo tratamiento el A. encontró una hongo, que despues de los estudios respectivos, lo clasifica como levadura perteneciente al género sacharomyces. En vista de sus particulares reacciones fermentativas y de su poder potógeno sostiene que es una especie nueva que bautiza con el nombre de sacharomyces labialis.

Una vez conocida la causa generadora de la lesión ulcerosa, la enferma fué sometida a curas tópicas alcalinas y sanó rápidamente.

5. Hermilio Valdizán.—"Locos de la Colonia".—En este trabajo el A., estudia los frenasténicos que tanto abundaron en nuestra rancia época Colonial, haciéndolo con esa pecular

donozura que tantos admiradores le ha conquistado.

6. Anibal Corvetto.—"Espiroquetosis broncopulmonar de Castellani".—Es esta observación la primera aportación clínica que se ofrece en América, de esta afección tropical. El enfermo era peruano, de raza india, y ofrecía una fase de agudización de un proceso crónico, pues, así lo hace congeturar, la persistencia en el esputo del espirochaeta bronchialis de Castellani. La fase de agudización dió el cuadro clínico de la bronquitis hemoptoica de Violle; no se pudo emplear los diversos tratamientos propuestos por los tropicalistas, porque el enfermo una vez mejorado suspendió su visitas al Preventorium "Juan M. Byron".

7. Honorio F. Delgado.—"El Psicoanálisis" (Continua-

ción).

Revista de Psiquiatría.—N.º 2. octubre 1918.

Julio C. Tello.—"Leyenda de la génesis de los amueshas".
 E. Ponce Rodriguez.—Educación de un epiléptico".

3. Hermilio Valdizán.—"La chicha, bebida de los primitivos peruanos".—Interesantísimo estudio por las numerosas referencias bibliográficas sobre el tema. La abundancia con que se bebió la chicha en épocas ya pasadas, hace "creer que la chicha no careció de acción en la degeneración de la raza indígena"; hoy, no obstante que se la usa frecuentemente, no es posible señalar casos de toxifrenia, debida a la bebida de los antiguos peruanos.

4. Ĥonorio F. Delgado.—"El psicoanálisis en sus aplicaciones extrapsiquiátricas".—Artículo interesante por más de un concepto; encierra tal abundancia de hechos y de atisbos psiconalíticos que remitimos al lector interesado al original, en la imposibilidad de suministrar una idea, aunque vaga, general.

BIBLIOGRAFIA

CONSIDERATIONS SUR L'ENTERO-TRICHOCEPHA-LOSE ET LA TRICHOCEPHALOSE APPENDICULAIRE por el doctor Alfredo da Matta.—París, 1917.

El distinguido médico de Manaos, presenta en este trabajo dos interesantes observaciones clínicas: una de enterotricocefalosis, que produjo una anemia intensa (580,000 eritrocitos) y con un sindroma enterítico, y en el cual la necropsia reveló la existencia en el intestino de la enorme cifra de 886 tricocéfalos; otra de apendicitis tricocefalósica, pues la autopsia comprobó la presencia de 11 tricocéfalos en el apendice que presentaba lesiones de necrosis en algunas regiones.

EIS O QUE SE DEBE SABER SOBRE A SYPHILIS por el doctor Luis Oscar Romero.—Río de Janeiro 1917.

Los peligros de la sífilis, se han expuesto muchas veces y por numerosos autores, pero, es indudable, que Luis Oscar Romero ha encarado el tema, con decidido entusiasmo y sincero amor. En una serie de Conferencias desarrolló este tema médico social, conferencias que al reunirlas han constituído un libro de 200 páginas.

Comienza por definir lo que se entiende por sífilis, como penetra el agente específico en el organismo humano, reseñando una por una las diversas maneras como se adquiere la sífilis; aborda enseguida la descripción de la dolencia y todas las manifestaciones clínicas de la enfermedad; estudia despues el diagnóstico y el tratamiento, para terminar con algunas consideraciones sociales sobre prostitución, matrimonio del sifilítico y educación sexual.

Felicitamos muy sinceramente a nuestro compatriota, que en la ciudad de Río de Janeiro hace labor tan simpática y merecedora de la más justiciera alabanza.

NOUVELLE METHODE DE VACCINATION ANTI-TYPHOIDIQUE. LE LIPO-VACCIN T A B, par le Dr. Le Moignig, médecin de Ire classe de la marine, et le Dr. Sézary, ancien Chef de Clinique a la Faculté de médecine de Paris, 1918, 1 vol, in-16, 80 pages cartonné, 2 francs.

(Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)
Todos los médicos reconocen hoy la eficacia de la vacunación preventiva contra las fiebres tifoideas y paratifoideas.

Los métodos actuales tienen el inconveniente de una cierta

toxicidad y de la multiplicidad de las inoculaciones.

Le Moignic y Sezari han llegado a obtener una vacuna con excipiente oleoso, hipotoxica, no necesitando sino una sola in-yección, es la *lipovacuna*.

He aquí los principales capítulos de este libro:

Consideraciones sobre los principios de la vacunación antífica.—Inconvenientes de las vacunas con excipiente acuoso.—Principios de las vacunas con excipientes oleoso.—Preparación de la lipovacuna.— Técnica de la vacunación por la lipovacuna T A B.—Reacciones clínicas consecutivas a la inoculación de la lipovacuna T A B.—Reacciones humorales en los sujetos vacunados con la lipovacuna T A B.

REVISTA MEDICA DEL URUGUAY, publicación mensual, órgano oficial de la Sociedad de Medicina de Montevideo. He aquí el sumario de esta importante revista médica uru-

guaya (No. 10 octubre de 1918—Tomo XXI, Año XXI):

Transfusión de sangre.—Agote.

Aplasia costal.—Butler.

Nefropexia por vía transperitoneal.—Mérola.

Dos casos de esplenectomía.—Mérola.

Oftalmoplegia palúdica.—Mussio Fournier.

Sociedad Médica del Uruguay, Sociedad de Cirugía, Sociedad de Pediatría, Análisis y Extractos, Anexos.

Expiriterance i establis a correctional visit (acres) alles alles alles and acres and acres alles and acres acres and acres acres and acres acre

La Crónica Médica

REDACTORES

LEONIDAS AVENDAÑO.—MANUEL A. VELASQUEZ

MAX. GONZALES OLAECHEA.—HERMILIO VALDIZAN

EDUARDO BELLO.—ROMULO EYZAGUIRRE

LUIS de la PUENTE.—EDMUNDO ESCOMEL

CONSTANTINO J. CARVALI O.—CARLOS E. PAZ SOLDAN

CARLOS MORALES MACEDO.—CARLOS A. BAMBAREN

AÑO XXXV .- 1918



Sanmartí y Cía.

Calle San Pedro, 389 y 392
Universidad Nacional Mayor de San Marco