La Crónica Médica

AÑO XXXV—LIMA, DICIEMBRE DE 1918.—N.º 666

UN NUEVO CASO DE ESPIROQUETOSIS BRONCO PULMONAR

Por el Dr. RAMON E. RIBEYRO

Profesor de Parasitología en la Facultad de Medicina

La circunstancia de haber observado un caso de *espiroquetosis bronco-pulmonar* de Castellani, poco despues del que acaba de señalar nuestro distinguido compañero doctor Anibal Corvetto, jefe del Dispensario antituberculoso "Juan M. Byron" (*"Anales de la Facultad de Medicina de Lima"* N.º 5.—setiembre-ocbre. 1918), nos mueve a hacer esta publicación q' da mayor interés a la observación del doctor Corvetto.

La enfermedad ha sido señalada, por primera vez por Castellani, quien en 1904, observó un caso crónico y en 1909 comprobó la forma aguda de la afección. El número de casos observados hasta hoy, es considerable; la enfermedad se ha encontrado en la India, en Filipinas, en varios lugares de Africa, en los E.E.U.U. de América, en Suiza, en Servia y en Francia. El caso que ha observado el doctor Corvetto y el que historiamos hoy, son los primeros que se publican en el Perú. No tenemos tampoco noticia de casos análogos observados en Sud América.

No tenemos la intención de hacer un resumen de nuestros conocimientos sobre esta dolencia, y remitimos al lector que se interese por este tema a los trabajos de Castellani (*"La Presse Medicale" 1917), Violle ("Bulletin de la Soc. de Path. Exotique"*, 1918) Fantham *(Ann. of Trop. Med. and Parasitology.* 1915) y, el trabajo de Corvetto, ya citado.

La enfermedad se presenta bajo dos formas: una *forma crónica,* apirética, de larga duración, que se confunde frecuentemente con la tuberculosis pulmonar, y una *forma aguda,* febril, que dura 6 u 8 días aproximadamente. El caso de Corvetto corresponde a la *forma crónica,* el que señalamos nosotros, a la *forma aguda.*

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

Los espiroquetes se presentan en el esputo en número considerable. En los primeros días de la enfermedad se pueden observar 6 a 10 y más en cada campo microscópico. Como lo han hecho observar todos los autores son de formas y dimensiones muy variables. Fantham que ha hecho un estudio comparativo de estos espiroquetes, hace notar que el *Sp. Bronchialis o de Castellani* es más largo y se colorea menos intensamente que los otros espiroquetas de la boca *(Sp. Dentium Sp. Buccalis)*. En las preparaciones que hemos hecho con las sustancias básicas de anilina (Violeta de genciana, Fuchsina etc.), la coloración es poco intensa. En cambio, se obtiene muy buenas preparaciones por la impregnación con el Nitrato de Plata. Hemos empleado con muy buen resultado el método de Fontana Tribondeau. En las preparaciones teñidas por este procedimiento, se observan al lado de espiroquetes intensamente teñidos, otros muy pálidos, pero que contienen cuerpos redondeados, negruscos regularmente esparcidos y que deben corresponder a los cuerpos cocoides, de Laveran y Mesnil. Para Fantham estos cuerpos cocoides, formas de reproducción y de resistencia, de ben jugar un papel importante en la trasmisión directa de la enfermedad o por intermedio del aire.

En el caso que estudiamos, la enfermedad ha durado algo más de lo que han señalado hasta hoy, diversos observadores. Castellani, Netter, etc., dan como duración máxima de la forma aguda, un plazo de una semana. En el caso por nosotros historiado, la enfermedad ha durado cerca de 30 días. Como puede juzgarse por la gráfica adjunta, la marcha de la temperatura ha sido muy variable. En ciertos días tuvo oscilaciones periódicas que nos hicieron pensar en la posibilidad de una ininfección palúdica. El examen de la sangre no reveló la presencia del *Plasmodium de Laveran.*

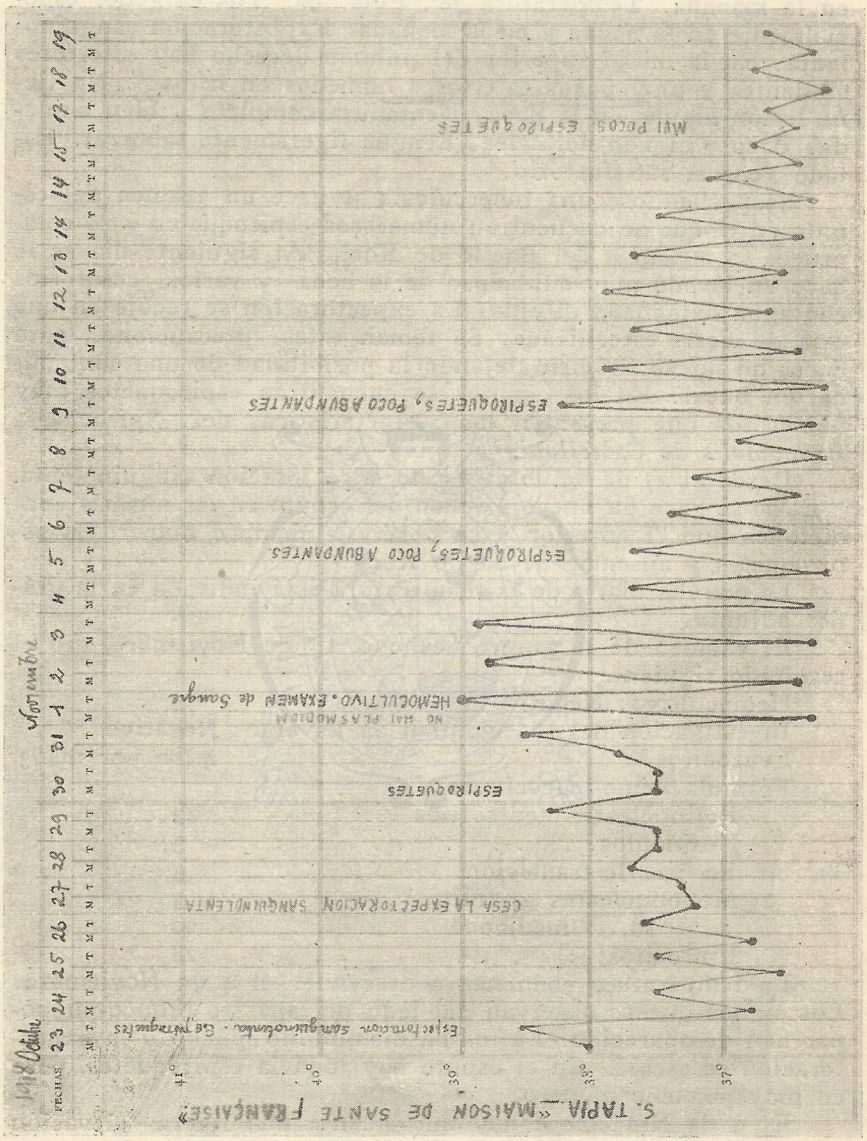
Las razas asiáticas parecen especialmente sensibles a esta infección. En este caso, se trataba de un japonés que tenía 8 años de residencia en Lima. No es por lo tanto de presumirse que sea éste, un caso importado, desde que durante este tiempo el sujeto ha gozado de buena salud. Es más probable, que la infección haya sido adquirida por contagio.

Tratándose de una enferemedad contagiosa y muy fácilmente trasmisible, conviene tener siempre presente la posibilidad de esta infección para precisar el diagnóstico y adoptar las precauciones profilácticas convenientes.

He aquí la historia del enfermo:

S. Tapia, doméstico, japonés, de 30 años, con 8 años de residencia en Lima. Está enfermo desde el 17 de Octubre con fiebre, tos y expectoración sanguinolenta. Ingresa a la Maison de Santé (Servicio del doctor Aljovín) el 23 de octubre de 1918

Universidad del Perú. Decana de América



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

en la mañana. Temperatura 38°. Puls. 96. Tos exigente especialmente en la noche y en la mañana. Expectoración sanguinolenta. En la mitad superior del pulmón derecho hay estertores sibilantes y muy pocos estertores húmedos en la base. No tiene lesión alguna en la boca. Dentadura completa y bien cuidada. Bazo e hígado normales. Lengua ligeramente saburral. Estado general satisfactorio.

Sospechándose una tuberculosis se hace un examen del esputo en el que se encuentran numerosos espiroquetes y se comprueba la ausencia del Bacilo de Koch. Al siguiente día se le hace un lavado muy cuidadoso de la boca y varios colutorios con agua oxigenada diluída. La expectoración se recoje en una caja de Petri esterilizada. Se toman estas precauciones, para hacer un nuevo examen alejando la posibilidad de una contaminación bucal. En los esputos se encuentran espiroquetes muy numerosos que presentan las características del *Spirochaeta Bronchialis de Castellani.*

Desde el 27 de octubre cesa la expectoración sanguinolenta. El 30 se hace un nuevo examen del esputo en las mismas condiciones que el anterior y se observan siempre numerosos espiroquetes y ausencia de bacilo Koch.

La marcha diaria de la temperatura está indicada en la gráfica adjunta.

El examen de la sangre hecho el 1.º de Noviembre, dió el resultado siguiente:

Hemocultivo: Negativo.

Investigación del Plasmodium de Laveran: Negativo.

Leucocitos 4.400 por m.m3.

Fórmula hemo-leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos	43 %
Eosinófilos	3
Formas de transición	3
Mononucleares grandes	3
Id. medianos	20
Linfocitos	28

La temperatura comienza a descender el 4 de Noviembre. Los signos que se observan del lado del aparato bronco-pulmonar han desaparecido. La tos ha disminuído mucho y la expectoración es escasa. En el esputo hay todavía espiroquetes, pero en muy pequeño número.

El 9 de Noviembre hay nuevamente una ligera elevación térmica le expectoración muy escasa, contiene espiroquetes. No hay signos del lado del pulmón. Estado general, muy satisfactorio.

El 17 de Noviembre la expectoración es muy escasa. Un nuevo examen revela la presencia de muy pocos espiroquetes. No hay bacilo de Koch.

El 19 del mismo mes el enfermo sintiéndose muy mejor abandona el Hospital.

Noviembre de 1918.

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

Clínica médica del Hospital "Dos de Mayo"

SOBRE UN CASO DE ENFERMEDAD DE HODGKIN

Lección clínica

Por el doctor ERNESTO ODRIOZOLA

El caso de que hoy nos vamos a ocupar, no es raro entre nosotros. Casi todos los años, en efecto, alguno de ellos ha caído bajo nuestra observación, de suerte que merece ser analizado con interés, a pesar de los pocos recursos con que hoy contamos para detener su desarrollo.

Por otro lado, los caracteres que lo distinguen, tienen una fisonomía especial, digna de amplios desenvolvimientos.

Se trata del enfermo que ocupa la cama N.º 49 de esta sala. Es de 39 años de edad, natural de Lima.

Sus padres han muerto ambos, de "afecciones cardiacas". Tiene tres hermanos, uno de los cuales, mujer, dice que es "enfermiza"; los otros dos son sanos. Es casado; su mujer es sana.. De sus ocho hijos, uno falleció víctima de una fiebre tifoidea; los otros viven y gozan de buena salud.

Refiere haber sufrido de "sarampión," en su infancia y una infección "variolosa", hacen seis años.

Concurrió a la escuela hasta la edad de 15 años, de donde salió para emplearse en un almacén de comercio y después siguió el oficio de tipógrafo, abandonándolo para entrar al servicio de la Escuela de Salesianos, en el taller de zapatería, donde ha permanecido hasta la fecha.

Hacen diez años, dejó esa ocupación por pocos meses, y se destinó como motorista en las Empresas Eléctricas Asociadas.

Ahora siete meses, entró a este mismo servicio que estaba entonces en la sala de San Luis, en donde arrojó una tenia.

Su enfermedad actual data de los últimos días de marzo de 1915. Un simple catarro se transformó, dice él, en "constipado verde", significando con este calificativo la resistencia incoercible de sus *trastornos traqueo-brónquicos* que sufría Poco tiempo después se desarrolló una *tos persistente* y un aumento del *volumen del cuello,* con *abultamiento de las venas* correspondientes y dificultad *respiratoria,* la cual producía un *ruido* y una *opresión* muy mortificantes. Un profesional le aconsejó entonces que dejara su oficio y se trasladara por algunos meses al campo. Después pidió consejo al doctor Gastañeta quien en unión del doctor Campodónico, efectuó una radioscopía del torax, descubriéndose la existencia de masas *ganglionares mediastínicas* y de una lesión *cavernosa* en el vértice del pulmón derecho.

Hacen 15 días ingresó en el servicio del doctor Gastañeta y el 31 del mes último en esta clínica.

El enfermo declara haber abusado antes de las bebidas alcohólicas a los que atribuye su estado actual. Niega todo antecedente venéreo, no presentando en efecto huella alguna de ellos en sus órganos genitales.

El aspecto de este hombre, no deja, desde el primer momento, de llamar la atención. Su cara está vultosa, de un tinte violado, anormalmente dilatadas la vena frontal mediana y las temporales, sus ojos inyectados, sus labios un poco cianóticos, el cuello más desarrollado en proporción, con sus venas igualmente turgentes, la mucosa de la boca ostenta también una coloración algo oscura, con dilataciones varicosas dibujadas en la úvula. La exploración del cuello descubre la existencia de *ganglios, duros,* un poco *dolorosos, aislados* y respartidos en uno y otro lado. El menor esfuerzo en este hombre, provoca una crisis *dispneica* que aumenta la turgencia y la coloración oscura de esas partes, crisis que se vá calmando paulativamente.

La región anterior del tórax, aparece también *vultuosa,* con numerosas venas dilatadas, de aspecto varicoso, notándose igual cosa en el abdomen, en donde se marcan turgentes las venas laterales.

La exploración de las axilas, permiten descubrir la existencia de *glanglios,* más pronunciados a la izquierda que a la derecha; *duros,* menos *dolorosos* que los del cuello, *aislados,* pues ruedan bajo la presión de los dedos. En las ingles se notan igualmente ganglios, pero menos voluminosos; no se encuentran en los huecos poplíteos.

El examen de los pulmones, revela la existencia de estertores *sibilantes,* en uno y en otro lado, por delante y por detrás, más marcados a la derecha que a la izquierda; la respiración es *encanutada.* En la base del pulmón *derecho,* hay una disminución considerable de las vibraciones vocales, con *macicez,* pero *sin broncofonía* ni *pectoriloquía* áfona. Se trata, como ustedes pueden comprender, de un *derrame* de la cavidad pleural de ese lado, que ocupa el tercio inferior. El *corazón,* no manifiesta alteración alguna apreciable, salvo una dilatación de sus cavidades derechos. El *hígado,* aparece abultado por arriba, pero la existencia del derrame, quita todo valor a la macicez que se nota por delante y lateralmente, en relación con el hígado.

El *bazo* no aparece aumentado de volumen.

El análisis de la orina sólo ha revelado vestigios de *serina.*

El examen de la sangre descubre una *leucocitosis* relativa (3.020,000 hematies por 9,300 leucocitos, con aumento de los polinucleares 88 %).

A este enfermo se le ha practicado una cuti-reacción *tuberculínica* que parece haber sido positiva.

Se ha hecho también la punción de un ganglio del cuello y se ha inoculado un cuí.

De todo lo que acabo de referirles, se infiere que este hombre tiene una *políadenitis*, diseminada, muy apreciable en el cuello y en las axilas, pero cuyo mayor desarrollo se encuentra en el *interior del tórax*, como lo manifiestan los signos de compresión y el examen radioscópico. En efecto, la vultuosidad de la cara, con su tinte violaceo, la anómala dilatación de las venas del cuello, el *edema oscuro de ambos brazos*, más pronunciado a la izquierda que a la derecha, están demostrando serias dificultades de la circulación de retorno, por compresión de los *troncos venosos braquiocefálicos* y posiblemente de la *vena cava superior*. Como una lógica consecuencia, existen una *dilatación* de las cavidades derechas del corazón que entorpece la descarga de la vena cava inferior, de donde resulta la dilatación de las venas superficiales del abdomen. La palpación profunda de esta cavidad, no permite descubrir la presencia de *ganglios*, pero esto no quiere decir que dejen de existir en las profundidades inaccesibles.

Esta *hipertrofia ganglionar difusa y casi generalizada*, está constituída por pequeños tumores, duros, resistentes, algo dolorosos en el cuello, sin adherencias a las partes profundas, como tampoco a la piel. En ninguna de las regiones accesibles en que se encuentran, se descubre tendencia alguna al *reblandecimiento* y a la *fluctuación* y su evolución parece haber sido simultánea y relativamente *rápida*, caracteres todos de una importancia innegable para los fines diagnósticos.

En resumidas cuentas, se trata, como ustedes ven, de una *hiperpasia ganglionar*, de desarrollo *violento*, sin causa aparente.

Un hecho sobre el cual debemos insistir, es que en este enfermo, no hay *leucemia* ni *leucocitosis* marcada, en buenas cuentas, comprobándose tan sólo una *polinucleosis*.

La nota culminante en este enfermo, como ya pueden ustedes comprenderlo, es la existencia de una *adenopatía intratoráxica muy desarrollada*, como lo prueba la intensidad de los fenómenos compresivos, fenómenos que han progresado con insólita violencia.

Hay evidentemente formas de *tuberculosis ganglionar* que semejan este tipo, pero la *tuberculosis traqueo-brónquica*, no es enfermedad que se vé en la edad de este hombre. Cierto es que ha habido, según se dice, una cuti-reacción *positiva*, pero es de llamar grandemente la atención, la rapidez con que han marchado las cosas, en este enfermo, la *dureza* y la *independencia* de los ganglios accesibles, sin vestigios de *peri-adenitis*, carácteres todos que no se conforman con las apariencias ordinarias de la *tuberculosis ganglionar*.

Por estas razones, creemos que nuestro enfermo pertenece a la categoría de lo que se designa con el nombre de *linfadenia aleucémica*, o *adenia de Trousseau*, o *pseudo-leucemia* de *Conheim*, o *enfermedad* de *Hodgkin*, que fué uno de los primeros autores que la describió con detalle, emancipándola como una

Universidad del Perú. Decana de América

entidad nosológica especial.

Nuestro malogrado colega el doctor *Matto*, sucumbió a consecuencia de ella. El jugo extraído de uno de sus ganglios fué negativo, en lo que se refería a la presencia del bacilo de Koch y la inoculación de un cuí dió el mismo resultado, de manera que la idea de una *tuberculosis ganglionar* no es aceptable.

Debo hacerles observar que macroscópicamente, el aspecto ganglionar, así como el de otros órganos, es casi idéntico, pues la gran *hiperplasia linfoidea* en unos y en otros, engendra muchas veces focos *necrobióticos* que adquieren toda la apariencia de degeneraciones *caseosas*, de los que sólo se distinguen por la *ausencia del bacilo de Koch* y los resultados *infructuosos* de las inoculaciones.

Con nuestro enfermo, hemos hecho también practicar algunas punciones de los ganglios y hecho practicar inoculaciones, cuyo resultado debemos pronto conocer.

Generalmente los ganglios del *cuello*, son los primeros atacados y producen deformaciones diversas que transforman radicalmente el aspecto de la fisonomía. A esta categoría pertenecen, casi todos los enfermos que hemos observado antes de ahora, pero el actual, se separa de este tipo, porque apesar de haber numerosos ganglios en el cuello, no han adquirido todavía el volumen necesario para provocar esas deformaciones, sin que sin embargo se deje de notar en él un cuello anormalmente desarrollado, pero más por causa de la turgencia de la región derivada de las grandes dificultades de la circulación de retorno.

Esta circunstancia nos autoriza pues, para pensar, que en este enfermo, la *hiperplasia gangionar* tiene localización *especial* y preferente en el interior del torax, en donde manifiesta una violencia superlativa que hace su pronóstico infinitamente más grave.

En algunas ocasiones, esta localización se realiza en los ganglios *intra-abdominales*, pudiendo conglomerarse los ganglios en tal cantidad que simulan tumores más o menos desarrollados. *Osler* cita el caso de un cirujano alemán que diagnosticó un fibroma en una mujer y que al operarla, se encontró con un *conglomerado ganglionar gigantezco*.

Es preciso, pues no olvidar que estos ganglios pueden reunirse, fusionarse y formar masas tumorosas, a veces muy desarrolladas.

En uno de los años pasados, vimos, en esta misma sala, un enfermo de esta clase, que llevaba una vasta cicatriz en el lado derecho del cuello. La magnitud del tumor obligó a un cirujano a extirparlo, sin resultado naturalmente, pues casi a raiz de ella, nuevas masas se agruparon en el mismo lugar, revistiendo la misma forma y desarrollo. Este hombre, como todos los demás que afectan esta terrible agudeza, acabó por sucumbir, en corto plazo.

Estos ganglios generalmente no supuran, pero sin embargo

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

en uno que otro caso, llegan a tal desarrollo que resblandecen la piel, la contaminan y la abren. La misma trama histológica de los ganglios, a mérito de la *violenta hiperplasia linfoidea,* imprime al ganglio más o menos resistencia que puede ir hasta la fluctuación.

Los ganglios hipertrofiados son generalmente indoloros. Sin embargo, cuando se desarrollan sobre el trayecto de filetes nerviosos sensitivos, pueden ser dolorosos, por lo menos a la presión: esto es lo que ocurre con nuestro enfermo, cuyos ganglios cervicales, son dolorosos cuando se les palpa con alguna insistencia.

El *bazo,* en nuestro enfermo, no parece aumentado de volumen, ni la sangre está alterada en proporciones significantes. Esto acontece frecuentemente en la enfermedad de *Hodgkin,* por eso algunos autores le reservan el título de *linfadenia aleucémica o de pseudo-leucemia,* para incorporar en esta denominación esos dos caracteres: de *hipertrofia ganglionar sin alteraciones leucocitarias manifiestas.*

La evolución de esta enfermedad es variable, habiendo casos *benignos, mediocres* y *graves,* pero el fin constante es la muerte. Yo he tenido ocasión de ver durante mi vida profesional, muchos de estos enfermos, pasan de treinta y todos ellos, cuya gran mayoría he podido seguir, han sucumbido.

La naturaleza de la enfermedad, permanece, hasta este momento, envuelta en las sombras más impenetrables, pero nos parece fuera de duda que debe tratarse, como muchos lo piensan, de un agente *microbiano.* La aparición de la *fiebre,* en un momento de su curso, que alcanza muchas veces niveles elevados y que afecta una dirección *continua,* con remisiones, constituye un serio argumento en favor de esta idea. Ya, en nuestro enfermo, como verán ustedes, comienzan a hacerse notar temperaturas *subfebriles.*

Los casos en que el desarrollo ganglionar *visceral* predomina, son los más graves y de evolución más rápida, en especial, los pertenecientes a la forma intratoráxica, pues revisten, como el ejemplo que nos ocupa, una malignidad y una violencia inexorables.

En resumidas cuentas, para condensar nuestro pensamiento, diremos que nuestro enfermo sufre de una enfermedad de *Hodgkin* o de una *linfadenia aleucémica,* que esta enfermedad *no es tuberculosa,* sin que nosotros neguemos la posibilidad de la existencia, en nuestro enfermo, del gérmen *tuberculoso,* ingerencia muy aceptable, si se tiene en cuenta la inmensa difusión de este agente que complica todas las enfermedades imaginables, pero lo que nosotros deseamos defender es que la *hiperplasia ganglionar* de este sujeto, con su especial localización intratoráxica y su evolución rapidísima, es *agena* directamente del gérmen tuberculoso.

¿Qué vamos hacer con nuestro enfermo? En otra época y

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

con vistas a la tuberculosis, se han recomendado, los arsenicales, el fósforo, el aceite de hígado de bacalao, el fierro, etc., etc. Inútil es decirles que nada producen.

Los rayos X han sido recomendados recientemente. Su efecto, es más apreciable en las leucemias mielógenas, aplicándolos al bazo, a las masas ganglionares. Desgraciadamente, en nuestro enfermo, la diseminación de los ganglios atacados, invalida su acción general.

Si hemos de hablar de drogas, fácil es comprender que el remedio ideal sería aquel que fundiera el tejido linfoide, es decir una gente *gangliolítico*. Parece que el *benzol*, recomendado muy recientemente por *Coranii*, de Budapest, responde a esta indicación. *Coranii* dice, el benzol ejerce en ciertos linfadénicos, un efecto *leucolítico* y hace disminuír manifiestamente las masas ganglionares. Vamos pues a administrar a nuestro enfermo, el benzol, en gotas o como lo aconseja el Prof. Chauffard, en solución en aceite de olivo, bajo la forma de cápsulas, conteniendo cada una 50 centígramos de benzol. La dosis habitual es de 12 cápsulas por día o sean 6 gramos de benzol.

Parece que esta medicación es bien soportada. Comenzaremos por 3 cápsulas diarias para aumentar progresivamente, vigilando sus efectos.

NOTA.—Los cuis inoculados no dieron resultado alguno.

APORTACION CLINICA AL ESTUDIO DEL TRACOMA EN EL PERU

Por BUENAVENTURA BURGA
Interno de los Hospitales

El tracoma existe en el Perú desde hace más o menos veinte años, como lo afirma el profesor de Oftalmología Ricardo Flores. Su presencia ha sido esporádica, pues, se ha tratado de casos aislados, que no han revestido caracteres epidémicos.

En 1898 el Jefe de clínica oftalmológica Wenceslao Molina, observó dos casos de tracoma, en dos asiáticos.

Según la Estadística del consultorio de oftalmología del Hospital Italiano, se consigna de 1910, sesentisiete casos de conjuntivitis granulosa distribuídos así:

Año 1910.	5	casos
„ 1911.	4	„
„ 1912.	8	„
„ 1913.	6	„

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

„ 1914. . . . . 9 „
„ 1915. . . . . 9 „
„ 1916. . . . . 14 „
„ 1917 . . . . . 8 „
„ 1918. . . . . 4 „

Es menester advertir que la mayoría de los casos de esta Estadística corresponde a extranjeros.

El Tracoma, es enfermedad que en estos últimos tiempos ha sido muy estudiada con el objeto de dilucidar su etiopatogenia.

No obstante que Hesse y Romer han logrado reproducir la enfermedad en el chimpancé, cosa que despues consiguió Bertarelli, con virus tracomatoso que había sido filtrado en una bujía Berkefeld; que Halberstadter y Prowazeck han encontrado inclusiones en el protoplasma de las células epiteliales de conjuntivas tracomatosas, que se conocen con el nombre genérico de *clamidozoarios* y que otros autores han señalado otros agentes causales, la etiopatogenia de la conjuntivitis granulosa no ha sido definitivamente aclarada, pues, Labesannt, en su importante trabajo *"Histología y Patogenia del Tracoma"*, despues de apreciar críticamente los resultados conseguidos, afirma que la oftalmía granulosa no es una entidad mórbida verdadera, que todos los microorganismos capaces de producir una conjuntivitis aguda, pueden generar las alteraciones tracomatosas en personas predispuestas y que, por consiguiente, no es contagiosa por si misma.

Nuestro material clínico es muy interesante, cuando se le estudia, desde el punto de vista de las afirmaciones de Labessan. En efecto, en las cuatro observaciones que presentamos hay antecedentes patológicos bien marcados: heredosífilis en uno; lues adquirida en otro; tuberculosis en un tercero, y en un cuarto, es indiscutible que actúa como factor predisponente la acción mecánica de partículas metálicas como consecuencia de sus ocupaciones (minero). Estas constataciones son tan sujestivas, que insinuamos, su valor patogénico en la enfermedad específica, infecto-contagiosa, llamada tracoma.

Observación número 1.—V. H. de 21 años, natural de Trujillo, de oficio peluquero, ingresó al Hospital de Contagiosos el 2 de julio del presente año.

Antecedentes hereditarios.—El padre padece de los riñones y de reumatismo. La madre es sana. No tiene hermanos.

Antecedentes personales.—Refiere que nació prematuramente, de siete meses, en estado de muerte aparente; que desde los quince años padece con frecuencia de irritaciones de los párpados; que en 1915, entró al servicio de un japonés enfermo de la vista, que a los pocos meses comenzó a sentir pesadez en los párpados y una cierta molestia en la vista que le impedía trabajar.

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

En esta época hizo su aparición una mancha córneana acompañada de enrogecimiento de la conjuntiva, lagrimeo y fotofobia. En enero de 1916, recibió el diagnóstico de tracoma y en noviembre del mismo año se le hizo un escobillado de las conjuntivas tarsales sin conseguir mejoría, raspado q' se repitió en febrero de 1918, igualmente sin resultado. En vista de estos resultados se trasladó a la Capital ingresando en el Hospital de Contagiosos.

Examen del enfermo.—Se trata de un sujeto de constitución pobre, anémico, de aspecto caquéctico.

Aparatos circulatorio, respiratorio, urinario locomotor y sistema nervioso y sensorial, normales.

Aparato digestivo: Lengua saburral, vientre balonado, bazo grande e hígado notablemente aumentado de volumen; alternativas de diarrea y constipación.

Sistema linfático: Ganglios cervicales, epitrocleares e inguinales hipertrofiados.

Sistema óseo: normal.

Piel seca y pálida; Mucosas lo mismo.

Al examen de la dentadura se constatan los dientes de Hutchinson.

Reacción de Wasserman, *positiva* (practicada por el doctor I. Bustamante.)

Análisis de orina: normal.

A la inspección de los ojos, se nota los párpados superiores algo infiltrados, lijera ptosis, recubriendo casi la mitad superior de la córnea. No hay lagrimeo, ni fotofobia, la secreción es escasa.

Ojo derecho.—Invertiendo el párpado inferior, se observa que la conjuntiva tarsal y de los fondos de saco está ligeramente inyectada, no se nota la existencia de granulaciones. Invertiendo el párpado superior, se ve la parte tarsal y el fondo de saco conjuntival cubierto de granulaciones; sobre la conjuntiva talsal existen granulaciones poco elevadas, de tamaño de la cabeza de alfiler, irregularmente distribuídas en montones redondeadas, diáfanas y de un color gris rojizo. Sobre el fondo de saco existe una verdadera condensación de granulaciones, de mayor tamaño que las situadas en el tarso. En la parte superior de la córnea se nota una opacidad superficial, grisácea, falciforme, que partiendo del borde superior se detiene cerca de la pupila, sin invadirla. El iris reacciona normalmente a la luz y a la acomodación. Examen del fondo del ojo y agudeza visual: normal.

Ojo izquierdo.—En la conjuntiva tarsal existe una que otra granulación situada en medio de una conjuntiva sana. En el fondo de saco existen gruesas granulaciones que hacen prominencia notable al dar vuelta al párpado. Córnea normal. El iris reacciona normalmente a la luz y a la acomodación.

Examen del fondo del ojo y agudeza visual: normal.

Diagnóstico. Heredosífilis. Oftalmía granulosa doble.

Tratamiento: General por inyecciones de biyoduro de mercurio. Local, raspado seguido de escobillado con bicloruro de mercurio al 1|500, previa anestesia con cloroformo.

Conjuntivitis granulosa (Observación personal)

La operación se terminó con un abundante lavado con solución antiséptica. (Operador doctor M. C. Piérola, ayudante B. Burga)..

Al día siguiente, amaneció con los párpados dolorosos, tumefactos, adematosos y adheridos por coágulos, las conjuntivas inyectadas; se le lavó con oxicianuro y se aplicó, en las conjuntivas del tarso y del fondo de saco, pomada yodofórmica.

El 22 de julio, la tumefacción de los párpados se mantenía casi lo mismo. La conjuntiva bulbar estaba menos inyectada. El tratamiento fué el mismo que el del día anterior.

Después de seguirse duante varios días el mismo tratamiento, desapareció la tumefacción y la inyección conjuntival, las conjuntivas quedaron completamente limpias de granulaciones, con un color rosa claro, conservando únicamente una lijera ptosis del párpado.

Observación número 2.—I. C. de 16 años, natural de Huacho, de oficio agricultor, ingresó al Hospital de Contagiosos el 2 de julio del presente año.

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

Antecedentes hereditarios.—Refiere que la madre, de oficio lavandera, padecía del pulmón y murió a consecuencia de hemoptisis; que el padre falleció cuando aún era muy niño. Tiene tres hermanos; uno fallecido accidentalmente, los otros viven.

Antecedentes personales.—Desde la edad de doce años padece de paludismo; con frecuencia le da influenza y tos. Hace cuatro años le aparecieron casi simultáneamente "manchas" en la parte superior de ambas córneas; a los dos meses sufrió una violenta inflamación de los ojos poniéndose los párpados edematosos, las conjuntivas inyectadas y ofreciendo epifora. Aunque este accidente desapareció a los quince o veinte días, la agudeza visual ha ido paulatinamente disminuyendo.

Examen del enfermo.—Se trata de un individuo demacrado pálido, de aspecto escrofuloso.

Aparato circulatorio, digestivo, urinario, locomotor y sistema nervioso sensorial: normales.

Aparato respiratorio: Hay matitez, aumento de vibraciones y estertores subcrepitantes gruesos en el vértice del pulmón izquierdo, espectoración abundante.

Sistema linfático: Ganglios preauriculares, submaxilares y carotídeos hipertrofiados.

Sistema óseo: normal.

Exámenes de Laboratorio: Reacción de Wasserman: negativa. Bacilo de Koch: *positivo.* Examen de hematozoario: negativo. Cutireacción de Pirquet: positiva.

A la inspección de los ojos se nota los párpados superiores ptosados.

Ojo derecho.—El párpado inferior en ectropión, con la conjuntiva fuertemente inyectada. Invirtiendo el párpado superior se observa que la mucosa conjuntival, tarsal y del fondo de saco ha sido reemplazada casi en su totalidad por tejido cicatricial. Córnea completamente opaca, grisácea, ectasiada.

Visión cualitativa; solo distingue el bulto.

Ojo izquierdo.—Párpado inferior, nada de particular. Párpado superior, espesado, en ligero entropión; invirtiéndolo se nota una superficie cóncava, liza, blanquizca; no hay granulaciones.

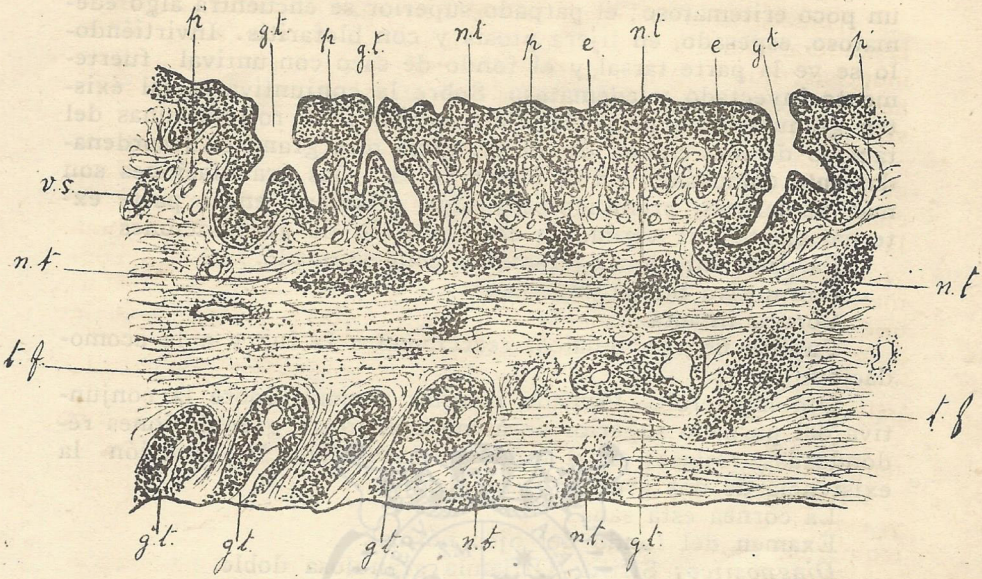
Visión cuantitativa, casi nula. Ectasia de la córnea.

Diagnóstico.—Tuberculosis pulmonar. Oftalmía granulosa; periodo cicatricial. Panus crássus.

Tratamiento.—Además de someterlo a un tratamiento tónico reconstituyente, el 20 de julio se hizo la operación para correjir el ectropión por el procedimiento de Kuhnt. Operador: Doctor M. Piérola.—Ayudante: B. Burga.

A los siete días se quitaron las suturas, quedando el párpado en su posición normal.

De un fragmento de mucosa palpebral, hemos hecho la preparación adjunta:



Corte histológico de conjuntiva tracomatosa en periodo cicatricial.—Obj. 3. Ocul. comp. 4.
Leyenda.—p, papilas.—p', grandes papilas.—gt, glándulas tubulosas.—nt, nódulos tracomatosos.—e, epitelio.—g, infiltración celular.—tf, tejido fibroso.—vs, vaso sanguíneo.

Observación número 3.—G. A., de 30 años, natural de Huancavelica, residente en la hacienda Lurigancho (Lima), ingresó al Hospital de Contagiosos el 25 de agosto del presente año.

Antecedentes hereditarios. Nulos.

Antecedentes personales. Refiere que en su niñez no ha padecido de enfermedad alguna; que a los 20 años ingresó al servicio militar; poco después contrajo un chancro infectante en el glande; ingresando al periodo secundario, que fué tratado en el Hospital Militar. Hace un año, ha comenzado a padecer de orzuelos, de irritaciones de los párpados, epifora y fotofobia.

Examen del enfermo.—Conformación general buena, panículo adiposo, sistema muscular, etc. bien desarrollado.

A la inspección general se notan cicatrices y manchas hiperpigmentadas en los miembros inferiores, sobre todo en las piernas. En el glande, cerca del frenillo se nota una cicatriz profunda.

Ganglios suboccipitales, epitrocleares e inguinales ligeramente, hipertrofiados.

Aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo y sistema nervioso y sensorial: normales.

Sistema óseo: nada de particular.

Reacción de Wasserman: positiva (practicada por el doctor. I. Bustamente). Análisis de orina: normal.

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

Ojo derecho.—A la inspección se nota el ángulo externo un poco eritematoso; el párpado superior se encuentra algo edematoso, espesado, en lijera ptosis y con blefaritis. Invirtiéndolo se ve la parte tarsal y el fondo de saco conjuntival fuertemente inyectado y edematoso. Sobre la conjuntiva tarsal existen granulaciones poco elevadas, redondeadas, rojizas: unas del tamaño de una cabeza de alfiler, otras más grandes, desordenadamente colocadas. En el fondo de saco, las granulaciones son más numerosas, prominentes y algo grisáceas, en la parte externa, existe una verdadera condensación de granulaciones.

Párpado inferior ligeramente congestionado.

Conjuntiva bulbar inyectada.

Córnea intacta.

Pupilas negras, iguales; reaccionan a la luz y a la acomodación.

Ojo izquierdo.—Párpado inferior normal. Sobre la conjuntiva del párpado superior se notan numerosas granulaciones redondeadas, rojizas; en el fondo de saco, llama la atención la existencia de dos gruesas granulaciones.

La córnea está sana.

Examen del fondo del ojo: normal.

Diagnóstico: Sífilis, Oftlamía granulosa doble.

Tratamiento.—Inyecciones de biyoduro de mercurio.

Para combatir la inflamación y la secreción, se prescribió un tratamiento antiflogístico: solución de nitrato de plata al 2|100 en toques, una vez por día. Este tratamiento se siguió hasta el 3 de setiembre en que la inflamación y la secreción desaparecieron, persistiendo únicamente las granulasiones que se habían modificado, poniéndose diáfanas, grisáceas y colocadas en medio de una conjuntiva más o menos sana.

El 4 de setiembre fué operado este enfermo.

Operador: Dr. M. Piérola.—Ayudante: B. Burga.

Se empleó el procedimiento del raspado seguido de escobillado con bicloruro de mercurio al 1|500. El resultado fué por demás satisfactorio, pues el 20 de setiembre que se le examinó, encontramos las conjuntivas completamente limpias, ligeramente blanquizcas.

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

LA GRIPPE EN RIO DE JANEIRO, MONTEVIDEO I BUENOS AIRES.—MEDIDAS PROFILACTICAS I TERAPEUTICAS

Informe presentado a la Dirección de Salubridad

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

El 12 de octubre llegamos a Río de Janeiro, imponiéndonos por la prensa de aquella capital, que en Nicteroy, su ciudad fronteriza, habían aparecido los primeros casos de grippe, de inusitada gravedad, indicando que la llamada "grippe española" se había presentado, importanda de Dakar por el vapor "Demerara" que había traído pasajeros infectados a bordo.

Este vapor es al que se atribuye, asi mismo la llevada de la peste a Buenos Aires en el mismo viaje que realizó de procedencia de Dakar.

Rápidamente se fueron extendiendo los casos iniciándose los primeros atacados en Río, a los cuatro días de nuestro arribo. Cinco días después se hallaban afectados medio millón de personas, paralizándose casi todos los servicios i dando a la hermosísima Capital Carioca un aspecto desolador.

Los travias i autos eran escasísimos, los trenes al interior i del interior se paralizaron, el movimiento marítimo quedó estancado por falta de tripulación, los servicios de hoteles reducidos al mínimo; no llegando los víveres de las provincias, se carecía de carne, leche, huevos, aves i otros alimentos constitutivos para los enfermos.

Se clausuraron todos los teatros i lugares de fiesta, asi como las escuelas. En éstas se improvisaron hospitales que bien pronto resultaron insuficientes para contener el gran número de enfermos. La mayoría de las farmacias se clausuraron por falta de personal i de medicamentos, estableciéndose puestos gubernativos de socorro gratuito, para el pueblo. Los cementerios fueron ocupados militarmente i por enfermedad de sus empleados tuvieron que hacer de enterradores los presos de la cárcel i los de la Escuela Correccional, pues no habían hombres hábiles para tan difícil tarea. Los cadáveres eran conducidos en cantidades diarias cada vez mayores, llegando día en que pasaron de mil los fallecidos por la epidemia.

Los médicos brazileros pagaron fuerte tributo a la epidemia, cayendo heroicamente en el puesto de honor cerca de 27 en 10 días.

En el acorazado Estado-unidense Pittsburg, sobre 650 tripulantes, murieron 117 según afirmaciones de la prensa.

De doscientos médicos con que se inauguró el Congreso Médico solo 32 llegaron a clausurarlo por hallarse los demás enfermos, sin tener por felicidad que lamentar ninguna defunción entre los Delegados extranjeros, lo que no sucedió desgraciadamente con los distinguidos miembros brazileros.

El gobierno del Excmo. Dr. Braz, el Presidente en persona, el Excmo. Ministro del Interior, el profesor doctor Chagas i toda la ilustre pléyade de médicos brazileros, estuvieron a la altura que les colocaba la calamidad nacional, tomando las mejores disposiciones posibles i realizando esfuerzos continuados hasta agotar sus energías.

Las figuras se reliévan heróicamente en medio de los estragos con que, castigaba la catástrofe, a la preciosa capital del Brazil.

Las delegaciones médicas extranjeras, ofrecimos nuestro concurso para ayudar a los hospitalarios colegas en su numerosa i abnegada labor, no habiendo sido aceptados nuestros servicios por un rasgo de aquella caballerosidad exquisita que caracteriza a todas las gentes del Brazil.

Estos datos son necesarios para tener una idea aproximada de la cantidad i calidad del mal que se ensañó contra el país amigo.

Localización.—Se ha podido observar que la epidemia ha sido tanto más mortífera cuanto más cerca del Ecuador se ha desarrollado, disminuyendo la virulencia a medida que descendía del Norte al Sur del Brazil no presentando los mismos caracteres de gravedad ni en Montevideo ni en Buenos Aires (200 a 300 muertos diarios en el momento álgido en esta última capital de más de un millón de habitantes) en la costa del Pacífico, desde Valparaíso hasta el Norte de Chile, la epidemia, si bien muy extendida ha ocasionado mortalidad mucho menor que en las ciudades del Atlántico.

En el Perú por felicidad ha sucedido lo mismo, habiendo sido la epidemia general pero poco grave i si bien en Arequipa se afirma haber existido 5000 casos, muy pocos han sido fatales limitándose a los tarados o insuficientes orgánicos.

En el Cuzco i en Cayllona parece haber sido la mortalidad mayor, pero en ningún caso comparable con las de las capitales del Atlántico.

Sintomatología.—Tres han sido las principales formas en que se ha presentado la grippe a saber:

1.º—La forma respiratoria.

2.º—La forma gastro-intestinal.

3.º—La forma nerviosa.

Primero: forma respiratoria: Se ha observado ésta, desde el simple coriza hasta la bronco neumonia fulminante, capaz de matar al enfermo hasta en 24 horas, como ha sucedido en Río Janeiro, desgraciadamente con mucha frecuencia.

Entre estos dos extremos se han visto las localizaciones en

el cavúm, en las amigdalas, faringe, laringe, traquea, bronquios i pulmones.

La invasión ha sido casi siempre brusca, precedida por un escalofrío de intensidad proporcional a la gravedad del ataque.

La postración era síntoma precoz con caracteres de grande intensidad. El enfermo se hallaba súbitamente aplanado física i moralmente imposibilitado para todo movimiento. Han habido enfermos entre los más desvalidos de los suburbios, que casi han conservado una sola posición entre su caída i la muerte, sobrevenida veinticuatro o cuarentiocho horas después.

La fiebre sobrevenía en seguida i ha fluctuado entre 37 grados i medio i 40 i aun 41 grados, cayendo casi en crisis en la mayoría de los casos graves curados.

Sensación de desagrado en la mucosa nasal i sequedad en la garganta i ronquera precóz eran los síntomas pertenecientes a las infecciones de las vías respiratorias superiores.

La toz se presentaba rápidamente, cuando el bacilo se cultivaba en la laringe, traquea, bronquios o alveolos pulmonares; ésta era persistente, fuerte muy molesta, aumentando la cefalea i determinando algias variables en los músculos torácicos respiratorios.

Sed intensa, sudoración abundante i disminución de la secreción urinaria se añadían a los síntomas anteriores.

La expectoración ha sido la mayoría de las veces clara, casi espumosa i en las formas graves, pulmonares, súbitamente hemoptoica.

Pocas veces hemos visto los esputos numulares o purulentos, ni menos herrumbrosos.

Duración.—Esta forma según su localización ha durado entre dos i diez días. En los casos sencillos el enfermo podía abandonar el lecho al tercer día, sintiéndose bastante debilitado en todas sus energías físicas i morales i con los latidos cardiacos astenizados i aún con falsos pasos sincopales, que si eran de alguna duración, llegaban a determinar la muerte de muchos enfermos convalescientes después de la realización de movimiento brusco, particularmente.

La forma bronco-neumónica inicial, ha tenido una duración variable entre 24 horas en los casos sobre agudos i 8 a 10 días en los casos corrientes. En estos, la temperatura ascendía hasta cerca de 41 grados, los estertores sibilantes invadían zonas más o menos vastas de los pulmones en proporción con la enfermedad.

Terminación.—Los casos fatales más frecuentes han sido debidos a asfixia por edema pulmonar. Se han observado asi mismo por síncope cardiaco, sea en el curso de la enfermedad, sea en la convalescencia.

En los casos curables se ha presentado una crisis más o menos violenta entre el 8.º i el 10º día; en algunos casos la defervescencia se ha hecho en lisis.

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

Tratamiento.—En el Brazil como en la Argentina, se han empleado de preferencia los antitérmicos i estimulantes primero, los expectorantes i estimulantes después, procurando sostener al corazón para que no flaquée en los accesos sincopales i evitando en lo posible los edemas i estásis pulmonares por medio de las ventosas secas o escarificadas repetidamente empleadas.

Quinina, piramidón, aspirina, quina, kola, canela, digital, esparteina, estrofantus, benzoato de sola, clorhidrato de amoniaco, terpina, gomenol i eucaliptol han sido usados con profusión

También se han empleado las inyecciones intravenosas de colargol, de electrargol i aún de licor de Vanswieten;—Vacunas i sueros no han dado resultados netos.

Como se ve no ha existido un tratamiento específico, limitándose al empleo del sintomático.

Forma gastro intestinal.—Esta ha sido bastante frecuente; su gravedad en algunos casos se ha presentado tal que los enfermos morían en las calles en veces en el momento de efectuar una deyección. Estos casos hicieron creer, por un momento al público que el cólera o la fiebre amarilla se habían presentado en Río, más los estudios concienzudos del profesor doctor Chagas, demostraron que no había otro agente patógeno que el de la grippe.

La invasión se hacía brúscamente casi siempre, predominando como síntomas la gran postracción, la diarrea coleriforme o disenteriforme; la fiebre era constante observándose vómito algunas veces.

El número de heces muy variables, ya sean excrementicias i rápidamente disentéricas o hemorrágicas desde el primer momento con tenesmo más o menos intenso.

Por un tiempo variable, i dependiendo de la intensidad del mal o bien se suspendía poco a poco la sangre i la diarrea, llegando el enfermo a la curación lenta, o bien la diarrea se hacía más profusa i el enfermo moría en un acceso sincopal o en intenso colapso.

Tratamiento.—El más empleado ha consistido en el uso de los absorventes (bismuto, tanígeno, creta, opiaceos) i de la adrenalina que ha tenido eficaz acción sobre el elemento hemorrágico i cardiaco. También se han empleado los tonicardiacos i estimulantes, como el aceite alcanforado, subcutáneamente. La dieta estricta de hidrocarbonados i a veces mucilaginosos puros.

Forma nerviosa.—Ha sido menos frecuente i de menor intensidad que las anteriores, no obstante de haber producido casos de enagenación mental súbita i casos de suicidio, más como han sido raros me reservaré el no entrar en mayores detalles acerca de ella.

Forma Exantemática.—Esta ha sido menos frecuente aun que las que preceden; más perfectamente neta dando lugar a

Universidad del Perú. Decana de América

ser confundida en los primeros momentos con el tifus exantemático.

Esta forma además de los síntomas de fiebre i postración características de la grippe, se ha caracterizado por la presencia de un exantema más o menos persistente, pero muy claro, extendido en la piel.

Agente Causal.—Tanto en el Instituto Oswaldo Cruz de Río, como en el Instituto de Bacteriología e Higiene de Buenos Aires i en los laboratorios de Montevideo se ha encontrado morfológica i culturalmente al bacilo de Pfeiffer tanto en las secreciones respiratorias como en las digestivas. Algunas veces se ha hallado al pneumococo, al estreptococo al estafilococo en las primeras i al bacilo coli o a sus similares en la segunda, por manera que la denominación de grippe dada hasta hoy es correcta hasta nueva orden. Si se ha presentado bajo la forma hipervirulenta simplemente o si se le ha asociado algún virus filtrante es pregunta que el tiempo solo resolverá.

El señor profesor doctor Kraus nos mostró cultivos tomados de la atmósfera de Buenos Aires. Es curioso el que en uno de los buques que hacen la carrera en el Pacífico, habiendo grippe a bordo i en toda la costa de Chile, comprobamos un día en una de las jaleas que me servían como postre, colonias microbianas de aspecto morfológico absolutamente análogo al que observamos en el Instituto Bacteriológico de Buenos Aires.

Factores de Mortalidad.—Tres nos han parecido los factores que han contribuílo al grado que lo ha hecho, la mortalidad ocasionada por la grippe.

1.º—A la exaltación de la virulencia del parásito o a la presencia de un agente nuevo no descubierto.

2.º—A la constitución orgánica de los enfermos; i

3.º—A las condiciones climatológicas.

La exaltación de la virulencia está demostrada por la energía con que atacó a los delegados extranjeros en Río de Janeiro i por la manera como se ensañó en contra de los corpulentos i fuertes marinos americanos del Pittsburg cuya constitución es notoriamente más desarrollada que la de los habitantes originarios de Río.

Esto últimos, por el hecho de vivir en país tropical, poseen la anemia i las insuficiencias orgánicas peculiares a los moradores de los países cálidos.

El calor ha desempañado en este caso rol excepcional, aumentado la virulencia del parásito i disminuyendo la defensa orgánica de los atacados.

Más esta no es, la característica biológica del Pfeiffer que todos conocemos, lo que nos hace que o bien se trata de una raza de bacilo modificada o bien existe algo más que aún ha escapado a las más esmeradas i sapientes investigaciones científicas.

Medidas profilácticas.—Tratándose de una enfermedad cuyo agente causal se propaga por el aire, que se encuentra en las

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América

secreciones de los aparatos respiratorios i digestivos (únicamente en Arequipa he tenido la ocasión de comprobarlo en la orina) i que se propaga, además de los métodos ordinarios, por los esfuerzos de la tos, que los proyecta a más de 1 metro i medio del enfermo o del convalesciente; que va en la moneda(particularmente en el papel), en los sobres de las cartas(por la saliva que se emplea para disolver la goma de ellos i para pegar las estampillas), por los esputos de las calles desecados i levantados con el viento, por los pañuelos i otras ropas de las lavanderías, por los servicios de hoteles i de casas particulares, por los besos, por las manos, bien se comprende que "cualquier profilaxia es dificiente i que la epidemia se propaga con la rapidez de los trenes expresos que conducen a los epidemiados" más si una profilaxia perfecta es casi imposible científica i absolutamente hablando, es sin embargo posible hacer mucho por aminorar su diseminación i disminír su mortalidad. Mencionaré las medidas puestas en práctica por los tres países sud-americanos bañados por el Atlántico.

Dada la intensidad fulminante de la propagación de la pandemia, pocas han sido las medidas profilácticas puestas en práctica en los primeros momentos del ataque.

La verdad primordial, que por la fuerza de los hechos se ha impuesto como un axioma, ha sido la de la "Restitución de Lazaretos i cuarentenas". La epidemia ha encontrado a algunos de ellos incapacitados para llenar sus fines científicos, siendo las cuarentenas en los estrechos e incómodos recintos de los buques i sus camarotes, crueles i antihumanas en el sentido de la profilaxia epidémica, como sucedió con el vapor infectado Isabel de Borbón que trajo de España un gran número de pasajeros muchos atacados i algunos muertos por la grippe.

El buque infectado debe llegar al puerto i encontrar un lazareto perfectamente acondicionado para recibir a todo el pasaje, con el fín de sometérsele a cuarentena i procederse a una desinfección total del navío i de las ropas de los pasajeros, hecho con *conciencia científica* i no meramente por salvar una fórmula.

Montevideo cuenta con un magnífico Lazareto en la Isla de Flores, el que reune todas las condiciones que la profilaxia moderna exige.

La restitución de lazaretos i cuarentenas es un hecho tan reclamado como el cercamiento externo de los "Open door", para evitar las escapadas periódicas de los locos. Los manicomios modernos deben constituír ciudades, los más vastas posibles, con la mayor libertad para los enagenados, más como estos seres, de forma humana siempre i de psicología de bestias muchas veces, tienen de cuando en cuando sus retornos a la fiereza, deben hallar el gran cerco circunferencial que limite sus ímpetus de libertad i su acción peligrosa para la sociedad. Pasada por alto la disgresión, en homenaje a cierta analogía, vuelvo a la epidemia.

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

En las tres naciones del Atlántico, la primera medida en que han estado uniformes en poner en práctica ha sido la de clausurar todos los lugares de reunión por un tiempo, no menor de un mes, a saber escuelas de enseñanza primaria, secundaria i superior, teatros, cinemas i otros lugares de diversión, los cafés se cerraban muy temprano. Se prohibieron en la medida de lo posible las visitas a hospitales i cementerios.

En el Brazil, se procuraba no dar la mano al saludarse a fin de evitar este medio de contagio. En Buenos Aires se prohibió el escupir en las aceras, no haciéndose extensiva la prohibición a la calzada en razón de la falta de escupideras públicas. En cambio todas las noche las compañías de bomberos i los servicios municipales de regadío, practicaban un minucioso lavado de calles.

Aquí se prohibió la conducción de enfermos i cadáveres en autos públicos i como el trasporte de aquellos se efectuase en veces sin que los pudiese conocer el chauffeur, se ordenó la desinfección diaria de los vehículos de alquiler, los que solo eran entregados al servicio cuando presentaban una boleta de desinfección de la noche anterior.

Los buques provenientes de lugares infectados eran sometidos a rigurosas visitas sanitarias las que duraban largas horas hasta que el Director de Sanidad hubiese comprobado por si mismo, el estado de cada pasajero i tripulantes, a quienes auscultaba i tomaba la temperatura.

El servicio fluvial diario existente entre Buenos Aires i Montevideo fué motivo de un acuerdo sanitario especial entre ambos países.

Se puso en cada buque un médico sanitario de cada país, los que solo admitían pasajeros de embarque hasta determinada hora del día, sometiéndolos a un examen personal facultativo i rehusando el embarque a los enfermos o sospechosos. Si durante la travesía se desarrollaba algún caso sospechoso, era sometido a cuarentena de asistencia o de observación.

Se ofició a las autoridades religiosas para que se esterilizase diariamente el agua bendita de los templos i se publicaron cartillas profilácticas individuales con prescripciones para evitar en lo posible las probabilidades del contagio.

Bien se comprende que con todas estas disposiciones, se ha aminorado el radio de acción de la pandemia, pero no se logró enfrentar con todo esto a una infección que marcha en el aire, de manera invisible i traidora, contaminando todo, lo respirable i lo ingerible, i pudiéndose implantar por las vías oculares, bucales i nasales, dando lugar a las formas clínicas ya enunciadas.

Posteriormente hemos sabido que en los Estados Unidos, lo que ha constituído uno de los medios más eficaces de preservación ha consistido en el empleo de caretas, que solo permitían la respiración a través de varias capas de gasa (por lo menos de

5), librando con lentes la implantación bacteriana por las vías oculares, teniendo un aseo esmerado con las manos i con el servicio de toilette i de mesa e ingeriendo alimentos hervidos a más tardar el mismo día de su empleo, añadiendo a todo esto la higiene esterilizante de las escupideras, pañuelos i otros objetos infectados; estableciendo el regadío de calles, la desinfección de los locales donde hubieron muertos, la cloruración de éstos, la desinfección de autos, coches, tranvías i trenes i la suspensión temporal de toda clase de aglomeraciones humanas.

El carácter pandémico de la infección ha agotado en los primeros momentos la existencia terapéutica de la mayoría de las farmacias, habiéndose establecido puestos de socorro, tanto para los servicios médicos como para los farmacéuticos, gratuitos para la gente pobre i sostenidos por el Supremo Gobierno.

Debo dejar constancia de que en la epidemia desarrollada en Río de Janeiro, como en Montevideo i Buenos Aires, tanto los elementos oficiales como los médicos, han dado pruebas de un altruismo ilimitado; sus esfuerzos de combate han superado a lo humanamente posible, atentos a los desvalidos aún en plena infección, ellos mismos febriles, solo han dejado el campo cuando la hiportemia obnubilaba su memoria, cuando sus músculos desfallecientes no obedecían ya a la voluntad o cuando la epidemia los sacrificaba, como desgraciadamente ha ocurrido con muchos de estos héroes de abnegación por la humanidad.

Por último el doctor Martín Director del Hospital de contagiosos del Instituto Pasteur de París, hablando de la epidemia de grippe de Brest, afirma que puede detenerse la marcha de la epidemia practicando con esmero el aislamiento de los enfermos. Clasifica a estos en tres grupos: benignos, graves i muy graves; los aisla a todos en los mismos tres grupos juntando los benignos con los benignos, los graves con los graves i a los muy graves los aisla pero en celdas individuales.

Cuando la epidemia se inicia en un cuerpo colegiado (cuartel, escuela, etcétera), practica como primera providencia la evacuación total del local, desinfectándolo i desintectándolo (microbios e insectos) a los vapores sulfurosos de preferencia i aisla a todos los febriles en los grupos indicados i a los que apenas presentan podromos, para someterlos a observacion .

El gripado piensa el profesor Martín, debe ser considerado como eminentemente contagioso i tratado como tal, no debiéndosele cuidar sino con las mayores precausiones para evitar el contagio a los demás, usando los asistentes de careta respiratoria i ocular, blusa i lavado frecuente de manos.

En resumen la profilaxia de la grippe comprende:

1.º—La profilaxia regional.
2.º—La colectiva; i
3.º—La individual.

La profilaxia regional comprende:

a, la visita de inspección a los buques, cuya inspección ocular se practica con todos los pasajeros i tripulantes uno a uno.

b, el desembarco de los enfermos a los lazaretos de tratamiento i el resto del pasaje a los lazaretos cuarentenarios de observación.

c, desinfección i desinfección concienzuda del navío.

d, observación análoga en todas sus fases con los trenes internacionales o nacionales provenientes de localidades infectadas.

La profilaxia colectiva, comprende:

a, prohibición de las aglomeraciones permanentes o eventuales: colegios, teatros, templos, cinemas, cafés,

b, evacuación total de aglomeraciones infectadas (cuarteles, internados).

c, aislamiento de los enfermos provenientes de las aglomeraciones o no en 2 grupos, benignos i graves. Los muy graves serán aislados individualmente i no con sus similares.

d, desinfección de tranvías, coches i automóviles.

c, desinfección de calles por regadío diario si es posible.

f, desinfección de casas donde han habido muertos.

g, prohibición de concurrir a los sepelios i a los cementerios.

La profilaxia individual se comprende: con el

a Uso de máscaras con vidrios para los ojos i con gasa para la respiración.

b No comer nada sin antes haberse lavado las manos enjuagándolas en una pequeña cantidad de alcohol de 40 grados.

c No beber agua sin hervir.

d No comer frutas con cáscara.

c No tomar hortalizas sin hervir.

f No tomar jaleas ni cremas que tengan la menor mancha en su superficie, de cualquier clase que ella fuese.

g Evitar en lo posible el beso entre los sanos i en absoluto en los enefermos.

h Evitar el darse la mano en absoluto con los enfermos.

i Estar el menor tiempo posible en contacto con los enfermos o cerca de los cadáveres.

j Hacer cruda guerra a las moscas.

k Aislar en un cuarto *ad hoc* al primer enfermo que se presente en la familia.

l Evitar en lo posible los cambios bruscos de temperatura i los excesos de trabajo.

Arequipa, diciembre 1.º de 1918.

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

REVISTA DE TESIS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO CLINICO DEL TIFUS-RECURRENTE EN EL DEPARTAMENTO DE HUANCAVELICA.—Tesis presentada por *J. M. Chiriboga.*

He aquí las conclusiones de esta tesis:

Primero: El tífus recurrente ha existido en el Perú desde tiempos muy lejanos, y solamente se le ha filiado en la epidemia de 1917;

Segunda: Todavía no estamos autorizados, para decir la especie de espiroquete que lo origina;

Tercero: Se presenta con caracteres epidémicos;

Cuarto: El trasmisor probable es el piojo;

Quinto: La falta de higiene, la miseria orgánica y el hacinamiento en que vive la masa indígena, son factores poderosos para su trasmisión y gravedad;

Sexto: El tífus recurrente del Departamento de Huancavelica, fué comprobado bacteriológicamente, por el malogrado doctor Pajuelo, en su laboratorio particular de la Ciudad de Huancayo;

Setimo: A falta de exámen bacteriológico, las hemorragias nasales, la icteria, las petequias y la hepato-esplenomegalia, son factores clínicos interesantes para su diagnóstico.

Octavo: Casi todos los casos curan; sus periodos febriles son muy cortos y sus recaídas muy raras;

Noveno: El tratamiento especial del tífus recurrente, es el neo salvarsan;

Décimo: El tratamiento quínicoarsenical, que hemos usado dá tambien buenos resultados;

Undécimo: La profilaxia individual, es difícil hacerse en esos lugares, por la falta absoluta de higiene, la miseria y las condiciones de vida lamentable, de nuestra raza indígena;

Duodécimo: La única manera de combatir esta clase de enfermedad, es aislando rigurosamente los enfermos en lazaretos provistos de todos los adelantos modernos, en esta materia. Solo así, se evitará la contaminación de las Ciudades.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA—Tesis para optar el grado de Bachiller presentada por *Armando Montes.*

Las conclusiones a que llega el autor son las siguientes:

1.º—Debe concederse a las hemorragias premonitoras de la placenta pévia, el serio valor que les corresponde.

2.º—Cuando una placenta prévia se pone de manifiesto por su primera hemorragia, debe el médico asistente insinuar la idea de la internación de la paciente, en una clínica o en un hospital.

3.º—El tratamiento de la placenta prévia no tiene procedimiento electivo, estando este en relación con las diferentes circunstancias que pueden presentarse.

4.º—No hay derecho de interrumpir una gestación, si la primera pérdida sanguínea no reviste intensidad muy grande.

5.º—El taponamiento no tiene indicación formal en el tratamiento de las placentas prévias.

6.º—La ruptura artificial de membranas, está indicada en los casos de placenta prévia con presentación de vértice.

7.º—Los balones dilatadores, el colpeurinter aleman y los dilatadores metálicos, no encuentran indicación en el tratamiento de la placenta prévia.

8.º—La dilatación digital es el procedimiento de elección, siempre y cuando el cuello haya principiado a sufrir una dilatación suficientemente amplia para el pasaje de dos dedos, teniendo el carácter de blandura y elasticidad.

9.º—La versión a la Braxton-Hicks debe relegarse, poniendo en práctica cuando las indicaciones asi lo requieran, el parto forzado preconizado por Fournier.

10.º—La cesárea vaginal, asi mismo no tiene indicación formal en el tratamiento de las placentas prévias.

11.º—La cesárea abdominal será el procedimiento de elección, cuando las indicaciones enunciadas al tratar de este procedimiento asi lo exijan.

EL TIFUS EXANTEMATICO EN LA PROVINCIA DE BOLOGNESI..—Tesis presentada por *Leoncio Vega.*

Después de describir nosográficamente el tífus exantemático que grasa en la provincia de Bolognesi sostiene:

1.º—En casi toda la extensión de la provincia de Bolognesi, existe el Tifus Exantemático en estado endémico, con brotes epidémicos en ciertas épocas del año.

2.º—Todas las condiciones etiológicas se encuentran reunidas en esta provincia para mantener y propagar la afección, desempeñando papel importante el alcoholismo.

3.º—El gérmen específico no ha sido hasta ahora determinado de manera definitiva: Los distintos gérmenes encontrados por diferentes observadores, no tienen todavía las suficientes pruebas de especificidad.

4.º—El piojo es el insecto propagador por excelencia: la observación demuestra el rol nulo o muy secundario de la pulga y del chinche.

5.º—El papel del frio como factor etiológico es real pero no absoluto.

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

6.º—Además de la trasmisión indirecta por intermedio del

piojo, me parece posible la existencia de otra directa, de hombre a hombre, por las partículas de mucosidades lanzadas con la tos por los enfermos.

7.º—La anterior aserción trae como consecuencia la sospecha de que el gérmen específico sea posible encontrarlo en las mucosidades bronquiales.

8.º—Después de experiencias de Ch. Nicolle y de los que lo han seguido, el Tifus exantemático es experimentalmente trasmisible al mono y al cuí. Los animales que han salvado a la infección experimental gozan por cierto tiempo de inmunidad y su suero sanguíneo posee propiedades curativas y preventivas para los animales de su misma especie.

9.º—En Bolognesi se presentan diferentes formas clínicas del Tifus exantemático; predominando en las epidemias observadas por mí, las formas bronco pulmonar y nerviosa.

10º—El Tifus exantemático reviste en los niños caracteres particulares de benignidad y puede evolucionar sin presentar los exantemas característicos.

11.º—El Tifus peruano, por los cuadros clínicos que presenta, es el mismo tabardillo mejicano y Tifus exantemático europeo.

12.º—La profilaxia preventiva en Bolognesi debe iniciarse con la difusión de la cultura en las masas y la lucha contra el alcoholismo.

13.º—La profilaxia efectiva comprende los dos problemas siguientes: aislamiento del enfermo, y la lucha contra los piojos.

14.º—Deben ser objeto de atención cuidadosa el recojo y desinfección de los esputos de los enfermos.

15.º—El suero antiexantemático de Nicolle, por los excelentes resultados que ha dado a su autor y por los obtenidos en nuestro país, debe preconizarse como el único y eficaz medio de tratamiento.

16.º—En el Instituto Nacional de Vacuna de Lima, se hacen trabajos biológicos y se cultiva el Virus exantemático. La curva térmica de los cuís tomados para dichos cultivos, presenta durante la evolución de la infección experimental, un aspecto típico que, según Nicolle, es idéntica a la que él obtiene con el Virus africano.

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

NECROLOGIA

DOCTOR GUILLERMO OLANO

† en Lima el 22 de Noviembre de 1918.

En el puequeño grupo de cultivadores de la hermosa e importante rama de las Ciencias Médicas, llamada la Medicina Legal, el Doctor Guillermo Olano ocupa lugar prominente por la asiduidad y constancia con que venía desarrollando los múltiples temas que en el orden médico legal se presentaban en nuestro medio jrídico, y así, la "Revista del Foro", "La Crónica Médica" y casi todas las publicaciones científicas y aún los diarios de nuestra capital, registraban con bastante frecuencia artículos firmados por este distinguido profesional, y en los que con sano criterio, notable erudición y perfecta preparación en la especialidad, daba su opinión sincera y orientaba a nuestros jurisconsultos en los oscuros problemas en los que la Justicia requiere el auxilio de la Medicina.

Nacido en Huancavelica en 1871 y recibido de Médico y Cirujano en 1907, despues de un corto periodo que dedicó a la política como diputado por su provincia natal, hizo converger todas sus aptitudes y esfuerzos a las Ciencias Médico-legales y en su condición de médico legista, consagrado por los múltiples trabajos que con su firma veían la luz pública, es recibido como miembro de la Academia Nacional de Medicina y el Colegio de Abogados. Ingresado a la Municipalidad de Lima en el periodo 1908 a 1915, consagró sus estímulos a la Higiene Pública, esa hermana predilecta de la Medicina Legal, y en su condición de Inspector de Higiene deja marcada su huella de paso por esa institución en varias ordenanzas municipales, tendentes todas a mejorar las condiciones higiénicas de nuestro bajo pueblo y de los establecimientos industriales.

Bien es verdad que la mayor parte de sus trabajos, sobre todo aquellos que se refieren a la Medicina Legal, pecan por un exceso de doctrinarismo y que su lenguaje exageradamente conservador huía de todas las manifestaciones de la experimentación y la práctica; sus conclusiones, basados en un criterio demasiado teorizante, mostraban su vasta erudicción, pero no arribaban a deducciones lógicas con la realidad de las cosas y los hechos. Culpa de todo ello sólo fué el medio y los tiempos en que vivió; medio y época en los que la Medicina Legal, afición platónica de unos pocos ilusionados, solamente se desarrollaba en el recinto callado de un escritorio y en la compañía amable de unos cuantos libros. Otra, muy otra, y cuán fructífe-

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

ra hubiera sido la labor del Doctor Olano, arrebatado por la muerte en época brillante de su vida y en todo el vigor de la edad adulta, si hubiera tenido la astisfacción de aplicar su inteligencia y su singular preparación, en el medio actual de nuestra especialidad, en la época presente en que contamos con institutos, incipientes todavía es verdad, pero que son una promesa de su continuo desarrollo y engrandecimiento. Y así, y con palabras de entusiasmo y con anhelos de esperanza nos lo decía el mismo, pocas semanas antes de su muerte, en tarde en que con amable indulgencia y con consejos de amigo, nos daba sus ideas respecto a trabajo últimamente por nosotros publicado.

Médico honrado, espíritu culto, político entusiasta y sobre todo hombre bueno, tal fué el Doctor Guillermo Olano, prematuramente arrancado a la existencia.

G. F. D.

ROMULO F. MELGAR.—Víctima de cruel enfermedad, ha fallecido Rómulo F. Melgar, que se distinguió por su asiduidad y contracción como estudiante y por su competencia como profesional. No hacía aún un año que se había recibido.

RICARDO S. GOMEZ.—El 30 de octubre del presente año ha fallecido en Buenos Aires, el Dr. Ricardo S. Gómez, conocido nuestro, por haber formado parte de la Delegación Argentina al 6.º Congreso Médico Pan Americano que se reunió en Lima.

Fundó el Centro de Estudiantes de Medicina y fué su primer presidente. Ocupaba desde 1910 la cátedra de Anatomía descriptiva en calidad de profesor titular. Su producción científica es extensa y valiosa.

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

BIBLIOGRAFIA

LA AUTOPSIA MEDICO-LEGAL, tesis para optar el grado de Doctor en Medicina por Guillermo Fernández Dávila. —Lima, 1918.

Exposición metódica de todo lo que atañe a la autopsia en general y a la médico-legal en particular, proyecto de reglamentación de esta última entre nosotros, tales son los objetivos perseguidos en este trabajo.

El primero lo estudia el autor en los siguientes capítulos: I Etiología y definición de la autopsia.—II Historia de las autopsias cadavéricas.—III Autopsia clínica y autopsia medico legal y IV Concepto científico e importancia de la autopsia médico-legal. Estos diversos temas se encuentran tratados con erudición vasta, resumiendo los principales conceptos que informan a esta parte de los conocimientos médicos.

El proyecto de reglamentación de la autopsia médico-legal es la parte más interesante de la tesis, que revela un esfuerzo generoso, merecedor de nuestras más efusivas alabanzas. No hay duda que ella reportará grandes ventajas a la justicia y permitirá uniformar la técnica de esta labor tan importante por más de un concepto.

Como entre nosotros no existe un cuerpo de médicos forenses, ha sido necesario dar,, aprovechando del reglamento, la técnica necrópsica a fin de que los no entrenados encuentren una pauta utilísima para llenar decorosamente un peritaje de ésta índole. Los comentarios que siguen al Reglamento son muy oportunos, aclaran muchas nociones y dan no pocas luces respecto a nuestra legislación. La Facultad de Medicina en vista de la necesidad de recomendar la adopción del proyecto de Reglamentación, lo sometió a la apreciación de una Comisión formada por los doctores C. T. Carvallo, W. Salazar y H. Valdizan, quienes han opinado que debe recomendarse su adopción provisoria a fin de que al adoptarse definitivamente hayan podido notarse las deficiencias que tuviere.

Tal es brevemente expuesto el contenido del trabajo que para optar el grado de Doctor ha presentado el jefe de Trabajos prácticos de la Cátedra de Medicina Legal, nuestro estimado amigo, a quien presentamos nuestras felicitaciones por haber realizado obra de mérito y de utilidad indiscutible.

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

INDICE DE MATERIAS

	Pag.
Arterioesclerosis y angina de pecho de origen alcohólico.	71
Aortitis y nefritis sifilíticas	97
Anomalías del músculo pectoral mayor	134
Afasia motriz	159
Anatomía Patológica del Bazo. . . . . .210.242.272.312.	339
Autopsias practicadas en la nueva Morgue de Lima	304
Acción fisiológica del aceite de olivo	343
Aparato linfoide	173
Bibliografía. 62.95115.185.252.288.319.349	380
Cesarea conservadora en una estrechez pelviana	109
Cirrosis alcohólica de tipo hipertrófico	254
Corea de Sydenham	289
Cirugía de Guerra en el Perú	324
Cesarea por estrechez pelviana	162
Disentería balantidiana	149
Drenaje en Ginecología	262
Eclampsia y alcalinoterapia	33
Espiroquete ictero hemorrágico en las ratas de Lima	157
Enfermedad del Basadow	219
Epilepsia y Endocrinopatías	267
Enfermedad de Hodgkin	351
Espiroquetosis broncopulmonar de Castellani	357
Facultad de Medicina	126
Grippe en Río de Janeiro, Montevideo y Buenos Aires	367
Historia de la química en el Perú	120
Hemiplegia por arteritis cerebral sifilítica	129
Hispano Americanismo Médico	183
Hipobromito de sodio. Preparación	235
Hemopatías.—Clasificación y diagnóstico	236
Insuficiencia suprarrenal de forma pseudomeningea	17
Leishmaniasis. 76.116	198

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

Pag.

Muerte real y signo de Lecha Marzo 20
Miopatía progresiva sistematizada. 187
Morgue de Lima 208

Nefritis clorurémica e hipertensiva con esclerosis aórtica de origen alcohólico 39
Nuevos horizontes del Evolucionismo 84
Noticias. 96.186.251. 320
Nefritis aguda del período secundario de la sífilis 169
Necrología 253.287. 380
Nitritos del agua mineromedicinal de Jesús 321

Pseudomeloides del Perú. 10
Psicoanálisis, instinto sexual y subconciencia. 45
Prensa Médica Americana 59.91.125.152.249.281. 347
Psicoanálisis y neurosis y psicosis funcionales 140
Pústula maligna tratada por la tintura de iodo a dosis masiva. 148
Plasmogenia en la Habana. 151

Quistes hidáticos pulmonares. 7 257
Quiste hidático hepático y perforación gástrica post-operatoria. 102

Revista de Tesis. 30.55.90.124.181.218.247.276.317.345 370

Sangre de mujer embarazada normal en la hiperemesis gravídica. 65
Sexo equívoco por anomalía morfológica genital 164

Tisioterapia clínica. 25
Tartamudez 187
Tuberculosis ocular tratada por la tuberculina 293
Tracoma en el Perú. 360
Tuberculosis pulmonar y embarazo. 113

Ulcera del duodeno; diagnóstico diferencial. 1
Ulcera gástrica y sífilis hereditaria tardía. 331

Varicocele. Tratamiento Delfor del Valle 225

INDICE DE AUTORES

Alvarez de Toledo y Valero. 20

Bambarén Carlos A. 10. 164
Burga Buenaventura 360

Cruzado Manuel O. 262

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

Pag.

Corvetto Anibal 7. 257
Castex Mariano R. 331

Dianderas, Juan C. 134
Delgado Honorio F.. . . . . .45. 140

Escomel Edmundo. 10.76.116.198.321. 367
Espejo Luis D. 159. 191

Ferreyra Clemente. 25
Fernandez Sanz E. 267
Fernandez Dávila Guillermo 304

Gardini Armando 293

Hercelles Oswaldo. 173.210.242.272.312. 339

Linares José 148
León y León Federico. 324

Maldonado José A.. . . . . .33. 162
Melgar Rómulo. 65. 109
Mary Alejandro y Alberto. 84
Menendez Ramón A.. 113
Maldonado Angel. 321
Mathis R. A. 331

Negrón J. H. 149

Odriozola Ernesto 1.39.7.97.129.187.219.254.289. 355

Portugal Manuel E. 164
Pittaluga Gustavo 236

Ribeyro Ramón E. 157. 351

Saenz Luis N. 169
Sánchez Moreno Alberto 17

Torres Honorio H. 225

Valdizán Hermilio. 120
Velasquez Manuel A. 235 321

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