LA CRONICA MEDICA

COMITE CIENTIFICO

Leonidas Avendaño, M. A. Velásquez, Max Gonzáles Olaechea, Hermilio Valdizán, Edmundo Escomel (Arequipa), Carlos Morales Macedo.

REDACCION

Eduardo Bello, Carlos A. Bambarén
Luis D. Espejo

Dirección: Apartado, 629

AÑO XL. LIMA-PERU

SANMARTI y Cía.
— Impresores —

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

32287

Universidad Nacional de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú

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

La Crónica Médica
AÑO XL - 1923

Biblioteca Nacional de San Marcos
Lima-Perú

Algunas consideraciones médico-legales sobre la rotura traumática de las vísceras

Comunicación al Sexto Congreso Médico Latino Americano

Por el Profesor L. AVENDAÑO
Catedrático de Medicina legal, en la Universidad de Lima
Miembro honorario del ilustre Colegio de Abogados de Lima.

La rotura traumática de las vísceras, cuando es el resultado de contusiones que comprometen las paredes de las grandes cavidades del cuerpo y ocasionan la muerte del damnificado, constituye, a las veces, muy serio problema médico legal, ya que el magistrado que ha de juzgar el hecho, delictuoso o accidental, sólo podrá apreciar la relación de causalidad que puede existir entre el traumatismo y la muerte, mediante el minucioso y concienzudo informe que le presenten los peritos respectivos.

Convencido de la importancia de tal problema, voy a hacer *algunas consideraciones médico legales sobre la rotura traumática de las vísceras,* sirviéndome para ello de tres casos prácticos de entre los muchos que tuve oportunidad de observar en la Morgue de Lima, en la época en que fuí director de ese instituto.

Trascribo a continuación la parte esencial de los protocolos de las correspondientes autopsias.

Protocolo Nº 210.—Remitido por la comisaría del cuartel 3º, ingresó a la Morgue, el 12 de mayo de 1919, el cadáver del adulto Alfredo Heredia, de 21 años de edad, sexo masculino, raza india, de 1 m. 62 cm. de talla, constitución fuerte, en buen estado de nutrición, con regular cantidad de panículo adiposo, y masas musculares bien desarrolladas. Había rigidez cadavérica bien acentuada en los cuatro miembros y muy ligera en la nuca, y livideces posteriores poco aparentes, no obstante haber transcurrido más de doce horas del fallecimiento.

El examen exterior del cadáver reveló las siguientes lesiones:

a) Una contusión de segundo grado, redondeada, de 25 mm. de diámetro, situada en la región malar izquierda;

b) Una contusión de primer grado, más pequeña que la anterior, situada en el ángulo izquierdo del maxilar inferior

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

c) Una contusión de primer grado, redondeada, de 18 m. m. de diámetro, situada en la región suprahioidea;

d) Escoriaciones en el pabellón de la oreja izquierda, y una pequeña y ligera contusión en el del lado derecho;

e) Escoriaciones extensas en la cara externa del antebrazo izquierdo, y manchas de barro en este antebrazo y en la mano correspondiente; y

f) Una contusión de primer grado, de forma irregular, de 25 mm. de diámetro, situada en el tercio superior de la cara antero interna del brazo izquierdo.

No había en el resto de la superficie cutánea, ni en las aberturas naturales, huella alguna de contusión u otro traumatismo, de preferencia en las paredes del cráneo, del tórax y del abdómen que se escudriñaron con toda minuciosidad.

En la autopsia, que se efectuó en seguida, se halló lo siguiente:

a) Una sufusión sanguínea, de unos 3 cm. de diámetro, en la región del vacío izquierdo, entre las fibras del oblícuo mayor, debida a la contusión del músculo. En el sitio correspondiente de la piel no había la más insignificante huella de contusión;

b) Gran cantidad de sangre extravasada en la cavidad del vientre, que se escapó al levantarse el plastrón costoabdominal, coágulos abundantes en la vecindad del bazo y del hígado, sangre líquida depositada en las fosas iliacas, y, el peritoneo y las asas intestinales ligeramente teñidas por la sangre acumulada en la cavidad de la serosa;

c) Hígado, de aspecto normal, hipertrofiado, con 2,250 gramos de peso, sin presentar huella alguna de contusión o rasgadura.

d) Bazo, grande, con 750 gramos de peso, estaba friable, y, tenía una extensa desgarradura que partiendo de su polo inferior avanzaba hasta el hilio, en una extensión de 11 cm. y con profundidad variable de 6 a 8 m/m.;

e) Estómago, grande, algo dilatado, conteniendo sustancias alimenticias líquidas, con pronunciado olor alcohólico;

f) En la cavidad toráxica había débiles adherencias pleurales en ambos lados, secuela de antiguos procesos flogósicos, pero no había lesión alguna ni en el corazón ni en los pulmones; y

g) En el resto del organismo nada que llamara la atención.

En vista del resultado de la autopsia, se formuló como causa del fallecimiento de Heredia: *Rotura traumática del bazo.— Hemorragia interna consecutiva:* hemorragia que adquirió enormes proporciones por lesión de continuidad en el hilio, en algunas de las cuatro o cinco ramas en que se divide la arteria esplénica y que penetran en el parénquima.

El protocolo termina con las siguientes observaciones: 1ª. La causa determinante de la muerte ha sido la rotura traumática del bazo, debida a una contusión recibida en la pared del vientre; 2ª Las diversas contusiones localizadas en el lado izquierdo de la cara, del miembro superior y del abdómen, y las manchas de barro de la mano y antebrazo del mismo lado, prueban que Heredia ha sostenido una lucha, una riña, en la que le fueron inferidas las lesiones que se han descrito; 3ª La hipertrofia del bazo y su friabilidad, dependientes del proceso palúdico que aquejaba al occiso, la predisponían a su rotura que ha podido efectuarse con una contusión de poca intensidad; y 4ª La rotura del bazo no ha sido expontánea.

Protocolo Nº 323.—Remitido por la Comisaría del cuartel 4º, ingresó a la Morgue el 1º de enero de 1920, el cadáver del adulto Manuel

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

García, de 56 años de edad, sexo masculino, raza mestiza, de 1 m. 56 cm. de talla, constitución fuerte, en buen estado de nutrición, con regular cantidad de panículo adiposo y masas musculares bien desarrolladas. Había rigidez cadavérica poco intensa en los cuatro miembros, y livideces posteriores bien acentuadas.

El examen exterior del cadáver reveló las siguientes lesiones:

a) Una herida contusa del cuero cabelludo, situada en la región parietal izquierda;

b) Una erosión pequeña, situada en la región superficial izquierda;

c) Presencia de sangre en la nariz y en las fosas nasales;

d) Una herida contusa, horizontal, de un centímetro, en la parte media de ambos labios;

e) Sangre en la cavidad de la boca, que también cubría la lengua;

f) Contusión de primer grado en ambas orejas, y sangre en los conductos auditivos externos;

g) Una equimosis, pequeña, de 2 c'm. de diámetro, en la región precordial, a 1 cm. por afuera del mamelón;

h) Sangre desecada en las manos, y una erosión en el tercio superior del antebrazo izquierdo; e

i) Erosiones en la rodilla y en la cara anterior de la pierna izquierda.

En el curso de la necropsia, se encontró lo siguiente:

a) Sufusiones sanguíneas en el músculo pectoral mayor izquierdo, y en los tejidos blandos de la región precordial;

b) En la cara posterior del plastrón toráxico, al nivel de la región precordial, extensas sufusiones sanguíneas, por detrás de las quinta y sexta costillas y en el respectivo espacio intercostal;

c) Una pequeña desgarradura, de 3 cm. de largo, en el borde inferior del lóbulo superior del pulmón izquierdo, acompañada de un pequeño hematoma;

d) Gran adherencia pleural en el lado derecho del tórax;

e) El pericardio distendido por gran cantidad de sangre y coágulos, y con equimosis en los fondos de saco de la serosa al nivel de la inserción de los grandes vasos; y

f) En la punta del corazón una pequeña efracción, una rotura del miocardio, que formaba un conducto por el que introducido un estilete se penetraba en el interior del ventrículo, en cuyo endocardio había una pequeña equimosis, que correspondía a la efracción exterior. Las fibras musculares del miocardio estaban sanas, sin degeneración alguna.

Los órganos de las cavidades abdominal y craneal, se hallaban en estado normal.

Las lesiones descritas autorizan para rubricar como causa del deseo: — *Contusión en la región precordial. — Rotura del corazón.*

Al final del protocolo, se formulan las siguientes observaciones:

1ª García, sufrió, en vida, varias heridas contusas y erosiones, de las que una herida causada por un poderoso instrumento contundente, produjo contusión de los planos musculares y serosos de la región precordial, una pequeña desgarradura del pulmón izquierdo y una rotura en el vértice del corazón: 2ª La rotura del corazón y la hemorragia habida en el pericardio, actuaron para ocasionar la muerte en muy corto plazo, pues a cada movimiento del corazón tenía naturalmente que aumentar la cantidad de sangre en el pericardio inextensible; y 3ª Este traumatismo pudo haber sido generado, tanto por accidente como por mano agena, pero en vista de la multiplicidad de las lesiones y

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

de las contusiones radicadas en la cabeza y cara, hay mayor posibilidad de que lo hayan sido por mano agena.

Protocolo Nº 327.—El 13 de enero de 1920, ingresó a la Morgue el cadáver del adulto Pedro Bazán, identificado por la policía y remitido por la asistencia pública.

Tenía 17 años de edad, sexo masculino, raza negra, constitución robusta, 1 m. 59 cm. de estatura; rigidez cadavérica pronunciada en los cuatro miembros, y livideces posteriores poco ostensibles.

Estado de nutrición, bueno; panículo adiposo, escaso, masas musculares, bien desarrolladas.

Por el examen exterior se encuentran las siguientes huellas de traumatismo:

a) Espuma sanguinolenta, en la nariz y en las fosas nasales;

b) Espuma de color rosaceo, en la cavidad bucal;

c) Cuello, tumefacto con ligeras erosiones en la parte lateral derecha, y una contusión de segundo grado en la parte media de la región carotidea derecha, que comprometió todos los tejidos blandos, pues por la disección se descubrieron sufusiones sanguíneas en las masas musculares correspondientes; y

d) Una erosión en el codo izquierdo.

Mediante la autopsia, se pudo verificar lo siguiente:

a) En el cráneo: hecha la incisión y separación del cuero cabelludo no se descubrió huella de traumatismo, pero sí hubo escape de sangre por los orificios óseos que dan paso a las venas y por las suturas. Abierta la cavidad se encontró un hematoma en capa, radicado entre la pía madre y las circunvoluciones cerebrales a las que cubría por completo. Los ventrículos laterales y el cuarto ventrículo, estaban llenos de sangre extravasada. El bulbo y el cerebelo, rodeados por profusa hemorragia, al igual que el cerebro. La médula espinal, envuelta en coágulos sanguíneos.

b) En el tórax, todos los órganos en estado normal.

c) En el abdómen, el estómago y los intestinos llenos de gases; estos últimos en contracción espasmódica en algunas porciones. Los demás órganos, normales.

Resulta de lo expuesto, que la muerte en este caso se ha debido a: *Contusión del cuello.—Hemorragia cerebral, bulbar y cerebelosa* consecutivas.

Termina el protocolo con las siguientes consideraciones:

1ª La muerte de Pedro Bazan se ha debido a las hemorragias cerebral, bulbar y cerebelosa comprobadas en la autopsia; 2ª Estas hemorragias son de orígen traumático, pues el agente contundente actuando en el lado derecho del cuello, ha repercutido sobre el encéfalo produciendo lesiones de necesidad mortal; 3ª El agente traumático ha sido un cuerpo duro, de regular volúmen y lanzado con poderosa fuerza; y 4ª El traumatismo ha sido inferido por mano agena.

Paso a comentar el primer caso, en el que la muerte se debió a la *rotura del bazo;* bien entendido que las apreciaciones que voy a hacer pueden también tener aplicación a los otros dos.

Comenzaré por hacer notar que en el cadáver de Heredia no ha habido huella alguna de contusión en las paredes del vientre, no obstante haber existido una fuerte contusión con rasga-

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

dura del bazo, tan grave que ocasionó la muerte del sujeto. Esta ausencia de equimosis que siempre se la observa en las grandes contusiones, no sólo de los órganos encerrados en la cavidad abdominal, sino también, aunque con menor frecuencia, en los contenidos en las cavidades toráxica y cefálica, es algo que llama mucho la atención de los profanos y que constituye una de las peculiaridades médico legales de esta clase de traumatismos; cuya explicación voy a exponer, indicando como actúan las contusiones en las paredes del vientre, y como repercuten sobre los órganos profundos. Pero para ello es menester rememorar la constitución anatómica de los planos que circundan la cavidad abdominal, conocimiento que permitirá apreciar la resistencia que pueden oponer cada una de las paredes a la violencia del traumatismo.

La cavidad abdominal limitada hacia arriba por el músculo diafragma, que la separa de la cavidad toráxica, se confunde por abajo con la cavidad de la pelvis, en la que penetra el peritoneo para tapizar los órganos allí radicados y formar los senos inferiores de la serosa, los fondos de saco, que cierran así el vientre en esta región. Puede, pues, aceptarse que el esqueleto de la pelvis y los planos musculares del periné y del ano constituyen el límite inferior de la cavidad ventral, desde el punto de vista de la resistencia que pueda oponer ésta a la acción de los agentes exteriores. Desde luego, las contusiones más o menos intensas que inciden directamente sobre las paredes del abdómen, rara vez repercuten sobre el diafragma o sobre los órganos pelvianos: salvo los casos de grandes descalabros o aplastamientos, en que actuando los traumatismos con excesiva violencia se originan enormes destrozos en todas las vísceras toráxicas, abdominables o pelvianas. El diafragma, en los grandes esfuerzos se pone rígido, desciende, restringe algo la cavidad del vientre y aumenta un tanto la presión abdominal.

Cuanto a las parcdes propias del abdómen, sean la anterior, posterior y laterales, ofrecen en su estructura, en su constitución, diríase en su arquitectura. particularidades especiales que precisa conocer para el objeto que persigo; punto de vista desde el que conviene dividirla en dos regiones: posterior y antero-lateral.

La pared posterior, cuya longitud es igual a la porción lumbar de la columna vertebral, se extiende desde las últimas costillas flotantes a la cresta de los huesos iliacos. Está formada por las vértebras lumbares, el esqueleto de la región, unidas por poderosos ligamentos, y cuyas apófisis trasversales, las más grandes de todas, parecen continuar la serie de las falsas costillas. Cubren a las vértebras lumbares, procediendo de afuera adentro: la piel, gruesa e inextensible; los ligamentos bien fuertes que unen las apófisis espinosas de las vértebras correspondientes; la parte inferior del músculo gran dorsal y la aponeurosis lumbo-sacra; las masas musculares del raquis, formadas por los músculos sacro-lumbar, largo dorsal y trasversal espinoso, do-

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

blados por sus aponeurosis respectivas; y los músculos de la región lumbo-iliaca, a saber el gran psoas, el pequeño psoas y el cuadrado de los lomos.

La pared antero-lateral, se extiende en la línea media desde el apéndice xifoides del esternón hasta el púbis; en su parte superior y a los lados disminuye de longitud siguiendo la curva del reborde costal, y en su límite inferior asciende por el pliegue inguino-crural hasta encontrarse con los linderos de la pared posterior. Además, de la piel, no muy gruesa, bastante extensible, existen: en la parte anterior, los dos músculos grandes rectos del abdómen y los piramidales, envueltos en una vaina fibrosa formada por las aponeurosis de los músculos de la región lateral, que se entrecruzan en el borde interno de ambos rectos para constituír la banda fibrosa, resistente, que se conoce con el nombre de *línea blanca;* en las zonas laterales, hay tres planos musculares, el gran oblícuo, el pequeño oblícuo y el traverso, cuyas fibras se entrecruzan, y cuyas aponeurosis de inserción terminan por delante en la línea blanca, como queda dicho, se continúan por arriba y por detrás con las de los músculos del tórax y del raquis, y se insertan por abajo en las crestas de los huesos ilíacos.

Como se vé, es muy distinta la estructura de las paredes del abdómen en sus secciones posterior y antero-laterales. La primera, de muy corta longitud, forma un todo sólido y compacto, de gran resistencia, como que sus elementos constitutivos contribuyen al sostenimiento del cuerpo en la estación de pie: es una valla poderosa en la que los agentes exteriores encuentran un serio obstáculo para poder lesionar los órganos contenidos en la cavidad abdominal. En cambio, la región antero-lateral, muy extensa, es flácida, depresible; y así como se distiende con gran facilidad en la preñez y en algunos procesos morbosos, también se deja deprimir a cualquier esfuerzo de mucha o poca energía, en la simple exploración manual, por ejemplo.

Es bien sabido que la contusión es el aplastamiento de los tejidos blandos por una violencia exterior, sin solución de continuidad en la piel. Es, como dice Lecha Marzo, una lesión traumática en que la diéresis es generada por presión y se acompaña de la atricción de los tejidos en el punto lesionado. Cuando el agente contundente divide la piel, entonces se produce una herida contusa. Si bien después de la contusión se conserva la integridad de la piel, hay rotura de los pequeños vasos, sufusión sanguínea, elongación de los haces fibrosos y rasgadura de las fibras musculares. La extravasación sanguínea que se infiltra entre las mallas de los tejidos, constituye las *equimosis,* cuya evolución posterior es de todos conocida.

Pero para que se produzcan las equimosis, manifestación ostensible de la contusión, puesto que revelan la atricción de los tejidos, son necesarias dos condiciones, que ya fueron indicadas por Fano hace muchos años, en 1869:—una potencia, la que en mecánica se designa con el nombre de *energía cinética,* es decir,

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

la capacidad que adquiere un cuerpo de verificar un trabajo al ser puesto en movimiento, trabajo que se evalúa en kilográmetros y cuya intensidad será mayor o menor según el grado del impulso dado al cuerpo;— y, una resistencia en la que se agota la energía cinética. "Si la potencia actúa sola, no hay compresión y entonces el órgano escapa a la contusión; si al contrario el órgano tiene un punto de apoyo sólido, es presionado entre este último y la potencia, y como los tejidos orgánicos no son compresibles, se aplastan o se desgarran".

Apliquemos este principio de mecánica a las contusiones que actúan sobre las paredes del vientre, y supongamos que un cuerpo resistente, el pié calzado de un hombre o una piedra, por ejemplo, animado por la misma energía cinética— avaluémosla equivalente a cinco kilográmetros—ataca sucesivamente la pared posterior y la pared antero-lateral en un sujeto dado. En la primera, sólida, compacta, encuentra un punto de apoyo, una resistencia capaz de soportar más o menos los cinco kilográmetros supuestos; y de la oposición de las dos fuerzas resulta la compresión de los tejidos, su atricción, se produce la contusión y se genera la equimosis. En la segunda las cosas pasan de distinto modo: aquí la pared es flácida, casi no opone resistencia alguna a la fuerza desarrollada por el movimiento del cuerpo contundente, la energía desplegada atraviesa las cubiertas de la cavidad del vientre sin obstáculo alguno, y es sólo en el interior que los órganos se encuentran presionados entre la potencia, la contusión, y la resistencia representada por la pared posterior, en la que si hay sólido punto de apoyo. Por eso la equimosis no se produce ni en la piel, ni en los planos musculares, casi siempre en relajación, y son las vísceras las que sufren el efecto de la energía cinética, y se contunden o se rompen según los casos.

Puede asimilarse esto que pasa en las paredes del vientre, en presencia de una fuerza contundente, con lo que se observa en un depósito de agua en el que se deja caer un cuerpo pesado, una piedra, por ejemplo. Al ser desalojada el agua por el cuerpo extraño, se genera un movimiento que se esterioriza por las ondas que parten del punto golpeado, permítaseme la frase, y van a terminar en las paredes del depósito. Si se interpone en el curso de las ondas un cuerpo sólido, resistente, entonces las ondas retroceden; pero si se interpone una tela delgada, una gasa, las ondas la atraviesan y continúan su marcha hasta encontrar la verdadera resistencia.

Supongamos ahora que el cuerpo contundente actúe animado de una energía cinética que represente sólo medio o un kilográmetro, cuyo agotamiento puede efectuarse con una resistencia menor, como la que puede oponer la pared del vientre. Entonces los efectos de la contusión se hacen sensibles sobre dicha pared y se generan las equimosis correspondientes. Supongamos, finalmente, que la energía cinética de que está animado el cuerpo vulnerante sea muy grande, de decenas o centenas de kilográmetros, excesiva con relación a la resistencia que pueden

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

oponer las paredes del vientre, tanto la posterior como la antero-lateral, en tal coyuntura la potencia destroza, tritura los tejidos: es lo que sucede en los grandes aplastamientos, en los accidentes ferroviarios o automovilísticos, en los derrumbamientos, etc., en los que las paredes y los órganos internos se convierten en un magma informe. Pero aún en tales condiciones la piel de la pared anterior del vientre queda intacta, la fuerza contusiva poderosa y todo no la secciona; así tuve oportunidad de verlo en la Morgue (Protocolo Nº 50) en el cadaver de un sujeto que fué triturado por un convoy del Ferrocarril Central, en la Estación de Viterbo, cuyas ruedas le pasaron por el tronco, dividiendo la columna vertebral y en el que la piel del vientre era el único medio de unión de ambas porciones del cuerpo. Con lo dicho hay bastante para comprender por qué, en el mayor número de casos, cuando el traumatismo contundente actúa con alguna violencia sobre la pared antero-lateral del abdómen, no hay equimosis externa que denuncie la contusión.

Analicemos los detalles referentes al presente caso. Según las informaciones que se tuvieron en la Morgue, parece probado que Heredia sostuvo una riña durante la que le fueron inferidos los maltratos revelados por las contusiones, que se detallan en el resumen del protocolo respectivo. Además de estas lesiones superficiales, ha habido una contusión del músculo oblícuo mayor del abdómen, sin equimosis de la piel: contusión que ha podido producirse porque con seguridad en el momento de actuar el cuerpo contundente el músculo ha estado en contracción, dura, y en condiciones de oponer resistencia a la potencia de la energía cinética; contracción que se explica por los movimientos del sujeto en las diversas posiciones de ataque y defensa, a pesar de lo que la piel estuvo flácida y se libró de la contusión. También recibió Heredia un golpe más intenso, de mayor potencia, que atravezó la pared sin lesionarla y que repercutió sobre el bazo, cuyo parenquima se rasgó en muy regular extensión, provocando una profusa hemorragia interna y la rápida muerte del sujeto.

La rotura traumática del bazo, al igual que las de las demás vísceras de las cavidades craneana, toráxica y abdominal, puede ser generada no sólo por contusión directa, circunscrita, localizada en la pared respectiva, sino también por contra golpe: cuando el traumatismo actúa a distancia del órgano comprometido y éste sufre los efectos de la contusión como término de la conmoción que soporta todo el organismo, tal como acontece cuando el sujeto cae sobre los pies y se rompe alguno de los órganos encefálicos, toráxicos o abdominales.

Por lo que se refiere de modo especial a los órganos abdominales, no todos están igualmente expuestos a la acción de los agente contundentes. El que lo está más es el *hígado*: su gran volumen y su situación lo hacen más accesible a la repercusión del traumatismo, que si es en extremo violento puede producir una división completa de la víscera. En el museo de la Morgue

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

(*Nº 4.—Protocolo Nº 25*) se conserva un hígado con una rotura traumática que lo dividió en dos partes, fallando en un punto correspondiente de su borde inferior un segmento triangular de 4 cm. de base, que se le encontró flotando entre la gran cantidad de sangre que inundaba la cavidad peritoneal: pieza que se extrajo del cadáver de un desgraciado carretero, que habiendo caído de su vehículo le pasaron las ruedas por encima del cuerpo ocasionándole la muerte inmediata. En este sujeto, cuya piel no ofrecía la más lijera huella de equimosis, habían otros grandes destrozos, entre ellos la fractura de siete costillas. Siguen después en orden de frecuencia: el *bazo*, órgano que cuando está hipertrofiado y degenerado por el paludismo se vuelve muy frágil y se desgarra a la influencia del más ligero golpe, y a veces hasta por el efecto de la contracción muscular fuerte;—el *estómago* y los *intestinos*, que cuando están llenos de gases y convertidos en tubos rígidos oponen poderosa resistencia a la acción del traumatismo;—los *riñones*, que pueden sufrir la violencia de la contusión por la pared posterior del abdómen, produciéndose así roturas extra peritoneales;—y la *vejiga*, cuya contusión es casi siempre la consecuencia de golpes recibidos en el púbis o el periné. En la mujer grávida, el *útero* es el órgano más expuesto en tales accidentes, porque entonces ocupa la mayor parte de la cavidad del vientre.

La rotura del bazo consecutiva a contusiones inferidas sobre la pared antero-lateral del abdómen o por contra golpe (caída sobre los pies o sobre las nalgas), es decir, las roturas traumáticas de esta víscera, son relativamente frecuentes en Lima; lo que se debe a que con motivo de la endemia palúdica son muchos los individuos cuyo bazo está hipertrofiado, degenerado y hasta reblandecido por los estragos de la malaria. Se corrobora en las zonas palúdicas del Perú, la observación hecha de antaño por los prácticos que ejercen en los países tropicales, de que la degenerasión del bazo resultante de la acción del agente patógeno del paludismo lo predispone a su rotura traumática; es decir, que una potencia *cinética* como *uno* insuficiente para determinar la rasgadura de la víscera sana, desarrolla suficiente fuerza para producirla en el órgano enfermo. En algunos casos el reblandecimiento del bazo es tan acentuado, que casi se ha convertido en una papilla difluente, y entonces puede producirse la rotura expontánea, sea sólo por la contracción muscular o por una palpación ejecutada con poco cuidado.

Que la rotura traumática del bazo es la más frecuente en Lima y sus alrededores, entre las rasgaduras del mismo orígen de las otras vísceras abdominales, lo prueba lo observado en la Morgue, donde en dieciseis meses se han registrado cinco casos de compromiso del bazo y sólo uno de lesión del hígado (ya citado en uno de los párrafos anteriores). Y entre los recuerdos que conservo de lesiones de otras vísceras, figura una rotura de la vejiga urinaria, producida por un puntapié recibido en la región hipogástrica, que determinó la muerte del sujeto (en el Hos-

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

pital Militar de San Bartolomé) a los cinco días de recibido el golpe.

Revisando los documentos de la literatura médica peruana he encontrado los siguientes casos, que voy a relatar someramente, porque me han de servir para pronunciarme sobre la verdadera causa del fallecimiento de Heredia.

El 28 de diciembre de 1892, los señores médicos de policía, Profesores Tomás Salazar y David Matto, practicaron la autopsia del soldado Plácido Salazar, que murió a consecuencia de una rotura traumática del bazo producida por los golpes que le asestara un compañero suyo. Los peritos, en este caso, concluyeron aceptando que el paludismo fué la causa predisponente de la rotura del bazo, que no habría podido realizarse sino hubiera estado ya degenerado.

El 15 de julio de 1901, la Corte Suprema de Lima, con motivo de la muerte de Rufina Aragón, consultó a la Academia Nacional de Medicina sobre la posibilidad de la rotura expontánea del bazo, hipertrofiado y reblandecido por la malaria. Los informantes Profesores Barrios y Avendaño y Dr. Gerardo Bravo, aceptando en tesis general la posibilidad de la rotura expontánea, concluyeron que en el caso de la Aragón el traumátismo había sido la causa determinante de la lesión.

El 19 de marzo de 1908, el árabe Dergá y el japonés Ochuki sostuvieron en plena red urbana una disputa por una insignificante nimiedad. En el curso de la insustancial palabrería que surge inevitablemente en tales circunstancias, Dergá dió una puñada en el vientre a Ochuki que cayó fulminado, muriendo en el acto. La necropsia ejecutada por los señores médicos de policía Profesores Tomás Salazar y Wenceslao Salazar, reveló una rotura traumática del brazo; pero también permitió comprobar que este órgano enormemente aumentado de volumen se hallaba reblandecido en grado máximo. El Dr. Olano hizo un notable estudio de este caso—estudio que se registra en las columnas de "La Crónica Médica"—sosteniendo la irresponsabilidad del agente, fundándose en la circunstancia de que el hecho había sido completamente casual y estraño a toda idea de delincuencia. En este caso es indudable que el paludismo fué factor que primó para el término fatal. La opinión del Dr. Olano fué debidamente apreciada por el poder judicial, que declaró á Dergá exento de toda culpa.

En los tres casos anteriores al que motiva esta disertación, cuyas piezas anatómicas se conservan en la Morgue, se comprobaron, por medio de la autopsia, junto con la rotura del bazo las lesiones características del paludismo crónico.

En el caso de Heredia, ¿cuál es la causa que ha primado para producir la muerte, el traumatismo o la malaria? Creo que en este caso no puede negarse la eficaz influencia del traumatsimo. Cierto que el bazo de Heredia estaba hipertrofiado y lijeramente reblandecido, pero no lo estaba tanto que pudiera rasgarse con facilidad, ni la esplenomegalia había alcanzado ese volumen co-

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

losal que con frecuencia se observa en los procesos crónicos inveterados. Hay algo más, Heredia sostuvo una verdadera lucha con su contrario: en el rostro, en el miembro superior izquierdo y en la pared del vientre del mismo lado estaban evidentes las huellas de las contusiones que recibió. Todo, pues, demuestra que si este sujeto no hubiera sufrido los maltratos descritos, habría podido continuar viviendo y curarse del paludismo que lo aquejaba, que aún distaba mucho de llegar a la cronicidad.

La forma de la rasgadura que se observó en el bazo de Heredia, no es la que se nota con frecuencia; pues como ya lo he dicho, la efracción partía de la extremidad inferior del órgano y seguía por su cara interna hasta el hilio del mismo. No es esto lo corriente, pues como se puede apreciar en las piezas del museo de la Morgue (Prtocolo 47 y 101), en número de tres, la rotura sigue la dirección del eje trasversal del órgano. Es probable, que en Heredia también haya actuado, con mayor o menor intensidad, alguna fuerza por contra golpe.

La rotura traumática del bazo con ser un accidente muy grave, no es siempre de necesidad mortal. Aunque la rasgadura comprometa el parenquima y la cápsula, si es de poca extensión y de escasa profundidad, puede salvarse al sujeto mediante una rápida intervención operatoria: una esplenectomía. Es preciso, pues, estudiar cada caso particular con bastante minuciosidad, para deslindar la parte que corresponde al traumatismo de la que debe atribuirse a la desidia y a la falta de asistencia oportuna y competente. Juzgué desde el primer momento, que el caso de Heredia había sido de necesidad mortal; y pensé así, porque el compromiso del hilio del órgano, no habría permitido la práctica de la intervención por rápida que hubiera podido efectuarse.

Algunas veces la rotura traumática del bazo no es completa, es sólo el parenquima el que se rasga, conservándose la cápsula sin lesión de continuidad. Como entonces no hay derrame de sangre en la cavidad del peritóneo, es posible la supervivencia y aún la curación definitiva, sin el auxilio de la cirugía. Y es precisamente en tales casos que la intervención operatoria es salvadora para el sujeto. El doctor A. Dammert, en la sesión celebrada por la Sociedad Clínica del Hospital Santa Ana, el de setiembre de 1915, comunicó haber practicado una esplenectomía, por rotura traumática intracapsular del bazo a los quince días del accidente, obteniendo la curación del enfermo.

Veámos las particularidades del segundo caso: el de García, cuyo deceso se debió a una rotura del corazón.

Con sólo las lesiones externas, era imposible explicar la muerte de este sujeto, pudiéndose únicamente avanzar, que la multiplicidad de ellas y su situación revelaban que hubo, o una riña, o un asalto a mansalva; pues había huellas de traumatismo, aunque fueran de poca entidad, en la cabeza, en la cara, en el tórax y en ambos miembros izquierdos, superior e inferior.

La lesión capital en este caso, la responsable del fallecimiento, fué, como ya lo he dicho, la rotura traumática del cora-

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

zón, debida a la acción mecánica de un cuerpo vulnerante, que también produjo: equimosis de la región precordial; sufusiones sanguíneas en el músculo pectoral mayor izquierdo, en los tejidos blandos de la región precordial, tanto por debajo de la piel como por detrás de las quinta y sexta costillas; y, una pequeña desgarradura en el borde inferior del lóbulo superior del pulmón izquierdo: signos inequívocos de que sobre el lado izquierdo de la pared costal anterior, actuó un poderoso cuerpo contundente que determinó las lesiones apuntadas.

Está bien probado que en el corazón de García las fibras musculares del miocardio estaban sanas, sin degeneración alguna: hecho muy importante, dada la edad del sujeto (56 años), y que permite eliminar la posibilidad de que una lesión patológica haya podido influir como causa predisponente de la rasgadura del órgano. Hay algo más, es un hecho ya definitivamente adquirido para la traumatología forense, la decisiva influencia que ejercen los anteriores estados patológicos del corazón, en su rotura traumática cuando el agente ha actuado con poca intensidad, con escasa energía cinética. Véase, como ejemplo, lo que dice al respecto el Prof. Balthazard: "Dejando a un lado las ro-"turas del corazón consecutivas a las lesiones penetrantes por "instrumento cortante, por proyectil de arma de fuego, estudia-"remos las roturas que suceden a las contusiones violentas del "tórax. Cuando existen fracturas múltiples de las costillas, no "es excepcionar comprobar que la desgarradura de la pared del "ventrículo o de la artícula, se ha producido por un fragmento "oseo. Con frecuencia el aumento considerable de presión en el "tórax comprimido, aumenatada como consecutivo a un espasmo "glótico, determina una hipertensión sanguínea intracardiaca tal, "que el corazón estalla. En algunos casos en fin, la comprensión "expulsa el corazón fuera del tórax, hacia el abdómen: la desga-"rradura se produce entonces transversalmente en la base del co-"razón, al nivel de la inserción de los vasos gruesos..... Se con-"cibe que tales lesiones no pueden ser producidas sino por gra-"ves traumatismos. Si se tratase de un traumatismo mínimo, ha-"bría que pensar en una rotura expontánea, o en una rotura trau-"mática favorecida por una lesión anterior del corazón, sarco-"ma, quiste hidático, goma sifilítico, aneurisma o degeneración "grasosa del miocardio". Lecha Marzo, tratando del mismo asunto, se expresa así:—"El corazón puede romperse por la acción "de traumatismos muy distintos, a veces a consecuencia de fuer-"tes contusiones o caídas desde grandes alturas, por la caída de "cuerpos pesados sobre el corazón, etc.; pero será conveniente "que tengamos en cuenta el estado del corazón, porque éste pue-"de ser asiento de una degeneración grasosa o sufrir las conse-"cuencias de una miocarditis degenerativa o ulcerosa, que nos explique mejor este resultado".

Parece, pues, que lo más frecuente es que las grandes roturas traumáticas del corazón, casi siempre trasversales y que de preferencia radican en las caras anterior o posterior, sean la con-

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

secuencia precisa de la comprensión del órgano, tal como acontece en los violentos traumatismos, y que pueden realizarse con integridad de la pared costal, que en virtud de su elasticidad escapa a la acción del agente contundente. Cuando la rotura compromete la punta del corazón, y entonces tiene una forma estrellada, casi todos los autores la explican por el estallido de las fibras musculares, bajo la presión intracardiaca de la sangre contenida en el órgano comprimido.

Me parece que en caso de García, se aparta en algunas particularidades de lo que resulta de las observaciones de los peritos en la materia; peculiaridades que se explican con toda corrección, aplicándole los principios de mecánica que he puntualizado en la parte anterior de este trabajo. Puede aseverarse que no fué muy intensa la energía cinética de que estaba animado el cuerpo que contundió la región precordial de este sujeto; porque de haberlo sido de mayor potencia, habría ocasionado más serios destrozos en las vísceras toráxicas, y se sabe que sólo se encontraron lesiones de corta extensión (aunque muy graves) en el corazón y en el pulmón izquierdo: con el aditamento de que en tal coyuntura, la pared costal habría escapado a la acción del agente traumático, ya que en el tórax, al igual que en el abdómen, con muy grave compromiso de los órganos internos se conserva la integridad de la pared elástica, que a veces deja pasar la onda de la fuerza contusiva sin sufrir sus ataques. También puede asegurarse, que en el caso que motiva estas consideraciones no ha habido fuerte presión sobre la cavidad toráxica, como puede producirla un aplastamiento o un accidente parecido, porque en tales circunstancias, siempre hay fractura de las costillas, aunque se conserve íntegra la piel: tal como sucedió en el sujeto (Protocolo Nº 25) que murió por el paso de la carreta sobre su cuerpo, y en el que hubo rotura traumática del hígado y fractura de siete costillas: caso ya mencionado en uno de los párrafos anteriores.

En el cadáver de García se encontraron graves y manifiestas lesiones en las partes blandas de la pared costal, lo que prueba que la energía cinética contusiva fué paulatinamente agotándose, conforme a la resistencia que le opusieron los tejidos situados por delante del órgano central de la circulación. Este, en el momento del accidente, debió hallarse en sístole, en plena contracción ventricular, con la punta apoyada sobre la pared costal, formando un todo sólido y compacto, que fué la última valla opuesta a la potencia exterior. Así se explica la situación y la extensión de la rotura en este caso, pues la efracción no tenía el aspecto estrellado que describen los autores, cuando la produce el estallido de las fibras musculares por la presión sanguínea intra-cardiaca: contingencia que sólo es posible cuando es muy poderoso, de intensa energía cinética, el traumatismo determinante de las lesiones.

Y como lo más probable es que García haya caído en una riña o en un asalto, los agentes traumáticos en tal circunstancia

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

han debido ser los puños, los pies, el garrote, y con toda posibilidad la piedra u otro objeto parecido, en el momento culminante del hecho.

Tal es la interpretación médico-legal más correcta que puede hacerse del presente caso.

El tercer caso, el de Pedro Bazán, fallecido por hemorragia de los diversos territorios del encéfalo, es un caso típico de lesión traumática visceral por contra golpe: cuya evolución y sus resultados se explican por la aplicación de la teoría mecánica de la energía cinética.

En efecto, Bazán, según las informaciones que obtuvo la policía, recibió una fuerte pedrada que le lanzaron sus atacantes, que de primera intención le produjo una contusión de segundo grado en la parte media de la región carotidea derecha, de poca seriedad en apariencia, pero cuya gravedad pudo apreciarse, en el curso de la necropsia, a medida que se verificó el compromiso de los planos subyacentes (sufusiones sanguíneas en el tejido celular y en los músculos) y se comprobó profusa hemorragia en el cerebro, en el cerebelo, en el bulbo y en los ventrículos cuarto y laterales, por rotura traumática de los vasos arteriales que serpean en estos territorios orgánicos.

La potencia, la energía cinética, actuó primero sobre el cuello; la elasticidad de la región, atravezada por órganos vasculares y nerviosos de vital importancia, no opuso gran resistencia a la potencia inicial, produciéndose equimosis en la piel y en los tejidos subyacentes; pero continuando aquella su obra destructora penetró a la caja craneana, conmovió violentamente las cubiertas del encéfalo y todo su sistema circulatorio, que se rasgó determinando hemorragias de necesidad mortal; sin que la acción contundente hubiera llegado a producir la rotura de la sustancia cerebral, lesión esta última que a veces se genera, por traumatismo, sin fractura del cráneo.

En resumen, he estudiado tres casos de roturas traumáticas viscerales, del bazo, del corazón y de los vasos encefálicos, debidas las tres a contusiones que han actuado, en dos casos directamente sobre la pared abdominal y costal, respectivamente, y en el tercero por contragolpe a corta distancia. El modo como se han efectuado estas roturas, al parecer poco similares, se explica con toda corrección por las enseñanzas de la mecánica, por la aplicación de la teoría de la energía cinética.

El último punto que vale la pena contemplar es la responsabilidad de los sujetos que propinaron a Heredia, a García y a Bazán los maltratos que ocasionaron su fallecimiento. Aunque la resolución de este problema es del resorte del poder judicial, y la misión del perito se limita a proporcionar a la justicia los elementos necesarios para que ella pueda graduar la responsabilidad del agente, en el momento actual puedo decir lo siguiente:—para dar respuesta categórica en los casos de Heredia y de

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

García, sería necesario saber si ellos fueron los provocadores de la riña o si actuaron en legítima defensa, pues la situación de los que riñeron con ellos es muy distinta, ante las disposiciones del código, según se encuentren comprendidos en una de las eventualidades supuestas. Cuanto al que agredió a Bazán, es indudable que a él le incumbe la responsabilidad del delito.

Nevo pigmentario tratado por la nieve carbónica

Por el Dr. CARLOS AUBRY

El caso que vamos a discutir, aunque investigado incompletamente, pues han faltado el estudio histológico y el de las reacciones del pigmento, elementos los dos de mucho interés, puede sin embargo con las noticias dadas por el examen clínico y la terapéutica, proveer algunas deducciones útiles.

A. Q., niño de trece años, de raza mestiza, pero con predominio de las características de la blanca, cabello lacio y castaño, bien conformado, sin ninguna anomalía física o psíquica de las llamadas degenerativas, hasta dónde ha podido valorarse esto en una sumaria indagación, tiene un nevo, cuya fecha de aparición no precisa de manera exacta, pero que parece datar de unos cuatro años antes, y para el cual reclama radical extirpación. La lesión está formada por una pigmentación que recuerda exactamente a las efélides o pecas, por su color pardo y forma lentiforme. Estas, variando dentro de la gama de su genuina coloración, desde el ocre claro al tabaco oscuro, se agrupan o constelan con la profusión y abundancia que lo hacen en los casos excesivos de pecas, en una zona rigurosamente circunscrita, de límites regulares, que abraza casi la totalidad del lado derecho de la cara.

Los límites de este nevo, los figura una línea, que partiendo a 2 centímetros de la zona preauricular, se dirige hacia arriba, formando un arco regular de concavidad inferior, que alcanza y continúa exactamente, el borde supercíliar hasta el orígen de la nariz; de ahí desciende casi en línea recta, rozando el ángulo interno del ojo, hasta llegar al borde del ala nasal, para sucesivamente describir desde este punto un arco de concavidad interna, que termina debajo y fuera del extremo derecho de la comisura de los labios, y desde este punto, formando un ángulo casi recto, se dirige hasta el borde del maxilar inferior, toma una dirección ascendente paralela a este borde, hasta alcanzar la región preauricular de emergencia. Toda esta limitación es

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

precisa, lineal, los elementos pigmentados por su proximidad y regularidad, dan la impresión de seguir un trazo geométrico. En su porción inferior el nevo dibuja la forma de una patilla, y la coloración intensificada de las efélides en esta parte, hace ostensible tal semejanza; gradualmente, al ascender a la zona superior, los elementos palidecen, y en la región orbitaria es donde tienen el tinte más apagado, aunque siempre visibles. Estos elementos completamente planos como ya hemos apuntado, no desaparecen a la vitro-presión, carecen de vellos y la piel que manchan, tiene normales todos los caracteres de color, textura y consistencia.



Fig. 1. — *El enfermo ostentando su proceso morboso*

La mejilla izquierda está completamente limpia. Nada hay en el ojo derecho ni en las mucosas.

El tratamiento empleado fué, desde ciertos puntos de vista, ilustrativo; el nevus sometido, dadas las efélides que le constituían, a dos curas exfoliantes, que sabemos atenúan cuando no suprimen esta discromia, las sufrió sin el menor beneficio; apesar de las justas críticas de Unna sobre la relativa inferioridad de las otras preparaciones con respecto a su pasta resorcinada, empleamos como de costumbre, la mezcla líquida de Darier, por razones de comodidad en la técnica y de facilidad en preparación. A continuación de este infructuosa tentativa, recurrimos a la Nieve Carbónica, tan preconizada en nevus, tatuajes, etc., usando el aparato "Prana", y con el fin de terminar en una sola sesión toda la zona abordable, (no considerabamos la peri-ocular por los riesgos consiguientes), hicimos uso del molde cuadrangular que por sus lados rectos, permitía adosando superficies, integrar cauterizando la totalidad de la placa névica; con 8 sectores se cubrió ésta; la reacción inmediata de tales aplicaciones, que duraron 40 segundos cada una, fué la producción de una zona de tumefacción dura, la presión ejercida en ellas, que es el punto no medible y delicado de la técnica, fué ligera, pero más naturalmente que un simple contacto, pretendiendo por ella mor-

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

tificar el dermis. Desde el día siguiente se apreciaba la vesiculación, las escaras irregulares eran visibles el sexto día, y fueron cayendo expontáneamente desde el décimo día, dejando una piel sonrosada, lisa, sin la menor huella de pigmentación; por la ausencia del paciente no hemos controlado la supuesta persistencia de este resultado.

Aparte de la simultánea anestesia que acompaña la cauterización por el frío, se aprecia que tiene sobre el calor y los procedimientos químicos, la ventaja cardinal de poderse limitar estrictamente en profundidad y periféricamente su acción, lográndose así respetar los tejidos ambientes, cosa tan importante y que con los otros caústicos es menos posible.

Este caso, aún faltando la investigación histológica tan importante, puede con las informaciones de la clínica y los resultados del tratamiento, prestarse a reflexiones de algún interés; como alteración de la piel que entra en el grupo de los nevus, tan precisa y brevemente definidos por Brocq como "deformaciones cutáneas circunscritas", debe considerársele en la categoría primera y más simple de estas deformaciones, la de los pigmentarios lisos, catalogados entre los más raros, y en el caso que nos ocupa formado el nevo solo por efélides, manchas que eligen habitualmente los carrillos y aparecen a la edad de nuestro paciente, solo el apiñamiento, asimetría y limitación tan precisa, le dan carácter de deformidad. Y aunque falte el estudio de la estructura histológica que tan facilmente permite diferenciar el léntigo, producción névica, de las efélides, los caracteres clínicos de coloración, disposición, falta de relieve, de vellos, etc., bastan en este caso para asentar el diagnóstico de tales elementos, que son considerados por algunos autores al margen de la agrupación nosológica de los nevos; la sola disposición que aquí afectan les hace franquear la frontera, e incluirse en este último grupo. Es este caso un ejemplo más, que se agrega a los innúmeros que ilustran la teoría de Brocq, de los "faits de passage"; esto es, de la seriada gama de lesiones que tipifican enfermedades transicionales e intermediarias, que se hallan como oscilantes, entre los grupos dermatológicos claramente definidos, y que permiten percibir el momento en que por un ligero cambio penetran en uno de estos grupos. Esta concepción fértil, no podía tener terreno mas abonado de observación objetiva, que en Dermatología, pues, en ninguna otra rama de la patología todas las afecciones son lesionales, y las alteraciones anatómicas por sí solas, permiten a la vez, que fundamentar el diagnóstico, medir los procesos.

Otro factor importante en este caso, y relacionado con la limitación asimétrica, es el de la ubicación, pues, el nevo confina y aproximadamente delinea una zona de inervación facial importante, la del trigémino, y por eso merece los apelativos de *nevus zosteriforme, nevus nervioso*, es decir, de aquellos nevus que parecen desarrollarse, bajo el gobierno o influencia de algún nervio importante, caso que es análogo a los primeros aportados

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

por Simon, para explicar tal patogenia nerviosa en algunos nevos, los cuales fueron en la esfera de inervacion del mismo trigémino. Sin embargo, bueno es anadir que la topografía en nuestro caso, no responde exactamente al esquema del territorio del trigémino, pues, toda la zona frontal dependiente de su rama oftálmica, se halla libre de pigmentación, y al contrario ésta sobra en el ángulo externo del maxilar inferior, que se considera inervado por ramas del plexo cervical superficial, pero las alteraciones nerviosas o ganglionares influenciadoras, no han de ser precisamente completas y por otra parte, sabida es la fraternidad y simbiosis en fisiología y patología nerviosa de algunos nervios craneanos con los plexos cervicales. La terapéutica, por otro lado, al revelarnos la resistencia del pigmento a la acción de las curas exfoliantes, nos deja suponer que su impregnación ha sido mayor que en los casos habituales de efélides dispersas.

Tales son algunas de las obligadas sugerencias, que acuden al examen incompleto de este nevus. Si poseen por sí solas escaso valor ilustrativo, pueden aumentarlo sumadas al vasto acervo de hechos y reflexiones, acumulados en el estudio de la patogenia y clasificación de los nevus, oscuro problema de la dermatología, que por eso se mantiene, en activa discusión e incesante recuento.

Tratamiento actual de la fibrilación auricular

Por el Dr. RAFAEL M. ALZAMORA
Médico asistente en el Hospital "Dos de Mayo"
Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina

Los recursos de la terapéutica, hasta hace pocos años, no podían hacer desaparecer la fibrilación auricular; se limitaban a aliviar los efectos de ella sobre el ventrículo. El método de elección era, y lo es todavía para conseguir este alivio, la administración de los diversos preparados digitálicos y también del estrofantus y la escila. Tratamiento que en buenas cuentas no es sino paliativo o sintomático si se quiere.

En la actualidad se ensaya atacar directamente el estado de fibrilación para hacerlo desaparecer, y restituír su normal actividad a las aurículas. Este resultado se consigue ya en muchos casos, mediante el empleo de las sales de quinina y principalmente de quinidina.

Nos referimos con ésto al tratamiento inmediato del trastorno, y no a su tratamiento etiológico, que deberá asociarse al anterior siempre que sea posible, pues, es el único capaz de pro-

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

ducir curaciones verdaderas y definitivas, en caso, naturalmente, de que la fibrilación se deba a alteraciones funcionales u orgánicas reversibles. Así atacando una miocarditis sifilítica reciente, mediante un tratamiento específico adecuado, puede verse retroceder ésta y desaparecer la fibrilación que había producido. Del mismo modo, las fibrilaciones debidas a un tóxico o a trastornos reflejos, desaparecen suprimiendo aquel o atacando la causa de éstos, siempre que no existan ya lesiones definitivas del miocardio.

En los casos en que esta etiología no puede establecerse claramente o que, aunque establecida, estemos desarmados contra ella, o cuando se trata de alteraciones miocárdicas irreparables, y en general cuando sea necesario intervenir sin demora; la fibrilación auricular tiene su tratamiento propio que es el que nos ocupa ahora.

Veamos en primer lugar el tratamiento por la digital.

Los buenos resultados de su administración en los casos que se acompañan de insuficiencia cardiaca grave, son a veces verdaderamente impresionantes; y a ellos principalmente debe la digital su fama en el tratamiento de las afecciones del corazón. "En ninguna otra afección cardiaca, afirma Lewis, puede el médico confiar más en la eficacia de sus remedios. Como resultado directo de un tratamiento activo puede resucitarse al moribundo y agregársele muchos años de su vida".

La digital, a la vez que aumenta la energía de los sístoles ventriculares, retarda su frecuencia, pues produce un bloqueo aurículo-ventricular parcial por disminución de la conductibilidad del haz de His; acción que verifica en parte directamente y en parte estimulando el vago. De ahí que su influencia en la fibrilación auricular sea tan característica y tan distinta, de la que ejerce en otras afecciones cardiacas, y con mayor razón en un corazón normal.

Sus grandes indicaciones son la taquicardia y las manifestaciones de insuficiencia circulatoria. De no haber una ni otra, su administración es innecesaria.

Cuando al estado de reposo el número de pulsaciones pasa de 100 al minuto, debe prescribirse la digital para reducir esta frecuencia y mantenerla entre los límites normales, 80 ó 70; y aún menos según las sensaciones del paciente y el grado de entorpecimiento circulatorio. Neuhoff cita el caso de un enfermo en quien la digital redujo el ventrículo a 35 contracciones por minuto, y que decía no haberse sentido mejor en toda su vida. De esta manera, se impide la insuficiencia ventricular si no existe o se la hace retroceder si se ha producido ya. La digital suprime, pues, el factor de insuficiencia que es la aceleración del ritmo; y es por ésto que en los casos con pulso de frecuencia normal y corazón que flaquea, el efecto no es tan manifiesto, y depende solo de la acción del medicamento sobre el músculo ventricular. Este segundo factor, haya o no taquicardia, es en realidad el más importante; y por él se explica la persistencia en

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

algunos enfermos de los signos de insuficiencia, a pesar de haberse obtenido el retardo buscado. La acción de la digital no es, pues, constante: sorprendente en los casos en que el miocardio está poco comprometido, es menos notable a medida que las lesiones del músculo son mayores; hasta ser nula cuando no hay la cantidad suficiente de fibras musculares capaces de responder a ella.

Conseguido el retardo conveniente del ventrículo, se suspende la medicación. En algunos pacientes el efecto es permanente, pero generalmente es necesario un tratamiento indefinido mientras persista la fibrilación, con períodos de interrupción variables según la duración de los efectos conseguidos. Hay casos en los cuales la administración debe ser contínua para mantener el pulso dentro de los límites convenientes.

Por lo demás, se agregará siempre, según sea necesario, las medidas dietéticas y de reposo que convenga. El género de vida del paciente tendrá que sujetarse a la capacidad funcional de su corazón. En la mujer, si el miocardio está comprometido seriamente, se aconsejará evitar el embarazo, porque el trabajo del parto podría desatar una insuficiencia aguda fatal del ventrículo.

En cuanto al modo de administración se hace generalmente por vía oral, cuando no hay trastornos gastrointestinales. Se emplea todos los preparados digitálicos cada uno de los cuales tiene sus partidarios. Los autores ingleses y norteamericanos usan de preferencia la tintura de digital, que bien titulada y conservada es de acción uniforme y eficaz.

Mas generalmente se prefiere la digitalina cristalizada que se dosa y se conserva mejor. Es la preparación empleada en casi todas las observaciones que hemos reunido.

Las dósis deben ser proporcionadas al grado de taquicardia y a la intensidad de los signos de insuficiencia cardiaca; y por lo general deben ser fuertes: XX a XL gts. de la solución alcohólica de digitalina al milésimo por día; y hasta L al comienzo del tratamiento (1). En cada enfermo, naturalmente, se tratará de establecer por tanteos la dósis necesaria. Y solo se suspenderá en dos casos: cuando se ha conseguido el efecto apetecido, cosa que por lo común sucede entre el cuarto y sétimo días; o cuando se presentan signos persistentes de intolerancia o de intoxicación digitálica. Pasadas estas dos circunstancias se repetirá la medicación a intervalos que indicará la observación contínua del enfermo. En los casos de intolerancia por la digital se emplea en su lugar el estrofantus y la escila que actúan por el mismo mecanismo que aquella; y también la cimarina, la ouabaína, con la cual dice Calandre haber obtenido a veces muy buenos resultados, etc. En los casos muy urgentes, las inyecciones intravenosas de estrofantina. 2 o 3 dósis de 1|4 de mgr. 1 c. 2 h., pueden ser de gran utilidad.

(1) Mackenzie. — *Principles of diagnosis and treatment of heart affections.* — London 1920.

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

El empleo de los alcaloides de la quina en el tratamiento de la fibrilación auricular está todavía en estudio.

La quinina, por su acción depresora sobre el sistema circulatorio fué siempre considerada más peligrosa que utilizable en terapéutica cardiaca; y solo por sus efectos sedativos se le ha recomendado en la angina de pecho y en las crisis de taquicardia paroxística. Pero la observación hecha por Wenckebach en 1914 de un enfermo atacado de fibrilación auricular en quien la ingestión de un gramo de sulfato de quinina regularizó el ritmo durante cierto tiempo; hizo ver un nuevo campo de aplicación de este alcaloide en el tratamiento de dicha arritmia.

Desde esa fecha, gran número de observadores han estudiado y confirmado la acción eficaz de los alcaloides en cuestión, en el restablecimiento de la actividad normal de una aurícula en fibrilación o flutter. Frey, haciendo un estudio comparativo entre la quinina, la quinidina y la cinconidina, ha llegado a la conclusión de que la más eficaz y menos tóxica es la quinidina; que prefiere bajo la forma de sulfato por ser así más soluble y de mejor absorción y eliminación. Y es el sulfuto de quinidina el que ha dado mayor porcentaje de éxitos y el más usado actualmente, pues la quinina fracasa muchas veces. Haas ha empleado también el lactato de quinidina.

La proporción de casos en que se restablece el ritmo normal varía según los distintos observadores. Reuniendo las estadísticas de Frey, Bergmann, Wybauw, Klewitz, Weisser, Boden y Neukirch, Haas, Bock, Jenny, Levy, Benjamín y Kapff, Hewlett y Sweeney (2); y las de Leschke y Ohmn, Shott, Wenckebach y Hamburger (3), Oppenhaimer (4), Drury e Iliescu (5), Ellis y Clark (6), Arrillaga y Waldorp (7), Wolferth (8), Se-

---

(2). Hewlett and Sweeney. — *The quinidin treatment of auricular fibrilation.* — "The Journal of the American Medical Assbciation". Chicago 1921.

(3). Hamburger. — *Effects of administration of quinidin sulphate in auricular fibrilation.* — "The Journal of the American Medical Association". — 1921 .

(4). B. S. Oppenhaimer. — *Clinical experience with quiniden in auricular fibrilation.* — "The Journal of the American Medical Association". — 1921.

(5). Drury, Iliescu. — *The restoration of the normal cardiac mechanism in cases of auricular fibrilation by means of quinidin sulphate.* — "British Medical Journal". — Octubre 1921.

(6). Ellis and Clark. — *Arret of auricular fibrilation by the use of quinidin.* — "The Lancet". — Octubre 29, 1921.

(7). F. C. Arrillaga y C. P. Waldrop. — *Acción del sulfato de quinidina sobre la fibrilación auricular.* — "Revista de la Asociación Médica Argentina". — Mayo 1921.

(8). Wolferth. — *Quinidine, therapy in heart diseases.* — "Medical Clinics of North America". — Setiembre 1921.

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

bastiani (9), Smith (10) y Clerc y Deschamp (11); se tiene un total de 386 enfermos tratados por el sulfato de quidina casi todos. Habiéndose logrado el restablecimiento del ritmo normal en 205, o sea en un 53 por ciento de los casos; y en el 10 por ciento más o menos, una transformación en flutter puro o impuro, lo que es ya una mejoría en cuanto al mecanismo del proceso.

Deschamps, en un trabajo reciente (12), después de estudiar detenidamente la acción cardio-vascular de la quinina y de la quinidina, expone su estadística personal con 12 resultados favorables sobre 28 enfermos tratados.

De los casos que hemos reunido, 4 fueron sometidos a la acción del sulfato de quinina, por no encontrarse en Lima el sulfato de quinidina. De ellos en dos se obtuvo la regularización del corazón, tratados uno por el Dr. Arce y otro por el Dr. Guzmán Barrón; y cuyas historias clínicas figuran al final de este artículo. En los otros dos casos, inaparentes para la medicación quínica, lo reconocemos ahora, por la antigüedad de la arritmia y lo avanzado de las alteraciones miocárdicas, aquella fracasó; y apenas si en uno de estos dos casos creemos que puede verse un retroceso hacia el flutter impuro.

El tiempo que dura la curación es variable: en unos casos solo de algunas horas, pero muchas veces es mayor y se extiende hasta varios meses o más de un año, y en algunas observaciones de modo indefinido. Cuando la arritmia regresa, un nuevo tratamiento por la quinidina vuelve a restablecer el ritmo; y así en cada vez que ello suceda. De este modo puede retardarse mucho la instalación definitiva de la fibrilación auricular; la que, según parece, al fin y al cabo se realiza a pesar de seguirse administrando la quinidina. Y en los casos de curación definitiva hay que preguntarse si la arritmia no fué de por sí transitoria, y el tratamiento un simple medio de abreviar su duración.

De un modo general puede decirse que la probabilidades de éxito son mayores mientras más recientes sea la fibrilación y mejor la condición del miocardio. Cuando aquella data de varios años, el resultado es nulo. Como término medio, el período de posibilidad de curación es de un año o año y medio a partir del comienzo del trastorno. Se citan casos hasta de tres años.

La edad del sujeto y las afecciones concomitantes con la fibrilación, para muchos autores no tienen relación con el éxito

(9). Sebastiani. — *La chinidina nella fibrilazioni auricolare.* — "Le malatie dei cuore". — 1922.

(10). F. M. Smith. — *La quinidina en el tratamiento de la arritmia cardiaca.* — "The Journal of the American Medical Association".— Edición Española. — Abril 1922.

(11). Clerc et Deschamps. — *Treatment de l'arritmie complete par la quinidine.* — "Societé Medicale des Hopitaux de Paris". — Mars 3, 1922.

(12). P. N. Deschamps. — *La medication quinique et quinidique du coeur.* — Paris 1922.

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

o fracaso del tratamiento. Algunos no obstante (13) recomiendan tratar estas afecciones (sifilís, Basedow, etc.) antes de empezar la cura.

Por lo que se refiere al mecanismo de acción de estos compuestos. Pezzi y Clerc que han hecho estudios experimentales y clínicos sobre la acción cardiaca de la quinina (14), atribuyen los felices efectos de ésta, en la fibrilación auricular, a su propiedad de disminuir la excitabilidad del miocardio y el hiperfuncionamiento del vago; y aceptando posteriormente (15) la teoría del movimiento cíclico, explica con relación a ella dichos efectos, de modo análogo o como la hace Lewis.

Lewis, Drury e Iliescu (16) explican la acción de la quinidina de acuerdo con la patogenia aceptada por ellos, y expuesta en número anterior de esta revista, de la arritmia que nos ocupa. Por medio de experimentos hechos en el perro (17), han reconocido que la acción más notable de dicho alcaloide sobre la aurícula, consiste en *aumentar la duración del período refractario* en un 50 por ciento más o menos. Pero al mismo tiempo, *disminuye la velocidad de propagación de la onda de excitación.* Recordando que la persistencia del movimiento cíclico, causa de la fibrilación, depende de la reducción del período refractario y de la disminución de velocidad de la onda, se comprende que la quinidina produce en estos casos dos efectos contrarios: 1º haciendo más largo el período refractario tiende a suprimir el movimiento cíclico; y 2º retardando la propagación de la onda favorece la persistencia del mismo.

Si el primer efecto predomina sobre el segundo, el movimiento cíclico comenzará a disminuír de frecuencia; y la fibrilación pasa sucesivamente a ser flutter impuro, flutter puro y, por último, desaparece, permitiendo el restablecimiento del ritmo sinusal normal. Esta disminución de los movimientos auriculares se observa casi siempre, aún en los casos en que no se restablece la actividad normal; y creemos que puede reconocerse en una de nuestras observaciones que se publicará posteriormente.

---

(13). Benjamin und Von Kapff. — *Sobre el tratamiento de la arritmia perpetua con quinidina.* — *"Deustche medizinische Wochenscrift".* — No. 1, 1921.

(14). Pezzi et Clerc. — *Action du la quinine sur le coeur du cheinl* — "Comptes rendus de la Societé de Biologie de Paris". — 1920. — *Action cardiaque de la quinine.* Ses indicatíons therapeuthiques. — "La Presse Medicale". — Paris No. 34. 1920. — *La quinine et son emploi therapeutique dans les maladies du coeur.* — "La Medicine". — Paris mars 1921.

(15). Pezzi et Clerc. — *L'Azione cardiovascolare del chinino.* — "La malatie del cuore". — Noviembre 1921.

(16). — Lewis, Drury and Iliescu. — *The manner in witch quinidine sulphate acts in auricular fibrilation.* — "British Medical Journal". — Octubre 1921

(17). Lewis, Drury and Wedd. — *Oservazioni sull'azione della chinidina nel cuore del cane, con speciale riguardo alla sua azione nella fibrilazione delle orecchiette in clinica.* — "Heart". —Vol. IX. — Analizado por "La malatie del cuore". — Mayo 1922).

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

Si el segundo efecto es el que prevalece, el tratamiento habrá fracasado.

Se observa de modo casi constante durante la medicación quínica una aceleración de los ventrículos anterior a la normalización de las contracciones auriculares que, cuando es muy grande o cuando existe una insuficiencia circulatoria intensa, constituye un serio inconveniente y hasta una indicación de suspender la cura, por la agravación que produce en las manifestaciones de dicha insuficiencia.

Esta aceleración, según los autores citados anteriormente, puede deberse a dos causas: 1º la disminución de los movimientos auriculares por sí sola disminuye el grado de bloqueo auriculo-ventricular y permite el pasaje de mayor número de estímulos al ventrículo: 2º la quinidina rebaja, aunque en menor grado que la atropina, el tono del vago y por tanto aumenta la conductibilidad del haz de His. Pero a la vez ejesce una acción directa, contraria a esta última, sobre el mismo haz; acción que puede ser considerada como una circunstancia feliz que modera la aceleración ventricular de que se trata.

La quinidina, por lo visto, modifica o suprime el estado de fibrilación; y sólo de un modo indirecto influenciará las manifestaciones de insuficiencia cardiaca que dependen directamente de ese estado, y no las que se deban a alteraciones del miocardio ventricular. En los casos en que éste se halla seriamente comprometido, la regularización del ritmo no producirá sino alivio relativo, alivio que es más ostensible en los casos con aceleración marcada del pulso; pues restablecido el ritmo normal desaparece la taquicardia y el entorpecimiento circulatorio que ella favorecía. Pero de un modo general, la restauración del mecanismo fisiológico alivia en mayor o menor grado la situación del enfermo, tanto objetiva como subjetivamente.

Mucho se discute sobre si debe o no emplearse al mismo tiempo la digital y la quinidina. A este respecto las opiniones están divididas. Algunos autores como Schurump (18), Wenckebach, Pezzi y Clerc son partidarios de esta asociación que recomiendan de modo sistemático para la quinina; pues ésta disminuye la excitabilidad de la fibra miocárdica que la digital tiende a aumentar; y ésta a su vez contrarresta, por su acción cardiotónica, los efectos deprimentes de aquella que podían dar lugar a fenómenos de colapso. La reunión de estos dos medicamentos permite, pues, aumentar las dósis de cada uno de ellos sin los peligros que tendrían administrados separadamente.

En cambio Frey, Bergman Schott, Benjamín y Kapff son francamente opuestos a dicha asociación pues sus efectos, en lo que se refiere al restablecimiento del ritmo normal, son contrarios. La digital puede provocar una fibrilación auricular y trans-

(18). Schrumpf. — *Action de la quinine dans la fibrillation et la tachysistolie auriculaire.* — "La Presse Medicale". — París No. 53, 1920.

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

formar en esta un flutter preexistente (acción completamente opuesta a la de la quinidina). Además, su acción depresora sobre la conductibilidad del haz de His, se suma a la misma acción de la quinidina; y puede producir un bloqueo aurículo-ventricular de consecuencias graves (síndrome de Stockes-Adams, paralización definitiva del ventrículo). El uso de la digital lo limitan para combatir la insuficiencia cardiaca antes de la administración de la quinidina; conducta que tiene gran influencia en el buen éxito del tratamiento, pues la quinidina, actuando sobre un músculo debilitado puede ejercer acción deprimente de consecuencias fatales.

Esta segunda opinión parece la más aceptada entre los autores que hemos podido consultar. Deschamps, en el trabajo antes citado llega hasta preconizar como sistemática esta cura digitálica previa, presente o no el enfermo signos de insuficiencia cardiaca; y cita la opinión mas reciente de Pezzi y Clerc, quienes aconsejan la administración no simultánea, que es contraproducente, sino sucesiva de quinina y digital. Y, a propósito de una muy interesante observación clínica, cree aquél autor que es preferible usar como medicamento preparador a la cura quinídica la ouabaina, ya sola, ya alternándola con la digitalina. Aconseja también dar al paciente, al mismo tiempo que la quinidina, o'50 gr. de teobromina en alterna, para contrarrestar el estorbo que aquella produce a la diuresis.

Para la administración de la quinidina se escoge de preferencia la vía oral. La subcutánea no ha sido utilizada aún, y la intravenosa debe ser rechazada por peligrosa. Los diversos autores siguen, con poca diferencia, la técnica aconsejada por Bergmann.

El enfermo guardará cama durante el tratamiento y antes se habrá hecho retroceder hasta donde sea posible la insuficiencia cardiaca. Se aconseja también limitar la ingestión de alimentos y bebidas (19). Se administra primero, para explorar la susceptibilidad del enfermo 0.20 gr. de sulfato de quinidina. Si no se presentan signos de intolerancia al medicamento, se comienza el tratamiento al día siguiente. Los dos primeros días se da o'40 gr. 2 ó 3 veces al día, antes o después de las comidas. Deschamps prefiere darla lo más lejos posible de las comidas, o cuando menos nunca inmediatamente después de ellas, por la acción irritante de la quinidina sobre la mucosa gástrica. En los días siguientes se aumenta la dósis a o'50 gr., 3 y hasta 4 veces diarias. La dósis máxima es por término medio de 2 gr. diarios, aunque según Jenny puede llevársela a 3 gr. si es necesario. Restablecida la actividad auricular se disminuye gradualmente las dósis. Algunos las suprimen bruscamente sin encontrar inconvenientes.

(19) J. Eyster and G. E. Fahs. — *Observations on the use of quinidine in auricular fibrilation.* — "Archives of Internal Medicine". — Enero 1922.

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

La normalización del ritmo se obtiene por lo general entre el 3º y el 5º días, a veces antes y a veces después, hasta los 10 días. Se recomienda por esto prolongar el tratamiento durante una semana por lo menos, en caso de no conseguir rápidamente el resultado apetecido. Si la primera cura fracasa, se ensaya una segunda después de algunos días de descanso, pues hay enfermos en los cuales el ritmo normal se restablece en la segunda o tercera cura.

En el curso del tratamiento pueden presentarse trastornos gastro-intestinales, como inapetencia, vómitos y diarreas, que de no ser muy intensos carecen de gran importancia. En cambio merecen gran atención y hasta exigen suspender la quinidina, ciertos síntomas como son: angustia precordial, cortedad de aliento, vértigos, zumbido de oídos, trastornos visuales, sensación de debilidad profunda. En caso de colapso brusco y de agravación de los signos de insuficiencia habrá que suspender la quinidina y recurrir a la digital. Si se trata de un debilitamiento miocárdico poco intenso, bastará, sin interrumpir la cura, apelar a la cafeina o al alcanfor. La taquicardia que se observa durante los primeros días en muchos casos es precursora, como se ha dicho, de la normalización del ritmo; de modo que no impone modificación del tratamiento, siempre que no exagere demasiado el embarazo circulatorio.

Se ha registrado ya 6 casos fatales poco después de terminado el tratamiento con buen éxito, 2 de ellos sin insuficiencia cardiaca previa; sin que pueda culparse con seguridad a la medicación quínica. En algunos, no obstante, se ha supuesto como causa probable una embolia, que es uno de los posibles inconvenientes del restablecimiento de la actividad auricular. En efecto, verificado esto último, los coágulos que suelen formarse durante el estado de fibrilación en las paredes y apéndices auriculares, pueden desprenderse y dar lugar a embolias que, según su localización son capaces de producir serios trastornos, y hasla muerte del sujeto. En otros casos, se ha creído encontrar la explicación en una parálisis del centro respiratorio.

Teniendo en cuenta estos inconvenientes, el empleo de la quinidina en el tratamiento de la fibrilación auricular no ha entrado todavía en la práctica terapéutica corriente. Mackenzie, en fecha reciente (20) opina que su uso debe limitarse a los casos con pulso rápido e insuficiencia cardiaca, en los que ni la digital ni el estrofantus han logrado retardar la acción del ventrículo; excluyendo aquellos que hayan tenido síntomas de embolias. "Cuando la frecuencia del ventrículo es baja, o cuando puede mantenerse baja por el uso juicioso de la digital, la droga no está indicada siempre hasta que no haya sido más estudiada". Deschamps, en cambio, cree que las insuficiencias rebeldes a la digitalina o a la ouabaina constituyen contraindicación para la cura quinidica.

(20). J. Mackenzie. — *Quinidine in auricular fibrillation.* — "The British Medical Journal". — Oct. 8 1921.

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

En concepto de Lewis, la quinidina "es un remedio del cual tenemos todavía muy poco conocimiento; y, que, excepto se le controle estrictamente por frecuentes gráficas de la acción ventricular y auricular, no deja de tener serios riesgos. Llegará sin duda el tiempo en que su uso sea de práctica general; pero aquel todavía no ha llegado". (21) y Wybauw (22) declara que no es sin aprehension que ve difundirse el uso de las bases quinicas en estos casos "antes de que aquellas que nacen de las afecciones cardiacas y de su terapéutica su estudio de predilección, hallan establecido las indicaciones y modo de acción de dichos compuestos con más exactitud que la que existe ahora".

En conclusión se puede decir que la acción de la quinidina en la fibrilación auricular es muy interesante, pero su valor como agente terapéutico no está todavía bien esclarecido y no se le puede, por ésto, adoptar de un modo sistemático en el tratamiento de aquella. La digital, en cambio, conserva toda su importancia como medicamento de elección en la fibrilación auricular. Solamente después de tener un conocimiento exacto del enfermo y de haber compulsado los posibles inconvenientes y ventajas de restablecer la normal actividad de las auriculas, se decidirá del empleo de la quinidina; durante el cual, la observación de todas las reglas hoy conocidas y la vigilancia estricta del enfermo, serán la mejor garantía para éste.

Insertamos, en seguida, las observaciones reunidas de algunos casos de fibrilación auricular; aquellos que, como dijimos en número anterior de esta revista, nos parecen ilustrar bastante la descripción nosológica que, junto con los tres anteriores, este artículo intenta completar.

En todos los trazados adjuntos, que hemos obtenido con el poligrafo para tinta de Mackenzie y con el nuevo modelo del mismo perfeccionado por Lewis, las divisiones de la parte superior corresponden al tiempo expresado en quintos de segundo.

Conviene anotar de paso la circunstancia de que, de agosto a la fecha, nos ha sido dado ver doce casos más de fibrilación auricular, que excepto uno, comprobamos todos gráficamente. Lo que nos afirma en la creencia de que ella es entre nosotros mucho mas frecuente de lo que se cree.

Caso N. — Estenosis mitral. — Fibrilación auricular.— Tratado por el sulfato de quinina.—Observación del Dr. J. Arce comunicada a la Academia Nacional de Medicina. (Extracto).

J. M., 18 años, zapatero. Historia familiar poco ilustrativa. Antecedentes personales. Padece de palpitaciones desde la edad de 4 años, después de un accidente que se manifestó con mareos, pérdida del conocimiento que duró un día, y en los siguientes vómitos, cefalal-

(21). Lewis, Drury, Iliescu and Wed — *Loc. cit.*

(22). R. Wybauw. — *Quelques observations relatives a l'action du sulphate de quinidine dans la fibrillation auriculaire.* — "Archives des maladies du Coeur". — Abril 1922.

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

gia y dolores en todo el cuerpo. Desde entonces, también, cuando se esfuerza siente fatiga, mareo y palpitaciones.

A los 10 años tuvo angina, después catarros bronquiales en diversas ocasiones, grippe, y una infección verrucosa benigna en 1920. No hay antecedentes venéreos ni reumáticos. No bebe ni fuma.

Ingresó al Hospital "Dos de Mayo", servicio del Dr. Arce, el 11 de marzo de 1921; quejándose de dolores en el tórax, tos frecuente y palpitaciones.

Al examen se advierte: tinte subictérico de las conjuntivas, latido epigástrico, hígado que soprepasa 3 traveses de dedo el reborde costal, congestión de las bases pulmonares. Se encuentra también todas las manifestaciones de la fibrilación auricular, comprobada en dos ocasiones por las gráficas (trazos I y II) y los signos de una estrechez mi-



Trazo I. —



Trazo II. —

tral: thrill diastólico, soplo diastólico, que por la frecuencia de las contracciones se extiende a veces hasta el sístole siguiente y parece presistólico; primer ruido en "resorte" y desdoblamiento del segundo ruido. El corazón está aumentado de volumen, el área de impulsión cardiaca se extiende desde el borde izquierdo del esternón hasta la línea axilar anterior, en los espacios quinto y sexto.



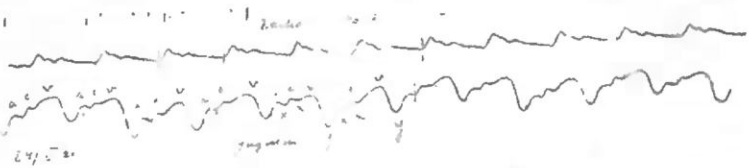
Trazo III. —

Se instituye el tratamiento que conviene a este cuadro de insuficiencia cardiaca, pero el enfermo sigue más o menos en las mismas condiciones, siempre con fibrilación auricular. El día 22 se le administra por primera vez o'50 gr. de sulfato de quinina en alimentos a la vez que X gts, de digitalina en alterna. El día 23 el enfermo dice no haber podido dormir por una cefalalgia occipital intensa; se le da la misma medicación que la víspera. El 24 el pulso está regularizado. El poligrama (Trazo IV) demuestra la reaparición del ritmo normal. Se escucha bien el soplo presistólico. Ha habido una pequeña hemoptisis (embolia pul-

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

monar). Se prescribe por última vez 5 gts. de digitalina en alterna y o'30 gr. de sulfato de quinina en los alimentos.

En los días siguientes la condición del enfermo comienza a mejorar notablemente, tanto que, el 28 de marzo han desaparecido las ma_



Trazo IV —

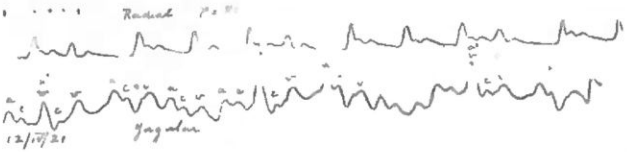
nifestaciones de insuficiencia cardiaca con que ingresara. El pulso sigue regular y los trazos hacen ver la persistencia del ritmo normal. En estas condiciones es dado de alta en los primeros días de abril. (Trazo V).



Trazo V. —

A los pocos días regresa quejándose de palpitaciones. Las gráficas (Trazo VI) demuestran la existencia de extrasístoles auriculares frecuentes; pero la fibrilación no ha regresado.

En agosto del mismo año, tuvimos ocasión de ver por una sola vez al enfermo, y constatar nuevamente todas las manifestaciones de la fibrilación auricular (excepto los trazados). No hemos tenido más noticias del sujeto.



Trazo VI. —

Obsérvese que en este caso, las ondas diastólicas *f* solo se han presentado durante el período de fibrilación (Trazos I y II). Desaparecida ésta no se observan aquellas, ni aún habiendo dilatación de las yugulares (Trazo IV) que se traduce bien en un grupo *c v* "en platillo".

Nótese también que en el Trazo II las pulsaciones, por ser más frecuentse, son también más irregulares que en el trazo I; y en los trazos II y III, en los puntos marcados con X la existencia de contracciones abortivas, que no producen onda arterial.

Se ve también en este caso la existencia en un mismo enfermo, en épocas distintas, de estrasístoles auriculares y de fibrilación auricular.

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

Caso N° 2.—Estrechez mitral.—Fibrilacion auricular.—Tratamiento por el sulfato de quinina.

M. M., de 30 años. Ingresó al Hospital "Santa Ana", servicio del Dr. Monge, el 18 de agosto de 1920, en pleno cuadro de insuficiencia cardiaca grave.

Ha tenido viruela en la niñez, neumonía a los 14 años. Paludismo. No hay antecedentes venéreos ni reumáticos. Menstruación regular. Ha tenido 12 partos normales y un aborto.

Desde enero de 1920 comenzó a experimentar disnea de esfuerzo, palpitaciones, oscurecimiento de la vista a ratos, y ligeros calambres en las piernas. Estos síntomas fueron acentuándose hasta que en agosto la intensidad de ellos la obligó a hospitalizarse.

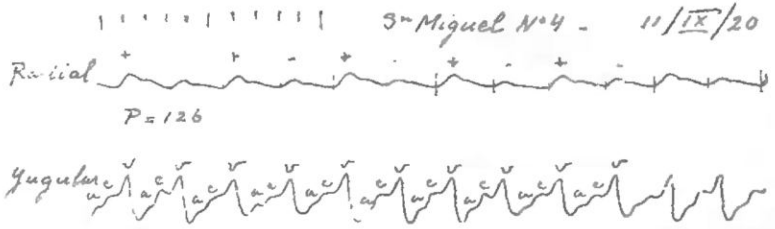
Presentaba, cuando ingresó al servicio, disnea intensa, dilatación de las yugulares, gran congestión pasiva del hígado y de las bases pulmonares, corazón aumentado de volumen sobre todo por dilatación del ventrículo derecho. Pulso rápido e irregular. Orina escasa con 0'90 gr. de albúmina por litro. En la sangre se encontró 0'075 por mil de úrea.

Instituído el tratamiento indicado por este cuadro, los síntomas de insuficiencia se atenuaron en los días siguientes; y el Dr. Monge pudo entonces constatar los signos de una estrechez mitral con fibrilación auricular. El poligrama tomado el 30 corresponde a esta última (Trazo I).



Trazo I. —

Continuando la mejoría de la circulación, el Sr. Guzmán Barrón, interno del servicio, suspendió la digitalina que hasta entonces había tomado la enferma, y comenzó a dar, el día 3 de Setiembre, sulfato de quinina 0'20 en alterna. El día 10 se notó por primera vez el pulso regular; siempre taquicardia. En el trazo que tomamos el 11 de setiembre, (Trazo II) llama la atención la regularidad en frecuencia del pulso; in-



Trazo II. —

terrumpida a veces por contracciones prematuras, después de las cuales se nota mejor la alternancia visible también en otros puntos del esfigmograma. En el pulso yugular se encuentra de modo casi constante, una onda situada 1/5 de segundo antes de la onda *c;* y que corresponde, a

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

nuestro modo de ver, a la onda a de contracción auricular, y por lo tanto a un restablecimiento del ritmo normal. La taquicardia, sin embargo, no desapareció; aunque en el trazo es mayor por que la posición de decúbito aumentó la frecuencia de las contracciones, sin producir por ésto la irregularidad tan acentuada que se presenta con esta aceleración en la fibrilación auricular.

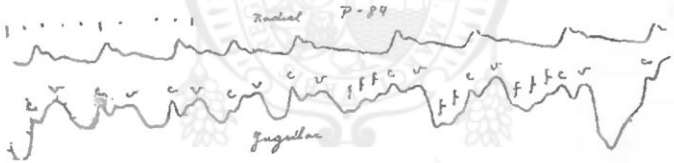
En los días siguientes el pulso siguió siempre regular, pero persistía la taquicardia y la dísnea de esfuerzo bien marcada, por lo que fue necesario continuar el tratamiento digitálico. La enferma abandonó el servicio a mediados de setiembre siempre con pulso regular y con insuficiencia cardiaca moderada. En octubre regresó, nuevamente con los signos de la fibrilación auricular y en asistolia. Después de varios días en este mismo estado, se retiró a su domicilio; donde, se sabe, falleció poco después.

Caso Nº 3.—Miocarditis crónica.—Enfermedad mitral.—Fibrilación auricular.—Observación del Dr. A. Corvetto. (Extracto).

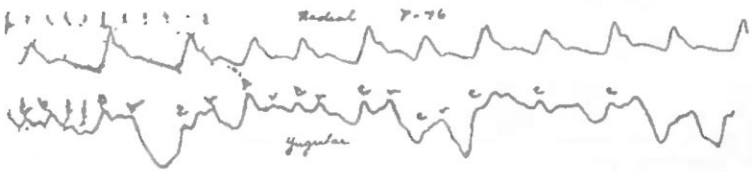
Srta. X. X., 50 años. Entre sus antecedentes no hay otro dato de importancia médica que la existencia de dolores reumatoides desde muchos años atrás; dolores que todavía experimenta de tiempo en tiempo.

Hace 15 años, más o menos, comenzó a presentar signos de insuficiencia cardiaca ligera, que se manifestaba sobre todo por dísnea de esfuerzo. El examen practicado entonces permitió reconocer la existencia de una doble lesión mitral. Con un tratamiento apropiado desaparecieron aquellos signos. No había entonces arritmia alguna.

El 15 de junio de 1921 se hizo examinar la enferma de nuevo; y el Dr. Corvetto pudo observar entonces signos claros de insuficiencia circulatoria: dísnea de esfuerzo, edemas de las piernas, trazas de albumina en la orina; y además todas las manifestaciones propias de la fibrilación auricular, inclusive el aspecto del poligrama (Trazos I y II).



Trazo I. —



Trazo II. —

Las arterias están depresibles. La presión arterial, al oscilómetro de Pachón, es: Mx. alrededor de 10 y Mn. de 6 1/2 a 7 en los diversos exámenes practicados.

En los demás aparatos no hay trastornos de importancia.

La frecuencia del pulso en todas las veces que se ha examinado a la enferma se mantiene por abajo de 90, aún sin estar sometida a la medicación digitálica; lo que indica cierto compromiso del haz de conducción aurículo ventricular, compromiso que tiene, por otra parte, la ventaja de no fatigar el ventrículo demasiado. Así se explica el estado relativamente bueno de la enferma, cuya actividad no está muy restringida.

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

Las ondas *f* del flebograma son en este caso bien claras, a pesar de no haber dilatación de las yugulares.

Puede observarse también lo que se ha dicho durante la descripción de esta arritmia: que con la aceleración de las contracciones, producida por un esfuerzo, se acentúa la irregularidad (Trazo II).

Caso Nº 4.—Estrechez mitral.—Fibrilación auricular.— Observación del Dr. Arce. (Extracto).

M. Moreno, 51 años, viudo. Historia familiar poco precisa.

Sufrió a los 14 años de sarampión, y de los 18 a los 20 de varios ataque de paludismo, al parecer de forma terciana.

A los 22 ños tuvo un chancro blando; estuvo después 7 años en la montaña, ocupado en destilar aguardiente. En el año 1900 tuvo una neumonia franca del lado izquierdo. En 1905 estuvo durante 9 meses con diarreas disenteriformes.

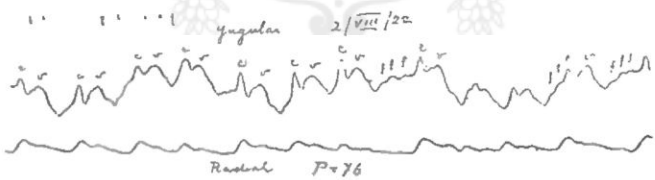
Dice haber sido moderado en el uso del alcohol y del tabaco.

Desde 1907 comenzó a experimentar fatiga al hacer un esfuerzo, fatiga que fué acentuándose en los años siguientes. En 1912, por este motivo solicitó los servicios del Dr. Arce quién comprobó los signos de una estrechez mitral con arritmia completa del pulso. Arritmia que ha persistido en todos los exámenes verificados desde entonces hasta ahora.

Los trazados que tomamos en 1921 confirman esta arritmia completa por fibrilación auricular. (Trazo I).



Trazo I. —



Trazo II. —

En la actualidad, a pesar de no seguir otro tratamiento que el reposo relativo, no acusa sino disnea de esfuerzo que le permite tan sólo una actividad moderada. El hígado está ligeramente aumentado de volumen y algo doloroso. No hay edemas.

Presenta signos de catarro bronquial discreto y ha tenido en varias ocasiones pequeñas hemoptisis debidas probablemente a infartos pulmonares.

Atendido por nosotros en agosto de 1922, con motivo de un accidente hiposistólico, ha respondido bien al tratamiento por el reposo, la dieta y pequeñas dósis de digitalina.

Este caso, nos parece, ilustra las ventajas de un pulso de frecuencia normal en la fibrilación auricular. No habiendo taquicardia, el factor de insuficiencia es aquí el ventrículo comprometido; y es por ésto que el restablecimiento de la actividad auricular no tendría ninguna

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

ventaja y sí muchos inconvenientes posibles, por las embolias a que podría dar lugar. Por lo tanto sería uno de los casos típicos de contraindicación para el uso de la quinidina. Además, la antigüedad de la arritmia (10 años) hace suponer la existencia de lesiones irregresibles de la aurícula que no permitirían la vuelta al mecanismo normal.

Caso N 5.—Estrechez mitral.—Fibrilación auricular.

J. Z. M., 26 años, soltero. Los antecedentes hereditarios no dan ninguna luz.

En su infancia tuvo viruela; a los 12 años, paludismo durante 6 meses que se repitió en dos ocasiones en los años siguientes.

No hay antecedente ninguno de infección venérea ni reumática. Usa con moderación del alcohol y del tabaco.

El 7 de abril de 1919 se produjo una embolia cerebral que dió lugar a una hemiplegia derecha brusca sin ictus apoplético, con afasia motriz y ceguera verbal. En los días que siguieron no hubo fiebre ni trastornos de la defecación o micción. Estuvo así 4 meses, no hubo contracturas; después recuperó progresivamente los movimientos, primero en la pierna, después en el brazo; lo mismo que el uso de la palabra.

En 1920, mes de abril,se presenta una hemoptisis de mediana abundancia que dura 24 horas y disminuye en los días siguientes, sin fiebre y sin dolores. Esto se repite en mayo y en julio. En esta vez el examen no descubre ningún signo físico. Es probable que se tratara de pequeñas embolias pulmonares.

Desde abril ha comenzado a experimentar fatiga al caminar de prisa, cosa que no había sentido hasta entonces, a pesar de haber hecho varios viajes entre la costa y la sierra.

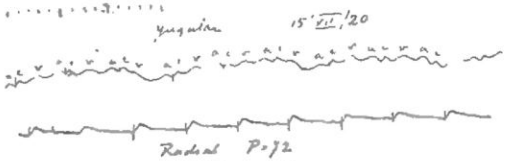
En mayo del mismo año ingresa al servicio del Dr. Montero, Hospital "Dos de Mayo".

Es de estatura mediana en buen estado de nutrición. No presenta huellas de afección cutánea ni de accidente venéreo. No hay hipertrofias ganglionares. Aparatos digestivo y génito urinario: nada de importancia.

En el aparato respiratorio se comprueba en varias circunstancias signos de traqueobronquitis.

Hay ligera paresia con disminución de la sensibilidad en sus diversas modalidades en los miembros del lado derecho (trastornos que desaparecieron casi del todo a los dos meses de su ingreso); hay todavía ligera dificultad de lenguaje. Reflejos normales.

Aparato circulatorio. Disnea de esfuerzo moderada. No se aprecia ningún otro signo de insuficiencia cardiaca. Arterias periféricas en buen estado; no hay latidos anormales de ellas. Pulso radial regular, pequeño, que mide al Pachón 12'5 de máxima y 6 de mínima. El poligrama (Trazo I) revela una sucesión normal en las contracciones de las



Trazo I. —

cámaras del corazón. La punta late en el 5° espacio, por dentro de la línea medioclavicular, con choque brusco y enérgico. Hay thrill diastólico en la punta. A la auscultación: ritmo de Durosiez completo en ciertos momentos, en otros solo el soplo diastólico de la punta con re-

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

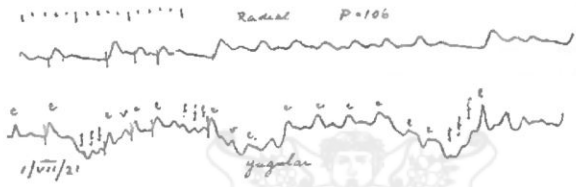
fuerzo presistólico. Se escucha además el soplo de Graham Steel, diastólico del orificio pulmonar.

Nada anormal al examen de la orina. Reacción de Wasserman en la sangre débilmente positiva. Cutireacción de Von Pirquet fuertemente positiva. Líquido céfalo raquídeo: aspecto y tensión normales, reacciones de Noguchi, Ross Jones, Wasserman y Lange negativas.

La historia de este enfermo sirvió de tema a una de las notables lecciones clínicas de nuestro recordado maestro el Prof. Odriozola, quien sentó el diagnóstico de estrechez mitral, probablemente congénita.

Permaneció en el servicio hasta fines de 1920 y fué dado de alta en las mismas condiciones, por lo que se refiere a su afección cardiaca, sin haberse notado ninguna manifestación arritmica en todo el tiempo de su estadía.

El 1º de julio de 1921 fué de visita al servicio y pudimos comprobar entonces todos los signos de una fibrilación auricular, (Trazo II).



Trazo II. —

El enfermo no acusaba, aparte de una acentuación de su disnea de esfuerzo, ninguna sensación nueva; ni refería accidente alguno que pudiera indicar el comienzo de la arritmia. Aparte de la disnea, no había ningún otro signo de insuficiencia funcional de la circulación lo que nos hizo suponer un músculo ventricular en buen estado.

Posteriormente, tuvimos ocasión de ver nuevamente al enfermo en la sala "Odriozola". La fibrilación continúa (Trazo III) y las manifes-



Trazo III. —

taciones de insuficiencia cardiaca se han hecho permanentes, y llegan a veces a ser muy intensas como la que motiva su ingreso a dicha sala.

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

Prensa Médica Americana

TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS POR EL RADIO. — "Surgery, Gynecology and Obstetrics. (Octubre y Noviembre 1922). — El doctor T. J. Watkins, notable ginecólogo de Chicago, que nos visitara hace dos años, en un artículo editorial, resume su concepto de la radioterapia en fibromas uterinos.

Se expresa con la convicción que dá la experiencia, precisando reglas de dosaje, marcando el momento oportuno de ese tratamiento y sus contraindicaciones.

Copiamos las ideas fundamentales de ese trabajo:

La experiencia ha establecido que el radio es el mejor remedio conocido en casos seleccionados de fibromas uterinos. Los fibromas de volumen mediano, simétricos y no complicados, curan seguramente con el radio, en mujeres próximas a la menopausia.

Debe emplearse de mil doscientos a mil ochocientos milicuries de radio. La dosis más alta señalada, no produce más síntomas que la amenorrea y con ella se está seguro de determinar menopausia permanente en las mujeres no muy jóvenes. Este resultado debe buscarse porque el restablecimiento de la menstruación es sinónimo de rebrote del tumor.

El radio debe usarse incluído en gruesa envoltura aisladora, lo cual no exige aumentar la dosis disminuyendo la necrosis de tejidos en el asiento de la radiación y los peligros de infección.

El radio debe colocarse en la cavidad del cuerpo uterino.

Se observa de ordinario dos menstruaciones después del tratamiento, luego se establece la amenorrea. La atrofia del tumor comienza en la octava semana y en cuatro meses queda reducido a un nódulo pequeño, o desaparece totalmente.

Los fibromas intracervicales son los más apropiados para la radioterapia, pero también se obtiene resultado en los subperitoneales y en los submucosos.

Las complicaciones abdominales (infecciones crónicas) exigen tratamiento quirúrgico. En estos casos el radio determina un proceso séptico agudo.

En los tumores voluminosos el peligro del radio depende de posibles errores de diagnóstico. Para usarlo se debe tener certeza; la palpación bimanual para determinar evidencia, ha de poder examinarlo, de tal manera que se precisen todos sus contornos.

En las mujeres jóvenes es preferible extirpar operatoriamente el fibroma, a destruír la función de los ovarios por el radio.

En caso de condiciones desfavorables para el acto quirúrgico, puede usarse del radio con menos restricciones.

Los trastornos nerviosos de la menopausia derivada de la radioterapia, son análogos a los de la menopausia natural.

El doctor N. Sproat Heaney, de Chicago, aunque partidario decidido de la cirujía en los fibromas, se sirve también del radio para tratarlos en mujeres de más de 40 años y en las que se hallan en situación muy precaria para soportar la operación.

Los casos escogidos por él para el radio son aquellos que presentan como síntoma principal la hemorragia, tumores de mediano volumen no mayores que una cabeza de niño (los más pequeños dan mayor seguridad de éxito) y en personas donde la función del ovario ha dejado de ser esencial. Cuanto mayor sea el riesgo operatorio más podemos separarnos para el uso del radio del tipo ideal precedente, por ejemplo, trataremos con este agente un fibroma grande en mujer jo-

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

ven, que lleva grave lesión del corazón. Las inflamaciones de la pelvis contraindican siempre el radio.

En una serie de más de 100 casos de fibroma, este operador no encuentra sino ocho veces ocasión de emplear la radioterapia, actuando de acuerdo con los conceptos anteriores, pero obtuvo curaciones clínicas en todos estos enfermos.

El trabajo ligeramente analizado antes, leído en la Sociedad Ginecológica de Chicago en Febrero de 1922, originó una interesante discusión de la cual, para complemento de esta revista, copiaremos sintéticamente lo más importante.

El doctor J. L. Baer señala como resultado de sus estudios y observaciones prácticas, las siguientes ventajas en favor de la radiación: 1o. trastorna ésta mucho menos el equilibrio síquico de la paciente, que la operación, porque la última la deja conciente de la mutilación sufrida, o por el traumatismo quirúrgico de los nervios genitales; 2o. la función sexual y orgánica sufren poco por la acción del radio; y 3o. la adiposidad que sigue a la operación es más manifiesta.

El doctor H. Schmitz menciona las contraindicaciones del radio que ha deducido de su experiencia, como sigue :

No deben tratarse por el radio: 1o. los fibromas complicados; 2o. los que no determinan síntomas; 3o. los que presionan sobre los órganos vecinos o se hallan en estado de degeneración; 4o. los cervicales, submucosos o subserosos; y 5o. los fibromas voluminosos. Lo cual resume diciendo que sólo pocos casos de fibroma pueden ser tratados por el radio: los estrictamente intramurales y pequeños. — *Dr. Bello.*

ALGUNAS NUEVAS EXPERIENCIAS NOTABLES DE LA RADIOTERAPIA. — Erwin Zweifel, de la Clínca de Doderlein, en Munich, (*"Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología"*. — Buenos Aires, julio-agosto 1922) relata tres casos notables de curación por radioterapia en mujeres ginecopáticas.

Común a los tres casos es el haber sido abandonado el tratamiento, cuando el estado local y el estado general se había empeorado mucho.

El pronóstico fué enteramente desfavorable en todos los casos. En todos ellos el estado caquéctico se prolongó durante cierto tiempo, hasta que de repente se inicia la mejoría.

La primera enferma con epitelioma de cuello, se halla curada desde hace 7 años y ha conservado sus funciones genitales produciendo tres abortos y un feto a término.

El segundo caso data de 30 años, con cáncer muy adelantado y en la cual se suspendió el tratamiento de radium-radioterapia por manifiesta caquexia de la enfermo. Sin embargo, al cabo de un año se inició la mejoría.

La tercera enferma, también adelantada en su proceso, logra curar clínicamente con mesotorio aplicado localmente y por vía abdominal. Lleva ya 5 años.

Según el autor, el carcinoma ha curado después de la radioterapia instituída tal vez con ayuda de otros factores.

El momento en que las enfermas mejoran su estado general, señala el momento en que termina la destrucción del carcinoma.

El cuerpo radífero empleado en estos casos, ha sido el mesotorium a la dosis de 110 miligramos por vagina y 220-430 miligramos por vía abdominal en 8 sesiones de 12-20 horas. — *Dr. Roe.*

LOS SINTOMAS GASTRICOS REFLEJOS EN LAS ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS PELVIANOS DE LA MUJER. — Según Albert *Andresen, (The American Journal of Obstetrics and Gynecology.* — Agosto 1922), en las enfermedades pelvianas de la mujer exis-

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

ten causas que determinan trastornos reflejos gastro_intestinales muy frecuentes.

En este sentido, ninguna mujer debiera ser tratada como gastró_pata, sin antes haber sido cuidadosamene examinada de los órganos pel_vianos.

Antes de hacer un diagnóstico de reflejos gástricos de origen pelviano, deben excluirse, naturalmente, las enfermedades orgánicas del tubo digestivo. En estos síntomas gastro_intestinales de origen pelviano, hay que determinar los siguientes puntos:

1. — La irregularidad de los síntomas, su influencia por los fe_nómenos síquicos y la falta de esta influencia al estímulo normal.

2. — Negativa a los rayos X, salvo la hipermotilidad y estados es_pásticos.

3. — La determinación de otras lesiones de los órganos abdomi_nales, como causa de los síntomas.

4. — El hallazgo del tipo reflejo de la curva en los exámenes fraccionales del contendo gástrico, u ocasionalmente en la aquilia gás_trica.

5. — El hallazgo de lesiones patológicas pelvianas.

El tratamiento de estas irritaciones de los reflejos gástricos de origen pelviano requiere:

1). La corrección o extirpación de los trastornos pélvicos o una dirección en el embarazo o menopausia.

2). Guardar atención a los trastornos endocrinos, empleando su terapéutica conveniente.

3). La dirección de la dieta, que debe ser sana y rica en vitaminas.

4). Tratamiento sintomático de cualquiera de los síntomas gás_tricos.

5). — Guardar atención con el funcionamiento del colon, rehuyen_do los purgantes catártricos y empleando mejor sustancias suaves como el agar, aceites minerales o los enemas de aceite.

6). — También se hallan indicados el uso de sedantes del sistema nervioso; y la atropina para los efectos fisiológicos indicados.

7). Los alcalinos tienen también su indicación. El mejor de to_dos como alcalino y anti_espasmódico es el lactado de cal, a la dosis de 40 centigramos.

8). La higiene general y la extirpación de focos infectivos en cualquier parte del cuerpo es necesaria, así como la modificación co_rrectora de todas las ptosis viscerales.

9). El reposo constituye una medida esencial. También lo es, la modificación de muchos malos hábitos con relación al sueño, a las rela_ciones sexuales, etc., etc. — *Dr. Roe.*

DIGITALIZACION PRE_OPERATORIA PARA REDUCIR LAS COMPLICACIONES POST OPERATORIAS. — Las complica_ciones pulmonares consecutivas a las intervenciones quirúrgicas, siguen manteniéndose en orden de frecuencia.

La clasificación que conviene hacer en las complicaciones de los estados post_operatorios se resume en dos grupos: vasculares y no vas_culares.

Polak ha estudiado recientemente la importancia de mantener la presión sanguínea en los casos operables, toda vez que esta presión tien_de a descender en casi todos los intervenidos. El descenso de la presión sanguínea es probablemente la causa de muchos estados que complican el curso de los operados: la neumonia hipostática, embolias y trombo_sis, flebitis, etc., que aún cuando no se hallan exentas del problema in_feccioso, éste tiene indudablemente una base de desarrollo en los éstasis sanguíneos.

Igual cosa cabe pensar en el shock operatorio, que resulta dis_minuído cuando se logra mantener la presión sanguínea.

Para lograr un benefico positivo sobre la presión sanguínea, Sa_muel Geist y José Somberg (*"The American Journal of Obstetrics and*

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

Gynecology". — Agosto 1922), han empledao la digital como cardiotónico indudable.

En las observacones practicadas, hay tres grupos de enfermos: un grupo en el cual se ha realizado la digitalización por un método que se puede titular *método rápido*, y que consiste en la administración de la tintura de digital, a razón de 0,15 centg. por libra de peso, en las 24 horas anteriores a la operación.

El segundo comprende los casos en los que se usó la *digitan*, a razón de dos centigramos cada dos horas, en las 24 anteriores a la operación.

Por último, en el tercer grupo se hallan comprendidos los operados sin previa digitalización.

Anota en el sumario de su trabajo las ventajas obtenidas en los dos primeros grupos digitalizados, en los cuales se pudo comprobar la disminución de accidentes pulmonares, así como el ningún peligro consecutivo a la administración de la droga.

Parece que Lilienthal, preconizaba ya en 1907 la administración de digital, previa, a sus operados. El éxito obtenido por este autor durante algún tiempo, lo sostiene últimamente, (*Annals of Sugery*. — Marzo 1922), declarando que en todos los casos debe digitalizarse a los enfermos, 48 horas antes de la operación.

De los dos métodos seguidos en la digitalización, consideran que el mejor es el seguido con el empleo de la digitan y a menores dosis que en el primero. o sea, en el llamado método rápido. — *Dr. Roe.*

¿CUAL ES LA RELACION ENTRE LA HIPERTENSION Y LA FIBROMATOSIS UTERINA? — En el estudio hecho por J. O. Polak, E. Mittoll y Ana Mc Grath, (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*. — Setiembre 1922), de 416 enfermas de fibromatosis, con el objeto de averiguar esta relación entre el aumento del tono vascular y la fibromatosis, encuentran:

1). Que en la mujer joven y fibromatosa, no existe relación, ni efecto, entre este estado y la tensión sanguínea.

2). Las enfermas miomatosas con elevación arterial marcada, son aquellas que pasan de los cuarenta años, las que viven muy cerca del climaterio, o aquellas que padecen de enfermedad renal o cardiovascular.

3). Las hemorragias en los fibromas, parece que fueran más saludables que dañinas y desde luego no tienen acción directa sobre la presión. si bien, después de su extirpación operatoria o radioterápica, aumenta temporalmente la presión.

4). La extirpación del útero y anejos, en mujeres de cuarenta o más años. hace aumentar la presión por un período variable, salvo que una enfermedad intercurrente haga recuperar la presión sanguínea de la época pre-operatoria.

5). La conservación del ovario y ovarios, asegura en la mujer una situación climatérica menos tumultuosa.

6). Finalmente los fenómenos nerviosos, así como la presión, resultan más pronunciados después del radium que después de la operación. — *Dr Roe.*

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

Sexto Congreso Médico Latino Americano

VOTOS APROBADOS

1.—Dedicar en su sesión solemne de Clausura, un minuto de respetuoso silencio, puestos de pie los concurrentes, como homenaje rendido a la memoria de Pasteur y de Finlay.

2.—Trasmitir un sentido mensaje de condolencia a los profesionales chilenos, con motivo de las desgracias recientes en vidas y en propiedades, que ha sufrido el pueblo de Chile.

3.—Recomendar a los Gobiernos y a los intelectuales de la América Latina, el estudio y la adopción de cuantas medidas sean eficaces para conseguir que en el acrecentamiento de su población predomine el aumento vegetativo; y, también, para que los elementos constitutivos de ese aumento, mejoren incesantemente sus características físicas y culturales.

4.—Ratificar solemnemente el Voto del Congreso de Lima, referente a la erección de una estatua a Carrión, en dicha ciudad, encareciendo a los Delegados al Congreso, hagan cuanto sea necesario para obtener el cumplimiento de este Voto.

5.—Dirigirse por medio de la Secretaría de Estado de Cuba a los países representados en este Congreso, por conducto de sus respectivos Gobiernos, para que se gestione de las Empresas Navieras que se dote a todos los buques de pasajeros de un equipo completo de medicina y cirugía de urgencia, y que se incluya en el personal de cada buque un médico y un practicante capaces de realizar cualquier intervención de las llamadas de urgencia. (1).

6.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano recomienda a los Sres. Delegados de las Repúblicas Latino-Americanas, en las que no existen Instituciones especialmente dedicadas al estudio del Cáncer, que traten de obtener de sus respectivos Gobiernos la creación de tales Establecimientos, con el compromiso de comunicarse unos a otros en períodos de tiempo prudenciales, el resultado de las investigaciones que realicen.

7.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda dar un voto de apoyo, simpatía y aplauso al importante Código

(1) En la discusión de este Voto, el Dr. M. Becerro de Bengoa hizo hincapié con el asentimiento de los concurrentes, en que era necesario que el sueldo de los médicos en los vapores fuere lo bastante alto para que dichos cargos sean ocupados por profesionales capacitados. Además se convino en que sería conveniente que el servicio médico de a bordo debe formar parte de un servicio de Hospital de los lugares extremos de la travesía, con objeto de hacer que nunca puedan perder su práctica los médicos de los vapores, como sucedería si permanentemente se vieran obligados a permanecer a bordo.

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

de Moral Médica presentado por el Dr. Emilio Ochoa, a nombre de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, por ser de gran utilidad, y recomendarlo para que sirva de base para unificar los procedimientos deontológicos en la América Latina.

8.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda la conveniencia de que la Peste Bubónica, la Fiebre Amarilla y la Anquilostomiásis, sean perseguidas hasta la erradicación totoal, y que el paludismo también sea objeto de primordial persecución en los países aún infectados.

9.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, ratificando la resolución votada unánimemente por el Quinto Congreso Médico Nacional de Cuba, acuerda: Que confirma, en el día, la importancia de los métodos clásicos que se derivaron de la genial concepción de Finlay, y los considera, siempre, como los más recomendables en las campañas que se emprendan para la erradicación de la fiebre amarilla.

10.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda nombrar inmediatamente una Comisión que se ocupe de la organización de una Asociación Panamericana de Eugenesia y Homicultura, para que ésta tenga su constitución durante o inmediatamente después de la reunión de la Conferencia Pan-Americana que se celebrará en el próximo mes de Marzo, en la ciudad de Santiago de Chile, una de los Congresos Médico-Latino-Americanos (2).

11.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda, al efecto de impedir, en cuanto sea posible, la propagación de los vicios sociales: morfinomanía, cocainomanía, etc.. nombrar una Comisión del Congreso para que formule un Reglamento o proyecto de Ley para la reglamentación de la venta internacional del opio y de sus derivados, de la cocaína y demás alcaloides análogos.

12.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda solicitar de los Gobiernos de los países que aún no se han adhe-

---

(2) La Comisión a que se refiere el Voto 10º, quedó designada en el acto, estando integrada por el Presidente del Congreso Dr. Arístides Agramonte; el Secretario del Congreso Dr. Francisco María Fernández y los Dres. Domingo F. Ramos, por Cuba; Guillermo Münnich por Chile, y Jenaro Escalona por México.

La reglamentación de este Voto comprende también los siguientes artículos:

La Comisión una vez llenado su cometido se declarará disuelta después de emitir un informe respectivamente al Comité Organizador del VII Congreso Médico Latino-Americano y al primer Comité para dirigir la Asociación Pan-Americana de Eugenesia y Homicultura.

Todos los Delegados concurrentes al VI Congreso Médico Latino-Americano se encargarán de fundar en sus respectivos países los Comités Nacionales, con los Locales que fuesen necesarios, de la Asociación Pan-Americana de Eugenesia y Homicultura, dando cuenta de sus gestiones a la Comisión si todavía ésta estuviese en funciones, y en caso contrario, al Comité Organizador del VII Congreso Médico Latino-Americano y al Comité Central de la Asociación Pan-Americana de Eugenesia y Homicultura, cuando se constituya.

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

rido a la Convención de Montevideo sobre intercambio de títulos de las profesiones liberales, lo hagan a la mayor brevedad posible, a fin de que se haga extensivo el intercambio profesional a todas las Naciones de la América Latina.

13.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda solicitar de los países de la América Latina que adopten los mismos tecnicismos psico-patológicos para la Medicina Legal y conseguir que ellos sean introducidos en los Códigos respectivos.

14.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda recomendar a las Naciones concurrentes que en los Códigos Penales de las Naciones Latino-Americanas la base para las penalidades se funde en el Pronóstico Anatomopatológico de la lesión inferida y que el tiempo de curación de ella se tenga solamente en cuenta en las indemnizaciones del lesionado.

15.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano recomienda a la consideración de los poderes públicos de todos los países de América el estudio de la equinococia, la paragonimiasis y la Espiroquetosis bronco-pulmonar, y se permite asimismo insistir, cerca de ellos, en la necesidad de tomar las medidas profilácticas necesarias para disminuír sus estragos y alcanzar algún día su total extinción.

16.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano recomienda a las Universidades Latino-Americanas la dotación de un Museo de Anatomía Patológica en sus Facultades de Medicina, así como dar una mayor importancia a los estudios de Anatomía, Histología y Fisiología patológicas.

17.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda la fundación de la Asociación Médica Latino-Americana, que tendrá su asiento en la ciudad de Montevideo, Uruguay, y la cual publicará una Revista destinada a la publicación de los trabajos médicos latino-americanos (3).

18.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda invitar a las Autoridades correspondientes de los países Latino

---

(3) La reglamentación para el cumplimiento de este Voto, a propuesta de la Comisión designada que estuvo integrada por los Drs. José Arce, Carlos Alberto Arteta y Miguel Becerro de Bengoa, fué aprobada en la sesión de gobierno en la forma siguiente:

Art. 1.—El Comité Ejecutivo de la Asociación Médica Latino-Americana, tendrá su asiento en Montevideo y será formado por el Decano de la Facultad de Medicina de Montevideo, tres Ministros residentes latino-americanos y los Drs. Luis Morquio, Américo Ricaldoni y Pedro Ernesto Duprat.

Art. 2.—El Comité procederá a su organización y dictará un Reglamento para su funcionamiento provisorio, que deberá ser sometido a la aprobación del próximo Congreso.

Art. 3.—La Revista de la Asociación Médica Latino-Americana, se editará en Montevideo, Uruguay, con la dirección, redacción y en las condiciones que determine el Reglamento sancionado por el Comité Ejecutivo de la Asociación.

Art. 4.—Producida una vacante en el Comité Ejecutivo, será integrada por el mismo Comité.

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

Americano, a que contribuyan a la elaboración de un plan de estudios uniformes para la América Latina, así como para unificar los procedimientos estadísticos, la terminología médica y las Farmacopeas.

19.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda rogar a los Gobiernos de los países Latino-Americanos que se respeten o se expidan las disposiciones legales necesarias para impedir eficazmente la inmigración china.

20.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano acuerda rogar a los Gobiernos que por medio de sus Institutos anti-rábicos estudien un método para simplificar el tratamiento preventivo anti-rábico en el hombre.

21.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: recomendar a todos los países de la América Latina la urgente necesidad de organizar asociaciones que inicien una activa campaña educativa y de divulgación para combatir las enfermedades del corazón y especialmente de sus causas más frecuentes: Sífilis, Reumatismo agudo e hipertiroidismo, así como de otros factores de arterioesclerosis.

22.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: recomendar a los poderes públicos de los países de la América Latina, la promulgación de leyes relacionadas con el aborto criminal, responsabilizando al hombre principalmente, y estableciendo protección para la mujer soltera embarazada.

23.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: recomendar a los Gobiernos de la América Latina el apoyo moral y material para el sostenimiento del Instituto "Gorgas" de Panamá.

24.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: rogar al Cuerpo Directivo del "Tratado de Patología Sud Americano" que el mismo Tratado se denomine "Tratado de Patología Latino-Americano".

25.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: solicitar de los Poderes Públicos de la América Latina el establecimiento de una campaña activa y vigorosa contra la extensión de las enfermedades venéreas.

26.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: recomendar a los Gobiernos de la América Latina, que no posean dichos servicios, el establecimiento en las Facultades de Medicina, de Institutos de Medicina Legal, como anexos, para la preparación de los Médicos Forenses.

27.—Recomendar a los respectivos países Latino Americanos, la adopción de un Reglamento uniforme de Sanidad Marítima.

28.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: recomendar a los Poderes Públicos de las naciones Latino-Americanas la aprobación de leyes encaminadas a asegurar el reposo de la mujer gestante.

29.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: la fundación del Comité Latino-Americano de Higiene Men-

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

tal y Nerviosa, el cual tendrá como finalidad, no solamente orientar los estudios sobre la etiología de las Enfermedades nerviosas y mentales, sino también sobre la Psico-fisiología normal y morbosa, en sus aplicaciones a las diversas actividades sociales, a fin de establecer los medios más eficaces de organizar un Código de Recursos profilácticos de las perturbaciones nerviosas y mentales, que será propuesto a los Gobiernos Latino-Americanos (4).

30.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: encomendar a los Comités existentes actualmente en los distintos países, en unión de los señores Delegados Oficiales de cada país, que gestionen en la forma que les sea más práctica, la ejecución de las resoluciones tomadas en este Congreso, informando ante el Congreso siguiente del resultado de su labor, terminando sus funciones una vez presentado el informe correspondiente (5).

31.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano, acuerda: hacer público su aplauso al Comité Organizador y a la Mesa Directiva por el notable acierto con que preparó este torneo intelectual y el intercambio de trabajos científicos entre los países Latino-Americanos.

El Congreso Latino-Americano acordó por unanimidad celebrar su Séptima reunión en la ciudad de México, dentro de un período no menor de dos ni mayor de tres años.

---

(4) La reglamentación de este Voto, según proposición del Dr. Gustavo Riedel, aprobada por la Sesión de gobierno, es como sigue: .

Art. 1.—El Comité Latino-Americano de Higiene Mental y Nerviosa, quedará constituído por dos miembros por cada país, y su atribución será velar por la aplicación práctica de las medidas aprobadas.

Art. 2.—El Comité Latino-Americano de Higiene Mental y Nerviosa se reunirá siempre con ocasión de cada Congreso Médico Latino-Americano en la Sede de los mismos.

Art. 3.—El Sexto Congreso Médico Latino-Americano propondrá a los gobiernos de los Estados, a los dos representantes de cada uno de ellos en el Comité Latino Americano de Higiene Mental y Nerviosa. Las vacantes que ocurran en el futuro, serán cubiertas por indicación del Comité respectivo.

(5) La reglamentación de este Voto, es como sigue:

Art. 1.—En cada uno de los países latino-americanos habrá una Comisión encargada de gestionar en la forma que sea más práctica la ejecución de las resoluciones tomadas en los Congresos Médicos Latino-Americanos, informando ante el Congreso siguiente, del resultado de su labor.

Art. 2.—En cada país tendrán esta función las mismas Comisiones que hayan organizado el Congreso actual, junto a los señores Delegados Oficiales que han concurrido al mismo, y sus funciones terminarán una vez presentado el informe al Congreso siguiente.

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

Primera Conferencia Americana de la Lepra

Del 8 al 15 de octubre de 1922 se celebró en Río de Janeiro la primera conferencia americana de la lepra. Carlos Chagas y Oscar Silva Araujo, fueron el Presidente y el Secretario general de la Conferencia.

He aquí las conclusiones que se aprobaron en la sesión de clausura :

Primera: Es innegable que el punto de partida indispensable para la organización de cualquiera campaña contra la lepra es el censo correspondiente, el cual debe llevarse a cabo con la mayor amplitud y exactitud posibles.

Segunda: Para proceder con eficacia, los países deben poseer una legislación relativa a la lepra en la cual se tomen consideración los múltiples aspectos técnicos, administrativos y sociales del problema.

Tercera: La lucha contra el contagio constituye el elemento decisivo en la campaña contra la lepra, y debe realizarse principalmente en colonias de leprosos, en las cuales deben tomarse medidas de orden técnico que tengan en cuenta las diversas doctrinas que actualmente se discuten, relativas a la trasmisión de la enfermedad.

Cuarta: — En las colonias de leprosos deben tenerse en cuenta todas las exigencias modernas y humanitarias encaminadas a obtener el bienestar físico y moral de los leprosos, a la vez que debe aprovecharse — de una manera racional — la capacidad productiva de éstos.

Quinta: En cada país la campaña contra la lepra debe basarse en un plan uniforme, cuya aplicación podrá hacerse extensiva a cualesquiera regiones, debiendo participar en ella los diversos departamentos administrativos. Será muy conveniente que el gobierno nacional centralice — tanto como sea posible — las disposiciones administrativas e instruya a las diferentes circunscripciones políticas (estados, provincias, departamentos y municipios,) en cuanto a la campaña contra la lepra y especialmente en cuanto a las medidas técnicas indispensables.

Es absolutamente necesario que la legislación sanitária relativa a la lepra se aplique en todo el territorio, sean cuales fueren los preceptos constitucionales vigentes en el país.

Sexta: Además del aislamiento en colonias de leprosos, las administraciones sanitarias podrán consentir la práctica de esta medida en los domicilios, tan pronto como las medidas sanitarias impuestas, puedan ser fielmente cumplidas.

Séptima: Tanto en el aislamiento en las colonias de leprosos, como en el aislamiento en los domicilios, será un deber de la mayor importancia para la autoridad sanitaria someter los pacientes al tratamiento correspondiente, mediante los métodos más recomendables y adecuados.

La conferencia recomienda con la mayor insistencia, el empleo de los éteres etílicos de chaulmoogra, aunque no lo considera un método terapéutico definitivo.

Octava: Considerando de importancia capital la terapéutica de la lepra, la conferencia aconseja que se organicen estudios especiales encaminados a obtener un remedio pronto, eficaz y activo.

Novena: Las escuelas de medicina existentes en los diversos países deberán llevar a cabo, con el mayor esmero y eficacia, la enseñanza relacionada con la lepra, incluyendo en ella todo lo relativo a la patogenia, anatomía patológica, el estudio clínico íntegro, así como la terapéutica y prophlaxis de la enfermedad.

Dicha enseñanza será obligatoria para los estudiantes, y tendrá un carácter esencialmente práctico, debiendo comprender las demos-

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

traciones clínicas y las investigaciones que se hacen en los laboratorios.

Los médicos encargados de tomar medidas prácticas contra la lepra, deberán probar su capacidad especial en la materia.

Academia Nacional de Medicina

Sesión celebrada el 13 de enero de 1923

Presidencia: Dr. Julián Arce

Se tramitó el despacho y dió cuenta de su cometido en la Habana el doctor L. Avendaño, que llevo el saludo de la corporacion a la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de esa ciudad, con motivo de haber representado al Perú en el Sexto Congreso Medico Latino Americano.

ARSENOTERAPIA DE LA SIFILIS. — El doctor Felipe Merkel comenzo manifestando la vastedad e importancia del tema escogido para esta disertacion. Dijo que la arsenoterapia de la sífilis era asunto que apasionaba vivamente en el mundo médico, y que él no podía tratarlo en todos sus detalles; que se concretaba a desarrollar la parte que se refiere a los derivados arsenicales del tipo salvarsan y neosalvarsan. Que había otros productos curativos actualmente en estudio, pero que juzgaba que ninguno superaba a los dichos. Así el eparseno de Pomaret, que se usa por la vía subcutánea, es de menor energía curativa, como consecuencia de que no se aplica por vía endovenosa, que es la que él preconiza.

La base de este trabajo del doctor Merkel, es el fruto de su experiencia personal, adquirida en 12 años de manejo de los compuestos arsenicales del tipo salvarsan. El conferencista dividió su trabajo en las siguientes partes: De la acción terapéutica de salvarsan; de las reacciones; de las dosis; del tratamiento abortivo.

La primera parte trata y expone los resultados obtenidos con el salvarsan, que califica de verdaderamente desconcertantes por la rapidez y energía de su acción. Sin embargo, con una gran veracidad indica que también ha observado casos en los cuales se ha mostrado poco o nada activo. Este capítulo de su disertación fue en gran parte resumido, dada la estrechez de la hora.

El estudio de las reacciones, permitió al conferencista ocuparse de todos los accidentes que se presentan o pueden presentarse en el curso del tratamiento de la sífilis por el salvarsan o el neosalvarsán. Estudió, preferentemente, la crisis nitritoide, la fiebre, la icteria, el exantema, etc., etc.

Al desarrollar la parte de su conferencia que trata de las dosis, el doctor Merkel expuso ides personales, declarándose partidario de las grandes dosis espaciadas, aunque la cantidad total inyectada en unos cuantos días no represente la cifra elevada que puede alcanzarse con dosis pequeñas en el trascurso de meses. Fundado en los trabajos de algunos experimentadores, que han ratificado su concepción personal al respecto, el disertante preconiza el empleo de las grandes dosis, convencido que la verdadera acción terapéutica eficaz contra el germen de la sífilis, es una acción violenta, siderante del agente curativo, que en este caso es quimiotrópico.

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

El tratamiento llamado abortivo, fué la última parte de su trabajo. En ella señaló algunos casos que ha seguido desde el año 1912 y en los cuales por su tratamiento precoz ha roto el ciclo evolutivo de la sífilis. Estas observaciones de un alto valor probatorio, son, en concepto del doctor Merkel, casos de verdadera curación de la sífilis primaria, en el sentido práctico de la palabra. El número de observaciones de esta naturaleza, que posee el conferencista, llegan a diecinueve. El autor terminó esta parte de su conferencia, sosteniendo, como ya lo ha hecho desde el año 1916, en que publicó un trabajo en "La Crónica Médica" que la sífilis, en ciertos períodos, se cura radicalmente con el remedio de Ehrlich.

El homenaje del Perú a Luis Pasteur

El centenario del nacimiento de Pasteur se ha conmemorado en todo el Mundo.

Inconvenientes de última hora, obligaron a que sólo el 25 de Enero se realizase el homenaje peruano, que la Academia Nacional de Medicina organizo, por iniciaiva del doctor Carlos A. Bambarén, según programa confeccionado por la comisión formada por los doctores Ramon E. Ribeyro, Luis de la Puente, Raúl Rebagliati y Carlos A. Bambarén.

Deseando dar a la ceremonia todo el realce que convenía, dada la inmensa figura que se trataba de glorificar, se colocó la actuación bajo los auspicios de la Universidad de Lima; en esta virtud, el homenaje se convirtió en nacional, dado que ya lo patrocinaba la más alta institución cultural del país.

Hecha la ceremonia con esta solemnidad, resultó brillante y digna del sabio cuyo nacimiento se celebraba.

Inició la actuación, que se realizó en el local de la Universidad, el Rector de la Institución, quien en apropiadas palabras expresó el significado y alcances de la ceremonia.

El doctor Francisco Graña que había sido designado para pronunciar el panegírico, habló a nombre de la Academia y de la Facultad de Medicina.

Dijo de su emoción al glorificar el nombre de Pasteur; señaló las características personales del genio; puntualizó uno a uno sus famosos descubrimienos y terminó su oración, compleа y elocuente, con estas frases:

La historia de la vida de Pasteur demuestra que fué suma y compendio de todas las virtudes, de todas las cualidades; una ponderación armónica de cuanto hay de sublime, de noble y de grande en el espíritu humano. El acendrado amor a la familia, el homenaje reverente a la memoria de sus padres, de sus maestros; la consagración a su hogar, la fidelidad amistosa, constituyeron devoción sagrada de su vida. Con igual fervor profesó el culto a la patria, y así, niño, que vivía en la estrechez, volcó toda su fortuna, unos cuantos francos, en aras de la república y hombre ya, enfermo y paralítico, exigió su enrolamiento entre los defensores de la Francia. Pasada la guerra, en medio de la ruina material, del aniquilamiento moral, irguióse como un símbolo de fé y de valor, llamando a todos al trabajo, al sacrificio, para alcanzar la resurrección de la patria querida.

Maestro imponderable, ejerció como nadie el apostolado de la enseñanza. Desde sus alumnos en la Escuela Normal, hasta los que fueron sabios continuadores de su obra en el instituto, todos recibie-

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

ron la cimiente espiritual de su virtud y de su talento, que hizo nacer en ellos no el entusiasmo sino la pasión por el estudio y el saber. Trabajó sin descanso, por elevar y engrandecer la instrucción en su patria, sosteniendo siempre "que el culto de la ciencia y la enseñanza, es más necesario al bienestar de un país, que todos los progresos materiales".

He aquí las palabras de su precioso testamento moral: "Los grandes descubrimientos, las meditaciones del pensamiento en las artes, las ciencias, las letras, los trabajos desinteresados del espíritu, en especial los centros de enseñanza que los estimulan, introducen en el cuerpo social el espíritu filosófico o científico, el discernimiento, que somete todo a una razón severa, condena la ignorancia, disipa los prejuicios y errores, eleva el nivel intelecual, el sentido moral, y aún la idea divina, se expande y exalta".

En el desinterés más absoluto, en un altruísmo de apóstol, se inspiraron todas sus acciones. La obsesión de aliviar el sufrimiento humano, fué el móvil de su vida. Con sus descubrimientos enriqueció a los hombres y pueblos, sin pensar siquiera en el más pequeño provecho material, y persiguiendo los medios de salvar la vida de los demás, consumió la suya propia, luchando con la austeridad y la abnegación de un santo, sin alivio ni reposo. Hombre alguno recibió sobre la tierra los honores y homenajes con que la humanidad quiso recompensar al más grande de sus benefactores, ni tuvo, como él, ante sus ojos los fulgores de la apoteósis. Nada de ello provocó en su espíritu satisfacción mayor que la sentida por haber practicado el Bien, enaltecido la Ciencia y acrecentado la Gloria de la Francia.

Ocurre que los hombres de genio miran con explicable desdén la incomprensión o resistencia de los demás, ante los nuevos horizontes señalados por su visión. Limítanse a enunciar sus doctrinas, a dejar abiertas las nuevas vías, seguros de que las generaciones futuras las seguirán alguna vez, irremediablemente. Mas en Pasteur, el vidente y el apóstol, eran uno, y consciente de los bienes que sus adquisiciones procurarían a los hombres, luchaba denodadamente por imponerlas. Es uno de los aspectos más hermosos de su vida. Y fué en esas rudas batallas sostenidas en interminables polémicas, alguna vez envenenadas por el odio o la pasión, donde Pasteur mostró el poder soberano de su inteligencia y toda su excelsitud moral. A un tiempo detallista y generalizador, inductivo y deductivo, respetuoso de la lógica, oponiendo el hecho, la razón, a la especulación o el sofisma, inflexible en la defensa de la verdad, hasta volverse agresivo para imponerla, acabó siempre por aniquilar a sus opositores.

Profundamente humano como fué, su espíritu alimentó constantemente la llama del ideal, y su imaginación vivió en el infinito, llevando en el fondo de su alma la creencia en el Dios Supremo, Omnipotente.

Todos los atributos del genio resplandecieron soberanamente en él: la honda sinceridad, la fé profunda en su misión providencial: el carácter de su obra, universal e imperedero: un poder supremo de indagación, que venciendo la forma de las cosas, hallaba su esencia misma; el soplo potente e indefinible que inspiró todas las obras bellas, verdaderas y eternas, aquel divino soplo que alentó en Shakespeare o Cervantes, en Napoleón o Bolívar, en Miguel Angel o Beethoven, en Galileo o Newton; cuanto caracteriza, en fin, al Elegido, al hombre original que viene a nosotros, como mensajero divino, con nuevas del Infinito desconocido, capaces de iluminar con luz inextinguible, la historia de la humanidad en los siglos venideros.

Terminó la actuación con un bello discurso de agradecimiento que pronunció el señor Dejean de la Batie, ministro de Francia. De su discurso son los conceptuosos párafos que van en seguida:

"Ciertamente, en razón misma de los vastos y fecundos resultados que han tenido y tienen para el mundo entero sus trabajos y

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

sus descubrimientos, Pasteur pertenece a todos los pueblos. Pocos hombres, en efecto, han servido más eficazmente a la humanidad. Mas — sería bueno, yo creo, hacerlo resaltar — dentro de él mismo el sentimiento humanitario no se parecía en manera alguna a cierto internacionalismo que, para abrazar a todo el universo en un solo haz, comienza por descuidar a la familia y a la patria. Su humanitarismo era bien ordenado y, antes de irradiar por sobre las fronteras, vaciaba en el círculo de la familia, y después sobre el suelo mismo de la patria, su diafanidad bienhechora y el calor de su afección.

"Y es que este gran francés tenía, señores, un gran corazón. Nadie ha sabido testimoniar a sus maestros más generoso reconocimiento, ningún apóstol se ha inclinado con más emoción sobre las miserias humanas, ninguna solicitud fué más tierna que la suya al velar sobre los niños y los pobres aldeanos, al ser tratados en su laboratorio. Profundamente penetrado de la tradición cristiana, proclamaba la unión constante del espíritu de caridad y el de la ciencia, y sabía demostrar que éste no habría realizado tantas conquistas sin el acicate del sentimiento elevado de la solidaridad humana, sin el fervoroso y santo ardor que experimenta el sabio al sondear el mal de su prójimo. Pasteur decía "que sería bien bello y útil hacer la parte del corazón dentro del progreso de la ciencia!" Ah, señores, si esto hubiera podido realizarse, habría tenido el carácter de un martirologio, cuyas más renombradas y magníficas páginas se habrían consagrado a vuestra corporación, a la corporción médica. Y esa sería una gloria para el Perú, el ver figurar, en una de las principales placas de honor, el nombre de uno de sus hijos, heróica víctima de la devoción a la ciencia. Permitidme evocar acá, con la piedad que conviene, el recuerdo del estudiante de esta noble Universidad, de ese mozo que los más ancianos de vosotros habéis conocido y admirado, que perdió la vida por haber osado, en su sublime arrojo, echarse en brazos de la muerte para arrancarle el secreto del por qué de esa terrible enfermedad que asolaba ciertas regiones de vuestro hermoso país. La sombra del gran Pasteur, de ese genio sin orgullo, se regocijará, estoy seguro, de oirme que junte a su nombre aquel de Daniel Carrión!...."

Bibliografía

LA MEDICATION CHINIQUE DU COEUR, par le Dr. Pierre Noel Deschamps. — These de Paris.—Maloine & Fils, editeurs, París, 1922.

Este trabajo, inspirado por el profesor agregado, A. Clerc y destinado a poner en su punto una cuestión de actualidad, comprende dos partes: una experimental y otra clínica.

En la primera, el autor estudia profundamente la acción fisiológica de la quinina y de su isómera la quinidina sobre el aparato cardio_vascular.

Ambos alcaloides tienen una acción cardiovascular absolutamente análoga: ambos producen un efecto depresor sobre miocardio, al que le moderan en igual concepto sus distintas funciones de excitabilidad, contractilidad y conductibilidad; con ciertas dosis, dicho efecto puede llegar hasta la parálisis. Los dos producen precoz y considerable disminución de la excitabilidad del vago; en cambio, uno y otro alcaloide deja casi intacta la excitabilidad del simpático. Esta curiosa disociacion, es la primrea vez que se pone de manifiesto.

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

De esta acción moderadora de la quinina, como de la quinidina, sobre la excitabilidad del miocardio y sobre la del vago, resulta que una y otra de dichas dos substancias, se manifiestan experimentalmente capaces de suprimir ciertas arritmias relacionadas con una excitación del mismo músculo cardiaco o del aparato inhibidor.

Ya se trate de la fibrilación auricular provocada por excitación farádica de la aurícula, y de trastornos del ritmo producidos por inyección intravenosa de substancias como la nicotina, el cloruro de estroncio, el cloruro de bario, la digitalina, la ouabaine Arnaud, la aconitina, es posible suprimirlas con la quinina o la quinidina, que tienen parecida eficacia farmaco-dinámica y sólo por el grado de intensidad de sus efectos cardiacos, se distinguen uno de otro.

Pero, contra la opinión clásica, con recientes trabajos se ha demostrado que la acción cardiaca de la quinidina es francamente más potente que la de su isómera y se produce en más bajas dosis. Tal sorprendente hecho ha sido confirmado con los experimentos del autor, el cual ha llegado a enseñar que la actividad de la quinidina, por lo tocante a sus efectos sobre el corazón, es doble de la que posee la quinina.

En la segunda parte, el autor considera, sucesivamente, la acción terapéutica de la quinina, luego de la quinidina sobre las distintas formas de arritmias patológicas, analizando también el papel terapéutico de la quinidina en el curso de la arritmia completa, que constituye su parte esencial.

El autor revisa las muy numerosas publicaciones que se han consagrado a ese asunto, tanto en Francia como en los países de lengua alemana, inglesa, española e italiana. Ofrece su contribución personal de 28 observaciones comprobadas electrocardiográficamente, con una proporción de 12 casos en que el tratamiento quinídico trajo consigo la regularización de la arritmia.

Examina luego el estado actual del asunto; precisa las indicaciones y contraindicaciones del método; sienta como principio la necesidad de elegir sus casos, de evitar el empleo del medicamento en la insuficiencia cardiaca irreductible, insiste sobre la obligación de que siempre la cura quinídica se le haga preceder una medicación preparadora, como digitalina y ouabaina; describe la conducta general de la cura; saca, por último, la conclusión de que si bien es verdad que la proporción de 50 por ciento de éxitos admitida por los autores, se refiere sólo a regularizaciones casi siempre transitorias, el número de curas duraderas está destinado a aumentarse mucho, si se aplica sistemáticamente el método del tratamiento quinídico de mantenimiento o prolongado, cuyas directivas da el autor.

Estima que los accidentes señalados, son esencialmente evitables, que la medicación quinídica del corazón no es arriesgada, y que, como medicación moderadora de las funciones cardiacas y reguladora de las arritmas, merece un sitio al lado de la medicación cardiotónica, a la que desde luego siempre debe asociarse.

PATOGENIA DE LA ULCERA GASTRICA Y DUODENAL. — Trabajo de incorporación a la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid, por el doctor Teófilo Hernando. — Madrid 1922.

En este discurso de recepción, el distinguido médico español estudia, de modo acabado, la patogenia de la úlcera gástrica y duodenal, fijándose en la importancia del jugo gástrico y de la hiperpepsia en dicha patogenia. Después de este análisis crítico, el sabio profesor madrileño, describe la teoría mecánica, infecciosa, gastrítica, circulatoria y nerviosa, que se han invocado para explicar la génesis de este proceso morboso.

Completando su trabajo, el doctor Hernando analiza la importancia de las enfermedades de otros órganos y de las generales en la patogenia de la úlcera gástrica y duodenal, señalando con este objeto las enfermedades del hígado y vías biliares, la apendicitis, la tabes, la intoxicación saturnina, la tuberculosis, la sífilis, el estado linfático, la

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

astenia general, el mecanismo endocrino, la insuficiencia suprarrenal, el hipernefroma, los alimentos defectuosos, etc.

El doctor Hernando termina su profundo estudio, manifestando que no parece probable la existencia de una causa, ni siquiera su predominio, en la patogenia de la úlcera, que sin duda se produce y se mantiene por diversos mecanismos.

La anatomía patológica demuestra que hay transiciones insensibles entre las llamadas úlceras agudas y las crónicas. Es, por tanto, admisible que casi todas las causas que son capaces de originar las primeras, pueden, cuando persisten, sostener las segundas.

Tal es el contenido de este importante trabajo, analizado someramente. Es digno de todo elogio, porque resume y esquematiza un asunto de suyo complejo y que hoy interesa grandemente en el mundo médico.

INDICE BIBLIOGRAFICO DE MEDICINA, editado por la Librería Médica de *F. Sintes.* — Barcelona, 1922.

Acaba de publicarse un tomo de 400 páginas, titulado *"Indice Bibliográfico de Medicina"*, que contiene unos 3,000 títulos clasificados por riguroso orden de materias, lo cual facilita el saber en un momento dado, los tratados existentes en español, de una materia determinada. También contiene todas las Revistas profesionales con el nombre de sus Directores y precios respectivos de suscripción, y al final va el índice de autores.

Tan importante obra, hemos conseguido del editor, que la remita gratuitamente a todos nuestros suscriptores, solicitándola por escrito a la *Librería Médica de F. Sintes, — Ronda de la Universidad, 4. — Barcelona (España).*

MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES. MALADIES DES REINS. — Tome IV du Precis de Pathologie Médicale, por P. Emile Weill, Marcel Bloch et Pasteur Vallery-Radot. — I vol. de 628 pág̃es. — *Masson et Cie., editeurs.* — París 1922. — 25 fr.

La primera parte de esta obra constituye un tratado sintético de *Hematología.* Comienza por un resumen de anatomía fisiológica y embriología de la sangre y de las reacciones patológicas generales, y después analiza los grandes síndromas clínicos que se presentan como consecuencia de las perturbaciones que experimentan los elementos formes de la sangre.

La segunda parte está consagrada al estudio de la *patología renal,* que es la parte que ha sufrido más honda trasformación en estos últimos años. El estudio de las nefritis es completo y acabado; las ideas patogénicas y los grandes tipos clínicos, están magistralmente descritos.

Por estos conceptos resulta muy recomendable este *Precis de Pathologie Médicale,* editado por la casa Masson et Cie. de Paris.

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

Síndrome de Banti sifilítico

Lección clínica

Por el Dr. MAX. GONZALES OLAECHEA
Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina

Ocupa nuestra atención un enfermo que ofrece manifestaciones morbosas, en dos importantes vísceras de la cavidad abdominar, el bazo y el hígado. Por su sintomatología peculiar, por las apreciaciones diagnósticas que debemos hacer, por su interés práctico, es una observación que merece estudiarse debidamente. La historia clínica del caso es la siguiente:

M. G., de 40 años de edad, peruano, mestizo, tipógrafo, ingresó el 2 de Setiembre de 1922 a la sala "Ernesto Odriozola", ocupando la cama número 36, y correspondiéndole en el registro del servicio, la historia clínica 348.

Antecedentes hereditarios. — Padres muertos ignorando la causa; han sido cuátro hermanos, tres muertos, dos en la infancia y uno en la edad adulta.

Se encuentra libre de enfermedades en la infancia y en la adolescencia. Sólo a los 19 años refiere el enfermo, que tubo en la region pubiana una ulceración, que duró cinco semanas y de la cual conserva huella cicatricial anectodérmica. A los 22 años fué atacado de un proceso cutáneo que califica de sarampión (?). A los 23 tuvo blenorragia. Reumatismo poliarticular agudo, febril, de siete meses de duracion, a los 32 años; en este mismo año padeció de gripe. Hace dos años fué atacado de paludismo, que ha repetido en mayo último y desde esa época padece de trastornos dispépsicos, de tipo ácido.

Enfermedad actual. — Hace 6 meses que el enfermo experimenta trastornos que localiza en el vientre; estos trastornos son, según su relato, sensación de peso, que primero apareció en el ladó izquierdo y últimamente en el lado derecho; la ingestión de alimentos o bebidas los agudiza; fenómenos nauseosos, anorexia y astenia. Junto con ellos el enfermo dice que la orina se volvió oscura, "cargada". Por estos trastornos ingresó al Hospital.

Inspección general. — Desarrollo proporcionado. Actitud indiferente. Estado de nutrición, mediocre. Facies característica demacrada. Piel ligeramente ictérica, pálida, con una cicatriz en la región pubiana. Buena conformación. Escaso panículo adiposo.

Cabeza. — Cráneo dolicocéfalo; cuero cabelludo escaso, elopesía discreta. Ojos con las conjuntivas subictéricas. Pupilas normales. Motilidad y visión conservadas.

Boca. — Lengua ligeramente saburral y húmeda. Dientes en mal estado. Hay muchas caries. Hay piorrea. Paladar ojival. Olfación y audición conservadas.

Cuello. — Bien conformado. Cuerpos tiroides no se palpa.

Torax. — Conformación buena. Axilas pobladas. Distribución del vello, normal.

Aparato respiratorio. — Normal.

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

Aparato circulatorio. — Pulso pequeño, rítmico, con 88 pulsaciones al minuto. Tensión arterial Mx. 13 1/2, Mn. 9, diferencial 4 1/2.

Corazon. — Normal. Arterias y venas normales.

Sistema linfático. — Hay infartados algunos ganglios inguino-crurales.

Abdomen. — Aspecto general, globuloso.

Palpación y dolorabilidad. — Resistencia a la palpación en la mitad superior del abdomen, por hipertrofia de las visceras. No hay dolor.

Percusión. — Macicéz en la mitad superior; sonoridad timpánica en la mitad inferior. Hay hipertrofia considerable del bazo y del hígado, llegando el primero por abajo a encontrarse con una línea horizontal que pasa por el ombligo, y por dentro, hasta cerca de la línea umbilical.

El hígado, en conjunto, avanza hacia adentro un través de dedo menos, y desciende dos traveces menos, en relación con los límites del bazo. El lóbulo derecho alcanza por arriba hasta la 5a. costilla, y por abajo desciende cuatro traveces de dedo por debajo del reborde costal; el lóbulo izquierdo sólo llega hasta la línea para-esternal derecha. Su superficie abordable es rugosa.

El espacio de Traube está ocupado .

Función digestiva. — Apetito conservado. Digestión buena. Defecación buena.

Aparato génito-urinario. — Orina concentrada, roja, hay oliguria. No ha tenido fiebre.

Los *análisis de laboratorio* dieron los siguientes resultados:

Reacción de Wassermann, francamente *positiva*, en el suero sanguíneo.

No se encontró el *Hematozoario de Laveran.*

Examinado el funcionamiento del hígado con la prueba del salicilato de sodio y por medio de la investigación de la hemoclasia digestiva, resultaron ambas inquisiciones normales.

El examen de la sangre dió las siguientes cifras:

3.700,000 hematíes. — 6,500 leucocitos.

Granulocitos neutrófilos	62 %
„ acidófilos	2 %
„ basófilos	0 %
Monocitos grandes	4 %
„ medianos	8 %
Linfocitos	24 %

La coagulación de la sangre medida con el aparato de Biffi, se realizó a los 12 minutos. La hemolisis comenzó en la solución de 0.45 % de cloruro sodio.

El examen de la orina suministró los siguientes datos:

Caracteres generales. — Volumen en 24 horas: 500 gramos. — Color (Escala de Vogel) :4-5. — Aspecto: trasparente. — Sendimento: regular. — Olor: sui géneris. — Reacción: ácida. — Densidad: 1022. — Examen espectral: Fuerte banda de Urobilina.

Análisis químico. — Urea 20.80 gramos por litro. — Cloruros: 6 gr. — Acido úrico: 1.68 gr. — Fosfatos: 0.62 gr. — Serina: vestigios.

Exámen microscópico del sedimento. — Urato de sodio y amonio, oxalato de calcio. Uno que otro leucocito, escasas células epiteliales.

Los datos obtenidos por el examen clínico del enfermo, hacen ver que por una parte hay una hipertrofia hepática del lóbulo derecho; pues hacia arriba llega hasta la 5a. costilla y abajo

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

desciende cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal; el lóbulo izquierdo está, por el contrario, disminuído, pues su borde ascendente no llega hasta el límite de la para esternal izquierda como sucede normalmente, sino hasta la línea para-esternal derecha. La superficie del hígado es rugosa.

El bazo enormemente aumentado de volumen avanza hasta cerca del ombligo. Su superficie es lisa.

Las diversas pruebas que se han efectuado para estudiar el funcionamiento del hígado han dado resultados que revelan que la célula hepática es suficiente; efectivamente, la prueba de Widal para la apreciación de la función protepéxica después de la ingestión de leche, ha dado lugar á leucocitosis como al estado normal y no leucopenia como pasa cuando la célula es insuficiente; la función fijadora empleando la prueba de Roch y Schiff al salicilato de soda (4 centg.), no ha revelado presencia de ácido salicílico en la orina, es decir la sal ha sido retenida en el hígado; el estudio de la función coagulante ha revelado que el hígado produce fibrinofermento o *trombasa,* pues estudiado el tiempo de coagulación con el aparato de Biffi se realizó a los 12 minutos como al estado normal; en cuanto a la función uropoiética es también normal, pues el análisis de orina ha revelado 20 gramos 80 por litro; pero, como sólo ha emitido 500 gramos de orina en las 24 horas, resulta que sólo elimina 10 gramos 40 en ese espacio de tiempo, que sería cantidad muy baja en un individuo alimentado normalmente, pero no lo es en uno sometido a régimen vejetal y poca leche, como nuestro enfermo.

La función biligénica es también normal, pues, la bilis es perfectamente eliminada por el conducto colédoco, como lo revela el color característico de sus materias fecales; además, la orina no acusa la presencia de ácidos biliares ni bilirubina, y aunque en este líquido hay urobilina, dada la suficiencia hepática, su presencia no es debida a disfunción hepática.

La subicteria que se aprecia en el paciente, dada la normalidad de la función biligénica, no puede relacionarse a una alteración en la célula hepática; su génesis es extraña a este órgano.

Después de las anteriores consideraciones semiológicas y teniendo, además, en cuenta los datos diversos suministrados por la historia del enfermo, podemos decir, y procediendo por exclusión, que el síndrome *hepato-esplenomegálico,* no puede referirse:

A una *Hepatitis crónica icterígena con esclerosis o Cirrosis de Hanot,* porque en ésta, además de la hipertrofia hepato-esplénica, hay icteria intensa, hipercoloración de materias fecales, colemia total; la orina contiene elementos biliares, y hay leucocitosis.

Tampoco a un *cáncer primitivo del hígado;* pues en éste la esplenomegalia es moderada, su evolución es rápida, la caquexia es precoz, hay leucocitosis a veces muy elevada y alteraciones variadas de los glóbulos rojos.

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

Menos a una *hepatitis crónica pigmentaria con esclerosis,* porque en ésta el aumento del bazo no es muy grande, hay melanodermia, casi siempre glicosuria y poliuria.

Ni a una *cirrosis hepática hipertrófica,* porque la hipertrofia del bazo es moderada, la superficie del hígado lisa y hay siempre cierto grado de insuficiencia hepática.

Ni a la *cirrosis hepática hipertrófica* de Hutinel y Sabourin, consecuencia generalmente del alcoholismo y tuberculosis asociados, porque el hígado es doloroso, el bazo algo aumentado de volumen, la insuficiencia hepática es notable, la evolución rápida.

. i a la *cirrosis hipertrófica palúdica,* pues en ésta, el hígado es doloroso, liso, la piel es bronceada y el enfermo tiene el aspecto caquéctico palustre.

Manteniéndose normal en nuestro enfermo, el funcionamiento de la célula hepática y enormemente hipertrofiado el bazo, hay derecho para pensar que la afección de este último órgano, ha precedido a la del hígado; los datos anamnésicos, suministrados por el paciente y la evolución del proceso morboso, parecen comprobar esta presunción.

Si recordamos que el paciente dice sufrir hace más de dos años, de trastornos gástricos dispépsicos, que algunos meses después se dió cuenta de que el bazo le había crecido, — pues lo podía palpar, — y que sólo últimamente principió a sentir molestia en la región del hipocondrio derecho; debemos hacer remontar el principio de la enfermedad esplénica a partir de los trastornos gástricos; esta presunción tiene fundamento, si no olvidamos una de las funciones del bazo, que durante la digestión vierte en la corriente sanguínea un fermento que trasforma el *tripsinógeno inactivo* de la secreción pancreática en *tripsina activa;* es lógico pues pensar que se producen trastornos digestivos, cuando el bazo está afectado.

El *síndrome* que presenta el enfermo motivo de nuestro estudio, corresponde perfectamente al proceso morboso denominado *Enfermedad de Banti;* tenemos como fundamento para este diagnóstico: la esplenomegalia precediendo a la hipertrofia hepática; la anemia, pues el número de glóbulos rojos es de 3.700.000; la leucopenia, pues acusa 6,500 glóbulos blancos; la subicteria y urobilinuria; y, por último, la marcha lenta del proceso.

Como se sabe, el síndrome o *Enfermedad de Banti,* pasa por tres períodos: 1o. hipertrofia del bazo; 2o. anemia progresiva; 3° cirrosis hepática con o sin ascitis, a veces icteria, caquexia progresiva (1). Banti consideraba la ascitis como síntoma capital.

(1). — P. Ribierre. — *Maladies du sang.* — *Precis de Pathologie Interae.* — Bibliotheque du Doctorat en medicine. — París 1914.

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

Biblioteca Lima-Perú

La evolución es lenta, puede durar varios años en algunos casos. Los trastornos hepáticos pueden ser precoces, sufrir regresiones, presentándose brotes sucesivos según Ettinger y Fiesinger.

El examen hematológico muestra anemia notable con leucopenia y linfocitosis (Senator, Rummo).

En nuestro caso la *subicteria y urobilinuria* no pueden referirse a trastornos hepáticos, pues como se ha dicho anteriormente, las funciones de la célula hepática se realizan normalmente; ambos síntomas, no son sino exponentes de los fenómenos hemolíticos que se realizan en su organismo; y los que serían debidos según Gilbert, Chabrol y Banti a autohemolisinas generadas en el bazo. El rol de este órgano en el proceso hemolítico, estaría confirmado por las curaciones o mejorías notables obtenidas con la esplenectomía en la Enfermedad de Banti; este autor, Micheli, Mosso y otros investigadores, refieren algunos éxitos.

En nuestra observación, la hemolisis está relacionada, sin duda, con la afección del bazo, cuya función hemolítica normal está exagerada; no sería debida, como algunos creen, a fragilidad globular primitiva; pues los glóbulos rojos del enfermo han hemolizado en la solución de cloruro de sodio a o'45 %, esto es, en el límite normal.

Las ideas sustentadas por Widal, Abrami y Brulé, en relación con la biligenia de origen extra-hepático, se hallan confirmadas en el presente caso. La hemoglobina, resultado de la hemolisis, ha sido trasformada en bilirubina, en la intimidad de los tejidos, la bilirubina producida en exceso, filtra en parte por la célula hepática y es eliminada por las vías biliares; pero siendo la eliminación insuficiente por esta vía, queda cierta cantidad en la sangre, que es la que tiñe los tegumentos y pasa a la orina, bajo la forma de un pigmento modificado en el riñón o sea la urobilina: *bilirubinemia y urobilinuria* están asociadas como en las enfermedades del hígado, pero en este caso la bilirubina se forma en la célula hepática como al estado normal, siendo su eliminación entrabada por insuficiencia de la célula.

Debemos llamar la atención sobre un signo obtenido por el análisis de orina de nuestro enfermo, en la que se ha encontrado 1 grm. 68 c. de ácido úrico, contrastando con la cantidad de urea y otros elementos que están disminuídos; el aumento de esta purina se explicaría con Arthus (2), por la leucolisis o destrucción de glóbulos blancos; pues la sangre de nuestro enfermo acusa leucopenia; se sabe que estos elementos son ricos en nucleinas, de las que se deriva sobre todo el ácido úrico, que es una trioxipurina; dada la alimentación de nuestro enfermo, que no ingiere casi alimentos de base nucleínica el aumento de dicho ácido en estas circunstancias, no puede tener otro origen.

(2). — Grasset. — *Phisiopathologie clinique.* — Paris 1912.

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

El proceso en nuestro enfermo no se halla todavía muy avanzado, pues no se observa hasta ahora retracción del hígado, que, como dijimos, se halla aumentado de volumen.

Desde el punto de vista anatómico la Enfermedad de Banti, está caracterizada por un *proceso escleroso de los corpúsculos de Malpigio del bazo,* secundariamente es atacada la pulpa roja, inversamente de lo que pasa según Weill y Bloch, en los síndromes hemolíticos, en los que las lesiones comienzan por la pulpa roja (3).

En cuanto al hígado, sus lesiones son semejantes a las de la *Cirrosis de Laennec,* cuando el síndrome de Banti ha llegado a un grado avanzado.

Aunque Banti pretende que la afección es originada por un agente desconocido, muchos clínicos, entre los que podemos citar a Caussade, Levi-Frankel, Queyrat, etc., han visto a la sífilis actuar como causa eficiente; Luis Resio (4) cita casos curados por tratamiento específico; otros observadores creen que el paludismo y la tuberculosis pueden también actuar como causa etiológica.

En cuanto a nuestro enfermo tiene huellas y antecedentes específicos: su sangre presenta positiva la reacción de Wassermann; dadas estas circunstancias está sometido a tratamiento antisifilítico; no es oportuno pensar en la esplenectomía.

Epicrisis. — En virtud del tratamiento antisifilítico que ha estado constituído, primero, por cianuro de hidrargirio endovenoso y, después, por inyecciones de neosalvarsan, el paciente ha mejorado muchísimo. El estado general ha recuperado sus condiciones normales y las vísceras hipertrofiadas han disminuído su volumen, sin volver a sus límites ordinarios.

Injertos testiculares

Resumen de la Comunicación presentada al 31 Congreso Francés de Medicina, celebrado en París en octubre de 1922.

Por el Dr. SERGIO VORONOFF

Director del Laboratorio de Cirugía Experimental del Colegio de Francia.

Después de los resultados obtenidos en 120 injertos testiculares practicados en animales operados en mi Laboratorio del

(3). — P. Emile Weil et Marcel Bloch. — *Maladies du sang et des organes hematopoiétiques.* — Precis de Pathologie Medicale. — Paris 1922.

(4). — Luis Recio. — *Síndrome de Banti sifilítico.* — "La Prensa Médica Argentina". — Buenos Aires 1918 y 1919.

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

Colegio de Francia, resultados que comuniqué al 28º Congreso francés de Cirugía que se celebró el 8 de octubre de 1919, me he creído autorizado a practicar en el hombre un método ampliamente experimentado en los animales. Por lo demás, debo decir que sólo lo he hecho a título puramente experimental, y muy dichoso de encontrar en ciertos hombres el valor moral necesario para prestarse a una intervención cuyos buenos efectos únicamente había podido comprobar, hasta entonces, en animales.

Mi primer injerto practicado en un hombre data del mes de junio de 1920. Y a pesar de que muchas veces se me ha solicitado para que hiciese públicos mis experimentos, hasta hoy me he negado siempre a dar a conocer los resultados obtenidos, pues ante todo quería someterlos a la prueba del tiempo.

Para procurarme la materia injertable recurrí a los monos, pues la aplicación en el hombre del método de los injertos testiculares tropezaría siempre con obstáculos graves si se aspirase a procurarse injertos humanos.

Efectivamente, tomar una porción de testículo a un hombre vivo que a ello se preste, sólo podrá registrarse como un hecho excepcional; y por otra parte, tomar rápidamente esa porción de testículo después de la muerte accidental de un hombre sano, tropieza con dificultades sin cuento y hasta los mismos reglamentos administrativos lo prohiben.

La posibilidad de injertar al hombre testículos de otros animales distintos a los monos, no se puede admitir salvo que se ignoren completamente las leyes biológicas, pues, sus tejidos constituirían cuerpos extraños, sencillamente condenados a la necrosis. Sólo los monos, y muy particularmente, los monos antropoides, que constituyen una raza muy vecina de la nuestra, pueden procurarnos los injertos que encuentren en nuestros tejidos las mismas condiciones de vida que originariamente tenían, pues la composición de la sangre de esos monos es igual que la nuestra.

Los primeros injertos hechos por mí en hombres datan del 12 y del 21 de junio de 1920, y los practiqué en dos hombres enteramente privados de testículos a consecuencia de intervenciones exigidas por la tuberculosis de esas glándulas.

Su aspecto era el mismo de los eunucos; rostro desprovisto de pelo, sin barba, ni bigote, obesidad marcada y pecho voluminoso.

En sus bolsas vacías, trasplanté los testículos de dos monos cinocéfalos. Desgraciadamente, la abertura de los antiguos focos de supuración, despertó el microbismo latente, y los injertos fueron poco a poco eliminados.

Escaso o nulo sería el interés que la relación de estos dos fracasos podría ofrecer, fracasos que de ningún modo pueden sentarse en el activo de los injertos, si no quisiese llamar la atención con respecto a un hecho singularísimo.

En el trascurso de los tres meses que los injertos permanecieron en las bolsas del primer operado, en donde llegaron a

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

tener fuertes adherencias, las barbas del operado volvieron a crecer y el enfermo, que no se afeitaba desde hacía más de veinte años, se vió precisado a afeitarse de nuevo.

Me complace referir este hecho que únicamente era de observación posible en un castrado, en el cual la desaparición de la secreción interna de los testículos acarrea siempre la caída de la barba y del bigote; pues la reaparición del pelo después del injerto no se puede atribuir a la autosugestión, a la que algunos querían relacionar los fenómenos observados después del injerto testicular.

Mi tercer injerto de testículos de mono al hombre, fué practicado el 4 de Noviembre de 1920, en un hombre de 59 años de edad.

En sus antecedentes habíamos encontrado una blenorragia muy severa, contraída a los 19 años y que había durado más de uno, complicándose con epididimitis primero, con estrechamiento y con prostatitis después, y que recidivó siete ú ocho veces, la última en 1920. El enfermo se quejaba de disminución de memoria y de capacidad para el trabajo intelectual, al mismo tiempo que de depresión física. Además, la actividad sexual era en él casi nula, desde hacía ocho años.

La operación se realizó primero en el mono, al cual me proponía extraer un solo testículo, como suelo hacer generalmente.

Pero como quiera que el animal murió encontrándose bajo la acción de la anestesia, acontecimiento rarísimo, pues los monos suelen soportar el cloroformo perfectamente, lo aproveché yo para extraer los dos testículos, dividiendo uno en dos mitades y en cuatro fragmentos el otro.

Bajo la anestesia local obtenida por medio de la novocaína, se hizo al operado, en el lado izquierdo de la bolsa, una primera incisión que puso al descubierto el testículo izquierdo. Las dos mitades del testículo izquierdo del mono, se injertaron en el testículo humano y cada fragmento se fijó a cada una de sus dos extremidades con un punto de catgut. La piel se suturó con algunos puntos de seda. Una segunda incisión, practicada a la derecha, descubrió el testículo derecho, en el cual, siguiendo el mismo procedimiento más arriba indicado, se injertaron los cuatro fragmentos del segundo testículo del mono.

He seguido observando a mi operado desde el día del injerto hasta la fecha. Su estado general ha mejorado mucho y experimenta un bienestar físico que desde hace mucho tiempo no conocía. Ha pasado dos inviernos sin verse aquejado por la más insignificante enfermedad, cosa que le sorprende; pues en los últimos años era muy sensible al frío y pagaba crecido tributo a los romadizos, bronquitis y gripes. Con todo, lo que muy especialmente le llena de satisfacción, es que ha recobrado la memoria y la resistencia al trabajo intelectual a que constantemente le obligan sus funciones .

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

En un solo síntoma no se ha advertido ninguna mejoría. La frigidez sexual no se ha modificado. Y llamo la atención sobre este punto, que es muy singular, pues la manifestación de la potencia viril ha sido, en todos los demás casos, el primero de los síntomas que los operados me han señalado.

Debe buscarse la razón de esto en el estado patológico de sus órganos genitales, testículos y próstata.

El cuarto injerto de testículos de mono al hombre, se practicó el 16 de Noviembre de 1920, en un escritor, autor dramático, de 61 años de edad.

Ofrecía el tipo más característico de senilidad precoz; apariencia de hombre anciano, mejillas flácidas, rosto arrugado, cuerpo caído, ojos apagados y círculo senil alrededor de la córnea. El más insignificante esfuerzo físico le resultaba penoso, andaba como arrastrándose y los movimientos eran lentos.

Excepción hecha de algunos accesos de fiebre palúdica, no se quejaba de ninguna afección característica, pero no tenía apetito, sentía gran laxitud y el aire de un pañuelo le resfriaba.

Lo que más afligía a ese hombre de inteligencia verdaderamente excepcional, era el debilitamiento, no ya de su entendimiento, sino de la facultad de manifestarlo.

Los pensamientos eran lentos, la expresión adecuada tardaba en manifestarse, la memoria acusaba lagunas más numerosas de día en día, y la impotencia era completa desde hacía diez años.

Anestesiándole localmente por medio del procedimiento indicado, le injerté los testículos de un mono cinocéfalo grande, dividido en ocho fragmentos cuidadosamente espaciados en torno de sus testículos. Las consecuencias operatorias fueron sencillas.

A los veintitrés días de practicado el injerto, el operado me señaló una primera manifestación viril, cosa que le sorprendió, tanto más cuanto que, impotente desde hacía diez años, ni siquiera pensaba en ello y contaba con que el efecto del injerto repercutiría en su estado general.

Desde entonces las manifestaciones viriles se renuevan con mucha frecuencia. Ha recobrado la virilidad, como la tenía diez años antes, y en la actualidad, cerca de dos años después de practicado el injerto, la capacidad viril se conserva perfectamente. Y al mismo tiempo que ha recobrado su fuerza genital, un cambio completo y en verdad sorprendente se ha producido en su aspecto exterior.

El cuerpo se ha erguido, los músculos del rostro han adquirido consistencia, la mirada es viva y, á pesar de sus cabellos blancos, produce una impresión de juventud, de vigor y de energía que sorprenden. Ha reanudado su antigua vida: largos paseos a pie, frecuentes veladas en el teatro, etc. Pero, lo que le colma de alegría es haber recobrado la facilidad para expresar sus pensamientos y para trabajar sin sentir fatiga durante largas horas.

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

El quinto injerto de mono al hombre, lo realicé el 29 de Noviembre de 1920, en la persona de un norteamericano de 33 años de edad. No se encontraba atacado de senilidad precoz, pero ofrecía algunas síntomas que creí poder mejorar mediante el injerto testicular.

En efecto, desde los 23 años su potencia genital se había debilitado considerablemente y en el trascurso de los tres últimos años había acusado una frigidez de anciano. Esta enfermedad había tenido cierta repercusión en su estado general, en su manera de pensar y había engendrado melancolía y neurastenia profundas: fatiga general, mal funcionamiento de los intestinos, ardores de estómago, jaquecas, apatía y finalmente ideas de suicidio.

El enfermo me dijo que había recurrido en Nueva York, en dos ocasiones, a inyecciones de jugo testicular y que cada vez había obtenido cierta mejoría de su estado general, desaparición del estreñimiento, de las jaquecas, etc.; pero que esta mejoría había durado muy poco, después de la cesación de las inyecciones.

Esta prueba opoterápica fortificó en mí la creencia de que el enfermo podía sacar gran beneficio del injerto testicular. Y lo practiqué el 29 de Noviembre de 1920.

El testículo de un mono cinocéfalo grande, se dividió en dos mitades y cada una de ellas se injertó en los testículos del enfermo. Las consecuencias operatorias fueron normales.

Tres semanas después de la operación, el operado señaló una gran mejoría en el funcionamiento intestinal. Aseguraba que el pelo se le caía mucho menos. Casi ningún cambio en las funciones genitales. El enfermo salió de París y tardé un año en volver a verle. Me contó que en el trascurso de los seis primeros meses que siguieron a la operación su estado neurasténico había mejorado muy lentamente y que la frigidez genital había seguido siendo aproximadamente la misma que antes. Sólo había notado mejoría franca en el funcionamiento de los intestinos. Pero, después, habiendo empezado un idilio sentimental, había recobrado la virilidad y la neurastenia había cedido el sitio al buen humor, y gozaba en el momento en que le ví, de perfecto estado de salud que atribuía al injerto.

Como yo le dijese que su idilio sentimental me parecía haber desempeñado un papel mucho más importante que el injerto, el operado me respondió con sorna que desde la edad de 23 años no eran idilios los que le habían faltado, pero que siempre le habían fallado las manifestaciones viriles.

El sexto injerto lo practiqué en un hombre de 66 años, americano del sur, el 24 de Diciembre de 1920. Estado senil bastante acusado y que sin duda había agravado la repercusión en su estado general de una afección gástrico-ulcerosa, cuyos síntomas habían durado unos ocho meses, y hacía de esos seis años apenas.

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

Depresión física y mental, virilidad muy atenuada, siendo sus manifestaciones muy raras e incompletas.

Injerto de testículo de un mono cinocéfalo grande, dividido en dos mitades, que se fijaron en cada testículo del hombre.

Tres semanas después de la intervención el operado acusó, en algunos días de intervalo, dos manifestaciones viriles que le parecieron más enérgicas que las precedentes.

El 3 de Febrero el operado señala manifestaciones viriles de día en día más frecuentes y particularmente enérgicas. Y, además, el enfermo experimenta un bienestar físico, que le permite esperar excelentes consecuencias del injerto.

Se volvió a su país y no le volví a ver hasta hace poco, 22 meses después de practicada la operación. Me dijo que hasta el mes de Febrero último había comprobado grandes beneficios del injerto, tanto desde el punto de vista físico, como desde el punto de vista intelectual; pero que después de una nueva crisis gástrica, debida a la úlcera del estómago, se había debilitado mucho. Con todo, su potencia genital se mantiene superior aún a la que tenía antes del injerto, y esto a pesar de la depresión general ocasionada por la afección gástrica.

El séptimo injerto de testículo de mono al hombre, lo practiqué en un hombre de 74 años, el más anciano de mi serie, de nacionalidad inglesa, y me procuró el mejor resultado que nunca he llegado a obtener.

M. E. L., ofrece el aspecto del perfecto gentleman inglés, vigoroso, robusto, con esa expresión de energía que caracteriza a la raza anglo-sajona. Se diría que tiene de 50 a 55 años y en la actualidad cuenta 76.

Antes del injerto, es decir, hace dos años aproximadamente, M. E. L. se presentó en mi casa, siendo su aspecto el de un anciano encorbado, cargado de espaldas, obeso, de facciones hundidas, mirada átona, y que andaba penosamente, apoyándose en un grueso bastón.

Además de sus 74 años, edad que empieza ya a contar, tenía en su activo treinta años de vida en la India, donde había tenido que desplegar gran actividad a pesar del efecto depresor del clima de ese país.

Su impotencia era completa desde hacía doce años.

El 2 de Febrero de 1921 le injerté, bajo anestesia local, varios fragmentos de testículo de un mono cinocéfalo grande, observando la técnica acostumbrada.

Rápida cicatrización de la herida, sin que se produjese ningún incidente. El enfermo salió de París doce días después de practicada la operación, y no volví a verle hasta pasados ocho meses. Mi ayudante, M. Didry y yo nos quedamos materialmente estupefactos al ver aparecer ante nosotros a M. E. L. que había perdido la mitad de su gordura, jovial el aspecto, vivos los movimientos, brillante la mirada, en la que centelleaba algo de malicia y gozando con nuestra sorpresa. La grasa se había fun-

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

dido, los músculos habían adquirido nuevo vigor, el cuerpo se había erguido y daba la impresión de un hombre que gozaba de un perfecto equilibrio de salud. Inclinó la cabeza y nos vimos precisados a reconocer que no exajeraba al decir que su calva se había cubierto de espeso vello.

Venía de Suiza en donde había hecho dos ascenciones y en donde se había entregado a los deportes favoritos de los ingleses. En realidad, ese hombre ha rejuvenecido de quince a veinte años. Estado físico, intelectual, virilidad genital, todo ha cambiado radicalmente, bajo la acción del injerto testicular, que ha transformado a un anciano senil, impotente y lastimoso, en un hombre lleno de vigor y que goza de todas sus facultades.

Después, casi todos los meses, recibí noticias suyas, todas cada vez más tranquilizadoras con respecto a su estado de salud y hace pocos meses me envió fotografías en las que se le ve haciendo ejercicios con armas de fuego, subiendo escaleras de cuatro en cuatro escalones y levantando grandes pesos.

He vuelto a examinarle, veinte meses después de la operación, y he comprobado, que el dichoso cambio que en todo su organismo se había operado, no solamente se mantiene sino que progresa notablemente. Ademanes y movimientos juveniles, cuerpo erguido, anda con ligereza, y, lo que más me ha sorprendido es que su calvicie se ha cubierto de cabellos que actualmente miden tres centímetros. Este hecho, que se presta a la observación objetiva, es interesante que se note, tanto más cuanto que, unido a la mejoría de las facultades cerebrales, de las funciones intestinales, de la tonicidad muscular y de la virilidad sexual, nos procura una demostración experimental de la acción general que sobre el organismo ejercen las secreciones testiculares internas, artificialmente obtenidas por medio del injerto.

La misma comprobación la he hecho en todos los demás injertos que hasta hoy he practicado, pero su número es demasiado grande para que pueda relatarlos, ni siquiera suscintamente. No obstante, quiero agregar que en los comienzos de este año he logrado recibir los monos de que siempre había deseado disponer, monos superiores, antropoides, chimpancés, los seres más cercanos del hombre.

Las observaciones hechas en el trascurso de los primeros seis meses, después del injerto de los testículos de esos monos antropoides, autorizan todas las esperanzas y parece que confirman la idea de que los órganos de chimpancé constituyen el material de injerto mejor para el hombre, material que es muy superior al que procuran los cinocéfalos.

No quisiera terminar sin decir algunas palabras con respecto a la duración del injerto. En gran parte, depende de la región en la cual se transplanta el órgano.

Efectivamente, siempre se debe tener presente que el injerto pasa, durante los primeros días que siguen a su implantación, por una fase crítica.

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

Por espacio de cierto tiempo permanece sin conexiones vasculares con los tejidos cercanos, y, privado por eso, de nutrición, la necrosis le acecha. Es preciso que en ese momento su vitalidad se encuentre conservada por otro modo de nutrición que la circulación vascular; es preciso que su nutrición se efectúe por imbibición. Ahora bien, esta imbibición se hace mal bajo la piel y bajo los músculos, y se encuentra infinitamente mejor asegurada en las cavidades cerradas, rodeadas de membranas serosas como el peritoneo o la túnica que envuelve los testículos.

A consecuencia de la irritación que el injerto ocasiona, se produce una exudación del plasma sanguíneo, y ese plasma mantiene la vida de los injertos y les permite que esperen a que se produzca la formación de las adherencias, por medio de las cuales los capilares y los pequeños vasos pasarán de los tejidos vasculares cercanos, hacia los injertos.

A la cuestión de la elección del terreno, se une la del problema de la supervivencia más ó menos larga del injerto.

Colocados bajo la piel, bajo los múscuols, los injertos, aún en las mejores condiciones, únicamente sobreviven muy parcialmente. El centro siempre se necrosa, la parte cortical sobrevive ordinariamente, pero se reabsorve al cabo de algunos meses.

Colocado en un vaso cerrado, o por lo menos vecino de una túnica vascular, donde el exsudado se haga rápidamente, el injerto sobrevive y podrá durar años.

Sólo el porvenir podrá dar a conocer en qué momento los testículos injertados son reabsorbidos, y en qué momento la acción del injerto, que se prolonga siempre algunos meses aún después de la reabsorción del injerto, se agota definitivamente. Todo lo que por el momento puedo decir, es que todavía no he tenido ocasión de registrar la desaparición del efecto del injerto. en ninguno de mis operados. El día que la advierta, no vacilaré en practicar un nuevo injerto; pues, mis experimentos con los animales, me han demostrado que el injerto se puede renovar y obtenerse así rejuvenecimientos sucesivos.

Con objeto de demostrar experimentalmente estas interrogaciones, y a fin de darme cuenta de si el cambio que se produce en los animales seniles, es efectivamente debido al injerto y no a los mejores cuidados en que se les coloca, retiré, catorce meses después de la operación, los testículos que había transplantado en sus bolsas. Al cabo de un período de tiempo que variaba entre tres y seis meses. todos los trastornos que aquejaban los animales, reaparecieron marcados y pronunciados como antes.

Un segundo injerto practicado el 7 de Junio de 1920 los ha hecho desaparecer de nuevo; ese injerto renovado ha producido los mismos efectos que el primero.

Otra vez vuelven a ser soberbios animales, vigorosos, vivos, aún cuando algunos de ellos han rebasado ya la edad extrema a que esos cuadrúpedos suelen llegar.

Nuestra experiencia comprende, pues, un período de 4 años para los animales y de más de dos para los hombres. Los resul-

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

tados concuerdan en los dos casos y demuestran la acción general del injerto testicular en el organismo. La secreción interna que los testículos injertados vierten en la sangre, estimula la actividad de todos nuestros órganos, cosa que se traduce por una reaparición manifiesta de fuerzas y de energía.

Los hombres que han llegado á la edad en la cual las facultades intelectuales comienzan a disminuir, las fuerzas físicas a ceder, la memoria a ser infiel, el pensamiento más lento, el esfuerzo más difícil, los ardores juveniles a embotarse y algunos a extinguirse, esos hombres encontrarán de hoy en adelante un medio eficaz de combatir todas esas enfermedades en el injerto testicular. ¿Se podrá, igualmente, por el mismo medio, prolongar la vida?

Nuestras experiencias no nos procuran el retroceso necesario para tener el derecho de afirmarlo en lo que a los hombres concierne, pero en lo que respecta a los animales, el hecho es ciertísimo. La opinión de los veterinarios es unánime: los animales que han recibido un injerto han rebasado de 3 a 4 años la edad extrema a que normalmente pueden llegar. La esperanza de llegar a prolongar la vida de los hombres, es, pues, legítima. Al porvenir le corresponde justificarla.

La mortalidad infantil en el Callao

CIFRAS QUE SE EXHIBE Y MEDIDAS QUE SE PROPONEN

Las cifras de mortalidad infantil correspondientes a las ciudades de Lima y el Callao, no descubren causas que representen un factor especial en su producción, consideradas las cosas desde el punto de vista social; pues, desde el punto de vista patológico, los factores son idénticos, y exhiben un paralelismo que, *a priori*, ya se podía considerar presente. Este fenómeno es bien lógico, pues que se trata de dos poblaciones que su cercanía y facilidad de comunicación, establecen semejanza de condiciones culturales, en los escalones sociales que componen la gran mayoría de las gentes que figuran en sus peldaños más modestos.

He aquí las cifras de mortalidad infantil de 0 a 1 año, que se pueden comparar:

Año 1918: Lima, 1,312 defunciones; Callao, 429 defunciones.

Año 1919: Lima, 1,209 defunciones; Callao, 346 defunciones.

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

Año 1920: Lima, 1,352 defunciones; Callao, 472 defunciones.

Año 1921: Lima, 1,338 defunciones; Callao: 360 defunciones.

Y aquí se nota con bastante claridad, cómo las causas influyen al mismo tiempo en las dos poblaciones; pues que la oscilación de la cifra obituaria guarda un camino paralelo.

Por otra parte, y solamente para el Callao, tenemos:

Año 1918: 1255 nacimientos.
Año 1919: 1,302 nacimientos.
Año 1920: 1,877 nacimientos.
Año 1921: 1,826 nacimientos.

Comparando, ahora, la cifra de defunciones con la respectiva de nacimientos en cada uno de los cuatro años de observación, se tiene:

Año 1918: mortalidad 341 %
„ 1919: „ 254 %
„ 1920: „ 251 %
„ 1921: „ 197 %

Es decir, que en el Callao, como en Lima, mueren, en cada año, la cuarta parte de los que nacen, fenómeno demográfico observado en la capital, en una larga serie de años.

Ahora bien: si de las cifras totales pasamos a la observación de las cifras particulares en cada uno de los grupos que forman la nomenclatura internacional Bertillon, la semejanza en las causas de la muerte aún se sostiene, si no ya con caminos paralelos, pero sí con incrementos, notables en aquellas afecciones que tienen predominio en el primer año de la vida, especialmente en los que forman el grupo de las afecciones gastro-intestinales, a las que la nomenclatura aludida signa con el número 104 y denomina: *Diarrea y enteritis;* afecciones que forman casi toda la patología de la primera edad.

Y tenemos en este grupo los guarismos siguientes:

Año 1918: Lima, 551 defunciones; Callao, 154 defunciones.
Año 1919: Lima, 519 defunciones; Callao: 108 defunciones.
Año 1920: Lima, 474 defunciones; Callao, 135 defunciones.
Año 1921: Lima, 500 defunciones; Callao, 105 defunciones.

En los cómputos estadísticos, figura un otro grupo de defunciones que, indiscutiblemente, tiene una gran significación social, y es el que se halla compuesto por todos aquellos niños, de la edad en referencia, que murieron sin haber tenido asistencia médica, y que están así distribuídos:

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

Año 1918: Lima, 343 defunciones; Callao 187, defunciones.
Año 1919: Lima, 251 defunciones; Callao, 151 defunciones.
Año 1920: Lima, 392 defunciones; Calalo, 204 defunciones.
Año 1921: Lima, 260 defunciones; Callao, 142 defunciones.

Como es notorio que en la medicina infantil, son los trastornos de las vías digestivas los que predominan en la patología de la edad en cuestión, hay serios motivos para pensar que la gran mayoría de estos sujetos que no tuvieron asistencia médica, murieron también por trastornos de la digestión y consecutivamente de la nutrición; por consiguiente, si se agregan estas cifras, de magnitud desconocida, a los anteriores del número 104 de la nomenclatura, el total de ellas resultaría deplorablemente aumentado, y señalaría con mayor vigor la calidad de los procedimientos que habría que emplear para que su producción no se efectuara o, al menos, se atenuara.

Por otra parte, mientras en Lima la cifra de muertos sin asistencia médica, es la quinta parte del total de defunciones de niños de 0 a 1 año; en el Callao, la proporción es mayor, lo que acusa un fenómeno social, que hace pensar en que las causas que lo determinan, representa una exacerbación de las causas semejantes que actúan en Lima, para producir ese grueso índice de muertos.

El grupo representado por las meningitis, que es crecido en una y otra ciudad, es muy posible que haya involucrado también los estados meníngeos que ocurren en los serios trastornos gastro-intestinales y cuyo diagnóstico, de suyo difícil, haya hecho figurar en el grupo de las meningitis, lo que bien pertenecería a otro grupo; y aunque los casos separables fueran de pequeña magnitud, el daño social que ello significa, en nada se encontraría atenuado, pero sí engendraría una mayor urgencia en el cumplimiento de cuanto la higiene social infantil señala, en nuestros tiempos, como de acción impostergable.

Bronquíticos, bronconeumónicos y neumónicos, suman guarismo notable, y aunque ellos son favorecidos por determinada estación del año, ello no resta responsabilidad, ni atenúa la falta de cuidados, probable causa de la agravación y de la muerte.

La sífilis hereditaria no es, en el Callao, según la estadística, lo que acrecienta el guarismo de mortalidad infantil, si bien hay muchas razones en la medicina social que favorezcan la hipótesis de una mayor producción de esta enfermedad en el Callao. Como es notorio, es muy difícil tener buenas estadísticas de sífilis, pues la naturaleza de la enfermedad y el concepto público que de ella se tiene, resta muchas unidades a la suma de los buenos diagnósticos. En Lima, la cifra de mortalidad por sífilis hereditaria, es relativamente notable, reclamando una atención muy particular y su magnitud hace suponer, fundadamente, que en el Callao no se encuentran motivos para que la cifra sea tan desemejante.

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

De estas ligeras consideraciones, se deduce — respecto del Callao — tres conclusiones primordiales y muy importantes:

1a. — La Mortalidad infantil es de índice muy elevado.

2a. — Las causas primeras en la produción de ella son las afecciones gastro-intestinales.

3a. — Más de la tercera parte de los niños que mueren, no han tenido asistencia médica.

Para evitar este desastre, se dispone —en el Callao — de una Gota de Leche y un Consultorio; pero, en la primera, sobra la leche y, el segundo, tiene una asistencia diaria de muy escasa significación numérica. No va a significar esto, seguramente, que en el Callao no hay gente que no necesite de la una ni del otro, porque este supuesto no puede referirse para ninguna población del mundo. Luego, la explicación sólo puede ser: *negligencia e ignorancia.* Negligencia para atender al niño oportunamente; ignorancia supina, en el modo de criarlos. Y este par de males que residen en el Callao, también son en Lima los dos grandes productores de la mortalidad infantil, pudiendo contarse el fact. pobreza o miseria, como un factor muy secundario en la producción de dicho obituario.

Por consiguiente, el remedio queda claramente indicado: *enseñar, vigilar.* Y puesto que el *necesitado* no busca el *bien,* el *bien* debe ir donde está el *necesitado,* lo cual se puede practicar de dos maneras simultáneas, que se hallan representadas primordial y esencialmente, como puntos cardinales de la acción social, por las *Consultorios, Gotas de Leche* y por las *Damas Visitadoras.*

Para el Callao, que cuenta con una población de más de 52,000 habitantes, tres Consultorios- Gotas de Leche serían necesarios, pues es ya de aceptación mundial que esta clase de establecimientos constituyen *Escuelas de madres.* El objeto de ellos es fomentar la lactancia materna, y acudir a la artificial sólo en los casos en que aquella se ha hecho imposible. Siendo Consultorios al mismo tiempo, el ideal no sería el número de niños curados, sino el número de madres que han aprendido a criar a sus hijos.

Puesto que la negligencia es factor de muerte, la *Dama Visitadora* la anula, yendo a instruir a la madre en su propio domicilio, que al mismo tiempo, y por este sólo hecho, queda vigilada. La Dama Visitadora, que tuvo su origen en Inglaterra, se encuentra hoy en todas partes, y en todos los Congresos de protección de la infancia, europeos o americanos, ha sido considerada como de una eficacia cada vez más alentadora. Mas, para que los resultados sean evidentes, es imprescindible que la Dama Visitadora esté perfectamente instruída en aquello mismo que tiene que enseñar. Si esto no sucede, sólo sería la conductora de su propio error y prejuicio y entonces el resultado que provocaría este empirismo, agravaría la situación, siendo su objeto atenuarla, y — mejor aún — borrarla.

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

En la acción social se encuentran en seguida: los consultorios obstétricos; las casa-cunas; las cámaras de lactancia; los asilos temporales, las mutualidades maternales, etc., etc.

La fundación de un Instituto de Higiene de la primera edad, que efectuara la acción coordenada de todos estos elementos de protección de la infancia, forma hoy el ideal. Montevideo acaba de fundar su *Instituto Nipiohigiénico,* apenas clausuradas las sesiones del Congreso de Protección de la Infancia, celebrado en Río de Janeiro, en julio del año próximo pasado.

Prensa Médica Española

INTERVENCION DEL SISTEMA ENDOCRINO SOBRE EL APARATO DE LA VISION. — Parhon es el primero que fija la influencia de las glandulas de secreción interna en el desarrollo embrionario, y por consiguiente en la formación del cráneo, y como consecuencia, de la órbita.

La forma de la órbita, su volumen, profundidad, guarda una estrecha relación con la evolución del cráneo, hasta tal extremo es este punto interesante para el órgano, que es su contenido, que Stilling pretende encontrar en trastornos endocrinos sobre el desarrollo intrauterino del esqueleto, el origen, la etiología del ojo miope, del hipermetrope, y hasta de ciertos tipos de astigmias corneanas.

El estudio del pigmento en la economía del organismo, su distribución, las modificaciones interesantes en la salud y enfermedad bajo la acción del aparato adrenalínico, tiene en el ojo su confirmación más exacta. La fisiopatología de los pigmentos oculares, demuestra que intervienen en su formación, la luz, el calor y las influencias endocrinas, pues muy próximos a los suecos, blancos con iris azules, están los lapones y esquimales, casi de color oscuro, con iris pardo; en zonas subtropicales se encuentran, al lado de los negros fuertemente pigmentados, sirios y árabes, cuya pigmentación es mucho menos intensa.

Los trastornos pigmentados de los distintos estados patológicos del ojo son en extremo demostrativos:

Cambios degenerativos de la piel de los párpados, con despigmentación Xantelasma, en sífilis atenuada, hipertiroideos.

Pigmentación excesiva: Xeroderme pigmentoso un en diabéticos, trastornos endocrinos graves, hipoadrenalinemia.

En las membranas profundas, coroides y retina:

1º — Retinitis pigmentosa, hipotiroidismo.

2º — Albinismo, hipertiroidismo.

Las lesiones del primer grupo son de tipo degenerativo; muerte del órgano por toxemia.

Las lesiones del segundo grupo, insuficiencia para la vida, falta de defensa de las membranas a la acción de la luz y del calor.

Los casos de despigmentación corresponden a tipo hipertiroideo; los de tipo intensamente pigmentado, hipotiroideo, hipoadrenalínico.

El pigmento marca una norma en el metabolismo de fondo; el pigmento fija el calor que necesita en exceso para su formación y reduce la cifra del metabolismo basal.

Enunciado el valor del pigmento y la utilidad de la cifra del metabolismo de fondo.— afirma el doctor Francisco Poyales (*"La Me-*

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

dicina Ibera". Núm. 258. Madrid 1922) — que todo trastorno pigmentario en las membranas profundas del ojo, iris, ciliar y coroides, no sólo demuestra lesion del órgano, sino alteración profunda del organismo.

En resumen, los trastornos pigmentarios de las membranas oculares con la cifra del metabolismo basal normal, corresponde a una afección localizada al organo, cuando la cifra del metabolismo de fondo es por encima o por debajo de la normal, las alteraciones oculares pueden depender, y generalmente corresponden a trastornos generales del organismo.

La influencia de los órganos endocrinos sobre el aparato de la visión, se demuestra también estudiando las perturbaciones que la emoción produce en el organo de la vista y la emoción es producida en gran parte, como quiere Marañón, por el sistema endocrino.

En el aparato de la visión es posible observar manifestaciones muy distintas, desde el falso signo de Dalrympe hasta el glaucoma emocional.

Las facies del emocionado presentan constantemente un aumento de la hendedura palpebral; en este signo hay que estudiar que su mecanismo es producido por retracción del párpado superior, aumento del tono muscular o disminución del tono muscular, sobre todo de los músculos oculares rectos y oblícuos, dando como resultado un estado de contracción retaniforme de las fibras musculares, que guarda relacion con la intensidad de la emoción.

Estos aumentos del tono muscular hace que el emocionado apenas parpadee, y unido esto a una disminución en la funcion constante de convergencia en que se encuentran los ojos, la facies resulta en extremo característica.

En la emoción es frecuente acusar pérdida de la visión, imágenes borrosas, dificultad de reconocer a detalles los elementos que rodean, y en casos de gran intensidad, la sorpresa de poder volver a recordar el mundo exterior.

Estos trastornos son de origen visual puro, son estados pasajeros de *parálisis de la acomodación* acompañados de un signo exterior de gran valor, la dilatación pupilar.

La parálisis casi instantánea de la acomodación es capaz por sí sola de producir todo el cuadro de la emoción; es tal la sorpresa al enfermo de la dificultad de precisar su situación con todo cuanto le rodea, que pierde en un momento el yo consciente.

Esta forma de parálisis de la acomodación va unida al espasmo del párpado superior y a la insuficiencia de convergencia; el paciente se ve imposibilitado de utilizar su mecanismo de defensa, cerrar los párpados para aislarse del mundo exterior; en este momento se produce aumento de secreción de la glándula lagrimal; el emocionado llora, y las lágrimas excitan de nuevo el reflejo palpebral.

En otras formas de la emoción no existe la parálisis de la acomodación ni la dilatación pupilar, ni los trastornos espasmódicos de párpado, y a cambio de estas alteracones aparecen convulsiones nistagniformes, generalmente de lateralidad y temblor de párpados; en estas circunstancias también la función visual interviene intensamente en el cuadro de la emoción; el paciente ve girar con gran velocidad todo el panorama del mundo exterior, hasta el extremo de caer sumido en una sensación de máxima emoción.

La emoción puede producir sobre el globo ocular un estado que puede determinar la pérdida del órgano, no ya un estado transitorio, sino una entidad patológica que pone en grave riesgo la función visual, el glaucoma emocional.

En el mecanismo del glaucoma emocional hay que aceptar causas predisponentes y ocasionales.

En el grupo de las predisponentes se pueden enumerar todas aquellas que se describen como tales al hablar de las formas glaucoma agu-

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

do, glaucoma crónico y glaucoma hemorrágico, perfectamente conocidas por todos.

Las ocasionales del glaucoma emotivo son las dilatación pupilar, la parálisis de la acomodación, y los trastornos neurovasculares.

En la etiología del glaucoma emocional hay que aceptar el aumento de la cantidad de líquidos endooculares; en esta hipersecreción intervienen los trastornos neurovasculares, excitación del simpático por la adrenalina y la dificultad en la circulación de los líquidos endoóculares por la dilatación pupilar en la emoción y por la parálisis acomodativa emocional.

Se reproducen muchos de los hechos expuestos al describir la emoción en sus manifestaciones oculares, aplicando gotas de una solución de adrenalina en el ojo vivo.

Por último, es posible estudiar la relación endocrino-ocular analizando las modificaciones que el dolor determina en el órgano de la vista, ya que dolor significa una adaptación del organismo para su proteccion; y el dolor, como la emoción, tiene siempre un aumento de la hiperactividad endocrina.

La dilatacion pupilar al dolor es un hecho casi constante; su estudio facilita datos de gran interés en favor de la teoría neurohumoral, y entre la emoción y el dolor se pueden aceptar como estado intermedios el miedo y la sorpresa; en ambas formas existe también la dilatación pupilar, y como fenómeno de tipo opuesto, el *shock*, desfallecimiento, exhaustación del organismo por falta de activación adrenalínica y miosis.

Las fibras dilatadoras del iris proceden del octavo nervio cervical y del primer torácico; por colaterales están en relación con el ganglio torácico superior y los ganglios cervicales superior e inferior del simpático.

Las fibras constrictoras proceden del motor ocular común.

No se pueden separar la acción de ambos grupos de fibras al pretender explicar la dilatación pupilar al dolor; las constrictoras contraen el esfínter y relajan el músculo dilatador (miosis); las dilatadoras contraen el dilatador y relajan el esfínter (midriasis); la adrenalina actúa directamente sobre el simpático por irritación, pero no es esto sólo; la adrenalina en la sangre obra directamente sobre los nervios vasomotores del iris por un mecanismo perfectamente conocido, vasoconstricción, isquemia.

La contracción vascular y la isquemia producen midriasis: la dilatación vascular y la hiperemia, miosis.

El metabolismo de fondo, la emoción, el dolor, hacen manifestaciones en el aparato de la visión; el sistema endocrino refleja en el órgano más noble de la economía su importancia en el fisiologismo de la vida.

EL VALOR DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE ALGUNOS SINTOMAS ACCESORIOS EN LA NEURALGIA DEL TRIGEMINO. — En la neuralgia facial idiopática o autónoma, que tiene como manifestación fundamental y subjetivamente única, el dolor violento, agudísimo, de presentación preferentemente accesional, de duración breve, pero de repetición muy frecuente, el médico no debe limitarse a investigar este síntoma capital; después de justipreciar minuciosamente las cualidades de dolor, su asiento sobre todo, sus irradiaciones, la manera de agruparse en accesos o crisis, las circunstancias que influyen en su provocación, y hasta las comparaciones que los matices del sufrimiento sugieren al paciente, habrá de explorar con sumo cuidado toda una serie de anormalidades que constituyen el cortejo sintomático casi siempre muy numeroso y a menudo asaz heterogéneo del paroxismo neurálgico.

En ocasiones, esta ampliación de la indagatoria semiológica nos conducirá al descubrimiento de alteraciones tan importantes, de tal trascendencia diagnóstica que, por revelar la existencia de un proceso patogénicamente primitivo, del que es una consecuencia la neuralgia, obli-

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

garán a considerar a ésta como secundaria o sintomática, y, en tales casos, muy comunes en la práctica, el dolor, no obstante su ostensible primacía y su aparente predominio en el cuadro clínico, queda lógicamente reducido a la categoría de *síntoma accesorio* sometido en su evolución y en su tratamiento a los de la lesión primordial.

El doctor Enrique Fernández Sanz (*"El Siglo Médico"* N° 3595.—Madrid 1922), estudia algunos síntomas accesorios de la neuralgia del trigémino, agrupando los fenómenos en tres categorías: motores, reflejos y sensitivos.

En las crisis neurálgicas faciales se observa una extraordinaria agitación muscular local (y aún generalizada a veces) que contrasta vivamente con la inmovilidad, con la tendencia a la quietud absoluta, con la rigidez que constituye el fenómeno conocido con el nombre de defensa muscular, caracteres éstos que son propios de la mayoría de los dolores viscerales. En los accesos de neuralgia del trigémino, los músculos de la región dolorosa, lejos de inmovilizarse defensivamente, se contraen activísima y desordenadamente. A menudo esta agitación motora, no es puramente local, sino que se generaliza, y en el síndrome paroxístico se destacan los ademanes frenéticos, los enérgicos frotes de la cara con las manos y aún con los puños cerrados, y hasta los golpes fuertísimos que el propio enfermo se propina, buscando por ests bruscos medios un alivio al dolor que le atormenta; esta agitación motora es por lo común tan general, que a poco que la crisis se prolongue, el sujeto no puede permanecer sentado, ni a pie quieto, y va de un lado para otro, impulsado por una irrefrenable excitación psicomotora.

En contraposición a esta hiperquinesia peculiar de los accesos, en los períodos intercalares el enfermo se muestra avaro de movimientos en la zona doliente, temeroso de que provoquen la explosión del temido paroxismo, y por eso la mímica está sumamente restringida, presentando un rostro imperturbable en el que se evita la expresión de las emociones, cuidando mucho de no reir ni de sonreir siquiera, y también los fenómenos motores de la articulación de la palabra, de la masticación y de la deglución están considerablemente limitados, dificultando las relaciones sociales del paciente y deteriorando su estado de nutrición.

Además el Dr. Fernández Sanz describe un estado contractural permanente de los músculos faciales, especialmente de los de la comisura bucal correspondiente al lado donde radica el dolor que se advierte muy claramente en las fases interparoxísticas dando lugar a una desviación constante, fija, del ángulo de la boca hacia el lado asiento de la neuralgia, con acentuación del surco nasogeniano correspondiente; esta contractura persistente se transforma en las habituales sacudidas clónicas bruscas y rápidas al iniciarse el acceso.

El aumento del tono de los músculos de la región dolorosa, permite lógicamente su comparación con la rigidez muscular de reacción defensiva que se observa en las algias viscerales, y demuestra que si bien generalmente la motilidad en los casos de neuralgia del trigémino, se conduce de manera muy distinta de las defensas musculares esplácnicas, no deja de presentarse a veces algún hecho parecido a esta protección por la hipermiotonía local.

La contractura persistente indica la existencia de un estímulo continuado del tono muscular, y ese estímulo debe, racionalmente, atribuírse a alteraciones del trigémino, que habrán de ser permanentes puesto que lo son sus efectos.

Entre los fenómenos complementarios o accesorios de orden reflejo, menciona la exageración del reflejo supraorbitario, unilateral unas veces, bilateral otras, pero entonces más acentuada en el lado de la neuralgia; este aumento de la reacción refleja suele acompañar a la hipermiotonía descrita, y tiene la misma significación fisiopatológica y pronóstica que ésta, y las modificaciones de los reflejos conjuntival y corneal que pueden estar en el lado de la neuralgia exaltados o disminuídos. En este último caso el pronóstico es más sombrío, pues trátase de una alteración por déficit, indicio de lesiones de tendencia des-

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

tructiva, siendo la debilitación muy marcada y la abolición de esos reflejos, signo importante en las neuralgias del trigémino sintomáticas de tumores de la base del cráneo que afectan a dicho nervio.

Como síntomas contingentes o accesorios sensitivos, describe las alteraciones permanentes, por exceso o por defecto, de la sensibilidad provocada en las zonas inervadas por las ramas del trigémino. La biperestesia es más frecuente que la hipoestesia, constituyendo aquélla un fenómeno casi constante que obliga a los enfermos a evitar los contactos, aún los más leves, con el mismo o mayor cuidado todavía que suprimen en lo posible los movimientos, y no sólo se resguardan de las impresiones táctiles, sino también de las térmicas, tapándose la cara con diversas cubiertas para protegerse del frío, del aire, etc.

Por su intensidad, por su fijeza y por su persistencia, adquiere una especial significación pronóstica agravante, pues indica la existencia de lesiones estables, muy difícil de modificar terapéuticamente.

En cuanto a la hipoestesia, tiene el mismo valor pronóstico que la infrarreflectividad, revelando la existencia de lesiones degenerativas propias de los procesos que se acostumbran a catalogar como neuritis o gasseritis, dando a estas palabras un sentido amplio, pero siempre expresivo de un pronóstico grave.

COREA Y ATETOSIS EXPERIMENTAL. — Los trabajos anatomopatológicos recientes sobre los cuerpos estriados y sus lesiones, y los referentes al parkinsonismo consecutivo a la encefalitis letárgica, han puesto a la orden del día el problema de la localización de los síndromes motores extrapiramidales (temblores, atetosis, corea, etc.), y entre ellos el de la corea. Las opiniones sobre la localización precisa de esta enfermedad son muy variadas. Todos admiten, sin embargo, que son síndromes en los que no interviene la vía piramidal (síndromes extrapiramidales). Por otra parte, los trabajos experimentales hechos hasta ahora son muy escasos.

El Dr. Gonzalo R. Lafora (*"El Siglo Médico"*. — Nº 3596. Madrid 1922), ha experimentado en 27 gatos, obteniendo en 12 el síndrome coreico o atetósico. Las vías operatorias han sido tres: 1ª, lesión del núcleo rojo con una aguja que se introduce por el polo occipital hacia adentro y la línea media hasta llegar casi a la base del pedúnculo cerebral; 2ª, lesión del hipotálamo introduciendo una aguja por el tercio posterior del cuerpo calloso y atravesando el tálamo para lesionar extensamente el hipotálamo, y 3ª., lesión del pedúnculo cerebeloso superior y del núcleo rojo por la parte lateral del pedúnculo cerebral, levantando el lóbulo temporo-occipital.

Los síndromes obtenidos han sido diversos según la localización de la lesión: corea monopléjica, hemicorea, corea de las cuatro extremidades, atetosis de las dos extremidades anteriores, hemiatetosis, atetosis de las cuatro extremidades, espasmos intencionales monopléjicos y hemilaterales. En unos animales se produjeron además síndromes cerebelosos más o menos transitorios; en otros, hemianopsias; en otros, nistagmus, y en otros, oftalmoplegías. La localización de los síndromes motores involuntarios recayó unas veces en el lado de la lesión, y otras en el lado opuesto, fenómeno explicable por los entrecruzamientos de las vías cerebelo-rubro-talámicas y rubro-espinales que intervienen en la producción del síndrome.

El síndrome motor aparece a veces a las pocas horas de la operación, para desaparecer a los dos o tres días (en algunos duró quince o veinte días), y otras veces se presenta al mes de la operación y se ha mantenido indefinidamente durante varios meses.

La lesión del pedúnculo cerebeloso superior *(brachium conjunctivum)* produce constantemente hemicorea homolateral o contrateral, según la localización más ó menos anterior de la lesión (entrecruzamiento al llegar al núcleo rojo). Corresponde esta forma de corea, con la que los clínicos alemanes han denominado "corea del pedúnculo cerebeloso superior" ("Bindearmchorea" de Bonhoeffer). La lesión en

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

el hipotálamo parece producir con cierta constancia el síndrome atetósico, el cual puede ser bilateral cuando la lesión está en la línea media y cruza ésta oblícuamente lesionando ambos hipotálamos. La lesión del núcleo rojo o de la vía rubro-talámica entre el núcleo rojo y el hipotálamo da lugar a síndromes mixtos coreicos y atetósicos.

Sexto Congreso Médico Latino Americano

HONRANDO A DANIEL CARRION

Habiendo acordado el último Congreso Médico Latino Americano reunido en La Habana, que se lleve a cabo el acuerdo que se tomó en la reunión efectuada en Lima en 1913, el comité peruano ha dirigido la siguiente circular, que será bien acogida, dado que se trata de glorificar al intrépido estudiante de medicina, que, por estudiar la verruga peruana, inmoló su persona en aras de la ciencia. Dice así:

"Sexto Congreso Latino Americano. — Comité Peruano. — Lima, 10 de Febrero de 1923. — Señor doctor: — Estimado colega: — En la Asamblea General del Sexto Congreso Médico Latino Americano, que sesionó en la Habana el día 21 de Noviembre del año pasado, se aprobó, por iniciativa del señor doctor Gonzalo Aróstegui, el siguiente voto: "Ratificar solemnemente el voto del Congreso de Lima, referente a la erección de una estátua a Carrión, en dicha ciudad, encareciendo a los señores delegados al Congreso, hagan cuanto sea necesario para obtener el cumplimiento de este voto". El voto a que se refiere este acuerdo, dice así: "El Quinto Congreso Médico Latino Americano, hace suya la iniciativa del prof. Avendaño, y acuerda levantar un monumento al mártir de la medicina peruana Daniel A. Carrión". Como en 1913 se resolvió que cada delegado se encargase de recoger las erogaciones de los profesionales en su correspondiente circunscripción territorial y que se radicara en Lima el centro de lo recaudado, esta vez se ha dispuesto que el comité peruano sea el encargado de llevar a la práctica la resolución del Congreso".

Es en virtud de lo expuesto, que el comité de peruano del Sexto Congreso Médico Latino Americano — cuyas funciones continuarán en ejercicio, conforme a lo resuelto por el comité ejecutivo del Sexto Congreso Médico Latino Americano, hasta que comiencen los trabajos del próximo que ha de reunirse en México, en 1925 — inicia la labor preparatoria, que ha de culminar con la inauguración del correspondiente monumento en el patio de nuestra Escuela de Medicina. Desea el comité que la obra se realice en el menor tiempo posible, á fin de que cuanto antes se pague, por la intelectualidad médica latino-americana, la deuda pendiente con la inmaculada memoria del egregio Carrión; deuda que no pudo satisfacerse después de 1913, por haber sobrevenido entonces la espantosa hecatombe que perturbó y aún perturba la marcha tranquila de la humanidad.

Lo que prima en el momento actual es conseguir los fondos para la obra; fondos que consisten en el óbolo de los profesionales de la medicina y de todos los que deseen colaborar en esta empresa, que es no sólo de enaltecimiento científico, sino, también, de orgullo patriótico; Carrión fué un miembro destacado de la colectividad médica y un esclarecido ciudadano del Perú; por lo tanto, a su glorificación pueden y deben contribuir todos, doctos y profanos.

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

Reunido el dinero que ha invertirse en la construcción del monumento, se determinarán sus características; se llamará a concurso, entre los artistas nacionales, para la presentación de los respectivos proyectos; y, se acordará los detalles para la solemnidad de la colocación de la primera piedra, que es intención del comité verificar el 5 de octubre de este año, en que se cumplirán 38 años del día en que Carrión voló a la mansión de los héroes.

Como usted es uno de los prestigiosos miembros del cuerpo profesional peruano, me dirijo a usted, en nombre del comité peruano del Sexto Congreso Médico Latino Americano, para solicitar de usted, además de su donativo pecuniario, el valioso contingente de su entusiasta propaganda para la meritoria obra en que estamos empeñados.

Con sentimientos de nuestra más distinguida consideración, somos de usted, atentos y obsecuentes servidores.

L. AVENDAÑO, *presidente*. — *Carlos* A. BAMBAREN, *secretario*.

Nota: — Las erogaciones deben enviarse al tesorero del comité, señor doctor *Guillermo* FERNANDEZ DAVILA, calle del Pacae No. 979, Apartado del Correo No. 1499.

Sociedad Peruana de Cirugía

Acta de la sesión del 5 de Abril de 1922

SESION CIENTIFICA.—No habiéndose reunido el quorum que el reglamento señala para las sesiones ordinarias, se verificó una simple actuación científica.

El doctor Palma se ocupó de un caso de hemisección del maxilar inferior por osteomielitis, presentando la pieza anatomopatológica correspondiente. A este propósito, disertó sobre la rareza de las osteomielitis del maxilar inferior, comparada con la osteítis producida por una propagación de una periostitis alveolo-dentaria.

El doctor Latorre, inquirió respecto a antecedentes luéticos.

El doctor Palma, respondió que la Wassermann fué negativa.

SESION ORDINARIA. — En seguida, y con el quorum reglamentario, comenzó la sesión ordinaria.

Estaban presentes los doctores Bello, Campodónico, Dammert, Morales Macedo, Palma, Sosa Artola, Aspiazú, Busalleu, Latorre, Morrison.

ACTA: — Se dió lectura al acta de la sesión científica de 29 de Marzo, la que fué aprobada sin observación.

PEDIDOS: — *El doctor Bello*, dijo que creía conveniente que se aprovechase del viaje que el doctor Morales Macedo, distinguido miembro de la Sociedad Peruana de Cirujía iba a emprender, para que fuese portador del saludo de la Sociedad a sus similares de los países americanos que visitase. — El pedido del doctor Bello fué aprobado por unanimidad, y el doctor Morales Macedo agradeció la honrosa misión que le confiaba la Sociedad Peruana de Cirugía y que él procuraría cumplir debidamente.

El doctor Latorre, propuso un voto de aplauso a favor del doctor Morales Macedo por su meritoria labor al frente de la Secretaría. — El voto fué aprobado por unanimidad.

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

El doctor Morales Macedo, expresó su profundo agradecimiento.

ORDEN DEL DIA: — Elección de Secretario.

El Presidente, anunció que debía elegirse secretario, en reemplazo del doctor Morales Macedo, cuya renuncia fué aceptada en una de las últimas sesiones. — Verificado el escrutinio, resultó elegido el Dr. Augusto Dammert.

El Presidente, lo felicitó con afectuosas palabras.

El doctor Dammert, agradeció y dijo que para corresponder a ese honor se esforzaría por cumplir con esmero el cargo de Secretario de la Sociedad Peruana de Cirugía que tan brillantemente había desempeñado su antecesor el doctor Carlos Morales Macedo, verdadero Secretario modelo.

En seguida se levantó la sesión.

Acta de la sesión ordinaria del 12 de Abril de 1922

Siendo las 7 p. m. se abrió la sesión con asistencia de los doctores Bello, Mimbela, Pazos Varela, Gastañeta, Morales Macedo, Palma, La Torre, Quezada, Morrison, Delgado Gutiérrez, Carvallo, Campodónico, y Dammert. Faltó con aviso el doctor Manchego.

ACTA: — Fué leída y aprobada el acta de la anterior sesión del 5 de Abril, con una observación del doctor La Torre, que fué atendida inmediatamente.

PEDIDOS: — *El doctor Morales Macedo,* considera que la labor de la Secretaría se aligeraría considerablemente, si un empleado adscrito a ella hiciese los trabajos de escritorio, como escribir las esquelas, poner en limpio las actas, etc., y pide que se comisione al Presidente para que contrate los servicios de una persona idónea. Recomienda al mismo tiempo para el desempeño de este cargo al taquígrafo de la Sociedad, señor Heraud.

El doctor Gastañeta, cree que, efectivamente, dicho señor. en su calidad de estudiante de medicina y por lo tanto conocedor de los tecnicismos, puede ser muy útil allí, como lo es en el puesto de taquígrafo.

El Presidente, consulta si la Sociedad acuerda que haya un empleado adscrito a la Secretaría.

Se aprueba por unanimidad.

En seguida, el *Presidente* se expresó sobre la conveniencia que exista en el local donde funciona la Sociedad de Cirugía, un mueble en donde se pueda guardar el archivo, etc., lo que fué acentado por todos.

ORDEN DEL DIA: — *El doctor Quesada,* se ocupó de las *"Apendicectomías retrógradas"*, o de la base a la punta. En su práctica personal se ha encontrado en dos oportunidades con casos que exigían este procedimiento que le dió muy buenos resultados.

Cree que este método está indicado: 1). cuando el ciego está fijo y no es posible atraerlo: 2) cuando el apéndice se halla en retroposición: 3) cuando la cola se pierde entre fuertes adherencias: 4) cuando se trata de un apéndice subseroso.

Se extraña de que los libros de técnica insistan sólo de manera incidental sobre esta clase de apendicectomías, a pesar de ser abundantes los casos que la requieren.

Está convencido que no hay cirujano que haya dejado de emplear este recurso operatorio que él detalla minuciosamente y acompaña de láminas. Y al hacerlo así, no persigue otro objeto que establecer una discusión que pueda traer más luz al asunto, y de otro lado divulgar entre los estudiantes quirúrgicos el tratamiento de los casos anómalos, con la presentación de algunos ejemplos prácticos, cuando generalmente só-

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

lo preparan su espíritu y adiestran sus manos para los especímenes corrientes, que son los que requieren lo enseñado como clásico.

El doctor Latorre, presenta un apéndice de 15 centímetros de largo, y bastante adherente que ha operado de la punta a la base, y cree que las principales indicaciones de la apendicectomía retrógrada se deben tomar en el mismo tiempo de la operación.

El doctor Gastañeta, dice que hace muchos años que él practica el procedimiento retrógrado, y explica detenidamente los diferentes tiempos operatorios y los instrumentos que emplea en cada uno de ellos, que no son precisamente los mismos que recomienda el doctor Quesada.

El doctor Quesada, responde al doctor Gastañeta las observaciones que se ha servido hacerle y le agradece su intervención en el asunto en debate.

El doctor Bello, da cuenta de un caso de "quiste hidático del cerebro", alojado en el ventrículo lateral izquierdo, en una mujer que estando ébria cayó del caballo, recibiendo un golpe en la región parietal derecha. Después de tres días del accidente le sobrevinieron convulsiones y entró en coma; así fué llevada al hospital "Santa Ana", con fiebre de 39 a 40 grados y murió a los dos días de haber ingresado.

Después de haber hecho la autopsia y en vista de las lesiones encontradas, cree que el quiste ha sido la causa de la muerte, pero no duda que si en vez de una caída involuntaria, se hubiese tratado de un golpe dado por otra persona, desde el punto de vista médico-legal, el asunto habría sido doblemente interesante.

El doctor Campodónico, pregunta si se encontraron exudados purulentos.

El doctor Bello, responde afirmativamente.

En seguida se levantó la sesión.

Acta de la sesión ordinaria del 19 de Abril de 1922

Presentes los doctores Bello, Campodónico, Graña, Morales Macedo, Carvallo, Latorre, Manchego, Palma, Morrison, Quesada, Flores, Aspiazú y Dammert, se abrió la sesión a las 7 y 40 p. m.

ACTA: — Fué leída y aprobada sin observaciones el acta de la anterior.

No habiendo asuntos de que dar cuenta en el DESPACHO, se pasó a la

ORDEN DEL DIA: — *El doctor Latorre*, leyó un trabajo titulado "Tratamiento de las artritis con derrame por medio de las inyecciones de éter", que preconiza el doctor Rocher, de Burdeos, y que en manos del doctor Latorre, en cinco casos, le ha dado resultados que califica como notables.

La técnica es muy sencilla y consiste en la punción de la articulación, aspiración del líquido, inyección de éter sulfúrico puro en la sinovial, y luego remover el líquido para efectuar así el lavado completo de la cavidad, que debe durar por lo menos cinco minutos. El autor del método lo recomienda en las hidrartrosis traumáticas, reumáticas, y en las de origen tuberculoso. Pero el doctor Latorre sólo lo ha experimentado en tres casos debidos a un traumatismo y en dos, debidos al reumatismo.

Refiere, en seguida, la historia de esos cinco casos y el feliz resultado del tratamiento. Deja luego constancia de que no ha tenido aún oportunidad de ponerlo en práctica en las hidrartrosis de origen bacilar.

Los doctores *Manchego, Carvallo, Graña y Morales Macedo*, hacen diversas e interesantes observaciones, que el doctor *Latorre* contesta detenidamente. Y todos están de acuerdo en que el mecanismo curativo es aún empírico y que el procedimiento merece estudiarse detenidamente, no sólo desde el punto de vista práctico y clínico, sino ex-

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

perimental y anatomopatológico, que permitirá, entonces, tener una opinión mejor formada del asunto en debate.

En seguida se levantó la sesión a las 8 y 20 p. m.

Acta de la sesión del 26 de Abril de 1922

SESION CIENTIFICA:

El doctor Busalleu, leyó un importante trabajo sobre un caso de "Oclusión intestinal" tratado por liberación del obstáculo y la enterostomía de Nélaton.

En 1919 tuvo oportunidad de operar en el hospital "Santa Ana" una enferma en estado grave, que había presentado en la calle síntomas de obstrucción intestinal aguda, desde tres días antes.

Hacía un año que venía sufriendo de crisis dolorosas en el vientre, acompañadas de constipación, náuseas, etc.

En cuanto se restablecía el curso de las materias fecales, la enferma entraba en estado de normalidad.

Llevada a la sala de operaciones se la practicó una laparotomía lateral derecha, para abordar el ciego, el que estaba flácido; pudo exteriorizarlo y observó que una brida partía del apéndice hacia la parte terminal del ileon, estrangulándolo.

Practicó la apendicectomía y la sección de la brida en cuestión. Inmediatamente se pudo observar el paso de gases al ciego. Se trataba de la coexistencia de una banda ileal adquirida y de un controlling appendix de Lane.

Convencido el doctor Busalleu de la gran septicidad del contenido intestinal en estos casos, practicó una enterostomía que sirvió de desagüe; pero al cabo de 12 días se vió obligado, en vista de la mortificación de la piel, a practicar la oclusión de la fístula.

Seis días después, no habiendo tenido resultado esta tentativa de eclusión de la fístula, bajo anestesia general, tuvo que hacer la cura radical de ella.

Fué necesario resecar 12 centímetros de intestino delgado, practicando la entero anastomosis término-terminal.

A los veinte días de esta última operación, la enferma sale completamente curada.

A propósito de este interesante caso, el doctor Busalleu pasa revista a los diferentes métodos preconizados para curar la obstrucción intestinal haciendo hincapié en los perfeccionamientos a la enterostomía de Nelaton que presenta el inconveniente de una intervención suplementaria, cual es la de tener que cerrar la fístula previamente formada.

Describe el método de Paul de dejar por a poco tiempo en el intestino un tubo de vidrio o de goma de cinco mm. de ancho.

Después, el alemán de Witzel, que consiste en construír, por medio de suturas, un conducto de algunos centímetros de longitud con la pared intestinal misma, que contiene un dren, etc.

Retirando después el dren, la fístula cierra.

El cirujano inglés Bonney cura los fenómenos tóxicos del fleus por la yeyunostomía, fundándose en que en el intestino obstruído, es en la porción alta donde se encuentra la mayor cantidad de masa líquida tóxica. La corriente en el tracto intestinal ha sido invertida, y el drenaje, por lo tanto debe ser practicado en lo más alto, en el segmento de toxicidad.

Con gran oportunidad cita la hipótesis que hoy gana cada vez mayor favor como causa productora o determinante de la gran letalidad en la obstrución intestinal y que Harvey Stone, de Baltimore, y John Lammers, de Nebraska, presentaron el resultado de sus inves-

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

tigaciones personales y la repetición de experimentos anteriores de otros fisiólogos al Congreso Americano de Cirugía, que se reunió en Montreal en 1920, y que en resumen establece esto: Que las toxinas producidas en el intestino obstruído, causan la muerte por absorción; no siendo resultado de una alteración alimenticia, ni proveniente de los trastornos en las secreciones del estómago, hígado o páncreas, sino que el material tóxico es generado en la misma asa ocluída.

El doctor Busalleu termina leyendo estas dos conclusiones:

1º — Los Lane's Kinks y bandas peritonales aparentemente congénitas o debidas a procesos inflamatorios directos, cuando son cortas y tensas, pueden comprometer la permeabilidad intestinal y determinar el cuadro de la oclusión intestinal aguda.

2º — En los casos muy graves de oclusión intestinal, puede mejorarse la situación del enfermo, deteniendo la intoxicación, practicando la enterostomía como operación complementaria.

Los doctores *Campodónico, Manchego, Sosa y Palma,* hacen diversas preguntas.

El doctor Bello sostiene en general la conveniencia de la enterostomía en primer lugar, y ya después, en mejores condiciones, la supresión de la causa.

El doctor *Gastañeta* refiere dos casos de obstrucción intestinal que ha operado últimamente, y que como él conocía la causa de la obstrucción, que en el primero era debido a bridas que se produjeron por apendicitis supurada, con peritonitis consecutiva; y en el segundo caso, a adherencias peritoneales en un individuo con antecedentes de hemotisis, ambas produciendo obstrucciones múltiples, operó por laparotomía, levantando los diferentes obstáculos y venciendo, por lo tanto, las múltiples obstrucciones.

Por esta razón cree que no se puede ser absoluto en el tratamiento de la obstrucción intestinal; sino que hay que ser ecléctico y emplear el método de acuerdo con el diagnóstico de la causa de la obstrucción y guiarse por estado general; pues si en estos casos sólo se hubiera conformado con hacer una enterostomía cree que no hubiese tenido éxito.

SESION ORDINARIA: —

El Presidente expresa que existiendo ya el quorum reglamentario, se pasará a sesión ordinaria, estando presentes los doctores Bello, Mimbela, Campodónico, Palma, Busalleu, Dammert, Quesada, Manchego, Sosa, Aspíazú, Latorre, Pazos y Gastañeta.

Faltaron con aviso los doctores Carvallo y Flores.

Se leyó el acta de la sesión del día 19, que fué aprobada sin observación.

El Presidente dice que estando ausentes los titulares. doctores Mostajo y Morales Macedo, propone para reemplazarlos durante su ausencia a los miembros correspondientes, doctores Felipe Latorre y Fortunato Quesada, lo que fué aprobado por unanimidad.

Sin otro asunto de que tratar, se levantó la sesión a las 8 y 15 p. m.

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

Noticias

GACETA MEDICA PERUANA. — Con este nombre ha aparecido una nueva Revista, que dirige nuestro distinguido y entusiasta colega Carlos E. Roe.

Hay que alegrarse que un nuevo órgano de publicidad, venga a estimular la producción medica y es seguro que, dada la persona que la dirije, adquirirá pronto prestigio. La psicología peculiar de nuestro ambiente medico, acogerá favorablemente esta nueva publicacion periódica; ella hará que escriban muchos de nuestros profesionales. Esta razón, es más que suficiente para celebrar la aparición de "Gaceta Médica Peruana".

Por nuestra parte, ya sabe el amigo Roe cuanto lo estimamos, y cual es la intensidad de la alegria con que hemos visto su publicación.

CONSULTORIO MEDICO FORENSE. — Los doctores Leonidas Avendaño y Guillermo Fernández Dávila, han creado un consultorio médico forense, llamado a prestar verdaderos e importantes servicios en la administración de justicia y a contribuir poderosamente para el desarrollo de nuestra vida jurídica.

He aquí la circular que han dirigido con este motivo:

Lima, 10. de Febrero de 1923.

Señor doctor ... ...

des ciudades de los países civilizados, y cuyos incalculables beneficios, estamos seguros, han de palparse muy en breve.

Consecuentes con esto, ofrecemos a usted nuestros especiales servicios y esperamos quiera favorecernos recomendando a sus clientes nuestro consultorio, cada vez que la oportunidad se presente, lo que redundará en positivo provecho para los juicios encomendados a su reconocida competencia y en bien de la administración de justicia.

Somos de usted, señor doctor, sus atentos y SS. SS.

Leonidas AVENDAÑO, profesor principal de medicina legal, miembro de las sociedades de medicina legal de Roma y Cuba.

G. FERNANDEZ DAVILA, profesor auxiliar de medicina legal, miembro de las sociedades de medicina legal de Roma y Cuba.

Bibliografía

OPHTALMOLOGIE TROPICALE par R. H. Elliot. — Traduction par le Dr. Coutela et le Dr. Morras. — Un volume de 362 pages. — *Masson et Cie.* editeurs. París 1922. — 30 fr.

Las afecciones oculares son muy frecuentes en los países tropicales. La obra que ha compuesto el Dr. Elliot, es el fruto de su dilatada experiencia en el Hospital Oftalmológico de Madras.

En la primera parte de este libro se da a conocer los caracteres especiales de la oftalmología tropical. Las condiciones atmosféricas, las condiciones sociales, el uso de los remedios populares, la existencia de enfermedades endémicas desconocidas todavía, etc., etc., son algunas de las múltiples causas de las enfermedades de los ojos, en los países que ofrecen esas características climatológicas.

Al estudiar en particular cada una de las enfermedades, el autor expone la naturaleza, la etiología, la evolución, las complicaciones, el tratamiento y la profilaxia.

La obra termina con una sección especial, dedicada al estudio de las enfermedades de los ojos en relación con las dolencias generales.

Este breve resumen del contenido de la obra de Elliot: *Ophtalmologie tropicale,* dará idea de su importancia. Agreguemos, para terminar, que la casa editora *C. Masson et Cie.* de París la ha presentado correctamente y con muchas ilustraciones.

L'ORTHOPEDIE EN CLIENTELE par J. Privat. — *A. Maloine et Fils,* editeurs. — París 1922. — 25 fr.

Este libro que pertenece a la Colección "Comment Guerir", está dedicado a los prácticos.

El autor enumera todo lo que debe saberse para conocer cuándo un enfermo es ortopédico; cuándo por el estudio de los síntomas, se puede afirmar su existencia. Después, describe lo que el práctico debe hacer, para curar las afecciones de esta naturaleza, para formular el pronóstico y predecir el resultado del tratamiento.

La obra está profusamente ilustrada, para llenar cumplidamenee su objeto: por eso ha sido favorablemente acojida.

ELECTROLOGIE ET RADIOLOGIE par le Dr. H. Guillemi_not. — Un volume de 642 pages. — *C. Masson et Cie.,* editeurs. — París 1922. — 40 fr.

Esta obra es un verdadero Tratado de Electricidad Médica, en el cual se exponen los conocimientos de electrología física, de electro

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

y radiotecnia, de electro y radiobiología aplicadas al cuerpo humano y, por último, de electrodiagnóstico y radiodiagnostico, de electroterapia y de radioterapia.

En esta tercera edición, se puede apreciar los progresos que ha realizado esta parte de las ciencias de curar, pues, el autor ha reunido los últimos descubrimientos e investigaciones que debe conocer todo médico que se dedica al cultivo de estos agentes físicos.

La casa editora *C. Masson et Cie.* de Paris, ha hecho un positivo servicio al presentar la tercera edicion de la obra de Guilleminot.

PRECIS DE PARASITOLOGIE (tercera edición), por E. Brumpt, profesor de Parasitología en la Facultad de París. — *Masson et Cie., editeurs.* — París 1922. — 40 fr.

La nueva edición del Compendio de M. Brumpt, se presenta como un libro nuevo, ya que la obra ha sido transformada tanto en su texto como en las ilustraciones.

Sólo se ha respetado el plan de exposición: un *estudio morfológico* para enseñar a identificar los parásitos y clasificarlos según las reglas de la nomenclatura científica. Un *estudio biológico,* que permite precisar su *habitat,* sus funciones de nutrición y de relación, sus tropismos, su manera de roproducirse, las modalidades de su evolución, y, en fin, la acción del medio ambiente que permite conocer su distribución geográfica actual y de preveer su diseminación futura.

Ya conocidos los parásitos, así como sus vías de salida y de acceso, se estudia *su papel patógeno,* así como las condicione etiológicas generales e individuales que favorecen las infecciones y determinan su sintomatología más o menos compleja.

En fin, la parasitología prosiguiendo sus fines prácticos, que *es la destrucción,* se dedican párrafos especiales consagrados *al diagnóstico, al tratamiento* y á la *profilaxis.*

Esta obra pasa, realmente, los límites de un Compendio; no está solamente destinada a los estudiantes de Medicina que sabrán tomar las nociones elementales que les son necesarias. Por una afortunada disposición tipográfica, el autor separa los conocimientos fundamentales e indispensables de los detalles que hacen de esta obra un tratado completo que permite a los médicos resolver todas las dificultades del diagnóstico de las enfermedades parasitarias.

La ilustración casi enteramente renovada, es muy bundante — 736 figuras —; la obra está completa con una tabla alfabética muy detallada, que permite encontrar fácilmente cualquier punto que se desea consultar.

L'OPOTERAPIE DU PRACTICIEN, por L. Lematte, Volumen de 236 páginas. — *Editores, A. Maloine et Fils.* — París, 1923.

Este libro se ha escrito para el clínico. El médico encontrará en él las indicaciones precisas sobre la posología, la forma de administración y el empleo de las preparaciones opoterápicas.

En la primera parte se discuten las técnicas que deben emplearse para obtener preparaciones activas. El médico debe saber cómo se preparan los productos que él prescribe.

La segunda parte está consagrada al estudio de las glándulas y de los tejidos utilizados.

En la tercera parte se exponen las aplicaciones de la opoterapia a los diferentes enfermos que el médico encuentra en su práctica cotidiana; sólo se mencionan los resultados muy claros. El libro lleva un índice terapéutico que ofrecerá al médico una gran utilidad práctica.

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

LA RADIOTHERAPIE PROFONDE par Iser Solomon. — Un volume de 152 pages. — *Masson et Cie.*, editeurs. — París 1922.— 9 fr.

La radioterapia profunda es una cuestión de actualidad; su técnica se ha precisado en el curso de estos últimos años, sus resultados clínicos se han afirmado sobre todo en lo que concierne al tratamiento de los tumores y del cáncer y es legítimo el interés que le prestan, tanto los médicos, como los especialistas.

El primer capítulo de este libro está consagrado a exponer las bases de la radioterapia profunda; en el segundo, se describen los principales modelos de los aparatos empleados; en el tercero, las unidades de medida para las radiaciones en radioterapia profunda, y en el cuarto, los resultados clínicos, tanto en las afecciones benignas, como en las afecciones malignas.

ENTRETIENS DERMATOLOGIQUES par R. Sabouraud. — Un volume de 336 pages. — *Masson et Cie.*, editeurs. — París 1922. — 18 fr.

Este volumen contiene las lecciones clínicas dadas por el autor en el Hospital "Saint Louis" de París, y ellas forman la Dermatología que debe conocer el médico práctico.

La primera parte está consagrada a las enfermedades del cuero cabelludo, como las alopecías febriles, las tricoclasias, la pitiriasis, etc.

En la segunda, estudia afecciones propiamente dermatológicas, como las seborreas, la estreptococia epidémica, la sarna, el exzema, la soriasis, etc.

Diversas cuestiones forman la tercera parte. Ahí estudia Sabouraud la profilaxia de las enfermedades venéreas, los supositorios mercuriales, el diagnóstico precoz del chancro indurado, la heredosífilis, etc.

EXAMEN FONCTIONNEL DU POUMON, por Ch. Achard y León Binet. — Un volumen de 156 páginas. — *Masson et Cie.*, editores. — París 1923. — 12 fr.

Ninguna obra de conjunto se ha publicado hasta hoy sobre el examen funcional del pulmón. Son conocidas desde muy antiguo las perturbaciones que la enfermedad acarrea en las funciones de este órgano, pero no se ha hecho casi nada en la investigación de los síntomas y en su apreciación. Además, en estos últimos años han aparecido trabajos muy interesantes consagrados al estudio de los fenómenos químicos de la respiración que, considerados hasta aquí del dominio de la fisiología pura, son hoy de interés para el clínico.

Esta obra tiene por objeto hacer accesible al clínico estos trabajos y las numerosas investigaciones personales de los autores.

En una primera parte se estudia la circulación del aire en los pulmones y las condiciones fisiológicas de que depende.

En la segunda parte, se exponen las investigaciones que conciernen a los actos químicos de la respiración, en los que el pulmón interviene como una membrana permeable, propicia a los cambios, pero en los cuales el clínico, por las experiencias que actúan directamente sobre el contenido gaseoso de los pulmones, puede tomar nociones preciosas sobre la respiración de los tejidos y la nutrición de los órganos.

Es muy interesante esta obra que ha presentado correctamente la casa *Masson et Cie.* de París.

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

Veinticinco casos de hepatitis supurada, curados sin operación, por las inyecciones de emetina

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL
Laureado por la Academia de Medicina de París

Hemos esperado que nuestra estadística llegase al número de 25 casos, para exponer los resultados brillantes que hemos conseguido, tratando por la emetina enfermos que ofrecían atacado el parénquima hepático por la amiba disentérica.

Antes de detallar estos hechos, creo de necesidad hacer presente algunas experiencias que hemos llevado a la práctica con la *Entamoeba*, pues éllas bastan para explicar ampliamente aquellos casos en que se observa la hepatitis primitiva, *d' emblée*, es decir, sin síndrome disentérico y en veces ni diarreíco, preliminar.

ENTAMOEBA DYSENTERICA Y JUGO GASTRICO. —

Habiendo extraído el jugo gástrico de un individuo con funciones digestivas normales y habiéndole puesto en contacto con heces disentéricas de otro enfermo, tomadas directamente del interior del recto, mediante la rectoscopía, a partes iguales, es decir: 2 c. c. de jugo gástrico y 2 c. c. de heces, a la temperatura de 37 grados, a los diez minutos los movimientos amiboideos de los protozoarios habían desaparecido, quedando éstos inmóviles, redondeados, con membrana de doble contorno, es decir, que se habían convertido en quistes. De allí se deduce que las amibas vivas, en contacto con los ácidos y fermentos digestivos del jugo gástrico, pierden su vitalidad momentánea y se defienden enquistándose.

Alcalinizando débilmente la mezcla anterior y volviéndola a llevar a la estufa, a 37 grados, durante diez o treinta minutos no hemos logrado ver la reviviscencia de la amiba, ni por ende, la recuperación de sus movimientos. Han continuado bajo la forma enquistada. Inoculando esta mezcla alcalinizada en la que sólo se observaban amibas enquistadas, en el interior del recto de los gatos, al lado de una serie de insucesos, algunos de los cuales sólo se manifestaron por diarreas no sanguinolentas, hemos obtenido casos evidentes de reproducción disentérica; es decir, la presentación del síndrome completo y la visión al microscopio, de amibas vivas con sus clásicos movimientos pseudopódicos.

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

Esto quiere decir que la amiba, entumecida, en estado de vida latente por la acción del jugo gástrico, ha vuelto a germinar cuando el medio se le ha tornado favorable.

Por fin, para convencernos de la efectividad de la infección disentérica por la vía bucal, hemos logrado dar el síndrome a los gatos, haciéndoles ingerir heces de disentérico tomadas directamente del recto de un enfermo, por medio del rectoscopio a visión directa.

Según estos hechos, *la amiba venida del exterior penetra por vía bucal, se enquista en el estómago, continúa su trayectoria por el intestino delgado y revive en el intestino grueso, dando el síndrome disentérico.*

PIORREA AMIBIANA Y AMIBOSIS HEPATICA. —

En los países en que la amibosis (intestinal o hepática) es endémica, es indispensable hacer el examen de la dentadura, cuando un enfermo se queja de síntomas hepáticos, por pequeños que ellos sean.

En los casos de amibosis hepática primitiva, sin disentería pasada, próxima o remota, examinando la dentadura del enfermo y haciendo una preparación microscópica a fresco, del líquido que sale al presionar la encía hacia el reborde alveolar, se encuentra con frecuencia que existen amibas vivaces en ese líquido, capaces de ser deglutidas y de infectar o el intestino o el hígado del amibo-portador dentario.

En tal caso es indispensable imponer cuanto antes la limpieza metódica y completa del tártaro dentario, aldea en cuyas grutas y viviendas moran las amibas, y prescribir toques antiprotozoícos (yodados o trementinados), haciendo al mismo tiempo, la terapéutica emetinada que describiremos más lejos.

LAS INYECCIONES RECTALES Y LA AMIBOSIS HEPATICA. —

En Arequipa, el pueblo tiene la costumbre, desde tiempo inmemorial, de condimentar los alimentos en exceso con ajíes de varias clases (*Capsicum pubescens, Capsicum annuum,* etc), hasta tal punto que, en ocasiones, ingiere el ají sólo con un pedazo de pan.

Este hecho popular determina en las personas un estado de congestión rectal crónico, con várices venosas y hemorroides más o menos desarrolladas, las que constituyen frágil barrera a los cultivos protozoícos y como hemos visto que las amibas emergen de sus quistes para recobrar sus movimientos, atraviesan estas barreras con facilidad para ir por las venas hemorroidarias a estancarse en las mallas hepáticas, cultivarse y determinar la hepatitis, sea bajo forma de flogosis difusa, sea bajo la de grande abceso tropical .

Esta es la razón por la cual observamos con gran frecuencia los abcesos hepáticos en Arequipa, en una proporción muy

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

subida si se la compara con lo que pasa en otros países donde la entamoeba es endémica.

EL RECTO ES LA ESTUFA PARA EL CULTIVO OPTIMO DE LAS INFECCIONES INTESTINALES. —

En varias ocasiones hemos insistido sobre la importancia considerable que tiene el recto para recibir y cultivar parásitos intestinales, infectar o intoxicar rápidamente el hígado, así como la eficacia de los métodos terapéuticos que consisten en mantener *in situ*, un medio inapropiado para la vitalidad de los gérmenes.

Hemos observado en Yura una epidemia de disentería, con rápida congestión hepática, en cuyas heces sólo se encontraron bacilos. Como la mayoría de los atacados fueron niños (también hubo adultos), el tratamiento por la boca fué en algunos imposible, limitándonos en muchos casos, a la aplicación de enemas antisépticos, que no sólo mataron los gérmenes en el recto, sino que, siguiendo la misma vía que los agentes infecciosos o sus toxinas, fueron a ejercer acción muy favorable curativa sobre el hígado.

Posteriormente hemos aplicado a muchos enfermos diarreícos, no protozoósicos, el tratamiento que con tanto éxito hemos prescrito para la tricomonosis intestinal, que consta de una primera parte simplemente evacuadora y de una segunda que estriba en dejar en el recto un medio inapropiado para la pululación de las bacterias y protozoos y en un gran porcentaje de aplicación, hemos llegado a obtener éxito completo.

Por consiguiente, seguimos como regla el que en toda diarrea, en la que se advierte participación primordial del intestino grueso, aplicamos el tratamiento trementinado que expondremos más lejos; si al cabo de tres días el enfermo no está curado (y lo está en la mayoría de las veces) es que se trata de proceso complicado que es necesario observar de más cerca, aumentándose la gravedad del caso.

DEFENSAS NATURALES. —

La curación espontánea de la disentería amibiana es absolutamente excepcional; por mi parte, aún no he tenido la suerte de verla, no obstante el gran número de amibósicos que me es dado observar casi a diario.

En la lucha con los leucocitos, casi siempre las amibas resultan triunfantes, nutriéndose por otra parte, con gran afán, de los eritrocitos, los que degluten en veces en tal número, que llegan a saturar su protoplasma con ellos. Sus movimientos pseudopódicos clásicos, les hacen franquear las barreras estructurales de los tejidos ambientes, perforando los endotelios vasculares y pentrando en el torrente circulatorio, para estancarse en el hígado, de preferencia (hemos observado una vez un abceso cerebral amibiano).

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

Hemos descrito, antes de ahora, que observando al microscopio un pus amibiano entre muchas entamebas, vimos una que acababa de perecer.

Al cabo de algunos momentos, en un sitio se rompió la cápsula envolvente del protoplasma, dejando salir una prolongación de éste al exterior. Entonces, entre las diversas bacterias del medio-ambiente (en particular coli-bacilos), apareció un pequeño ser espermatozoidiforme, con cabeza ensanchada, de 2 micras de diámetro y cola larga, flexible, con movimiento ondulatorio, que avanzó hasta la amiba, con la que tropezó, se puso a contornearla hasta que se encontró con el protoplasma que emergía de la parte rota de la cápsula, en la que se detuvo como para alimentarse de él.

Así permaneció un momento hasta que apareció un nuevo pseudomonadiano que se acercó al mismo sitio, asociándose a su compañero para idéntico fin. Así se fueron reuniendo una serie de dicho protozoos hasta formar una trenza ondulatoria, cuya parte adherente era constituída por el grupo de cabezas que se hallaban en el protoplasma exhuberante, siendo la sección movible constituída por sus colas batientes.

De cuando en cuando se desprendía uno de esos pseudomonas y elegantemente se alejaba hasta abandonar el campo microscópico, siendo reemplazado por otro ú otros que iban a encontrar seguro el alimento en el cadáver de la amiba.

Este hecho no nos ha causado sorpresa alguna, pues lo hemos visto repetirse innúmeras veces, en los cultivos de aguas estancadas en que los animales superiores, como el *Rotifer inflatus,* por ejemplo, tan luego como perece es invadido por una serie de protozoos superiores que se nutren de su sustancia protoplásmica, dejando después de cierto tiempo, tan sólo el esqueleto, los que a su vez, cuando el medio ya no les es favorable y mueren, son devorados con avidez por monadianos inferiores, quienes, siguiendo ley natural, son aniquilados por bacterias superiores, los que, en condiciones inapropiadas, se les ve disgregarse quizá si bajo la acción de los invisibles bacteriófagos cuyas etapas hasta la reacción química ya no nos es posible seguir en el campo limitado del microscopio.

Hacemos esta exposición, tanto por el hecho en sí, cuanto porque quizá si alguna vez se encuentre un medio natural apropiado para defender profiláctica o curativamente al organismo contra los ataques de la amiba.

LA EMETINA ¿MATA LA ENTAMIBA POR ACCION TOXICA SOBRE ELLA O PORQUE LA PRIVA DE ALIMENTO? —.

Conocido es el hecho de que en los disentéricos, cuando las cámaras son sanguinolentas, las entamibas están casi repletas de eritrocitos de los que se nutren. Si por una causa cualquiera se hace desaparecer la sangre por medio de un hemos-

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

tático, las amibas, después de digerir y de asimilarse los glóbulos rojos, los van presentando de menor en menor número.

Si en este estado, la sangre vuelve a los enfermos o se deposita una gota de sangre sobre una partícula mucosa de hez disentérica en la platina del microscopio, se ve a los protozoarios apoderarse con avidez de los hematíes e incorporarse al mayor número posible de ellos.

De la misma manera proceden los *Paramaecium caudatum,* por ejemplo, de las aguas estancadas, cuando se les priva de alimento.

Cuando éste es traído a ellos, se les ve llenarse (por los movimientos de sus cirros bucales) de esporas vegetales o de diatoméas, hasta repletar su protoplasma, satisfaciendo, como las especies zoológicas superiores, un hambre natural.

En 1915 dimos a conocer dos clases de experiencias que habíamos realizado con la emetina.

En un primer grupo pusimos en contacto amibas de heces disentéricas, en el momento de la desaparición de la sangre intestinal consecutiva al empleo de la emetina, es decir, cuando los protozoos ya no tenían hematíes en su interior; sangre del dedo del mismo enfermo, o sea sangre *emetinizada;* las entamibas no tomaron los glóbulos rojos, porque estaban envenenados por el alcaloide de la hipecacuana; de donde se dedujo que la *amiba emetinizada no se nutría de eritrocitos emetinizados.*

En cambio, si a amibas emetinizadas, pero todavía vivas, se les ponía sangre de un hombre sano en la platina caliente del microscopio, se comprobaba que *comían los hematíes no emetinizados.*

De aquí resulta que la emetina hace morir a la *Entamoeba hystolítica,* no sólo por su poder antihemorrágico, sinò también porque envenena a los hematías que le sirven de alimento.

TRATAMIENTO DE LA AMIBOSIS HEPATICA. —

Tan luego como sospechamos la existencia de la amibosis hepática, con o sin disentería previa, instituímos el tratamiento de prueba, inyectando subcutáneamente y cada día, dos centígramos de emetina con dos centígramos de esparteína.

La esparteína neutraliza la acción cardio-depresora de la emetina.

Si después de la cuarta inyección no hay una mejoría marcada, con levantamiento de las fuerzas, supresión del dolor local y disminución palpable de todos los síntomas, es que *no se trata de amibosis hepática.*

Es necesario que haga hincapié sobre la emetina que debe emplearse para asegurar el éxito de su acción terapéutica. La emetina guardada en solución, en ampolletas, es mucho menos eficaz que la que se obtiene en pastillas. En veces ha perdido por completo todo su poder amibicida.

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

En cambio, la emetina en pastillas conserva íntegramente toda su acción anti-protozoica.

Para la inyección basta con hervir una pastilla de o'02 de emetina, con otra de esparteína, en dos centímetros cúbicos de agua destilada y colocarla hipodérmica o intravenosamente. El resultado que se obtiene entonces, es de seguro efecto.

Desde la tercera o cuarta inyección el espíritu del enfermo se levanta, las fuerzas renacen, un apetito voraz se manifiesta, recoloreándose poco a poco los labios y las conjuntivas con el ahorro y superproducción hemática.

El número de inyecciones varía entre diez como mínimum y treinta como máximum, pues es necesario matar las amibas vivas, así como las que eclosionan de los quistes, a medida que van germinando.

Un número menor podría dejar amibas o quistes en latencia, capaces de reproducir la enfermedad con toda su intensidad.

Hepatitis, con breve tiempo de separación de una disentería amibiana, apenas si requiere una decena de inyecciones para desaparecer.

Abceso hepático pequeño se resuelve con una veintena de inyecciones.

Grande abceso tropical o hepatitis masiva demandan no menos de treinta inyecciones, una cotidiana, sin solución de continuidad.

En algunos casos las he practicado sólo subcutáneas; en otros he alternado las intravenosas con éstas; por último, todas han sido endovenosas.

Después de las inyecciones intravenosas, mantengo a los enfermos en posición horizontal de 10 a 15 minutos. Sólo son contraindicadas cuando se observan fenómenos vertiginosos, inmediatos o distanciados.

La edad no se opone a la emetina, pues niños con hepatitis han curado tan bien como los adultos, pero reduciendo la dosis de la emetina-esparteína, de manera proporcional.

Jamás hemos hecho punción evacuadora ni incisión del abceso, por grande que éste fuese, por muy abultado que estuviera, ya casi para abrirse paso espontáneo al exterior. Los resultados en los 25 casos han sido excelentes, la curación completa, habiendo tenido ocasión de volver a ver a muchos de los curados, hasta años después de su tratamiento, en magníficas condiciones de salud, sin rediciva.

Muertas las amibas y agotados sus quistes, el pus se reabsorbe por ley fisiológica natural, del modo más completo (me refiero a los 25 casos que he tratado).

En suma: cúrase la hepatitis amibiana por medio de inyecciones cuotidianas de emetina-esparteína, sub-cutáneas e intravenosas, en número que varía entre diez y treinta de éllas.

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

TUMOR ILIACO AMIBIANO. — CURACION POR LA EMETINA ESPARTEINA. —

No podemos dejar de mencionar el importantísimo caso de un enfermo que presentaba un tumor voluminoso del ciego, producido por amibas y enteramente curado por las inyecciones endovenosas de emetina.

El enfermo, reside en el pueblo de Santa Rosa, de 32 años de edad, principió por verse atacado por una disentería amibiana, a la que durante mucho tiempo no pudo atender debidamente.

Esta tomó el carácter crónico, obedeciendo inseguramente a tratamientos intermitentes que el enfermo hacía en algunos viajes a Arequipa.

Después de un año, más o menos, se presentó a mi consulta, emitiendo heces sanguíneo-mucosas, con poco tenesmo, emaciación general, inapetencia y sudores nocturnos. A la palpación, la S ilíaca era dolorosa y en la fosa ilíaca derecha, en la región del ciego, presentaba un tumor redondo, del tamaño del puño, movible, irreductible, mate a la percusión y opaco a la diafanoscopia.

Recordando el magistral trabajo que el notable clínico argentino Dr. Vaccarezza ha hecho sobre caso análogo y encontrando siempre abundantes amibas vivaces en las heces, hicimos el diagnóstico de tumor cecal amibiano.

Instituímos el tratamiento de emetina-esparteína subcutáneo, mediante diez inyecciones con las que obtuvimos una mejoría palpable, pero no la desaparición de los quistes amibianos. El tumor habíase ablandado un tanto.

Creyendo actuar mejor, procedimos endovenosamente, haciendo 30 inyecciones más, con lo cual, día a día, asistimos al reblandecimiento y reducción progresiva del tumor, hasta su completa desaparición, así como la de las amibas y sus quistes.

Con 40 inyecciones de esparteína-emetina, el enfermo se hallaba completamente curado.

Por precaución pusimos diez inyecciones más, también intravenosas, pero distanciadas de un día, primero, de dos en seguida, y por último, una cada tres o cuatro días.

Hemos vuelto a ver al enfermo meses después y se hallaba total y definitivamente curado, tanto del tumor como de la amibosis crónica que parecía no quererle abandonar.

Este caso es en extremo interesante, tanto por su rareza, como por la formación en el ciego de un tumor carnoso y duro en cuyas mallas se acantonaron las amibas, defendiéndose con gran tenacidad; como también por la curación de la amibosis y desaparición del tumor con sólo emplear la emetina, endovenosamente, sin necesidad de recurrir a ninguna operación.

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

TRATAMIENTO TREMENTINADO DE LAS DIARREAS. —

Hemos dicho que al recto caen muchos parásitos del intestino, donde encuentran ambiente favorable para desarrollarse y fomentar diarreas, en veces, de carácter rebelde. Del recto las bacterias ascienden por vía directa al intestino o por vía indirecta venosa al hígado, o aún por vía linfática a la próstata, vejiga o uretra.

Por otra parte, en alguna ocasión que observamos una epidemia de disentería bacilar en Yura, con congestión hepática, curamos a varios niños con sólo enemas, porque se resistieron a tomar medicamentos por la boca, demostrando que así como del recto iban los microbios y sus toximas al hígado, así mismo se encaminaban los remedios, por la misma vía, a restaurar la salud.

Bajo el concepto del rol infectante del recto y buscando un remedio para curar la tricomonosis intestinal, poníamos en contacto heces diarreícas con todos los remedios antidisentéricos en preparaciones en platina calentada, observando al microscopio la acción de éstos sobre los protozoos y los microbios en éllas contenidos.

Al fin, colocada una gota de trementina con heces tricomonales, vimos que la esencia no se mezclaba con el líquido excrementicio, sino que se presentaba en burbujas, más ó menos distanciadas las una de las otras. Los tricomonas que se hallaban en contacto con una de estas burbujas, detenían instantáneamente su curso, los flajelos y la membrana odulante se agitaban con menos rapidez, y después de algunos momentos, a raíz de algunas sacudidas convulsivas del cuerpo y de la espícula del protozoario, éste quedaba inmóvil, muerto.

Los que se encontraban lejos de las burbujas, sufrían igual suerte, pero con mayor lentitud, al extremo de darles en veces, tiempo para perder sus órganos de locomoción, deformarse más o menos, y enquistarse.

Las bacterias movibles perdían poco a poco sus movimientos de traslación, por manera que en el trascurso de diez minutos, la vida se había extinguido por completo en aquel mundo patológico de protozoarios y de microbios.

A raíz de estas experiencias es que adaptamos al hombre la terapéutica trementinada, llegando a establecer el tratamiento de la tricomonosis, que por felicidad hoy es considerado como específico por todos los autores especializados en el ramo (Villa Alvarez, Heulett, Mauté, Vaccarezza).

Posteriormente hemos aplicado tal terapéutica a infinidad de diarreas bacterianas (no amibianas, ni lambliácicas, ni balantidianas), tanto de los adultos como de los niños, obteniendo resultados eficaces en el 90 por ciento de los casos. Por su extraordinaria sencillez y por dejar a permanencia en el recto, un medio inapropiado para la pululación parasitaria, la que

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

se extingue tan luego como allí llega proveniente de la boca o del intestino delgado, es que la recomendamos de la manera más entusiasta.

He aquí la prescripción:

Los tres primeros días, en enfermo adulto tomará una cucharada, cada dos horas, de

Rp. Emulsión de Franck . . . . . 150 gramos
Elixir paregórico . . . . . 12 „
Esencia de trementina . . . . . 2 a 4 gramos
m. s. a. Cucharadas

Se pondrá noche y mañana:

1o. — Una lavativa evacuadora de 1 a 2 litros de decocción de ratania *(Krameria triandra)* o de eucaliptus *(Eucaliptus globulus)*, que se devuelve en seguida y en totalidad.

2o. — Una segunda lavativa de cuatro cucharadas de agua hervida, una yema de huevo batida con 20 o 40 gotas de esencia de trementina y 10 a 25 gotas de láudano de Sydenham, la que se retiene, si es posible hasta 12 horas.

Como alimento tomará un vaso de leche recién hervida, con cuatro cucharadas de agua de cal y una mandioca de harina de papa o de yuca cada tres horas, tomando en seguida una oblea de

Pancreatina 0.20
Bicarbonato de soda. 0.20
Pepsina 0.40
Diastasa 0.10
Para una oblea No. 10

Como bebida, tomará abundantemente la decocción de arroz con linaza, goma y pan tostado. Puede añadírsele la fruta de membrillo *(Cidonia vulgaris)*, según sea el deseo del paciente.

Se harán aplicaciones calientes al vientre cada tres horas y se le cubrirá con una flanela permanentemente.

Se pondrá al enfermo en el mayor reposo posible.

Si se trata de ancianos, se añadirán 10 gotas de ácido clorhídrico oficinal francés o al 1|3 y 10 gotas de ácido láctico en agua hervida fría (tres cucharadas), para tomar en seguida de cada oblea digestiva.

Para los niños se harán las rebajas medicamentosas proporcionales a la edad.

La mayor parte de los enfermos estarán sanos después de los tres días de tratamiento. Si no es así, es necesario pensar en que se trata de algo más que de una simple infección parasitaria de la vía intestinal.

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

CONCLUSIONES. —

1ª — La *Etamoeba hystolitica,* ingerida por la vía bucal se enquista al contacto del jugo gástrico.

2ª — Llegada al recto revive y si el enfermo está en condiciones de menor resistencia, origina una disentería franca u ócasiona hepatitis, marchando por la vía hemorroidaria hácia el hígado.

3ª — En los casos de amibosis hepática sin disentería, es necesario buscar siempre la piorrea amibiana como su causa primera.

4ª — El recto humano constituye la estufa natural para el cultivo máximo de las infecciones intestinales.

5ª — La constitución en el recto de un medio artificial microbicida, basta muchas veces, para curar afecciones no sólo intestinales, sino también hepáticas.

6ª — A las defensas contra la amibosis, se agrega un hecho análogo a lo que con los microbios pasa por medio de los bacteriófagos o con los protozoos superiores de las aguas estancadas.

7ª — La emetina mata la *Entamoeba hystolítica,* tanto por acción tóxica directa como por su poder hemostático que la priva del alimento principal: el hematíe, como también por la intoxicación de éste.

8ª — La amibosis hepática (primitiva o secundaria, difusa o localizada en abceso), se cura mediante inyecciones sub-cutáneas o endovenosas de emetina, a la que se añade esparteína para neutralizar la acción cardiodepresora de la primera.

9ª — El número de inyecciones varía entre 10 y 30, hasta obtener la seguridad de la desaparición de las amibas y de sus quistes

10ª — En ninguno de nuestros enfermos hicimos intervención quirúrgica de ningún género.

11ª — La emetina en pastillas, preparada para inyecciones en el mismo momento de su aplicación, es superior a la que en solución se guarda en ampolletas.

12ª — En una amibosis crónica con gran tumor amibiano en el ciego, la curación definitiva se obtuvo así mismo, por medio de inyecciones endovenosas de emetina-esparteína.

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

Algunos factores de la diseminación de la anquilostomiasis en la provincia de Moyobamba

Por el Dr. BUENAVENTURA BURGA

Es difícil para las personas que no conocen estos lugares, formarse una idea de los estragos que produce la anquilostomiasis y de lo extendida que se encuentra; se puede afirmar, sin temor de equivocarse, que el noventa por ciento de la gente descalza está infectada.

Apena el espíritu ver a los habitantes de estas regiones, demacrados, anémicos, anasárquicos (*poshecos*), y apáticos. Todo causado por la anquilostomiasis. Así mismo asombra observar la indiferencia que existe, con respecto a esta enfermedad.

Voy a presentar algunas consideraciones epidemiológicas, sobre la anquilostomiasis en Moyobamba, que se basan en cuatrocientos noventa casos tratados.

La ciudad de Moyobamba situada sobre una meseta de terreno arcilloso, está dividida en cuatro barrios, aproximadamente de igual extensión, todos sin agua y sin higiene. Estos barrios son: Zaragoza, Calvario, Luichucucha y Recodo.

El número de casos que hemos observado en cada barrio, es el siguiente:

Zaragoza: 65 casos. — Calvario: 70 casos.
Lluichucucha: 208 casos. — Recodo: 147 casos.

Según las cifras que anteceden, los barrios más infectados son Luichucucha y Recodo, y atribuyo estos elevados guarismos, a que se cría gran cantidad de cerdos en estos barrios, pues en todas las calles y en los solares o huertas, se encuentran manadas de cerdos en todo tiempo. Caminan en grupos moviendo el terreno, ensuciando, si aún cabe más, las calles, y alimentándose de cuanto desperdicio encuentran.

En mi concepto, es el cerdo uno de los principales factores de propagación de la anquilostomiasis en Moyobamba. Estos animales ingieren los excrementos humanos en los solares, y luego van a regar las calles con embriones anquilostomiásicos, poniéndoles así más al alcance de las personas que caminan descalzas.

A este respecto voy a referir lo siguiente: Fuí solicitado para tratar a cuatro de los hijos de una señora, que con ella

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

inclusive, estaban en estado de anemia avanzada; dos de ellos se presentaban en estado anasárquico. Me llamó la atención la presencia de una gran cantidad de cerdos en un solar adyacente, donde esta familia acostumbraba hacer sus defecaciones, que luego eran ingeridas por estos animales. Días después examiné los intestinos de uno de estos cerdos, encontrando innumerables anquilostomas.

Posteriormente he examinado al microscopio excrementos de cerdos, recogidos indistintamente de diferentes calles, encontrando con constancia, huevos de anquilostoma.

Queda, pues, perfectamente dilucidado, que los cerdos desempeñan importante papel en la *diseminación de la anquilostomiasis.*

Este hecho tiene una importancia considerable, sobre todo si se tiene en consideración que en estos lugares los cerdos se crían en las calles y en los solares.

A fin de hacer la profilaxia de esta enfermedad, se ha notificado al vecindario para que la crianza de cerdos se haga en corrales cerrados; y se ha procurado que comprendan los peligros que significa convertir las calles en chiqueros, desgraciadamente sin resultado.

En las observaciones que llevamos hechas, se pone de manifiesto la influencia que tiene el usar calzado, en la diseminación de la anquilostomiasis.

De las 490 observaciones, 408 corresponden a personas que no usaban calzado. Estos, bajo el primer tratamiento por el timol, han expulsado, por término medio, 250 anquilostomas por persona; requiriéndose un segundo y hasta un tercer tratamiento.

Los 82 restantes que usaban calzado, sólo han necesitado un tratamiento, arrojando 25 a 50 anquilostomas.

Debo advertir, que gran número de personas calzadas que se han sometido al tratamiento por el timol, no han arrojado la uncinaria o sus huevos.

La *influencia de la edad y del sexo*, también la hemos comprobado en la diseminación de la enfermedad.

He aquí la tabla de nuestras investigaciones:

NUMERO DE ANQUILOSTOMIASICOS POR EDADES Y POR SEXO

Edad (Años)	*Varones*	*Mujeres*	*Total*
0 a 1	0	0	0
1 a 5	3	2	5
6 a 10	4	5	9
11 a 15	21	17	38
16 a 20	31	19	50
21 a 25	60	22	82
26 a 30	42	28	70
31 a 35	50	28	78

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

36 a 40	35	37	72
41 a 45	24	19	43
46 a 50	17	11	28
51 a 55	5	8	13
56 a 60	0	0	0
61 a 70	0	2	2
	292	198	490

Este cuadro revela que en los primeros y últimos años de la vida, por debajo de diez años y por encima de los cuarenticinco, la aquilostomiasis es rara.

En cambio, el mayor número de infectados está comprendido entre los quince y los cuarenticinco años. Esto se explica, porque son los sujetos comprendidos entre estas edades, los que se dedican a las labores agrícolas.

En cuanto al sexo, se observa que de 490, sólo 198 son mujeres y 292 varones. Esta predilección por el sexo masculino, se debe al género de ocupación; pues, mientras que las mujeres se dedican al tejido de sombreros y otras labores de mano, los hombres se encargan de las faenas agrícolas.

El medicamento que empleo desde mis primeros estudios (1) es el timol; en todos los casos con buen éxito, sin haber observado el menor síntoma tóxico. Para un adulto doy de 5 a 7 gramos, precedido y seguido de un purgante salino. En los casos avanzados con anemia intensa, anasarca, debilidad general, las dosis son proporcionadas.

Los resultados inmediatos son muy satisfactorios; viene mejoría rápida y aumento de peso. Desgraciamente, *al cabo de cierto tiempo se reinfectan,* porque no se adoptan medidas de profilaxia, y las que se sugieren no se cumplen.

Estamos firmemente convencidos, que podría disminuirse notablemente los estragos de la dolencia, poniendo en práctica medidas sencillas, como aquellas que recomiendan los americanos, fundados en que las larvas del anquilostoma tienen una duración media de seis semanas; según esto, bastaría que un terreno estuviese libre de contaminaciones durante seis semanas, para que se vea libre de las larvas y no fuese peligroso.

Las medidas que por el momento pueden adoptarse en la localidad para impedir la contaminación del terreno, son las siguientes:

1º Establecer letrinas en todas las casas; 2º Disponer que la crianza de cerdos y otros animales domésticos, se haga en *corrales cerrados* y si fuera posible, lejos de la población; 3º Organizar el tratamiento obligatorio de los anquilostomiásicos; y 4º Recomendar el uso del calzado.

(1). — Buenaventura Burga. — *La anquilostomiasis en la provincia de Moyobamba.* — "La Crónica Médica".—Pág. 274. — Lima 1921.

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

Naturaleza de la epilepsia llamada esencial según algunos trabajos recientes

Por el Dr. PH. PAGNIEZ

Traducido de "La Presse Medicale", especialmente para "La Crónica Médica", por José Arnillas

Las incógnitas del problema de la epilepsia no están aún resueltas, pero se han efectuado algunos progresos, lo que permite plantear el aspecto actual de esta difícil cuestión. De los trabajos recientemente aparecidos sobre este asunto, no retendré sino algunos, cuya yuxtaposición me ha parecido particularmente útil.

Los trabajos recientes dejan intactas las nociones primordiales anteriormente establecidas, en lo que respecta a la multiplicidad de las formas de la epilepsia, (reflejas, infecciosas, tóxicas, autotóxicas), a la importancia del factor hereditario, principalmente alcohólico, al rol frecuente de la sífilis, especialmente de la sífilis hereditaria, etc. La concepción de la epilepsia llamada esencial, tal como se formuló hace cierto número de años, permanece sensiblemente igual. Hoy puede aceptársela.

El Dr. Fleury la resumió perfectamente en una comunicación a la Academia de Medicina de París en 1912. Para él, en ese momento, la epilepsia era la resultante de dos factores: una lesión congénita o adquirida del sistema nervioso, que constituye la predisposición; una intoxicación de origen sobre todo alimenticio, que constituye la causa de los paroxismos.

En sus grandes lineamientos esta concepción puede conceptuarse como verdadera, y es probable que en un buen número de casos de epilepsia esencial, exista una lesión cerebral anterior, más exactamente, una lesión que precede a la aparición de los primeros accesos, y que es la secuela de un proceso local a veces traumático, las más de las veces infeccioso o tóxico. No se puede todavía establecer el asunto de manera indiscutible.

Sin embargo, hay casos en los que las constataciones necrópsicas resultan negativas, y de otra parte, sería singularmente aventurado, admitir que las lesiones de esclerosis neuróglica, por ejemplo, encontradas en la autopsia de un epiléptico hayan sido siempre primitivas. Nada dice que ellas sean la consecuencia de fenómenos de anemia, de congestión, de edema, etc., en algunos territorios corticales en el curso de los

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

paroxismos. En la enfermedad de Maurice Raynaud, con la cual veremos más lejos que algunas formas de epilepsia suscitan comparación, las lesiones de gangrena y sus cicatrices, son la consecuencia de crisis de espasmo y de dolores, y no su causa.

En esta cuestión, como en tantas otras, la simple anatomía patológica, no podría ser fuente de gran luz, y el valor causal de las lesiones encontradas en la autopsia de los epilépticos quedaría discutible, si importantes argumentos en su favor no hubieran sido obtenidos por la comparación en los casos de epilepsia traumática. La guerra ha multiplicado éstos, y las numerosas observaciones que ella ha permitido reunir, sin trastornar nuestras concepciones, han proporcionado interesantes datos a este respecto.

De las estadísticas reunidas, resulta que la epilepsia consecutiva a las heridas del cráneo es muy frecuente. Ella constituye asimismo la complicación más frecuente de los antiguos trepanados. El Dr. Guillain ha encontrado, según las comunicaciones de los centros neurológicos, 676 casos de crisis epilépticas parciales o generalizadas, sobre 6664 observaciones, o sea 12,1 por 100.

La estadística de Béhague, hecha en el servicio de Pierre Marie, sobre 3620 heridos del cráneo, da 439 epilépticos, o sea 10,14 por 100.

Otras estadísticas menos importantes, dan porcentajes de 10 por 100 (Claude), 18 por 100 (Souques), 20 por 100 (Villaret), etc. Las diferencias constatadas, deben atribuírse sobre todo, y así como lo hace observar Behague, al tiempo más o menos largo de observación de los heridos. Cuanto más considerable haya sido él, tanto más probabilidad hay de que la proporción aumente.

Las observaciones de la guerra han puesto en evidencia, en efecto, esta particularidad muy importante; si, en ciertos casos, la epilepsia aparece rápidamente en el herido, cosa que no es habitual, en la gran mayoría de los casos, los accidentes comiciales no sobrevienen sino después de un período de latencia más o menos largo. Este período, en gran número de observaciones, varía entre tres y cinco meses, en una quinta parte de los casos, ella sobreviene a los cinco o diez meses. Por regla general, la epilepsia generalizada. En consecuencia, la epilepsia jacksoniana aparece a menudo más pronto que la epilepsia generalizada. En consecuencia la epilépsia traumática parece sobre todo en relación, no con la lesión destructiva misma, sino con la constitución del tejido de cicatriz que es la consecuencia, y esta manera de ver, encuentra todavía su confirmación en el hecho de que mientras haya más producción de tejido cicatricial, habrá más peligro de epilepsia.

Todo esto incita a pensar que en la epilépsia esencial, la lesión, cuando existe y si es constante, cosa discutible, debe ser constantemente de tipo cicatricial. Por otra parte, hay observaciones clínicas que muestran lo bien fundado de esta ma-

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

nera de ver, y al mismo tiempo confirman las ideas sostenidas, hace algunos años, por Piere Marie, que ha insistido sobre el rol importante de las enfermedades infecciosas en la etiología de la epilepsia.

He tenido, por ejemplo, ocasión de observar, con Pasteur Vallery-Radot, un hombre de 34 años, que en el curso de una fiebre paratifoidea A, fué atacado de afasia y de monoplegía derecha.

Curada la fiebre paratifoidea, los síntomas de afasia desaparecieron casi completamente en algunos meses. Tres meses después de la aparición de estas perturbaciones, que sin duda alguna eran la consecuencia de un foco de reblandecimiento, por arteritis, el enfermo fué atacado de vértigos y de ausencias; seis semanas más tarde aparecía una gran crisis de epilepsia. Esta sobrevino, como en la epilepsia traumática, después de una larga fase de latencia y de preparación correspondiente a la cicatrización de la lesión. Ciertos casos experimentales interesantes, hablan en el mismo sentido que los casos clínicos de este género.

Claude y Lejonne, han mostrado, en efecto, (Sociedad de Biología, 1910) que los perros a los cuales se les ha inyectado bajo la dura madre, cloruro de zinc, creando focos de adherencia meningo-cortical, con zonas de esclerosis neuróglica vecinas, tienen crisis de epilepsia, cuando se les somete a la ingestión cotidiana de estricnina.

La lesión casi siempre cicatricial, como se acaba de ver, no constituye sino una causa de llamada a la localización. Trousseau ha observado hace algunos años para los tumores cerebrales; y así lo hace observar, que si ellos son la causa de fenómenos convulsivos, ellos no son, entre tanto, la causa inmediata, la causa próxima.

Se puede, pues, comprender que esa condición favorecedora puede faltar, ya que no representa sino un papel contingente, y está uno llamado a preguntar, lo que con o sin lesión, pasa al nivel de la corteza en el momento de la crisis, y, sobre todo, por qué sobrevienen estas crisis.

Hace tiempo que respecto a este asunto, han sido propuestas dos teorías: ambas admiten que la crisis comicial es la consecuencia de una gran modificación circulatoria cerebral. Una supone que la crisis es la consecuencia de un fenómeno de estagnación; la otra, que es un fenómeno de anemia.

Estas dos teorías podía sacar argumentos de variadas consideraciones, clínicas y experimentales, de las cuales, bien pocas parecían perentorias. La teoría de la anemia por el espasmo, puede hoy explicar algunos casos bien observados y que traen muy interesantes precisiones sobre la cuestión.

El doctor Leriche, del cual se conocen los bellos trabajos sobre el simpático perivascular, ha tenido la ocasión de observar dos veces, en heridos del cráneo, el estado del cerebro y de la circulación cerebral en el momento de una crisis de epilep-

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

sia. Su observación ha sido hecha sobre el sujeto sentado; quiero decir, en excelentes condiciones, y le ha permitido comprobar lar particularidades siguientes: "La zona enferma, con su tejido cicatricial, su estructura lagunar de aspecto óseo, sus quistes, más o menos voluminosos, parecían deprimirse ligeramente, las circunvoluciones vecinas parecían aplastarse; yo quiero decir, entrar en contacto al nivel de sus surcos hasta las batientes. Todo latido cerebral se detiene y simultáneamente el cerebro se ameniza un instante, los vasos de la piamadre se contraen fuertemente, como lo hacen las arterias del tipo muscular, cuando se excita el simpático".

Antes de las observaciones de Lerich, Doyen, citaba sin referencia, en la tesis de Herbert, sobre el simpático cervical, que él había visto, en el curso de una amplia craneotomía, una anemia cerebral brusca, precediendo algunos segundos a una gran crisis de epilepsia.

Kries, habiendo tenido ocasión de examinar el fondo del ojo de un joven, hombre de catorce años, en estado de mal, ha podido constatar que cada crisis estaba precedida de un espasmo de las arterias de la retina, sobreviniendo 10 à 20 segundos antes del paroxismo convulsivo. Este espasmo persistía durante todo el acceso y era seguido después de una dilatación considerable de las venas.

Estas comprobaciones directas, sobre el cerebro de los epilépticos, tienen un interés capital, por el hecho que ellas no revelan una anemia instantánea, un espasmo vascular brutal; además, corresponde bien con lo que nosotros vemos de la violencia de la crisis comicial o de los accidentes del pequeño mal, suscitando inmediatamente interesantes aproximaciones con otras enfermedades con crisis brutal vaso-constrictiva, como la enfermedad de Raynaud, o ciertas anginas del pecho.

El fenómeno del espasmo vascular es constante al principio, como causa de los fenómenos comiciales paroxísticos, así como hay también formas con estagnación, con asfixia local, en la enfermedad de Raynaud. Esto hace preguntarse el por qué de estas constataciones. Quiero hablar de aquellas que se han hecho sobre el líquido céfalo-raquídeo de los comiciales y sobre sus variaciones de presión. Se ha constatado, hace mucho tiempo, un aumento de presión del líquido en el momento de la crisis (J. y R. Voisin), y estas particularidades del líquido han sido comprobadas por otros observadores. Por otra parte, en los trepanados, se ha podido constatar, en el momento de la crisis, una tensión con salida a través del orificio de trepanación. Recientemente Ebaugh y G. Stevenson han publicado la observación de un epiléptico, en el cual estas modificaciones han sido particularmente estudiadas. Su enfermo, atacado de accidentes comiciales muy frecuentes, de grande y de pequeño mal, había sido trepanado, y los autores, aplicando sobre la cicatriz normalmente deprimida, del orificio de trepanación, un tambor de comunicación con un dispositivo registrador, han

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

podido inscribir las variaciones de presión intracaneana, antes y durante los paroxismos. Ellos han constatado que el aumento comenzaba antes de la crisis para continuar hasta su fin, y aún más tarde. La duración variaba entre seis y cuarenticinco minutos. A veces, la hipertensión se mostraba mucho tiempo antes de la crisis (cuarenticinco minutos una vez) y ella ha podido manifestarse sin crisis, propiamente hablando; el sujeto acusaba solamente dolores de cabeza.

Estos hechos de hipertensión no son, además, constantes en la epilepsia; pues en otros individuos trepanados, se comprueba fenómenos de depresión en las mismas condiciones, al nivel de la cicatriz, hecho que cuadra entonces con lo que se acaba de decir sobre la anemia cerebral contemporánea de los paroxismos. Fuerza es concluir con Leriche, que en los jacksonianos todos los hechos no son semejantes, que existen hipotensos e hipertensos del líquido céfalo-raquídeo. Es muy probable que semejante conclusión debe ser verdadera también para los epilépticos con convulsiones generalizadas. Que se trate de anemia o de estagnación al nivel de la corteza, es lógico y satisfactorio admitir que se está en presencia, en la epilépsia, de una perturbación vaso-motora, ocasionando la crisis del grande o pequeño mal.

¿Es, pues, suficiente una simple modificación de circulación cortical, para producir vértigos, ausencias, crisis convulsivas, aunque no haya lesión vecina, más o menos netamente constituída? La cosa parece completamente probable, pues, "la anemia del encéfalo, ha dicho Vulpian, produce una irritación muy poderosa sobre todas sus partes excitables". Se puede a este respecto, recordar, que en la enfermedad de Stockes-Adam, se ha llegado a clasificar los accidentes desencadenados por los paroxismos de disminución del pulso, de la manera siguiente: supresión sistólica de tres segundos, vértigos; de 7 a 8 segundos, síncope con caída; de 12 a 15 segundos, convulsiones epileptiformes.

Se puede, en consecuencia, admitir hoy día, bajo beneficios de verificaciones nuevas que vengan a confirmar los hechos registrados actualmente, que la causa inmediata de las manifestaciones del mal comicial son de orden circulatorio y vaso-motor. Hay lugar, entre tanto, a preguntarse, cuál es el mecanismo que desencadena este fenómeno vaso-motor encefálico. La multiplicidad de las circunstancias etiológicas, en las cuales sobrevienen las crisis de epilépsia, deja suponer que las condiciones susceptibles de provocar el proceso vaso-motor cortical, deben ser muy diferentes.

Hay, sin embargo, epilépsias hace tiempo calificadas de reflejas, que parecen desenvolverse fuera de toda participación humoral. Estas epilépsias reflejas tienen un punto de partida de lo más variado, como lo muestran las observaciones, de las cuales algunas parecen auténticas e indiscutibles, de desaparición definitiva de crisis epilépticas después de la avulsión de

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

una muela del juicio, de excisión de una cicatriz, y de quitar un tapón de cerumen, etc.

Tal vez en estos hechos singulares, hay un fenómeno vaso-motor localizado en el punto de irritación, y que por una especie de compensación, tiene un homólogo o su opuesto, al nivel del cerebro, como en ciertos hechos estudiados por Leriche en los jacksonianos, en los cuales el aura periférico vaso-motor puede ser detenido por una compresión circular, suprimida, asimismo, por un tiempo más o menos largo, por la resección del simpático peri-arterial.

Cualquiera que sea la interpretación, estas epilépsias de orden reflejo, no constituyen sino una minoría, fuera de la cual queda una enorme masa de hechos, para los cuales se invoca una acción tóxica, tomando esta palabra en su sentido más amplio. Una de las tendencias de nuestra época, es de no contentarse con ese vocablo demasiado fácil, de "intoxicación", y de intentar suprimir las incógnitas, en todos los dominios de la patología donde se le encuentra. Las tentativas hechas en este sentido, en materia de epilépsia, no han proporcionado todavía sino datos fragmentarios, pero bastante interesantes.

Primero, está probado experimentalmente, que ciertos venenos netamente determinados, son susceptibles de ejercer una acción epileptógena sobre animales preparados. El hecho está establecido por las experiencias de Claude y Lejonme, que se han efectuado de la manera siguiente:

Se ha inyectado a perros, bajo la dura madre, algunas gotas de una solución de cloruro de zinc, al dos por mil. Cuatro o seis meses más tarde, durante los que los animales no han presentado ninguna perturbación, han sido sometidos a la ingestión de cantidades crecientes de sulfato de estricnina, al mismo tiempo que animales testigos. Al cabo de algunos días, cuando la dósis de estricnina es de seis a siete miligramos para los perros de 16 a 20 kilógramos de peso, los perros sometidos a experiencia, son atacados de crisis de epilépsia cotidianas, que van hasta el estado de mal; los perros testigos no tienen nada. En la autópsia, estos animales son portadores de lesiones de sínfisis meningo-cortical, con esclerosis neuróglica de la corticalidad.

Esta ingeniosa experiencia pone en plena luz el papel localizador de la lesión anterior, en una intoxicación por veneno exógeno, y el carácter mixto, adicional, de la epilépsia. Ella permite pensar que en ciertos sujetos el papel epileptogéco de la intoxicación puede manifestarse desde la introducción en el organismo de sustancias tóxicas, tales como ciertos venenos minerales o vegetales, ciertas bebidas ricas en esencias.

Además de los casos en los cuales los tóxicos son llevados del exterior, y cuyo papel es ciertamente excepcional, hay en un buen número de casos de epilépsia un factor tóxico, sea endógeno, sea de origen alimenticio. El factor endógeno puede ser de origen glandular. Se sabe que se ha invocado, como en

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

tantos otros estados, insuficiencias glandulares, poliglandulares, sobre todo como factor importante de la epilépsia.

Sin discutir toda esta parte de la cuestión, que es considerable y que se encuentra bien resumida en el trabajo del Dr. Carlos A. Bambarén, de Lima, se puede notar que la opoterapia glandular ovariana, sobre todo, ha podido dar, en algunos casos, excelentes resultados. Pero estos hechos son excepcionales y no demuestran de manera indiscutible, la existencia de una insuficiencia endocrina.

Eliminada esta categoría de hechos, queda en fin, la masa irreductible de casos de epilépsia esencial con factor tóxico, cierto, importante, y del cual desde hace mucho tiempo los médicos que cuidan a epilépticos, tienen la impresión que es de origen alimenticio.

"La intoxicación digestiva, escribía todavía, recientemente, el Dr. Plantier d'Anonay, en un estudio lleno de sentido, es la gran culpable y frecuentemente la única en una infinidad de casos de epilépsia llamada esencial".

La prueba de eso, es que las modificaciones del régimen, influyen poderosamente sobre la reproducción de las crisis y que, sometiendo a los epilépticos a un régimen estrictamente vegetal, se reduce considerablemente, en muchos de ellos, el número de los paroxismos (de Fleury) .

¿Cómo se puede comprender esta intoxicación hoy día? Cuando se estudia lo que pasa en muchos de los epilépticos, en casi todos se nota que las crisis no sobrevienen sino después de un tiempo más o menos largo, durante el cual el organismo sufre una especie de preparación, realizando lo que Voisin llamaba la epilépsia en potencia.

Ciertos individuos tienen conciencia de esta preparación, de esta acumulación, en otros términos, cuyo fin se traduce en ellos por perturbaciones cenestésicas variadas. Había, pues, que determinar dos cosas en esta acción tóxica que desencadena el espasmo vaso-motor, que es a la vez la causa del acceso: la naturaleza de la preparación y la naturaleza del producto que trae el fenómeno del choque con sus consecuencias.

No tenemos sino algunas luces en este camino. En lo que concierne a la preparación, es posible que en ciertos casos, la acumulación en cantidad exagerada, de productos de desgastes normales, represente un papel. Es así que los doctores Dufour y Semelaigne han podido poner en evidencia, en una enferma, el aumento bastante considerable de la urea sanguínea, en las horas que precedían a la crisis (0,84 antes de la crisis; 0,47 después). Obregia y Urechia, (de Bucarest) habían ya constatado semejante aumento en varios casos de epilépsia. Pero la azohemia preparoxística, está lejos de constituír una regla en los comiciales, como lo ha hecho notar Sicard.

Laures y Gascard, por otra parte, han estudiado comparativamente, desde el punto de vista de su contenido en urea, el líquido céfado-raquídeo ,recogido inmediatamente después de

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

la crisis y cuatro días después de ella. En los seis casos observados, la cantidad de urea era más elevada inmediatamente después de la crisis, y en dos casos, sensiblemente más elevada. (0,70 por 0,35).

En otros casos se ha podido establecer una relación entre un estado de acidosis en el curso de diabetes graves, y la aparición de crisis de epilépsia. (Labbé y Guillain).

También deben ser tomadas en consideración las modificaciones del contenido de la sangre en principios minerales. La Dra. Parhon, ha señalado, en efecto, la disminución en el epiléptico, de la cantidad de calcio y de magnesio en la sangre.

Realizada la preparación del organismo, según un modo del cual no podemos entrever todavía sino algunas probabilidades, el paroxismo, según toda verosimilitud, debe ser desencadenado de la manera como hoy se admite que se engendran buen número de manifestaciones paroxísticas, tales como el asma, la urticaria, la jaqueca, ciertos edemas locales, etc., por un proceso de choque coloido-clásico.

Ideas análogas se habían formulado ya, desde hace algunos años, respecto de la epilépsia. Se ha pensado en particular que se podía encontrar en la anafilaxia una aplicación patogénica más satisfactoria que todas aquellas que habían intentado hasta entonces interpretar, el modo de producirse los accidentes comiciales.

Se ha querido al principio indentificar la crisis convulsiva epiléptica, con el gran choque anafiláctico. Su brusquedad, su carácter instantáneo, están en relación con lo que nosotros sabemos de los fenómenos del gran choque anafiláctico. Pero no se han contentado con estas analogías bastante groseras, y se han reunido un conjunto de argumentos en favor de esta manera de ver. Buscaino, en un estudio aparecido en 1915, ha señalado cuidadosamente el paralelo, después de los trabajos de numerosos autores, de los accidentes del choque anafiláctico y los de la eplépsia, y demuestra en muchos de estos accidentes, su similitud: caída, sacudidas clínicas, emisión de orina, polipnea, cianosis, leucopenia, disminución del complemento, aumento del índice antitríptico, etc.

Sería de desear que fuesen siempre idénticos los trabajos reunidos para su comparación por el Dr. Buscaino; pero hay aún puntos importantes, para los cuales falta la analogía, la presión sanguínea, por ejemplo, muy rebajada en el choque anafiláctico y que parece habitualmente muy elevada en la crisis epléptica; pero en fin, en el conjunto se puede admitir una cierta superposición.

Esta demostración no parece, entre tanto, muy perentoria. Que haya ciertos fenómenos de choque en el momento de la crisis epiléptica, eso no debe sorprendernos: pero lo que sabemos hoy sobre la frecuencia de estos fenómenos de choque en general, impide hacer conclusión *ipso facto*, de su presencia

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

en la naturaleza anafiláctica, de los accidentes observados. Por otra parte, si la gran crisis epiléptica puede soportar la comparación con los episodios del choque anafiláctico, no sucede lo mismo con los accidentes del pequeño mal; vértigos, ausencias, etc., que son tan "epilépticos" como la gran crisis convulsiva; pues parece que en estas manifestaciones del pequeño mal no se encuentran más analogías con el choque anafiláctico señalado en el momento de las grandes crisis.

Se puede, pues, concluir que la crisis de epilépsia no es una pura crisis anafiláctica, superponible a aquella que se ve sobrevenir en el animal preparado que acaba de recibir una inyección desencadenante. Las múltiples manifestaciones paroxísticas del mal comicial, tan exteriotipadas en su expresión clínica, pero tan diferentes en su origen, no pueden ser identificadas con los fenómenos del choque anafiláctico.

Eso no quiere decir que las manifestaciones de la epilépsia no tengan nunca nada que ver con los fenómenos de coloidoclasia o de orden anafiláctico, pero las relaciones que ellas pueden presentar con una sensibilización del organismo frente a las sustancias extrañas, parecen ser del mismo orden que aquellas que se ven manifestarse en el asma o la urticaria, donde como lo han demostrado Widal, Abrami y Brissaud, hay precedencia de los fenómenos vásculo-sanguíneos, o propiamente hablando, anafilácticos, frente a las reacciones clínicas.

En ciertos epilépticos se puede poner en evidencia hechos de este género, y yo he publicado con el Dr. Lieutand la observación de un epiléptico en el cual la adición en la comida de un alimento rico en productos ternarios, el chocolate, era suficiente para desencadenar violentas crisis hemoclásicas, seguidas de crisis epilépticas. Yo no he conseguido encontrar de nuevo una sensibilización análoga en otros enfermos, pero algunos hechos puestos en evidencia por la literatura, son del mismo orden, por ejemplo la observación de una niñita, publicada por Klaus y Van den Stricht que tenía crisis de eplépsia todas las veces que ella comía dulces y no las tenía en otras ocasiones.

¿Qué relación podría, pues, haber entre la introducción en el organismo de un producto por el cual un sujeto presenta una sensibilización especial y la crisis neuro-vascular que se traduce en el paroxismo epiléptico? Probablemente, existe en el organismo una relación del tipo de aquélla, ya que una lesión local, sirviendo de punto de partida, puede manifestarse en seguida a una reacción, de antígeno-anticuerpo, haciéndose en un punto cualquiera, pero sobre todo en el medio humoral sanguíneo. Experiencias muy interesantes debidas al Dr. Auer, ayudan a comprender en todas las cuestiones de anafilaxia clínica, el mecanismo posible de la seriación de los fenómenos.

El Dr. Auer ha realizado la experiencia siguiente: pone en estado de anafilaxia para el suero de caballo, por una inyección de

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

una pequeña dosis de este suero, dos grupos de conejos. Cuando la sensibilización está realizada, uno de los grupos de animales recibe una nueva inyección de suero de caballo, suficiente para producir un fenómeno de choque anafiláctico, e insuficiente para ocasionarle la muerte o accidentes muy graves. Después, los animales de los dos grupos son sometidos a una irritación cutánea de la oreja, realizada por una fricción con xilol. Los animales que han sufrido el choque anafiláctico tienen una gangrena en la oreja. Los conejos testigos, no tienen sino un poco de irritación local, con edema pasajero .

Esta experiencia permite comprender cómo el asmático, portador de una lesión esclerosa o tuberculosa del pulmón, puede a continuación de un fenómeno de orden anafiláctico alimenticio, experimentar localmente un conjunto de reacciones vasculares y tisulares, que serán la causa de la crisis de asma. Por analogía, ella permite aceptar, a título provisorio e hipotético, una interpretación análoga para el epiléptico, en el que una mínima esclerosis meningo-cortical puede ser el punto de localización de fenómenos circulatorios, a continuación de procesos de coloidoclasia de orden muy diverso.

El estudio de los hechos ha mostrado, en efecto, que el asma reconoce muy a menudo una patogenia de orden anafiláctico, pero que las sensibilizaciones son muy variables: de orden alimenticio, respiratorio, microbiano, etc.

Si, como es posible, una parte importante de los hechos del mal comicial resulta de una patogenia del mismo orden, es menester también encontrar etiologías múltiples en los fenómenos de sensibilización. Los estudios y observaciones clínicas a este respecto, mostrarán si el elemento tóxico indiscutible y muy a menudo de origen alimenticio de la epilépsia, es realmente de orden coloido-clásico y anafiláctico.

Se encuentra en el dominio de la terapéutica de la epilépsia, un cierto número de hechos que aportan algunos argumentos interesantes para aproximar los conceptos que acabamos de bosquejar.

No hablo de la terapéutica medicamentosa de la epilépsia. Se sabe que ella se ha enriquecido con agentes de una potencia notable como la *feniletilmalonglurea* (luminal o gardenal). Pero estos agentes quedan exclusivamente como medicamentos que detienen los accidentes del mal comicial, que reaparecen desde que se cesa de emplearlos.

Independiente de esta terapéutica medicamentosa, se ha aplicado desde hace mucho tiempo a los epilépticos, tratamientos muy diversos, cuya acción largo tiempo incomprensible, hoy aparece como aplicaciones de la proteinoterapia.

Muchos de estos ensayos han sido emprendidos después de constataciones empíricas, hechas en epilépticos, cuyas crisis sufrían una disminución o una desaparición temporal, con motivo de un tratamiento intercurrente (vacunación antirábica, inyección de sueros variados, de tuberculinas, etc.) o después

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

de una enfermedad, una mordedura de serpiente, etc. Muchas de estas tentativas han dado resultados siempre inconstantes, pero muchas veces muy interesantes. Es así que el Dr. J. Croket ha visto casos de epilépsia con ataques muy frecuentes, transformados por la tuberculinoterapia; que Spengler (de Filadelfia) ha empleado, en grande, las inyecciones de crotalina, observando efectos a veces sorprendentes. Calmette y Merzie también han registrado modificaciones importantes.

En estos últimos años, otros ensayos se han intentado por la proteinoterapia, propiamente dicha.

Bouché y Hustin, agregados a la Universidad de Bruselas, han aplicado a los epilépticos una terapéutica análoga, consistente en inyecciones repetidas de crotalina o de suero de caballo, obteniendo una atenuación y un alejamiento considerable de los accesos.

Edgeworth (de Bristol) ha publicado los resultados que había obtenido por inyección a los epilépticos por la vía intravenosa, de muy pequeñas dosis de peptona. Sus ensayos han sido hechos en 23 sujetos. En tres casos de epilépsia post-hemiplégica no se obtuvo ningún resultado. En 11 casos de epilépsia esencial que databan de 10 años, con un promedio de un acceso por semana, no se obtuvo sino un resultado insignificante o nulo. En 9 casos análogos, al contrario, los accesos cesaron completamente y en algunos, hacía varios meses.

En Alemania, el Dr. Dollken (de Leipzig) aplicó a los epilépticos la proteinoterapia por las inyecciones de leche, tan en boga en ese país y declara haber obtenido resultados animadores.

Hay, pues, un conjunto de hechos, antiguos y modernos, que muestran que las manifestaciones del mal comicial son influenciables por los métodos que resultan más o menos de proteinoterapia.

Si se vinculan estos hechos con la influencia benéfica que tienen la mayor parte de las enfermedades febriles sobre las crisis de epilépsia, se refuerza la idea, que hay en la epilépsia un elemento humoral muy importante, sobre el cual ya se actúa por el régimen alimenticio, y sobre el cual se debe llegar a actuar, de manera mucho más regular, por las técnicas de la proteinoterapia.

Actualmente, esta se hace todavía un poco a ciegas, por tanteos y con procedimientos ciertamente muy groseros. Muchos de esos, se ha visto, han dado resultados interesantes. Entre tanto, ciertos métodos de la proteinoterapia no parecen aplicables a los epilépticos. Es así que la auto-hemoterapia en las manos del Dr. Sicard, no ha dado sino fracasos.

Aquí como para otros estados mórbidos poderosamente influenciables por la proteinoterapia, los métodos están por reglarse, pero la vía abierta merece que se le siga.

Nos parece inútil aumentar las dimensiones de este artículo, demasiado largo ya, con comentarios detallados. Se ha vis-

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

to la orientación actual de los hechos y de las ideas, en esta muy difícil cuestión de la epilépsia. Ellos tienden a quitar al elemento nervioso celular, el papel esencial de la producción de los paroxismos del mal comicial, regulado por un juego de carga y descarga, muy hipotético, y que se ha comparado, a menudo, con aquel de las botellas de Leyden.

Más que una enfermedad del sistema nervioso, la epilépsia llamada esencial sería en esta concepción, una enfermedad de orden humoral a la manera de la jaqueca y de la gota.

Provisoria todavía esta hipétesis, tiene el mérito de suscitar investigaciones patogénicas y terapéuticas, cuyo desenvolvimiento será interesante seguir.

Prensa Médica Americana

DIAGNOSTICO Y TIPOS CLINICOS DE LA SALPINGITIS BLENORRAGICA. — Desde 1872, siete años antes del descubrimiento del gonococo por Neisser, había comprobado Noeggerath la importancia clínica de la blenorragia femenina y señalado su evolución ascendente. La blenorragia en la mujer conduce casi fatalmente a la peritonitis. En las jóvenes recién infestadas, la menstruación se hace profusa acompañada de dismenorrea y leucorrea; después les sobrevienen dolores intensos en ambos anexos, viéndose pronto obligadas a guardar cama, quedan incapacitadas por varios meses y estériles e inválidas por el resto de su vida.

Noeggerath concluye: 1º que la blenorragia del hombre y de la mujer subsisten toda la vida, aunque haya curación aparente; 2º que la forma latente existe tanto en la mujer como en el hombre; 3º que en ambos sexos la gonorrea latente puede provocar un ataque agudo; 4º en la mujer la forma latente se manifiesta en el tiempo por brotes agudos, crónicos o recurrentes; 5º las viudas de los gonocócicos son por regla general estériles.

Estas conclusiones están conformes con los hechos observados después y mucho se ha trabajado para prevenir y curar esta infección.

El gonococo es esencialmente un parásito de las mucosas, que penetra sus epitelios intactos. La infección es siempre ascendente. Depositado en la vulva o el cuello de la matriz el gonococo, adelanta hacia arriba, deteniéndose en el orificio interno que le sirve de barrera temporal, vencida en uno de los próximos períodos menstruales, luego invade el endometrio, las trompas y, por último, el peritoneo y los ovarios.

El gonococo anula rápidamente la capacidad para la concepción por obliteración de las trompas, en cambio la función endocrina del ovario, alcanzada en último lugar con alteraciones de ordinario superficiales, persiste.

La demostración del gonococo en las secreciones genitales, establece la evidencia de esta infección. En los casos recientes, es fácil; en los crónicos, ofrece invencibles dificultades. Los métodos propuestos para esta comprobación: examen de partículas coloreadas, cultivos, la prueba del complemento y de la vacunación, han dado a los prácticos más notables, resultados insuficientes.

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

El método de Niesser adoptado por H. Schmitz (*Surgery, Gynecologie and Obstetrics,* Noviembre 1922) consiste en raspar la uretra con una cucharilla esterilizada; hacer igual cosa con el ondocervix; esprimir los conductos de las glándulas de Bartolin, si sus estomas presentan las máculas de Saenger y someter todos estos productos, previamente coloreados, al microscopio. Si procediendo de esta manera no se encuentra el gonococo, el diagnóstico se fundará únicamente en la historia de la enferma. Muy sospechable de esta causalidad son las infecciones genitales ascendentes desarrolladas en mujer antes sana, durante el primer año de matrimonio.

El gonococo depositado en una mucosa, atraviesa su epitelio aunque se halle intacto, pero se detiene al nivel del tejido conjuntivo cuya profundidad nunca alcanza. Por esta razón la infección gonocócica es siempre un proceso superficial, el compromiso de las glándulas mucosas se localiza igualmente en la superficie de sus conductos excretores.

Las salpingitis gonocócicas alteran en general rápidamente estos órganos, inutilizándolos; pero después de un primer ataque las lesiones pueden retroceder y restablecerse la capacidad funcional de las trompas si la infección se trata debidamente por el hielo, reposo, etc. Cuando esto se consigue, debe curarse en seguida escrupulosamente los focos iniciales de la uretra, la vulva y el cuello, hasta obtener la desaparición del pus y del gonococo. Si no se aniquila los focos superficiales, no tardarán en presentarse nuevos brotes salpingeos que arruinarán definitivamente esos delicados órganos.

Otro peligro de las salpingitis son las infecciones mixtas por adición al gonococo de gérmenes venidos del intestino. El proceso se convierte en subagudo, con brotes febriles irregulares, se extiende al peritoneo pelviano, o por su prolongación lleva a la enferma a la caquexia. Si esta complicación no cede después de un período racional de espectación, la intervención quirúrgica es la sola prababilidad de alivio y curación.

En estos casos no basta la salpingectomía, debe hacerse una panhisterectomía conservando en lo posible los ovarios para evitar la menopausia quirúrgica tempestuosa, que se presentaría seguramente si se extirpan los ovarios en estas mujeres jóvenes. No debe preocuparnos en estos casos que la operación suprima definitivamente las posibilidades de una concepción ulterior, pues la esterilidad es casi fatal, en las mujeres que han sufrido doble salpingitis. Conservar la función endocrina del ovario es el desideratum.

Las grandes colecciones de pus acumuladas en el Douglass, se drenarán por colpotomía, con alivio definitivo en el 65 por ciento de los casos.

En los casos de infecciones mixtas recurrentes, que ceden al método expectante. la operación se hará en frío, por lo menos tres semanas después de la caída de la temperatura. En los casos que parezca, bastan hacer la salpinguectomía incluyendo su porción intramural. Debe tratarse de conservar uno o ambos ovarios, manteniendo cuidadosamente sus relaciones vasculares, pero ovarios quísticos, con abceso o profundamente hundidos en densas adherencias, necesitan extirpación.

Por lo que respecta al útero, la histerectomía total es imperativa, pues, el cuello se halla siempre enfermo. — *Dr Bello.*

INYECCIONES INTRA-CARDIACAS Y RESURECCION. — Los heridos de la gran guerra que sufrían de fuertes hemorragias, han venido a demostrar la intolerancia de estos estados para la anestesia raquídea. En cambio, la soportan perfectamente, previa transfusión sanguínea (700 a 1,200 c. c.), hecho que se puede interpretar en el sentido de que el colapso producido por la anestesia espinal se debe al descenso de todo el sistema vascular por replesión de las arterias y venas de la región anestesiada. La relajación muscular que experimenta la casi totalidad del cuerpo con esta anestesia, anularía el tono muscular que

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

es necesario para el impulso del sistema venoso; y de aquí, el obstáculo del sistema de retorno.

Fundándose en estos hechos Denis Crile, (*"Surgery, Gynecology and Obstetrics"*, Diciembre 1922), ha seguido a George Crile, empleando en cinco casos la adrenalina por aplicación intracardiaca, con éxito en tres de los cinco casos.

El autor, junto con otros que sobre el caso han tratado ya, recomienda el empleo de la inyección intraventricular de adrenalina, a la dosis de 1 c. c. de la solución al milésimo, sin que este procedimiento anule, desde luego, los demás procedimientos recomendados para provocar la respiración. Se recomienda también el uso de agujas largas así como la aspiración, previa a la inyección, para cerciorarse del lugar en que se encuentra la aguja antes de la inyección. — *Dr. Roe.*

RESULTADOS DE LA OPERATORIA POR CANCER DE LABIO, EN EL HOSPITAL GENERAL DE MASACHUSETTS DESDE 1919 A 1919. — De los 187 casos examinados por Channing Simons y E. Daland (*"Surgery, Gynecology and Obstetrics"*. — Dic. 1922), de cáncer de labio, hacen la siguiente división:

Recurrencia por operación previa	15
Inoperables	5
Rehusaron la operación	4
Operación radical	122
Operación paliativa	41
Total	187

En cuanto a la etiología de la enfermedad, nada nuevo puede agregarse a lo conocido.

El cáncer de labio, se desarrolla con verdadera frecuencia en el hombre (dos mujeres en la estadística de los autores); y la edad más propicia para el desarrollo de esta neoplasía, fluctúa entre los treinta y cinco y ochenta años.

Las grietas del labio, la keratosis, seborrea, leucoplasia, suelen preceder a estas neoformaciones malignas. En cien enfermos de esta estadística se encuentra el vicio del tabaco, incluyendo seis masticadores. Parece que en donde la proporción es mayor es en los fumadores en pipa.

Los resultados de la operación general en los 122 operados se conocen en 103, siendo 68 por ciento el porcentaje de curaciones que datan ya de más de tres años, sin recidiva.

Los autores entienden por operación radical, la extirpación del tumor y la limpieza profunda de los ganglios cervicales de uno ú otro lado, o de ambos a la vez, según que el epitelioma se halle situado en el centro, lateralizado o tenga una extensión muy amplia.

El porcentaje de curaciones en los casos en que se demostró una metastasis cancerosa en los ganglios extirpados, ha sido menor que en aquellos en que no se demostró esta metastasis.

La operación paliativa comprende la escisión únicamente de la neoplasia, sin extirpación de ganglios. Se practica lo mismo en casos precancerosos que en aquellos en los que el epitelioma tiene una gran extensión y requiere alguna otra operación plástica. El 60,6 por ciento es el resultado curativo de los precánceres, según resulta de la observación de tres años posteriores a la intervención.

En cuanto a los casos avanzados que contra-indicaban la operación radical, la técnica del método paliativo proporcionó mediocres resultados. — *Dr. Roe.*

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

Sociedad Peruana de Cirugía

Acta de la sesión del miércoles 31 de mayo de 1922

Abierta la sesión a las 7 y 30 p. m., con el quorum reglamentario, fueron leídas y aprobadas las actas de la sesión científica y de la sesión ordinaria del 26 del presente.

El doctor Carvallo, a propósito del asunto de que trataba el acta, presentó una mujer que había operado 7 años antes, de obstrucción intestinal, y que presenta su ano contra natura, en perfectas condiciones.

La causa de la obstrucción era una Fibrosis perimetro rectal.

El doctor Bello, dice que conocía el caso, y lo juzgó muy interesante.

Aprovechó la oportunidad para llamar la atención sobre la peritonización en las histerectomías y la constipación tenaz que sigue a heridas operatorias.

Otra circunstancia que hay que tener también presente en las histerectomías subtotales, es que el muñón, cuando no ha podido precisarse la naturaleza del tumor, continúa en tumor maligno, fibrosarcoma, y produce fenómenos de estrangulación por compresión del recto. Por esa razón,él, teniendo en cuenta recidivas que suelen sobrevenir, se ha decidido a hacer operaciones totales.

El doctor Palma, se refiere también a un caso operado por él, de ano contra natura, en una enferma con cáncer uterino propagado. Enferma que vivió dos años con dicho ano, muriendo de caquexia cancerosa.

El doctor Graña, se ocupa de la obstrucción en los niños, cuya causa es, generalmente, la invaginación, y por lo tanto el tratamiento debe ser laparotomía mediana para buscar el asa invaginada.

Ha operado últimamente dos casos con éxito.

ORDEN DEL DIA:—

El doctor Carvallo, se ocupó de un interesante caso de arteria polar inferior.

Describe amplimente la sintomatología que ha ido presentando la enferma desde 5 años antes que él la viera, y cuando eran otros colegas que la medicinaban.

Comenzó con dispepsia, vómitos, indigestiones dolorosas, en la región del estómago; después sobrevienen dolores al vientre en la parte derecha e inferior. Luego se presentan cólicos renales y la orina disminuye en cantidad. Conjuntamente, descubre el médico tratante una tumuración que es dolorosa.

Las crisis van aumentando hasta convertirse casi en crisis menstruales, pero sin relación con la menstruación. Entonces otro médico hace el diagnóstico de ptosis renal; estatuye el régimen apropiado y las crisis dolorosas retardan su aparición. Pero como no desaparecen, aconsejó un tratamiento quirúrgico y la mandó donde el doctor Carvallo. Este tuvo oportunidad de constatar todos los síntomas antes descritos, pero encontró la masa renal inmóvil. La exploración de la función renal no demostró nada anormal. La Constante de Ambard es normal; no hay albúmina: el exámen bacteriológico del sedimento de la orina no descubre gérmenes; la orina es clara.

El doctor Carvallo la pone en observación y no acepta el diagnóstico de ptosis renal antes formulado; asiste a una crisis dolorosa y constata un aumento en la tumuración renal. Como el dolor continuase, se hizo la intervención quirúrgica.

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

Hecha la lumbotomía, se descubrió un gran riñón de tipo fetal. La pelvis renal estaba muy dilatada; es decir, había una hidronefrosis del tamaño de una naranja; y al seguir la exploración, se ve que en el trayecto del uréter se presenta bruscamente algo anormal en el punto que éste se desprende de la pelvis, y que es un vaso renal anormal, que estrangula al uréter y viene a insertarse en la cara anterior del rinon cerca del polo inferior; se dirige hacia la aorta.

Recordando en ese momento haber leído en los anales de las Clínicas Quirúrgicas de Chicago, un trabajo del Profesor Eisendrath sobre el particular, seccionó el vaso entre dos ligaduras, y entonces la hidronefrosis se redujo por completo.

El hecho de la arteria polar inferior, en el fondo no tendría importancia, si este asunto no hubiera suscitado en el seno de las sociedades quirúrgicas discusiones sobre estos vasos y su papel patogeno, a tal punto que actualmente no está del todo dilucidada esta cuestión. Hay cirujanos que niegan todo papel patógeno a los vasos anormales del riñón. Hay una gran parte que les asignan rol patogeno siempre que ellos se presentan, y hay un tercer grupo que, en concepto del doctor Carvallo están en la razón, que les asignan papel patogeno, sólo en determinados casos, siempre que puedan ser demostrados.

En el caso presente, sólo durante la operación se ha comprobado el papel de este vaso.

Se practicó la simple sección del vaso anormal, con ligadura de los dos cabos y la herida operatoria fué cerrada sin drenaje.

Las primeras 24 horas las pasó bien. Después el estado general se descompuso presentándose pulso pequeño y frecuente, palidez de la cara, náuseas y vómitos, dolor, fiebre de 37° y medio a 38°. Así permaneció ocho días, tiempo durante el cual los síntomas amenguaron. En un examen de sangre no se encontró el hematozoario, pero sí una enorme hiperleucocitosis con polinucleosis.

Hay tumuración difusa con caracteres de contener líquido. Se punzó esta tumuración y se sacó sangre en vías de transformación purulenta. Con anestesia local se hizo un desbridamiento.

Seis días después se presentó orina por la herida. Se hizo un cateterismo de los uréteres, que demostró que por el lado izquierdo salía orina normal, mientras que del derecho no venía orina; toda se vertía en la gran bolsa del hematoma antedicho. Las investigaciones practicadas demostraron que no había gérmenes ácidoresistentes.

Así estuvo algún tiempo y como no se conseguía la cicatrización de la fístula urinaria, se hizo una nueva operación y se encontró en la cara anterior de la pelvis renal una perforación de un centímetro de diámetro en comunicación con la gran bolsa del hematoma.

En vista de que el estado de los tejidos no permitía sutura, resolvió hacer una nefrectomía secundaria y subcapsular. Examinado después el riñón, no presenta nada anormal, no hay lesión que explique la presencia de la hidronefrosis.

Es decir, en este caso no ha habido lesión renal preexistente. Tampoco ha habido estrechez congénita del uréter, porque hay que recordar que en nuestra enferma los síntomas morbosos se presentaron sólo hace cinco años.

El doctor Pazos Varela, considera muy interesante el caso presentado por el doctor Carvallo y entra en una serie de importantes consideraciones sobre las arterias renales, llamando quirúrgicas a las superiores y patológicas a las que van al polo inferior.

Las primeras son verdaderos escollos durante la operación, porque hay que respetarlas; pues su herida da lugar a un infarto, toda vez que las arterias renales son terminales. Y no solamente esto, sino que si son desgarradas, creyendo que son simples adherencias, pueden sobrevenir hemorragias que pueden evolucionar asépticamente e infectarse.

Las arterias polares inferiores son las llamadas patológicas por las complicaciones que a veces traen.

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

En su práctica urológica, el doctor Pazos se ha encontrado varias veces, con arterias polares; pero ninguna vez las cosas han pasado como en el caso en discusión.

Cree que ligando en estos casos el uréter e injertándolo en la pelvis renal no puede sobrevenir ni el infarto con sus desagradables consecuencias, ni las tan temibles hemorragias. Solo que se defeccionen las suturas.

El doctor Carvallo, explica, luego, detalladamente, con diferentes figuras que hace en la pizarra, y después de haber examinado detenidamente el riñón, la manera cómo se ha producido la escara en la cara anterior de la pelvis renal; escara que al desprenderse ha producido la entrada de la orina en el saco del hematoma y las otras complicaciones antes expuestas.

Recalca que la presencia de la perforación en la cara anterior de la pelvis renal no tiene más significación que la acción constrictiva del vaso anormal que ha llegado a producir lesiones de mortificación en ese punto; y termina diciendo que sólo de este modo se puede explicar la presencia de esa fístula.

En seguida se levantó la sesión.

Acta de la sesión del miércoles 14 de Junio de 1922

Abierta la sesión a las 7 y 35 p. m., bajo la presidencia del doctor Graña, fué leída y aprobada el acta de la anterior sesión. (No hubo despacho ni pedidos).

ORDEN DEL DIA: —

El doctor Latorre, se ocupa de desarrollar su trabajo sobre "Implantación anormal del apéndice cecal".

Refiere que se trata de un individuo fuerte, de 25 años de edad, sin antecedentes morbosos, que fué atacado repentinamente de un cólico de intensidad moderada, con punto más intenso en la parte superior de la fosa ilíaca derecha y que avanzaba hacia todo el vientre, según expresión del enfermo.

Cuando lo vió el doctor Latorre tres días después, seguía con dolor intenso en la fosa ilíaca derecha, *pero alto,* que se prolongaba hacia el lado izquierdo, en dirección del colón transverso. El estado general del paciente era de gravedad. Tenía 37º 8 y 90 pulsaciones; y vientre ligeramente meteorizado con defensa muscular, pero sin hiperestesia.

Se diagnosticó apendicitis. Se hizo la incisión de Roux: se encontró el ciego y el punto de conjunción de las tres bandas musculares, y no se halló el apéndice. Prolongando la incisión se vió una tumuración difusa, el epíplon con un plastrón de adherencias y carnificado en un sitio. Se resecó éste, se exteriorizó luego el epíplon y se presentó un filamento tubular con implantación en el intestino grueso, en el colón transverso, a tres traveces de dedo del ángulo hepático que fué resecado desde su base. Hecho el examen se comprobó una materia dura en su interior, que el doctor Zevallos comprobó que era un cálculo estercoráceo.

El doctor Carvallo, cree que se trata de un inflamación del divertículo de Meckel.

Los doctores *Carvallo, Morrison, Palma, Graña y Delgado,* hacen diferentes preguntas, que el doctor Latorre se esmera en contestar.

En seguida el doctor *Carvallo* presenta y entrega para el museo de la Sociedad de Cirugía un ejemplar de la mosca *"Sarcófaga carnaria".*

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

Acta de la sesión del 19 de Julio de 1922

SESION ORDINARIA: —

Abierta la sesión a las 7 y 30 p. m., con asistencia de los doctores Bello, Graña, Mimbela, Campodónico, Pazos Varela, Gastañeta, Palma, Quesada, Aspiazú, Manchego, Latorre, Delgado y Dammert, fué leída y aprobada sin observación el acta de la anterior. — Se pasó a la

ORDEN DEL DIA: —

El doctor Pazos Varela, presenta una historia clínica de un prostático operado por él últimamente, y que considera conveniente ocuparse de él a causa de las discusiones a que dió lugar tratándose de las pruebas de la permeabilidad renal del sujeto. Dice que lo importante en Cirugía prostática es conocer perfectamente el estado renal del paciente antes de la operación. Dice que para apreciar la permeabilidad renal se hace el análisis de orina y el examen de las sustancias que él es capaz de eliminar. Aduce poderosas razones en contra de la prueba de la concentración fortuita máxima y en consecuencia lo califica como mal método para conocer la permeabilidad renal, y, por lo tanto, no simpatiza con el método Mac Lean, que para obtener la concentración máxima da al paciente una determinada cantidad de urea; ni tampoco con el método de la Escuela francesa, que consiste en alimentarlo únicamente por 3 o 4 días con coágulos de leche, pues aunque reconoce la base científica de este último método, aparte someter al enfermo al martirio de la sed, no puede servir en los casos urgentes.

Para el doctor Pazos, concentración de úrea eliminada en un momento dado y cantidad de agua eliminada en un tiempo determinado por el riñón, si se les considera separadamente, no tienen gran valor; pero si se sigue la idea que concibió Ambard de juntarlas y establecer el coeficiente, entonces sí tiene gran valor y satisface realmente las exigencias científicas, sobre todo, cuando se controla sus resultados con la poliuria experimental.

Después de considerar como buenos los casos que varían entre o'068 y o'120, dice que los que pasan de o'120, son casos que hay que mirar con cuidado, porque están expuestos a la uremia.

Hace resaltar la importancia de no operar enfermos que tengan más de un gramo de úrea en la sangre.

Volviendo al Coeficiente de Mac Lean, dice que aunque se puede hacer en cuatro horas, no es riguroso, ni exacto, ni da garantías cuando se trata de hacer una operación; que es bueno en clínica médica, pero no satisface en cirugía. Y que la historia de que trata, demuestra que ha operado con éxito un caso por tener buena Constante de Ambard, y que, sin embargo, tenía mal Coeficiente de Mac Lean.

De paso expresa que tanto este enfermo como otro que operó anteriomente, tenían taquicardia que llegaba a 120 y que sólo cesó con la extirpación del adenoma.

El doctor Mimbela, felicita al doctor Pazos y hace algunas preguntas sobre anestesia parasacra, que el doctor Manchego, invitado por el doctor Pazos, absuelve, invitando al doctor Mimbela a presenciar una de dichas anestesias.

Acta de la sesión del miércoles 9 de Agosto de 1922

Con asistencia de los doctores Bello, Graña, Sosa, Pazos Varela, Carvallo, Dammert, Aspiazú, Palma, Busalleu y Latorre, se abrió la sesión a las 7 y 30 p. m. Fué leída y aprobada sin observaciones el acta de la anterior sesión.

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

DESPACHO: —

En el despacho se dió cuenta de una propuesta suscrita por los doctores Morales Macedo, Bello y Graña, para que la Sociedad nombre como socio correspondiente al doctor José Arce, eminente cirujano argentino. — A la orden del día.

Nada en la estación de PEDIDOS.

ORDEN DEL DIA: —

En discusión la anterior solicitud, el señor *Presidente* dijo que la personalidad del doctor Arce hacía que su aceptación como miembro de nuestra Sociedad, no fuese sino aumentar el prestigio de la propia institución.

Sometida a votación la elección del doctor Arce, el doctor *Latorre* pidió que se haga por aclamación. — El doctor *Palma* pide que los miembros de la Sociedad se pongan de pie. — Así se hizo y la propuesta fué aprobada por aclamación.

Por impedimento del doctor *Carvallo,* no pudo presentar su trabajo: "Osteoide del ovario", que estaba a la orden del día.

El doctor Sosa Artola, dice que aunque no ha preparado nada, puede conversar sobre un procedimiento mixto de anestesia, que se puede designar con el nombre de "Hipnoanalgesia" y que es a base de infiltración regional ayudado por la exageración de un sueño, de la hipnosis que se puede conseguir por una fórmula y que no es una invención sino que viene a ser la exageración de las inyecciones sedantes que se pueden poner antes de toda narcosis con el objeto de preparar al enfermo.

En seguida hace un elogio de la labor del doctor Francisco Graña en lo que se refiere a anestesia, a quien considera como su director espiritual. También se refiere a un Interno de su servicio en el Hospital de Bellavista, señor Quiroz, que presentó últimamente una tesis sobre "Metroanestesia", cuya técnica está hoy ya muy simplificada; pues sólo hay que inyectar la solución en los cuatro puntos cardinales.

Pero la preparación de esta metroanestesia debe ser precedida, según Pauchet de una inyección de escopolamina-morfina, qu evita los reflejos y facilita la técnica operatoria.

"Yo, — dice el doctor Sosa, — he llegado a una fórmula:

Escopolamina	o'001
Heroína	o'015
Esparteína	o'020
Agua	2 cc.

y la entrego en ampolletas para que sea usada por los miembros de la Sociedad de Cirugía que lo deseen, para que después de algunos meses nos reunamos aquí de nuevo para conversar sobre la experiencia de cada uno de nosotros"

Para usarla, se pone un centímetro cúbico a una hora determinada; ésta es la dosis que él llama "universal"; media hora después se pone medio centímetro cúbico, y si aún la enferma lo requiere, después de otra media hora se pone el último medio centímetro cúbico que queda.

La escopolamina es un alcaloide misterioso que produce embriaguez.

Ha hecho varias histerectomías vaginales, colporrafías, etc., no sólo en la práctica hospitalaria sino en la civil.

En seguida enumera todas las ventajas de este método de anestesia sobre la narcosis en general, y dice que si queda una ligera cianosis de la cara, hoy ya no le da importancia; y confiado en la esparteína que contiene su solución, espera solamente que después de 6 a 8 horas la enferma despierte en las mejores condiciones físicas y síquicas.

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

Esto respecto a las operaciones ginecológicas. Por lo que hace al parto, su aplicación varía. La analgesia en el parto es muy difícil, porque para conseguirla de un modo absoluto se necesita dosis superiores a las empleadas en operaciones ginecológicas. La razón es que, mientras en ginecología se hace inyección e infiltración, en el parto no se hace infiltración.

Dice que si se consigue la supresión del dolor, únicamente con la dosis de una ampolleta, el éxito no se hará esperar; pero si se depasa, se comprende perfectamente que se puede llegar a la toxicidad con todas sus consecuencias desagradables. En el parto, después de la primera inyección "universal", de un centímetro cúbico, se espera 60 minutos en vez de 30 para la segunda y para la tercera. Estas dos últimas deben estar acompañadas de una inyección de pituitrina; pues todo analgésico disminuye la contracción de la fibra muscular uterina. No acepta la expresión del útero por los inconvenientes que puede traer.

Y sostiene que si las contracciones del útero son poderosas, si la integridad del cuello es normal, si el parto es el de una mujer en condiciones anatómicas perfectas, se puede conseguir un éxito satisfactorio.

Señala luego los casos que considera como contraindicados y dice que en un 60 o 70 por ciento, se puede obtener resultado provechoso; aunque no llegue a conseguirse la analgesia absoluta en el momento del desembarazo; de todos modos debe vulgarizarse un procedimiento que trae alivio a los martirios del parto.

Termina confiando en que las discusiones posteriores nos acercarán a la verdad .

El doctor Sosa fué muy aplaudido, y el señor *Presidente* considera el asunto de gran interés y que será aún mayor el día que se sumen las observaciones hechas por los miembros de la Sociedad de Cirugía.

El doctor Busalleu, hace un importante resumen de la analgesia en el parto; felicita al doctor Sosa, pues dice que ha usado su inyección en ginecología, con los mejores resultados, y respecto a la acción en el parto, cree que hay que someterla al criterio de una observación más amplia.

Simpatiza con la inyección de escopolamina morfina en el parto, pero ayudada en el período de expulsión por el cloroformo a la Reina, el éter o el gas risueño.

El doctor Sosa, se felicita de las indicaciones que ha hecho el competente profesional doctor Busalleu, y dice que está de acuerdo con él.

El doctor Graña, después de explicar su actuación cerca del doctor Sosa en el Hospital de Guadalupe, donde juntos hicieron muchas anestesias precedidas de inyección de escopolamina morfina, considera que el problema tiene dos fases:

1º — Su empleo en cirugía general.

2º — En la anestesia en el parto.

Hace un interesante resumen de los estudios de Crile, y después dice que quiere solamente hacer dos indicaciones:

1º — Que debe ponerse la escopolamina en dosis fraccionadas, comenzándose por un tercio de milígramo, dada su toxicidad y su facilísima eliminación;

2º — ¿No se podría intentar hacer una infiltración del cuello uterino en el período de dilatación?

Por lo demás, dice, cree que en cuestiones de anestesia hay que procurar estadísticas sobre muchísimos casos.

El doctor Sosa Artola, contesta al doctor Graña, en el sentido de que él procuró hacer la infiltración del cuello en dos casos, con mal resultado, pero que en otros casos se puede hacer y como no ha sido muy ensayado, puede ser que dé buenos resultados.

En seguida se levantó la sesión.

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

Acta de la sesión del miércoles 13 de Setiembre de 1922

Abierta la sesión a las 7 y 20 p. m., con el quorum reglamentario, fué leída y aprobada el acta de la anterior sesión con una aclaración del doctor Graña, en el sentido de que él propuso que la primera inyección fuese de 1|3 de miligramo de escopolamina en vez de 1|2 miligramo que aconseja el doctor Sosa .

ORDEN DEL DIA: —

El señor Presidente, dice que, según los estatutos, corresponde al doctor Aljovín sucederlo en el cargo de Presidente de la Sociedad Peruana de Cirujía, declaración que fué recibida con aplausos; pero que hay que elegir los demás miembros de la Junta Directiva.

El doctor Gastaneta, propone que la presidencia corresponde al más antiguo, y que Vice-Presidente sea el que le va a suceder en el próximo año.

El doctor Graña, dice que habría que reformar los estatutos de la Sociedad, para poder aceptar ésto.

El señor Presidente, manifiesta que se va a proceder a la elección. Escrutadores fueron los doctores Palma y Quesada. Se procedió a elegir 1º y 2º vicepresidentes y obtuvieron la mayoría de votos:

el doctor *Pazos Varela,* para 1º.
el doctor *Carlos Villarán, para 2 .*

El Presidente proclamó, en consecuencia, a los doctores Ricardo Pazos Varela y Carlos Villarán como 1º y 2º vicepresidentes.

En seguida se hizo la elección de Secretario y Pro-Secretario, obteniendo el doctor Dammert la mayoría de votos para Secretario; y el doctor Palma para Pro-Secretario.

En consecuencia, fueron proclamados los doctores Dammert y Palma, Secretario y Pro-Secretario, respectivamente, de la Sociedad.

Luego se procedio a la elección de Tesorero, resultado elegido el doctor Campodónico, que fué proclamado inmediatamente .

En seguida se levantó la sesión.

Prensa Médica Española

DIVERTICULOS INTESTINALES Y DIVERTICULOPATIAS. — De un interesante trabajo del Dr. Fidel Fernández Martínez, de Granada, aparecido en *"Los Progresos de la Clínica"* de Madrid, hacemos el siguiente extracto:

El divertículo de Meckel es un apéndice en forma de fondo de saco, que se encuentra algunas veces en la parte inferior del íleon, un poco por encima de la válvula ileocecal. Morfológicamente se trata de un resto del canal ónfalomesentérico.

Augier, que ha examinado 200 cadáveres (137 hombres y 63 mujeres), lo ha encontrado seis veces (cuatro hombres y dos mujeres). Una estadística inglesa citada por Testut, encuentra 17 divertículos en 779 sujetos; otro trabajo de Kelinack cita cuatro casos en 298 autopsias. Puede calcularse, pues que el divertículo de Meckel existe en el 2 por 100 de los individuos.

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

El divertículo de Meckel puede inflamarse, como el apéndice, y dar lugar a un cuadro clínico conocido con el nombre de *diverticulitis*.

Picqué y Guilleminot, en su Comunicación al Congreso Francés de Cirugía (1897), fueron los primeros que se ocuparon de la supuración del divertículo de Meckel. En 1899 reunió Blanc 19 observaciones, y Cahier, en 1906, recopiló 36. Forgue y Riche, en su Tratado de Cirugía (1907), ha hecho un estudio muy acabado de la cuestión y han llegado a recoger 59 observaciones completas.

La frecuencia de la diverticulitis no puede ser grande, puesto que el divertículo sólo existe en el 2 por 100 de los individuos. Prefiere el sexo masculino y la edad adulta, según Loeper y Esmonet, o la juventud, según Forgue.

La patogenia de las diverticulitis puede condensarse en una infección, que alguna vez es de origen sanguíneo, pero que *casi siempre es de origen intestinal*, y que siempre repercute rápida, nérgica y extensamente sobre el perítoneo.

El divertículo inflamado aparece tumefacto, con la extremidad dilatada y las paredes espesadas; hay sufusiones hemorrágicas en su espesor, y, a veces, abcesos microscópicos. Histológicamente hay foliculitis, perifoliculitis y linfangitis.

Cuando la virulencia de los gérmenes es muy exagerada o cuando la infección está favorecida por la torsión o estrangulación del divertículo, por cuerpos extraños, etc., suele venir la gangrena, y, con o sin ella, es frecuente la perforación única o múltiple, que suele tener lugar en el vértice; rara vez en la base.

En las formas subagudas o crónicas el peritoneo forma una serie de capas adhesivas, que enquistan el divertículo, quedando todo reducido a una peritonitis enquistada; es decir, a una pericliverticulitis. La perforación da lugar, entonces, a un abceso circunscrito. Pero en las formas agudas, cuando el trabajo de defensa no se ha establecido, la perforación o la gangrena dan lugar a una rápida peritonitis aguda, generalizada, mortal.

El comienzo es brusco y repentino, sorprendiendo al individuo en plena salud. Se inicia con un dolor súbito, intenso, que suele localizarse en la fosa íliaca derecha y se confunde con el típico de la apendicitis. Vienen después algunos vómitos y, finalmente, una absoluta paralización intestinal, con detención de heces y de gases. Muchas veces el dolor es sordo y progresivo, y casi siempre radica en un punto muy próximo al de Mac_Burney, con el que se confunde a una observación superficial. Sin embargo, en la mayoría de los casos, está más próximo al ombligo y a la vejiga, que el dolor de la apendicitis. Se acompaña de náuseas y de vómitos y da lugar a ligeras elevaciones febriles. La palpación no permite, al principio, percibir ningún detalle, porque lo impide la defensa muscular; al cabo de cuatro o cinco días se puede tactar un plastrón como el de la apendicitis.

En otros casos más graves la enfermedad toma rápidamente un carácter muy serio: las facies se hace peritoneal, el pulso pequeño y rápido, contrastando con temperaturas poco elevadas; los vómitos son precoces y abundantes; el vientre abombado o retraído y la defensa muscular enorme.

Los casos correspondientes al primer grupo pueden resolverse espontáneamente, a poco que se ayude con un tratamiento adecuado. Los del segundo, si no se intervienen muy precozmente, suelen conducir a peritonitis generalizadas mortales.

Para los efectos de la descripción didáctica pueden admitirse otras formas clínicas, a más de la *mediana* y *grave* que quedan señaladas. Hay una *diverticulitis catarral aguda* (parietal o simple de Forgue) que suele pasar desapercibida, porque se traduce por estado gástrico con inapetencia y pocos vómitos, ligera elevación térmica con taquicardia; defensa muscular; un poco de dolor abdominal vago que se exaspera por la presión, y se localiza un poco alrededor del punto de Mac_Burney. La *diverticulitis aguda con peritonitis enquistada*, tiene síntomas más mar_

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

cados, fiebre más intensa, vómitos frecuentes, detención pasajera de heces y de gases y un foco de peritonitis localizada en los alrededores del ombligo. Sin embargo, la parálisis intestinal no suele ser completa; en cambio la fiebre sube hasta 39°. y el pulso a 110 o 120.

Casos mucho más graves son aquellos que se complican con *perforación y peritonitis generalizada*, con todos los síntomas inherentes a esta última; o en que, sin previa perforación, se produce una peritonitis séptica típica, con colapso e hipotermia.

La *diverculitis crónica* se confunde, como todas las anteriores, con la apendicitis, sobre todo cuando adopta formas de recaídas, tan frecuentes en esta última enfermedad. Puede terminar por una perforación, al cabo de más o menos ataques, o dar lugar — que es lo más frecuente — a una serie de adherencias que mantienen un estado anormal llamado "de divertículo fijo" por Forgue, caracterizado por pequeños accidentes parecidos a los de la diverculitis catarral y producidos por una inflamación crónica y poco séptica del divertículo, que está cubierto de cicatrices, de adherencias, y suele contener pus.

El pronóstico de la enfermedad siempre es grave, aún tratándose de las formas ligeras, por la gran influencia que ejerce precozmente sobre el perítoneo y sobre las asas intestinales. De todos modos, puede considerarse relativamente benigno en las formas catarrales, serio en las sépticas localizadas y gravísimo en las peritoníticas generalizadas.

El diagnóstico clínico es muy difícil, porque no hay ningún signo característico, ni ninguno que lo distinga de la apendicitis. El ánimo se inclina siempre hacia esta última: el médico no suele acordarse de que existe el divertículo de Meckel, y la diverculitis resulta casi siempre un hallazgo de laparotomía o de autopsia. Contribuye, además, a esta equivocación la rareza del órgano, que sólo se encuentra en el 2 por 100 de los individuos. Pueden, en cambio, inducirnos a pensar en él, la existencia de fístulas umbilicales congénitas o de tumores adenoideos diverticulares, así como la localización del punto doloroso inicial o máximo, que se encuentra más cerca del ombligo que de la espina ílíaca, y más cerca de la vejiga que de la misma espina.

En las formas catarrales hay que distinguir el embarazo gástrico. Ello no suele ser difícil después de una exploración abdominal que deja percibir una zona extragástrica, infra-umbilical, ligeramente dolorosa. Entonces el ánimo se dirige a la apendicitis, y esta distinción, como hemos dicho, es muy difícil.

En formas algo más graves hay que evitar la confusión con la oclusión intestinal, y esto es tanto más difícil, cuanto que la diverculitis se acompaña de fenómenos de íleoparalítico o dinámico.

El tratamiento varía en las distintas formas. Para las catarrales benignas, y por analogía con lo que ocurre con las apendicitis, nosotros tenemos gran afición a la diatermia. Sesiones diarias, de treinta a cuarenta minutos, con placa amplia (20|20 centímetros) en la región lumbosacra y placa más pequeña, (12|12) en la diverticular; haciendo pasar de dos y medio a tres amperios, con las precauciones de rigor, y repetidas durante treinta o cuarenta días, suelen dar buena cuenta del proceso, si no ha habido adherencias peritoneales, cicatrices, etc., etc. Hay que añadir, como es consiguiente, reposo del enfermo y plan de alimentación sano, sin olvidar las substancias alimenticias o lubrificantes (tipos derivados de parafina), que mantienen la exoneración diaria y suficiente. El opio, el hielo, etc., etc., son recursos ineficaces, paliativos y de efecto temporal, al que no se debe acudir en ningún caso, salvo aquellos en que sea completamente imposible la diatermia, si el caso es leve, o la intervención, si es grave.

La resección del divertículo es, desde luego, el tratamiento más eficaz, el único radical, seguro y de resultados tranquilizadores. En los casos crónicos, debe operarse en frío; en los agudos, y dados los peligros de gangrena, perforación y peritonitis, creemos que debe, igualmente, practicarse la intervención, aún cuando los resultados no sean tan brillantes como cuando se practica en épocas de latencia sintomática.

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

Además del divertículo de Meckel, pueden darse en el intestino otras disposiciones análogas, formadas durante la vida del individuo y debidas a causas diferentes (dinámicas, estructurales, quirúrgicas, etcétera), que en nada se parecen a las que presiden la formación de aquella disposición congénita.

Entre ellas hay una formación diverticular muy interesante de las últimas porciones del intestino, constituída por una hernia de la mucosa a través de las mallas de la capa muscular. Estas formaciones, de las que apenas se ha hecho mención hasta hace pocos años, existen a todo lo largo del intestino y son, a veces, tan numerosas, que algún autor (Hansemann), ha llegado a contar 400 en un solo individuo. Su sitio de predilección es el colon, y, sobre todo, el asa sigmoidea, y son pequeños, como cabezas de alfiler, o algo más voluminosos, esféricos o alargados, escalonados en las paredes intestinales, o sobre el borde del mesocolon, a lo largo de los vasos sanguíneos y, sobre todo, de las venas.

El mecanismo de su producción ha sido objeto de algunas controversias. Sudoncky y Schreiber admiten una aplasia congénita o adquirida de la túnica musculosa; Klebs invoca el mecanismo de la tracción como para los del esófago, atribuyendo la depresión de la mucosa, que se insinúa en forma de hernia entre la musculosa, a la distensión hiperhémica del sistema venoso; Hansemann, Grasser y Telling comparten este criterio. Modernamente Grath admite la asociación de múltiples circunstancias: insuficiencia de la túnica muscular en los puntos de entrada y salida de los vasos; aumento de presión intra-intestinal por extreñimiento o por éxtasis; disposición congénita que favorece la hernia de la mucosa entre las mallas musculares.

Los divertículos del colon han sido considerados como mera curiosidad anatómica hasta los trabajos de Mayo, Wilson y Giffin, en 1905. A partir de esta fecha, en efecto, se visto que si estas formaciones permanecen casi siempre latentes, pueden, en ocasiones, ser asiento de accidentes inflamatorios (diverticulitis y peridiverticulitis); pueden servir de pretexto a neoformaciones de tipo canceroso y son responsables de un gran número de colitis y de sigmoiditis agudas y crónicas, catarrales, ulcerosas o gangrenosas, que aparecen atribuídas a factores etiológicos diversos y son, sin embargo, exclusivamente dependientes de las formaciones que estudiamos.

La tendencia moderna a considerar como diverticulitis, la mayor parte de los procesos intestinales que hoy se incluyen en los cuadros de las colitis y de las sigmoiditis, les dan valor extraordinario.

Nuestros actuales conocimientos sobre diverticulitis se fundan, sobre todo en los trabajos de Maxwell Telling (1908), que reunió 105 observaciones, de las que 63 se acompañaban de síntomas clínicos y de Mayo (1907), que recogió 42 casos de resección intestinal por diverculitis.

Desde el punto de vista etiológico es innegable el papel de la distensión gaseosa del intestino y del estreñimiento; discutiéndose el de los cuerpos extraños y concreciones estercorales.

Parecen más frecuentes en el hombre que en la mujer y más en el adulto que en el viejo. Su localización preferente es el asa sigmoidea; con menos frecuencia se les ve en el recto, colon transverso, colon ascendente, ángulo hepático y ciego.

La sintomatología clínica de las diverticulitis, es la de una apendicitis localizada en el lado izquierdo del vientre.

Hay casos, naturalmente excepcionales en que los signos dolorosos se refieren al colon ascendente, al ángulo hepático, etc., etc. Casi siempre hay, además, signos de peritonitis localizada, obstrucción intestinal y tumor doloroso con gran estreñimiento. En la mayoría de los casos, el enfermo ofrece una tumuración dolorosa de la fosa íliaca izquierda, que desaparece a los pocos días, para recidivar con frecuencia. Cada ataque se acompaña de fiebre, estreñimiento, dificultad para expulsión de gases, dolor espontáneo y provocado en un punto análogo al

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

de Mac_Burney, pero colocado a la izquierda del vientre; defensa muscular, leucocitosis y tumor doloroso, palpable, de bordes difíciles de precisar, con todos los caracteres, en suma, de un plastrón peritoneal. La enfermedad evoluciona en pocos días y cura espontáneamente, pero ofrece una tendencia a la recidiva mayor que en las apendicitis. Tal es la llamada *diverticulitis simple o circunscrita,* o bien *diverticulitis aguda con peridiverticulitis localizada.*

Hay, al lado de esta forma, otra más frecuente aún, de *diverticulitis latente.* El sujeto sufre una o varias crisis abdominales que se califican de colitis aguda o de sigmoiditis y que evolucionan como tales. La diverticulitis constituye un hallazgo de autopsia, de laparotomía o de exploración radiológica.

Al cabo de uno o varios ataques de diverticulitis aguda, rara vez inicialmente, puede aparecer una *diverticulitis con peridiverticulitis supurada.* El ataque se prolonga, la fiebre se eleva y toma tipo supuratorio, el plastrón peritoneal aumenta y se extiende el dolor y la defensa se acentúan, la obstrucción paralítica del intestino se hace absoluta, la leucocitosis sube a proporciones elevadas y se constituye un absceso peridiverticular, que se abre en la piel o en la vejiga y da lugar a fístulas enterocutáneas o enterovesicales. Alguna vez la infección ha penetrado entre las dos láminas del mesocolon para producir una mesocolitis aguda o crónica (Graser). En ocasiones contadas, la perforación del absceso ha dado lugar a una peritonitis generalizada.

La *diverticulitis crónica* constituye un tumor voluminoso que puede confundirse con el cáncer o con la tuberculosis de la S íliaca, por que se acompaña de una peridiverticulitis que le da volumen tumoral. Suele confundirse, cuando no con el cáncer o la tuberculosis, con la sigmoiditis crónica y constituye un hallazgo de autopsia o de intervención quirúrgica.

Estos casos crónicos suelen dar lugar a hiperplasias, a acodaduras y a adherencias, que producen un síndrome de *diverticulitis estenosante hiperplásica,* productora de pertinaces obstrucciones intestinales. Como, por otra parte, la diverticulitis y el cáncer coexisten con frecuencia, resulta casi imposible establecer el diagnóstico diferencial, sobre todo en sujetos algo obesos; tanto más, cuanto que la diverticulitis crónica se acompaña de adenopatías inflamatorias que se confunden con las neoplásicas.

Dice Mayo que el 30 por 100 de los cánceres intestinales se desarrolla sobre divertículos inflamados, y que en la historia de casi todos los cancerosos se encuentran fenómenos imputables a la diverticulitis.

De todos modos, hay un hecho indudable: *ante un proceso inflamatorio, doloroso, agudo, de fosa íliaca izquierda, hay que pensar en diverticulitis a la par que en sigmoiditis o en colitis; ante una tumuración crónica con obstrucción se impone la misma idea, al mismo tiempo que la de cáncer o tuberculosis.*

El diagnóstico clínico de las diverticulitis agudas y crónicas, se funda, sobre todo, en los signos de apendicitis que se localizan en la fosa íliaca izquierda, y la confusión más frecuente es con la colitis y con la sigmoiditis. Mayo cree que la mayor parte de los enfermos que se incluyen dentro de estos grupos nosográficos padecen verdaderas diverticulitis. El dolor, la fiebre, la reacción local y general del peritoneo y la obstrucción intestinal, así como la palpación de un plastrón tumoral doloroso, son signos directos de la enfermedad. El examen coprológico y hematológico, la rectosigmoidoscopia y la radiografía deciden, casi siempre, el diagnóstico diferencial. No hay que olvidar, sin embargo, que las posibilidades de error son numerosas. Un cirujano tan experimentado como Mayo, ha hecho un diagnóstico de cáncer inoperable en un enfermo que después ha resultado con una simple diverticulitis.

El tratamiento de la enfermedad es esencialmente quirúrgico; pero como se trata nada menos que de una resección intestinal, hay que esperar a que la indicación operatoria sea obsoluta.

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

Hay también divertículos en el intestino delgado que la exploración sistemática del tubo digestivo con los rayos X ha permitido demostrar. Antes de que la radiología se aplicara a la clínica con tanta frecuencia como hoy, se conocían algunos casos, hallado en autopsias, pero su número era inferior a 100, antes de 1912.

En un trabajo muy interesante y muy reciente sobre la materia, Case resume los resultados de la exploración radiológica de 6.847 intestinos, entre los que se ha encontrado 85 divertículos de duodeno, cuatro de yeyuno y uno de íleon. La frecuencia del divertículo de intestino delgado es muy discutida. Según el autor citado, que parece ser el que con más detenimiento ha estudiado esta cuestión, habría uno por cada 28 intsetinos delgados y dos por cada 100 colons. Generalmente el divertículo es único, pero puede haber dos, cuatro o más. El tamaño varía desde el de un guisante al de un huevo de gallina, y la posición también es variable. En la estadística de Cornell, el divertículo asentaba dos veces en la primera porción del duodeno; siete en la segunda y seis en la tercera. En la Case hay 17 en la primera, 49 en la segunda y 19 en la tercera. El sexo no parece tener influencia; no así la edad, puesto que casi todos los casos conocidos radican en adultos o viejos y rara vez en niños.

Generalmente contienen jugo intestinal. Alguna vez cálculos biliares. La comida opaca se retiene en ellos mucho tiempo y el vaciamiento suele ser extraordinariamente perezoso.

En la mayor parte de las veces, la presencia de la diverticulosis intestinal delgada pasa completamente desapercibida, y es un hallazgo de exploración roentgenológica o de autopsia; pero en ocasiones, estos divertículos pueden inflamarse, dando lugar a síntomas muy confusos y tan mal conocidos que no pueden prestarse a una descripción de conjunto. Wilkie cree que muchas veces hay relación muy marcada entre estos divertículos y las alteraciones crónicas del páncreas y vías biliares, y refiere un caso en que el colédoco desembocaba en uno de ellos y había éxtasis biliar, a pesar de no poderse encontrar obstrucción intrínseca del conducto. Akerlund supone que el divertículo duodenal, cuando llega a adquirir cierto tamaño, produce la retensión del contenido duodenal, sufriendo una diverticulitis catarral de intensidad variable y una dilatación secundaria de la ampolla de Vater, con insuficiencia del esfínter de Oddi. A consecuencia de esta insuficiencia las materias sépticas que contiene el duodeno penetran en la ampolla y en los conductos colectores pancreáticos y biliares.

En otro caso de Baeur, un divertículo duodenal se llenaba de quimo y comprimía el duodeno, como el divertículo esofágico, al llenarse, comprime el esófago. Ello dió lugar á un síndrome de litación de estómago con vómitos incoercibles, que determinó la muerte del paciente, a pesar de la gastroenterostomía.

El diagnóstico de la diverticulosis depende, exclusivamente, de los rayos X, y debe ser esmeradamente practicado en todos los casos de enfermedades supuestas del duodeno, vías biliares o páncreas.

Una vez visto un divertículo, hay que averiguar el grado de retención que le acompaña, es decir, el tiempo que permanece la mezcla opaca en su interior.

Aconseja Case tratar los divertículos dando tres veces al día, una vez por semana, cuatro gramos de sulfato de bario, para mantenerlo repleto y evitar que se llene de substancias sépticas del duodeno. Este tratamiento, como es natural, surte efectos completamente nulos. La extirpación se impone cuando, una vez hecha la laparotomía, por exigirlo así la sintomatología biliar, pancreática o duodenal del enfermo, nos encontramos con un divertículo. Fuera de estos casos, la abertura quirúrgica del vientre, hecha con el fin exclusivo de extirpar un divertículo, no puede aconsejarse más que en casos de indudable relación de causa o

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

efecto entre la presencia del divertículo y la sintomatología grave y peligrosa del enfermo.

Noticias

EN LA FACULTAD DE MEDICINA. — Conforme a la ley se ha elegido para dirigir los destinos de esa Facultad, en el período 1923-27, la siguiente mesa directiva:

Decano: — Dr. Guillermo Gastañeta (R).
Subdecano: — Dr. Carlos Villarán.
Secretario: — Dr. Manuel A. Velásquez (R).

EN LA FACULTAD DE CIENCIAS. — El Dr. Wenceslao F. Molina ha sido elegido decano de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Lima.

EN LA UNIVERSIDAD DE LIMA. — Por unanimidad de votos ha sido reelecto Rector de la Universidad el Dr. Manuel V. Villarán.

ANIVERSARIO DE LA MUERTE DEL DOCTOR ERNESTO ODRIOZOLA. — Se ha conmemorado el segundo aniversario de la muerte del Dr. Ernesto Odriozola, el 16 de este mes.

Por sus relevantes méritos personales, por su labor docente en la Facultad de Medicina, donde desempeñó importantes cátedras y ocupó el cargo de decano, el doctor Odriozola ha dejado una grato recuerdo fruto del afecto que inspiró toda su obra universitaria.

Maestro de un gran corazón, médico de un gran talento y escritor famoso, tales fueron, en breves palabras, las características de este catedrático de la Universidad de San Marcos, que dió lustre a la medicina patria, á nuestra vieja institución docente, y que debe ser considerado como el prototipo del profesor austero, que siempre debe recordar la juventud que necesita inspirarse en las doctrinas del más puro intelectualismo y de la más acabada ética profesional.

Bibliografía

MANUAL DE PATOLOGIA INTERNA, por el Dr. J. Collet. — Traducido de la última edición francesa por el Dr. F. Corominas. — *Hijos de J. Espasa, editores.* — Barcelona 1922.

La obra del profesor Collet de Lyon está muy acreditada. De ella han aparecido varias ediciones en francés y algunas traducciones españolas.

Por la claridad de las descripciones y el orden didáctico que posee, es un tratado que goza de los favores de los estudiantes y llena satisfactoriamente los fines que se propuso su autor al confeccionarlo.

De la última traducción sólo ha aparecido el primer tomo, que está consagrado a las enfermedades del sistema nervioso, del aparato digestivo y de sus anexos y del aparato urinario. Todos los capítulos están modernizados y en ellos se han consignado los últimos adelantos que se han conseguido en el conocimiento de las dolencias que en ellos se presentan.

Como es costumbre de la casa editora *J. Espasa* de Barcelona, el libro está correctamente impreso, y forma parte de la *Biblioteca Médico-quirúrgica* que publica la famosa empresa editorial.

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

Síndrome de Addison con hipertonía vagosimpática

Lección clínica

Por el Dr. MAX. GONZALES OLAECHEA
Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina

Las afecciones de las glándulas de secreción interna, es asunto de palpitante actualidad. Los estudios que se hacen sobre su patogenia, las indagaciones que se realizan sobre su tratamiento, constituyen el campo de la novísima medicina. El caso que vamos a estudiar es un ejemplar de lesión endocrinógena, radicada en las cápsulas suprarenales.

He aquí la historia clínica:

B. S. de 47 años de edad, de raza mestiza, de estado civil casado, nacido en la provincia de Chancay, procedente de la ciudad de Huacho, y dedicado á la agricultura, ingresó al servicio "Ernesto Odriozola", ocupando la cama número 19, el 29 de Julio de 1922, correspondiéndole en el registro clínico de la sala, la historia clínica número 318.

Entre sus antecedentes hereditarios se encuentra: padre que padeció de trastornos de pigmentación cutánea y murió de afección al hígado; madre muerta por pulmonía. Han sido 10 hermanos, de los que seis han fallecido en la primera infancia.

El paciente ha tenido 11 hijos, 6 de los cuales fallecieron en la primera infancia.

Ha padecido de viruela, sarampión y "empachos", en la infancia. Ya en la edad adulta tuvo paludismo, y desde hace diez años, trastornos dispépsicos de tipo ácido, y algias, principalmente localizadas, en la cabeza. Niega enfermedades venéreas y es un alcoholista moderado. Refiere que varias veces ha presentado edema en la cara, localizado en el lado derecho, ocurrido sin causa aparente, y que después de dos días de duración, ha desaparecido de modo lento.

El principio de la enfermedad actual, hay que hacerlo remontar, según los relatos del paciente, á un año, más ó menos, época en la cual empezó á padecer de dolores localizados en la cabeza y en la cintura; por esta misma época persistían los trastornos dispépsicos de tipo ácido, y el enfermo refiere que comenzó a experimentar cansancio al menor esfuerzo (astenia), palpitaciones y aumento de la pigmentación de la cara y el cuello, que ha progresado en extensión. Junto con estos fenómenos tenía abundantes sudores nocturnos, que dejaban una sensación "melosa" en la piel; mareos; dolores terebrantes que recorrían las extremidades inferiores en toda su extensión y exceso de emotividad, pues, cualquier impresión le producía gran estrago en su psiquis.

El examen clínico descubrió lo siguiente:

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

Sujeto de desarrollo proporcionado, en actitud asténica, en regular estado de nutrición, con la facies lustrosa, con piel hiperpigmentada en la cara y en el cuello, y con una dermatosis polimorfa en las extremidades inferiores; su conformación general es buena, la talla mediana y el peso de 56 kilos.

Cráneo, braquicéfalo; cuero cabelludo, abundante y bien implantado; ojos con motilidad normal, conjuntivas ictéricas, pupilas isocóricas y visión disminuída desde hace un año; en la boca, los dientes están mal implantados, la infección dentaria es profusa, las piezas faltan en gran número, las encías están normles; el paladar oseo y membranoso, lo mismo que la faringe y las amígdalas no ofrecen particularidades. La olfación y la audición están algo disminuídas.

El cuello está bien conformado; el cuerpo tiroides no se palpa.

Torax bien conformado; la exploración de los pulmones descubre submacidés, aumento de las vibraciones transtoráxicas y respiración ruda en el vértice del pulmón izquierdo. El tipo respiratorio es costal superior, el número de respiraciones 18 al minuto; no hay tos, ni espectoración.

En el aparato circulatorio se encuentra: pulso bradicárdico, rítmico, latiendo 56 veces al minuto; la tensión arterial, medida con el aparato de Pachon, dió 15 como Máxima y 7 como Mínima; la presión diferencial es, por consiguiente, de 8. El corazón está normal. El reflejo óculo-cardiaco fué *positivo;* pues, la compresión ocular hizo disminuir la frecuencia del pulso, en 8 pulsaciones al minuto.

El abdomen tiene un aspecto general abovedado; ofrece ligera hiperestesia; es doloroso el punto de Roux; la percusión descubre ligero timpanismo. El hígado está de tamaño normal, lo mismo que el bazo.

No hay nada de particular en el aparato génito-urinario.

Igualmente, no hay nada de particular en el aparato locomotor. En las extremidades superiores el dinamómetro comprueba, después de cierto tiempo de compresión, disminución de la fuerza muscular.

En el sistema nervioso central, no se constata particularidad alguna. Hay insomnio.

Explorando el sistema nervioso vago-simpático, la inyección de un milígramo de sulfato de pilocarpina, produjo salivación y sudores abundantes; aumentó el número de pulsaciones y el reflejo óculocardíaco, de *positivo* que era, se tornó *negativo.*

La inyección subcutánea de un milígramo de cloruro de adrenalina, determinó opresión precordial, y aumento ligero del número de pulsaciones (de 56 se elevaron a 64). La inyección subdérmica de la misma sustancia, produjo una reacción de Goestch medianamente *positiva.*

La raya blanca de Sergent fué *negativa.*

La intradermo-reacción á la tuberculina, fué *positiva* á las 48 horas. La prueba proteopéxica y la glicosuria alimenticia, fueron negativas Sólo apareció ligera glucosuria, cuando se hizo la investigación después de inyectar un milígramo de adrenalina por vía hipodérmica.

Fué negativa la reacción de Wasserman en el suero sanguíneo.

El análisis de la sangre dió los siguientes datos:

4.150,000 hematíes. — 7.100 leucocitos.
Polinucleares neutrófilos: 63.1 %.
Id. acidófilos: 1.5 %.
Id. basófilos: 0.
Mononucleares: 14.9 %.
Linfocitos: 20.0 %.

Durante todo el tiempo de su hospitalización, no ha presentado reacción febril.

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

Entre los síntomas que acusa el enfermo, hay algunos preponderantes, tales son: la *astenia* muscular que hace un año comenzó a sufrir, y que se manifestaba por cansancio al menor ejercicio o esfuerzo; los dolores lumbares, trastornos gástricos, sudores, palpitaciones y emotividad exajerada; y las manchas brunas en la cara y el cuello. La *astenia,* aunque actualmente disminuída, con la terapéutica empleada, subsiste todavía; pues al apreciar la potencia de los músculos de los miembros superiores, con el dinamómetro, se observa que la fuerza muscular se agota con rapidez.

Por la enumeración de los síntomas anteriores, hay que pensar en la *Enfermedad de Addison,* síndrome que es un exponente de lesión en las *cápsulas suprarenales.*

Las mencionadas glándulas desempeñan en el organismo un rol importante, debido a los elementos celulares variados, que se encuentran en la sustancia cortical y en la sustancia medular.

La primera, con sus células de grasa fija, células de grasa labil o espongiocitos y células de protoplasma dicroico; contiene lecitina y colesterina, productos formados a sus expensas, que tendrían un papel defensivo antitóxico. La lecitina como principio lipóidico, neutralizaría ciertos venenos y entre ellos los productos del trabajo muscular, desempeñando así la corteza una verdadera función *miotónica,* tal es la opinión de muchos fisiólogos como Langlois y Abelous; el papel de la colesterina, según Chauffard y otros observadores, sería también defensivo, pues su tasa aumenta en la sangre, en el curso de las infecciones y diversos estados patológicos.

Las células de la sustancia medular tienen constitución distinta de las de la sustancia cortical, son *cromafinas* y segregan adrenalina, hormona que goza de acción *angiotónica,* ya directa sobre el corazón y los vasos, como lo prueban las experiencias, ya por intermedio del sistema nervioso simpático, del que es excitador.

La red nerviosa pericapsular, que está en conexión con el gran simpático, por una parte, y por otra, con algunas células nerviosas que existen en la sustancia medular, parece controlar la pigmentación normal de los tegumentos, en donde se hallan los filetes nerviosos de las células cromoblásticas de la piel.

Si estas son las funciones de las cápsulas suprarenales y plexos simpáticos que las rodean, no es difícil darse cuenta del por qué de ciertos síntomas, tales como: la astenia, e hipercromía; y si en nuestro enfermo la tensión arterial es normal y no hay taquicardia, ello, sin duda, es debido a que la sustancia medular sólo está afectada parcialmente; y, además, por que existe un factor neurotónico que modifica esta parte del cuadro morboso, como luego veremos.

En nuestro enfermo hay positivamente fenómenos anormales vagosimpáticos; pues es bradicárdico, tiene 56 pulsaciones al minuto, el reflejo óculo-cardiaco es positivo, las pulsaciones disminuyen a 48; la inyección de pilocarpina, que es exci-

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

tante del neumogástrico, produce salivación y sudores abundantes, aumentando el número de pulsaciones y el reflejo óculo-cardiaco de *positivo* que era anteriormente, se convierte en *negativo.*

La inyección subcutánea de adrenalina, que es excitante del simpático, le produce opresión precordial y aumento ligero en las pulsaciones, (pues ellas se elevan a 64); la misma sustancia intradérmica produce una reacción de Goestch, medianamente positiva.

Como se ve, hay signos de excitación de ambos sistemas; pues la bradicardia y el reflejo óculo-cardiaco positivo, manifiestan hiperexitabilidad del vago, y si la pilocarpina no la ha exagerado, ello es debido a que, también acusa hipertonía del simpático, como lo prueba el reflejo óculo-cardiaco negativo, después de la inyección de pilocarpina, y el resultado medianamente positivo obtenido después de la inyección de adrenalina subcutánea e intradérmica. Existe, pues, en nuestro enfermo, una *hipertronía total vago-simpática o neurotónica,* como la denomina Guillaume.

La emotividad exagerada, los sudores abundantes, los dolores erráticos y los trastornos gástricos que acusa el paciente, estarían en relación con la disfunción vago-simpática. Esta perturbación funcional no debe extrañarnos, pues, el enfermo, acusa, como se recordará, sensibilidad dolorosa marcada en el punto de Roux, que corresponde, precisamente, al ganglio semilunar derecho que forma parte del plexo solar y cuyo ganglio recibe el aza memorable de Wrisberg, que pertenece al neumogástrico del mismo lado.

No siempre el síndrome addisoniano sigue, como en nuestro enfermo, una marcha crónica; hay casos que tienen una evolución aguda; recordamos uno observado hace mucho tiempo, que como consecuencia de una infección, al parecer coli-bacilar presentó: astenia intensa, taquicardia, hipotensión, dolores lumbares y epigástricos, estado nauseoso permanente; pocos días después comenzaron a aparecerle manchas oscuras de forma irregular y de variadas dimensiones en la cara, cuello, torax y abdomen; el proceso evolucionó desde su iniciación hasta su término por la curación en 75 días.

No siempre se presenta hipercromia en la cavidad bucal; ella puede faltar, como en nuestro enfermo, que tiene su mucosa de coloración, normal, y aún puede estar ausente del todo en la piel; diversos observadores como Dieulafoy, Lanceraux, Carpentier y otros, peresentan casos de este género, que constituyen las formas *frustradas* de la enfermedad; estas formas son perfectamente explicables, recordando que la hiperpigmentación de los tegumentos, no depende de lesión del parénquima de las cápsulas, sino de alteración de los plexos nerviosos, que las rodean.

No debemos pasar adelante sin decir que nuestro caso no puede referirse ni a una Cirrosis hepática pigmentada de los

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

diabéticos, porque el hígado no está hipertrofiado; la célula hepática es suficiente como lo ha demostrado la prueba protopéxica de Widal, y la prueba de la glucosuria alimenticia, y aunque con esta última se ha encontrado trazas de glucosa en la orina, ello debe atribuirse a la acción de la adrenalina que se le inyectó en la tarde del día anterior á la prueba.

No puede tratarse de una *Cirrosis hipertrófica pigmentaria sin diabetes*, por la ausencia de las alteraciones hepáticas.

Ni de una *Cirrosis hepática hipertrófica* de origen palúdico, por hallarse el hígado indemne entre otras razones.

No hay por qué pensar en pigmentaciones parasitarias, ni tóxicas.

El síndrome de Addison puede producirse como una manifestación de la tuberculosis, sífilis, cáncer e infecciones diversas, localizadas en las cápsulas suprarenales. En nuestro enfermo la reacción de Wasserman es negativa y no acusa antecedentes específicos, no ha tenido ninguna infección aguda próxima a su afección, ni tiene signo alguno de neoplasia maligna; en cambio tiene reacción de Mantoux positiva y huellas de lesión esclerosa en el vértice del pulmón izquierdo, que no pueden referirse a otra cosa que a antigua localización tuberculosa; dada esta circunstancia, seguramente la lesión de las cápsulas suprarenales, tiene el mismo origen.

El enfermo debe ser sometido al uso de extracto de cápsulas suprarenales que ha comenzado a tomar y que lo han mejorado; tenemos fe en el tratamiento opoterápico, pues hemos visto mejorarse con su empleo a algunos pacientes y curarse a otros, como sucedió con aquel caso agudo que hemos hecho referencia y cuyo principal factor de curación fué la adrenalina empleada durante todo el tiempo de la enfermedad; en el caso actual la medicación opoterápica no puede ser única, es necesario emplear la tuberculina, que discretamente manejada puede tal vez contribuir a su curación.

Un caso interesante de tuberculosis renal

Por el Dr. ENRIQUE P. MANCHEGO

Cirujano asistente del Hospital "Dos de Mayo"

La presente relación clínica se refiere a un sujeto portador de tuberculosis renal incipiente, que fué diagnosticada, previo un completo estudio clínico de las funciones renales, por los medios más científicos que se disponen en la actualidad.

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

Tiene el caso gran importancia, porque la lesión, a pesar de ser insignificante, casi microscópica, fué diagnosticada con toda exactitud, mediante el doble cateterismo de los uréteres y porque suscitó amargas críticas, enderezadas contra el operador, por parte de quienes sólo se formaron un concepto ligero del asunto, mediante el simple examen macroscópico de la pieza extraída.

El caso es el siguiente:

Carlos Vizcarra, de 26 años, natural de Moquegua, de raza india, soltero, zapatero de profesión y procedente del Callao. Ingresa al hospital el 22 de Enero del año en curso.

Tiene padres vivos; padecen o han padecido de reumatismo. No tiene hijos, ni hermanos.

Los antecedentes patológicos personales, son abundantes. Ha tenido paludismo en repetidas ocasiones; viruela, sarampión, grippe y neumonia. Tuvo hace algún tiempo un chancro blando y también hemoptisis repetidas. En mayo de 1922 padeció de blenorragia y, hace justamente un año, que presentó hematuria total.

Estuvo hacen dos años y medio en el hospital, en el mismo servicio en que se encuentra hoy, sufriendo de una epididimitis doble, de naturaleza tuberculosa. Esta epididimitis se fistulizó y hubo necesidad de hacerle una extirpación doble de los epididímos. Permaneció hospitalizado cerca de dos meses y salió completamente curado.

Refiere el enfermo que en el mes de Marzo del año próximo pasado, con ocasión de abundantes livaciones alcohólicas, sintió grandes deseos de orinar, acompañados de cierta dificultad para emitir los orines, y de dolores en la uretra y cuello vesical. Vencida la dificultad con cierto esfuerzo, arrojó un voluminoso coágulo sanguíneo que fué seguido de gran cantidad de orina completamente teñida de sangre. En estas condiciones permaneció algunos días y como con el descanso y los remedios caseros que le propinaron se sintiera mejor, reanudó su vida corriente, sin darle al accidente mayor importancia.

Habían trascurrido seis meses, cuando aparecieron fuertes dolores en los lomos, especialmente en el lado izquierdo; dolores que se propagaron al área genital y a los miembros inferiores. Ultimamente, como los dolores aumentasen hasta el punto de hacerse insoportables, decidió acudir al hospital, ingresando al servicio de enfermedades de las vías urinarias, donde ocupó la cama N° 38 de la sala "San Andrés".

Exámen clínico. — La inspección general, estando el paciente en decúbito dorsal, muestra un sujeto adelgasado y pálido, por el sufrimiento y las hemorragias, en el cual, no obstante, se observan restos de una pasada fortaleza física.

El aparato genital muestra huellas de las operaciones pasadas y cierto endurecimiento y atrofia testiculares.

La próstata y las vesículas seminales ofrecen muy ligeras alteraciones, de consistencia y sensibilidad. No hay secreción uretral y la orina es uniformamente turbia. La vejiga tie-

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

ne su capacidad conservada y el examen cistoscópico demuestra ligera congestión del trígono. Los orificios ureterales son fácilmente visibles y sólo presentan muy ligeras alteraciones de coloración. En el fondo mismo de la vejiga y hacia el lado izquierdo, existe una úlcera, no muy profunda, cubierta con una capa blanquisca de pús y exudados. El cateterismo se verifica con gran facilidad.

La presión de los puntos renales demuestra dolorabilidad exquisita en los posteriores izquierdos y menos sensibilidad en los del lado derecho.

La palpación simple y la combinada, no permiten sentir ninguno de los dos riñones.

El examen de los demás aparatos, no presenta nada de particular; sólo hay ligera oscuridad en el vértice del pulmón derecho.

Examen de la función renal. — Constante de Ambard (4 Febrero 1923) Ur: 0,15. — C: 8,25. — D: 13,46. — P: 64 k. — Constante: 0,052.

Como este resultado no satisface o se presta a dudas, se hace otro, 8 días después, que da este resultado:

Ur: 0,25. — C: 9,13. — D: 23,2. — P: 65 k. — Constante: 0,064.

Con este resultado, que acusa una función global del riñón, muy vecina á la normal, se procede a hacer el estudio separado de ambos riñones.

Cateterismo ureteral. — En el estudio de la función renal, nosotros seguimos la escuela francesa, porque, según nuestro modo de pensar, — que por otra parte ha sido comprobado en cientos de casos—es la más científica y, por lo tanto, la más precisa.

El examen consiste en obtener durante cuatro medias horas seguidas, la orina que elimina cada riñón por separado. Durante la primera media hora, se recoje la orina sin someter el riñón a ningún exitante poliúrico (salvo el reflejo que en veces se produce por la presncia de la sonda en la pelvis renal). Al finalizar la primera media hora, se hace beber al enfermo 600 a 800 gramos de agua, que sirven para estudiar la manera cómo el riñón elimina este importante componente de la orina. La prueba se hace después de limpiar el intestino del paciente con un purgante; se verifica en ayunas y dura dos horas. De esta manera, con la *constante de Ambard* se averigua el estado de la función ureica global; con el agua, la poliuria experimental y con el examen químico comparado de las orinas eliminadas durante la primera media hora, la diferencia de trabajo entre ambos riñones.

Conocidos estos elementos, sólo queda por averiguar el rendimiento *(debit)* de cada riñón en urea y cloruros, que son, como se sabe, los elementos sólidos más importantes de la orina.

El *debit*, es el máximum de sustancia que el riñón puede eliminar en 24 horas, suponiendo que en un momento dado, el

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

riñón alcanza el máximum de su rendimiento. Este dato se obtiene multiplicando la mayor concentración encontrada en el estudio de las cuatro medias horas (lógicamente se tiene que encontrar en la primera), por la mayor cantidad de agua eliminada, (que generalmente aparece en la tercera).

El *debit* teórico encontrado, da una idea muy aproximada de la verdadera capacidad renal y sirve de guía para el diagnóstico de la tuberculosis renal o de la nefritis.

El resultado del cuidadoso examen de las orinas, fué el siguiente:

Riñón derecho. —

1ª ½ hora: 27 cc. — Urea: 6,36; cloruros: 13; albúmina: 0,40.

2ª ½ hora: 32 cc.
3ª ½ hora: 140 cc.
4ª ½ hora: 57 cc.

Sedimento: sales, células epiteliales, células renales y hematíes.

Riñón izquierdo. —

1ª ½ hora: 17 cc. — Urea: 2,90; cloruros: 9; trazos de albúmina.

2ª ½ hora: 30 cc.
3ª ½ hora: 60 cc.
4ª ½ hora: 19 cc.

Sedimento: sales, células epiteliales, células renales y hematíes.

Debit en urea del *riñón derecho:* 42 grs. 739.

Débit en úrea del *riñón izquierdo:* 8 gramos.

Debit en cloruros del *riñón derecho:* 87 gramos.

Débit en cloruros del *riñón izquierdo:* 25 gramos.

Debit de agua del riñón derecho: 6,720 cc.; del riñón izquierdo: 2,880 cc.

Según estos exámenes, salta a la vista la inferioridad de funcionamiento del riñón izquierdo que sólo puede dar un máximum de 8 gramos de úrea, contra 42 gramos eliminados por el riñón derecho, cantidad más que suficiente para mantener la vida.

Es de advertir que esta cifra de 42 gramos de úrea como *debit* del riñón derecho, probablemente no es la máxima; porque para saber esto habría que hacer la concentración máxima de los riñones en lugar de haber investigado, como lo hemos hecho simplemente, la concentración fortuita. Pero como para investigar la concentración máxima verdadera, se necesita seguir un procedimiento largo y fatigoso para el paciente, sólo recurrimos á ella en casos de verdadera necesidad. Por hoy nos basta con la cifra alcanzada (42 gramos), pues ella, como hemos dicho, es más que suficiente para asegurar la vida del sujeto.

La reacción de Wassermann, practicada en el sangre del enfermo que estudiamos, fué negativa. El tiempo de coagula-

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

ción sanguínea fué a los nueve minutos. La cutireacción con la tuberculina fué positiva.

Radiografía (practicada en el excelente gabinete del doctor Campodónico). — En las planchas radiográficas se nota, con absoluta claridad y nitidez, la sombra del riñón derecho, manifiestamente aumentado de volumen y con contornos perfectamente regulares. En el lado izquierdo la visión es menos clara.

En la parte inferior de la plancha, en un sitio que corresponde á la vejiga o a la desembocadura del ureter (lado derecho), se nota una sombra redondeada, que se interpretó como perteneciente a un pequeño cálculo. Nosotros negamos la existencia de cálculos, porque con el cistoscopio no se había visto y porque la sonda gruesa con que se hizo el cateterismo de ese lado, pasó con la mayor facilidad y sin tropezar con ningún obstáculo. Además, los cálculos ureterales, alojados cerca de la vejiga, producen siempre deformación del orificio ureteral y casi siempre disuria. La interpretación que se dió a la plancha fué la siguiente: hipertrofia compensatriz del riñón derecho; pequeño bolo fecal.

Esta hipertrofia explica perfectamente la normalidad de la constante de Ambard, a pesar del mal funcionamiento del riñón enfermo; pues es sabido que la hipertrofia compensatriz es lo único que la altera, acercándola a la normal.

Diagnóstico. — El caso presente es de un sujeto que tiene estigmas de tuberculosis, desde su infancia; comienza en su niñez con un ataque de viruela, que predispone enormemente a la tuberculosis; sigue con varias hemoptisis, reveladoras de un proceso tuberculoso del pulmón. Ya en la edad adulta, presenta un buen día núcleos indurados e indoloros en ambos epidídimos que después se convierten en abscesos fríos, que a su vez se fistulizan y requieren una operación radical.

Pocos años después, a consecuencia de una comida pantagruélica, en la que no escasearon las bebidas alcohólicas y las viandas irritantes, tiene una hematuria total, que se prolonga por varios días y se acompaña de fuertes dolores lumbares, especialmente en el lado izquierdo.

Todos estos antecedentes, acompañados de un minucioso examen clínico, facilitan un seguro diagnóstico.

Varias hematurias totales, con dolores renales, en sujeto francamente tuberculoso, a qué serán debidas? ¿A un cáncer, un tumor benigno de la pelvis, una nefritis hematúrica o una tuberculosis? Nada hay en el examen del enfermo, que induzca a sospechar siquiera que pueda tratarse de un cáncer o de un tumor benigno de la pelvis renal. En cambio, las dos últimas afecciones son probables.

El examen de las orinas separadas, extraídas por cateterismo ureteral, en las mismas circunstancias y en el mismo momento, para ambos riñones, demuestra, como hemos visto, una

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

marcada disminución en el funcionamiento del riñón izquierdo.

Sólo la tuberculosis, *per sé*, y la nefritis, pueden alterar en esta forma la función renal. El examen del sedimento muestra muy pocos elementos renales y una pequeña cantidad de albúmina, que bien puede ser debida a la presencia de hematíes en la orina por el traumatismo de la sonda. Sabemos, por otra parte, que en la nefritis hematúrica y en la tuberculosa, la albuminuria es constante y en regular cantidad.

Ahora bien, nefritis en un sujeto que no ha tenido sífilis, ni está en potencia de ninguna infección, ni tiene en su cuerpo un foco activo de tuberculosis suceptible de producirla? Nefritis, nó; tuberculosis, sí.

Sólo faltó hacer la inoculación de las orinas, para buscar los bacilos de Koch. Prescindimos de este medio de examen, porque debíamos obrar rápidamente por los sufrimientos del enfermo, instituyendo un tratamiento causal, y porque, en nuestro concepto, las cosas estaban demasiado claras para buscar más claridad. El exceso de luz produce en veces confusión.

Hecho, pues, a firme, el diagnóstico de tuberculosis renal izquierda, y conociendo el buen funcionamiento del riñón opuesto, procedí a la operación radical.

Operación. — El día 18 de Febrero del año en curso y ayudado por el doctor Julio Delgado, procedí a hacer la nefrectomía, previa anestesia raquídea a la novocaína-estricnina.

Exteriorizado el riñón, mediante la técnica corriente de la nefrectomía lumbar, se pudo contemplar con asombro, un riñón con todas las apariencias de riñón sano. Queriendo aún cerciorarnos, — porque debemos confesarlo, la duda se apoderó por un momento de nosotros, — abrimos el riñón de polo a polo y pudimos contemplar, más admirados aún, que en ninguna parte había huellas de tuberculosis. ¡Momento de incertidumbre y duda!..... Mas, venció en nuestro espíritu la confianza que teníamos en el examen y en la suficiencia de los medios empleados para hacerlo, y sacamos el riñón, guiados por la luz de la seguridad, aunque en medio del silencio desaprobatorio de todos los presentes, que se admiraban, seguramente, de tanta precipitación y audacia.

La operación duró de 20 a 25 minutos y el enfermo salió de la mesa de operaciones, como salió 15 días después del hospital, en perfectas condiciones.

El examen macroscópico de la pieza extraída, sólo permitió apreciar un ligero aumento de la consistencia en algunos puntos del órgano, uno de los cuales fué cortado cuidadosamente, para el examen microscópico.

El certificado de esta examen, enviado a la sala 8 días después de la operación, fué éste: células gigantes y bacilos de Koch; folículo tuberculoso. — Diagnóstico: *tuberculosis renal.*

El enfermo que salió del hospital 15 días después de la operación, con su herida completamente cerrada, ha regresado

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

hacen 10 días, con la cicatriz reblandecida en algunos puntos y al abrirlos han dejado salir una pequeña cantidad de pús fluído y blanco; pús *tuberculoso*.

Posteriormente he sabido que en el laboratorio del Hospital "Dos de Mayo" y antes de hacer el examen microscópico del riñón, se criticó duramente mi conducta por haber extraído un riñón sano; efectos de la precipitación y de la inexperiencia!

Así como en la naturaleza hay luminosidades que ciegan por el exceso de luz; y en la vida social, intensas conmociones que matan para crear; en el ejercicio diario de nuestra profesión precipitaciones hay que salvan vidas y en cambio prudencias y temores que encadenan las energías del alma y la condenan á la incertidumbre, la inacción y la quietud perpétuas.

Algunas fiebres de corta duración

Por Sir P. W. BASSETT-SMITH
Cirujano Almirante de la Marina inglesa

Traducido especialmente para "La Crónica Médica", por Oscar Guzmán y del Villar

Desde el comienzo de la guerra se ha publicado mucho respecto a estas fiebres de corta duración, fiebres que se han descrito con los nombres de fiebre de un día, de tres días, de cinco días, de siete días y de catorce días. No se necesita insistir mucho para comprender que estas designaciones de tiempo en la nomenclatura de las enfermedades, no son científicas y, a menudo, extraviadas; igualmente lo son los nombres geográficos, tales como la fiebre de Malta y el botón de Oriente, enfermedad la primera que se encuentra extendida en todo el mundo, y la segunda que también existe en América.

Generalmente se conoce con el nombre de fiebre de un día una febrícula benigna, debida á un cambio de clima o a algún trastorno intestinal. Fiebre de tres días es el término con que a veces se le llama a la fiebre flebotomus. A la fiebre de las trincheras se le llama también fiebre de cinco días. La fiebre de seis o siete días no es a menudo sino el dengue o alguna de sus variedades cercanas, cuyos síntomas han sido modificados por las condiciones locales. Esta multiplicidad de términos conduce a confusiones, que, repetidas muy a menudo, obstruyen todo progreso y toda medida de prevención.

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

Sin embargo, en estos últimos diez años se ha adelantado mucho con el descubrimiento de los factores etiológicos y con el estudio de los portadores; pero, en lo que se refiere a los virus, nosotros no sabemos aún si son agentes filtrantes o de origen espiroquetal, pues, los japoneses han descrito una fiebre de siete días, debida a la *Leptospira hebdomalis,* la cual se encontraría en la sangre, pasaría a la orina, y sería trasportada por una especie de rata salvaje. Esta enfermedad tiene muchos puntos de semejanza con el dengue y con la fiebre endémica hallada en las costas de la India, Ceylán, Africa, Mediterráneo y América. Parece que todas estas fiebres semejantes al dengue, serían debidas a espiroquetes, los cuales en cierto período de su evolución son filtrables, siendo el mosquito, y generalmente una especie de Stegomyia, el agente trasmisor. Prácticamente, su distribución es circuntropical o subtropical, siendo innecesario describir cada grupo geográfico con un nombre diferente.

FIEBRRE PAPPATACI, FLEBOTOMUS O DE TRES DIAS. —

Doerr fué el primero que hizo una descripción completa de esta enfermedad, después de observar algunos casos en la región del Adriático, y Mac Carrisón, el primero que la reconoció clínicamente en Chitral (1903-04). Birt en 1915 hizo una buena descripción de ella después de haberla estudiado en 1912 en la India. Dice que estando en 1912 en la India, 71,000 hombres de las tropas europeas, se comprobó 2.163 casos de esta fiebre, de los cuales muchos fueron equivocados con la malaria; desde entonces con conocimiento de causa las cifras han disminuído notablemente. Graham dice que la temperatura óptima para el desarrollo de la larva del flebotomus es de 70° a 80° F., en el valle de Chitral. Marret, en Malta, ha encontrado que es de 70°. Gabbi atribuye la introducción de la fiebre en Sicilia y Sur de Italia, al flebotomus trasportado con los cargamentos de madera venidos de Dalmacia é Istria, y a los terremotos, cuyos sacudimientos producen grietas en las paredes, muy a propósito para criaderos. Bolt describió casos en el Norte de China y habló de la existencia de moscas, haciendo notar que los meses de Mayo y Junio son los peores. Sergent los señaló en Algeria. En 1916 Sarrhailé y Armand Delille describieron una fiebre de corta duración que se presentó entre las tropas que estaban en los Dardanelos, e hicieron notar la presencia del *flebotomus pappataci*; esta fiebre fué mal calificada por éllos con el nombre de "dengue mediterráneo". Otros casos en Salónica presentaron, con bastante frecuencia, una erupción muy semejante a la del dengue. Adrién, dió también este nombre á una fiebre de tres días que se presentó en Siria, siendo de notar que en todo el tiempo de su duración existieron abundantes mosquitos. Durante la guerra se describieron varias epidemias de fiebre de tres días, que atacaron a las fuerzas militares y navales del Mediterráneo oriental, y que coincidían con un aumento del número de

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

flebotomus. Legendre halló el *flebotomus pappataci* en el valle de Somme, pero sin que existieran casos endémicos; el mismo año Langeron halló hembras en el valle del Sena, cerca de París. Harneth (1916) insinúa que cerca del 20 por ciento de los casos de "sandfly fever" tenían una evolución grave y duraban de cinco a seis días de la India. Lambert, estudiando una epidemia de 237 casos en Lemnos, establece que en 29 por ciento de los casos la fiebre no duraba sino cuatro días, y en 14 por ciento de los casos, tres días; y que era muy raro que se presentara un segundo ataque, pues en 90 por ciento de los casos se establecía la inmunidad. De otro lado, Delmege y Staddon, en Macedonia, dicen que las reinfecciones eran relativamente frecuentes. Brack observa que ésto no es lo común y señala que, en la misma época, los caballos sufrieron una fiebre semejante de corta duración.

Jonin (1918), que hizo observaciones sobre la presión arterial, encontró que la máxima aumenta durante las doce primeras horas para ir luego cayendo lentamente; después de 24 a 72 horas vuelve a subir a la normal. La mínima es baja generalmente en las 12 primeras horas, volviendo después de 24 horas a la normal. En todos los casos hay marcada bradicardia, debido a la creciente irritabilidad del vago, causada por el virus que actúa sobre los centros bulbares.

El principal portador de la enfermedad es el *flebotomus Pappataci*, siendo también probable que el *f. minutus*, var. *Africanus*, *f. perniciosus* y *f. major*, var. *Chinense*, todos sean capaces de infectar en las diferentes regiones en que viven. Roubaud dice que el *f. minutus*, var. *Africanus* está muy repartido en toda el Africa, y participa de la idea de Howlett al creer que se alimentan de lagartos y serpientes. Townsend dice que también el *f. verrucosus* del Perú, se alimenta de sangre de lagartija. Es sabido que la hematofagia es indispensable para la fertilización de los huevos. Durante la gran epidemia de influenza de 1918 se hizo muy difícil el diagnóstico de fiebre flebotomus, obteniéndose datos estadísticos equivocados.

DENGUE. —

El principal interés del dengue reside en su sintomatología tan semejante a la de la fiebre amarilla, y a la de las llamadas fiebres de seis y siete días, descritas por Rogers en la India y Deeks, en Panamá, en la teoría trasmisora del mosquito y en el carácter del virus causante de la enfermedad. Desde los trabajos de Ashburn y Craig se ha tenido la plena evidencia que el portador es un mosquito, pero cuya especie varía con las diferentes localidades, posiblemente el *culex fatigans* en el Asia Menor y un Estegomyia en Australia y las Islas del Mar del Sur, como lo ha demostrado Cleland Bradley y Mc Donald. Lalor, estudiando en Rangoon, creía que el trasmisor de la fiebre de siete días era un estegomyia y eso lo hizo pensar en su afinidad con la

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

fiebre amarilla. En el Sudán del Egipto inglés encontró Archibald que el *E. fasciata* era el trasmisor del dengue.

La enfermedad está muy difundida, habiéndose presentado epidemias en el Mediterráneo, Asia Menor, Norte, Oeste del Africa, Africa ecuatorial, India, Filipinas, China, Formosa, Islas Mauricio, América tropical, Argentina, Uruguay, etc. En 1916 la enfermedad no fué reconocida en la Argentina. Kraus relató una epidemia que atacó a casi toda la población y que fué diagnosticada como dengue; había una verdadera invasión de culex y estegomyias. Los síntomas fueron fiebre, cefalalgia, dolor en los ojos, músculos y articulaciones, con una erupción polimorfa seguida de descamación; la sangre presentó leucopenia, siendo más penosa la convalescencia que la fiebre, debido a los dolores; no hubo defunciones. Las epidemias de fiebre, descritas por Cleland, Bradley y Mac Donald identificarían de manera incontrovertible el verdadero dengue con la fiebre de siete días, de Rogers.

Koizumi, Yamaguchi y Tonomura, hicieron en Formosa un cuidadoso estudio de la enfermedad. Clínicamente la enfermedad era típica, y de 6.000 casos hubo sólo una defunción; nunca se encontró parásitos en la sangre, siendo constante la leucopenia. La inyección de sangre desfibrinada tomada de pacientes de dengue no dió resultado alguno con los perros, conejos, pericotes blancos y monos; sólo los cuyes o cobayos murieron de 7 a 36 días, pudiendo trasmitirse en serie la infección sanguínea. Cleland y Bradley lograron trasmitir la enfermedad mediante la inoculación durante cuatro generaciones y encontraron que el virus existía en la sangre, 18 a 90 hrs. después de la aparición de la fiebre. Se encontró (Koizumi, Yamaguchi y Tonomura) que una cantidad pequeñísima, tal como 0.00005 mil, era suficiente para infectar de hombre a hombre y se logró comprobar que el estegomyia trasmitía la enfermedad, no así el culex; de tal manera que el rol de este último, aunque positivo, debe restringirse.

Couvy en Syria, dice haber encontrado en la sangre espiroquetes muy finos, inmediatamente antes de la aparición de la fiebre.

Goldsmid, en Australia, ha descrito complicaciones purpúreas; éstas son muy raras, y en los casos observados por él, fueron debidas seguramente a la malaria.

En 1920, Craig que cree que la enfermedad es debida a una infección espiroquetósica, sugirió que las investigaciones debían ser llevadas de la misma manera que para la fiebre amarilla, puesto que el virus existe en la sangre, que este virus es filtrante, que el filtrado es infectante, y que, por lo común, el agente trasmisor es el estegomyia. El uso sistemático del ultramicroscopio, del medio de cultivo de Noguchi, como se usa para la Leptospira de la fiebre amarilla y de la icteria espiroquetósica, ha de dar positivas luces en lo que se refiere al dengue.

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

FIEBRE JAPONESA: ENFERMEDAD DE TSUTSUGAMUSHI. —

Esta fiebre ha sido descrita generalmente en el Japón y Formosa, pero si nos atenemos a lo que dice la literatura china, ha existido mucho tiempo en este país. Confundida con el tifus en un principio, fué estudiada científicamente por primera vez por Balz y Kawakami, quienes la llamaron "fiebre de las inundaciones". Los hechos han establecido que la enfermedad es atribuíble a la mordedura de una especie de ácaro, *Leptus akamushi (Brumpt)*, que se encuentra principalmente en los meses de verano en las partes bajas, infectando en gran abundancia las orejas de las ratas de campo y otros roedores. También los lleva un pequeño gorrión de campo, el *Acrocephalus orientale*, y otros pequeños pájaros locales.

El virus existe en la sangre al comienzo de la enfermedad, siendo infectante 0,001 mil de élla. El agente patógeno se presenta, como lo ha señalado Hayashi en 1917, como pequeños bastoncitos, cuerpos esféricos o anillos, en los ganglios linfáticos, células endoteliales del vaso y órganos linfáticos, así como en la sangre, generalmente libre y más rara vez en los glóbulos rojos; por ésto se sugirió la idea de llamarle provisionalmente *"Teilleria tsutsugamushi"*. Parece que hubiera un cido vegetativo y otro germinativo, con una gran similitud a los cuerpos encontrados por Wolbach en los casos de fiebre de las Montañas Rocallosas.

Ogata (1907) piensa que la causa de la fiebre es un fungus filamentoso que se obtiene de la erupción y de la sangre y que es capaz de crecer en un medio sólido, habiendo logrado reproducir experimentalmente la enfermedad en cuyes y conejos, tanto con los cultivos puros como con la sangre y emulsión de tejidos de casos infectados. Sin embargo, ésto no ha sido confirmado; los intentos de cultivo de Hayashi han sido completamente negativos.

La enfermedad ha podido trasmitirse experimentalmente a monos, cuyes, conejos y terneras.

Mucho se ha escrito acerca del desarrollo y vida del Leptus, que ha sido descrito con los nombres de *Trombidium, Leptotrombidium y Leptus akamushi,* (Nagayo, Miyagawa, Mitamura, etc.)

La enfermedad se presenta endémicamente y está caracterizada por lesiones de la piel, infarto de los ganglios linfáticos y fiebre alta. En el Japón, entre los años 1889 y 1909, se presentaron 1.520 casos, con 420 defunciones, o sea 27.9 por ciento de mortalidad. El estallido de la epidemia coincidía con la aparición de las ratas salvajes, arrojadas, de lugar en lugar, por las inundaciones, las que llevaban consigo larvas de akamushi. La incubación es de 7 a 10 días, y el *rash* aparece entre el 5° y el 9° día (Katishima, Miyajima).

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

Se ha recomendado como tratamiento la excisión de la lesión primaria, habiéndose obtenido algunos éxitos con el uso precoz de sueros inmunizantes de monos y vacas. Como profilaxia es importante destruír las ratas de las regiones infectadas, con el fin de defender a los habitantes de los ataques del parásito. Para ésto se ha usado la solución de jabón de cresol al 100 por ciento. En una región intensamente infectada se tomaron estas medidas por 59 días y los vestidos de los que laboraban hubieron de ser bien regados, entre estos, examinados 89 por día y tratados durante 44 días, no ocurrió un sólo caso de infección (Kawamura, Hattori y Yamaguchi, 1920).

En Formosa la enfermedad está extensamente distribuída, pero sin llegar a los valles; también existe en Corea y, de acuerdo con Ashbwurn y Craig, posiblemente en las Filipinas. Una enfermedad semejante, trasmitida por un chinche, ha sido descrita por Schuffner en Deli y Sumatra, con el nombre de seudotifus nombre que le da a una enfermedad de 14 días de duración, acompañada de una notable erupción muy semejante a la del tifus. La cifra de mortalidad en esta enfermedad es baja y en todos los casos es trasmitida por un ecto-parásito chupador de sangre, no determinado.

FIEBRE DE LAS MONTAÑAS ROCALLOSAS. —

Mucho se ha progresado en estos últimos diez años en lo que se refiere a la causa y medidas de prevención de esta enfermedad. La monografía escrita por Wolbach, de Harvard (1919), contiene todo lo que se conoce de esta enfermedad, la mayor parte debido a su propio trabajo. La fiebre existe en Idaho, Montana, Wyonings, Utah, Nevada, Oregón, Colorado, Estado de Wáshington, y, probablemente, en Alaska; Kelly ha demostrado que existe en California, donde seguramente ha sido endémica durante largo tiempo, tomando un tipo menos grave que el de Montana, pero más que el de Idaho.

El virus es una forma de Rickettsia, llamada por Wolbach *Dermacentroxennus rickettsi,* una forma nueva de micro-organismo que no es una bacteria ordinaria, pero que tampoco tiene el complicado ciclo de vida de los protozoarios. Es trasmitido por una garrapata, el *Darmacentor venustus,* cuyos estados de larva y de ninfa trascurren en las ardillas, y muchos roedores que pueden servir de reservorios de virus.

Las áreas de infección están perfectamente limitadas, pero difieren inmensamente en cuanto a su cifra de mortalidad, pues mientras que en Montana llega a 90 por ciento, en Idaho sólo es de 5 por ciento. Los peores meses son Abril, Mayo y Junio.

La fiebre debe ser diferenciada del tifus y de la fiebre entérica. Las lesiones principales radican en el sistema vascular; los organismos infectantes se hallan en gran número en las células endoteliales, que se acumulan en las paredes vasculares, alrededor de los vasos y linfáticos, particularmente de la piel y

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

órganos genitales; las lesiones hemorrágicas de los órganos genitales son características: Fricks (1916) obtuvo de la sangre de animales infectados diez muestras de bacilos anaerobios, éstas no fueron patógenas para los cuyes, pero sí los cultivos eran inoculados entre los 21 y 25 días a otros cuyes, se obtenían las lesiones definidas de la fiebre de las Montañas Rocallosas, demostrándose así que había multiplicación de virus en los cultivos.

En el tipo Montana, como lo ha descrito Ulichie y Parsons (1916), los síntomas son muy graves, con aparición repentina, fiebre contínua, infarto del bazo, albuminuria precoz, pulso lento, dolores de cabeza, cuello, espalda y articulaciones y erupción peculiar.

Muchas de las garrapatas que trasmiten la fiebre en Montana, se desarrollan en animales, que viven al pie de los cerros durante los meses de primavera. En esta época más fácil es destruir á estos roedores que combatir a las garrapatas mismas.

Se había creído que las ovejas podían ser utilizadas en la exterminación de las garrapatas, que se enredarían en su lana, permaneciendo ahí hasta su muerte; pero hecha una experiencia poniendo 1,000 ovejas en una área de 1,200 acres, no se obtuvo el menor éxito; las garrapatas permanecieron en igual número que antes (King, 1916). Parker insiste en que muchas veces las medidas protectoras aplicadas con éxito en una región, pueden no ser aplicables en otra, y menciona como ejemplos lo que sucede en el Este y Oeste de Montana.

En primer lugar, los huéspedes de las garrapatas, tanto silvestres como domésticas, tienen amplia libertad y, naturalmente, están menos infectados que en lugares como Bitter Root Valley, en el Oeste de Montana, que es un valle naturalmente circunscrito.

Prensa Médica Española

HIPERCLORHIDRIA POR HIPOOVARISMO. — Es sin duda, poco frecuente la observación clínica de enfermas afectas de gastropatía hiperácida funcional por insuficiencia ovárica y fuera, al parecer, de los fenómenos climatéricos.

Respecto a ovario e hiperclorhidría las opiniones no están aunadas, habiendo, según los autores, quimismos distintos en situaciones ováricas semejantes.

1° — *Durante el período catamenial:* Kretchy (1876) y Hans Elsner (1899) indicaban la frecuente existencia de hiperclorhidría durante el período menstrual. Quincke y Dettwyler achacaban la hipoclorhidría a la pérdida sanguínea por la mucosa uterina; pero Dalché y el mismo Elsner consideran escasa la hemorragia normal para hacerla responsable de dichos efectos. Plonies afirma que las alteraciones gástricas durante la menstruación sólo se dan en casos ya de antes gastropáticos.

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

2º — *Durante la gestación:* La hipersecreción es la regla del modo especial si la gestante era ya hiperclorhídrica. No obstante lo antedicho, hay quien manifiesta que durante el embarazo es la hiposecrecion la regla (Kramer-Petersen).

3º — *Hiperclorhidria en la menopausia natural y en la quirúrgica:* Marañon ha observado un buen número de casos en los que aparece incontrovertible la relación entre el ocaso genital y la hiperclorhidria, pero en ellos se recogia a la par síntomas de tiroidismo, que de modo secundario a la crisis ovárica, pero con preponderante papel, intervenian en la génesis de las manifestaciones digestivas.

4º — *Hiperclorhidria por hipoovarismo en personas jóvenes:* La mayor parte de las observaciones de casos incluibles en este grupo, han sido verificadas en cloroticas, y teniendo en consideración que esta hemodistrofia (Pittaluga) es considerada por la mayoría de los autores como ligada a una insuficiencia ovárica. En numerosos casos de clorosis, von Noorden y Morawitz encuentran cifras de hiper, pero también es verdad que en otros el segregado gastrico es normal. Bohemheim F. en su complejo y reciente trabajo dice que en todos los casos de clorosis, hay hiper o límites máximos de clorhidria normal.

El mismo Boemheim cita casos de secrecion alterada a expensas del ClH libre, utilizando comida de prueba de Plasmón y habla de algunas neurosis climatéricas en las que, a semejanza de las observadas por Marañon, la acidez decreció con hormona ovárica.

El doctor M. Bermejillo (*"El Siglo Médico"*, Madrid 1922), relata el siguiente caso: M. O., de veintisiete años, soltera, mediana estatura y 62 kilos de peso; de pequeña sarampion y algunos trastornos del intestino, catarros y algunas anginas. Nada notable en antecedentes familiares.

Enfermedad actual: Aqueja molestia ardorosa que la sube hasta la garganta, dolor en el estómago a las dos horas de las comidas y se calma con bicarbonato, aguas de boca y algo estreñida.

Exploración: — Bien la dentadura, 68 pulsaciones, el oculo-cardiaco hace descender el pulso a 62, corazón y pulmones normales; presión arterial (con el Pachon-Surmont) 11,6. Dolorimiento bien ostensible en epigastrio al comprimir con la palma de la mano; al reconocer el resto del vientre, observamos que la presión en la fosa ilíaca derecha, hacia el punto de Lanz, es no dolorosa, pero sí sensible más que en cualquier otro punto de los reconocidos; sin embargo, los signos de Rovsing, Blumberg y la exploración en decúbito izquierdo no aclaran el origen genital o apendicular de la sensibilidad molesta a la presión. Preguntamos a la enferma sobre su función menstrual y nos dice que siempre ha sido regularmente menstruada, pero que desde hace un año (las alteraciones gástricas indicadas comenzaron hace tres meses) los menstruos son más escasos y algo doloroso. No tiene sensaciones anormales de frío y calor, sofocos, palpitaciones, alteraciones neurósicas ni cuello tiroideo, etc., etc.

Acideces minerales del contenido gástrico con el desayuno de Ewald-Boas, ClH libre. 1.5 ClH total, 2,1; el extraído a los cincuenta minutos de su ingestión se dispone en dos capas y lleva algo de moco; la parte sólida, escasa y bien menuda. Se le dispone régimen adecuado y gránulos de atropina Chantaud. A los diez días está mejorada; pero persisten ardores por la noche. Se la suma a lo indicado agua alcalina en las comidas, y no la volvemos a ver hasta un mes después. La enferma dice hizo el tratamiento durante veinte días, y desaparecieron las molestias; siguió con el régimen, pero dejó la medicación, y los síntomas reaparecieron con más intensidad. Pensando que el ovario pudiera jugar algún papel en su padecimiento, la sensibilidad de zona ovárico-apendicular era muy manifiesta, se le recomienda por vía de prueba seguir con el régimen y tomar ovarina Ibys (XV gotas por la mañana y XV al mediodía). A los doce días la enferma dice que las molestias ardorosas desaparecieron a los tres días de medicación opoterápica; no tiene molestia a la presión en epigastrio y tampoco es fosa ilíaca derecha. El análisis del recogido

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

gástrico, que tras algunos ruegos, logramos hacer, da [illegible]e, 1; acidez total, 1,7. A los dos meses la enferma sigue bien y los períodos son más abundantes y nada dolorosos.

Es bien claro en este caso el resultado específico de la medicación ovárica sobre el cuadro hiperclorhídrico de la paciente, y de modo especial sobre la secreción clorhídrica.

EL DESAGÜE PERITONEAL EN GINECOLOGIA. — La ginecología abdominal, hija predilecta de la cirugía cavitaria, ha tenido que luchar durante largo tiempo con los criterios sostenidos, de una parte, por los cirujanos partidarios del desagüe, y de otra, por aquellos que veían en esta conducta un mal menor, siendo fervientes devotos de los criterios suturistas. Para estos últimos, hablar en los tiempos actuales de desagüe, es pensar un poco á la antigua, ya que el ginecólogo, con los medios de que dispone hoy día, debe aspirar á la cicatrización por primera intención.

En la actualidad, siguen en pie las discrepancias entre ginecólogos.

El desagüe en las laparotomías ginecológicas ha sufrido cambios manifiestos, á medida que las técnica quirúrgica se ha perfeccionado, y así, en la primera etapa de la cirugía abdominal, los ginecólogos oponían resistencia á cerrar el vientre abandonando las suturas y ligaduras, hasta que Schröder, demostrando las ventajas de una pediculización minuciosa, dió un avance en la técnica, suprimiendo en ciertas ocasiones el sistemático desagüe.

Más tarde, convertido el desagüe peritoneal en método quirúrgico, empezaron las discusiones y divergencias entre los partidarios del desagüe vaginal, favorecido por las leyes de la gravitación y el desagüe abdominal con el tubo ó la gasa. El terreno ganado por los desagüistas, era desoído por otros ginecólogos que continuaban practicando laparotomías arriesgadas sin hacer uso del desagüe, hasta el extremo que en la Sociedad Ginecológica de Nueva York llegó á decir Kelly que no era necesario dar salida á los exudados, añadiendo que las complicaciones postoperatorias se triplicaban con el desagüe.

Entre los medios empleados para dar salida á los líquidos intraperitoneales, bien por vía vaginal ó abdominal, dióse en aplicar los tubos de caucho, vidrio, hueso decalcificado, realizando por ellos una aspiración intensa.

Teniendo en cuenta que por capilaridad establece la gasa la corriente de los líquidos exudados hacia afuera, pudiendo ejercer á la vez una acción hemostática y desinfectante, se comprende que dicha gasa haya sido y sea en la actualidad el método preferido, bien, empleada sola ó en combinación con los tubos.

Otro método de desagüe es el descrito por el malogrado Becerro de Bengoa, con el nombre de *apósito intraabdominal*, empleado con bastante frecuencia por el Dr. Vital Aza, del cual se hace decidido partidario. Los fines que con este método se tratan de conseguir, están más en armonía con los principios que hoy deben presidir al desagüe, ya que el papel de éste no debe ser principalmente desaguar, sino aislar el foco ó región operatoria, provocar la formación alrededor del cuerpo protector de una zona aisladora y defensiva.

Si se trata de estudiar las condiciones requeridas para emplear el desagüe, ó, mejor dicho, si se analiza sus indicaciones, se ve que los casos tributarios de él para unos ginecólogos, son resueltos por otros sin el empleo de dicho medio. Así, la hemorragia ó el peligro de la misma, las adherencias extensas, ruptura de piosalpinx, presencia de focos purulentos, abandono de paredes quísticas ó tejido supurante, suturas de cavidades que contengan microorganismos, pérdidas extensas de peritóneo, etc., etc., son, al parecer, puntos concretos para ciertos ginecólogos, y, sin embargo ofrecen dudas á quien considere la supresión del desagüe como el ideal de la operatoria ginecológica abdominal.

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

Bien se comprende que las laparotomías ideales, es decir, aquéllas capaces de ser terminadas sin qué en ellas se encuntren algunas de las condiciones antes aludidas para desague, serán las menos.

Los inconvenientes señalados al desagüe por la curación retardada, la persistencia del trayecto fistuloso, la formación de fístulas, el dar lugar a oclusiones intestinales, hemorragias tardías, retensión de exudados, así como la dificultad para extraer las gasas, la infección secundaria y la frecuencia de eventraciones, son motivos más que suficientes para que el ginecólogo trate de reducir á los casos de virulencia la aplicación del desagüe. Es más, la misma irrupción de pus en el peritoneo, que es la indicación de mayor seriedad del desagüe, es despreciada por Poliosson, Zweifel, Olshausen, al presentar sus brillantes estadísticas prescindiendo del desagüe.

Considerado inútil el desagüe peritoneal en muchos casos, no vacilan Blacke, Hotschiss, Ross, en recomendar en muchas circunstancias se cierre inmediata y totalmente el abdomen, después de haber suprimido la lesión causal, dejando así á la serosa el cometido de triunfar de las infecciones por sus propios medios defensivos.

Estos hechos vienen á demostrar en conjunto que el clínico debe tener presente los poderosos medios de defensa con que cuenta el peritoneo.

El conocimiento más detallado de las condiciones biológicas de la gran serosa peritoneal, aplicado al acto quirúrgico, la peritoneización minuciosa reconstituyendo limpiamente mediante la lineal sutura peritoneal el peritoneo herido, aproximándose con ello á dejar la membrana serosa en las condiciones más próximas á la normalidad; la minuciosa hemostasia suprimiendo toda estancación sanguínea, han servido de base, si no para desterrar, por lo menos para limitar el desagüe al menor número de casos posible.

Si al hablar de peritoneización se comprende en ella á la sutura vesicosigmoidea, la homentopexia ó la homentoplastia, contaremos, como indica Carlos Mayo, de una parte, con las enormes ventajas que suponen la prevención de adherencias al cubrir superficies denudadas, y de otra, reforzando las líneas de sutura de los órganos que servirán unas veces como hemostático, y otras como mayor garantía de la asepsia.

Orientada la cirugía abdominal en este sentido, aspira el ginecólogo á suprimir el desagüe, confiando en la técnica quirúrgica minuciosa para tratar de convertir en ideales el mayor número posible de laparotomías.

F. Navarro Blasco *(La Medicina Ibera,* Madrid 1922), prescinde generalmente del desagüe peritoneal, sin tener que lamentar contratiempo alguno. En muchas ocasiones se le emplea por el afán de terminar rápidamente ó el excesivo temor al fantasma peritoneal, que, pese al desagüe, aparecerá, si las condiciones de terreno y agente abonan á ello.

Se debe *borrar el desagüe* de las intervenciones peritoneales, sacando el mayor fruto posible de las ventajas que brinda la cirugía ginecológica moderna. Pero si por condiciones especiales, falta de peritoneo, infección etc., etc., no fuese posible prescindir de él, aceptémosle, en bien de las enfermas, como un mal menor, y á sabiendas de que se va en contra de la actual corriente científica.

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

Prensa Médica Americana

RAQUITISMO. — El Dr. Juan F. Garrahan (*"La Semana Médica"*. — Núm. 1. — Buenos Aires 1923), presenta dos casos extraordinarios, tanto por la intensidad de las lesiones como por su extensión, en niños de 8 y 10 años, que han dejado lesiones definitivas y afectado de modo irreparable el crecimiento.

El raquitismo es afección muy frecuente, especialmente en ciudades frías, en donde los niños viven más encerrados; su porcentaje es elevado, cuando se le investiga con proligidad, pues, Schmorl, en las necropsias, ha encontrado en Dresde, que todos los niños muertos, de 9 á 12 meses, tienen lesiones raquíticas.

El raquitismo se presenta en el segundo semestre de la vida y en el segundo año; es raro que se inicie entre los 3 y 4 años, como también antes de los 3 ó cuatro meses. Afecta particularmente á los huesos, músculos y sistema hemolinfático, perturbando la nutrición general.

Pfaundler clasifica las lesiones óseas: por retardo de desarrollo, por reblandecimiento y por hiperproducción osteoide.

El *retardo de desarrollo* es variable: puede llegar á producir el enanismo como puede ser insignificante ó nulo. Como el proceso patológico se desarrolla de preferencia en las zonas de crecimiento, se observa con frecuencia la pequeñez de los huesos de la cara y de uno ú otro maxilar, dando lugar á mala implantación dentaria ó á defectos de adaptación de las arcadas. La fontanela anterior también es sitio de predilección: se sabe que ésta se cierra entre los 15 y 18 meses; pues bien, el raquitismo lo retarda, observándose en algunos, cierto grado de "hipertensión de fontanela", debido á la hipervascularización y á la congestión meníngea. La aparición de los dientes se hace con retardo, pues se encuentran niños que al año de edad no tienen dientes; según Finkelstein, ésto sólo tiene valor cuando es muy acentuado, porque hay niños normales con erupción tardía. El orden de aparición también está alterado: los primeros en aparecer son los incisivos laterales, en lugar de los medianos y aún los premolares, antes de estar afuera todos los incisivos. En los permanentes, se observa alteraciones en su implantación, dependientes de desarrollo de los maxilares; el esmalte ofrece estrias y depresiones, y atrofia de las cúspides de los primeros grandes molares, sobre todo. Por eso Marfán considera que estos dientes raquíticos tienen el valor de estigmas de heredolúes; se deben al raquitismo precoz, que, según él, es de naturaleza sifilítica.

El *reblandecimiento óseo* es debido á decalcificación; en los raquíticos hay empobrecimiento de sales minerales y disminución de su consistencia. La sustancia mineral en el hueso normal, seco, es de 60 por ciento, aproximadamente, mientras que en el raquítico puede bajar á 20 por ciento. El craneotabes, es importante síntoma de reblandecimiento, que revela el proceso raquítico; debe buscarse en el occipital y parietales: se percibe zonas depresibles no mayores de 2 centímetros de diámetro, que dan la sensación de cartón. Este síntoma aparece antes de los 6 ó 7 meses, y al llegar al año, ha mejorado ó desaparecido.

Marfan cree que el craneotabes se debe á la acción mecánica del cerebro en su crecimiento excéntrico y á las presiones laterales sobre huesos ya reblandecidos por el proceso raquítico; esto último explicaría la localización en la parte posterior y laterales, que es el decúbito habitual del niño y la localización del craneotabes congénito en la vecindad de la gran fontanela y de la sutura sagital, que es la región en donde apoya la cabeza fetal.

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

Las deformaciones son múltiples: incurbaciones de los huesos largos y aplanamiento lateral del torax ó cintura toráxica; la cifosis es relativamente frecuente; (la escoliosis no es habitual de los niños pequeños): en estas deformaciones interviene también el factor muscular.

La hiperproducción osteoide da lugar á una serie de síntomas característicos. En el cráneo se producen abultamientos de las saliencias frontales y parietales: así se originan la frente olímpica, el cráneo natiforme de Parrot y el "caput quadratum". En el torax se observa el rosario raquítico en las articulaciones condro-costales. Debe mencionarse, también, el abultamiento de la epífisis distal del radio y el llamado rodete supramaleolar de la tibia, que son frecuentes y característicos.

Entre las *lesiones del aparato hemolinfático,* hay que citar la poliadenia, que se presenta, según Marfan en el 80 por ciento de los niños con deformaciones raquíticas. Es frecuente encontrar hipertrofia de amígdalas y vegetaciones adenoideas; la hipertrofia del bazo se observa en el 20 ó 25 por ciento de casos, sobre todo, en el raquitismo precoz. En las autopsias se comprueba la hipertrofia del timo.

La mayoría de raquíticos son pálidos y con mucosas decoloridas: el examen de sangre revela disminución de glóbulos rojos, poikilocitosis, anisocitosis; leucocitosis con mononucleosis y á veces formas jóvenes de glóbulos de la serie roja y blanca.

Las *lesiones musculares* originan el "grueso vientre flácido" que según Marfan, es de naturaleza raquítica: él sostiene que la hipotonía de la pared muscular del abdomen es ocasionada por el raquitismo y que la misma causa actúa sobre los músculos lisos del tubo digestivo, produciendo dilatación de estómago y alargamiento del intestino, que dan lugar al aumento de volumen del abdomen.

El raquitismo se inicia generalmente entre los 6 y 18 meses. La abundante transpiración, especialmente en la cabeza, llama la atención: se explica por la vascularización ósea que determina las lesiones raquíticas. El curso ulterior es variable, haciéndose á veces por empujes sucesivos. La curación va muchas veces más allá de lo que se esperara: las deformaciones é incurbaciones se modifican y desaparecen antes de los 4 años; las que persisten después de esta edad son por lo general definitivas, por ser raro que siga evolucionando después de esa edad, siendo más raro aún que se inicie. Sin embargo, en los niños grandes y en los adolescentes se observa lo que se ha llamado "raquitismo tardío", pero en su pasado se encuentra frecuentemente el raquitismo y se traduce por escoliosis, genu valgum y pié plano, acompañados de sintomatología dolorosa.

Marfan sostiene, fundándose en argumentos clínicos, radiológicos y anatomo-patológicos que las lesiones denominadas "deformaciones óseas esenciales de crecimiento" son de naturaleza raquítica.

Este mismo autor ha insistido mucho sobre la importancia de la sífilis en la producción de esta afección, que se inicia en los primeros meses de la vida y la caracteriza por: 1º precocidad del comienzo; 2º predominancia de las lesiones raquíticas sobre los huesos del cráneo; 3º anemia bastante marcada; y 4º hipertrofia crónica del bazo.

El *diagnóstico* de esta enfermedad es relativamente fácil; se recomienda no confundir con los retardos y alteraciones propias del mongolismo y del mixedema congénito, ni con la denominada osteogénesis imperfecta. Debe buscarse el craneotabes, el rosario raquítico, la transpiración anormal, la flacidez ó hipotonía muscular y el retardo en la estática y la marcha. La radiografía contribuye á caracterizar: sombras menos intensas á causa de la decalcificación, retardo en la aparición de ciertos núcleos de osificación, extremidad de las diáfisis de contorno irregular,

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

Debe establecerse el *pronóstico* con ciertas restricciones dependientes de la intensidad de las lesiones, del estado general, de la edad del niño y de la posibilidad de presentarse el "raquitismo tardío".

Hasta el presente no puede establecerse su *etiopatogenia* sobre bases sólidas; su verdadera naturaleza sigue siendo una incógnita. Se conoce la anatomía patológica y Marfan resume en dos procesos las fases por las que se producen las lesiones óseas: *proceso irritativo* inicial, que ocasiona vascularización y proliferación anormal del cartílago, y un período de estado ó *distrófico* en que continúa la proliferación y vascularización, haciéndose aberrante.

Hay perturbación de metabolismo del calcio; y como el calcio se fija al estado de fosfato, hay disminución también de fósforo, que no guarda relación con él; en cambio el magnesio está aumentado. Pero la terapéutica cálcica no tiene acción evidente, porque la decalcificación es una consecuencia del proceso, cuya naturaleza desconocemos.

Antes se daba gran importancia etiológica al factor alimenticio, pero la experiencia demuestra que el proceso se presenta también en niños criados al pecho; sin embargo continúa siendo factor de tenerse en cuenta.

La ventilación, la luz, etc., tienen importancia; pues se ha demostrado experimentalmente en animales jóvenes, que el encierro, la oscuridad, la quietud, favorecen la aparición de un proceso similar al raquitismo humano. La sífilis invocada por Parrot el siglo pasado, ha vuelto á ponerse á la orden del día, sobre todo, desde que Marfan insiste tanto al respecto, haciendo ver que el raquitismo se presenta con gran frecuencia en heredosifilíticos y que el "raquitismo precoz" descrito por él, es casi siempre de tal naturaleza. Pero la tuberculosis, las alteraciones digestivas, y otras infecciones é intoxicaciones crónicas, también pueden producir el raquitismo, ya que está demostrado que producen congestión y proliferación de la médula ósea y órganos hemolinfáticos, que actuando en el período de crecimiento activo, dan lugar "á la sobreactividad anormal y aberrante de las células de la médula ósea y del cartílago", punto de partida del proceso.

La cuestión de las vitaminas está en pleno debate. Mellanby sostiene que la privación á los animales del liposuluble, produce el raquitismo.

Hess y Mac_Collum no han comprobado, pero demuestran que, además del liposoluble, si se suprime el fósforo, se puede producir una afección ósea parecida al raquitismo, que se cura con aceite de hígado de bacalao.

Figuran en el *tratamiento,* el aire, la luz, la alimentación reglada, la medicación antiluética, tónica, que favorece la fijación del calcio. El raquítico debe pasar la mayor parte del día al sol y al aire libre, antes que sujetarle con las drogas. Las radiaciones ultravioletas han dado buenos resultados comprobados clínica y radiológicamente. El fósforo asociado al aceite de hígado de bacalao ha dado resultado eficaz.

Después de cierto tiempo, usar los glicerofosfatos, lactato ó formiato de calcio. La adrenalina favorece también la fijación del calcio: 10 á 15 gotas diarias por ingestión.

El tratamiento antisifilítico debe emplearse en los casos de raquitismo precoz ó muy acentuado, pero debemos recordar que la sífilis en la etiología del raquitismo no está demostrada y que muchos niños curan á satisfacción sin ningún tratamiento específico. — *Arnaldo Suárez.*

METROPATIAS HEMORRAGICAS. — Carlos Alberto Castaño. — (*"La Semana Médica"*. — Núm. 2. — Buenos Aires, 1923). — En este tema de relación al 3er. Congreso Argentino de Medicina, se hace

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

un estudio conciso, pero completo, de todo lo que se ha dicho á este respecto. El punto de partida para su hermoso estudio, ha sido el hecho observado del desfile de mujeres por los servicios de consultorios y hospitales, llevando sólo un síntoma: la hemorragia uterina, sin pasado genital.

En los albores de la ginecología Scanzoni (1860), describe una enfermedad uterina con la apariencia anatómica de la inflamación y que para él dependía de la hipertrofia del tejido conjuntivo, haciendo resaltar que la hemorragia era el síntoma predominante, denominándole metritis crónica idiopática.

Seifert y Saxinger (1867) llegan á la conclusión de que la hemorragia era la consecuencia de la subinvolución. En 1902 Theilhaber y Mejer conciben la teoría de la insuficiencia muscular y sostienen que ningún cambio del endometrio era secundario al del miometrio; Barbour piensa en la arterioesclerosis ;Archibald Donald (1907) describe la hipertrofía de la mucosa, siendo ella debida á la hipertrofía del músculo. Mac_Donald considera estas hemorragias como anormalidades de la menstruación é inhibición y contracción uterina.

Desde 1870 hasta 1908 se cree que la lesión radicaba en el endometrio y que se trataba de endometritis sépticas, siendo Olshausen quien pone en boga el raspado como único tratamiento. Pero los notables trabajos de Hitschman y Adler derrumban estas concepciones y abren un nuevo camino. Ellos demuestran que la verdadera metritis, rara vez produce hemorragias; que cuando el útero sangra en exceso, no interviene la inflamación, es decir, metritis, sino otras causas; que las lesiones descritas en el endometrio no son sino distintas faces del ciclo menstrual. Ellos dividen el ciclo menstrual en cuatro faces ó estados: estado *post-menstrual*, que empieza á los pocos días de la menstruación, encontrando el endometrio con sus glándulas reducidas, estrechadas é íntegras; estado *intermedio*, que comprende desde la terminación del anterior hasta el principio de la faz premenstrual; el endometrio comienza á desarrollarse, las glándulas se hipertrofian y llenan de secreción, el estroma sigue compacto; el estado *pre_menstrual* comprende una semana antes de la menstruación y se observan las mayores variaciones: hipertrofía exagerada; la luz glandular, aumentada; presentan un característico festón en los cortes transversales; el epitelio aparece achatado y desmenuzado; el estroma presenta infiltración celular y aumento del protoplasma. El cuarto y último estado es el *menstrual*, que corresponde á la menstruación, caracterizado por los fenómenos vasculares.

Estos estudios han dado lugar á numerosas investigaciones; Novak, de Baltimore, recoge 339 casos del servicio de Howard Kelly y constata en las menstruaciones normales pero abundantes, hipertrofias mayores de la mucosa; en las menstruaciones escasas, menores reacciones del endometrio, excepción hecha de la anteflexión congénita, en donde hay hipertrofía, señalando que el ovario preside las reacciones de hiperemia y consecutivamente la hipertrofía; la deficiente menstruación sería debida á factores locales que impiden el pasaje de la sangre á la cavidad uterina, explicando así la dismenorrea espasmódica, característica de las anteflexiones congénitas en que la mucosa hipertrofiada obra como irritante de la musculatura uterina, dando lugar al espasmo y al dolor.

Todos los autores llegan á la conclusión de que en el útero de las metropatías hemorrágicas no existen alteraciones que expliquen la hemorragia, indicando que es fuera del útero donde debe buscarse la explicación y causa, deduciéndose que si las modificaciones del endometrio responden á la faz pre_menstrual, había que pensar en el ovario, ya que él preside esas modificaciones.

Los trabajos de Von Kadllen, Novak, etc., echan las bases de la moderna teoría ovárica, sólidamente sustentada por hechos clínicos, fisiológicos y anatomopatológicos. Se ha demostrado que la menstruación se

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

debe á la secreción interna de la glándula intersticial del ovario, por las células luteínicas y las del cuerpo amarillo. A mayor secreción correspondería abundante hemorragia menstrual y vice-versa; pero hay algunos hechos contradictorios, y por eso Pankow, Theilhaber y Kap piensan en una perturbación funcional poliglandular. Otros, en un retardo de la coagulación de la sangre; otros en un aumento de la presión sanguínea.

Pero los modernos estudios de Rouville y Sappey parecen afianzar esta teoría; ellos han encontrado en los ovarios, hiperproducción considerable de células luteínicas, hasta darse el caso de encontrar en casos de grandes hemorragias, pequeñas glándulas diremos, de secreción interna, en el seno mismo del estroma ovárico; en cambio, en las menstruaciones normales, no han encontrado este aumento de las células luteínicas, ni mucho menos formando islotes ó grupos. La patogenia de esta hiperproducción ha sido discutida: para unos es la inflamación, para otros, la congestión ó las perturbaciones tróficas, vasculares ó nerviosas.

Estos estudios anatomopatológicos, que prueban la influencia del ovario y el cuerpo amarillo, han sido confirmados por hechos terapéuticos y experimentales debidos á Seitz, quien inyectando pequeñas dósis de extractos foliculares, en las venas de conejos, produce descenso de la presión sanguínea y con las altas dosis, acción contraria.

Experimentando la acción de la lipamina y del lúteo lipoide, dos preparados aislados del cuerpo lúteo, comprobó que la lipamina retarda la coagulación sanguínea, mientras que el lúteo lipoide la acelera; la lipamina tiene efectos marcados sobre el útero y las mamas, el lúteo lipoide activa el crecimiento de los órganos genitales de las conejas vírgenes; el lúteo lipoide inhibe el período menstrual, la lipamina inyectada en pacientes con amenorrea, produce la aparición del flujo catamenial, pero no tiene efecto sobre la menstruación normal.

Para Macau, de Madrid, las células de luteína contienen lipamina y lutamina, que son congestivos y estimulantes de las modificaciones necesárias para la aparición de la menstruación; el lúteo lipoide sería una hormona isquémica á la cual se debería atribuir la supresión de la menstruación durante el embarazo. Cuando el cuerpo lúteo es insuficiente ó no llega á su completo desarrollo, la lipamina persiste, pero no se forma el lúteo lipoide, hormona isquémica, y entonces aparecería la hemorragia.

Hermann ha usado los lipoides extraídos de la placenta y cuerpo lúteo, obteniendo, en casos de hemorragias profusas por anormalidades de función ovárica, resultados favorables inmediatos, en el 95 por ciento, y resultados satisfactorios permanentes en el 74 por ciento.

El tratamiento actual excluye completamente el raspado y cualquier otra intervención quirúrgica, usándose en cambio la organoterapia y actinoterapia. Zondeck y Esch, han llamado la atención sobre la aparente paradoja observada con la órganoterapia: buenos resultados en los casos de hiperfunción del ovario, especialmente en las metropatías hemorrágicas, y resultados satisfactorios en la hipofunción, como la amenorrea. La rongenterapia y la curieterapia son las que producen mejores resultados; Latzko recomienda la aplicación de 37 á 50 miligramos de radio en los fondos de saco vaginales y, al mismo tiempo, una irradiación débil con rayos X, dejando á las enfermas en oligomenorrea.

El Dr. Castaño emplea la roentgenterapia en las vírgenes, y en las grandes hemorragias, cuando se presentan en mujeres cercanas á la menopausia, con resultados satisfactorios. En los otros casos usa el radio, obteniendo curaciones en el 100 por ciento de sus observaciones. — *Arnaldo Suárez.*

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

Sociedad Peruana de Cirugía

Acta de la sesión del 27 de Setiembre de 1923

Bajo la presidencia del Dr. Aljovín se abrió la sesión científica, en la que el Dr. La Torre refirió un caso de dilatación aguda del estómago.

Viendo el señor Presidente que se había completado el quorum, abrió la sesión ordinaria, con asistencia de los doctores Bello, Busalleu, Campodónico, Carvallo, Dammert, La Torre, Mimbela, Manchego, Morrison, Pazos y Sosa.

El *Secretario* dió lectura al acta de la sesión anterior, que fué aprobada sin observaciones.

En la estación de pedidos y á iniciativa del Dr. Bello, se nombró una Comisión que se encargará de la publicación de los "Anales de la Sociedad Peruana de Cirugía".

El *Presidente propuso* al Secretario de la Sociedad y á los doctores Graña y Carvallo, lo que fué aprobado.

ORDEN DEL DIA: —

El *Presidente* dice que lamentando que el Dr. Villarán, que debía ocuparse de las Amputaciones Osteoplásticas, no esté presente, somete á discusión el caso presentado por el Dr. La Torre en la sesión científica y hace interesantes consideraciones sobre la dilatación aguda del estómago y la deshidratación que produce en el organismo.

En seguida el Dr. *Carvallo* hace el recuerdo de algunos casos que ha observado en su vida profesional y termina indicando la sonda estomacal permanente introducida por la nariz y las inyecciones de pituitrina, como los medios de combatir la dilatación, cuando otros, ya de antiguo conocidos, no surten efecto.

El *Dr. Pazos Varela* refiere un caso de dilatación aguda del estómago, después de una Nefrectomía bien reglada, y hecha sin el menor incidente operatorio.

No habiendo otro asunto de que tratar, el presidente levantó la sesión, siendo las 7 y 50 p. m.

Acta de la sesión científica del 8 de Noviembre de 1922

Bajo la Presidencia del Dr. Pazos Varela y con asistencia de los doctores Campodónico, Dammert, Palma, Sosa, Villarán, Aspiazú, La Torre, Manchego y Quesada, se abrió, á las 7 y 30 p. m. la sesión científica, pues no había quorum reglamentario para sesión ordinari.

El *Dr. Villarán* dijo que se iba á ocupar de dos operaciones que ha hecho últimamente, llamadas amputaciones osteoplásticas. Que aunque todos los cirujanos tienden á ser en sus intervenciones lo más conservadores posibles, desgraciadamente se presenta, en algunos casos, la necesidad de practicar operaciones mutilantes y que se procura que éstas resulten lo menos incómodas para el paciente.

En la primera enferma hizo la amputación osteoplástica de la pierna por osteo-artritis tuberculosa del pie. El procedimiento no es nuevo, pero había sido algo olvidado. Hoy se practica corrientemente en Europa, en donde ha tenido oportunidad de verla ejecutar.

La segunda operación que practicó en una mujer de edad avanzada, también por lesiones de osteoartritis tuberculosa, es una operación

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

enteramente moderna, llamada operación de Della Vedova, eminente cirujano romano, quien tuvo la gentileza de explicársela detenidamente á su paso por esa ciudad.

Desde hace algún tiempo la operación de la desarticulación de la rodilla ha sido reemplazada por la operación de Gritti, pero el Profesor Della Vedova, ha introducido modificaciones de tal importancia, y tan ventajosas para el enfermo, que la convierte en una operación altamente recomendable.

Della Vedova talla, en primer lugar, el colgajo, de modo que la cicatriz sea posterior; en seguida, desarticula la pierna; luego extirpa una cuña ósea de la extremidad inferior del fémur, de modo que quede un colgajo ósteo-perióstico que contiene toda la tróclea femoral, que queda unido por parte del periostio al segmento superior del hueso, y que después se aplica, de modo que se suelde. Por cuanto la cuña sacada del fémur ha disminuído la longitud de éste, ya la rótula no corresponde á la línea interarticular, como sucede en el estado normal, sino que ha descendido, de tal modo que ahora viene á colocarse inmediatamente debajo de la tróclea. El cuadricéps sigue unido á ella y en el otro extremo se hace la inserción de los músculos de la región posterior, semimembranoso, semitendinoso, etc. Resulta como esqueleto un fémur que tiene su tróclea bien constituída y una rótula que se adapta á la extremidad superior y que se mueve merced á la acción de los músculos anteriores y posteriores, que van á mantener así su actividad y que, por lo tanto, no se atrofian.

Con esta operación se puede colocar un aparato protésico que permita el apoyo terminal y es posible mover a voluntad la rótula, lo que le permite cambiar el punto de apoyo y por lo tanto, hacer descansar una parte de los tegumentos cuando están fatigados.

En seguida, el *Dr. Campodónico* dijo que en la radiografía que acaba de tomar de esa enferma, se confirma todo lo que ha dicho el doctor Villarán.

El *Dr. Villarán* agradece al Dr. Campodónico los excelentes servicios de este facultativo.

Después de contestar el Dr. Villarán una pregunta del Dr. Manchego, de la forma cómo se hacía la sutura, el señor Presidente felicitó al Dr. Villarán por su brillante exposición.

En seguida se levantó la sesión. Eran las 8 y 20 p. m.

Acta de la sesión científica realizada el miércoles 15 de Noviembre de 1922

Bajo la presidencia del Dr. Aljovín, y con asistencia de los doctores: Carvallo, Dammert, Palma, Sosa, Villarán, Busalleu, La Torre y Morrinson, se procedió á realizar sesión científica.

Eran las 7 y 20. Se aprobó el acto de la sesión científica anterior, y en seguida el Dr. *Sosa Artola*, hizo relación de un caso de Cesárea abdominal en su servicio del Hospital de Bellavista.

Se trataba de una enferma á la que se había hecho la víspera, en el Callao, dos aplicaciones de fórceps y un intento de versión. Tenía estrechez pelviana y venía febril; era nulipara; el feto estaba vivo. Entonces no vacilé en hacer una cesárea abdominal para salvar á la criatura. A pesar de haberse encontrado con el útero lleno de materias fecales, lo lavó con éter y lo dejó en el vientre.

El feto vivo, con una fractura del parietal, sobrevivió 42 horas, Pesaba 4,000 gramos.

Siempre se ha repetido que cuando se trata de un útero infectado, éste debe extirparse, es decir, debe hacerse una cesárea mutiladora ú operación de Porro. Schauta, iba aún más dejos: sentó como principio que cada vez que se sospechaba á una mujer infectada, la operación cesárea debía ser mutiladora y no conservadora. El Dr. Sosa cree que ese concepto ha variado y debe variar.

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

En su enferma, él abrió el vientre, sacó el útero al exterior, lo incindió ya extraabdominalmente, sacando luego el feto; y aunque la enferma estaba febril y el útero con meconio, ha hecho en ella una cesárea conservadora. Dice que la histerectomía no pone á cubierto de la generalización de la infección. Lo más infectado es el cuello; lo menos infectado el cuerpo. La histerectomía que se limita á quitar el cuerpo dejando el cuello, que es la fuente de la infección no suprime, pues, todo lo infectado.

Cree que el éxito que ha obtenido en esta enferma que estaba en malas condiciones, justifica que se separe de las reglas invariables, anteriormente enunciadas. Son éstas reflexiones las que le dan oportunidad para abrir una discusión tranquila, en la que cada uno pueda exponer su modo de pensar.

Ha hecho 21 operaciones conservadoras, con expléndidos resultados, y termina diciendo que el vaciamiento abdominal de las mujeres embarazadas, que no pueden vaciar su contenido por la vagina, á consecuencia de una estrechez pelviana ó de distocia de las partes blandas, como estrechez de la vagina, releva a un segundo plano toda intervención obstétrica vaginal y que la vagina debe, en obstetricia como en ginecología, encontrar su campo de acción en los casos en que la vía abdominal esté contraindicada.

El *Dr. Busalleu,* dice que hasta el último Congreso de Obstetricia, Bard indicaba la cesárea conservadora en los casos puros, llamando casos puros aquellos en que no se había roto la bolsa de las aguas, no se había hecho ningún tacto y el trabajo había comenzado sólo una hora antes.

Los cirujanos tocólogos alemanes, americanos y últimamente, un espléndido trabajo del brasileño Magalhaes, señalan que los casos puros no deben ser los únicos justiciables de la cesárea conservadora; que ésta puede practicarse también cuando se sospecha la infección.

La cesárea abdominal conservadora, usando la técnica de exteriorización como ha señalado el Dr. Sosa, procurando que el líquido amniótico no caiga en la cavidad peritoneal, permite que la extracción del feto y sus membranas, así como la sutura en tres planos, se practique fuera del vientre. Además, tomando la precaución de renovar los elementos de intervención y el instrumental, hay muchas más garantías para el éxito de la operación.

Muchos autores con estadísticas numerosas, han visto que en los casos en que se ha intervenido con infección, en los partos siguientes, se presentan rupturas del útero, debidas á accidentes ó adherencias á la pared ó al epiplon.

Cree, con los autores modernos, que en los casos infectados debe ponerse en el porvenir de ese útero, un punto de interrogación, y que en los casos grandemente infectados, debe hacerse una histerectomía, si no es posible hacer una vaciotripsia.

Por lo demás, felicita al Dr. Sosa por la marcha del caso que relata y, también, por el concepto que se ha formado del tratamiento por la cesárea abdominal.

El *Dr. Sosa,* dice que haciendo la sutura en tres planos, el útero resiste perfectamente y que toda cesárea abdominal por estrechez pelviana comprobada, debe ir acompañada de la amputación de las trompas, técnica que él ha seguido invariablemente.

Respecto á las adherencias que se presentan entre la pared abdominal y la pared uterina, no sólo se encuentran después de la cesárea, sino que él las ha observado, también, en dos casos en que se había hecho una apendicectomía por la línea media, casos que le obligan á sentar el principio de que la apendicitis en la mujer debe operarse por laparatomía lateral, para evitar ulteriormente, un parto complicado por adherencias uterinas.

El *Dr. Carvallo* se refiere á dos casos observados por él y que habían sido sometidos por otros cirujanos á cesárea abdominal. En el primero comprobó, en la mesa de operación, el diagnóstico que había hecho de ruptura uterina y feto en la cavidad abdominal.

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

El segundo, se refería á una enferma no con estrechez pelviana, sino con distocia de las partes blandas, á quien el Dr. J. J. Mostajo practicó una cesárea abdominal; y un nuevo embarazo tuvo accidentes, debidos á una hemorragia difusa retroplacentaria. El feto estaba muerto, el útero muy dilatado. El doctor Mostajo hizo una operación de Porro, pero sin resultado benéfico, pues la enferma llegó á la mesa en pésimas condiciones.

Por lo que estos dos casos enseñan, cree el Dr. Carvallo que en las distocias insalvables, es conveniente esterilizar a la mujer, para evitar accidentes de gravedad.

El *Dr. Villarán* dice que con el criterio de cirujano general, le es duro admitir que la cesárea abdominal sea preconizada en los casos en que el útero está más ó menos infectado por una estreptococia, como son las infecciones puerperales; que á su modo de ver esto, expone á los graves peligros de la infección peritoneal; que para pensar de otro modo, tendría que inspirarse en una estadística considerable.

El *Dr. Sosa*, cree, que no se pueden sentar criterios concretos mientras no se presenten estadísticas numerosas. Cuando se hace una operación cesárea en útero infectado, las probabilidades de que la enferma muera por infección, son quizás menores dejando el útero, que haciendo su amputación. Si un útero infectado, justiciable de una operación mutilatriz, permite salvar la vida de la enferma, hay que aceptar que histerectomía es capaz de conjurar la infección puerperal.

Por mi parte, dice el Dr. Sosa, he dado el primer paso para iniciar una discusión con razonamientos y estadísticas, sobre un punto que es de lo más interesante.

El señor *Presidente* felicita á los señores que han tomado parte en la discusión y, especialmente, al Dr. Sosa que es, según su opinión, uno de los que más trabaja á este respecto. Cree como el Dr. Villarán que los cirujanos generales no pueden aceptar, como principio, todo lo que el Dr. Sosa ha sostenido.

El Dr. *Sosa* dice que ha hablado de cesáreas por estrechez pelviana, cuando no se puede sacar el feto por otra vía; pues la vía vaginal tiene indicaciones, siempre que el contenido lo permita.

Habiendo hecho el Sr. Presidente algunas consideraciones sobre los procedimientos que se limitan al ensanchamiento de la pelvis, como la pubiotomía y la sinfisiotomía, el Dr. Sosa demostró sus grandes inconvenientes, haciendo resaltar que sólo ensanchan en algo la cintura pelviana en su diámetro transversal y no en el ántero_posterior.

Por lo demás, recuerda que en el parto normal, el cono vaginal experimenta una preparación algo larga para conformar su diámetro al de la cabeza de la criatura, que es de 11 centímetros; mientras que después de la pubiotomía, se hace la aplicación del fórceps y se quiere sacar por el cono vaginal que no tiene preparación, rápidamente al feto.

El Dr. *La Torre* pregunta al Dr. Sosa si hace sistemáticamente la esterilización de los casos de esta clase, y el Dr. Sosa contesta afirmativamente.

En seguida se levantó la sesión, á las 8 y 40 .

Noticias

HONRANDO LA MEMORIA DEL DOCTOR ERNESTO ODRIOZOLA. — Por iniciativa del Dr. Carlos A. Bambarén, la Facultad de Medicina designó una comisión que ha confeccionado el siguiente proyecto de homenaje á la memoria del Dr. Odriozola, ya aprobado. Dice así:

Señor Decano de la Facultad de Medicina. — Nombrados por la Facultad para presentar un proyecto de homenaje á la memoria del que fué decano y profesor de clínica médica, Dr. Ernesto Odriozola, y te_

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

niendo en consideración que es necesario que no se pierda el recuerdo de tan insigne maestro, porque su vida de apostolado es enseñanza útil para las generaciones presentes y venideras; los que suscriben tienen el honor de proponer lo siguiente:

1). — Que se instituya una ceremonia especial, que se realizará todos los años, antes de iniciarse las labores docentes, en la cual la oración de tema libre que se pronuncie, se denomine en recuerdo de tan insigne profesor "Disertación Ernesto Odriozola".

2). — Que la Facultad acuerde, con el criterio que crea más conveniente, el turno que se debe establecer para que todos los profesores de la Facultad desempeñen sucesivamente esta labor.

3). — Que se coloque en el salón de actos de la Facultad, un retrato del Dr. Ernesto Odriozola.

4). — Que conforme una proposición del Dr. Hermilio Valdizán la Facultad procure hacer una edición de los trabajos del Dr. Odriozola, hoy dispersos, en libros, folletos y artículos aparecidos en diversos periódicos científicos.

Salvo mejor parecer de la Facultad. — Lima, Marzo de 1923. — *Julián Arce. — Augusto Dammert. — Carlos A. Bambarén.*

SOBRE LA MUERTE DEL DOCTOR AUGUSTO DURAND. — A título informativo y por el interés que despertó el acontecimiento, publicamos las conclusiones del protocolo de autopsia del cadaver del doctor Augusto Durand:

1ª — Que el doctor Augusto Durand ha fallecido á consecuencia de hernia diafragmática que contenía el estómago, el epiplón, el colon trasverso y algunas asas del intestino delgado.

2ª Que esta afección tuvo su origen mediato en la perforación que le produjo en el diafragma la herida por arma de fuego, que recibió hace cuatro años en Huánuco.

3ª — Que los desórdenes alimenticios que se vió obligado á soportar durante los quince días anteriores al 26 de Marzo último, prepararon el terreno para la crisis de extrangulación de la hernia diafragmática que le aquejaba, desde tiempo atrás, que le sobrevino en la noche de ese día.

4ª — Que la hernia diafragmática extrangulada de que era portador el doctor Durand, es desde el punto de vista médico legal una afección grave y de necesidad mortal; y

5ª — Que el grado de extensión y desarrollo que había alcanzado esta afección, abandonada á su propio curso durante mucho tiempo, y exacerbada por acto propio del paciente, la habían hecho inoperable por la ninguna probabilidad de éxito.

Lima, 9 de Abril de 1923.

Guillermo Gastañeta, decano de la Facultad de Medicina de Lima.

Leonidas Avendaño, catedrático titular de medicina legal de la misma Facultad.

Guillermo Fernández Dávila, catedrático adjunto de medicina legal de la misma Facultad.

Américo Accinelli, director de la Morgue de Lima.

Angel Parodi, jefe de autopsias de este instituto.

M. Adrián Pastor, Manuel Pflucker, médicos legistas de Lima.

J. M. Olivencia, Emilio Muñoz, médicos legistas del Callao.

César Valdez, médico del crucero "Almirante Grau".

SOBRE ASISTENCIA HOSPITALARIA. — Los médicos del Hospital "Dos de Mayo" han elevado á la Sociedad de Beneficencia Pública, por intermedio del Director del Establecimiento, el siguiente memorial, que contiene muy atinadas sugerencias:

Señor Director del Hospital "Dos de Mayo". — Conforme quedó acordado en la reunión que celebró el Cuerpo Médico de este Hospital el 15 del presente, los suscritos, miembros de dicho cuerpo, cumplimos con presentar á usted el siguiente memorial, á fin de que se sirva

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

hacerlo llegar á la Junta de Hospitales de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.

Los conceptos que rigen hoy la asistencia pública del enfermo, son muy distintos de aquellos que la hacían un simple movimiénto del sentimiento humanitario, y lo son también de aquellos otros que instituyeron la Beneficencia llamada oficial, á impulsos de las nuevas ideas que brotaron á fines del siglo XVIII en Europa, al consagrarse los nuevos derechos del hombre.

Estas nuevas ideas aceptan la importancia que tiene para la colectividad, el valor del capital humano y consideran que es menester sanar al hombre enfermo en el más breve tiempo y en la mejor forma posible, dado que se hace un valor improductivo en caso de enfermedad.

La organización hospitalaria antigua no podía satisfacer estos anhelos. En todas partes se crearon instituciones para mejorarla y, entre nosotros, la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, uniéndose á las nuevas corrientes, estableció la Escuela de Enfermeros de los dos sexos, por iniciativa brillante de uno de sus miembros.

Esta obra, que se considera en la moderna técnica nosocomial como un factor importante é imprescindible de la buena asistencia del enfermo, está en vías de desaparecer, como consecuencia de disposiciones adoptadas por la misma institución que la fundase. El cuerpo médico del Hospital "Dos de Mayo" trata de expresar con este Memorial la alarma que le han producido estas medidas.

Como sería innecesario fundamentar la necesidad de personal secundario de asistencia, debidamente instruído en sus funciones, se concreta este Memorial en los siguientes términos:

1). — Que es conveniente para la buena asistencia hospitalaria, la permanencia de las enfermeras y enfermeros diplomados, y que por este motivo debe quedar sin efecto el acuerdo de rebajarles bruscamente el 50 por ciento de los haberes que perciben, disposición que los obliga á separarse de la asistencia de los hospitales de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, cuando han demostrado competencia y conducta irreprochable, dañándose en consecuencia, con su separación, la buena asistencia de los enfermos, que es quizás el principal objetivo de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.

2). — Que urge cambiar totalmente el actual servicio de asistencia nocturna que se da á los enfermos por los llamados "veladores", estableciendo, en su lugar, enfermeros debidamente instruídos y convenientemente remunerados. Los "veladores" son, todavía, un rezago de nuestro antiguo sistema de asistencia hospitalaria.

3). — Que para este fin, se debe restablecer la sección que para sujetos de sexo masculino existía en la Escuela de Enfermeros. Estos, por su naturaleza, deberían quedar bajo la dependencia del médico director del Hospital "Dos de Mayo".

Los médicos del Hospital "Dos de Mayo" esperan que estas sus iniciativas merecerán favorable acogida de la Junta de Hospitales, ya que ellas son el fruto de un acuerdo unánime, nacido del pleno conocimiento de las verdaderas necesidades del Establecimiento. — Lima, Febrero 16 de 1923.

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

Bibliografía

RESUMEN DE TECNICA OPERATORIA por Ch. Lenormant, A. Schwartz, M. Guibé, P. Duval, G. Labey, V. Veau y R. Proust. — 7 volúmenes. — Traducida por el Dr. R. Juliá Rosés. — *Rigoberto Sirera, editor. — (Librería Sintes).* — Barcelona 1922.

La técnica operatoria de los prosectores de la Facultad de Medicina de París, es unánimemente celebrada para que nos detengamos á elogiarla. El éxito alcanzado por la edición francesa, augura la favorable acogida de esta primera traducción española, que correctamente ha presentado la *Librería Sintes* de Barcelona.

En siete volúmenes está contenido el tratado de técnica operatoria.

En el primero, consagrado a la cirugía de la cabeza y del cuello, Lenormant se ocupa, de modo magistral, de las técnicas generales y particulares de las intervenciones quirúrgicas que se pueden realizar en estas partes del organismo.

Schwartz, en el segundo volumen, se encarga de precisar la técnica de las intervenciones en el torax y en el miembro superior. En este volumen hay un capítulo sobre trasfusión sanguínea, agregado a la edición española.

La cirugía abdominal está detallada en el tercer tomo, escrito por M. Guibé .

Las reglas de la técnica quirúrgica de las intervenciones en el aparato urinario y aparato genital del hombre, se encuentran descritas en el tomo cuarto.

Labey estudia en el tomo quinto la técnica de las operaciones en el miembro inferior.

La cirugía del aparato genital de la mujer, especialmente las intervenciones ginecológicas, las expone Proust en el tomo sexto.

Las intervenciones de la práctica corriente y la cirugía de urgencia se encuentran detalladas en el tomo séptimo y último, y es Víctor Veau quien las describe.

La presentación editorial y la traducción, son correctas; por esto puede recomendarse la obra presentada por la casa editora *F. Sintes,* de Barcelona.

PANARKETON. — Agenda Médica Salvat. — Publicación anual. — Forma un elegante tomo de bolsillo, de unas 500 páginas. — Año 1923. — Precio: Tela, 7'50 ptas. —

La Casa Editorial *P. Salvat,* tan conocida de todo el mundo médico hispanoamericano por la edición de sus numerosas y reputadas obras científicas relativas al arte de Hipócrates, ha publicado un libro resumen que compendía en breve volumen lo más substancial de la ciencia médica. Un libro de esta naturaleza es de absoluta necesidad en la profesión médica, y loables son cuantas obras aparezcan con el objeto de facilitar la aplicación inmediata de los conocimientos diseminados en tratados especiales voluminosos, que es imposible consultar á cada momento.

El libro es pequeño, cabe en el bolsillo, sin que moleste por su volumen ni por su peso, para que no sea incómodo llevarlo continuamente; y en este tamaño, contiene todos los datos y nociones útiles y precisas que podría contener una biblioteca.

En el libro que se ha hecho en forma de *Agenda,* el médico podrá inscribir, día por día, sus asuntos más convenientes y precisos.

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

La Cátedra de Anatomía Aplicada en la Facultad de Medicina de Lima

Comunicación presentada a la reunión de Pedagogía médica celebrada en Montevideo

Por el Dr. CARLOS MORALES MACEDO

Profesor de la Universidad de Lima, Miembro de la Academia Nacional de Medicina, de la Sociedad Peruana de Cirugía, etc.

Nacieron las ciencias anatómicas el día en que el hombre antiguo, ya más dueño de sí mismo, se detuvo a pensar en las disposiciones orgánicas que pudieran explicarle los misterios de su propia vida. Inicióse la Anatomía en los albores del pensamiento humano y progresó a medida del desarrollo cultural de la Humanidad. La Historia nos muestra, cada vez con mayor relieve; el concepto anatómico, natural y expresivo, de las más remotas civilizaciones.

Los conocimientos anatómicos encontraron desde un principio una aplicación importante al arte de curar. Con el perfeccionamiento de los medios de investigación, la morfología humana fué estudiada hasta en los más sutiles detalles de su estructura microscópica. Enriquecida por la colaboración incesante de muchas generaciones, la Anatomía del Hombre se ofrece como ciencia perfecta, sólidamente apoyada en la Embriología y en la Anatomía Comparada, con un cuerpo de doctrinas que es la síntesis admirable de toda Biología.

La utilidad médica continúa siendo el incentivo poderoso para el progreso de las ciencias anatómicas, al punto de que las escuelas médicas se distinguen por el adelanto de sus institutos de Anatomía. Juzgando tales adelantos desde el punto de vista del aprendizaje de los futuros médicos, puede afirmarse que la enseñanza anatómica en las facultades de Medicina europeas y en muchas de nuestra América, va perdiendo en valor pedagógico lo que gana en riqueza y profundidad.

En el plan de estudios de muchas universidades, se dedica tres años á la Anatomía; se la enseña mediante la ordenada descripción de órganos y aparatos (Anatomía Descriptiva) y se la répite por el sistema de regiones (Anatomía Topográfica). La extensión de estos cursos *fundamentales* de Anatomía contrasta notablemente con la poca importancia que se da á los cursos *aplicados* (Anatomía Clínica). El alumno no adquiere la disci-

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

plina intelectual que le permite trasladar al organismo vivo los conocimientos que ha adquirido en el cadáver. Y cuando, guiado por sí mismo, trata de encontrar la aplicación médica, se da cuenta de que le es inevitable echar al olvido muchas enseñanzas adquiridas a costa de largas horas de trabajo en las salas de disección.

Tales ideas dominaban en mi espíritu al ascender en 1920 a la Cátedra de Anatomía Topográfica en la Facultad de Medicina de Lima. Al ponerlas en práctica, hube de modificar sustancialmente las antiguas normas pedagógicas. Voy a exponer el aspecto técnico de mis labores en la Cátedra y los ideales educativos que la sustentan. Mirada la presente exposición con proyecciones generales, se encontrará en ella la expresión sincera de una evolución importante que viene operándose en toda la vieja Universidad Mayor de San Marcos y que está destinada a transformar sus normas pedagógicas, adaptándola con mayor eficacia á su alta función de formar el alma nacional, fijando los principios, las direcciones y los ideales de la cultura en el Perú.

HISTORIA. —

Séame permitido evocar los notables conocimientos anatómicos, latentes en el fondo tradicional de la vieja cultura incaica. El estudiante de nuestros días, encuentra un sentido íntimo en las más lejanas y primitivas producciones.

Descúbrese en la lengua quechua una admirable riqueza de voces anatómicas, cuya etimología armoniza con ideas precisas, sobre las formas y funciones de gran parte de las estructuras orgánicas.

Con disección ágil y fina hubieron de proceder los antiguos peruanos al embalsamar magníficamente los cadáveres ó al laborar aquellas cabezas reducidas, en donde se muestra un técnica audaz a la par que un profundo respeto por la forma humana.

Hubieron de conocer su propia morfología quienes practicaron sangrías, amputaron miembros, hicieron cirugía plástica y trepanaron cráneos con fines terapéuticos. En el Perú antiguo el arte de trepanar se practicó en vasta escala y los cráneos que se exhiben en los Museos de América y de Europa revelan que la operación se ejecutaba con notable pericia y siguiendo lineamientos anatómicos. Al modelar el cráneo de los recién nacidos produciendo las más extremas deformaciones, aquellos indios tuvieron la audacia de llevar las modificaciones de la anatomía normal hasta los linderos de la alteración fisiológica. (1).

En la cerámica peruana, valiosa fuente histórica en donde se definen las costumbres y se simbolizan las tradiciones, se revelan también importantes conocimientos anatómicos bajo el su-

(1). — C. Morales Macedo. — *La deformación artificial del cráneo en el antiguo Perú.* — Washington D. C. — 1917.

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

gestivo aspecto de un avanzado culto por la forma humana. La representación de lesiones patológicas, las escenas de operaciones quirúrgicas (2), las reproducciones esqueléticas, los cuerpos disecados que exhiben delicadas extructuras musculares, aquellos admirables "huacos" en los que el artífice dió intensas y variadas expresiones mímicas, acentuando con propiedad la acción de los músculos faciales, están diciendo al arqueólogo que en aquella época, una ciencia anatómica se desarrollaba bajo la sombra halagadora del arte.

Tales revelaciones del adelanto anatómico de los antiguos peruanos llegan hasta nosotros, si bien mutiladas y desviadas por el tiempo, enriquecidas con nuevos matices por la participación afectuosa de las sucesivas generaciones.

La enseñanza oficial de la Anatomía se inició en el Perú en tiempo del virrey Don Diego Ladrón de Guevara, quien fundó la cátedra el año 1711. Cuenta, por lo tanto, con más de un siglo de honrosa vejez durante el Coloniaje y con otro siglo de renovadora juventud durante la República.

En el período colonial florecieron Don Francisco Matute, quien enseñó el arte de disecar y fué el primer demostrador de preparaciones anatómicas; Don Francisco Rua, jurista y médico, maestro del ilustre Dávalos; y por encima de todos, Don Hipólito Unánue, el patriarca de la medicina peruana, quien en 1787 obtuvo por concurso la cátedra de Anatomía en la Universidad de Lima.

Con clara visión del porvenir, Unánue puso singular empeño en la fundación del Anfiteatro Anatómico. "El cadaver disecado y demostrado es la savia y elocuente escuela en que se dictan las más seguras máximas para conservar a los vivientes", decía Unánue al inaugurarse el Anfiteatro, en un discurso que es una profesión de fé digna de ser recogida por nuestros estudiantes como valiosa herencia de su lejano abolengo.

El Anfiteatro fué centro de reunión de esclarecidos médicos; allí dictáronse lecciones de fisiología, de patología y de clínica; y formóse así, en torno de la cátedra de Anatomía, el ambiente de cultura médica que dió lugar en 1811 á la fundación del Real Colegio de San Fernando, que es la actual Facultad de Medicina. Sus ilustres fundadores hicieron de ella un organismo de vida perdurable y en continua evolución, la incorporaron al adelanto científico de la época y la pusieron en marcha sobre las rutas del porvenir.

Celosos guardadores de los prestigios de esta cátedra fueron los que la regentaron durante la República. Merecen mención especial, el magnánimo Don Cayetano Heredia, cuya actuación al frente de la Facultad señala el comienzo del resurgimiento de la profesión médica en el Perú; mi ilustre abuelo Don José

(2). — C. Morales Macedo. — *La trepanación del cráneo y su representación en la cerámica peruana.* — Washington D. C. — 1917.

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

Mariano Macedo; Don Celso Bambarén, quien hizo notables estudios sobre el mecanismo valvular del corazón; y mi buen maestro y antecesor Don Guillermo Gastañeta, promovido a profesor de Clínica Quirúrgica y recientemente elegido decano de la Facultad en reemplazo del inolvidable profesor Don Ernesto Odriozola.

La enseñanza de la Anatomía durante el coloniaje adoleció de los defectos inherentes a una época en que la Ciencia no se apoyaba de firme sobre las bases de la observación y la experiencia; exhibió una marcada tendencia a las discusiones escolásticas, apareciendo casi exclusivamente doctrinaria. Ya en el actual período republicano, siguió de cerca el movimiento científico de la pasada centuria, señalándose una decidida influencia de las escuelas francesas. Necesidades surgidas del natural progreso de la enseñanza médica en el país, impusieron divisiones y subdivisiones de esta cátedra.

PLAN DE ENSEÑANZA ACTUAL. —

El plan de enseñanza médica actual, desde largo tiempo distribuído en siete años de estudios, tiene establecido que debe dictarse la Anatomía Descriptiva en los dos primeros años y la Anatomía Topográfica en el cuarto.

Ingresa un estudiante a la Escuela de Medicina después de haber recibido una apreciable preparación en ciencias biológicas, mediante dos años de estudios en la Facultad de Ciencias Naturales. En las amplias salas del Anfiteatro aprende la Anatomía Descriptiva, dividida en dos cursos, bajo la égida de los catedráticos y la labor educadora de los prosectores y ayudantes. Durante los dos años que dura esta instrucción, el alumno debe dedicar a la disección las tres primeras horas de las tardes. La excepcional facilidad con que en Lima se consigue cadáveres, es poderoso auxiliar de la enseñanza anatómica.

Ya matriculado en el cuarto año, después de haber cursado ciencias físicas y químicas aplicadas á la Medicina, Parasitología, Bacteriología, Histología, Fisiología y Anatomía Patológica, el alumno se inicia en las disciplinas de la cátedra de Anatomía Topográfica.

Las cátedras de Anatomía Descriptiva han cumplido su misión de instruír al alumno, con solidez, en los conceptos y precisión en los detalles, sobre la morfología humana. La cátedra de Anatomía Topográfica va a desarrollar por el contrario un plan esencialmente deductivo, va a aplicar tales conocimientos de manera directa e inmediata a las ciencias médicas.

Antes de ahora, la Anatomía Topográfica enseñaba mediante la descripción cumplida de las muchas regiones en que puede dividirse el cuerpo humano, siguiendo las lineamientos de algunas obras francesas como la del profesor Testut. El alumno repetía por el método de agrupaciones el mismo estudio que dos años

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

antes había hecho, siguiendo la descripción disociada en sistemas, aparatos y órganos.

ORIENTACION PEDAGOGICA DE LA CATEDRA. —

Las innovaciones del actual programa de la cátedra de Anatomía Topográfica, han modificado sustancialmente su orientación pedagógica y las normas de su enseñanza, al punto de transformarla en una Anatomía Aplicada a la Clínica. La Anatomía Aplicada tiene la elevada misión de dar al futuro médico una cultura anatómica, sólida, precisa y útil. Persigue así una finalidad única y bien definida: formar el criterio anatómico; es decir, comenzar a crear en el estudiante un nuevo elemento de juicio, destinado a actuar constantemente en toda faz de su futura actividad profesional.

Para alcanzar los elevados propósitos de una educación bien disciplinada, lista a aplicarse en clínica, es indispensable acostumbrar al alumno a hacer el inmediato traslado de sus conocimientos anatómicos desde el cadáver hasta el hombre vivo. Si la enseñanza emanada del cadáver aspira a ser duradera, debe concebirse y plicarse en el ser vivo.

La aplicación clínica de los conocimientos adquiridos en el anfiteatro anatómico, no debe quedar abandonada al acaso. Si tal sucediera, las complicadas estructuras de una región en cuyos planos figuran órganos de importancia, glándulas y músculos, vasos y nervios, constituirían enseñanzas en gran parte destinadas a olvidarse pronto, sin la evolución y el movimiento que son propios de las ideas bien concebidas. "La Anatomía — escribía un profesor notable — necesita olvidarse diez veces para recordarse una sola vez". En nuestros días esta frase sólo se refiere a los hombres que sonsagran su vida al anfiteatro. El alumno de medicina debe reemplazarla por esta otra: "la Anatomía necesita estudiarse hasta que se adquiera la aptitud para aplicarla constantemente en clínica"; examinar una región del cuerpo humano es hacer un vivo recuerdo de la anatomía correspondiente; y este recuerdo, constantemente renovado ante cada enfermo, llega a ser indeleble.

Tales consideraciones justifican los métodos de esta cátedra, en donde la anatomía estática que sugiere el caráver está reemplazada por una anatomía concebida con verdadero dinamismo fisiológico. Vienen a justificar los esfuerzos del profesor al procurar que los fríos y apagados conocimientos adquiridos en las salas de disección, se enciendan en las lumbres portentosas de la vida.

La Anatomía Clínica, sobre la que tanto se escribe en los actuales tiempos, pone al estudiante en condiciones de que la simple exploración del cuerpo del hombre vivo evoca en él la imagen real de las formaciones anatómicas internas; y así adquiere la preparación indispensable para tener más tarde una idea precisa de las alteraciones patológicas. En el ser viviente el

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

alumno evoca los conocimientos que le diera el cadáver; y al volver al cadáver, probablemente encuentra en él una profunda y obsesionante expresión de vida.

De esta cátedra debe obtener el alumno la disciplina intelectual que le permitirá fundar un diagnóstico sobre sólida base anatómica, que guiará su pensamiento y su mano en la cirugía operatoria, que presidirá la ejecución de algún trabajo científico. Encontrarse ante un enfermo cuya dolencia es un enigma, pensar en la anatomía del órgano que se explora, obtener la clara imagen de su situación topográfica y de las estructuras que lo rodean, es dar un primer paso en el camino del diagnóstico, objetivo central en donde el médico concentra todos los esfuerzos de su pensamiento, porque es la síntesis de muchos análisis. En las normas del diagnóstico, la disciplina intelectual que se adquiere en esta cátedra, — el criterio anatómico — desempeña un rol de primer orden. Los conocimientos de anatomía y el ordenado espíritu que preside su aplicación a cada enfermo, permiten abordar la primera etapa de un mismo proceso intelectual que se repite en cada diagnóstico: anatomía normal, alteración morfológica, alteración fisiológica y repercusión de la enfermedad en todo el organismo.

EL PROGRAMA DE ESTUDIOS. —

El concepto que informa la nueva orientación pedagógica de la antigua cátedra de Anatomía Topográfica, cuya finalidad educativa ahora se dirige especialmente a la clínica, nos ha obligado a innovar en los lineamientos generales del programa de estudios.

La división, clásica por lo antigua, del cuerpo humano en un gran número de pequeñas regiones con límites generalmente convencionales, muchas de ellas superpuestas o con estructuras que también pertenecen a regiones vecinas, ha sido abandonada. En nuestro programa se establece la división en sólo treintaiseis regiones, cuyos límites pueden considerarse como naturales, porque están constituídos por formaciones que establecen una separación rigurosamente científica, que se comprende y se aprecia por la disección. La división anatómica queda así ajustada a las exigencias de la Propedéutica que no puede confinar la exploración clínica a zonas muy reducidas, de la Patología que muestra des sectores limitados por barreras naturales, de la Cirugía Operatoria que actúa entre amplios linderos anatómicos.

Es así como las antiguas regiones supra-hioidea, infrahioidea y prevertebral, á cuyo estudio aislado iba anexa la descripción de la laringe, de la tráquea, del cuerpo tirodes y del esófago cervical, han sido concentradas en una sola "región anterior del cuello", cuyos límites son naturales y bien definidos.

He aquí un segundo ejemplo. Con el nombre de "región del piso superior del abdómen" hemos reunido las seis antiguas regiones: del estómago y esófago abdominal, del bazo, del páncreas,

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

del duodeno, del hígado y de las vías biliares. Bien se comprenden las ventajas de presentar una sola imagen global de las importantes formaciones que están por encima del mesocolon transverso; en efecto, así vamos preparando al estudiante para que al examinar la parte superior del abdómen, al considerar los procesos patológicos que sufre cualquiera de esos órganos, al operar en alguno de ellos, siempre tenga en cuenta las relaciones anatómicas y fisio-patológicas del conjunto.

Por otra parte, la concentración de las antiguas regiones que fraccionan el íntegro cuerpo humano, tiene para nosotros una apreciable ventaja de orden didáctico: la enseñanza se torna menos larga, más precisa y más completa. Es evidente que, sin apartarse de las normas que regulan la docencia en la Facultad de Lima, no es posible en el corto número de lecciones que comprende el año escolar dar cuenta de un programa fraccionado en el que cada región exige al maestro, por lo menos, una lección, y al alumno, una disección especial.

El estudio por pequeñas regiones se hace largo y pesado, porque para cada una de ellas es necesario repetir relaciones y descripciones que comprenden por igual a las regiones vecinas. Al seguir la disposición de un tratado de anatomía que conserva el sistema fraccionado (el de Testut por ejemplo), fácilmente se advierte que con frecuencia los mismos planos superficiales cubren a varias regiones limítrofes y son susceptibles de una sola descripción, que una misma aponeurosis protege las estructuras de varias regiones, que hay músculos que comienzan en una región y terminan en otra, que las relaciones anatómicas de dos o más órganos se repiten dos o más veces al tratar por separado de cada uno de ellos, etc. El estudio de la organización humana, científicamente dividida en grandes regiones, puede hacerse de manera breve e intensa y es de todo punto factible dentro de las posibilidades de una sola cátedra.

NORMAS DE LA CATEDRA. —

Para llevar a buen término la enseñanza, teniendo en mira la alta finalidad educativa de esta cátedra, en cada una de las treintaiseis regiones se ponen en juego las normas pedagógicas que corresponden a los siguientes enunciados:

(1). — *Topografía anatómica.* — Abarca el cumplido estudio de cada región, mediante su disección. Se consideran los límites y la forma exterior, los planos superficiales y profundos, músculos y aponeurosis, vasos y nervios, la sumaria descripción de algún órgano importante, etc. Las estructuras de cada región, convenientemente expuestas en el cadáver, son especialmente contempladas desde el punto de vista topográfico.

(2). — *Anatomía clínica.* — La región estudiada en el anfiteatro es presentada a los alumnos nuevamente en el hospital, con un aspecto más sugestivo. Sobre la desnuda piel de un enfermo que sirve de modelo, se traza los límites de la región, se re-

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

conoce las salientes óseas, los relives musculares, se dibuja la proyección topográfica de los órganos importantes, se traza la dirección de los vasos y de los nervios, se hace el cumplido estudio de las vías de acceso, se expone los procedimientos elementales de observación clínica. Se procura que las estructuras estudiadas en el cadáver, se presenten a la imaginación del alumno evocadas por el hueso que se delínea, por el músculo que se contrae o por la arteria que palpita.

(3). —*Principales aplicaciones.* — La enunciación de las aplicaciones médicas y quirúrgicas tiene por objeto fijar la atención del estudiante sobre la importancia de ciertas particularidades anatómicas y aumentar su cultura médica. Las aplicaciones tienen una importancia educativa de primer orden, pero no constituyen capítulo aparte en el estudio de una región. Son enunciadas a medida que las oportunidades se presentan, tanto en el anfiteatro como en el hospital. Se da preferencia a las aplicaciones más elementales y más frecuentes, como las que se refieren a métodos de exploración, a vías de infección y de propagación, a fundamentos de diagnóstico, a la implantación preferente de determinadas lesiones, a procedimientos usuales de cirugía operatoria, etc.

(4). — *Ejercicios en el cadáver.* — Complemento de la enseñanza en el anfiteatro, es la ejecución de determinados ejercicios que ponen a prueba los conocimientos del alumno en Topografía Anatómica. Consisten en descubrir y exponer algún órgano, generalmente un vaso o un nervio importante, a través de las estructuras intactas de una región. Tienen estos ejercicios gran similitud con los procedimientos de ligadura de vasos, que en otros tiempos constituían parte principal en la enseñanza de la Medicina Operatoria. La moderna evolución de esa cátedra, cuya finalidad es esencialmente terapéutica, ha colocado estas disciplinas en la categoría de simples demostraciones de Anatomía Topográfica.

(5). — *Dibujos anatómicos.* — En la enseñanza de la Anatomía, ciencia objetiva por excelencia, se pone en relieve la importancia pedagógica del dibujo. Propónese al alumno la ejecución de esquemas, cuidadosamente seleccionados, donde se representan de la manera más simple posible los lineamientos generales de cada región. Se aconseja la ejecución de estos dibujos a la cabecera del enfermo, después de haber hecho el correspondiente estudio de Anatomía Clínica. Es conveniente que en época futura el antiguo alumno de Anatomía, al explorar una región y darse cuenta de un tumor ó de una lesión cualquiera, sepa objetivarla implantándola sobre el familiar esquema anatómico. De esa manera se verifica sobre el papel lo mismo que sucede en la mente del clínico: se acerca al enfermo con la clara imagen de la anatomía normal y superpone a ella la nueva imagen de la lesión que ha encontrado.

En el programa detallado de esta cátedra, que siempre está a disposición de los alumnos, se expone por separado las ma-

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

terias que comprende el estudio topográfico de cada región y los puntos interesantes de su anatomía clínica, se enumera algunas de las principales aplicaciones, se señala los ejercicios en el cadáver y se selecciona los dibujos anatómicos.

LABOR DE LOS ALUMNOS. —

El trabajo personal del alumno tiene para el aprendizaje de la Anatomía, un valor muy superior al que emana directamente de una lección del maestro. Misión importante de la cátedra es estimular el trabajo anatómico, orientarlo con altos fines de educación médica y controlarlo, para que la labor escolar durante todo el año dé la medida de la capacidad de cada estudiante.

Durante el año universitario de 1920, esta cátedra funcionó con la ayuda de cuatro instructores o monitores de Anatomía. Merced a esta importante colaboración, el control de la labor estudiantil se verificó en la siguiente forma: se dió oportunidad a cada alumno para disecar las 36 regiones y para demostrarlas en el cadaver y en el hombre vivo; debe ejecutar además 20 dibujos anatómicos y presentar 10 ejercicios escritos. El discípulo goza de la más amplia libertad en sus labores y puede escojer el momento oportuno para presentar sus trabajos, los cuales son recibidos e inmediatamente calificados.

Cada estudiante ocupa una página de un libro especial, en donde se anota en detalle los puntos o créditos que viene obteniendo día a día. La suma de tales créditos marca la calificación a fin de año, con lo cual el antiguo sistema de un examen final ha sido ventajosamente reemplazado por el simple balance del resultado del trabajo diario de cada alumno. El libro permanece a disposición de los estudiantes, quienes al revisarlo aprecian sus propios progresos. Estudiante ha habido que obtuvo el máximum de la calificación aún antes de que terminara el año universitario; muchos se contentan con alcanzar la cifra indispensable para su promoción al año superior; y otros se ven obligados a completar durante las vacaciones el trabajo que no cumplieron durante los meses de estudio.

INFLUENCIA PEDAGOGICA DE LA CATEDRA. —

Carecería esta cátedra del espíritu que domina en las universidades modernas, si al lado de la enseñanza aplicada a la medicina, no tomara en cuenta la influencia de la Anatomía sobre la orientación intelectual del joven estudiante, sobre la formación de su carácter.

El cuerpo humano, en cuya disposición orgánica revela la Naturaleza su más grande maravilla, sólo alcanzada por una evolución gigante al través de los tiempos, exige para su cumplido estudio una disciplina intelectual, una sistematización de las i-

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

deas, cuya importancia pedagógica está por encima de toda argumentación.

La disección metódica y pulcra, estimula la precisión y el orden en el pensamiento y en la acción. El ejercicio anatómico, la búsqueda de un órgano a través de estructuras intactas, tiene los encantos de una investigación científica sobre terreno virgen. Las normas de Anatomía Clínica contribuyen al desarrollo de las altas facultades de observación y de razonamiento.

Y no debemos olvidar que la Anatomía invita al pensamiento a elevarse por encima de las simples consideraciones objetivas, que la organización del Hombre revela en grado máximo los alcances de una evolución biológica, génesis de toda una filosofía. Lo que las formas orgánicas tienen de verdadero y sustantivo obedece a leyes inmutables, a imperativos que se apoyan en la constante relación entre un órgano y la función que ejecuta.

Cada órgano debe presentarse al espíritu del estudiante, no sólo con el concepto de su forma, sino con su significación ontogénica y filogénica. Debe concebirse al Hombre como al avanzado representante de una sola vida, íntegra y armónica, en cuya delicada organización se encuentra escrita toda la historia biológica. Al formarse dentro del claustro materno, reproduce en su embriología la misma evolución que dió origen a la especie humana; en su vida independiente, va siendo el fiel reflejo de la humanidad que le ha precedido. Contemplar los órganos en su alta expresión de vida, encontrar en ellos los vínculos ancestrales del Hombre, equivale a oír la voz de la Humanidad.

Las estructuras complicadas y finas, que revelan la adaptación del hombre a especiales y delicadas funciones, han sido adquiridas a costa de luchas orgánicas grandes y sostenidas. La lucha orgánica es la enfermedad en su concepto más vasto. Por consiguiente, la Anatomía normal que nos enseña un cadáver es el resultado de las acciones y reacciones orgánicas, es decir, de las enfermedades en el pasado; y la Patología, que aprendemos en las clínicas, es la revelación de las enfermedades en el presente. La Anatomía y la Patología están ligadas con la íntima relación que hay entre lo pasado y lo presente.

De acuerdo con las renovadoras ideas que hoy señalan los rumbos de la vida universitaria, cada cátedra es un centro de trabajo y de estudio, de enseñanza en las verdades adquiridas y de estímulo a la producción intelectual. Para ello es indispensable una íntima colaboración entre los alumnos, los instructores y el catedrático.

La arquitectura de la cátedra de Anatomía Aplicada — objeto de la presente exposición — está adaptada para funcionar a semejanza de un mecanismo cuyo movimiento es constantemente renovado. Los instrumentos, los libros, los cadáveres, forman su estructura material; las fuerzas intellectuales que en la cátedra actúan, están constituídas por los propios alumnos, cuyo rol es siempre activo; los monitores, los ayudantes, los prosectores, son importantes organismos auxiliares. El catedrático es el mo-

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

tor central donde convergen las energías provenientes de los alumnos; su misión es recoger tales energías y transformarlas en fecundas actividades.

A propósito del tratamiento del paludismo

Trabajo presentado en la III Conferencia Sud Americana de Patología, Microbiología e Higiene reunida en Montevideo

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL
Laureado por la Academia de Medicina de París

La proximidad de los valles palúdicos de Vítor, Majes, Tambo, Camaná, etc., que desde mucho tiempo atrás han permitido el estudio y observación de cuantioso número de hematozoáricos, nos ha permitido fijar la aplicación de la mejor terapéutica, la desparasitación de los atacados, que es definitiva, sólo a condición que la persona no vuelva a las regiones palúdicas en las que puede infectarse de nuevo.

La terapéutica de la malaria se ha puesto a la orden del día en casi todos los países de Europa, con motivo de la gran guerra, que ha llevado contingentes de regiones varias a campos palúdicos y los ha devuelto a sus zonas indemnes de origen.

El Dr. Seguín ha presentado á la Sociedad de Patología Exótica de París, un notable trabajo a este respecto, que concuerda con completo con nuestra larga práctica y con nuestro optimismo para llegar a la curación definitiva de esta dolencia, siempre que sean oportunamente sentadas las bases de acción científicas, o sea el control del laboratorio en el diagnóstico y en la desparasitación de los dolientes.

Ante todo, es necesario hacer un buen diagnóstico microscópico, absoluto criterio de certidumbre cuando es positivo, no sólo para determinar la clase de parásito, sino aún su estado de desarrollo; pues cuando se ven *esquizontes* de primer ataque, la terapéutica es mucho más sencilla que cuando se observan *gametas*, particularmente las rebeldes que toman la forma semilunar.

Sin ocuparnos de la facilidad del diagnóstico por la presencia de esquizontes en el momento febril del acceso, siempre hemos podido ver al hematozoario por el sistema de coloración de la gota gruesa, previa hemolisis y fijación.

En los últimos tiempos hemos seguido el método que nos hemos permitido llamar de la *eritrolisis masiva* y que, para memoria, vamos a recordar lijeramente.

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

Se reciben de 1 a 3 cm. cub. de sangre en un tubo de la centrífuga, lleno hasta faltar unos 3 cm. cub., por una solución de ácido acético al 2|100 y moviendo al mismo tiempo con una varilla de vidrio. Inmediatamente, pues así se hace la eritrolisis, se centrifuga y arroja la parte superior del líquido, llevando este sedimento, que algunas veces lavamos con suero fisiológico y volvemos a centrifugar, a una lámina de vidrio en donde se fija y colora, apareciendo reunidos los leucocitos y los parásitos que existían en los 2 o 3 centímetros cúbicos de sangre.

El colorante que más satisfacción nos ha dado en los últimos tiempos, por su poder fijador, así como tintorial electivo magnífico, es el Argentoratum de Quimaud, de la Universidad de Estrasburgo.

Con la práctica suficiente y por este método, si observador competente no ve parásitos en el producto de centrifugación, de 2 o 3 centímetros cúbicos de sangre, es que *no hay paludismo.*

Este proceder nos sirve tanto para hacer el diagnóstico como para dirigir el tratamiento y comprobar la desparasitación de los enfermos. La *quinina* constituye el más eficaz e incontrovertible específico contra el hematozoario, así como la *emetina* lo es para combatir la *amibiasis* y la *trementina* la tricomonosis, por cuya razón es élla la que ocupa la cumbre de nuestra manera de actuar.

Con el fin de no tener que recurrir a dosis máximas de este alcaloide, que no siempre son soportadas por los pacientes, hemos reforzado su acción con el arsénico, que es parasiticida del plasmodium y reconstituyente del glóbulo rojo, con el acónito, que es leucógeno y eliminador de toxinas por el sudor, con los polvos de quina integral, cuya acción enérgica y múltiple está bien demostrada, y con la genciana que, como eupéptica y digestiva, favorece la alimentación de los enfermos, aumentando por este hecho la leucogénesis y por ende la fagocitosis.

Además de esta terapéutica por vía digestiva, empleamos la hipodérmica, que rápidamente actúa, de manera directa, contra los parásitos en su mismo campo de acción: la sangre.

Cuatro casos se presentan en nuestra práctica diaria, a saber:

1º — Paludismo sobreagudo o pernicioso.

2º — Paludismo agudo. — a) con Esquizontes. — b) con Gametas.

3º — Paludismo crónico.

1º — *Paludismo sobre-agudo o fiebre perniciosa.* — En este caso no hay tiempo que perder, pues en minutos se puede salvar o perder una vida.

Practicamos en el acto una inyección subcutánea de un gramo de solución de bicloruro de quinina, que repetimos cada tres horas hasta obtener la desaparición completa de los síntomas amenazadores, procediendo en seguida como en el paludismo agudo.

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

2º — *Paludismo agudo. — a) Presencia de Esquizontes en la sangre.* — Colocamos diariamente una inyección subcutánea de un gramo de bicloruro de quinina, hasta la desaparición completa de esquizontes en la sangre, comprobada en dos exámenes sucesivos por medio de la *eritrolisis masiva*. Administramos al mismo tiempo, por la vía bucal, lo siguiente:

Los 3 primeros días, dos píldoras en la mañana, al medio día y en la noche, así compuesta cada píldora:

Rp.	Arseniato de hierro	0,001	(un milgr.)
	Bicloruro de quinina	0,30	
	Polvos de quina.	á	
	Polvos de genciana	0,15	
	Polvos de acónito	0,005	(5 milgr.)

m. s. a. para un píldora ú oblea. (1).

Los otros tres días: dos píldoras al medio día y dos en las noches.

Los últimos cinco días: dos píldoras al acostarse.

Las píldoras serán tomadas con limonada.

Desde el primer día tomarán, además, 30 gotas de:

Rp.	Extracto fluído de quina	aá	
	Extracto fuído de kola	20	g.
	(Gotas)		

después de los alimentos.

Desde el primer día procuro para los enfermos una alimentación lo más sustancial posible e impongo el mantenerlos en cama, no sólo para atenuar los síntomas ruidosos que en veces provoca la quinina, cuanto para favorecer con el reposo las defensas orgánicas.

Casi siempre al cabo de once días, la desparasitación es completa. Entonces, o en veces antes, he cesado la colocación de inyecciones, continuando el tratamiento por la vía bucal.

Desde el día 12º y por otros once días, repito la terapéutica digestiva en la misma forma anterior, sin más alteración que la supresión de las inyecciones de quinina; al cabo de los 22 días, casi siempre he obtenido *la curación definitiva de los palúdicos agudos con esquizontes*, a condición *indispensable de que no vuelvan a las zonas palúdicas*, en las que, si no toman las precauciones debidas, serán indefectiblemente víctimas de una nueva infección, por parásitos nuevos, inoculados por nuevos anofeles.

En la fórmula anterior hemos hecho modificar las sales de quinina, según que se trate de enfermos nerviosos o de hepáticos, substituyendo al clorhidrato, el valerianato y el bromhidrato, en el primer caso, y el salicilato en el segundo.

(1). — Las casas norteamericanas de Parke, Davis y de Mulford, las preparan garantizando la dosis y la pureza de los medicamentos.

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

b). — *Presencia de gametas en la sangre.* — En este caso mucho más rebelde que el anterior, dspués de hacer los 22 días practicados como se acaba de indicar, desde el día 23 se procede así:

Los tres primeros días tomará una píldora, en la mañana, al medio día, y en la noche, con limonada.

Los tres días siguientes, tomará una al medio día y otra en la noche.

Los cinco últimos días, una sola al acostarse, tomando, desde el primer día, las gotas de quina y de kola en los alimentos.

Repetirá tres veces más, en igual forma, el régimen de estos últimos once días.

En suma, cuando hay *gametas* en la sangre, se hacen los primeros veintidós días el tratamiento del paludismo agudo con esquizontes, siguiendo sin interrupción cuarenta y cuatro días más, la forma que acabamos de exponer en el párrafo anterior.

3° — *Paludismo crónico.* — Condición sine qua non para el éxito en el paludismo crónico, es la de abandonar definitivamente las zonas palúdicas.

De cada caso particular, de la mayor o menor cantidad de lesiones que presentan los órganos de los pacientes, de la manera de reacción ante los medicamentos, depende el método que debe emplearse, que no siempre conduce a un fin favorable, por la destrucción que el parasitismo ha determinado en el elemento orgánico noble de los atacados.

Se principiará por el tratamiento anterior, siguiendo, después de los sesenta y seis días, la ingestión de una píldora antipalúdica en las noches, durante varios meses, tomando en los alimentos siempre la quina y kola, como poderosos reconstituyentes.

PROFILAXIS MEDICAMENTOSA DE LA MALARIA. —

No vamos á exponer los métodos que se han seguido por los prácticos para establecer la profilaxis medicamentosa del paludismo, sino, simplemente, a manifestar algunos hechos que hemos observado personalmente.

En los valles cercanos a Arequipa (no hay terciana en esta ciudad), el comienzo del paludismo coincide con la aparición de anofeles y dura tanto como éllos, es decir, desde mediados o fines de Octubre hasta mediados o fines de Mayo.

Individuos que han ingerido *diariamente*, durante todo este tiempo una píldora ú oblea de la formuladas, *cada tarde, sin faltar una sola, no han adquirido el paludismo,* sin tomar ninguna otra precaución. Los anofeles infectados inoculan los parásitos, pero éstos no proliferan en el medio quinínico que crea este método.

Los que han hecho esta ingestión, durante siete, ocho o nueve meses consecutivos por año, durante varios años, no sólo no se han resentido de esta medicación, sino que han presentado

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

muy buena salud, magníficos colores y con un porcentaje de glóbulos rojos sanguíneos, que sólo se observa en los climas de altitud.

Cuando viajeros transitan las comarcas, teniendo que atravesar valles palúdicos, basta con que ingieran la dósis arsenio-quínica mencionada, cada una de las noches que se hallan en dichos valles, hasta la siguiente de aquella que lleguen a las regiones indemnes.

CONCLUSIONES. —

1ª — El paludismo de gravedad inusitada, cuando no se medicina, es una enfermedad esencialmente curable.

2ª — Las preparaciones de quinina, constituyen el específico electivo, como el neosalvarsan lo es para la treponemosis y la trementina para la tricomonosis.

3ª — La terapéutica difiere, según se trate de las formas sobre-agudas o perniciosa, aguda con esquizontes, aguda con gametas o crónica.

4ª — La mejor profilaxis, la más práctica, es la que consiste en la administración cuotidiana, vespertina, de la combinación arsenio-quínica, durante el tiempo de desarrollo de la malaria en las regiones infectadas.

La vacunoterapia en las afecciones pulmonares

Por el Dr. JUAN MINET

Profesor de Terapéutica en la Facultad de Medicina en Lila

Nacida en Inglaterra, por las labores de Wright, la vacunoterapia de las afecciones pulmonares, ha sido estudiada en Francia y otros países. Abarca más de tres años el estudio en que me he empeñado realizar con mi amigo *Benoit,* preparador en el Laboratorio de Terapéutica en la Facultad de Medicina de *Lila.*

Al principio intenté hacer uso de verdaderas auto-vacunas, pero muy de prisa, me pareció su preparación poco práctica, dada la desigual rapidez de desarrollo de los gérmenes contenidos en los esputos: no fué siquiera posible reproducir "la imagen" de la flora pulmonar.

En seguida he empleado vacunas de un tipo especial, que con *Benoit* he designado con el nombre de "Vacunas adaptadas" intermediarias, entre las auto-vacunas y los stock vacunas; des-

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

pués de un examen minucioso de los gérmenes de los esputos, hacía reproducir fielmente, con ayuda de cultivos microbianos diferentes, la flora bacteriana del enfermo; así se obtuvo una vacuna mixta, bien adecuada a esa flora y variable en cada sujeto.

Empero, si tal proceder era practicable para las afecciones crónicas del pulmón lo era menos para las enfermedades subagudas, y menos aún para las enfermedades agudas; pues es preciso actuar cuanto antes y causa atrazo perjudicial la fabricación de Vacunas adaptadas a la flora de los esputos. Me propuse entonces hacer uso en Pulmonías, Bronquiopulmonías, Congestiones pulmonares, de Stock Vacunas, en que cabían los huéspedes más frecuentes de las vías respiratorias, en las proporciones en que aparecieron lo más a menudo.

Me tocó la dichosa sorpresa de conseguir con esos "Stock-Vacunas" resultados tan buenos en las pulmonías, como los alcanzados con "Vacunas Adaptadas" en el curso de las bronquioneumonias y Congestiones pulmonares. Generalicé después el uso del stock vacuna a los casos agudos, en los que usaba anteriormente las vacunas adaptadas; la Congestión y la Bronquiopulmonía se encontraron tan bien, tanto con una como con la otra vacuna.

He usado después la "stock vacuna" en las afecciones respiratorias crónicas, con no menores éxitos, que los que había obtenido con las "Vacunas Adaptadas".

Desde hace tiempo empleo dos vacunas: una para las afecciones respiratorias crónicas: Asma, Enfisema, Bronquitis crónica, Catarros bronquicos, Infecciones secundarias de la tuberculosis pulmonar que, en último análisis, se compone de:

Neumococos	20 Millones
Tetrágenos	40 Millones
Micrococus Catarrhalis	40 Millones
Estafilococos	400 Millones

La otra se encamina a las afecciones respiratorias agudas: Pulmonías, Bronquio-pulmonías, Congestiones pulmonares, Abcesos del pulmón, Bronquitis agudas, Grippe, etc.; se compone de

Neumococos	100 Millones
Estreptococos	50 Millones
Estafilococos.	350 Millones

Se esterilizan por calentamiento discontinuo; y se coteja su esterilización en el animal: conejo o ratón blanco. En el trascurso de estos últimos meses he añadido a cada cual de estas fórmulas un tanto de bacilo piociánico: 100 millones; los resultados terapéuticos salieron aún mucho mejores.

Pasan de algunos millares los enfermos atendidos por mis colaboradores y por mí, en la Clínica Médica del Hospital "Saint

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

Sauveur" en Lila, y en todos, los resultados han sido muy satisfactorios.

I. — VACUNOTERAPIA DE LAS AFECCIONES PULMONARES CRONICAS

Vacunoterapia en el Asma. — Los primeros resultados fueron sumamente alentadores en esa clase de enfermos. Estos éxitos me encaminaron a extender a todas las afecciones del aparato respiratorio una terapéutica que probé, sin gran convicción. En 1 por 6 los resultados se quedaron negativos; en el resto: por el contrario, se logró notable mejoría o también, completa cura en enfermos rebeldes hasta entonces, a las diversas terapéuticas antiasmáticas. En particular, me acuerdo de un tenedor de libros en las cercanías de Lens, atacado desde hacía 20 años de asma esencial, con seria repercusión sobre el estado general; de un agrimensor, jefe de una importante Sociedad minera, el cual, como no podía quedarse en la cama, había comprado una butaca articulada de Dupont, para descansar en las noches; de un contratista en Roubaix, víctima, desde la niñez, de crisis que tenían el aspecto subintrante y le obligaban hacer cama por varias semanas cada dos o tres meses; de la mujer de un cófrade, que se volvió morfinómana como consecuencia del uso desmesurado de inyecciones de morfina, etc. No podría referir aquí, siquiera en algunas palabras, todas las observaciones que registra mi estadística; se mantienen, lo repito, las curaciones desde dos años y medio o tres años; y fueron conseguidas por medio de una o dos inyecciones de vacuna, lo más á menudo con una decena de inyecciones, una cada dos días, trascurriendo cinco o seis días entre la quinta o sexta: sólo en un caso por diez, fué preciso volver a empezar después de algunas semanas otra serie de inyecciones, para completar un resultado a veces imperfecto.

Vacunoterapia en el Enfisema Pulmonar y Catarros Bronquicos. — Así como los asmáticos, los enfisematosos y los catarros bronquicos me han proporcionado hasta ahora tal número de mejoras y curaciones, que puedo para ellos también, encomiar sin reserva la vacunoterapia. Entre mis numerosas observaciones encuentro a un enfisematoso de larga duración, atacado de bronquitis con congestión de las bases desde hacía un año, que había resistido a las medicaciones de costumbre y que sanó de todos los fenómenos bronquíticos por una serie de inyecciones de vacuna y mejorado de su enfisema, a pesar de la antigua fecha de éste.

Algunos casos se mantienen desde hace dos años y medio, sin que haya notado recidiva.

Por término medio, puedo decir que dos tercios de los enfisematosos han mejorado. Excepcionalmente no ha habido mejoría alguna. En algunos raros casos, sólo he notado escasa disminución de la expectoración y los síntomas funcionales. En el mayor número, la expectoración ha disminuído notablemente o del todo desapareció, la disnea, tan penosa para el enfermo, siguió el

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

mismo progreso; y los síntomas locales de enfisema — inspiración corta y expiración prolongada — se atenuaron también.

He atendido, también, a enfisematosos verdaderos, con bronquitis, así como a catarrosos sin enfisema; los resultados se superponen enteramente a los obtenidos en el enfisema pulmonar.

He tratado aún por la vacuna, a algunos antiguos bronquíticos crónicos, producidos por los gases en la última guerra, que mejoraron mucho, por ese tratamiento.

En resumen, parece que con estas vacunas, hay un método terapéutico, hábil para aliviar siempre y sanar a menudo a enfermos que las terapias usuales, por lo común, dejan en el triste estado en que se están desde hace mucho tiempo.

Vacunoterapia en las afecciones asociadas a la tuberculosis pulmonar. — Convencido que las infecciones asociadas a la tuberculosis pulmonar juegan un papel hasta ahora demasiado descuidado, me he esforzado, al atender a un tuberculoso, en unir, con la terapéutica general antituberculosa, medicaciones que puedan actuar, cuanto sea posible, en contra de las infecciones secundarias. Como los medicamentos químicos sólo producen fracasos, me propuse emplear la vacunoterapia. Se entiende que en ningún modo he tratado de administrar vacuna espesífica, que está y queda aún por hallar. A ejemplo de Bruschettini, inyecté á muchos tuberculosos la vacuna polivalente fabricada con los huéspedes habituales de las vías aereas, y de la cual hago uso en los catarrosos.

De la misma manera que con las afecciones crónicas del pulmón, he procedido por series de diez inyecciones, una cada dos días, descansando cinco o seis días entre la quinta y la sexta inyección.

Nunca advertí reacción alguna, penosa o inquietante. Cada tuberculoso soportó el tratamiento, como cualquier otro enfermo. No he advertido ningún brote congestivo, ni hemoptisis después de las inyecciones.

La expectoración siempre disminuía, se hacía menos purulenta y me ha parecido que el alivio en el estado general, se ha debido en gran parte, á la vacunoterapia de las infecciones secundarias, que reforzaba a la terapéutica antituberculosa general.

II. — VACUNOTERAPIA DE LAS AFECCIONES PULMONARES AGUDAS

Pulmonías, broncopulmonías, gripes y sus complicaciones. Al emplear la vacuna en el curso de las pulmonías, broncopulmonías, congestiones pulmonares agudas, he observado una especie de choque brutal, intenso, con expectoración que recuerda la del edema agudo del pulmón, seguida inmediatamente de curación completa. En un caso de bronconeumonia acaecida en una niña de siete años, que tenía una duración de mes y medio, una sola inyección desencadenó la crisis que acabo de describir, seguida al día siguiente de desaparición completa de todos los síntomas subjetivos.

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

En otros casos la curación se ha producido sin los fenómenos alarmantes, sin expectoración. En una joven de 18 años, atacada a la vez de otitis bilateral aguda, con accidentes meningeos bastante graves, y pulmonía que invadía todo el pulmón derecho, así como la base izquierda, una sola inyección de vacuna hizo desaparecer a las 36 horas todos los síntomas otíticos, meningeos y pulmonares, a tal punto que las personas se preguntaban "si acaso no se había soñado".

Cuando no logré actuación inmediata evidente, el estado general de los enfermos sacó provecho de la terapéutica vacunal, pues, se engendraba una especie de euforia, en pulmonías ó bronco pulmonías, sumamente graves.

En el curso de infecciones pulmonares agudas, inyecté la vacuna a niños, a adultos y ancianos. *Siempre, o casi siempre,* conseguí resultados satisfactorios, inmediatamente o con más largo plazo. Nunca noté accidentes; sin embargo, la presencia de una nefritis crónica anterior, me ha parecido contraindicación formal.

En la temporada de gripe, ya para anticipar complicaciones respiratorias, siempre posibles; ya para tratarlas, una vez declaradas, he usado la vacuna, y en la inmensa mayoría de los casos he observado mejoría sorprendente.

En las infecciones pulmonares agudas, simples, sin complicación cardiaca, renal ú otra, se puede inyectar de una vez stock vacuna, con 500 millones por centímetro cúbico y repetir la inyección, si es necesario, cada dos días y también cada día. Si el corazón o los riñones están comprometidos por la infección, es oportuno empezar con dosis de ½ centímetro cúbico. Por fin, en el caso de nefritis anterior es menester usar la vacuna con suma prudencia.

¿Cómo actúa la vacuna? Facilita la inmunización rápida del organismo? ¿Produce una acción por choque, cuyo desarrollo se nos escapa? No lo sé. La primera de las hipótesis corresponde al caso en que la curación se hace con cierta lentitud, como si el organismo, bajo la influencia de las inyecciones vacunales, se hace cada día más resistente; la segunda corresponde mejor al caso en que la inyección vacunal produce después de un tiempo relativamente corto, una crisis saludable.

Prensa Médica Americana

THE ALLEVIATION OF PAIN IN SEVERE AND FATAL ILLNESS, by J. L. Corning. — (*"New York Medical Journal"*, Diciembre 1922. — El autor comenta algunos de los factores que exaltan o paralizan nuestro instintivo miedo á la muerte, los que el profesional debe mirar con la mayor atención, cuando se ingertan en afecciones serias de probable evolución fatal. Entre ellos algunos son conscientes y

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

en parte incubados por la ignorancia del enfermo, tales las exageraciones sobre el valor patológico de los síntomas, otros inconscientes, como las distintas formas de delirio, que falsean y agravan la realidad. Entre los que neutralizan el horror a la muerte, llevando al paciente hasta desafiarla a veces, el principal es tal vez el dolor físico insufrible. El médico tiene entre sus deberes primordiales, el de alejar con sagacidad y benevolencia de la mente del enfermo, tales alucinaciones que amargan la dolencia y hacer juntamente todo lo posible por suprimir el dolor físico, y, en las situaciones contradictorias en que al respecto, le colocan muchas veces para el empleo de los analgésicos, el mal estado del corazón y los riñones, el práctico no dejará de usarlos, pero si simultáneamente con los correctivos indispensables, tonicardiacos, diuréticos, etc., pues, esa es la conducta no sólo más humanitaria, sino así mismo, más científica, visto que el dolor puede actuar como el máximo depresor. — *Dr. C. Aubry.*

PHYSIOLOGICAL IODINE, by A. Judson Quimby. — En este trabajo el autor discute someramente, lo que se refiere á la acción fisiológica del yodo, pero, en cambio, aporta abundante y muy práctica información clínica, que afianzan y extienden los conceptos sobre la terapéutica de este metaloide, en algunas alteraciones y enfermedades crónicas. La sola influencia del yodo que hay en la naturaleza, explica ya algunos de sus usos medicamentosos, según el autor; así, a su preferente presencia en los climas marinos, se debe seguramente el vigor exhuberante y la rareza de la arterio-esclerosis, entre la gente de mar. Las dos eficaces acciones sobre el metabolismo y la circulación, el autor las ha podido corroborar en su larga práctica, tanto por lo que concierne á la segunda de las acciones, en las hipertenciones que anticipan la arterio-esclerosis, como en ciertas de sus formas ya constituídas. A este respecto sus ocupaciones absorventes como radiólogo, le han permitido en sí mismo neutralizar el efecto senilizante de los rayos X, con una sostenida medicación yodada. En su investigación clínica también se ha orientado por una aplicación muy interesante y poco conocida del yodo; así, en las astenias nerviosas y musculares ha podido constatar á saciedad, la inmediata recuperación del tono nervioso y muscular, estado, pues, que parece á menudo ligado á un hipoyodismo fisiológico probablemente correlativo de la reducida actividad de la tiroides. Se puede, según el autor, agrupar como cardinales los siguientes efectos del yodo: 1º, el incremento de vitalidad, particularmente con hiperactividad respiratoria, que produce la impresión de respirar oxígeno ú ozono; 2º, el aumento y regularización de la circulación cutánea, á la vez que se reparan las depresiones mental y física; 3º la estimulación de algunos aparatos glandulares y de ciertas vísceras; y 4º, el cardinal efecto sobre el metabolismo y la circulación, que por intermedio de la vaso-dilatación capilar, se convierte en antiesclerosante. Si nuestras reservas de yodo fisiológico sufren de ordinario bajas, por los trastornos digestivos que entorpecen la asimilación del yodo alimenticio, y por las alteraciones de la tiroides, que es la gran depositaria, es necesario cubrir esa deficiencia, y á este respecto la provisión que pueden dar los alimentos en tales casos es insuficiente y difícil de regular, por eso debe preconizarse cualquier preparado yódico, y entre ellos el autor prefiere la tintura ordinaria ó alguna variante; una dosificación pequeña de uno ó dos gramos del metaloide, por año, dado en series de una semana por mes, es el mejor medio para evitar y corregir algunas afecciones crónicas, como los trastornos que acarrea la frecuente escasez del más vital de los elementos inorgánicos de nuestro cuerpo. — *Dr. C. Aubry.*

NEUROSYPHILIS AND NEUROTROPIC STRAINS, by J. A. F. Pfeiffer. — En este trabajo se revisa la producción más reciente, que concierne a la etiología particular de la Parálisis General y el Tabes, especialmente en lo que se refiere á precisar la existencia de una

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

variedad de treponema, con predilección a colonizar en el sistema nervioso.

Entre los trabajos estadísticos son los más importantes los de Mattauscheck y Pilcz, pero la índole de estos trabajos no permite en el mejor de los casos, sino ayudar en la elaboración de conclusiones. Entre los estudios clínicos muchos tienden á apreciar, las peculiares condiciones del terreno nervioso, a las cuales se sumaría, con cardinal importancia, la insuficiencia de la tiroides. Entre los estudios de histología y bacteriología, merecen contarse en primer término los de Valente, que por punción cerebral ha estudiado, en vida de los pacientes, el germen y también la anatomía patológica de los centros invadidos, no encontrando ninguna distinción morfológica, ni de colorabilidad con el treponema ordinario.

En cuanto á los estudios experimentales en el animal, que son los más numerosos, parecen ser los más infructuosos; basándose en la suposición de Ehrlich, de que fuera una variedad de espiroqueta muy resistente, la productora de las lesiones nerviosas, los autores, han tratado de distinguir dos variedades: la una gruesa y la otra delgada; la primera lesionaría en forma circunscrita, la delgada difusamente; para algunos la forma gruesa ha sido considerada como la variedad neurotrópica. Los trabajos experimentales prueban la similitud de actividad patológica en ambos tipos, siendo hasta el presente, por las experiencias, ilusorio creer en la existencia de una raza de treponema neurotrópica. Si la clínica inclina á veces al neurotropismo, la investigación de laboratorio la rechaza, dejando el problema suspenso.

Alguien ha observado ya, que con la experimentación en el animal, se pueden sólo estudiar incompletas ó deformadas algunas de las fases de las infecciones humanas, deficiencia tangible en el presente caso; pues la experimentación busca muy unilateralmente en el germen solo, la causa de su desarrollo y pululación en el tejido nervioso, suprimiendo el estudio de las particulares y favorables condiciones que probablemente presenta ese tejido, y en general el organismo enfermo. La clínica que emplaza el problema en su unidad total, será la que entrevea la solución del problema. — *Dr. C. Aubry.*

LA ENCEFALITIS LETARGICA Y SUS AFECCIONES SECUNDARIAS, por el doctor *Max Nonne.* — *(Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo.* — Noviembre y Diciembre, 1922).

Estudio de las formas epidemiológicas de la encefalitis letárgica, insistiendo sobre el valor diagnóstico de la forma: enfermedad general de carácter agudo y aspecto febril atípico, que ofrece en el sistema nervioso un conjunto de síntomas sin relación mútua. Pasa en revista las asociaciones sintomáticas más frecuentes, sobre todo el Parkinsonismo y sus relaciones con las lesiones encefálicas y de los cuerpos estriados. También menciona lo que se sabe sobre etiología específica y sobre el rol del diploestreptococo pleomorfo de Wiesner.

En cuanto al tratamiento, y para los casos agudos, refiere el autor los excelentes resultados obtenidos por el uso de la solución de Pregl, por vía endovenosa, en dosis crecientes, hasta llegar á un total de 6 á 800 cc., y también con utropina, por la misma vía y á dosis de 4 á 8 gramos cada tres días.

LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN EL URUGUAY, por el doctor *Víctor Zerbino.*

El autor divide el estudio en tres capítulos:

En el primero, dedicado á las consideraciones estadísticas, pone de relieve las causas de error en la verdadera apreciación de la tuberculosis infantil. Critica el procedimiento corriente de referir la mortalidad á la mortalidad general, haciendo notar las variaciones de los factores de mortalidad y las distintas proporciones de mortalidad absoluta á distintas edades. Presenta los datos estadísticos referentes el quinquenio 1913-17. Y hace resaltar *la importancia que adquiere la tuberculosis como factor de mortalidad, refiriendo ésta á la población y no al total de defuncio-*

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

nes. En esta forma obtiene las cifras de 2.89 por 1.000 h., de 0 á 3 años; 0.40 por 1,000, de 3 á 15 años; 2.46 por 1.000, de 15 en adelante.

En el segundo capítulo estudia los elementos etiológicos, señalando los caracteres locales de la herencia, del contagio por alimentos (leche, carne), y deteniéndose especialmente en el estudio de las circunstancias del *contagio humano, sobre todo familiar*, concluyendo que el gran factor etiológico de la tuberculosis infantil está en las contaminaciones repetidas, prolongadas y masivas del medio familiar tuberculoso. Define el rol de las contaminaciones fortuitas y reduce la importancia de las alimenticias.

En el último capítulo pasa revista á las formas clínicas, tomando por base un estudio estadístico de los casos observados en la Clínica de Niños del Profesor Morquio; señala el concepto que debe tenerse de las formas latentes, de las que hace dos grupos: uno, que representa formas de defensa y de inmunización; otro, que significa un primer paso, pronto sobrepasado, en la marcha evolutiva, á veces aguda *(tuberculosis oculta evolutiva)*. Hace, luego, consideraciones someras sobre cada forma clínica, para concluir bosquejando un cuadro de la evolución progresiva de la tuberculosis en el niño, en su marcha oscilante entre las defensas y los ataques (reinfecciones, sobreinfecciones, auto y heterogéneas).

CIRUGIA DE LA CONSTIPACION, por el doctor *Alberto Mañé*

Establece el autor que la constipación no es una enfermedad que requiera un tratamiento quirúrgico sino en muy pequeño número de casos: sólo cuando va acompañada de fenómenos de intoxicación graves y resiste á todos los tratamientos médicos, higiénicos, etc.

Las constipaciones acompañadas de dilatación del ciego y movilidad anormal del mismo, curan en un gran porcentaje de casos con la ceco ó cecocoloplecatura y cecopexia consecutiva.

No es partidario de la cecopexia por el método de Wilms, en nido de paloma, ni por el método de Klose, operaciones que pueden presentar en algunos casos verdaderas dificultades y que son largas para su ejecución.

Prefiere simplemente el método de Duval: fijación al tendón de psoas, ó como lo hace Delbet, á la pared anterior ó posterior, operaciones mucho más sencillas y de rápida ejecución.

En caso de pericolitis membranosa, el simple debridamiento de las adherencias cree que está condenado á un fracaso, á pesar de lo que afirma Jackson, cuando asegura curar así á un 75 por ciento de los casos, y á pesar de que en sus 10 operaciones publicadas en 1913, dice haber tenido diez éxitos.

Completando el debridamiento, siempre efectúa cecoplecaturas y cecopexias complementarias.

La resección parcial del ciego es una operación que también ha efectuado tres veces con excelente resultado inmediato en los tres casos y definitivo en dos de ellos. Consiste en la resección del ciego entre dos bandeletas, la anterior y la externa, y en la sutura á dos planos. La cree indicada en los casos en que las paredes del ciego son muy delgadas y las suturas necesarias para efectuar una cecoplecatura no ofrezcan la suficiente garantía de solidez que se necesita en estos casos.

"La tiflosigmoidostomía es una buena operación. Nos ha dado muy buenos resultados. No creo que también lo sea la ileosigmoidostomía. Sin embargo, después de efectuada, si su funcionamiento no fuera perfecto, en el caso de que las materias refluyeran hacia el colón con todo su cortejo de síntomas, graves algunas veces, debe completarse con una cecosigmoidostomía, convirtiendo así la operación primitiva en una anastomosis en Y.

"Siempre hay reflujo y el antiperistaltismo del colon existe, pero esto no debe hacer abandonar las anastomosis en el tratamiento de las estasis intestinales, sobre todo si éstas tienen como causa ocasional la atonía del ciego ó la cecotiflitis crónica. En esos casos el drenaje del colon se hace perfectamente y la anastomosis evita el pasaje de las materias á través del segmento enfermo.

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

"Pero, lo repito: la mejor anastomosis, es la cecosigmoidostomía.

"Creo que la colectomía debe ser una operación de excepción, y que sólo debe efectuarse cuando otras intervenciones han fracasado ó cuando el intestino presenta alteraciones profundas de sus paredes.

"Es siempre una operación grave, que requiere un largo tiempo para su ejecución y que hace correr grandes riesgos al enfermo que la sufre.

"No estoy de acuerdo con las afirmaciones de Lane y Pauchet, que presentan la colectomía como una operación sencilla, de corta duración, y que da un porventaje de muertes insignificante".

APENDICITIS CRÓNICA, por el doctor *Alfredo Navarro.*

El autor trata de demostrar que la apendicitis crónica primitiva no existe; después de definirla y de oponerla clínica y anatómicamente á la apendicitis aguda, muestra que se cometen dos clases de errores. Hay enfermos operados por apendicitis crónica primitiva que tienen otra enfermedad de órganos lejanos: estómago y duodeno, vesícula biliar, anexos ó peritonitis tuberculosa, ó bien, tienen una enfermedad de la fosa ílíaca que no se conocía cuando se creó la historia de la apendicitis crónica primitiva, y que son la pericolitis y las alteraciones de evolución del colon proximal. Trazando la historia de la evolución de las ideas en esta cuestión de patología, el autor demuestra que la apendicitis crónica primitiva fué creada para explicar un conjunto de síntomas, que son, justamente, el de esas malformaciones, y que persisten cuando se saca el apéndice y curan cuando se tratan esas otras lesiones.

LITIASIS SUBMAXILAR INTRAGLANDULAR, por el doctor *E. Blanco Acevedo.* —

Se trata de un caso de litiasis intraglandular submaxilar que origina una submaxilitis crónica, con empujes agudos y crisis dolorosas en el momento de las comidas.

La extirpación de la glándula es practicada; en su seno se encuentran varios cálculos, irregulares, cuyo examen químico revela que están constituídos por carbonato de calcio.

El autor recuerda que estos cálculos son opacos á los rayos X, como se puede ver en las placas obtenidas, y destaca la utilidad de ese hecho para el diagnóstico de los casos dudosos.

El examen histológico de la glándula muestra lesiones de inflamación crónica sin carácter específico, con zonas de esclerosis. Curación per primam.

BISMUTOTERAPIA DE LA SIFILIS, por el doctor *José May.* —

En comunicación hecha á la Sociedad Dermatológica Argentina, expone el resultado de diez meses de uso de la medicación bismutada en la sífilis, y del resultado de sus observaciones llega á las siguientes conclusiones:

1º — El bismuto es un antitreponemicida enérgico en todos los períodos de la enfermedad.

2º — Su acción en las manifestaciones oculares, no es tan enérgica como en los otros síntomas, al igual de los otros medicamentos (mercurio, arsénico).

3º — Es de gran acción sobre la reacción de Wassermann.

4º — Está indicado en los arseno-resistentes y en los intolerantes del neosalvarsan.

5º — Su uso se impone en la sífiilis del sistema nervioso por la rapidez con que llega el bismuto al canal raquídeo, mayor que la de los otros medicamentos, lo que unido á su actividad antisifilítica, lo convierten en medicamento preferente.

6º — La asociación bismuto y arsénico es de gran eficacia antisifilítica.

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

7° — La observación de la evolución de la R. W. después de la suspensión del tratamiento, demuestra, como era de prever, que no todos los casos evolucionan de la misma manera.

8° — La experimentación de productos de distinta riqueza en bismuto permite afirmar que aún á dosis relativamente pequeñas, es un antisifilítico poderoso.

La protección a la infancia en Lima

MEMORIA PRESENTADA POR EL MEDICO JEFE DEL CONSULTORIO-GOTA DE LECHE DE "LA RECOLETA", DE LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA

Señor Director de Dispensarios y Gotas de Leche.

Pte.

S. D.:

Tengo el gusto de elevar á conocimiento de usted una relación de la marcha del Consultorio-Gota de Leche de "La Recoleta", cuya dirección me fué encomendada por la Sociedad de Beneficencia Pública, desde fines de Octubre del año pasado. En el año actual, la marcha del establecimiento ha sido como verá usted, en seguida:

ORGANIZACION

LOCAL.—El local que antes ocupaba el Consultorio-Gota de Leche que dirijo, estaba en habitaciones anexas al Hospicio de "Huérfanos Lactantes", donde se podía disponer de dos salas. La primera, con acceso inmediato á la calle, muy pequeña y de escasa luz, era la sala de espera, y servía al mismo tiempo de pasaje á la segunda habitación, donde se hallaba instalado el Consultorio, que servía á la vez de sala destinada al peso de los niños, y de lugar de distribución de la leche esterilizada, pues su capacidad permitía, aunque inconvenientemente, que sirviese de asiento á todas estas labores. La Junta de Defensa de la Infancia, arregló el local, que desde Agosto ocupamos, situado en los portales de la Plazuela de "La Recoleta" (Plaza Francia), donde se dispone de tres habitaciones. Una que sirve de sala de espera, con capacidad para alojar cincuenta á sesenta personas; y dos habitaciones pequeñas, de las que una, con acceso á la calle, sirve de sala de consultas, y la otra hacia adentro, que se usa para verificar el peso de los lactantes, quedando en el antiguo local la distribución de las botellas de leche esterilizada.

A pesar de que la sala de espera es suficiente por ahora, para el número de personas que concurren, presenta, sin embargo, el inconveniente de tener que reunir en una misma habitación, á los que padecen de enfermedades contagiosas, con los que no las padecen. No han sido escasos, sobre todo en los últimos meses del año actual, los enfermos de tos convulsiva, que haciendo la espera junto con los demás, ofrecen el peligro de trasmitir su dolencia, sin que se pudiera tomar otra disposición que separarlos dentro de la misma sala, tanto como se pueda hacer, aprovechando del máximum de distancia. El mismo inconveniente ocurre con otros sujetos afectados de enfermedades de la piel, la sarna pongo por caso, y con los rubeólicos que se ha tenido en el mes de Noviembre de este año. Es para evitar los riesgos que señalo, la necesidad de otra sala, que sirva para alejar durante el tiempo de espera, á los que padecen de enfermedades contagiosas, sala que estaría dividida por tabiques de vidriera, hasta dos metros de altura, y con acceso sólo á la calle y á la sala de consultas, de modo que los pacientes, nada tuvieran de común con los que se alojan en la sala principal.

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

MATERIAL. — En la sala de consultas disponemos de dos pequeñas mesas con tableros de madera que sirven para el Médico Director, Médico Asistente y Visitadora, durante la consulta; una mesa de mayor dimensión, con cubierta de mármol, destinada á los menesteres de la enfermera y de la vacunadora. También hay en la misma sala un armario que sirve para guardar la documentación impresa, el archivo y otros pequeños útiles de que por ahora se puede disponer. Sillas en número suficiente para el personal, y una sombrerera, componen el mobiliario. Para mejorarlo, y mejorar el procedimiento de examen de los niños enfermos, es conveniente al Consultorio, disponer de una pequeña cama movilizable, que facilite la exploración, y permita hacerla con mejores condiciones que las actuales.

Hasta la fecha no se ha podido buscar mensualmente, el crecimiento de los niños asistidos, por la medición de la talla, para lo que es indispensable que el Consultorio pueda contar con un pediómetro, el que permitirá mejorar la observación clínica de los atendidos.

La péqueña habitación que se usa para las pesadas de los niños, dispone de una mesa pequeña para la balanza, y una cama para despojar de sus ropas á los bebés. La mesa donde se halla la balanza no presta bastante comodidad á la operadora, en las muy repetidas ocasiones que la usa. La cama á que me refiero, es de tipo común, y no es conveniente, porque no pudiendo contener sino dos niños á la vez, retarda mucho las labores de la enfermera, haciéndole perder tiempo no despreciable. Es mucho mejor sustituír esta cama, por un tablero convenientemente colchado y plegable sobre la pared, que colocado á lo largo de la de mayor dimensión, daría cabida á cuatro ó cinco niños á la vez, pues los unos van substituyendo á los otros en la triple operación de vestirlos, pesarlos y volver á vestirlos.

La sala de espera está provista de largas bancas que costean tres de sus lados, y se dispone, además, de una colección de carteles con aforismos de higiene infantil, que serán colocados en los muros de esta sala, luego que se les haya provisto de sus respectivos marcos, procurando así, una enseñanza diaria á las madres que concurren.

La balanza en uso es un buen modelo alemán, de las llamadas de báscula, que tiene una fuerza de 25 kilos, lo que es suficiente para las necesidades de un Consultorio_Gota de Leche.

Las botellas que se usan, son fabricadas en Lima, están graduadas en onzas, y tienen una capacidad de 8 onzas, que es el máximum necesario. Creo que sería conveniente sustituír esta graduación en onzas, por la graduación en gramos, con lo que se encontraría facilitado el racionamiento de los lactantes; pues que toda regla que sirve de punto de partida, para hallar la ración conveniente á cada cual, tiene por base la graduación decimal, y así dispuestas las cosas, se evitarían los excesos ó défiicits, en que forzosamente se incurre ahora — más frecuentemente los excesos — al hacer la conversión de gramos en onzas.

Durante más de la mitad del presente año, escasearon los tapones que sirven para obturar herméticamente las botellas, habiéndose hecho uso de tapones de madera, fabricados en Lima lo mejor posible, pero aceptables sólo á causa de la necesidad que de ellos se tenía. Dificultades para obtener buenos tapones en las fábricas europeas ó americanas, retardaron la obtención de ellos, pero se me ha informado que estas dificultades han sido allanadas, pudiéndose á la fecha, contar con la seguridad de tener pronto dicho material.

La leche que se distribuye, se esteriliza en una estufa montada hace tiempo en uno de los patios del Hospicio de Huérfanos, y se la esteriliza á 100 centígrados, durante 20 minutos. Esta temperatura, no es la llamada propiamente de esterilización, y no da mayores ventajas que las que se obtiene en la soxhletización de la leche, que también es de 100°, temperatura que sólo permite usarla dentro de las 24 horas siguientes á su preparación.

Los 30 litros de leche que se distribuye diariamente, llegaron á ser insuficientes, lo que dió por resultado que no se pudiera atender á los 50 niños que admite la inscripción, habiendo quedado reducidos á 42.

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

Pero últimamente la Junta de Defensa de la Infancia ha suministrado un suplemento de leche, de modo que actualmente hay ya 54 niños inscritos en el respectivo registro, y como el aumento á que me refiero es hasta de 20 litros, los niños atendidos podrán llegar á más de 60.

Desde principios de año se distribuye una cartilla de higiene infantil que contiene lo más elemental de ella, en forma casi de aforismo, cartilla que redacté muy poco después que me hice cargo de la dirección del Consultorio, y cuyos originales tuve el gusto de presentar á usted en la oportunidad, para su aprobación é impresión.

Durante el año actual he establecido, tanto para el Consultorio como para la Gota de Leche, un libro registro y cédulas individuales, que permiten seguir con detalle la historia del niño, desde que va por primera vez. He perfeccionado estos documentos para el servicio del año próximo, y he aumentado su número, quedando de este modo constancia del número de consultas diarias, del peso sucesivo de los que van enfermos, ó de los que siendo sanos, sólo acuden á pesarse, aparte de otros detalles más que contiene el cuestionario de dichos documentos.

Los formularios de estadística que mensualmente remito á usted, y cuyas copias conservo, constituirán á favor de la nueva documentación, legajo de registro desde Enero próximo, quedando por consiguiente en el local del Consultorio una serie de documentaciones que permitirán, en cualquier tiempo, investigaciones que puedan estimarse útiles.

PERSONAL. — Desde fines de Octubre del año pasado, en que comencé mis labores en el Consultorio, el personal sólo constaba del médico jefe, por lo que solicité entonces la conveniencia de nombrar un médico asistente y una enfermera, lo cual permitiría una mejor asistencia, y también que la documentación usada, pudiese alcanzar mayor plenitud en su cuestionario; pues que dicha documentación no sólo está destinada á facilitar el trabajo diario, sino que, formando archivo, servirá más tarde para estudios que de ahí pudieran derivarse.

La Junta de Defensa de la Infancia aumentó en Agosto el personal del Consultorio, dotándolo de un médico asistente, doctor Zenobio Cárdenas Sinelair, quien, desde el último año de su escolaridad en 1919, viene cultivando la Pediatría y la Higiene Infantil. La Junta referida dió también al Consultorio una Visitadora: la señorita Cristina Martín, y una Enfermera, la señorita Estela Krüger, ex-alumna de la Escuela de Enfermeras, que sostiene la Sociedad de Beneficencia.

FUNCIONAMIENTO

CONSULTORIO: — La consulta se verifica diariamente, sin más excepción que los domingos, durante dos horas en la mañana.

A cada niño que llega se le inscribe en una cédula individual, donde se hallan anotadas todas las cuestiones interesantes á su observación y tratamiento, quedando desde ese momento obligada la madre á hacerlo pesar cada semana, aún después de haber recobrado la salud. Esta cédula pasa al archivo luego que termina cada mes. La colección de cédulas forma actualmente el registro, y sólo desde Agosto — mes en el que he dejado de estar solo — las cédulas que registran á los niños, están llenadas en todo su cuestionario, lo que antes no era posible practicar, por escasez de personal y, por lo tanto, de tiempo. La documentación que he modificado y ampliado para el año próximo, permitirá llevar un libro-registro, además de la cédula individual, quedando así en situación de poder conservar para utilizaciones posteriores, todos los datos que se refieren á la asistencia de los niños que concurren.

Los que son atendidos con un suministro de leche esterilizada, se hallan inscritos en otro libro de registro, donde constan todos los datos esenciales para los fines de dicho registro, donde, sobre todo, se anotan los resultados de la pesada semanal y del racionamiento respectivo. Una cédula individual que da facilidades al manejo del libro y de la estadística, completan la constancia de la asistencia y esto se halla perfeccionado por la formación de una curva de crecimiento y desarrollo en

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

cuadros gráficos ad hoc, que pedí á usted en la oportunidad, y que, venidos de Francia, ya tengo en mi poder.

La documentación del año próximo, cuyos modelos ya he enviado á usted oportunamente para su impresión, constará, además, de una hoja de asistencia, que actualmente se practica en una simple hoja de papel, en la que se anota la cifra que representa cada día, el número de consultas de enfermos, y cada semana, el de las consultas que se da á los inscritos en la Gota de Leche.

Los documentos de estadística constarán de tres hojas, donde se halla consignado el resumen de la asistencia tanto en el Consultorio como en la Gota de Leche; la clasificación de enfermedades, subdividida en períodos de edad, indicando al mismo tiempo la mortalidad en cada una de las enfermedades registradas. La tercera hoja representa la estadística de la clase de lactancia observada en los niños hasta un año de edad.

De la sala de espera pasan los niños, por turno riguroso á la sala de consultas, donde son atendidos; ó previamente á la sala de la balanza, los que llegan por primera vez, lugar donde son recibidos y atendidos por la Enfermera. La pesada se verifica teniendo desnudo al niño y sólo cubierto por un lienzo de peso conocido, pero como no se puede disponer de uno para cada cual, resulta digno de corregirse el procedimiento, por los peligros que envuelve, y por la natural repugnancia de muchas de las madres. Para evitar todo ésto, es conveniente, desde todo punto de vista, que el Consultorio disponga de hojas de papel ligero, que sirvan de envoltura al niño durante la pesada, y se pueda inutilizarlo en seguida. Luego de pesado el niño, va á la sala de Consulta, provisto de su respectiva cédula de ingreso, donde el médico acaba de llenar personalmente las correspondientes inscripciones que se desprenden del interrogatorio, al mismo tiempo que la Visitadora toma sus respectivos apuntes para la visitas domiciliarias que ha de verificar. La Visitadora es, pues, en cada mañana, la asistente inmediata del médico, pues que también ella se encarga de buscar para cada niño la cédula respectiva dentro de la colección que forma el registro. Las inscripciones, que ahora se hacen sólo en la cédula, pasarán á anotarse también en el libro-registro á que me he referido antes, lo cual asegura la investigación de cualquier momento. Terminada la exploración, y durante el interrogatorio, el médico aprovecha de cada ocasión para hacer la enseñanza higiénica que volverá á repetirse en las veces siguientes, siendo posible entonces, que dicha enseñanza vaya acompañada de una pequeña averiguación, que permitta saber si lo enseñado ha sido bien entendido.

En determinadas veces, y para buscar la mejor ilustración de los casos observados, he solicitado la autorizada opinión de los doctores Carvallo, Graña, Voto Bernales, Valdizán y Campodónico (Esteban), quienes me han auxiliado eficazmente, y quiero aprovechar de este instante para manifestarles mis agradecimientos por su utilísima colaboración.

En los casos de lactancia artificial atendidos por la Gota de Leche, se entrega á la madre un papel que llevará al despacho respectivo, y en el que se hallan anotados para conocimiento de la empleada del servicio de esterilización, el número de botellas, el número de onzas en cada una, y la fórmula que indica el porcentaje de leche en cada dilución.

Terminada la consulta, la enfermera queda encargada de la cuenta y del arreglo de los documentos, de modo que todo quede listo para el día siguiente, sin que sea permitido dejar ningún trabajo pendiente para la hora de la nueva consulta.

LECHE. — Tengo entendido que procede de una de las mejores ganaderías de que se dispone en Lima, pero tratándose de leche para niños, ninguna observación es exagerada, por lo que creo conveniente que quincenal, ó por lo menos mensualmente, se sirva usted disponer el análisis químico de la leche que sirve para la distribución. Es de importancia fundamental para el médico que dirija una Gota de Leche, tener conocimiento de la composición de la leche de que se provee al establecimiento, pues dependiendo de él, la adaptación de este alimento á las di-

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

ferentes edades y estados de salud, sólo el conocimiento de la que ha de modificar, puede proporcionarle la situación de proceder con la mayor suma de seguridades, que si no existieran, el riesgo consecutivo no es indiferente, sino que tiene que recaer forzosamente en detrimento del buen desarrollo, buen crecimiento, y buena salud de los niños que se alimentan artificialmente en la Gota de Leche. Y lo que digo del análisis químico, digo del análisis bacteriológico, que á mi juicio se debe ejecutar con la frecuencia que fuese necesario, sin tener que esperar la producción de inconvenientes que anuncien, lo que la práctica del análisis bacteriológico debe preveer. Creo, además, es de importancia tener conocimiento de la hora del ordeño, las condiciones de transporte, el estado de limpieza, etc., etc., á fin de hallar el mayor número de condiciones que favorezcan la bondad del alimento que se va á suministrar.

La leche se distribuye en botellas graduadas hasta 8 onzas de capacidad, pero el número de cestillos de que se dispone actualmente, es insuficiente; los que se hallan en uso, están ya bastante deteriorados, lo que ocasiona en veces la ruptura de los frascos que las madres llevan á sus domicilios, sin buena garantía de conservación, el mayor número de veces.

Las diluciones de leche que corresponden á cada niño, según su edad y estado de salud, tienen un coeficiente variable, siendo dichos coeficientes los que siguen: 25 o|o, 35 o|o, 45 o|o, 50 o|o, 60 o|o, 75 o|o, 80 o|o, 90 o|o y leche pura. Estas fórmulas que en la lechería del establecimiento se hallan seriadas por números romanos, las encontré establecidas, y de ellas me valgo también.

Para regular el poder alimenticio de la leche en las diluciones que de ellas se hacen, dispuse con acuerdo de usted y del señor Inspector, que se añadiera 20 gramos de azúcar de caña á cada litro de leche, y 70 gramos de la misma, á cada litro de agua que se emplea para diluirla y adaptarla. De esta manera se obtiene un coeficiente de azúcar, que iguala al que se encuentra en la leche humana.

OTROS ALIMENTOS. — La dietética durante la enfermedad ó en la más corta edad, ó en el destete, exige alimentos lácteos, de otro procedimiento de preparación ó de alimentos no lácteos, entre los que señalo el *Kufeke* ó el *Milo*, cuya necesidad se acentúa en verano, que es la estación en la que son más frecuentes los trastornos ocasionados por la alimentación. Como se carece de estas preparaciones, y su precio no está al alcance de todas las madres que llevan á sus hijos al consultorio gratuito, me veo obligado á usar de otros recursos de la dietética, buenos es verdad, pero que no reemplazan bien al Milo ó al Kufeke, que son harinas amido-diastasadas. Sería de mucho interés que el Consultorio-Gota de Leche, tuviera á su disposición las preparaciones dextrimaltosadas á que me refiero, y de la Leche Malteada de Borden.

PERSONAL. — El médico asistente tiene, además de sus obligaciones en el Consultorio, la de asistir, por disposición de la Junta de la Infancia, á los niños que no pudiendo ser conducidos al Consultorio, es necesario visitarlos en sus propios domicilios, y solamente durante la incapacidad.

La Visitadora, también por encargo de la Junta, no sólo visita á los niños del Consultorio, sino á todos los que, según las listas de nacimientos, se encuentran en la circunscripción urbana que le corresponde, y que es la misma señalada para el Médico Asistente. Las visitas tienen por fin esencial, hacer propaganda de nociones, las más elementales, de Puericultura. Para lograr este objeto, y mientras la Junta establece el curso de Puericultura para las Visitadoras, he procurado que la que sirve en el Consultorio que dirijo, adquiera ella misma, los conocimientos que en la materia le son necesarios, para lo que he proporcionado de mi propia biblioteca, tanto á la Visitadora como á la Enfermera, libros que llenen este objeto.

En el mes de Agosto, la Dirección de Salubridad Pública envió al Consultorio una Vacunadora, que trabajó hasta el último día de Octubre, hallándose desde entonces con licencia de dicha Dirección.

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

RESULTADOS

Disponiendo, según la clasificación internacional de Bertillon, el cuadro de morbosidad y mortalidad en los asistidos, durante los once meses del año actual, se tiene la sinópsis siguiente:

Nomenclatura Bertillon	0 a 1 año		1 a 2 años		mas de 2a.		TOTAL	
	casos	def.	casos	def.	casos	def.	casos	def.
I.—**Enfermedades Generales**								
1.—Fiebre tifoidea	—	—	—	—	3	—	3	—
4.—Paludismo	20	—	23	2	45	—	88	2
5.—Viruela	1	—	—	—	—	—	1	—
6.—Sarampión	2	—	2	—	1	—	5	—
8.—Tos convulsiva	27	1	23	4	30	—	80	5
10.—Influenza	4	—	6	—	6	—	16	—
19.—Varicela	3	—	1	—	1	—	5	—
19.—Rubeola	4	—	—	—	—	—	4	—
28.—Tuberculosis pulmonar	—	—	2	1	3	1	5	2
34.—Escrofulosis	—	—	3	—	2	—	5	—
36.—Raquitismo	3	—	—	—	1	1	4	1
37d.—Sífilis hereditaria	8	1	3	—	3	—	14	1
49.—Escorbuto	2	1	1	—	—	—	3	1
II.—**Sistema nervioso**								
63.—Parálisis infantil	—	—	1	—	—	—	1	—
III.—**Aparto circulatorio**								
84.—Adenopatía traq-bronq	—	—	1	—	—	—	1	—
IV.—**Apar. respiratorio**								
89.—Bronquitis aguda	269	4	145	—	74	—	488	4
91.—Bronco-neumonía	15	4	5	1	—	—	20	5
92.—Neumonía	2	2	1	—	—	—	3	2
V.—**Aparato digestivo**								
99.—Parotiditis	1	—	—	—	—	—	1	—
104.—Diarrea y enteritis	578	47	191	4	78	1	847	52
VI.—**Apart. génito urinario**								
120.—Nefritis	1	—	—	—	—	—	1	—
XI.—**Primera infancia**								
151b.—Esclerema	1	1	—	—	—	—	1	1
Otras enfermedades	84	—	35	1	26	—	145	1
Suma	1025	61	443	13	273	3	1741	77
Sanos	193	—	64	—	33	—	290	—
	1218	61	507	13	306	3	2031	77
Mortalidad por 100 enfermos	5.95		2.93		1.09		4.42	

La mortalidad general ha sido de 4.42 %, más la división por grupos de edades, presenta en su mortalidad un fenómeno bien natural, es decir que los de menos edad, son los que pagan un mayor tributo á la muerte. Así en tanto, que los de más de 2 años (se les admite hasta los cuatro años), sólo tienen un coeficiente letal de 1.09 %, en los sujetos que se hallan en el segundo año de la vida, la mortalidad ha sido poco más del doble, 2.93 % y en los del primer año, la mortalidad ha sido mayor aún, igualando con su índice de 5.95 %, al doble de los anteriores. A pesar de encontrarse estas cifras cada una respecto de la anterior en la relación de 2: 1, es de todos modos halagador para cualquier médico haber logrado una reducción de mortalidad marcada por los coeficientes citados, siendo en la población total de la ciudad, la mortalidad bastante elevada, pues que se halla representada por el 20 ó 25 por ciento de los que nacen; y este resultado que se ha podido obtener, ya puede indicar, desde este momento, que contribuye mucho á la cifra total de mortalidad infantil de la ciudad, la falta de asistencia médica como consecuencia muy probablemente de la negligencia y del prejuicio, más que de la escasez económica.

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

Entre las enfermedades que el cuadro sinóptico señala, se puede anotar como de mayores cifras absolutas, las siguientes:

Paludismo. — 88 casos con 2 defunciones. — 2.26 por ciento.

Tos convulsiva. — 80 casos con 5 defunciones. 6.25 por ciento. — Esta enfermedad ofreció casos aislados desde principios de año, pero su número en la consulta creció notablemente después de Agosto á la fecha.

Bronquitis aguda. — 488 casos con 4 defunciones. 0.82 por ciento. — Rara en los meses calurosos, aumentó notablemente en los tiempos fríos y lluviosos, y declina ahora un tanto. La mitad de los casos pertenecen á los niños del primer año.

Diarrea y enteritis. — 847 casos con 49 defunciones. 5.78 por ciento. Aquí se encuentran englobadas, según la clasificación Bertillon, todas las afecciones del aparato gastro-intestinal. En el primer año, la mortalidad fué la mayor, pues del total general pertenecen á él 588 casos con 47 defunciones, 7.99 por ciento, como resultado de la lactancia artificial prematura y del desorden en la alimentación.

Sífilis hereditaria. — Los 14 casos, con 1 defunción, no pueden presentarse como una cifra baja, desde el punto de vista de la higiene. Estos 14 casos de sífilis hereditaria precoz, debería fijar la atención y provocar una campaña contra tan terrible enfermedad.

Rubeola. — *Con 4 casos.* — Sólo se ha presentado en el Consultorio en el último mes. Enfermedad benigna por lo general, ofrece hoy en Lima. estado epidémico. pues aparte de los casos que he hallado en mi práctica privada, me comunican algunos colegas padiatras. la seguridad de haber asistido á no pocos enfermos de rubeola ó alfombrilla, como la denominan los médicos españoles.

Escorbuto infantil ó enfermedad de Barlow. — 3 casos con una defunción. — Esta enfermedad es rara entre nosotros. De los tres casos, dos pertenecen al primer año, de los cuales 1 murió; y el tercer caso dejó de asistir el Consultorio, habiendo podido filiar en todos ellos. como causa, la alimentación láctea escasa, con predominio del uso de harinas (agua de arroz, panetelas de arroz, harinas de conserva, etc.) en cada cual de los casos observados. El sobreviviente está inscrito en la Gota de Leche, pero la falta de sensatez en la crianza producía el fraude para con el propio hijo, destinando la mitad de la leche que se les suministraba, á otros usos que el indicado por la edad del paciente y por la agalactia de la madre.

Otras enfermedades. — Con 145 casos y 1 defunción. — La cifra se halla formada casi en su totalidad por enfermedades de la piel: eczema, impétigo, prúrigo. sarna, etc., etc. El que murió fué un niño afectado de eczema generalizado.

Sanos. — Hay un total de 290 niños, cuyas madres fueron al Consultorio solamente para hacer consultas higiénicas. Escasas en los primeros meses, han aumentado sobre todo en el mes de Noviembre último. atraídas al fin por el interés que se ha podido despertar en ellas, respecto de lo provechoso que resulta para la crianza, pesar á los niños semanalmente, con lo que ven por sí mismas las ventajas del procedimiento. Entre estos sujetos sanos hay ejemplares de admirable peso, criados al seno, los que comentados delante de los demás, les produce una enseñanza objetiva, que les convence mucho más, y mejor de lo que pudiera hacerse con muchas repeticiones de enseñanza teórica.

A la Gota de Leche han presentado su postulación muchos más de lo que permite la inscripción, y no pudiendo satisfacerse estas solicitaciones, sino para los más necesitados, se ha inscrito durante los once meses, á 99 niños sucesivamente. La capacidad de inscripción es sólo de 50, mas, como á medida que la edad aumenta aumentan por consiguiente las necesidades fisiológicas, el número llegó á reducirse á 42. Pero desde hace casi á un mes. que la Junta de Defensa de la Infancia aumentó la dotación de leche, ha sido posible admitir más niños, y actualmente el registro marca 54, número que aumentará en los 30 días que faltan para completar el año actual. Los niños que reciben un suministro de leche, están obligados á una consulta semanal, para lo cual los he dividido en dos grupos, unos que se consultan los martes, y otros los

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

viernes. En los primeros meses se notaba gran negligencia, en las madres, para esta consulta, lo que va desapareciendo, poco á poco.

La frecuencia de las consultas está señalada por la relación siguiente:

Enero	56	inscritos. ——	194	consultas
Febrero	48	„	116	„
Marzo	43	„	152	„
Abril	44	„	133	„
Mayo	41	„	191	„
Junio	41	„	97	„
Julio	44	„	64	„
Agosto	44	„	97	„
Setiembre	46	„	102	„
Octubre	42	„	126	„
Noviembre	54	„	141	„
Total	99	„	1413	„

Se ve en lo anterior, que durante los meses fríos, la concurrencia á la consulta ha sido menor, y ello se explica fácilmente, pues el temor al mal tiempo les ha retraído.

El movimiento habido en el Consultorio respecto de los niños enfermos, ha sido como sigue, que es una relación de los enfermos nuevos en cada mes, más aquellos que, habiendo quedado en asistencia, procedentes del mes anterior, también han sido asistidos durante el mes siguiente:

	Anters.	Nuevos	Total	Núm. de consult.
Enero	0	207	207	656
Febrero	46	139	185	624
Marzo	26	183	209	712
Abril	36	162	198	686
Mayo	17	156	173	554
Junio	29	137	166	648
Julio	23	201	224	624
Agosto	32	181	213	621
Setiembre	38	175	213	740
Octubre	41	235	276	976
Noviembre	53	255	208	1043
Total	—	2031	2372	7884

De Enero á Octubre la suma de enfermos nuevos ha sido oscilatoria, pero en Octubre y Noviembre han incrementado en cerca de un 50 por ciento, lo que ha hecho crecer el número de consultas de 656 en Enero á 1043 en Noviembre, arojando al final de los once meses, un total de 7884 consultas.

Es importante la observación que resulta de considerar los grupos de edades.

Hemos dividido por esta vez en grupos de 1 año hasta los 2 primeros, y comprendido en uno solo, los que pasan de dos años, hasta el máximum de cuatro, que es el límite de admisión en el Consultorio.

De 0 á 1 año	1025	enfermos	61	defunciones	5.95 % mortalidad
De 1 á 2 años	443	„	13	„	2.93 „
De más de 2 añ.	273	„	3	„	1.09 „
Total	1741	„	77	„	4.42 „

Como hemos dicho antes, la mayor mortalidad ha sido en los primeros, que es doble de la de los segundos, y la de éstos, doble de la del tercer grupo. Obsérvese que para obtener la cifra de mortalidad, se ha excluído á los sanos de la cifra que indica el número de asistidos. La cifra de mortalidad muy baja respecto de la que se encuentra para toda

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

la ciudad, muy bien puede significar, como antes dijimos, que la gran mortalidad infantil de Lima, se debe á negligencia, á descuido, á incultura y á ignorancia, más que á pobreza y á miseria. Un Consultorio Gota de Leche por cada 25.000 habitantes, reduciría la cifra de defunciones observadas en nuestra Capital.

Para que los cómputos estadísticos sean más concluyentes, es necesario agregar lo que ocurra durante el mes de Diciembre, que recién comenzamos; mes en el que iniciándose los calores que anuncian el estío venidero, han de aumentar el número de defunciones, pues que en los meses calurosos, aumenta el número de afecciones del aparato digestivo, que como es notorio, dominan la patología infantil.

En la mortalidad mensual, hay que hacer una doble operación: primera: descontar los sanos de cada mes ,y agregar los enfermos que procedentes del mes anterior, continúan en asistencia. Esta disposición da lugar al cuadro siguiente:

	Anters.	Nuevos	Sanos	Enfermos	Def.	Mortalidad—
Enero	0	207	29	178	10	5.61
Febrero	46	139	18	167	16	9.58
Marzo	26	183	23	186	6	3.22
Abril	36	162	24	174	6	3.44
Mayo	17	156	26	147	6	4.08
Junio	29	137	26	140	3	2.14
Julio	23	201	15	209	4	1.91
Agosto	32	181	18	195	7	3.59
Setiembre . . .	38	175	22	191	2	1.04
Octubre	41	235	35	241	8	3.31
Noviembre . .	53	255	54	254	9	3.54

La vacunación efectuada diariamente ha dado el siguiente resultado:

En Agosto	36
En Setiembre	47
En Octubre	63
Total	146

Como los vacunados continúan su asistencia en el Consultorio, ha sido fácil comprobar que todas las vacunaciones dieron resultado positivo

OBSERVACIONES

La concurrencia en un principio moderada, viene aumentando notablemente, notándose desde Octubre último, que son frecuentes los días en que los consultados pasan de medio centenar, y en veces más de sesenta.

Los que van á solicitar la leche esterilizada, no llegan en su mayor parte en buen estado de desarrollo. Por lo general, son niños adelgazados, de nutrición defectuosa, y aún en veces, algunos en estado cercano á la hipotrepsia. Se comprende bien que esto suceda así, pues que antes de solicitar el alimento para sus niños, ya han agotado todos los recursos y cometido todos los desaciertos. Es decir que la pobreza y la ignorancia han colaborado en perjuicio del niño.

Por otra parte, no faltan los casos de madres que atraídas por el suministro del alimento gratuito, y por la presión de sus ocupaciones fuera del hogar, se encuentran en la grave inclinación de suprimir la lactancia materna para convertirla en artificial; conversión que, en algunos casos, quieren efectuar por un concepto equivocado ó malicioso de la escasez de leche en sus propios senos, casos en los que no he omitido paciencia ni consejo para estimularlas á la crianza al seno, habiendo logrado en algunas ocasiones, si bien pocas, volver de la lactancia artificial ó

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

mixta, recién comenzadas, á la lactancia natural, antes de que la falta de ejercicio de la glándula mamaria, haya extinguido la producción de la leche. Y puesto que el objeto primordial de una Gota de Leche, es fomentar la lactancia natural, he puesto de lado las causas poco atendibles que han alegado para que se les conceda raciones de leche esterilizada, alcanzando á convencer á las madres postulantes, de las ventajas que hay en que sean las nodrizas de su propio hijo, logrando así buen desarrollo y salud en sus pequeños, lo que en seguida veían comprobado por la balanza.

La operación del pesaje á que en principios de año no daban las madres importancia, tiene hoy una solicitación halagadora, probablemente como resultado de lo que ellas mismas van entendiendo; pues que en cada consulta, á más del interrogatorio pertinente, se les repite la enseñanza higiénica, que varía según el caso y la oportunidad, lo cual hace el consejo variado y constante. Es verdad que en muchos casos se tropieza con una ignorancia máxima ó con una lamentable escasez de buen entendimiento, pero al lado de ésto se puede citar casos de un buen aprovechamiento, aún cuando dichos casos sean los de menor número. De todos modos, sea que la docilidad ó indocilidad se alternen ó tomen carácter de frecuencia, es lo evidente que la constancia en la enseñanza y la perseverancia en el consejo, modificarán con el tiempo la natural rebeldía de la incultura, propia del mayor número de las que llevan enfermos á sus niños.

Cuando se trata de niños enfermos, entonces es cuando se nota, con una claridad más que suficiente, cómo la mente de las gentes de nuestro pueblo está poderosamente ocupada por el prejuicio, por el error y por el descuido, pues que no dan toda la importancia que merecen las afecciones del niño, atribuyéndolas á causas que han de pasar, y con ellas la dolencia, sin que sea necesario, según su entender, ningún otro procedimiento que el médico pueda dictar, y se contentan con buscar una consulta en el despacho de una botica, acudiendo á la postre donde el médico, cuando toda esperanza ó casi toda, está perdida. Es por esto, que son varias las ocasiones en las que, moribundo ya el niño, han acudido al Consultorio en la mañana para buscar hacia la tarde el certificado de defunción, lo que si va á engrosar una cifra desagradable, no es motivo para eludir la asistencia, aún en tales condiciones desventajosas para el prestigio profesional. La ausencia de conocimientos en la crianza, y en los cuidados del niño, de que adolecen gran número de madres, es en veces tan crecida, que son comunes los casos en los que después de una solicitación tardía, se retiran apenas se sucede el alivio, para continuar según su mal saber y entender, una asistencia que sólo dá por resultado la recaída, volviendo al cabo de días con el niño, cuyas resistencias se encuentran de ese modo muy mermadas. Todos estos acontecimientos, y muchos otros de índole semejante, han producido en mi ánimo la convicción de que la fuerte cifra de mortalidad infantil en Lima, proviene más de la incultura que de la pobreza, pues que si ésta fuera el único factor, la asiduidad en concurrir al Consultorio gratuito, sería notable, pero la verdad no es así, á pesar de que ni médico ni botica, les van á ocasionar gastos de ninguna especie, el buen cuidado de la salud de los hijos, no pertenece á las cosas que se puedan notar distinguidamente.

Aún á riesgo de hacer demasiado extensa esta información, he querido sea un tanto detallada, pues siendo el primer año de que debo dar cuenta á usted de la marcha del Consultorio-Gota de Leche confiado á mi dirección, he creído conveniente entrar en diversas consideraciones.

De usted, S. D.

Rómulo EYZAGUIRRE.

Lima, 5 de Diciembre de 1922.

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

Noticias

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA. — Se han expedido, con intervención de la Dirección de Salubridad, las siguientes Resoluciones supremas, que tratan de cautelar el ejercicio de la profesión médica y obstétrica. No hay duda que el control que hasta ahora ha tenido el ejercicio de la medicina y de la obstetricia ha sido nulo y que ya no corresponde con las imperativas obligaciones del Estado moderno. Ojalá que las disposiciones dictadas por la Dirección del ramo, consigan encausar las actividades médicas, dentro del libre y honroso marco profesional y de acuerdo con las conveniencias sanitarias del país.

He aquí el texto de las citadas resoluciones:

Lima, 6 de Abril de 1923.

Teniendo en consideración:

Que, no obstante la existencia de disposiciones relativas á la vigilancia del ejercicio de la medicina y de la obstetricia, esas ramas de la profesión médica se ejercen en la república sin el control necesario, sea porque algunas de las citadas disposiciones son realmente anticuadas, sea porque no se ha contado hasta ahora con los medios apropiados para hacerlas cumplir;

Que es de mayor importancia para la salubridad del país que se vigile el correcto ejercicio de esas profesiones;

Que existen, con relación á la vigilancia del ejercicio de la medicina y de la obstetricia, razones análogas á las que motivaron las resoluciones de 31 de Marzo y 15 de Diciembre de 1922, que crearon comisiones inspectoras del ejercicio de la farmacia y la odontología;

Se resuelve:

El ejercicio de la profesión médica y el de la obstetricia, en la república, quedarán bajo la supervigilancia de la dirección de salubridad pública, la que ejercerá por medio de una comisión inspectora, que estará constituída por el Director de Salubridad, como delegado del gobierno, que la presidirá; por dos delegados nombrados por la Facultad de Medicina; por un delegado nombrado por la Academia Nacional de Medicina y por un delegado nombrado por el Círculo Médico Peruano.

La comisión inspectora nombrada por esta resolución, formulará y presentará al gobierno, para su aprobación, el reglamento á que debe sujetarse el ejercicio de la medicina y de la obstetricia.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del Presidente de la República.

MEDINA.

Lima, 6 de Abril de 1923.

Por convenir á los intereses sanitarios del país;

Se resuelve:

Créase una junta de vigilancia de las profesiones médicas en la república, que estará constituída por los miembros de las comisiones inspectoras de farmacia, de odontología y de medicina y obstetricia, creadas

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

por las resoluciones de 31 de Marzo y 15 de Diciembre de 1922 y por la resolución de esta misma fecha.'

La junta de vigilancia de las profesiones médicas se reunirá, cada vez que el gobierno tenga á bien convocarla, para los fines á que se refiera la convocatoria y será presidida por el Director de Salubridad Pública.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del Presidente de la República.

MEDINA.

Bibliografía

LECONS ELEMENTAIRES DE CLINIQUE MEDICALE, par le Dr. A. Remond. — Un vol. de 250 pages. — *Edition du Libre de France.* — París 1922. — 14 fr.

Con una elogiosa introducción, el profesor Carlos Achard, inicia este libro de lecciones de clínica médica, en las cuales se admira, la precisión, la claridad y el tino expositivo de su autor.

Las más variadas cuestiones de patología, los más complejos problemas de la medicina actual, se exponen en el curso de las disertaciones, que si consiguen el objetivo del autor, también revelan su erudición y el dominio completo de la medicina.

De entre los temas tratados sobresalen los siguientes: úlcera del estómago, fiebre tifoidea, histeria, tuberculosis pulmonar, pleuresía, etc.

Todos los que lean estas lecciones del profesor de clínica médica de la Facultad de Medicina de Toulouse, experimentarán verdadera satisfacción y admirarán sus diversas constataciones personales.

LES PRONOSTICS DU PRATICIEN EN CIENTELE, par Ch. Fiessinger. — Un vol. — *A. Maloine et Fils, editeurs.* — París 1923. — 10 fr.

En esta obra, muy personal, se resumen cuarenta años de experiencia y de investigaciones clínicas. En las obras clásicas, los pronósticos ocupan un lugar muy restringido, no obstante su importancia, dado que la reputación del médico muchas veces está vinculada á la predicción de las evoluciones mórbidas.

Fiessinger muestra las variaciones que sufren los pronósticos según la edad, los síntomas, las complicaciones y el tratamiento, y su disertación es de modo acabado.

Debe celebrarse la aparición de este volumen eminentemente práctico, porque desde Hipócrates, que escribió el primero, la ciencia ha avanzado mucho y el arte de curar se ha hecho más y más complejo.

La obra forma parte de la colección *"Comment guerir"*, que edita la casa A. Maloine et Fils, de París.

L'ANNEE THERAPEUTIQUE 3e. ANNEE 1922, par L. Cheinisse. — Un vol. de 208 pages. — *Masson et Cie., editeurs.* — París 1923. — 7 fr.

Este libro resume las adquisiciones terapéuticas realizadas en el año 1922, y por la universalidad de los datos que contiene, suministra á quien lo lea, una información tan completa y acabada, como las exigencias de la práctica médica lo demanda.

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

La obra está dividida en dos partes. La primera comprende las medicaciones y los procedimientos terapéuticos nuevos, clasificados por enfermedades y síntomas. La segunda, contiene las novedades en materia de métodos y técnicas terapéuticas.

Un índice alfabético general, permite encontrar con facilidad, cualquier medicamento ó procedimiento en relación con las enfermedades ó los síntomas.

LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES PULMONAIRES, par le Dr. J. Bertier. — Un vol. de 132 pages. — *Edition du Libre de France.* — París 1922. — 3,50 fr.

En este libro se sostiene, con muy buen criterio, que los principios generales del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, deben reposar en la multiplicidad de las formas anatomoclínicas y en las indicaciones de cada caso particular, para hacer de esta manera cura individual.

Con el criterio ya dicho, se estudia la cura higiénica y sus adyuvantes, la dietética, el tratamiento medicamentoso, fisioterápico, específico, mecánico y quirúrgico.

Los síntoms predominantes y las complicaciones, las diferentes formas de tuberuclosis y las asociaciones mórbidas, son otras tantas materias que el autor trata convenientemente.

FRANCISCO SEIX, EDITOR - BARCELONA

Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las Enfermedades internas

Por el Dr. ADOLFO STRÜMPELL

Se acaba de publicar y poner a la venta la traducción española (debida al Dr. Ferreras) de la 21.ª EDICION alemana, considerablemente reformada, y aumentada con más de cincuenta nuevos capítulos, reveladores de importantes progresos en la medicina interna.

DOS GRUESOS TOMOS CON NUMEROSOS GRABADOS Y LAMINA EN NEGRO Y EN COLOR: 85 pesetas en rústica y 100 en tela.

De venta en la principales Librerías y Centros de Suscripciones y en la Casa Editorial. SAN AGUSTIN, 1 a 7 (Gracia)

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

Espondilosis rizomélica por reumatismo tuberculoso

Lección Clínica

Por el Dr. MAX GONZALES OLAECHEA
Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina

Hace 25 años que Poncet, de Lyon, comenzó a llamar la atención de los clínicos, sobre ciertas manifestaciones articulares de apariencia reumática, que observó en pacientes que tenían un foco tuberculoso latente o activo en cualquier órgano; dichas manifestaciones no evolucionaban, ni tenían la sintomatología del reumatismo franco, y las consideró de origen tuberculoso, denominándolas *reumatismo tuberculoso* o *pseudo reumatismo.*

Consideraba que no era debido a la presencia del folículo tuberculoso *in situ,* sino a reacciones de tipo inflamatorio en las articulaciones, generadas por descargas de toxinas elaboradas por los bacilos de Koch en los focos tuberculosos.

Observaciones posteriores lo llevaron a ampliar su concepción primitiva, pensando que esas reacciones banales desprovistas de todo bosquejo de especificidad folicular, se presentaban también en diversos tejidos u órganos, y las denominó *tuberculosis inflamatorias.*

Estas ideas revolucionarias de Poncet, fueron muy combatidas y lo son todavía por algunos, por la sencilla razón de que conmueven el dogma de la *tuberculosis específica* o *folicular.*

Pero un conjunto de hechos clínicos y de laboratorio, inclinan el espíritu a favor de la concepción de Poncet.

Las investigaciones experimentales de Auclair, han probado que el bacilo de Koch, no sólo produce una toxina caseificante, sino también otra esclerosante, cosa corroborada por Bernard, Salomon y Gougerot, que obtuvieron, empleando esta última toxina, reacciones congestivas e inflamatorias esclerosas en diferentes órganos y que han denominado *tuberculosis no foliculares.*

Arloing, con el empleo de variados recursos de laboratorio, obtuvo bacilos de Koch de virulencia atenuada, con los que no obtenía el folículo tuberculoso, sino lesiones congestivas, inflamatorias y después esclerosas.

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

El sabio Ferran ha comprobado con sus experimentos, que los bacilos del grupo *alfa*, que no son ácido resistentes, gozan de propiedades *patógenas inflamatorias*. (1)

Landouzy señalaba en la clínica la existencia de variadas manifestaciones *atípicas* o *inflamatorias de la tuberculosis*.

Teissier al hablar del reumatismo crónico, llama la atención sobre el *reumatismo tuberculoso*.

Carnot, Milian, hablan sobre manifestaciones de la *tuberculosis inflamatoria*.

Ultimamente P. Courmont en el Nuevo Tratado de Medicina de Roger, Widal y Teissier (2) describe el *reumatismo inflamatorio y acepta las ideas de Poncet*.

Otros muchos observadores señalan casos de esclerosis de origen tuberculoso.

Entre nosotros, nuestro distinguido amigo Corvetto, el año 1915, dió cuenta en la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital "Dos de Mayo" de un notable caso de reumatismo tuberculoso, que trató con éxito con la tuberculina (3).

El recordado maestro, profesor de Clínica Médica, doctor Odriozola, en una de sus lecciones, en 1919, se ocupó del reumatismo de Poncet, con motivo de un caso observado. (4).

No obstante la multitud de hechos comprobatorios de las ideas del profesor lionés, hay opositores como Sergent, que no acepta la doctrina de Poncet (5).

A nuestra observación se ofrece en la "San José", Cama No. 16 del Hospital "Dos de Mayo", un enfermo que está hospitalizado hace mucho tiempo, y que presenta lesiones articulares crónicas que encuadran positivamente en el *Reumatismo de Poncet*. Su historia clínica es la siguiente:

José Ayan, de 56 años, asiático, soltero, zapatero, ingresó al Hospital "Dos de Mayo", sala San José, cama No. 17, el día 2 de Abril del año 1917.

Antecedentes hereditarios. — Padres muertos, ignorando la causa. Han sido 4 hermanos, sólo viven dos, sanos.

Antecedentes fisiológicos. — No ha hecho vida sexual. Fumador No se han podido recoger datos referentes á su pasado patológico, por desconocer el idioma.

Enfermedad actual. — Conmemorativos suministrados por el jefe del servicio, doctor M. González Olaechea. — Hace cinco años que el paciente entró al servicio, con signos de artritis en la articulación coxo-femoral izquierda y dolor intenso en el fémur del mismo lado. Poco después, presentó tumefacción de las articulaciones de las rodillas y de la garganta del pie izquierdo, con rubicundés y limitación de los movimientos. En este estado, sobrevino una hematu-

---

(1). — *"Revista de Higiene y Tuberculosis"* — Valencia 1919. —
(2). — Roger, Widal et Teissier. — *Nouveau Traité de Medecine*. — Fascicule IV. — París 1922.
(3). — *"La Crónica Médica"*. — Noviembre 1915.
(4). — *"La Crónica Médica"*. — 1919, pág. 195.
(5). — Sergent. — *Pathologie Medicale*. — Tuberculose Tom. I. —París, 1920.

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

ria intensísima. Al examen del aparato renal, en esta oportunidad, se encontraron dolorosos los puntos renales y ureterales izquierdos. Al tacto rectal, se constató, el cordón ureteral correspondiente, tumefacto y doloroso; la presión en el punto ureteral inferior, despertaba el reflejo uretero-vesical, provocando inusitados deseos de orinar. En la orina recogida, no se encontró bacilo de Koch, ni tampoco tuberculizó al cobayo, pero, la cutireacción que se practicó, fué fuertemente *positiva*. La hematuria desapareció y no ha vuelto á presentarse. Por esa misma época, hicieron su aparición, dolores más ó menos intensos en la columna vertebral, especialmente en las vértebras dorsales y lumbares, lo que dificultaba los movimientos del tronco. Las articulaciones primitivamente afectadas, se anquilosaron, haciendo casi imposible la deambulación. A los dos meses de su estadía en el hospital, fué sometido á tratamiento tuberculínico (AT) sin reacción aparente; sólo al llegar á la dósis de 1|10, se comprobó reacción térmica y fenómenos locales más ó menos intensos. Como resultado de este tratamiento, las anquilosis se modificaron un tanto, permitiéndole la marcha con relativa facilidad. En vista del éxito tuberculinoterápico, se insistió en el tratamiento durante cierto tiempo. Habiendo, el enfermo, recuperado gran parte de los movimientos, abandonó el hospital.

Después de un año, regresó nuestro paciente al servicio, por estar atacado de disentería amibiana, que fué fácilmente dominada, pero que repercutió intensamente sobre su estado general, despertando nuevos brotes articulares. Se comprometieron, además de las articulaciones mencionadas anteriormente, la de la garganta del pie y coxo-femoral derechas; hombros, codos, esterno-claviculares, columna vertebral, costo-vertebrales y las de los dedos de las manos. Las articulaciones, afectadas desde el principio, y que mejoraron merced al tratamiento por la tuberculina, se anquilosaron nuevamente y de manera definitiva. Coetaneamente con estos fenómenos, se constató la presencia de una red venosa subcutánea en el hemitórax izquierdo. Los fenómenos del lado del aparato urinario, no se volvieron á presentar en esta oportunidad, ni se pudo tampoco provocar el reflejo uréter-o-vesical.

Desde entonces, está sometido á tratamiento tuberculínico, pero esta vez, sin ningún éxito.

El exámen clínico hecho el 25 de Setiembre de 1922, permitió las siguientes constataciones:

Desarrollo: proporcionado. Actitud: inmóvil, en decúbito supino. Estado de la nutrición: pobre; escaso panículo adiposo, atrofias musculares bien manifiestas en las 4 extremidades, así como también en los músculos glúteos, de la masa común y de los canales vertebrales, mucho más acentuadas en el lado izquierdo. Facies: emaciada. Piel: seca, con una cicatriz post-traumática en la frente.

Cabeza. — Craneo: sub-braquicéfalo. Cuero cabelludo: normal, escaso cabello, bien implantado; canicie moderada. Ojos normales. Conjuntivas: con pterigion doble. Motilidad: conservada. Lengua húmeda, sin saburra, un tanto atónica. Labios y mucosa bucal, sin particularidades. Dientes mal implantados en mal estado de conservación; faltan algunas piezas. Encías con fuliginosidades negruzcas. Faringe normal. Amígdalas pequeñas. Paladar ojival. Nariz normal, buena olfación. Pabellones auriculares normales. Hipoacusia izquierda.

Cuello cilíndrico. No se palpa la tiroides á la maniobra de Marañón.

Tórax. — Aplanado en sentido antero-posterior; poco carnoso, retracción de los espacios intercostales. Red venosa subcutánea al lado izquierdo. Eminencias óseas bien manifiestas, sobre todo en el mango del esternón.

Aparato respiratorio. — Tipo respiratorio: abdominal. No hay excursión de los vértices á la palpación. Puntos dolorosos cisurales al lado izquierdo. Vibraciones vocales, conservadas. La percusión de las caras anteriores y laterales, de ambos pulmones, es normal. Submaci-

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

dez de ambos vértices á la percusión de la cara posterior. Macidez de la columna vertebral desde la 7ª cervical hasta el nivel de la quinta dorsal. Soplo brónquico y broncofonía en el vértice izquierdo; los mismos signos se obtienen auscultando la columna vertebral hasta la altura de la 5ª dorsal. Uno que otro estertor en la base del pulmón izquierdo.

Aparato circulatorio. — Pulso rítmico, blando y depresible; late 76 veces al minuto. Tensión arterial al Tycos, procedimiento auscultatorio y en decúbito dorsal: Máxima, 120; mínima 80, con 40 de diferencial. No se descubre la punta del corazón, ni á la inspección, ni á la palpación. Zona de macidez cardiaca, lijeramente disminuída á la percusión. Apagamiento de los ruidos normales del corazón en los cuatro focos de auscultación. No hay soplos. Arterias elásticas, depresibles, no ruedan bajo el dedo. Venas normales.

Sistema linfático. — Adenopatía tráqueo-brónquica (?). No están infartados los demás grupos ganglionares.

Abdomen. — Ligeramente escavado. Palpación superficial y profunda, normales. No hay defensa muscular. Gorgoteo en la fosa ilíaca derecha. No se percibe cuerda cólica. Percusión timpánica. Hígado normal y basculado. No hay dolor cístico. Espacio de Traube libre. No se palpa bazo, y, á la percusión no sobrepasa sus límites normales.

Función digestiva: Apetito conservado, digestión y defecación normales.

Aparato génito-urinario. — No se palpan los riñones. Puntos dolorosos costo-vertebral, costo-muscular, supra-ilíaco interno, supra-intra espinoso y para-umbilical izquierdos. No hay puntos delorosos á la derecha. Tampoco se pudo constatar dolorabilidad en los puntos ureterales inferiores ni provocar el reflejo urétero-vesical.

Sistema nervioso. — Sensibilidad al dolor y térmica, conservadas.

Motilidad. — Cabeza: flexión, conservada, pero limitada. Movimientos de rotación incompletos.

Columna vertebral. — Imposibilidad de realizar ningún movimiento por anquílosis completa de la columna; salvo las articulaciones de las primeras vértebras cervicales. Anquílosis completa de las articulaciones costo-vertebrales.

Extremidades superiores. — Conservación de los movimientos de flexión y extensión en las articulaciones del codo y muñeca. Conservación limitada de los movimientos de flexión, extensión, abducción y adducción de los dos hombros. Circunducción imposible en los dos lados. Los movimientos de los dedos de las manos, están igualmente, profundamente perturbados. La actitud de los dedos, es la siguiente: Mano izquierda: sub-luxación en hiperextensión de la falange, flexión moderada de la primera falange sobre el metacarpiano y adducción del dedo pulgar. — Indice: flexión de la falangeta sobre la falangina, sub-luxación en hiperextensión de ésta sobre la falange, la que á su vez está ligeramente flexionada sobre el metacarpiano correspondiente. Lesión análoga, se observa en el dedo medio. Los movimientos son imposibles, por la anquílosis en estas falsas posiciones de los dedos. El anular y el meñique, no ofrecen ninguna particularidad. En la mano derecha, los dedos pulgar é índice, presentan lesiones análogas á las de sus homólogos del lado opuesto. Los tres dedos restantes, están en relativo buen estado. Se ha podido constatar, igualmente, lesiones osteo-tróficas de la cabeza de las falanges primera, segunda y tercera.

Extremidades inferiores. — Esbozo de movimientos en el lado derecho, pues puede el miembro de ese lado levantarse á una altura de 5 ó 6 centímetros, sobre el nivel del plano de la cama. Pie izquierdo en varo equino. Pie derecho en varo equino, más acentuado que su homólogo; dedos en valgo. Lijeros movimientos de abducción y adducción de los pies. Conservación limitada de los movimientos de flexión plantar de los dedos de los pies. Eminencia bien pronunciada de la ró-

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



FARBENFABRIKEN VORM. FRIEDR.

BAYER & Co., LEVERKUSEN,

BEI COLN a/Rh. (ALEMANIA)

Acaba de distribuirse el

Compendio Bayer

una verdadera guía para el médico.—Se ruega a los señores médicos que no lo hayan recibido, se sirvan solicitar su envío gratis a

W. Justus & Co. S. en C.

LIMA.—CASILLA 89

Representantes generales en el Perú

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning

Hoechst a. M., Alemania

PIRAMIDON Analgésico y Antineurálgico. Antipirético seguro.

ALBARGINA Antiblenorrágico muy eficaz

ANFOTROPINA Antiséptico interno de las vías urinarias.

DERMATOL Antiséptico. Antidiarréico.

HIPOFISINA Tónico uterino y Analéptico.

MELUBRINA Antireumático. Antineurálgico.

TUMENOL Antiflogístico. Antipruriginoso. Antiséptico.

TRIGEMINA Analgésico y Sedante seguro.

ORTOFORMO Anestésico local difícilmente soluble.

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

AGUA MINERAL "FRANZ JOSEF"

Propietario: MORITZ HIRSCHLER

De esta célebre agua mineral, hay los siguientes certificados:

The London Hospital dice: El agua «Franz-Josef» es prescrita por los facultativos más prestigiosos, quedando muy satisfechos los pacientes.

The Medical Mirror, St. Louis, dice: El agua mineral «Franz-Josef», actúa muy bien en los constipados.

La Academie de Medecine de París, dice: Está demostrado que el agua mineral «Franz-Josef» contiene sales tártricas y es bien aceptada por los enfermos.

Diríjanse los pedidos a MORITZ HIRSCHLER.—Budapest.—Apartado de Correo 210

DROGUERIA y BOTICA DEL PROGRESO

de EMILIO I. GREC y Cia.

CALLE DE HUALLAGA Nos. 355, 359 y 363
LIMA. Perú.

Avisamos a los señores médicos que hemos instalado un laboratorio para la preparación de líquidos esterilizados, según fórmulas particulares, que podemos suministrarlos en ampolletas cerradas a la lámpara de 1, 2, 5, 10 y 20 cc.

También preparamos óvulos gelatinosos estilo Chaumel y supositorios de manteca de cacao sólidos y huecos.

Hemos recibido los antisépticos de los Dres Dakin-Carrel denominados: Chlorazene y Dichloramine T.

Suministramos Oxígeno puro para inhalaciones en balones de 60 y 100 litros.

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

tula izquierda é imposibilidad de desplazarla sobre los planos sub-yacentes y lijero acortamiento de la extremidad de este lado.

Reflejos. — No se han podido investigar los reflejos tendinosos, por la anquílosis completa de las extremidades inferiores. Los reflejos, tricipital y del biceps, conservados; cremasteriano y abdominales, normales. No hay Babinski. Reflejo iridio al dolor en midriasis. Oculo-cardíaco, normal. Contracción idio muscular, bien manifiesta. No hay fibrilación muscular.

Exámenes especiales. — Cuti-reacción de von Pirquet: *negativa* (28. IX). Análisis de orina hecho el 29. IX, 1922: normal.

Examen de sangre investigando la fórmula de Arneth, arrojó el siguiente resultado:

(1) 10 por ciento. (2) 44 por ciento. (3) 37 por ciento. (4) 8 por ciento. (5) 1 por ciento.

Reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, negativa.

Por los síntomas que acusa el paciente, se ve que tiene un proceso crónico que ha tomado todas las articulaciones de la columna raquídea, las costo-vertebrales, las articulaciones de ambos miembros inferiores: coxo-femoral, rodilla, cuello del pie, tarso, metatarso y metatarso falángicas; ligeramente la articulación del hombro y marcadamente las articulaciones metacarpo-falángicas y falángicas de los dedos medio, anular y auricular de ambas manos.

Ha tomado, pues, el proceso morboso la forma de síndrome que Marie ha denominado *espondilosis rizomélica, de espóndilos*, vértebra; *rizos*, raíz y *melos*, miembro, es decir, afección que se localiza en las vértebras y raíz o grandes articulaciones de los miembros; aunque observaciones posteriores han hecho ver, que también las pequeñas articulaciones de la mano y del pie pueden comprometerse, como sucede en nuestro caso.

El enfermo ofrece á nuestra observación variados matices de alteración osteo-articular: en la articulación escápulo-humeral de ambos lados, manifestaciones de tipo inflamatorio, simple o ligeramente fibroso, que no han avanzado y sí mejorado con el tratamiento; en las articulaciones vertebrales, coxo-femorales, de la rodilla y del cuello del pie, anquilosis por osificación, que dan lugar a que el paciente parezca formado de una sola pieza, desde el tronco hasta los miembros inferiores; en ambos lados, al nivel del pliegue inguinal, se palpan tumuraciones duras, rugosas, de consistencia ósea, verdaderas estalactitas u osteofitos que hacen cuerpo con la articulación coxofemoral; en varias articulaciones falángicas de la mano y del pié, se aprecia desgaste de las epífisis, que ha producido subluxaciónes, o *artritis dislocantes* de Poncet. (6).

No siempre que se afecta la columna vertebral, quedan indemnes la médula espinal y las raíces raquídeas, como pasa en el enfermo que estudiamos; pues no ha acusado ni acusa trastornos sensitivo-motores dependientes de esa causa, y si se ob-

(6). — Poncet et Leriche. — *La tuberculose inflamatoire.* — París, 1913.

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

servá en él notable atrofia muscular, ello es debido al largo tiempo de inmovilización de sus músculos por las anquilosis.

Hace mucho tiempo que atendimos un enfermo que sufría dolores e inmovilidad parcial en la columna vertebral, exostosis dolorosas en algunas apófisis espinosas de la región lumbar, exostosis también dolorosa en la 7ª costilla derecha, por fuera de la línea mamilar; presentaba, además, en los miembros superiores e inferiores zonas de hiperestesia de tipo radicular, acompañadas de ligeras contracturas de tipo intermitente; dichas manifestaciones desaparecieron progresivamente, después de un año de tratamiento tuberculínico, y su presencia puede explicarse aceptando la existencia de producciones exostósicas de las vértebras hacia el canal raquídeo, que excitaban tanto las cordones piramidales como las raíces sensitivas.

El diagnóstico etiológico del enfermo de la sala "San José", se ha fundado, además del cuadro mórbido ya estudiado, en la existencia de una hipertrofia ganglionar traqueo-brónquica y en lesión del riñón izquierdo, pues anteriormente ha tenido hematuria y puntos dolorosos á ese lado, que aún subsisten. Estos síntomas deben atribuirse a una tuberculosis folicular activa, ya que en esa época, fué positiva la cutireacción tuberculínica de von Pirquet, y aunque al presente se ha tornado negativa, ello no puede obedecer á debilitamiento del organismo, como en los casos avanzados de tuberculosis, pues el estado general de nuestro enfermo es relativamente bueno, sino por efecto del tratamiento tuberculínico que en la actualidad se emplea (7), ó, de acuerdo con las últimas investigaciones histobacteriológicas de Kraemer (8), a la curación, en nuestro caso, de los focos tuberculosos ganglionar y renal, por transformación fibrosa ó calcificación.

Un signo que no debe olvidarse y que puede ayudar en el diagnóstico del pseudo reumatismo, es la ineficacia absoluta del salicilato y otros medicamentos que actúan favorablemente en el reumatismo franco.

Los elementos que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico del pseudo-reumatismo de Poncet son, concretando: tuberculosis latente o activa de cualquier órgano, reacción poco aparatosa del proceso articular, con tendencia, muchas veces, á la cronicidad; reacción positiva á la tuberculina, ineficacia de la terapéutica anti-reumática corriente; en cambio, alivio o curación con el empleo de la medicación específica.

Nuestro caso no exige diferenciación con el *reumatismo deformante o nudoso*, pues, como dice Poncet, la mayoría de los casos que antes de ahora eran englobados en él, son tributarios de la tuberculosis; siendo el menor número dependien-

---

(7). — Klin der Tubercul. 1922, citado por la Revista Medica de Hamburgo. — 1922 — No. 6.

(8). — Diagnostique et traitement specifique de la tuberculose. — Bandelier et Roepke. — 1911. — Pág. 31.

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

tes de la gonococia y tal vez de alguna otra infección crónica.

En cuanto a su diferenciación con el *reumatismo franco*, al principio es posible la confusión, pero si tenemos presentes los elementos diagnósticos de que hemos hablado, será fácil despistar al pseudo-reumatismo; además, debemos pensar con Poncet, *que el reumatismo franco no conduce jamás a la anquilosis verdadera.*

El reumatismo tuberculoso es un proceso reaccional, inflamatorio, articular, determinado por descargas toxínicas como piensa Poncet o tal vez toxi-bacilares, como lo comprobaría los resultados de las experiencias efectuadas por Dor, Dieulafoy y Delbet, quienes han conseguido tuberculizar algunas veces al *cobayo* con secreciones articulares.

Las lesiones articulares se terminarían unas veces por resolución, otras por transformación fibrosa y otras por osificación, produciéndose entonces, por acción irritativa sobre el periostio epifisario, fenómenos de proliferación ósea intra o extra articular, con formación de estalactitas que anquilosan las articulaciones; algunas de estas estalactitas pueden aparecer al exterior y hacerse palpables, como pasa en nuestro enfermo en el pliegue inguinal; en otras articulaciones se producirían fenómenos de osteoporosis, como se aprecia en nuestro enfermo en algunas articulaciones falángicas.

El tratamiento a que debe recurrirse, es la tuberculinoterapia, principiando por dósis refractas que se irán aumentando progresivamente con dos o tres días de intervalo, hasta llegar a soluciones de uno por ciento o más, de tuberculina; después de concluída una serie, se tendrá en reposo al enfermo, no tres a cuatro meses, como indica Petrusky, sino 40 días, para volver a comenzar con dósis menos diluídas que la primera y así sucesivamente, hasta la curación.

En nuestro enfermo, el uso de la tuberculina no fué precoz, por lo que, sin duda, ha llegado a un grado avanzado de evolución, pero con su uso se ha impedido, que haya anquilosis de las articulaciones escapulo-humerales y del codo.

El otro caso de que hemos hablado y que atendimos hace más de dos años, ha sido tratado con éxito por varias series de tuberculina, durante un año, el restablecimiento se hizo progresivo, y el paciente hace más de un año que se halla curado y dedicado á su profesión.

En varios otros casos que hemos tratado, el resultado ha sido satisfactorio.

Para terminar diremos que hoy por hoy, debemos aceptar la existencia del *reumatismo tuberculoso*, mientras no se demuestre que su génesis es distinta de la que le asigna Poncet.

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

Orientaciones en la enseñanza de la terapéutica

Lección dictada en la apertura del curso

Por el Dr. BELISARIO MANRIQUE
Profesor de Terapéutica y Clínica terapéutica en la Facultad de Medicina

Al iniciar hoy las labores de la Cátedra de Terapéutica, del presente año universitario, conceptúo un deber ineludible procurar, una vez más, dejar bien establecido el espíritu de nuestra Cátedra, no sólo en cumplimiento de mis deberes docentes, sino porque me parece percibir, que no es todavía uniforme el criterio sobre lo que debe ser la enseñanza de la Terapéutica, su campo de acción e importancia. Hay, por consiguiente, el deber de propender a que ese criterio se establezca uniforme y definitivo; y lo ha de imponer nuestra labor aquí, con el concurso que nos dará pronto, estoy seguro, la Facultad de Medicina, suministrándonos los elementos materials para diagnóstico y de comprobación terapéutica necesarios, así como de personal auxiliar y ambiente propio, que son, igualmente, indispensables.

Circunstancia propicia para mantener la confusión que todavía se percibe entre lo que es la Farmacología y la Terapéutica fué la de haber mantenido en una sola cátedra estas dos materias, cuyo objetivo inmediato es evidentemente distinto. Afortunadamente la Facultad en momento feliz acordó y puso en práctcia esa separación, por la que el que habla abogó con entusiasmo al realizarse el concurso de 1918, y que nos permite ya hacer la enseñanza de la terapéutica en su propio medio: la Clínica.

No es el retardo en hacer esta innovación un cargo para los que me precedieron, nó. Pasaron por esta cátedra desde la fundación de la Facultad, aparte de interinazgos brillantes, pero breves, sólo dos ilustres y respetables maestros: Ulloa y Tomás Salazar, trayéndonos, el primero, las enseñanzas de Grisolle y de Trousseau; dejándonos el segundo cartabón de moral y honradez profesional verdaderamente ejemplar, y cuya labor meritoria, armónica de la época en que actuaron, 1856 y 1891, no es posible juzgar con el criterio que impera en 1923. I, es que todavía en el viejo mundo, subsiste, aunque por fortuna en retirada, la disparidad de criterio, partiendo todavía muchos autores y escuelas del medicamento al enfermo para el cumplimiento de la indicación, favoreciendo una confusión que no tiene ya razón de ser. Ha sido preciso que

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

la labor intensa, razonada, convincente, del genio inmortal del profesor de Patología General, de la Escuela de Montpellier, el prof. Grasset, que continuando la obra de Barthez, Jaumes y Fonssagrives, la haya impuesto, desde hace un decenio, definitivamente.

Si penetramos, señores, en las fuentes de la historia, puede apreciarse fácilmente, que si en las primeras edades de la Medicina, el concepto de la Terapéutica era bien claro, comenzó a perderse, cuando el avance de la ciencia debió marcar más claramente ese concepto, fijando de modo más definido los linderos entre ella y lo que entonces constituía la Materia Médica. En las primeras edades de la Medicina, es decir, en el período de tiempo en que imperara la enseñanza de la Escuela de Cos, "la Terapéutica era la ciencia de las indicaciones". La indicación estaba constituída por "la determinación de la necesidad actual del organismo". Esa necesidad se deducía del medio del enfermo o de la enfermedad". El diagnóstico y el pronóstico eran para Hipócrates la base de las indicaciones. ¿Puede exigirse un concepto que defina mejor la finalidad y objetivo de la terapéutica, que la oriente mejor en el sentido de la Clínica? *Quid sufficit cognoscendum, sufficid ad curamdum.* Pues bien; la Escuela de Cos, cuyas doctrinas generadas por consideraciones de orden filosófico, afianzadas por la atenta observación de los hechos, fueron perdiéndose cuando se abandonó todo razonamiento doctrinario, para someterse únicamente a la información de los hechos. Con tal criterio ¿podría haberse entrevisto la acción química de las albúminas de los sueros, aparte de sus propiedades específicas? Predominó el empirismo más absoluto, la experiencia personal hizo escuelas que se disputaban el predominio en la práctica de la Medicina; predominio breve, porque el arte implica condiciones de personalidad, que no pueden trasmitirse íntegramente. Alternaban así un empírico eminente, artista superior o una escuela doctrinaria, orientando una terapéutica armónica como la de Sydeham; simplicista, excéptica y demoledora como la de Broussais, pero en las que siempre se destaca el concepto de la terapéutica pasiva y estrechamente encadenada a las perpétuas y movibles fluctuaciones de las doctrinas nosológicas.

Entre tanto, las conquistas obtenidas mediante la observación de los hechos, se acumulan; se ordenan según los resultados obtenidos con las distintas sustancias, cuyo valor curativo ha tenido la sanción de la experiencia, para formar un conjunto de conocimientos que se incorporan a la enseñanza de la medicina, por Herófilo, primero; por Dioscórides de Anazarbo después, en el segundo año de la era cristiana y la Materia Médica quedó constituída. Pero se conserva todavía la distinción: la terapéutica implica razonamiento, la Materia Médica suministra los elementos de acción conocida, destinados a satisfacer las necesidades que ese razonamiento plantea. Sin embargo, para encontrar ordenada y autónoma la terapéutica, es preciso llegar al primer

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

tercio del siglo XIX, y en que se nota la influencia de las doctrinas médicas, porque rudimentarios como eran, entonces, los conocimientos sobre anatomía y fisiología, la terapéutica tenía un matiz inductivo, aunque lo suficientemente claro, para demostrar cuál debe ser su fundamento. Cuando Alibert, en 1823, al fundar la cátedra de terapéutica en el Facultad de París, decía: "el acto que constituye la vida tiene un objeto análogo al que se propone la Medicina", esboza, como dice Marfan, tendencias a orientar la terapéutica en armonía con la Patogenia, inspiración que el porvenir se ha encargado de sublimar. Su clasificación es fundamentada en suposiciones de orden fisiológico, teniendo en cuenta el órgano o la función que tiene capacidad de modificar. Al sucederle Trousseau, va al eclecticismo, rechazando el naturismo de Stahl y el fisiologismo de Brown como sistemas, pero tomando de ellos lo que encuentra de bueno; vuelve á la Materia Médica llevando el medicamento a la Clínica para ponerlo en contacto con las enfermedades observadas, según las enseñanzas de la Patología, e inspirándose en la especifidad mórbida deducida por Bretonneau, llegó a concluir en la necesidad de buscar medicamentos específicos. Con él adquiere preponderancia el estudio del medicamento. Contemporáneamente, se inician los estudios de Claudio Bernard, de Vulpian y Magendie, de fisiología experimental, sobre la acción tóxica y electiva de los medicamentos. La electividad y la acción fisiológica se hacen el fundamento de la clasificación en terapéutica. Los químicos estimulados por el estudio de la acción fisiológica, contando ya con el conocimiento de la acción de ciertos agrupamientos moleculares, que ellos pueden, en el laboratorio, movilizar a voluntad, crean productos químicos de acción y usos terapéuticos determinados, producción que el industrialismo hace hoy tan numeroso, que hace imposible el dominio de todo su conjunto, pero que enriquece la materia médica, tan ricamente, que puede subvenir á todas las necesidades de orden terapéutico, que el puro fisiologismo pudiera demandar; y que sólo el control indispensable de la clínica limita en parte, deteniendo la avalancha peligrosa como inútil, a que nos conduce el comercio de drogas.

Pues bien; ese enriquecimiento y la acción fisiológica predominante en la época, tienden a localizar la terapéutica en la materia médica con abandono del criterio nosológico que primaba. La Farmacología adquiere la supremacía. Se hace entonces el estudio del medicamento y de su acción fisiológica, y se busca en ésta, el fundamento de la aplicación terapéutica y la determinación de sus indicaciones. Se comenzó partiendo del enfermo y de las indicaciones que éste sugiere, para ir en busca del medicamento. Nos encontramos. ahora, merced a esta orientación, partiendo del medicamento y de sus usos para hacer su aplicación y el estudio de la terapéutica se hace siguiendo ese sistema. La Farmacodinamia y la Farmacoterapia, se engloban en un mismo concepto; es ese el programa que desenvuelven frecuentemente todavía, numerosas obras de

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

terapéutica de varias escuelas médicas de Francia, de la que en una época fuimos tributarios casi exclusivos.

Las conquistas que Pasteur nos han legado y que lo han hecho inmortal; sus descubrimientos sobre las fermentaciones que condujeron a la suposición primero, y a la comprobación después, de la naturaleza microbiana de las enfermedades infecciosas, mediante cuyas adquisiciones se penetra más íntimamente en la determinación de las causas y en la investigación del mecanismo de la curación espontánea de las enfermedades, ha venido a colocar el estudio de la terapéutica en vía rigurosamente científica, cuyos resultados se palpan en la lucha del Médico frente a los procesos morbosos, asegurando su curación y limitando el contagio. Esos descubrimientos vuelven, pues, a la terapéutica sus dominios, le restablecen su medio, le vuelven a su punto de partida. El estudio de las funciones endocrinas, su papel antitóxico, la posibilidad de sustituir su funcionamiento deficiente o de contrarrestar su hiperfuncionamiento. Los estudios de las reacciones celulares y humorales frente a antígenos específicos e indiferentes, todo, obliga a volver al enfermo, a partir de él para resolver el problema terapéutico.

De lo expuesto resulta bien definido el verdadero concepto de la Terapéutica; y que para su estudio se destacan dos tendencias; la una, que partiendo del enfermo y establecida la indicación, se va en busca del medicamento que ha de cumplirla; otra, que partiendo del medicamento, conocida su acción fisiológica y deducidas sus aplicaciones terapéuticas, va a determinar las condiciones de su empleo.

Apenas es preciso plantear estas cuestiones para resolverse afirmativamente por la primera. Si en el ejercicio profesional es a la cabecera del enfermo, donde después de resuelto el problema diagnóstico y esclarecida la patogenia, es el problema terapéutico el que se plantea, el que interesa resolver. ¿No es justo y más racional partir de allí, de la indicación, del enfermo, para ir en busca del medicamento y hacer, por lo mismo, de la indicación el fundamento de la clasificación de los medicamentos, si de otro modo, a la cabecera del enfermo, nos hemos de encontrar embarazados para la elección del que ha de cumplirla mejor?

No es la Terapéutica la ciencia de los medicamentos; corresponde esa tarea a la Farmacología. La Terapéutica estriba en la adaptación del medicamento a la indicación. La acción terapéutica no es la acción fisiológica. Requiere la primera estado mórbido y acción curativa; requiere paciente; requiere la indicación. Indicación y medicamento hacen la Terapéutica. Por eso la Terapéutica es inseparable de la clínica. El medicamento es el instrumento de la indicación. La acción fisiológica de un medicamento, puede hacer presumir la acción terapéutica de un medicamento, más nunca afirmarla. Sólo el control de la clínica sanciona la acción terapéutica. La acción fisiológica puede ser paralela con la acción terapéutica, puede aún ser superpuesta, pero también puede ser opuesta. ¿Quién puede decir que la acción

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

analgésica de la morfina o de la antipirina es una acción fisiológica, si el dolor es un hecho patológico?

La concepción de la enseñanza clínica de la Terapéutica no se concibe bien, por los que situados en la Farmacología operan desde allí, confundiendo lastimosamente la Farmacología y la Terapéutica que consideran como una misma cosa y se aferran, por eso, en reclamar la enseñanza de la Terapéutica en la Cátedra, que conceptúan indispensable.

Si en realidad las dos materias: Farmacología y Terapéutica, persiguen una sola finalidad: el tratamiento de las enfermedades; tienen,sin embargo, un objetivo inmediato distinto. Se ocupa la primera del estudio del medicamento; de la indicación y de su cumplimiento, la segunda.Y es por eso que el medio de la primera es el laboratorio y de la segunda la clínica. El estudio de la Terapéutica es inseparable de la Patología.

El estudio completo del medicamento comprende el de sus caracteres como droga, y su estudio se denomina *Materia Médica o Farmacognosia;* el de su preparación o manipulación para ponerlo en condiciones de administración, se llama *Farmacia;* el de la acción del medicamento sobre el hombre sano, se llama *Farmacodinamia,* y *Farmacoterapia* sobre el enfermo. Forman los tres primeros la cátedra de Farmacología que tiene ya la autonomía de una cátedra. La Farmacoterapia es ya del resorte de la Terapéutica, es la Terapéutica medicamentosa.

La Terapéutica, en cambio, comprende el estudio de las medicaciones y tratamientos. Tiene la medicación, como objetivo, el estudio de los medios de cumplir una indicación. Caben en ella, el empleo de una o varias acciones terapéuticsa y la cumplen agentes diversos, farmacológicos, físicos, naturales, psíquicos y mecánicos. El tratamiento comprende el conjunto de medicaciones que contribuyen a la curación de un proceso mórbido definido.

Definida así la cátedra, su objetivo, su medio, y diferencia marcada que existe entre ella y la Farmacología, ensayemos de penetrar más íntimamente su espíritu.

Ciencia y arte a la vez, la Terapéutica es entre todas las ciencias médicas la que tiene más acentuado objeto práctico. Es la Terapéutica la razón de la existencia del médico. ¿Qué objeto tienen los profundos conocimientos de Anatomía, Fisiología, Química y Patología? Pueden los que profundizan estos ramos ser tan sabios como quieran, pero no serán médicos sin la Terapéutica. Sólo serán médicos, como dice Landouzy, cuando todos sus estudios converjan sintéticamente al conocimiento de las medicaciones, a fin de penetrar la ciencia y practicarla. Sin la Terapéutica serán simples espectadores del drama mórbido.

En la medicación está la ciencia del médico terapeuta. Los medios y acciones terapéuticas, se ponen en juego frente a indicaciones precisas, científicamente establecidas. En el tratamiento de un enfermo estriba el arte; pone el médico en juego una o varias medicaciones, las elige según los principios científi-

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

ficos señalados, pero las pone en juego en un orden y en una oportunidad que su tacto le sugiere y que le permite, generalmente. obtener el éxito. Despliega ciencia para establecer la medicación y elegir los medios; pero ejercita el arte, su arte, para disponer el orden y oportunidad que serán el secreto de su éxito. Fué esa disposición artística, personal, que hizo de renombre a Trousseau, y la que forma la galería de nuestros más notables médicos nacionales, entre los cuales quiero hoy, sólo citar a Ernesto Odriozola, como homenaje a su memoria.

Para terminar, señores, yo no encuentro un concepto que marque más finamente los linderos y espíritu de nuestra cátedra, que éstos conceptos, que repito ya varios años y que copio a Ladouzy:

"Si la materia médica estudia los agentes puestos al servicio del terapeuta, la Terapéutica estudia las medicaciones, así como las ocasiones y la manera de servirse de esos agentes. Si se quiere tomar a la Escuela de Guerra una comparación justa,se podría decir que la materia médica es nuestra ciencia balística, como la Terapéutica es nuestra ciencia táctica. Es necesario no participar de las ilusiones que pretenden que será un terapeuta el que posea mejor su materia médica, que tenga conocimiento completo del origen, propiedades físicas, químicas, organolépticas, las formas farmacéuticas, las acciones fisiológicas, dinamogénicas o tóxicas de los agentes empleados en medicina. El posólogo, el farmacodinamista, el poseedor de fórmulas, que sería aquel a quien hago alusión, correría el riesgo de mostrarse un pésimo terapeuta, usando sus armas de un modo desgraciado. Es que el verdadero terapeuta es el táctico que está siempre atento, que elige el momento para hacer marchar sus tropas y no las usa, sino en el momento en que ellas pueden darle el máximum de su esfuerzo y producirle el mejor efecto".

"El más instruído de nuestros oficiales, sobre la resistencia general de los ejércitos, sobre el valor comparado de la infantería y de los otros cuerpos, sobre los armamentos modernos, sobre la trayectoria y fuerza de penetración de los proyectiles, podría no ser jamás sino un pobre táctico, como el más capacitado de los biologistas sobre los principios de la Farmacodinamia, sobre las conquistas de la Terapéutica experimental, no pasaría de un mal médico terapeuta. Lo que hace al táctico, lo que hace al soldado victorioso, como al terapeuta o al médico práctico, no es la ciencia de la técnica militar o el conocimiento profundo de la materia médica, sino la concepción que el táctico como el terapeuta saben tomar a la hora decisiva, el conjunto de sus medios de acción y la resistencia que deben vencer, o en otros términos: lo que hace al táctico como al terapeuta, es el completo conocimiento de los ejércitos, la ciencia de las medicaciones, el arte de descubrir las indicaciones, es el arte de cumplirlas. La victoria como la curación, son obra de la estrategia y he aquí por qué abundan los trabajos sobre Balística y Farmacología, y tan escasos los buenos tratados de Táctica y Terapéutica".

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

Y decidme ahora, señores, ¿no es verdad, que no puede definirse mejor el espíritu de nuestra cátedra y la necesidad de orientar, por eso, su enseñanza hacia la clínica?

La intoxicación intestinal de los niños y la leche albuminosa de Finkelstein

Por el Dr. RODOLFO NEUHAUS

Las diarreas estivales, diarreas de verano o cólera infantil, son trastornos producidos por una desproporción entre la cantidad y la calidad de alimento y el aparato digestivo encargado de elaborarlo. Esta intoxicación alimenticia, como la llama Finkelstein, se presenta en el verano, y afecta con frecuencia a los niños en lactancia artificial, en la proporción de 90 por ciento.

Una prueba bastante observada y no menos elocuente, de que la alimentación es la causa eficiente y primordial del trastorno nutritivo, es el hecho que en los niños lactados al pecho, el trastorno no se presenta y de hacerlo reviste tan escasa gravedad, que son muy pocos los que fallecen por esta causa, siendo aterradora la cifra que sucumbe de los criados artificialmente.

Dos son las teorías de la patogenia del cólera infantil: *la infección* sostenida por casi todos los autores franceses y *la teoría alimenticia*, de Finkelstein.

En la intoxicación, dice este autor, "la fiebre guarda relación con la alimentaicón. Esta fiebre podemos hacerla desaparecer con la dieta hídrica y vuelve á presentarse cuando damos raciones inconvenientes de alimento y, sobre todo, si abundan los hidratos de carbono".

La fiebre que acompaña a la intoxicación alimenticia puede achacarse al azúcar y a los hidratos de carbono que gozan de propiedades piretógenas. El más nocivo es la lactosa, le siguen la glucosa y la sacarosa. Esto es así, porque la fiebre en estos casos cesa con la supresión o escasa ingestión de estos alimentos, o dándolos en forma poco fermentables, siendo la mejor la maltosa.

Para evitar la intoxicación será de rigor tratar convenientemente el más pequeño trastorno dispéptico que el niño presente, especialmente en la estación calurosa, sometiéndole a un cuidado exquisito, para lo cual se le colocará en habitacio-

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

nes espaciosas y bien ventiladas. Los niños dispépticos no estarán muy abrigados, y en verano al dormir sólo se les cubrirá con una sábana. El baño es de mucha utilidad; en verano hay que darles a beber bastante agua.

La diarrea y los vómitos constituyen defensas naturales para la eliminación del tóxico que el médico debe aprovechar. Así, cuando los vómitos son incoercibles, cuando contengan materias indigestas en descomposición, el mejor remedio es *el lavado gástrico,* muy poco empleado todavía en la clientela particular. El procedimiento es sencillo y de resultados muy satisfactorios.

Entre los medios que tenemos a nuestro alcance para eliminar los productos tóxicos del intestino delgado, se colocan los purgantes, de los que preferimos el calomelano.

Es innegable los buenos resultados de la dieta hídrica, pero siempre y cuando no se abuse de ella; porque la dieta hídrica es una arma de dos filos, que un niño simplemente dispéptico puede soportar hasta cuarenta horas, y *un niño atrófico,* es incapaz de tolerar durante doce horas. En estos niños el "hambre es muy mal soportada", y podemos decir con Langstein: "que cuanto más grave es el estado del niño, más funesta será la privación de alimento". Los niños de tara fisiológica pobre, pierden de peso de manera alarmante con extrema rapidez.

La privación de alimento sólo la permitirá el médico, después de un examen detenido del enfermito y haberse hecho cargo de su pobreza o plétora orgánica; sólo durará doce a veinticuatro horas, durante las cuales es de absoluto rigor dar cantidades equivalentes en volumen de agua; pues, en los niños enfermos es muy terrible la privación de líquidos, como muy bien lo dice el profesor León García, en su notable trabajo "La alimentación de los niños". La norma de conducta aconsejada por Finkelstein, en los casos de intoxicación alimenticia, estará sujeta a los siguientes principios: 1º la cura de hambre sin dar agua, está absolutamente prohibida y contra indicada; 2º no debe prolongarse más de veinticuatro o cuarenta y ocho haras, según los casos; 3º Esta cura de hambre será seguida de alimentación progresivamente creciente.

Una vez conseguida la desintoxicación, es de rigor mantenerla por medio de una alimentación poco tóxica ó antitóxica. Después de la dieta hídrica, que no es posible mantenerla por mucho tiempo, es necesario volver a una alimentación que no puede ser la lactancia ordinaria, porque sobrevienen pronto las recaídas. Marfan preconiza las aguas de trigo y arroz. Mery aconseja un caldo de verduras; Comby, emplea el caldo de cereales; y Moro da una sopa de zanahorias. Nosotros no aconsejamos estos alimentos, porque todos, en más o menos cantidad, contienen sal e hidratos de carbono y, por lo tanto, facilitan en vez de evitar la intoxicación.

Por pocos días, preferimos el "Kufeke" o "Milo".

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

¿Qué alimentación conviene en estos casos? La constituirá, como dice Heredia, el alimento que "modificando el medio intestinal, cumple el fin terapéutico de privar a los microbios de condiciones favorables para su multiplicación, por supresión de hidratos de carbono y aumento de la alcalinidad, con relativa disminución de suero y de grasa, cosas ambas que dificultan la multiplicación de los gérmenes. "La Terapéutica siguiendo a los datos teóricos de la intoxicación, ha sacado partido de estos hechos y como consecuencia Finkelstein y Meyer en 1910 han preparado un alimento al que denominan "Leche Albuminosa" de la que se han hecho ardientes partidarios los más ilustres pediatras.

El análisis de la leche albuminosa practicado por su autor, dió el siguiente resultado: albúmina 3 por ciento; grasas 2.5 por ciento; azúcar de leche 1.5 por ciento; sales 0.5 por ciento. La pobreza en azúcar de la leche albuminosa explica los malos resultados obtenidos al principio y la necesidad de agregar de 3 a 5 por ciento de azúcar, como Finkelstein lo reconoció al recomendar la adición de azúcar de Soxhlet (mezcla de maltosa y dextrina). La fabricación de la leche albuminosa es delicada y requiere instalaciones que por desgracia no hay en Lima.

Con el descubrimiento de la leche albuminosa, se propuso Finkelstein: 1º reducir el azúcar y las sales, diluyendo el suero de la leche de vaca, que es el elemento que causa con frecuencia los accidentes observados en la lactancia artificial; 2º aumentar la caseína asociada á dósis variables de grasa, pues se ha establecido positivamente, que la caseína no es la causa de la fetidez de las deposiciones. Por el contrario, actúa como un antifermento de primer orden y es fácilmente reabsorbida por el intestino, aumenta la alcalinidad de los jugos intestinales e impide la auto-intoxicación.

La leche albuminosa resulta inferior a la leche de mujer en el tratamiento de la gastro-enteritis y esta última debe de ser preferida invariablemente. *No conviene como dieta a los niños sanos;* constituye un alimento precioso en el tratamiento de la intoxicación intestinal y en las dispepsias de la primera edad.

He aquí la manera de preparar la "leche albuminosa": 1º Se calienta al bañomaría, un litro de leche, al que se le adiciona una cucharadita de pepsina. Se sostiene al fuego sin que exceda de los 42 grados, durante media hora, al cabo de la cual, caseína y grasa han formado un coágulo y expulsado el lactoserun. — 2º Se tamiza a través de una tela fina y se deja escurrir una hora, á fin de separar completamente el coágulo y el suero. — 3º El coágulo se mezcla con medio litro de agua, desmenusado y pasado dos veces a través de un tamiz fino del No. 70. Se le adiciona medio litro de agua, a la que debe dar el aspecto de leche. — 4º Se le añade medio litro de leche descremada con un principio de fermentación de diez minutos y se reparte en biberones de 250 gramos. Antes de servirla se ca-

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

lienta; pero se evitan altas temperaturas que llegarían a producir grumos.

El producto es una leche pobre en azúcar y grasa; mayor cantidad de ácido láctico y una cantidad equivalente de albúmina a la que contiene la leche de vaca.

Prensa Médica Francesa

LOS LIPOIDES, por H. Iscovesco. — La palabra "lipoide" tiene un sentido fisiológico y no corresponde, lo mismo que la palabra "fermento", a un grupo químico bien determinado. En realidad son entidades funcionales que se han impuesto a nosotros. Nuestras definiciones y clasificaciones actuales de las substancias del organismo con apariencia *grasa*, son tan imperfectas como lo fueron las de los albuminoides. Del mismo modo que no se habla ya de albuminoides, sino de *proteínas*, comprendiendo con esta palabra las albúminas, las globulinas, las protaminas, etc., convendría designar bajo el nombre de *adipoides* un grupo de substancias, comprendiendo las grasas verdaderas, los ácidos grasos, las ceras, los lipoides, lo colestéridos, los protagones y los cerebrósidos.

Se ha adquirido la costumbre de designar con el nombre de lipoides todo lo que se extrae de los tejidos y humores del organismo por medio de disolventes, tales como el éter, el cloroformo, el benzol, etc. Pero las primeras extracciones arrastran, además de los *adipoides*, muchas impurezas, tales como proteínas, materias colorantes y hasta sales. Solamente después de varias precipitaciones y redisoluciones, es como se consigue obtener un lipoide puro o por lo menos un grupo de lipoides con una predominancia tal de uno de ellos, que se puede no tener en cuenta los demás. Se llega así a encontrarse en presencia de una substancia que tiene más o menos las apariencias de un cuerpo graso, pero que difiere de éste totalmente por sus propiedades biológicas y también por la constitución química de su molécula. En suma, un lipoide no es una grasa, lo mismo que no lo es la vaselina, a pesar de su apariencia física.

Se pueden considerar como adquiridos en la hora actual los puntos siguientes:

1º — Los lipoides son *adipoides*. Su molécula, mucho más gruesa que la de las grasas verdaderas, contiene uno o varios radicales de ácidos grasos superiores, con frecuencia del ácido glicerofosfórico, una base nitrogenada variable y característica para el *lipoide* considerado, algunas veces azufre en lugar del fósforo, o hasta azufre y fósforo, al mismo tiempo. Por estas razones es por lo que se les ha clasificado en fosfáticos, sulfáticos y cerebrósidos, los cuales no contienen ni azufre ni fósforo.

En suma, al paso que las grasas verdaderas son siempre substancias ternarias (C, H, O), los lipoides son siempre por lo menos cuaternarias (C, H, N, O) y lo más a menudo quintenarias (C, H, N, O, P).

2º — La colesterina no es un lipoide, como no lo son el alcohol y el éter. La colesterina es un adipoide. Es un cuerpo ternario y posee una función alcohol. Acompaña siempre a los lipoides y parece tener una función de balance, de neutralización con respecto a aquellas substancias de las cuales atenúa o compensa ciertas acciones.

3º — Se pueden preparar lipoides puros absolutamente desprovistos de todo vestigio de proteínas. Con lipoides puros, es con lo que yo he hecho mis investigaciones.

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

4º — Los lipoides no son coloides, aunque puedan dar con el agua emulsiones finas. No son de ningún modo coloides, como el sulfuro de arsénico o el hidróxido de hierro, a pesar de que, en ciertas condiciones de preparación, pueden presentarse bajo la forma de suspensión coloidal.

5º — Overton pensaba que los lipoides condicionaban todos los cambios celulares. Hoy se sabe que esta opinión era exagerada y que la liposolubilidad interviene como factor dominante en ciertos procesos, que pueden considerarse como excepcionales, la narcosis, por ejemplo.

No se sabe nada definitivo sobre el papel y la importancia de los lipoides en la inmunidad. Existe un gran número de hechos, un polvo de ciencia. Es probable que no exista sobre este asunto una ley general. No es posible ninguna síntesis.

Ciertos lipoides son hemolíticos, otros, por el contrario, son antihemolíticos. Yo mismo he demostrado con Foucaud, que los glóbulos rojos contienen lipoides que los protejen contra los jabones y la saponina. Ciertos microbios contienen lipoides hemolíticos. El cobralecitido de Kyes ha sido objeto de muy bellas investigaciones por parte de Fourneau y Delezenne, los cuales le han caracterizado como un anhídrido del éter monopalmito-fosfoglicérico de la colina. Se trata, pues, de un lipoide tipo.

La hemolisis no es una función constante de los lipoides; todo es cuestión de especie. En efecto, todo depende del medio y de las diferentes substancias a las que pueden unirse los lipoides. El caso del cobralecitido no es único.

Los lipoides de ciertos microbios son tóxicos. Algunos de ellos dan lugar, cuando se inyectan bajo la piel, a reacciones inflamatorias intensas. Tal es el caso de ciertos lipoides extraídos de los bacilos de la tuberculosis.

No es cierto que los lipoides sean antígenos; pero parece que juegan un papel importante en la reacción de Wassermann.

Calmette, Massol y Guerin han señalado que los animales cuyo suero es rico en lecitina, son menos accesibles a la tuberculosis que los de suero pobre en dicha substancia. En lo que concierne, de una manera general, a la fijación de las toxinas, no existe ley ninguna; es también una cuestión de especie. Existen toxinas lipótropas, lo mismo que existen alcaloides liposolubles o nó. Todo dependerá, por tanto, de las propiedades físico-químicas de la toxina considerada.

Parece casi cierto que en ciertos casos, lipoides puros o combinados con ciertas substancias, pueden jugar un papel importante en ciertos mecanismos de inmunidad. Todo depende del caso examinado. Esto es todo lo que se puede afirmar, y ya es bastante. ¿Se puede formular una ley general sobre el papel de las sales inorgánicas en el organismo? Ciertamente que no, porque todo depende del caso examinado. Basta saber que las sales juegan un papel capital en los fenómenos de la vida, quedando por estudiar después cada caso particular. Lo mismo sucede exactamente con los lipoides.

Las experiencias de Hopkins son citadas muy a menudo como las primeras que han demostrado la necesidad absoluta de la presencia de los lipoides en la alimentación. En realidad, ha sido Wilhelm Stepp, cuyas primeras investigaciones datan de 1909 y han sido completadas en 1911, el que ha abierto la cuestión y mostrado la vía, aún a los autores americanos que no han aportado a la doctrina de Stepp más que algunos complementos accesorios, pero que han creado una palabra nueva: la vitamina A o vitamina liposoluble. En suma, Stepp, el primero, y Hopkins, un año más tarde, han demostrado que era imposible conservar un animal con vida, o permitir el crecimiento de un joven, con un régimen completamente privado de todos sus lipoides. Las investigaciones de Neville, Mac Arthur y Luckett, Mac Collum y Davis, de Lafayete B. Mendel, de Osborne y Mendel, Hans Aron, Burlach, Haubner, Roehl, etc., confirman las experiencias de Stepp; todo régimen sin lipoides es un régimen de carencia. Pero hay que saber que para privar a un tejido completamente de sus lipoides son necesarias extracciones muy prolon-

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

gadas, y a veces varias series de disolventes. Ciertos resultados contradictorios publicados por algunos autores americanos deben atribuirse a faltas cometidas en la técnica de extracción.

El único argumento que pueden ser invocado para la existencia de una vitamina A, liposoluble que, por otra parte, sería arrastrada por las extracciones al mismo tiempo que los lipoides, es la pequeña cantidad de lipoides que se debe dar para completar el régimen. Pero este argumento no tiene ningún valor. Basta, en efecto, reflexionar que conteniendo apenas algunos centigramos de lipoides el conjunto de los órganos del ratón, bastará una cantidad muy pequeña de manteca o de lipoide hepático para exceder largamente las cantidades de lopoides contenidos en el conjunto de sus órganos. Ahora bien: el ratón ha sido el animal utilizado en todas las experiencias de este género. Sabemos, también, desde las investigaciones de Roehl, que el organismo es incapaz de hacer la síntesis de los lipoides constitutivos de sus órganos, cualquiera que sea la cantidad de fósforo inorgánico que se ponga a su disposición, y por otra parte (Heubner), que es el fósforo orgánico el que favorece mejor el crecimiento.

Animales sometidos a un régimen sin lipoides, pueden ser conservados si se añade a su régimen manteca, crema o un poco de aceite de hígado de bacalao, o lipoides del riñón, del páncreas, del hígado, de músculos o de otros órganos. Pero en cambio, ni la lecitina, ni la cerebrona, ni la cefalina, poseen esta propiedad anticarencial.

Los lipoides juegan un papel capital en la nutrición de la córnea y el desarrollo del esqueleto. Desde hace largo tiempo, el médico japonés Mori había observado la frecuencia del xerosis de la córnea y de la queratomalacia en los niños alimentados exclusivamente con vegetales. Estos niños curaban muy bien por la administración de un poco de aceite de hígado de balao. Goldschmidt y A. Franck, han podido reproducir en ratas estos trastornos graves de la córnea y de la conjuntiva con un régimen sin lipoides.

En lo que concierne a los trastornos del esqueleto, las investigaciones hechas por Mellanby no son concluyentes, porque el raquitismo en sus perros jóvenes, era provocado por la ausencia simultánea de lipoides y de cal. Es cierto que los animales curaban por la administración del aceite de hígado de bacalao. Pero, en cambio, se ha tenido la ocasión desde la guerra, de observar numerosos casos de osteomalacia en niños jóvenes que no recibían como grasa alimenticia más que una especie de margarina vegetal. Estos hechos han sido observados por Bloch en Copenhague, por Harriete Chick y Elsie J. Dalyell en Viena. En todos estos casos bastaba una pequeña cantidad de aceite de hígado de bacalao para obtener la curación. Ahora bien, yo he demostrado en 1914 que la actividad del aceite de hígado de bacalao se debía únicamente a los lipoides que contiene y que basta desembarazarle de ellos por medio de precipitaciones con la acetona (a baja temperatura) para que pierda sus propiedades específicas.

Para un gran número de autores ingleses y para la Comisión delegada por el *Instituto Lister* y el *Medical Research Comitte,* las substancias lipoídicas o las liposolubles juegan un papel capital en el desarrollo del esqueleto, y son designadas bajo el nombre de substancias antiraquíticas. Pero estas conclusiones están basadas en las investigaciones de Mellanby, que no dan una convicción absoluta.

En suma, los lipoides son indispensables para la vida y el crecimiento; esto es lo que es cierto y lo que fué demostrado ante todo por Stepp. Parece que para los *adipoides* como para los proteidos, el organismo no solamente tiene necesidades cuantitativas, sino también necesidades cualitativas, y que por lo mismo que es incapaz de hacer la síntesis de ciertos ácidos aminados, es incapaz igualmente de hacer la síntesis de las esterinas y de ciertos lipoides altamente diferenciados.

Pero hay más todavía: mis investigaciones han probado que los lipoides juegan no solamente un papel capital en el desarrollo del conjunto del organismo, sino que incumbe a ciertos lipoides una influencia local sobre órganos determinados. Estos hechos — influencia de cier-

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

tos lipoides sobre la nutrición y el crecimiento de órganos determinados, sobre los cuales he sido el primero en llamar la atención — son los que voy a exponer ahora.

Ante todo se presenta una cuestión: ¿existen en ciertos órganos lipoides específicos y característicos para el órgano en cuestión? Se puede responder afirmativamente para el corazón, el hígado, la placenta, el cuerpo amarillo, el cerebro y el tiroides. Erlandsen ha extraído del corazón un mono-monofosfátido, lipoide que contiene una base animal (amina biógena) que no se encuentra en ninguna otra parte, y que es característico para este órgano. Yo he aislado este mismo lipoide y he comprobado que poseía propiedades excitantes y cardiotónicas de las más claras. El cuerpo amarillo contiene un lipoide que es un pentamino-difosfátido (Hermann), que no se encuentra en ninguna parte del organismo y que es característico. La placenta contiene un lipoide muy rico en nitrógeno y que es característico. El riñón contiene el *carnaubon*, aislado por Dunham; el páncreas, la vesaltina, aislada por Frankel. El sistema nervioso contiene la sahidina de Fránkel, la esfingomielina que Rosenheim y Tebb ha podido aislar por medio de la piridina caliente, la cefalina, etc. Los lipoides extraídos de los diferentes órganos, tienen aspecto físico completamente diferente los unos de los otros. Nada se parece tampoco al lipoide del ovario como el del testículo o del tiroides.

Otro medio y el más demostrativo para diferenciar un lipoide de otro, es el método fisiológico. De éste es del que yo me he servido. Por lo mismo que el método fisiológico es el único que permite saber de una manera precisa si un fermento es glucolítico o amilolítico, por lo mismo que el método experimental que yo he seguido es el que permite solamente, en la espera de que los químicos terminen de estudiar los lipoides, juzgar su papel fisiológico.

Mis primeras experiencias datan de 1908. He utilizado, sobre todo, conejos, a veces también perros. Siempre he conservado testigos de la misma edad y del mismo peso, a veces, que provenían incluso de una misma camada.

He podido demostrar así que la administración de un lipoide ovárico o testicular a un conejo joven provocaba, al cabo de cierto tiempo, una hipertrofia de los ovarios y del útero, o respectivamente de los testículos. Mientras que el útero de los animales testigos pesaba por término medio 3,50 a 5 gramos, los de los animales tratados pesaban de 8 a 10 gramos y hasta más. Igualmente, mientras que los ovarios de los animales tratados pesaban (los dos) 0,75 a 1,30 gramos, los de los testigos, 0.40 a 0,50. Resultados del mismo orden han sido observados en machos jóvenes tratados con el lipoide testicular.

Con el lipoide tiroideo (porción insoluble en la acetona), he encontrado al cabo de algunas semanas (generalmente doce a catorce) no solamente aumento de tiroides, sino también una ligera hipertrofia del corazón y de los órganos genitales, aunque esta última, sin embargo, mucho menos acentuada que con el lipoide ovárico.

He mostrado, según Kepinow, que la administración a conejos sangrados de lipoides globulares, provocaba una regeneración globular muy rápida.

Los lipoides del corazón, del riñón, de las suprarrenales, dan resultados absolutamente superponibles a los que se obtienen con los lipoides ováricos o testiculares. Para las suprarrenales, los resultados son diferentes, según que se administren los lipoides de la sustancia cortical o de la medular; aumento del corazón y de las cápsulas, ligero aumento del volumen de los riñones en los animales tratados con los lipoides de la medular; nada de aumento del corazón ni de los riñones, ligero aumento de las suprarrenales en los tratados con los lipoides de la cortical y al mismo tiempo trastornos del sistema piloso y de la pigmentación cutánea.

En lo que respecta al hígado, he extraído un lipoide que no es solamente un excitante del hígado, sino que ejerce una acción notable sobre el crecimiento y el peso de los animales. Si la vitamina A existe, lo que es muy discutible, es en los lipoides hepáticos donde se encuentra en

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

mayor cantidad. Estas primeras comprobaciones son las que me han incitado a buscar si la acción del aceite de hígado de bacalao, tanto como activante del crecimiento que como agente anticarencial, no era debida a los lipoides. Mis investigaciones sobre este asunto, como he dicho anteriormente, han demostrado plenamente que las propiedades características de este aceite eran debidas a los lipoides hepáticos que contiene. Animales con fenómenos de carencia producidos por un régimen sin lipoides, curan muy de prisa si se les administran lipoides hepáticos. Por otra parte, administrando a conejos jóvenes durante ciento treinta días, 2 centigramos de estos lipoides, su peso ha aumentado por término medio un 59 por 1000, mientras que los animales testigos no han aumentado más que el 29 por 100.

Algunos de los hechos por mí observados, han sido comprobados también por Fellner, quien, después de haber inyectado a conejos jóvenes lipoides del ovario durante dos o tres semanas, encontró una gran hipertrofia del útero con mucosa hipertrofiada, presentando células epiteliales alargadas y cilíndricas. Ensayos practicados por el mismo autor, en mujeres con el lipoide ovárico y en hombres con el lipoide testicular, le han dado resultados del mismo orden que los observados en las experiencias sobre animales.

Herman ha inyectado el lipoide del cuerpo amarillo a tres conejos jóvenes y ha obtenido congestión e hipertrofia uterina, al mismo tiempo que una secreción serosa abundante de las glándulas mamarias. Observó también que este lipoide reducía el ciclo del celo a quince días, mientras que normalmente es de cuatro semanas. Ha obtenido resultados aún en los animales castrados, los cuales presentaron, en efecto, una hipertrofia considerable del útero y de las mamas, con secreción serosa.

Todas mis experiencias con el lipoide ovárico han sido repetidas por Naflian y confirmadas en todos sus puntos; además, ha experimentado el lipoide ovárico en hembras embarazadas y ha observado que el lipoide ovárico no solamente no turbaba en nada el curso normal de la gestación, sino que los animales nacidos pesaban al nacer, más que los de los animales no tratados. Observó, finalmente, que las mamas de la madre que había sido tratada, estaban llenas de leche.

¿Por qué mecanismo obran los lipoides? Antes de tratar de responder á esta cuestión, conviene poner de relieve dos hechos importantes:

Un primer hecho es, que la cantidad de lipoides contenida en los órganos, disminuye la mayor parte de las veces cuando están enfermos. Al paso que se observa en el hígado fresco normal del adulto un 0,60 por 100 de lipoides (porción insoluble en la acetona), apenas se encuentra 0,20 a 0,45 en la cirrosis de Laennec. La cantidad de lipoides está disminuída, aún cuando los órganos estén atacados de degeneración adiposa. Koch y Mann, Carbone y Pighini han encontrado un empobrecimiento de lipoides en los cerebros de numerosos enfermos que han sucumbido por afecciones crónicas de los centros nerviosos. La misma pobreza en lipoides fué encontrada por Mott y Barrat, Halliburton en la médula de los tabéticos, por Ambard, Rathery y Schaeffer en la esclerosis renal, por mí mismo en los hígados de la intoxicación fosforada.

Un segundo hecho, muy importante, que es preciso conocer, es que, cuando se administra un lipoide a un animal, este lipoide va a fijarse electivamente en un órgano determinado. Desde 1907, Franchini había mostrado que la lecitina administrada por la boca a conejos, era fijada exclusivamente por el hígado y los músculos, y nada en absoluto por el cerebro, a pesar de que éste sea uno de los órganos más lipótropos del organismo. Estas experiencias demostraban, también, que la lecitina atravesaba el tubo digestivo sin ser alterada por los fermentos lipolíticos, hecho que ha sido confirmado por Stassano y Billón, así como por Terroíne. Salkowski se ha preguntado en seguida si el cerebro, incapaz de fijar lecitina, que no entra en su constitución, sería capaz de fijar algunos de sus lipoides constitutivos. Ha ensayado la sahidina de Fránkel, uno de los componentes más importantes de la cefalina. De este modo ha podido comprobar que, al cabo de cuatro días de administración de este

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

lipoide por la boca, la cantidad de fósforo lipoídico del cerebro estaba aumentada, que el hígado no fijaba en absoluto la sahidina y que ésta parecía ser fijada en gran parte en el cerebro. Del mismo modo los ovarios de animales tratados por el lipoide ovárico se enriquecían en fósforo.

Los lipoides obran, por tanto, yendo a fijarse electivamente sobre el órgano de donde provienen y, algunos de ellos también, en parte, sobre otros órganos (tiroides, hígado).

Las experiencias sobre animales y los análisis clínicos demuestran que nuestros órganos no son capaces, en ciertos casos, de hacer la síntesis de sus lipoides constitutivos y que es necesario dárselos hechos del todo. Por esta razón es por lo que yo he designado a estos lipoides con el nombre de *homo integrantes*. En realidad son *homo alimentos*.

Era perfectamente natural ensayar los lipoides en terapéutica humana.

Desde 1910, he ensayado el lipoide ovárico en mujeres afectas de diferentes trastornos ováricos, con los resultados más satisfactorios.

Nafilian ha tratado con el lipoide ovárico 14 casos. Cita en su trabajo 12 casos de castración, 15 trastornos de menopausia, 7 casos de ovaritis crónica, 3 amenorreas, 17 dismenorreas, 4 casos de senilidad, 4 casos de clorosis, 3 casos de diversos trastornos relacionados con el hipoovarismo, todos ellos curados por un tratamiento con el lipoide ovárico.

Seitz, Wintz y Fingerhunt han hecho ensayos con el lipoide del cuerpo amarillo y han llegado a las mismas conclusiones que yo. El malogrado Jacquet, médico de Saint-Antoine, y su ayudante Debat, han seguido durante largo tiempo una enferma con un acné rebelde hipoovárico y que curó con el lipoide ovárico. No quiero volver a citar los hechos del mismo orden señalados por Fellner, Hermann, de los que me he ocupado anteriormente.

Sería fastidioso citar aquí todos los autores que han empleado los lipoides con los resultados más satisfactorios. El lipoide hepático es actualmente empleado por muchos médicos en lugar del aceite de hígado de bacalao. Los resultados son más constantes y más regulares que con el aceite. Además, son mucho más rápidos y se comprueban aumentos de peso importantes desde el primer mes, en los niños o en los adultos pretuberculosos. El lipoide cardiaco es quizás el más poderoso y el más inofensivo de los tónicos del corazón. El lipoide de los glóbulos rojos, el del cerebro, del riñón, del páncreas, tienen indicaciones precisas, fáciles de deducir de los hechos experimentales. Por lo tanto, es inútil insistir sobre ello.

Para concluir, yo pienso que es difícil no admitir en la hora actual, que en muchos casos de deficiencia de secreciones internas, se trata sencillamente de carencia de lipoides. Nuestros órganos en ciertas condiciones, no son ya capaces de hacer la síntesis de sus lipoides y es necesario dárselos hechos por completo.

Se sabe que, para los albuminoides, éstos son tanto mejor utilizados cuando provienen de una especie menos alejada de la del animal que los utiliza y que son las albúminas vegetales las peores.

En la hora actual existen graves divergencias de opinión entre los fisiólogos y los médicos respecto a los órganos de secreción interna. Mientras que para la mayoría de los fisiólogos no se tiene el derecho de admitir como glándulas de secreción interna, más que un número limitado de formaciones: la glándula intersticial, el tiroides, la paratiroides, los islotes de Langerhans, y tal vez las suprarrenales, los médicos, basándose en los resultados opoterápicos obtenidos con el polvo de los más diversos órganos y tejidos, parecen suponer y hasta encontrar secreciones internas casi por todas partes. Yo pienso que se concilian perfectamente estas divergencias entre prácticos y fisiólogos, admitiendo que la mayor parte de las veces, cuando hacemos la opoterapia, lo que hacemos es la homo alimentación.

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

La teoría homoalimenticia está casi demostrada en la hora actual en lo que respecta a los lipoides que se fijan realmente de un modo efectivo en el organismo.

Añado, para terminar, que si las vitaminas A existen, lo cual es muy dudoso, estas vitaminas se encuentran al máximum en los lipoides del hígado y del páncreas.

Existen vitaminas A que favorecen el crecimiento del conjunto del organismo, y existen vitaminas locales para cada órgano y estas son los lipoides. Por otra parte, es posible que lo que haga la especificidad de los lipoides de cada órgano, sea la base nitrogenada — amina biógena — que entra en la constitución de su molécula. — *(La Presse Medicale).*

Prensa Médica Americana

EFECTOS FRECUENTES DE LAS AMIGDALAS ENFERMAS, NO CONOCIDOS DE MUCHOS PRACTICOS. — Dr. I. Leslie Davis. — *Surgical Clinics of North America.* —Febrero 1923).

Se debe a los estudios de cirujanos norteamericanos el concepto actual que reconoce en la amígdala, crónicamente enferma, un foco séptico cuyas toxinas, difundidas por la circulación en todo el organismo, son fuentes que deben tenerse en cuenta para explicar la génesis de lesiones de otros órganos. Se admite, sin discusión, que las supuraciones crónicas de las amígdalas pueden originar verdaderas septicemias, pero ordinariamente sólo se presta atención a las infecciones tonsilares agudas que presentan síntomas característicos, descuidando las crónicas por sus escasas manifestaciones físicas.

El doctor Davis estudia la influencia de los procesos tonsilares crónicos, sobre tres órganos de primera importancia para la vida: el oído, el ojo y la laringe.

La amígdala crónicamente enferma determina trastornos de la circulación local, que dificultan la nutrición y alteran órganos vecinos muy sensibles y especializados, produciendo en el oído el catarro seco, crónico, de la caja del tímpano. La membrana del tímpano se altera lentamente, perdiendo su aspecto traslúcido y lustroso, se vuelve opaca, marfilina, amarillenta, la audición va debilitándose. El autor está convencido que tal proceso se debe a la influencia prolongada de tonsilas enfermas en la gran mayoría de los casos; nunca ha encontrado este catarro crónico de la caja sin concomitancia de amígdalas enfermas; ha observado durante años la lenta evolución de la opacidad timpánica cuando no ha desaparecido su causa primera, y ha visto, también, con pocas excepciones, detenerse ese proceso después de la enucleación de las tonsilas; muchos de esos casos han sido observados sin variación, durante diez y quince años. Deduce que la llamada sordera de la vejez pudiera evitarse en gran proporción, por oportuna extirpación del foco tonsilar séptico.

La infección tonsilar unida a exceso de presión intranasal, es también un factor en la etiología de la catarata progresiva. Esta opinión, un tanto hipotética, está basada en observaciones de varios casos de catarata senil en los últimos seis años, y en las opiniones de algunos oftalmologistas de gran experiencia, respecto a la frecuente asociación de la catarata con sepsis en foco. Henry Kirkpatrick, en su libro reciente, dice: "Los trastornos gastro-intestinales y la sepsis bucal están muy extendidas en los trópicos, y la mayor parte de los observadores han nota-

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

do la frecuente asociación de estos estados mórbidos con la catarata incipiente en la India".

La frecuencia con que los vicios de refracción del ojo se agravan por la presión intranasal y la obstrucción de la zona etmoidal está expresada en la siguiente cita de Kirkpatrick: "Un ojo con vicio de refracción es especialmente susceptible a las complicaciones oculares de la diabetes, nefritis y sepsis focal, y también debe serlo a la formación de cataratas, si una causa constitucional de la enfermedad actúa". Dice igualmente: "Existiendo la causa en grado suficiente, puede producir una cpacidad por degeneración de las fibras de la lente o del epitelio capsular. Puede directamente afectar las células capsulares. Los productos del metabolismo que se acumulan, son directamente perjudiciales para las fibras y células, o pueden hacerse tales en presencia de otros factores locales, como los rayos luminosos de onda corta".

Aunque poco familiarizado con las afecciones oculares, dice, me he interesado en tres pacientes afectos de catarata. Todos hombres, llevaban avanzadas lesiones de catarata senil, cuando hube de tratarlos por lesiones de la nariz y la garganta; todos tenían obstrucciones nasales semejantes y tuvieron tonsilas enfermas. Desviaciones altas del septum, con gran hipertrofia del cornete medio aplicado contra el tabique y teniendo también sinéquias con la pared maxilar. Estos pacientes eran cuidados por oculistas y esperaban pocos meses para someterse a la extirpación de la catarata. Para aliviar algunos trastornos reflejos y generales, debidos en apariencia a amígdalas sépticas y anormalidades de la nariz, extirpé las amígdalas y un cornete medio, enderezando el septun por resección submucosa, bajo anestesia general. Resultados: Todos los enfermos obtuvieron notable mejoría física, que ha sido permanente; todos tienen todavía tan buena visión como antes de la operación, sin que nada más se les haya hecho en los ojos. El resultado de estos tres casos, datando ya de dos años, nada prueba, pero es significativo y sugiere la conveniencia de observar otros, especialmente en estados menos avanzados de la catarata, combinados con las mismas lesiones.

La laringe sufre igualmente los efectos perniciosos de las infecciones amigdalianas crónicas, las laringitis crónicas derivan su tenacidad del foco tonsilar primitivo. Cita el autor casos en que bastó extirpar las amígdalas para poner fin a procesos antes rebeldes a todo tratamiento, entre ellos los designados por Chevalier Jackson como estados precancerosos.

La sepsis dental rivaliza con la tonsilar en ser generadora de accidentes secundarios, pero si todas las amígdalas enfermas fueran eliminadas en los primeros años de la vida, la piorrea, los abcesos apicales y las caries perderían importancia; pues, las tonsilas son factores iniciales de la decadencia dentaria.

Conservar las amígdalas porque no parecen ofensivas por su aspecto físico, es erróneo: debemos conocerlas por sus frutos. — *Dr. Bello.*

ULCERA PRE-PILÓRICA CALLOSA DE LA PEQUEÑA CURVADURA DEL ESTÓMAGO. — PILORO GASTRECTOMIA, BILLROTH II. — *Dr. Donato González Mármol.* — (Revista Médica Cubana, 1923).

La experiencia de algunos años, ha enseñado a médicos y cirujanos que la gastro-enterostomía "simple", no es el método de elección para todos los casos de úlcera del estómago.

En cierto número de enfermos los síntomas no se modifican, o si fueron aliviados durante un período no muy largo, vuelven a presentarse. No evita graves complicaciones como la hemorragia, la perforación, la estenosis, el ulcus yeyunal secundario y mantiene en algunas formas de úlcera el peligro de una transformación cancerosa.

"El tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica ha sido durante muchos años irreflexivo y rutinario". Limitado a un solo método para todos los casos, el cirujano tenía un solo objetivo en el momento de la

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

operación: hacer pronto y bien una gastroenterostomía. No era prudente ir en busca de la úlcera para confirmar el diagnóstico personal o remitido, ni hacer exploraciones supérfluas que podían comprometer el éxito operatorio.

Hemos cambiado de sistema. El examen obligado y minucioso del estómago durante la intervención, la pesquisa de la úlcera y el estudio de sus complejos caracteres ha sido la base científica para la aplicación de nuevas técnicas, cada vez mejor indicadas a determinada variedad de úlcera.

Por otra parte, el cirujano utiliza la instrucción adquirida sobre la etiología, fisiología quirúrgica, examen clínico, radiología, y evolución de cada forma de ulcus para elegir un procedimiento adecuado, para formar "el método para cada caso".

No hace mucho tiempo, los partidarios de la gastro-enterostomía, eran los más numerosos; en grupo reducido se contaban los defensores de la extirpación de la úlcera.

En la actualidad, los prácticos que por su vasta experiencia marcan la ruta a seguir, están de acuerdo en afirmar que el tratamiento "curativo", consiste en la supresión del tejido ulcerado y que la gastro-enterostomía "simple" es un tratamiento "paliativo".

Y ya en este terreno de radicalismo se establece en fecha reciente un criterio más avanzado. Se debe extirpar la úlcera y la porción del estómago donde se asienta, "gastrectomía, segmentaria", en manga, o suprimiendo el píloro y la parte de estómago vecina, "píloro-gastrectomía".

Los métodos quirúrgicos recomendados hasta hoy, pueden clasificarse en indirectos, directos y mixtos.

Indirectos:

Gastroenterostomía anterior, (Vólfler).
„ posterior (Hacker).
Gastro enterostomía con yeyunostomía, (Moynihan).
Gastroenterostomía con exclusión del píloro, (Doyen).
Gastroduodenostomía, (Jaboulay).
Gastroduodenostomía por implantación, (Kümmel).
Gastroduodenostomía con piloroplastia, (Finney).

Directos: —

Excisión simple de la úlcera, (Mikulicz).
Termocauterización, (Balfour).
Resección anular o segmentaria del estómago, (Riedel).
Resección en silla de montar, (Czerny).
Resección transgástrica, (W. G. Mayo).
Taponamiento plicadura, (Roth).

Mixtos: —.

Todos los que asocian una gastroenterostomía complementaria a la extirpación de la úlcera, o la practican como necesaria, para restablecer la continuidad gastro-intestinal.
Pilorogastrectomía con implantación duodeno-gástrica. (Pean).
Pilorogastrectomía con implantación del duodeno a la pared posterior del estómago, (Kocher).
Pilorogastrectomía con gastroenterostomía anterior, (Billroth II).
Pilorogastrectomía con implantación del yeyuno lateralmente sobre la sección gástrica a través del mesocolon, (Krónlein-Mikulicz-Polya).
Igual técnica con implantación por delante del colon. (Polya-Balfour).

Motivo de cuidadoso estudio debe ser para un cirujano no avezado a practicar grandes series de intervenciones gástricas, la elección de uno

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

a otro método cuando quiera armonizar las indicaciones que hoy se aconsejan para la cura radical de un caso de úlcera gástrica y las limitaciones que establecen determinados factores.

Uno de ellos consiste en la más estricta aplicación de los métodos asépticos que deben ejecutarse a sabiendas de que en la cirugía gastrointestinal se abren cavidades cuyo interior contiene líquidos que pueden estar contaminados.

Otro es la perfección de la técnica personal que no siendo por igual en todos los cirujanos ni igual en todas las épocas para el mismo, lo obliga a decidirse por un método tal vez menos oportuno o radical, pero que realizado con más habilidad aventura menos la vida del enfermo.

La topografía y anatomía patológica de la úlcera, observadas en el momento de la operación influye mucho para elegir el método. Hay úlceras que se rodean de adherencias más o menos desprendibles o producen retracciones cicatriciales que originan estenosis pilóricas o mediogástricas. En ocasiones las circunda un borde calloso e irregular que si se acompaña de epiplon e infarto ganglionar, se confunde con una neoplasia maliga.

La anemia y debilidad general que acompaña a algunos enfermos de úlcera y que puede provocar apenas abierta la cavidad abdominal y comenzada la manipulación del estómago, signos premonitorios del shock, es un factor que decide a última hora la elección de la técnica más rápida, si bien convencidos de que nuestra labor no ha sido curativa.

En resumen, la elección del método quirúrgico para tratar una úlcera gástrica está sujeta a los siguientes factores:

1. Instrucción adquirida por el cirujano.
2. La perfección de los métodos asépticos.
3. La topografía y anatomía patológica de la úlcera.
4. La habilidad personal.
5. Las condiciones del enfermo en el momento de la operación.

El tratamiento de la úlcera gástrica fué iniciado por Rydygier el día 21 de Noviembre de 1881. A una mujer de 30 años que sufría de úlcera pilórica, le practicó una pilorogastrectomía con anastomosis gastroduodenal, método llamado hoy Billroth I, y que debe llamarse operación de Pean (1879). Tuvo un éxito completo pero no fué imitado ni aún en la misma Alemania; al contrario, apenas publicó su observación que titulaba: "La primera resección del estómago por causa de úlcera". Otra revista de Berlín al dar cuenta suscinta del caso le hacía este único comentario: "Y esperamos que sea la última".

El segundo esfuerzo lo describió Czerny el año 1822. Hizo la resección de una úlcera de la pequeña curvadura que se extendía por la pared anterior y posterior.

Billroth realiza su primera piloro gastrectomía con gastroenterostomía antecólica (Billroth II) el 15 de Enero de 1881. Se vió obligado á modificar el método de Pean, porque después de resecar parte del estómago por una neoplasia maligna, no pudo afrontar las líneas de sección gástrica y duodenal.

W. L. Rodman, indicó más tarde como operación ideal para la úlcera situada en el píloro o su antro, la excisión de toda el área donde está asentada (Ulcer-bearing), por medio de la resección del píloro y gastro enterostomía. De ahí que en Norte América e Inglaterra, alguien llame todavía "Operación de Rodman" al método Billroth II.

En 1895, Mickulicz practica cuatro veces la "excisión simple" de la úlcera con dos curaciones.

Y en fechas más recientes se dan a conocer los nuevos métodos directos de Riedel, Roth, Balfour, W. J. Mayo y el mixto de Polya (1911), y su variante Polya-Balfour (1917).

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

Prensa Médica Italiana

EL VALOR TERAPEUTICO DEL YODARSOLO. — De un trabajo del Dr. Luis Maramaldi, de la Real Universidad de Nápoles, tomamos lo siguiente, sobre este producto farmacéutico:

"Los estudios hechos en el último ventenio sobre la acción biológica del iodo, han puesto en relieve propiedades, que lo hacen susceptible de variadas e importantes aplicaciones terapéuticas.

En la grande mayoría de los casos, según el profesor Pouchet, todas las veces que el médico no sabe qué hacer, prescribe el yodo, al cual más que a cualquier otro fármaco, puede aplicarse la justificación *ut aliquid fieri videatur.*

El yodo, es un enérgico antiséptico, pero su acción antitóxica, y esterilizadora se explica todavía más eficaz de aquella microbicida, como viene demostrado por la evidencia de los efectos que éste produce contra los fenómenos terciarios de la sífilis, frente a los cuales, se puede decir que el yodo manifiesta una verdadera acción específica.

Por las reacciones acentuadas, que provoca sobre los grandes sistemas orgánicos y sobre todo, el linfoide, el yodo constituye un precioso auxiliar en el favorecimiento de la eliminación de los detritus, y está por tanto bien justificada la reputación que ha venido adquiriendo desde el inicio de su uso en la Terapéutica, como enérgico agente de depuración y protección de la sangre.

Esta acción se encuentra reforzada por el arsénico y es la preparación farmacéutica conocida con el nombre de *yodarsolo,* la que contiene uno y otro.

El Yodársolo, ideado por el químico farmacéutico Baldacci de Pisa existe en dos formas medicinales: como elixir, para el uso gástrico y en ampollas para el uso hipodérmico.

El elixir, se suministra: a los adultos, en dosis de 2 o 3 cucharadas por día; y para los niños, 2 o 3 cucharaditas; se distingue por su gratísimo sabor y por la perfecta tolerancia hasta para los estómagos más delicados.

Las ampollas, escrupulosamente esterilizadas, son: de 1er. grado las que contienen esencialmente cada una 3 centigramos de yodo y un miligramo de arsénico. — Las de 2º grado contienen, cada una, 5 centigramos de yodo y un miligramo de arsénico, además del guayacol.

Las inyecciones no producen dolor alguno, y sólo en las personas hipersensibles, pueden producir un ligero ardor que se disipa, luego en un momento.

Las principales indicaciones terapéuticas del *Yodársolo,* se encuentran en todos los casos de discrasia sanguínea. ya sea primaria o secundaria; en las adenopatías con anemia persistente, en las que comunmente surje la sospecha de una tuberculosis; en las anemias que de frecuente se observan en los hijos de sifilíticos y tuberculosos; en las adenitis escrofulosas; en las vegetaciones adenoides; en las lesiones óseas de naturaleza específica; en las formas de artritis crónica; en las caquexias; en las manifestaciones terciarias de la sífilis; en los individuos débiles, desnutridos, afectos de bronco-alveolitis consecutiva o catarro crónico bronquial en el que el exudado constituye un favorable terreno de cultivo para el *bacilo de Koch;* en la convalescencia de enfermedades infecciosas. En todas estas contingencias morbosas, el Yodársolo, por la enérgica estimulación de la sangre, por la actividad que imprime al recambio material, por el renovamiento histológico, que induce en los tejidos y la exaltación que determina en el poder fagocitario no tarda en manifestar efectos benéficos que se traducen en una progresiva mejoría

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

de los hechos locales y en una regularización de todas las funciones del organismo despierta el apetito, regula la nutrición en general, aumenta las fuerzas, aumenta el peso y la sensación de euforía.

Noticias

CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO PARA GRADUADOS.— Desde hace tiempo, en países donde la enseñanza médica está sólida y definitivamente organizada, se han creado cursos de perfeccionamiento para médicos. En estos últimos tiempos, Argentina y Uruguay, principalmente la primera, han favorecido la docencia libre, que la mayoría de las veces ha sido docencia de perfeccionamiento. Hoy trátase de implantar entre nosotros esa enseñanza y las primeras fórmulas que la concretizan están contenidas en los documentos que van a continuación.

El informe que la Comisión especial ha emitido, dice lo siguiente sobre el proyecto, presentado por el señor Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Guillermo Gastañeta:

Señor Decano:

El proyecto de establecer en Lima un Post-graduado médico, a semejanza de los que existen en Estados Unidos de Norte América, constituye una gran aspiración científica que — en un futuro mejor — ha de tener cumplida realización entre nosotros.

El sistema de instrucción para graduados, — distinto del americano en su organización, pero con idénticas características docentes — susceptible de ser implantado aquí en seguida, es el ensayado primero en Francia y después en países como la Argentina y el Uruguay: de *Cursos de Perfeccionamiento* para médicos y cirujanos recibidos, dictados por el personal instructor oficial dentro de sus mismas Facultades.

Tales cursos son los que conviene iniciar en nuestra institución como una sencilla obra de intensificación cultural, respondiendo a un anhelo colectivo de mejoramiento profesional; ellos llenarán un verdadero vacío de nuestra enseñanza facultativa y abrirán á muchos titulados, nuevos horizontes de aprendizaje y estímulo.

Las lecciones de estos cursos — fundamentalmente fragmentarios y limitados — estarán orientadas en un ambiente esencialmente práctico: verificando demostraciones objetivas, planteando hechos concretos, ofreciendo experiencias o casos, con participación activa de los matriculados. (Una sola excepción hemos de puntualizar: la de prescindir de la participación directa del matriculado, cuando signifique un mayor peligro para la vida de un paciente, como — por ejemplo — en las operaciones quirúrgicas delicadas). De ellas han de quedar proscritas las conferencias puramente expositivas, que deben formar parte de una instrucción escrita o entrar en el movimiento bibliográfico.

Como orientación práctica de los cursos en referencia, no sólo entendemos la necesidad de que se dén en ellos lecciones sintéticas de revisión, sobre temas de inmediata aplicación y que se considere siempre en sus programas cuestiones de entrenamiento clínico general o especial; existen en nuestra Facultad disciplinas científicas dignas de extender entre los graduados con magníficas posibilidades prácticas también: los ejercicios experimentales sobre asuntos de actualidad, las tareas de investigación en los laboratorios, las excursiones en los campos epidémicos, etc. En general, todas las manifestaciones de nuestro arte pueden suministrar puntos útiles de desenvolver con profesionales deseosos de aprender más y mejorar.

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

CARMÉINE

ELIXIR, PASTA Y POLVO DENTIFRICOS HIGIÉNICOS

Recomendados por las Sumidades médicas.

Antiseptia de la boca.
Blancura de los dientes sin alteración del esmalte.
Pureza y frescura del hálito

Indispensable à las personas cuidadosas de la belleza y conservación de sus dientes.

EXIGIR EL SELLO AZUL DE GARANTIA **CARMÉINE**

DEPÓSITO GENERAL : G. PRUNIER, 6, Rue de la Tacherie, PARIS

HIERRO QUEVENNE Cura : **ANEMIA CLOROSIS, DEBILIDAD**

Aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS. — El mas [illegible]nomico, el único Hierro INALTERABLE en los paises cálidos.

Exigir el Verdadero [illegible] la "UNION DES FABRICANTS". — 14, R. des Beaux-Arts, Paris

---



FÁBRICA DE SONDAS, BUGIAS, CANULAS, ETC.

PERFECCIONADAS, ANTISÉPTICAS.

Esterilizables

PRIVILEGIADAS

S. G. D. G.

PROVEEDOR de los HOSPITALES y CASAS de SALUD de PARIS

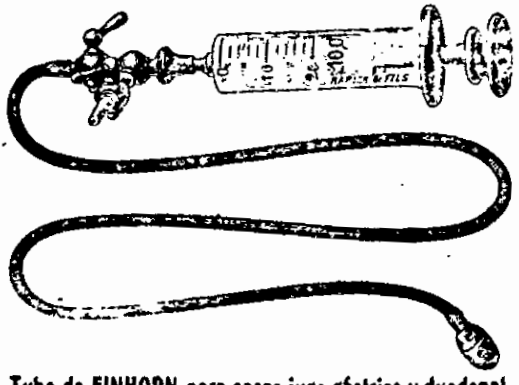
L. GAILLARD

9, rue Danton, PARIS

DE VENTA EN TODAS LAS BUENAS CASAS.

DRAPIER

41-RUE DE RIVOLI
PARIS (1.°)



Tubo de EINHORN para sacar jugo gástrico y duodenal

Instrumentos de cirugia — Mobiliario quirúrgico. Aparatos de esterilización — Electricidad médica — Bragueros — Ortopedia :: :: :: ::

Se envia el catálogo a quien lo pida

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

PRODUCTOS DE LOS LABORATORIOS

"A. LUMIÈRE"

Paris, 3, rue Paul-Dubois. — M. SESTIER, Pharmacien,
9, Cours de la Liberté, LYON

RHÉANTINE LUMIÈRE

Vaccinoterapia antigonococcica de los diversos estados blenorrágicos
Cuatro píldoras por día, una hora antes de las comidas

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

ANTIPIRETICO Y ANALGESICO SIN CONTRA-INDICACION
1 a 2 gramos por dia

PERSODINE LUMIÈRE

EN TODOS LOS CASOS DE ANOREXIA O INAPETENCIA

ENTÉROVACCIN LUMIÈRE

INMUNIZACION Y TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA
SIN CONTRA-INDICACION, SIN PELIGRO, SINREACCION

OUATAPLASME

del DOCTOR LANGLEBERT

Cura emoliente aséptica esterilizada á 180°

Adoptada por los Ministerios de la Guerra, Marina y Colonias.

PRECIOSA en el TRATAMIENTO del

ECZEMA, IMPÉTIGO, ABSCESOS, FORÚNCULOS
FLEMONES, CARBUNCLOS, PANADIZOS
TUMORES, QUEMADURAS, LLAGAS VARICOSAS
LLAGAS TRAUMÁTICAS, GRIETAS DE LOS PECHOS

SABATIER, 10, Rue Pierre-Ducreux, PARIS

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

Creemos que por ahora la dirección de cursos de esta nueva categoría debe limitarse a los Profesores de la Facultad organizándoseles para que puedan colaborar con ellos todos los profesionales de buena voluntad para enseñar lo que sepan especialmente. Para cada curso el Profesor elegirá las materias a tratar, entre las que sean afines con las de la cátedra que dicte en la Facultad. Por lo demás, en el proyecto de reglamentación adjunto, hemos puntualizado las someras condiciones de organización que proponemos.

Lima, Diciembre de 1922.

Juvenal Denegri. — Ricardo Pazos Varela. — Fortunato Quesada.

El proyecto de reglamentación está concebido así:

Artículos 1º — Créense en la Facultad de Medicina, bajo la dirección de sus Profesores, *cursos de perfeccionamiento para graduados,* de carácter netamente práctico.

2º — Para iniciar uno de estos cursos, cuyas materias elegirá el Profesor entre las afines a su cátedra, será necesario enviar al Decanato un aviso oficial y copia del programa y plan de trabajos.

3º — La Facultad facilitará los elementos materiales de sus Laboratorios y Anfiteatro, bajo el control y cuidado de su personal técnico, para el mejor desarrollo de los cursos.

4º — Los cursos clínicos de perfeccionamiento se desenvolverán en las salas de los hospitales de la Sociedad de Beneficencia, siguiendo las mismas normas que en los dados a los estudiantes.

5º — Los avisos en que se noticie la preparación de un curso se producirán con dos meses de anticipación, indicando las materias y ejercicios que comprenderán, las fechas de inauguración y de clausura, el número de lecciones y de matriculados, y el personal instructor.

6º — La duración de un curso no será menor de cuatro semanas ni mayor de seis.

7º — El número de lecciones fluctuará entre diez y quince, como término mínimo y máximo.

8º — La matrícula no podrá superar en ningún caso el número de cinco matriculados por curso.

9º — La inscripción de los postulantes se hará en la Secretaría de la Facultad, previo pago de un derecho de doce libras.

CONCURSO PARA PROVISION DE CATEDRAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA.—Se ha publicado en los diarios el aviso que reproducimos, participando que se sacan a concurso trece cátedras de la Facultad de Medicina. La noticia no puede ser más interesante; deseamos que llegue a conocimiento de todos los doctores:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Instrucción vigente y de lo acordado por la Facultad, en sesiones de 26 de marzo último y 21 de abril en curso, se convoca a concurso para la provisión de catedráticos principales titulares de las asignaturas siguientes, que se hallan vacantes:

1º — Higiene.
2º — Radiología Clínica y su Técnica.
3º — Nosografía Médica.
4º — Anatomía Descriptiva, primer curso.
5º — Física biológica y Técnica microscópica general.
6º — Fisiología.
7º — Semiología y Clínica Propedéutica.
8º — Bacteriología.

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

9º — Anatomía Topográfica (Anatomía Clínica y Anatomía Quirúrgica).
10º — Nosografía Quirúrgica Especial.
11º — Patología e intervenciones obstétricas.
12º — Pedriatría.
[illegible] — Propedéutica Quirúrgica.

Los concursos de las cátedras de Higiene, Radiología y Nosografía Quirúrgica, se verificarán en el mes de noviembre próximo. Los interesados podrán presentar sus solicitudes y los documentos que la ley señala, en la Secretaría de la Facultad, desde la fecha hasta el 25 de Octubre del año en curso.

Los concursos de las otras cátedras se realizarán en los meses de Enero, Febrero y Marzo de 1924; los interesados podrán presentar sus solicitudes y documentos hasta el 31 de Diciembre del presente año.

Lima, 25 de Abril de 1923.

SOBRE ESTADISTICA SANITARIA. — La falta de datos demográficos, es algo que siempre ha preocupado, pero que desgraciadamente no se ha podido remediar, porque los encargados de enviarlos no han cumplido con su obligación y las autoridades sanitarias parece que han carecido de los medios necesarios para compelirlos a su cumplimiento.

No obstante la semejanza psicológica de nuestro cuerpo profesional, fiel imagen de nuestra psicología colectiva, los médicos que prestan servicios en la Sanidad Militar, cumplen con enviar mensualmente las estadísticas sanitarias de las guarniciones militares que atienden. Con estos datos, el servicio de sanidad de nuestro ejército, confecciona su demografía anual, que si encierra cifras particulares del medio militar, bastante circunscrito, refleja algo de lo que es la endemoepidimicidad urbana, en razón de que las guarniciones militares se encuentran en el radio de las ciudades.

Ojalá que el Decreto Supremo, que más abajo publicamos, permita formar la estadística demográfica del país, que aunque imperfecta, por los datos que contenga, siempre será de positiva utilidad.

Lima, 29 de Junio de 1923.

Teniendo en consideración:

Que no obstante los requerimientos hechos por la Dirección de Salubridad Pública a los concejos municipales de las provincias, no ha sido posible obtener que la totalidad de dichos concejos cumpla con remitir á ésta la relación de los nacimientos, matrimonios, defunciones ocurridos en las provincias respectivas;

Que la carencia de esos datos demográficos hace imposible llevar debidamente la estadística sanitaria del país;

Que en conformidad con lo dispuesto en el decreto de 23 de junio de 1922, los médicos sanitarios departamentales son los representantes de la Dirección de Salubridad en las zonas que les corresponden y tienen entre sus atribuciones la de formar la demografía sanitaria departamental;

Se resuelve:

Los médicos sanitarios departamentales procederán a organizar en la oficina de su cargo, la estadística demográfica de la zona que les corresponde. Para el efecto, notificarán a los concejos municipales respectivos la obligación en que se hallan de remitirles, por intermedio del médico titular, si lo hubiere, o directamente, en los lugares en que no hubiere médico titular, la relación quincenal de los naci-

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

mientos, matrimonios y defunciones inscritos en los registros civiles respectivos e igual notificación harán a los párrocos para que les remitan la relación de los bautizos, matrimonios y entierros en que hubieron actuado, y solicitarán de las autoridades políticas que impelan a los remisos al cumplimiento de esa obligación por los medios legales.

Los médicos titulares o sanitarios de las provincias, darán estricto cumplimiento a lo dispuesto en el inciso XXVI del artículo 130. del reglamentos de médicos titulares, en lo relativo a la vigilancia que deben ejercer sobre las municipalidades provinciales y distritales para la formación de los cuadros estadísticos y a las instrucciones que deben dar a los encargados de formar esos cuadros acerca de la manera cómo deben hacerlos y de los datos que en ellos deben incluir, y formulados esos cuadros y completados con los datos que los médicos titulares por sí mismos puedan obtener, así como los que les suministren los párrocos y las obstetrices titulares, los remitirán a los médicos sanitarios departamentales, para la formación por éstos de la estadística sanitaria del departamento o a la Dirección de Salubridad Pública, en las zonas en que no hubiere médico sanitario departamental.

Los médicos sanitarios departamentales y los médicos titulares o sanitarios de las provincias, se ceñirán, para la formación de la estadística sanitaria del territorio de su jurisdicción, a las instrucciones que les imparta la Dirección de Salubridad Pública.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del presidente de la república.

Medina.

Bibliografía

MANUEL D'EMBRYOLOGIE HUMAINE, par le Dr. J. Vignoli. — Un vol. de 180 pages. — *A. Maloine et Fils.*, editeurs. — París 1923. — 8 fr.

Este libro es muy útil para los estudiantes, porque dada su brevedad es fácil que lo tomen como libro de estudio y por la claridad con que está escrito, se encuentra al alcance de todas las culturas.

Redactado con un fin eminentemente práctico, ofrece un sinnúmero de figuras esquemáticas, muy claras, y fácilmente confiables al espíritu.

La obra está dedicada al estudio de la Embriología Humana; es un complemento a los libros de morfología del hombre, y puede servir no sólo para los estudiantes de medicina, sino, también, para las obstetrices y para todo aquel que desee poseer una noción clara y precisa de la Embriología Humana.

Su presentación es irreprochable, y sus figuras numerosas; por eso merece parabienes la casa editora *A. Maloine et Fils*, de París.

EXPLORATION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC CHIRURGICAL, par Felix Lejars. — Un vol. de 782 pages. — *Masson et Cie.* Editeurs. — París 1923. — 60 fr.

Este libro está dedicado a guiar los primeros pasos y los primeros actos del diagnóstico. Escrito por un eminente maestro de la cirugía

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

francesa contemporánea, enseña a explorar y a conocer las afecciones regionales, precisando la técnica de cada caso particular.

La obra está dirigida, en primer lugar, a los estudiantes, que necesitan conocer ampliamente la técnica para explorar bien y aprender correctamente; a los prácticos, que, antes de operar, deben apreciar las indicaciones.

Después de una experiencia de veinte años, el profesor Lejars ha escrito esta obra, muy documentada, muy ilustrada, con dibujos hechos por el mismo autor. Seguramente no hay obra semejante, por ser tan personal y tan completa.

La casa *Masson et Cie.* de París, la ha editado con todo lujo; la ilustran más de 900 figuras, admirablemente impresas.

LA SERO-REACTION DE WASSERMANN RENDUE SIMPLE ET PRECISE, par G. Rodillon. — Un vol. de 160 pages. — *A. Maloine et Fils, editeurs.* — París 1923. — 8 fr.

En esta monografía se condensa todo lo esencial que debe conocerse para realizar convenientemente la reacción de Wassermann y se expone un nuevo método, muy simple y muy ingenioso, de fácil ejecución y de gran exactitud en los resultados, porque éstos se han controlado con los métodos clásicos y no se ha encontrado divergencia.

Además, para dar una idea completa del asunto, el autor pasa en revista las diversas técnicas, enumera sus resultados según los diversos observadores, señalando las conclusiones clínicas y las conclusiones técnicas que pueden desprenderse del sinnúmero de investigaciones que se han realizado para el diagnóstico de la sífilis por medio del Laboratorio.

En resumen, el librito es muy práctico, muy conciso y seguramente, muy útil para todos los que se dedican a estos asuntos, que tanto se discuten todavía en el mundo médico.

DICTIONAIRE DES TERMES TECHNIQUES DE MEDECINE, par Garnier et Delamare. — Un vol. de 640 pages. — 8 edition. — *A. Maloine et Fils. editeurs.* — París 1923. — 16 fr.

Este librito es de fama mundial; de él se han hecho ocho ediciones, y esta es la mejor recomendación que puede hacérsele. Como siempre, la edición está hecha con meticulosidad, muy aumentada y refundida. El anuncio bibliográfico se hace solamente para que todos se apresten a adquirir esta última edición, porque es innecesario presentarlo al público médico.

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

Aneurisma de la aorta torácica

Lección clínica

Por el Dr. MAX. GONZALES OLAECHEA
Profesor de la Clínica Médica de la Facultad de Medicina

Se ofrece a nuestra observación un caso de *aneurisma de la aorta toráxica*, que es interesante analizar, a fin de poder precisar su exacta ubicación, pues el cuadro sintomático del aneurisma varía en relación con la parte de la aorta, en que se halla localizado.

La historia del enfermo sometido a nuestro estudio, es la siguiente:

J. Z., de 67 años de edad; mestizo, casado, peruano; procedente de Lima, de ocupación pintor, ingresa el 15 de Marzo de 1923, al Hospital "Dos de Mayo", ocupando en la Sala "Ernesto Odriozola" la cama No. 7 y correspondiéndole en el registro del Servicio, la Historia Clínica No. 714-257. Presenta como antecedentes hereditarios, los siguientes:

Padre muerto de disentería. La madre murió de cáncer al estómago. Han sido nueve hermanos: sólo vive el enfermo.

Por lo que respecta a los antecedentes personales fisiológicos, consignaremos que ha tenido nueve hijos, de los cuales ocho han muerto a diversa edad, particularmente en la adolescencia y en la edad adulta.

Como antecedentes patológicos, manifiesta haber tenido: viruela, sarampión. Empachos en varias oportunidades. Paludismo a los 27 años. Costado y pulmonía a los 22. Expresa, además, haber padecido de blenorragia a la edad de 35 años y Disentería. Niega chancro. Es alcoholista.

Ha padecido en alguna ocasión de trastornos dispépsicos de tipo flatulento. Hace dos años apareció una discromia hipopigmentaria en los dedos de las manos y de los pies, en el escroto y otras regiones, cuyas localizaciones guardan cierta simetría.

Su enfermedad actual la relata como sigue: Refiere que desde hace ocho meses ha comenzado a padecer de disnea de esfuerzo y de crisis de tos que se presentaban episódicamente. Así ha permanecido hasta noviembre del año pasado, que se presentó expectoración hemoptoica en el curso de una crisis de tos. Manifiesta el enfermo que por esa misma época y precediendo un tanto a los síntomas ya enumerados, notaba dificultad para la degulción, tanto líquidos como sólidos. En estos últimos tiempos la disnea se ha acompañado de opresión en la parte superior del pecho que él compara a "un peso que lo oprimiese"; de crisis de sofocación que sobrevienen de preferencia en la noche, algún rato después de haberse acostado, y que lo obligan a levantarse, porque le parece "ahogarse".

Por todos estos trastornos ingresa al hospital.

Regularmente desarrollado, de mediana talla, no ha perdido sensiblemente de peso. Es de anotar la discromia hipopigmentaria, ya indicada.

La conformación de su cráneo no ofrece nada de particular; el cabello es escaso. Los ojos pardos, presentan las conjuntivas fuertemente teñidas; su motilidad es normal; las pupilas isocóricas; ligeramente miósicas.

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

El exámen de la boca no nos suministra otro dato que el de una ligera palidez de la mucosa bucal; alguna pigmentación. Faltan algunas piezas dentarias; hay infección dentaria.

Algunas varicosidades en la faringe; disfagia.

La investigación de movimientos comunicados a la laringe, resulta negativa.

El tórax estrecho presenta alteraciones de su dinámica: el movimiento inspiratorio se realiza con dificultad.

La percusión superficial informa de una submacisés a nivel del pulmón izquierdo. Ligero aumento de las vibraciones vocales. A la auscultación se perciben estertores subcrepitante finos en ambas bases, más numerosos en la izquierda. El tipo respiratorio es casi exclusivamente costal. 24 respiraciones al minuto. Algo de tos y expectoración.

De lado del aparato circulatorio encontramos los siguientes datos: Dísnea, de preferencia nocturna; el menor esfuerzo la provoca. Se presenta gradualmente hasta alcanzar caracteres verdaderamente angustiosos para el enfermo.

Acusa dolor espontáneo en la parte superior y media del tórax, que no se irradia, y que el enfermo precisa como una sensación de peso y compresión. Acusa, igualmente, palpitaciones a nivel de la misma zona; marcos; pero no lipotimias ni síncopes.

No es posible precisar ni palidez ni cianosis de los tegumentos.

El único signo objetivo de insuficiencia cardiaca es la dísnea. No hay edema ni oliguria.

La inspección de la región precordial nos permite apreciar un abovedamiento marcado. Constatamos, igualmente, el latido epigástrico y de los gruesos vasos.

La punta del corazón late en el 6º espacio intercostal izquierdo. El choque se propaga en una extensa área. 80 revoluciones cardiacas al minuto. No se aprecia estremecimiento catáreo.

La presión informa de puntos dolorosos en las regiones paraesternal derecha y esternal (tercio superior). El punto más intenso se halla a nivel de la extremidad interna del tercer espacio intercostal derecho.

Por la percusión constatamos que la macisés cardiaca absoluta y relativa se hallan aumentadas. Igualmente apreciamos una zona amplia de macisés ovalar, en la base, correspondiendo al origen de la aorta, en el esternón y a dos traveces de dedo en el segundo y tercer espacio inter-costal derecho.

A la auscultación percibimos un reforzamiento de los ruidos cardiacos. Soplo sístolico suave, localizado a nivel del foco aórtico.

El examen de las arterias descubre que están esclerosadasa. No se aprecian latidos anormales. El pulso radial derecho mayor que el izquierdo. Rítmico. 80 pulsaciones al minuto.

La presión arterial, empleando el oscilómetro de Pachon, es como sigue:

Pulso radial en ambos miembros: Mx. 19. Mn. 9. Dif. 10. — Pierna izquierda: Mx. 24 Mn. 8. Dif. 16. — Pierna derecha: Mx. 20 ½. Mn. 7 ½, Dif. 13.

El reflejo óculo-cardiaco, es negativo.

El exámen del abdomen es el siguiente: Ligeramente abovedado, no acompaña al tórax en los movimientos respiratorios. Depresible, no doloroso. Timpánico a la percusión. Estómago e intestinos normales. El hígado de volúmen normal, indoloro. El espacio de Traube mate en su parte superior, siendo le macisés movible.

El apetito y la digestión regulares. Defecación normal.

La exploración del aparato urinario es negativa, desde el punto de vista de alteración patológica alguna. Ningún dato de lado de los riñones. La orina es normal.

El aparato locomotor, normal.

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

De lado del sistema nervioso, sólo mencionaremos que los reflejos superficiales (cremasteriano, plantar, etc.) y tendinosos (patelar, de flexión del brazo) son normales.

El examen especial, que trata en el presente caso de comprobar signos de compresión sobre los órganos del mediastino, por la tumoración que el examen anterior permite sospechar, informa de lo siguiente:

De lado del nervio frénico, encontramos, por lo que respecta a su función sensitiva, un punto doloroso entre ambos cabos del esterno_cleido-mastoideo. Por lo que hace a su función motora, la movilidad de la base del tórax disminuída, objetivando una disminución funcional del diafragma, que indica igualmente un trastorno del frénico, por compresión.

Sin embargo, las crisis de disnea que acusa el enfermo por las noches, debidas, probablemente, a excitación de la glotis, por hiperexitabilidad del recurrente; y el enronquecimiento, lo mismo que la disfagia, dependiente de la hiperexitabilidad de las ramas esofágicas del recurrente, nos indican igualmente que el nervio vago está sufriendo.

En favor de trastornos producidos sobre el simpático, tenemos la negatividad del reflejo óculocardiaco. El examen de las pupilas no suministra dato de interés.

Por lo que hace a signos obtenidos del lado de los vasos venosos de la región, sólo anotamos algunos várices hacia la cara interna de la faringe.

Por más que los esputos hemoptoicos acusados por el paciente al relatar su enfermedad actual, permitan dirigir nuestro examen en el sentido de investigar signos referentes a compresión de la pulmonar, no encontramos dato seguro al respecto.

La investigación de los signos de lesión de la aorta abdominal es negativa. No hay dolor, trastornos gastro_intestinales, etc.

Anotemos, finalmente, mayor impulsión en la arteria ilíaca izquierda que en la derecha, a nivel de las regiones inguino-abdominales correspondientes.

El examen de la sangre dió los siguientes datos:

Hematíes 3.300.000.—Leucocitos 8,000.

Granulocitos neutrófilos 69 por 100.—Granulocitos acidófilos 8 por 100.—Monocitos grandes 4 por 100.—Monocitos medianos 10 por 100.—Linfocitos 9 por 100.

La reacción de Wassermann hecha en el suero sanguíneo, dió resultado negativo.

El dosaje de la urea, contenida en el suero de la sangre, arrojó la cifra de 0.32 por 1000.

En la orina no se encontraron elementos anormales.

La roentgenoscopía señaló, en la región aórtica, una sombra animada de latidos, que correspondía exactamente a las constataciones que la clínica había realizado.

Lo que más llama la atención en el paciente, son los síntomas suministrados por el aparato circulatorio; efectivamente: en la región precordial se notan movimientos de elevación y depresión, constituyendo un verdadero *choque globular*, diferente del choque de la punta que se ve en el 6º espacio intercostal y por dentro de la línea medio-clavicular, siendo de extensión e intensidad moderada. La zona de macicés absoluta, está aumentada moderadamente, pero no en relación con la ubicación de la punta, lo que manifiesta más que un aumento notable del volumen del corazón, un descenso de él.

En la región pre-aórtica se aprecian a la inspección y palpación, latidos isócronos, a los de la región precordial, perci-

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

biéndose marcadamente, en el segundo y tercer espacio intercostal derecho, inmediatamente, por fuera del esternón.

La percusión muestra una zona de macicez, de forma ovalar, situada en la parte inferior del mango y parte superior del cuerpo del esternón que avanza dos traveces de dedo más, sobre el segundo y tercer espacio intercostal derecho.

La auscultación hace percibir en el foco aórtico un soplo suave sistólico.

Los síntomas anteriormente anotados, son suficientes por sí solos para pensar en un aneurisma aórtico; la extensión de la macicés al segundo y tercer espacio intercostal derechos, y la percepción de latidos en ese mismo sitio, indican su localización en la aorta ascendente. La investigación radioscópica, también lo ha confirmado.

La ausencia de *thrill* en nuestro caso no nos sorprende, pues para que se produzca, se requiere la concurrencia de varios factores, tales son: la mayor presión, la intensidad mayor de las contracciones cardiacas y el estado anatómico del saco aneurismático y del borde del orificio de comunicación; la poca intensidad del soplo sistólico que se escucha, manifiesta que la vena fluída que se produce al penetrar la sangre al saco aneurismático, por el orificio de comunicación, no es muy vibrante, por lo que el soplo es débil y el *thrill* también debe serlo o no se produce como en nuestro caso.

Pero para afirmar el diagnóstico topográfico, debemos considerar que el tumor aneurismático está situado en la parte superior, anterior y derecha del mediastino, y en consecuencia, su presencia en ese sitio, dará lugar a que actúe sobre ciertas ramas nerviosas, vasculares y otros órganos que lo rodean, y que están también incluídos en el mediastino.

Debemos, pues, hacer un estudio analítico de los variados síntomas funcionales que se presentan o se han presentado anteriormente, como consecuencia de la compresión que el saco aneurismático ejerce sobre los diversos elementos que lo rodean:

La compresión de los plexos nerviosos cardio-aórticos determina el dolor retro-esternal permanente que acusa el enfermo.

La disminución notable de actividad del diafragma durante la respiración, como lo manifiesta la falta de movilidad de la región epigástrica en las distintas fases del acto respiratorio, manifiesta que hay inhibición en la función de los nervios frénicos y especialmente el derecho, lo cual no puede ser debido sino a su compresión.

Las crisis nocturnas de disnea y tos, indican excitación del neumo-gástrico. La intermitencia y hora en que se presentan, manifiestan que la excitación se produce por la posición en decúbito del enfermo en las primeras horas de la noche.

La expectoración hemoptoica que tuvo el paciente durante una de las crisis de disnea y tos, debe también considerarse debida a exitación del mismo nervio, y no pueden obedecer a compresión de los órganos respiratorios, pues al ser así, habrían continuado y aumentado en progresión creciente.

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

No se notan signos de excitación ni parálisis del simpático; pues en el primer caso se observaría midriasis y en el segundo miosis unilateral.

Hasta el momento no hay síntomas de compresión de la aurícula derecha, vena cava superior, ni tronco braquiocefálico venoso, pues no hay edema ni cianosis en la cabeza, cara, cuello, ni en el mismo miembro superior correspondiente.

La arteria subclavia derecha parece que comienza ya a sufrir compresiones; pues el pulso radial derecho hace la impresión de menor calibre que el izquierdo.

En la arteria pulmonar derecha y ramas venosas pulmonares del mismo lado, se esboza ya un comienzo de compresión que perturba la circulación cardio-pulmonar; pues se perciben estertores crepitantes y subcrepitantes finos en las bases pulmonares y un pequeño derrame pleural izquierdo; estos últimos síntomas no podemos reputarlos manifestaciones hiposistólicas, pues no hay dilatación del ventrículo derecho, y aunque se nota latido epigástrico, este es debido al desplazamiento del corazón hacia abajo y a la izquierda, lo que da lugar a que el contacto del ventrículo derecho con la pared anterior del torax sea más extenso y perfectamente perceptible entonces, el latido epigástrico; tampoco hay congestión pasiva del hígado, que es una de las primeras manifestaciones de la hiposistolia.

No hay signo de compresión traqueal ni brónquica; el murmullo vesticular es claro en ambos pulmones, no hay soplo bronquial, cornaje, ni tiraje.

Hay síntomas de compresión esofágica, pues acusa disfagia al ingerir líquidos y sólidos.

Todos los síntomas funcionales anteriores, confirman que el aneurisma está localizado en la aorta ascendente; y la ausencia de muchos síntomas, manifiesta que está en sus comienzos.

No puede referirse nuestro caso a un *aneurisma en la convexidad del cayado,* pues entonces él es perceptible a la palpación por detrás de la horquilla esternal, la compresión de los gruesos vasos izquierdos es precoz, lo mismo que la excitación del simpático, que se manifiesta por midriasis del lado derecho.

No corresponde nuestro caso a un aneurisma localizado en la *concavidad del cayado*, en este caso la compresión traqueal es precoz, lo mismo que las manifestaciones recurrenciales y simpáticas; como se sabe, el recurrente izquierdo forma un aza en la cavidad del cayado, produciendo su excitación fenómenos disfónicos variados, espasmos de la glotis con sus consecuencias: disnea, cornaje y tiraje; la midriasis izquierda es notable, debido a que la excitación del ganglio dorsal izquierdo, que se trasmite por intermedio de la cadena ganglionar simpática cervical hasta el ganglio de Gasser, y de ahí a la rama nerviosa dilatadora de la pupila, que procede de dicho ganglio; como dice Huchard, esta es la zona de las *compresiones traqueales y nerviosas.*

Además en el aneurisma de la *concavidad del cayado*, se presenta el signo de Oliver-Cardarelli, o sea los movimientos de des-

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

censo laringo-traqueales, producidos a raíz de cada pulsación del saco anuerismático, el que montado en el bronquio izquierdo arrastra en su descenso al tubo laringotraqueal.

Por fin, los aneurismas de la porción *descente del cayado*, comprendida, como se sabe, entre la arteria subclavia y el bronquio izquierdo, se desarrollan en la zona de las complicaciones laringo-traqueo-bronquicas y nerviosas *tipo recurrencial;* en éstos se observa como en la anterior localización el signo de Oliver-Cardarelli; los aneurismas localizados en esta parte de la aorta, son de difícil diagnóstico y pueden confundirse con un tumor, por la ausencia de signos *físicos capitales* característicos de aneurisma.

Nuestro enfermo tiene signos de hipertensión, pues al oscilómetro de Pachon, la máxima en las radiales es 19 y la mínima 9, en la pedia derecha 20 y ½ como máxima y 7 ½ como mínima en la izquierda máxima 24 y mínima 8; el ventrículo izquierdo está hipertrofiado moderadamente; se trata, positivamente, de un *endoarterítico*, siendo la lesión más intensas en las arterias del miembro inferior izquierdo, pues en este hay hipertensión notablemente mayor que en el derecho.

La causa eficiente del aneurisma de nuestro enfermo, es posiblemente la sífilis; pues aunque la Wassermann es negativa en la sangre y niega antecedentes de chancro, llama la atención la enorme *poliletalidad de sus hijos* (de 9 sólo vive 1) y las numerosas placas del *vitiligo* que muestra en la piel. Esta discromia, según la mayor parte de los observadores, es en su mayoría de veces de orígen específico. (1).

Como causa adyuvante ha desempeñado un rol importante para la producción del aneurisma en el paciente, la endoarteritis, de que se halla afecto, y así piensan muchos anatomo patologistas (2).

Debe saberse que el proceso anatómico del aneurisma está constituído, según Cornil, Ranvier, y otros anatomo-patologistas, por fenómenos de destrucción de las fibras elásticas de la mesarteria, por degeneración glanulograsosa, la transformación esclerosa de las túnicas interna y externa y su fusión, las que perdiendo resistencia por la desaparición del tejido elástico de la túnica media, que es la más fuerte, se dejan dilatar por la presión intraórtica que frecuentemente está aumentada, como en nuestro enfermo que es endoarterítico.

La etiopatogenia de este proceso arterial, según muchos anatomo-patologistas, sería una endoarteritis infecciosa de los *vaso-vasorum*, que daría lugar a la degeneración del tejido elástico de la mesarteria, su reemplazo por tejido fibroso que invadiría las otras túnicas arteriales fusionándolas; así piensan Koster, Kraft, Verstreten, Lancereaux.

---

(1) R. Lindberg.—*Quelques conside ations sur le vitiligo.*—"La Presse. Medicale" Nº 17-1923.

(2) Roger, Gonget, Boinet.—*Maladies des artero et de l'aorte.*—París 1913.

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

Como se sabe, la cavidad del aneurisma, está tapizada de coágulos fibrinosos estratificados, producidos, tanto por la falta del rol protector del endotelio de los vasos, cuanto por el remanzo circulatorio en la cavidad del aneurisma.

El pronóstico de nuestro caso es sombrío, pues continuando el aneurisma en su proceso evolutivo, se producirán diversas manifestaciones graves y mortales, incluso la muerte súbita, por rotura del saco aneurismático. No obstante, se citan casos de curación espontánea, debida a la obliteración del saco, por coagulación fibrinosa estratificada.

Los diversos tratamientos que se han indicado para la curación del aneurisma aórtico en los últimos tiempos, han consistido todos en imitar a la naturaleza, o sea la provocación de la coagulación en la cavidad del saco para obliterarlo; casi todos ellos han fracasado y en muchos casos produciendo trastornos graves y aún la muerte; tales son las inyecciones de gelatina al rededor del saco; la *acupunctura*, o sea la introducción de un cuerpo extraño en el saco; la *caloripunctura* o introducción de agujas a temperatura elevada; la *filipunctura* o introducción de un hilo metálico largo y arrollado en espiral; la *galvano punctura* o introducción de agujas en conexión con una corriente galvánica.

Sin embargo, no hace mucho tiempo Galozzi y Visioli, empleando una corriente galvánica de 50 a 60 miliamperes, colocando el polo positivo en la superficie externa del aneurisma, y el negativo en la vecindad, en sesiones interdiarias y por 15 minutos, han obtenido algunos éxitos positivos y otros parciales, en aneurismas no muy desarrollados; convendría probar este tratamiento, inocuo, en nuestro enfermo.

Debe continuarse en nuestro paciente el tratamiento antiluetico a que está sometido, para impedir nuevas lesiones; no olvidando, por supuesto, la medicación sintomática variada que necesitan estos enfermos.

La encefalitis epidémica, especialmente en el Perú

Por el Dr. LUIS D. ESPEJO
Jefe de Clínica en la Facultad de Medicina

Cuando se contempla el conjunto nosológico que constituye la *encefalitis epidémica*, se afirma en el espíritu la convicción de que se penetra en el problema más complejo, vasto y trascendente de la neurología de todos los tiempos. Efectivamente,

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

muchas entidades páticas, de orden principalmente neurológico, consideradas otrora con la vaga e imprecisa denominación de *neurosis*, es decir, enfermedades nerviosas sin localización anatómica propia, pueden estimarse hoy como síndromes anatomoclínicos, cuyo origen y patogenia está en vía de dilucidarse.

Si la labor paciente de fisiólogos y clínicos puede calificarse de infructuosa, en cambio cuán admirable el papel que viene desempeñando el virus de la encefalitis, esclareciendo la fisiología del sistema nervioso y, particularmente, las funciones del mesocéfalo. Con mucha razón, dice el profesor *Widal* "¿Qué experimentador podría rivalizar con este virus encefalítico, creando en el espesor del sistema nervioso, lesiones tan limitadas, tan discretas en su topografía, que se tiene la impresión, generalmente, de que se asiste al trastorno funcional de algunas células o de algunos conductores nerviosos?"

En los siete años trascurridos desde la primera descripción de la encefalitis epidémica por Von Economo, las adquisiciones de la patología nerviosa y, por ende, de la fisiología del aludido sistema, se han enriquecido considerablemente. Las nociones que se tenía sobre el mecanismo de las mioclonías, de los temblores, de las coreas, del tonus muscular, se han ampliado y depurado con el conocimiento de las funciones del *estriatum*, del *pallidum*, del *locus niger* y demás formaciones subtalámicas; y, ahondando aún más el problema que nos ocupa, se ha lanzado la investigación de clínicos y fisiólogos en la búsqueda del origen y del nexo común que relaciona las manifestaciones polimorfas y caprichosas de la encefalitis con síndromes nerviosos considerados, hasta hace poco tiempo, como enfermedades independientes, autónomas. Así, por ejemplo, se discute la autonomía nosológica de la *Enfermedad de Parkinson* y algunos autores como Lesné y Langle han llegado hasta inferir que la corea vulgar de los niños podía, generalmente, ser una forma de la Encefalitis epidémica.

Estamos, pues, en presencia de la revolución más importante que registra la historia de la Neurología, suscitada, como ya hemos dicho, por la aparición repentina de una "mysterious disease" que condiciones especiales han favorecido su rápida propagación por el planeta.

El presente trabajo tiene dos objetos: primero, dar una idea concreta del estado actual del problema de la Encefalitis; y, segundo, exponer los caracteres principales de la casuística local.

HISTORIA Y EPIDEMIOLOGIA

En el apogeo de la Gran Guerra, en medio de la formidable hecatombe que asoló a Europa, y cuyas proyecciones alcanzaron los límites del globo, aparece la Encefalitis epidémica como consecuencia de la exaltación de un virus, largo tiempo al estado latente, que encontrara terreno propicio para su expansión y

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

desarrollo en la profunda depresión nerviosa de la humanidad.

Nunca más cierto, que con motivo de la historia retrospectiva de la Encefalitis, el viejo aforismo aristotélico *"nihil novum sub sole"*. Autores de la notoriedad de *Netter, Achard y Lhermite,* encuentran huellas de esta enfermedad a través de la Historia de la Medicina, desde Hipócrates hasta la epidemia de "nona", que presenciara Italia y otros países en los años 1889 y 1890. Nada más relacionado con la historia de la epidemia encefalítica que lo que dice *Jorge* recordando el viejo libro de *Anglada*. "Enfermedades extinguidas y enfermedades nuevas": "Hay de hecho enfermedades que desaparecen, se extinguen o restringen, y enfermedades que nacen o reviven. Unas, que han desaparecido, no dejan sino simples huellas en las crónicas de la historia médica; o bien, declinando y haciéndose raras, caen poco a poco en el olvido: son los ejemplares fósiles y apenas subsistentes de especies mórbidas que reinaban antiguamente. Las otras son las más antiguas que reaparecen después de un largo período de ocultación, o bien enfermedades nuevas, que se presentan a los ojos del patólogo por primera vez; nuevas en el diagnóstico, no lo son siempre en su aparición, habiendo solamente pasado desapercibidas, pero imponiéndose ahora por el relieve y la frecuencia que ellas han adquirido".

"Estas evoluciones, involuciones y revoluciones de las enfermedades démicas se cuentan entre los hechos más interesantes que registra la patología colectiva, y para el epidemiologista plantea una cuestión trascendental: la de las leyes y causas que presiden a las eclosiones, extinciones y resurrecciones de las epidemias, causas envueltas, en general, de un misterio difícil de penetrar". Y más adelante, añade el mismo autor: "El valor patogénico es constante, idéntico, a pesar de sus oscilaciones, pero un coeficiente lo afecta, que es variable por naturaleza: el coeficiente de propagación, de difusión, de expansión; la *epidemicidad,* en una palabra, y sobre este factor la etiología actual no nos dice nada o casi nada, aún en las enfermedades del cual el secreto infeccioso está revelado por el análisis experimental, gracias al descubrimiento de los agentes productores y trasmisores".

Es indudable que el análisis sutil de esta condición epidemiológica, "de este *quid* misterioso y caprichoso", permite entrever la intervención de tres factores epidemiológicos: biológico, nosológico y social; pero, la dificultad estriba en la determinación, en cada patoendemia, de estos elementos. Sin embargo, la historia de la epidemiología demuestra elocuentemente que ciertas condiciones de civilización y de estado colectivo pueden favorecer el estallido de una epidemia o pandemia. En el caso particular de la Encefalitis, es lógico suponer que motivos de orden psíquico y material, producidos por la terrible guerra última, han traumatizado, si se permite la expresión, el sistema nervioso de la humanidad, que una perpétua inquietud de progreso y de refinamiento ha fragilizado.

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

Decíamos anteriormente, que la encefalitis epidémica ha existido antes de ahora. Efectivamente, se cita un caso de encefalitis óculo-letárgica, descrito por *Albrecht de Hildesheim*, en 1695. *Biermer* describe con el nombre de "enfermedad del sueño" una epidemia ocurrida en Alemania (Tubingia) en los años de 1712 a 1713, cuyos síntomas principales eran una profunda somnolencia y graves síntomas cerebrales, epidemia comentada por *Camerarius*.

Después de estas antiguas epidemias, puede vincularse a la encefalitis la epidemia de *Corea eléctrica de Dubini*, observada en Italia setentrional el año de 1846, y estudiada por *De Vecchi, Pignacca y Frua*, y cuya analogía con la actual epidemia de encefalitis, ha sido establecida por *Sicard* y *Sainton*, en Francia, y por *Ascoli, Stradotti y Boveri*, en Italia.

Gayet en 1875, con motivo de una observación, describe las lesiones encontradas a la necropsia, que pueden identificarse con las señaladas en casos de encefalitis: un proceso inflamatorio al rededor del tercer ventrículo y del acueducto de Sylvio.

Wernicke en 1883, describe su polioencefalitis superior aguda hemorrágica que incrimina al alcoholismo, y donde al lado de parálisis bulbares y de trastornos generales graves, existe una hipersomnia evitable.

Después de los casos esporádicos mencionados, merece recordarse la famosa epidemia de "nona" de 1889-1890, considerada entonces de naturaleza gripal. La analogía de esta *encefalitis post-influenzal*, como la llama *Heiman*, con la encefalitis epidémica es tan notable que *von Economo* dice: "quien conoció la epidemia de nona de 1890 de la Italia setentrional la recordaba inmediatamente observando a nuestros enfermos"; el carácter principal de esta epidemia era una somnolencia prolongada, muchas veces mortal.

A partir de 1890, se han descrito algunos casos de oftalmoplegía asociada a la letargia, como los publicados por *Geliet* de *Grandmont, Fage, Bonardi, y Bozzolo*, autores citados en la monografía de *Achard*.

En Abril de 1917, *René Cruchet, Moutier* y *Calmettes*, presentaron a la Sociedad Médica de los Hospitales de París, una importante comunicación sobre cuarenta casos de encefalomielitis sub-aguda, observados desde 1915, en el centro neuropsiquiátrico militar de Bar-le-Duc. Estos observadores describieron, sobre un fondo infeccioso común, una serie de formas clínicas, que son las siguientes: 1º forma *mental*, caracterizada por entorpecimiento cerebral, amnesia, desorientación en el espacio y en el tiempo, trastornos pupilares, temblor, disartria, parafasia y ligeras reacciones químicas del líquido céfalo-raquídeo; 2º forma *convulsiva:* estado de mal, crisis subintrantes; 3º forma *coreica;* 4º forma *meningítica;* 5º forma *hemiplégica*, de carácter regresivo; 6º forma *ponto-cerebelosa;* 7º forma *bulbo-protuberancial;* 8º forma *atáxica aguda*, recordando la polineuritis infecciosa; y, 9º forma *poliomielítica anterior*. Estas diferentes formas se presentaron ya

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

aisladas, ya asociadas. En esta comunicación, los autores llamaron la atención sobre la *regresión lenta de los trastornos,* la *convalescencia interminable* y las *secuelas,* en relación, estas últimas, con las lesiones anatómicas propias de cada tipo clínico.

Como puede juzgarse por la lectura de la comunicación de *Cruchet, Moutier y Calmettes,* estos distinguidos observadores habían, desde ese año, descrito gran parte del vasto conjunto anatomo-clínico de la encefalitis. Sin llegar a ninguna conclusión sobre la naturaleza de la enfermedad, los autores manifestaron encontrarse al frente de hechos verdaderamente insólitos.

En la sesión del 12 de Agosto de 1917, de la Sociedad Médica de Viena, *von Economo,* comunicó el descubrimiento de una nueva enfermedad, llamada por él *Encefalitis letárgica* y relató once casos observados en la Clínica Psiquiátrica de esa ciudad, durante el invierno de 1916.

La enfermedad se caracterizaba por letargia, parálisis de los nervios craneales, principalmente los oculares, y fiebre; es decir, la triada sintomática característica de la encefalitis según *Sainton.* Las lesiones encontradas a la autopsia estaban representadas por infiltración perivascular a mononucleares, alteraciones degenerativas de las células nerviosas y, por último, discreta neuronofagia. Estas lesiones radicaban principalmente en los ganglios de los hemisferios de la protuberancia y el bulbo.

A las observaciones de *von Economo,* siguieron las de *Schlesinger, Redlich* y *Priham.*

Casi en la misma época que en Austria, la encefalitis apareció en Polonia: el 17 de febrero de 1917, *Sterling* presentaba a la Sociedad Médica de Varsovia el primer caso, concerniente a un niño de 13 años, y cuya sintomatología correspondía a la descripción hecha por *von Economo,* es decir a la forma óculo-letárgica.

Según los datos epidemiológicos de *Jorge,* la encefalitis fué constatada en Australia, en 1917, por *Breinl.*

En 1918, *Arnold Netter* dió cuenta a la Sociedad Médica de los Hospitales de París de siete casos observados en esa ciudad, a partir del 4 de Mayo. Estos casos tenían estrecha semejanza con los relatados por *Economo,* pero diferían por la falta de reacción del líquido céfalo-raquídeo. Las observaciones se multiplican, y una serie de comunicaciones presentadas a la Sociedad Médica de los Hospitales, por *Chauffard* y Mlle. *Bernard, Lortat-Jacob, Souques, Hallez, Khoury, Saint Martin,* y *Lhermitte* y tantos otros, exponen los progresos de la epidemia y sus caracteres anatomo-clínicos.

Lo verdaderamente saltante en el conjunto de las primeras observaciones, es la constancia del cuadro clínico: un fondo toxi-infeccioso acompañado de letargia y parálisis de los nervios craneales, especialmente los oculares; conjunto sintomático que justificó la denominación de *Encefalitis letárgica,* primeramente dada por *Economo* y acptada en seguida, en Francia, por *Netter.* Pero, con el desarrollo de la epidemia, el cuadro clínico no se circunscribió a la forma primitiva o clásica, y al estado letargo-paralíti-

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

co. vinieron a mezclarse diversos fenómenos nerviosos que alcanzaron, en muchos casos, la hegemonía mórbida y dieron cierto carácter proteiforme a la enfermedad. Así, *Netter* decía el 10 de mayo de 1918: "lo que individualiza la encefalitis letárgica no es su sintomatología, es su etiología, su dependencia de un agente patógeno que no está todavía individualizado, pero que es ciertamente específico".

En el invierno de 1917-1918 la encefalitis invade Inglaterra, casi en la misma época que Francia. *Netter*, en una comunicación a la Sociedad Médica de los Hospitales de París, da cuenta de las observaciones de *Hall* y *Harris* sobre esta enfermedad. Los primeros casos se presentaron en Londres y Schffeld. La sintomatología estaba constituída por letargia, parálisis oculares, fiebre, astenia, catatonia, sacudidas musculares, temblor; es decir, por un aspecto poliformo que, como lo hace notar *Sainton*, contrastaba con el que ofrecía al mismo tiempo en París. Los autores ingleses, principalmente *Harris*, relacionaron estos trastornos con el botulismo y la poliomielitis epidémica, error que fué rectificado muy pronto por la presencia de nuevos casos en Inglaterra y el continente, y las investigaciones de Mc. Nalty, James, Mc. Intosh y otros.

En 1919, Italia que había escapado a la epidemia, sufre su invasión, y en el invierno de 1919 a 1920 los casos se multiplican, principalmente, en el norte del país, precisamente en el territorio teatro de la "nona" de los años 1889-1890.

En el invierno de 1918-1919, la encefalitis hizo su aparición en los Estados Unidos, reaparece en Austria e invade el Portugal donde, en febrero de 1919, *Assis López y Cancella d'Abreu* relatan, ante la Sociedad de Ciencias Médicas de Lisboa, el primer caso de encefalitis.

En el mismo invierno de 1918-1919, la enfermedad se extiende a Finlandia, Noruega, Dinamarca y Bélgica.

En el invierno de 1919-1920 hizo su aparición en España. *Marañón*, que ha hecho un estudio sintético sobre la iniciación de la epidemia de encefalitis en España, refiere que los primeros casos dudosos se presentaron en la primavera del año 1919 y fueron descritos por *Juarros;* pero, es durante el invierno que se confirma la nueva enfermedad. "El comienzo de la epidemia coincidió con la terminación del último desarrollo de la pandemia gripal". La difusión de la enfermedad fué muy rápida, y, al mismo tiempo, puede decirse, se presentó en todas las provincias españolas. Al lado de la forma oculo-letárgica se presentaron muchas otras: encefalitis con manifestaciones mioclónicas, de hemicorea, de epilepsia jacksoniana y muy particularmente, una forma descrita por *Rodríguez-Fornos* caracterizada por letargia asociada a un síndrome hipofiziario, constituído por intensa poliuria y aumento considerable de peso; con este motivo, *Rodríguez Tornos* insiste en la posible intervención de la hipófisis en la patogenia de la letargia.

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

Como puede apreciarse por lo expuesto, la encefalitis en España adquirió desde su iniciación caracteres muy variados.

El territorio africano fué invadido, igualmente, en el invierno de 1919-1920; en Algeria se presentaron las formas oftalmoplégicas y coreicas de la encefalitis. *Valassopoulo* describe en Egipto la forma letargo-paralítica de la pandemia.

El continente americano fué víctima de la pandemia desde el invierno de 1918-1919. El virus encefalítico se extendió de la ribera del Atlántico al Pacífico, a la cual llegó en Octubre de 1919. Casi al mismo tiempo que en Estados Unidos la encefalitis se presentó en el Uruguay. *Morquio*, en una comunicación a la Sociedad de Pediatría de Montevideo el 15 de Agosto de 1918, relató dos casos "novedosos y de interpretación difícil", ocurridos en Julio y Diciembre de 1917. Se trataba de dos niños con un cuadro clínico meníngeo; uno de ellos, se inició bruscamente con vómitos, cefalea, fiebre, convulsiones, seguidas rápidamente de pérdida del conocimiento y estado comatoso hasta la muerte; el otro, comenzó insidiosamente con síntomas semejantes al anterior, pero de menor intensidad, con predominio de somnolencia, ptosis de los párpados y diplopia. En ambos casos la reacción del líquido céfalo-raquídeo fué normal. A la autopsia se encontró integridad de las meninges, "contrariamente a lo que hacía suponer el cuadro clínico", y manifestaciones congestivas e inflamatorias del cerebro. Después de discutir el diagnóstico de estas interesantes observaciones. *Morquio* se inclinó a pensar que se trataba, posiblemente, de "hechos aislados" de encefalitis.

Después de las observaciones hechas por *Morquio*, la encefalitis se presentó en Montevideo, discretamente, en el curso de los años siguientes. *Abente Haedo* y *Hormaeche* publicaron una observación muy interesante con un cuadro clínico complejo: somnolencia con conservación de las facultades intelectuales, estado parético, hipoestesia general, retardo en la percepción de la sensibilidad térmica y dolorosa, alteración del sentido estereognóstico y fiebre; el exámen del líquido céfalo raquídeo sólo reveló de anormal presencia de glucosa en la proporción de 1 gmo. 14 %. La necropsia demostró fenómenos congestivos difusos de la masa encefálica.

Piaggio Garzon, publicó un caso de encefalitis óculo-letárgica; *Payssé*, comunicó a la Sociedad Médica de Montevideo, en Agosto de 1921, una notable observación de encefalitis epidémica, con mioclonia, hemiparesia, parkinsonismo y trastornos epileptiformes; *Morquio* llamó la atención, en la Sociedad de Pediatria de Montevideo, sobre la frecuencia de casos de Corea, presentados en su servicio, y preguntó si existía alguna relación entre estos casos y los tipos coreiformes de la encefalitis, dada la ausencia de caracteres que certificaron la existencia de la Corea de Sydenham.

A las observaciones anteriores hay que sumar las de *Zerbino, Duprat, Etchepare, Turenne* y otros ilustres representantes de la medicina uruguaya. Pero, el trabajo más im-

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

portante y de conjunto sobre esta interesante pandemia, en el Uruguay, se debe a *Américo Ricaldoni*, el eminente y original clínico uruguayo.

En la misma época, se describen los primeros casos en el Brasil.

En 1920, la encefalitis epidémica apareció en la República Argentina. *Viton, Dessy, Destéfano, Grappiolo, Martini,* y *Berterine,* relatan algunas observaciones de encefalitis de tipo letárgico y miotónico. En la sesión del 20 de Setiembre del mismo año, *Castex y Romano* presentaron a la Asociación Médica Argentina un interesante caso de encefalitis letárgica. en un heredoluético. con disendocrina pluriglandular a predominio tiroideo.

Durante los años siguientes, se presentaron algunos casos de encefalitis, cuya relación se encuentra esparcida en la vasta bibliografía médica argentina. Citaremos, sin embargo, las notables observaciones de *Aráoz Alfaro y Tiburcio Padilla* y *de Alfaro y Nerio Rojas*, presentadas a la Asociación Médica Argentina, los años 1921 y 1922, respectivamente, sobre las formas crónicas y las secuelas de la encefalitis epidémica.

En 1920 aparece en Chile la pandemia. *Prado Tagle* describe un caso sospechoso de "meningo-encefalitis tóxica (letárgica", que presentaba—al decir del autor—gran analogía con algunas observaciones de encefalitis letárgica leves o fustradas, descritas por *Netter;* y meses después, — Diciembre de 1920, — el mismo autor, refería otro caso con comprobación necrópsica y experimental. El cuadro clínico y las lesiones anatomo-patológicas eran las señaladas como clásicas de esta enfermedad.

En Agosto de 1919, *Monge* relató en la Academia Nacional de Medicina de Lima, el primer caso observado en el Perú, observación que fué posteriormente publicada por el autor.

A este caso sucedieron otros, adquiriendo la enfermedad aspectos clínicos diversos.

Un hecho sobre el cual llamá justamente la atención *Lhermitte,* es el diverso aspecto clínico que adquiere la encefalitis en los diferentes brotes epidémicos. Así, la primera epidemia austriaca se caracterizó por un síndrome meningeo asociado al óculo-letárgico; mientras que la epidemia francesa de 1918 no ofreció trastornos meningeos, al punto que *Netter* señaló la normalidad del líquido céfalo-raquídeo como un signo diagnóstico importante. Igual fenómeno se observó en Alemania, en el invierno de 1918 a 1919: mientras que en Kiel los fenómenos coreicos caracterizaron la epidemia, en Hamburgo la catatonia parkinsoniana fué el síndrome más común de la encefalitis.

Este carácter se repite en todas partes, al extremo de simular enfermedades distintas. Tal el hecho ocurrido en París en Enero de 1920; *Sicard* y *Kudelski,* comunicaban ese año, con el nombre de encefalitis agudas mioclónicas, casos en los cuales los fenómenos nerviosos estaban representados por dolo-

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

res vivos en el trayecto de los troncos nerviosos y, sobre todo, por contracciones musculares localizadas, de distribución irregular y rítmica; es decir, movimientos mioclónicos. La diferencia con el síndrome óculo-letárgico era tan grande, que los autores en una nueva comunicación decían: "en tanto que nosotros no poseamos un criterio experimental, bacteriológico o humoral, la duda etiológica subsistirá al frente de estas dos modalidades, y nos ha parecido interesante aislar el síndrome clínico de mioclonia encefalítica a evolución aguda o sub-aguda, del de letargia y de todo otro trastorno ocular". Concepción contra la cual se eleva inmediatamente *Netter*, que tuvo el mérito excepcional de preveer el desarrollo ulterior del problema de la encefalitis. Los hechos sucesivos debían confirmar las ideas de *Netter*. Efectivamente, una serie de casos durante la epidemia de 1919 a 1920, ofrecieron ya la presencia simultánea de mioclonia y somnolencia, ya su sucesión en el tiempo; ya, por último, todas las variaciones sintomáticas imaginables, que inclinaron a *Chauffard* a designar la enfermedad con el nombre de *encefalitis epidémica* y, más tarde, a *Sicard* con la de *neuro-axitis epidémica*.

Es tan extraordinario el *genio epidémico* de la encefalitis que es imposible preveer las modalidades o aspectos sintomáticos que adoptará en el porvenir; conclusión que es la derivación lógica de la historia de las epidemias sucesivas que han recorrido el mundo. Efectivamente, hay formas tan caprichosas como el tipo mono-sintomático que presentó la encefalitis parisiense en Diciembre de 1920 y Enero de 1921; nos referimos al *hipo epidémico*, descrito por primera vez por *Dufour*. Esta forma, se presentó al principio como manifestación frustrada de la encefalitis epidémica, de corta duración y carácter benigno, sin que faltaran, sin embargo, casos acompañados de fiebre intensa y rápida. Después de un período de duda, en que se pensó en una afección nueva o en una forma "frénica" de grippe, la observación de casos en los que el hipo precedió a las formas ordinarias de la encefalitis o aparición en el curso de sus manifestaciones heteróclitas, obligó a vincularlo al conjunto sintomático de la enfermedad.

A los hechos clínicos se unieron luego los datos epidemiológicos: *Rivet, Logre, Heuyer, Gardere, Netter, Lemoine*, etc., han suministrado pruebas evidentes de la contagiosidad del hipo epidémico.

A las pruebas ya indicadas, conviene añadir las de orden anatómico-patológico. En efecto, *Clerc* y *Foix* lograron en la necropsia de un caso fatal de hipo demostrar la existencia, a nivel del tercer y cuarto segmentos cervicales de la médula, de lesiones de infiltración perivascular, señaladas como habituales en la encefalitis. En resumen, el hipo constituye, según la expresión de *Sicard*, una forma monosintomática de la encefalitis a tipo mioclónico.

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

Recientemente *Lhermitte* ha señalado una nueva modalidad de la encefalitis; la forma *vertiginosa,* que se ha presentado en Italia.

Ante estos hechos desconcertantes, *Lhermitte* dice: "Nada nos asegura que el genio de la encefalitis, que como acabamos de ver, señala con un signo especial a cada epidemia, haya concluído el ciclo de sus transformaciones". Es posible, como dice *Dopter,* "que el virus, débil al principio, se haya exaltado para dar lugar a las formas clásicas y graves de la encefalitis".

Aunque los recientes conocimientos sobre los caracteres del virus encefalítico y el estudio completo y detallado de la sintomatología alejan la posibilidad de una común etiología entre la encefalitis epidémica y la gripe, creemos necesario hacer una rápida exposición de las razones que desde la iniciación de la epidemia encefalítica inclinaron a algunos autores de valía a separar esta enfermedad de la influenza.

No se puede negar la relación de contigüidad que existe entre las epidemias de grippe y las de encefalitis. *Crookshank* dice a este respecto: "Del estudio histórico de las epidemias y endemias de una enfermedad, similar a la encefalitis epidémica, observada en estos últimos años, y las conocidas con el nombre de influenza, grippe o enfermedad del sudor, se deduce que durante cuatro siglos las primeras han aparecido, casi siempre, antes o después de las segundas en una estrecha proximidad geográfica". Y más adelante, dice el mismo autor: "La ocurrencia simultánea de las dos grandes pandemias de los últimos años no es notable, pues aunque han tenido lugar con una relación de tiempo muy próximo, sin embargo parece que han seguido en su diseminación, sendas algo diferentes; de manera, que en una parte del mundo, la encefalitis precedía a la grippe y en otra ocurría lo contrario". Y, como conclusión dice *Crookshank:* "Las *investigaciones epidemiológicas de la enfermedad* (se refiere a la encefalitis) *suministran, por eso, débil apoyo a la concepción de ciertos autores de que la encefalitis es una enfermedad post-influenzal*". Esta opinión tiene muchísimo valor, sobre todo si se recuerda que en publicaciones anteriores este autor negó la individualidad nosológica de la encefalitis.

Respecto a la conjunción de epidemias encefalíticas y gripales, *Jorge,* después de recordar, a través de la historia, la asociación "de la fiebre cerebral" con "la fiebre catarral", concluye diciendo: "Pero todas las citas y referencias hechas hasta el presente, y todas aquellas que se pudiera añadir, carecen de mucha precisión".

Con motivo de la epidemia vienesa de encefalitis de los años 1916-1917, dice *von Economo:* "La epidemia de encefalitis letárgica no es necesariamente contemporánea de la grippe, y cuando la época coincide no se distingue ningún nexo causal evidente con la gravedad y difusión de la epidemia gripal". En

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

otra parte dice el mismo autor: "Yo observé la epidemia de encefalitis letárgica en Viena un año antes de la iniciación de la pandemia española, y durante todo el tiempo en que la grippe afligió a Viena, asumiendo todas las formas posibles, no se observó ningún caso de encefalitis letárgica con las lesiones anatomo-patológicas típicas".

Como se ve, por las citas precedentes, la epidemia de encefalitis no aparece, sino rara vez, simultáneamente con la epidemia gripal. Y, aún admitiendo la coexistencia de ambas epidemias, la encefalitis contrasta con la grippe por su contagiosidad menor y su predilección por el sistema nervioso. Como lo hace notar juiciosamente, *Giugni*, es verdaderamente incomprensible, si se admite como quieren algunos la unidad etiológica de ambas enfermedades, que la influenza, enfermedad eminentemente contagiosa, exaltando su virulencia a través de pasajes humanos, no ataque el sistema nervioso sino excepcionalmente y a una sola persona entre tantas atacadas.

Además, como lo expresa acertadamente el mismo autor, admitiendo que un mismo virus sea el agente de estas dos epidemias, es inexplicable que el común agente mórbido dé lugar, contemporáneamente a dos cuadros clínicos epidémicos distintos, sin ofrecer ningún nexo sintomático que permita identificarlos. Sería, dice *Giugni*, "un principio nuevo, del cual no se tiene noción, ni ejemplo en medicina".

Sin recurrir a argumentos anatomo-patológicos en favor de la independencia nosológica de la encefalitis, estudiados por *von Economo* y *Jorge* en sus magníficas monografías, ni a los datos de la experimentación, cuyos resultados expondremos oportunamente, hay un hecho de valor incontrovertible a favor de la autonomía de la encefalitis que equivale a la trasmisión experimental de hombre a hombre; nos referimos a la trasmisión espontánea en el caso de embarazo, observada por algunos autores. *Jorge*, que ha hecho un estudio muy documentado al respecto, cita un caso de trasmisión materno-fetal de la forma algio-mioclono-letárgica de la encefalitis. Este caso es de sumo interés, pues se trata no sólo de una encefalitis congenital, sino, también, de un caso heredo-encefalítico.

Como dice *Jorge*, "Hay una lección que sacar de este caso de encefalitis letárgica congénita, por infección materna, lección demostrativa para la nosología de la afección. Se ha tenido escrúpulos en no aceptar el principio de la autonomía de la enfermedad, se ha negado aún su independencia nosológica, relacionándola a otras infecciones y, principalmente, a la influenza; opinión que ha circulado largamente, a pesar de la oposición manifiesta de la clínica, de la anatomía patológica y de la epidemiología. Esta reproducción de la enfermedad en dos clichés semejantes, debe poner término a todas las negaciones y a todas las dudas presentadas hasta el presente contra la admisión de la encefalitis letárgica como una especie mórbida propia e independiente".

(Continuará)

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

Prensa Médica Americana

LAS AMIGDALAS EN EL TUBERCULOSO. — El Dr. Maurice Fishberg (*Medical Clinics of North America*, Novbre 1922), ha observado en su servicio de tuberculosos del Hospital Montefiori de New York y en su práctica privada, que los enfermos atacados de tuberculosis pulmonar activa, muy rara vez sufren de amigdalitis, rinofaringitis y corizas agudos, aún en tiempos de epidemia en que ésta compromete a quienes como los médicos, enfermeros y empleados, están en contacto íntimo con los enfermos. Aquellos pocos que contraen tales afecciones son precisamente los que están en mejores condiciones generales.

Hecho similar se observó durante la pandemia de influenza de 1918_20. En los sanatorios y hospitales de tuberculosos, la enfermedad hizo muy pocas víctimas; mientras que el personal de servicio, los médicos y enfermeras sufrieron en la misma proporción que la población civil. (Análoga observación hizo entre nosotros el Dr. Corvetto, en la misma época). Se llegó hasta decir que los tuberculosos gozaban de inmunidad respecto de la influenza.

Observando más detenidamente, el autor ha visto que los fimatosos en actividad tienen, como regla, amígdalas pequeñas, casi atrofiadas a veces, mucosas del tractus respiratorio superior, pálidas, y faringe desprovista de folículos linfoides visibles. Por el contrario, los que tienen lesiones tórpidas, que influencian poco el estado general del paciente, ostentan la mucosa de la faringe, roja e inyectada, con folículos linfáticos y amígdalas más o menos hipertrofiados. (Esta afirmación del autor corresponde a lo que nos ha sido dado observar, como regla casi general, en los enfermos del servicio de tuberculosos del Hospital "Dos de Mayo").

De otro lado, observa el doctor Fishberg, que en la infancia, hasta la adolescencia, el tejido linfoide es superabundante como lo atestigua la frecuencia en esta época de la vida de las vegetaciones adenoideas y de las hipertrofias amigdalinas. Y aunque es en esta edad que se verifica la infección por el bacilo de Koch, la tuberculosis pulmonar es poco frecuente, a pesar que lo son mucho la de los huesos, articulaciones y ganglios. En la adolescencia el tejido linfoide entra en receso, y es entonces y más adelante, que el porcentaje de bacilosos pulmonares llega al máximum.

También se ha observado que en las personas que tienen atrofiado el tejido linfoide del anillo de Waldeyer, la tuberculosis pulmonar es muy frecuente. Cuando ésta se presenta en sujetos con hipertrofia del referido tejido linfoide, el proceso pulmonar tiene curso benigno y tendencia a la curación, en la gran mayoría de los casos, mientras no se intervenga quirúrgicamente. "Anualmente vemos muchos casos de tuberculosis pulmonar incipiente, estacionaria o latente, que han sido reactivados rápidamente, después de una tonsilectomía. Datos que deben tener en cuenta quienes tratan casos de amígdalas hipertrofiadas, que exhiban signos positivos o dudosos de lesiones tuberculosas incipientes o estacionarias del pulmón". "En los casos de tuberculosis activa pulmonar, la tonsilectomía va seguida a menudo de tuberculosis laríngea".

Termina el autor, diciendo que el estado del tejido linfoide de la garganta tiene importancia pronóstica en la tuberculosis pulmonar. El pronóstico es bueno en los enfermos que tienen amígdalas grandes, vegetaciones adenoides y mucosas congestionadas y desfavorable en el caso contrario. Los tuberculosos que contraen amigdalitis, rinofaringitis y corizas del tipo epidémico, marchan mejor que los que, expuestos al contagio, escapan a estas infecciones. — *Dr. Rafael M. Alzamora.*

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

FIBRILACIÓN VENTRICULAR PAROXISTICA CON RESTABLECIMIENTO DE LA ACTIVIDAD CARDIACA, EN UN CASO DE FIBRILACION AURICULAR Y BLOQUEO COMPLETO DURANTE EL TRATAMIENTO POR EL SULFATO DE QUINIDINA. —— Los doctores W. J. Kerr y W. L. Bender, de San Francisco de California, refieren (*"Heart". Diciembre 1922)* la historia de un enfermo que sufre desde hace 4 años de fibrilación auricular y bloqueo aurículo-ventricular completo, con períodos de insuficiencia cardiaca moderada, que cede al tratamiento indicado en esos casos. Emplean el sulfato de quinidina, por vez primera en trastorno semejante, para estudiar las modificaciones que esta droga pueda ocasionar en el funcionamiento de aurículas y ventrículos, y ver si están o nó éstas cavidades afectadas separadamente.

Como resultado obtienen un aumento de la frecuencia ventricular y retardo en la actividad de las aurículas y en varias ocasiones, bigeminismo ventricular y crisis sincopales. La explicación de estos hechos es el móvil del artículo, dada la importancia que tiene dilucidar la causa de los síncopes que produce a veces la quinidina.

Durante estas crisis sincopales el pulso radial y los ruidos cardiacos desaparecen completamente por varios segundos, 30 en una de ellas; en seguida vuelven las contracciones ventriculares que se hacen, poco a poco, más frecuentes e irregulares, con períodos cortos de taquicardia (140 a 225 latidos por minuto). Después todo regresa gradualmente al estado habitual. Los trazados poligráficos y electrocardiográficos indican el origen ventricular de los paroxismos taquicárdicos, debidos muy probablemente al establecimiento de un *movimiento circular en el ventrículo.* Uno de los electrocardiogramas obtenidos durante un síncope, es idéntico al descrito por Halsey en 1915, como producido por la fibrilación del ventrículo. Pero otra de las curvas tiene caracteres tan distintos de todos los observados en el hombre hasta ahora, que los autores conceptúan sea debida a la verdadera fibrilación ventricular; correspondiendo todas las otras curvas atribuídas a ésta, hasta el presente, a trastornos de la contracción, anteriores a la fibrilación.

La quinidina puede, como se ve, producir bigeminismo y taquicardia paroxística ventricular, y a veces hasta la fibrilación del ventrículo cuyas consecuencias son fatales por lo general. En el caso presentado, el restablecimiento del corazón a su estado anterior fué completo y el enfermo vivió 9 meses después del referido accidente, lo que constituye el caso de supervivencia más largo que se registra después de un ataque de fibrilación ventricular.

La manera como la quinidina hace fibrilar al ventrículo no está del todo explicada. Según Lewis y sus colaboradores, no es imposible que dicha droga, que tiende a poner término a la fibrilación auricular, pueda en dósis menores producir el resultado contrario. — *Dr. Rafael M. Alzamora.*

SIGNIFICADO CLINICO DE LAS CELULAS EOSINOFILICAS DE LA SANGRE. — En su conciso trabajo, A. J. Hinkleman ("New York Medical Journal", May 1923), atiende a la presencia en ciertas enfermedades de los leucocitos eosinófilos, lo que desde este punto de vista le permite clasificarlas en dos grupos. Juzga que la significación de la eosinofilia no ha sido suficientemente valorada. Normalmente, la sangre se puede decir que no tiene eosinófilos, y la producción en ciertas dolencias, de toxinas quimiotácsicas, que estimulan los órganos hemopoiéticos, los hacen surgir. En tal manera de ver, difiere de las apreciaciones de algunos autores modernos, las de Liebreich, que ve en el eosinófilo un leucocito ordinario, transformado por eritro-fagocitosis.

En general, se pueden distinguir dos agrupaciones patológicas, con respecto a la eosinofilia; en unas infecciones, las de los aparatos cardio-vascular, digestivo, pulmonar con amplio y directo drenaje circulatorio, la eosinofilia es negativa, por pobreza de sustancias quimio-

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

tácsicas y confinación local de los eosinófilos circulantes; los exámenes hematológicos en estos casos, nó hallan casi estos elementos; en otras infecciones, las de los aparatos cutáneo, muscular, óseo, urinario, con menos directa circulación, por opuestas causas a las anteriores, hay eosinofilia que va de 0.5 al 7 por ciento. — *Dr. Carlos Aubry.*

INFLUENCIA DEL AUMENTO LOCAL DE LA SANGRE EN LA CRISIS Y EN LA LISIS DE LA NEUMONIA. — G. G. Ornstein y A. Braunstein, analizan las numerosas tentativas hechas para explicar la crisis de la neumonia lobar, que revelan la importancia de ese problema. Los autores a su vez, harmonizando y discutiendo interpretaciones agenas y resultados de propias experiencias, tratan de resolver el problema.

Kline y Winternitz, valiéndose del método de las coloraciones masivas, tanto en los pulmones de animales infectados como en los de neumónicos fallecidos, han visto que sólo las áreas no afectadas se tiñen, y que las zonas invadidas, sobre todo las que han llegado a la hepatización gris, quedan completamente incoloras, resultando esto, según dichos autores, de los trombus fibrinosos y globulares, que impermeabilizando los vasos detienen el colorante. Por otra parte, los mejores estudios, según los autores de este trabajo, los de Douchez y Avery, sobre la toxemia neumocócica, prueban que la toxina principal no es fruto de bacteriolosis, sino un producto soluble segregado por recientes generaciones de neumococo.

Conciliando estos dos factores mecánico y tóxico, juzgados exactos por los autores, suponen que la hepatización gris con el máximo de bloqueo circulatorio, suprime la absorción de toxinas al nivel de las zonas invadidas y de consiguiente, dá el mayor número de curaciones, la menor letalidad; los estados congestivos y aún la hepatización roja, son los que ocasionan mayor número, pues sus áreas son permeables y por consiguiente con difusión tóxica. Excluyendo de su estadística, todo caso que no hubiera fallecido de neumonia lobar pura, encontraron los autores que el 98 por ciento de los casos fatales lo representaban las formas de congestión y hepatización roja, y solo el 2 por ciento la forma gris, resultado que parece comprobar la hipótesis. Crisis y lisis aparecen así como términos clínicos superponibles a los favorables mecanismos de obstrucción circulatoria, más o menos rápida, de las áreas infectadas en los pulmones. — *Doctor Carlos Aubry.*

INDICACIONES DE LA TRASFUSION DE SANGRE.—La trasfusión como otros procedimientos, como la sangría, su homóloga y opuesta, ha tenido una época de voga; calmada tal efervecencia se sedimentan las reducidas y legítimas indicaciones, que T. S. Raudin con su sólida experiencia, contribuye en su trabajo a fijar.

De todos los métodos practicables, suprime los delicados y se confina a las mezclas con citrato, que permiten una técnica fácil al alcance de todos. El autor separa para las indicaciones, el grupo de las hemorragias, y el de las enfermedades sanguíneas, llenando en éstas la transfusión los fines siguientes: estimulación hemopoiética, incremento de coagulabilidad, mayor conducción de oxígeno, idem de poder bactericida y activación del metabolismo. En el primer grupo, la transfusión es soberana; cantidades de 700 a 1,000 c. c. son suficientes, y en las anemias consecuentes, la transfusión a menor dosis y repetida, es lo conveniente. En las afecciones hemáticas se nevela beneficiosa, en la anemia perniciosa esencial, en las anemias aplásticas, en las secundarias, en la leucemia y en la hemofilia; en cuanto su valor en las infecciones agudas, el autor no se pronuncia, pero en algunas de carácter crónico la transfusión es preciosa ayuda. — *Dr. C. Aubry.*

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

Academia Nacional de Medicina

SESION DE JUNTA GENERAL DE 25 DE JULIO DE 1923

Presidencia del doctor Julián Arce

A las 6 y 15 de la tarde se abrió la sesión con asistencia de los señores académicos doctores Avendaño, Bambarén, Cancino, Fernández Dávila, González Olaechea, Larrabure, Maldonado, Pardo Figueroa, Ribeyro y el secretario que suscribe.

DESPACHO

Oficio de la dirección de salubridad pública trascribiendo la resolución suprema que concede a la Academia la suma de dinero necesaria para abonar los derechos de importación de los aparatos adquiridos para el Observatorio Unanue. Previa contestación, al archivo.

Oficio de la dirección de salubridad pública trascribiendo la resolución suprema que dispone que el presidente de la comisión controladora del ejercicio de la medicina y de la obstetricia sea un delegado nombrado por el gobierno representante del director de salubridad. Previa contestación al archivo.

Oficio de la Dirección de Salubridad Pública comunicando que el doctor E. Pardo Figueroa ha sido nombrado delegado del gobierno, en conformidad con lo dispuesto en la resolución anterior trascrita. Previa contestación, al archivo.

PEDIDOS

El Secretario doctor Bambarén pone en conocimiento de la Academia el fallecimiento de los miembros correspondientes extranjeros doctores Arturo Ayala (Caracas) y Oscar Freyre (San Pablo). El presidente, en breves frases rinde homenaje a estos ilustres médicos americanos ya desaparecidos y pide un minuto de recuerdo para ellos, que todos los presentes tributan de pie.

El doctor Bambarén solicita que la Academia contemple el problema de la asistencia de los toxicómanos, que hoy es asunto de palpitante actualidad, por la campaña que se hace contra los que venden clandestinamente drogas tóxicas. Dice que las medidas de carácter policial sólo contemplan la punición de los comerciantes inescrupulosos; que es menester no desamparar al toxicómano que tendrá que quedar colocado en situación angustiosa por la dificultad de adquirir el tóxico y por la imposibilidad de encontrar lugar donde someterse a tratamiento adecuado, dado que generalmente no desean ingresar al Asilo Colonia de Alienados y otros no poseen recursos para abonar hospitales y clínicas particulares.

Refiere que en su clientela particular tiene una toxicómana, de condición modesta, que desea someterse a tratamiento, pero que este su deseo no puede realizarse por las razones ya enumeradas. Que además, de esta faz del problema, existe otro, según el cual pueden aparecer muchos médicos como recetando hoy sustancias narcóticas, casualmente en instantes en que se hace campaña para evitar su uso; que esto hay que atribuirlo a que antes, los toxicómanos se los procuraban sin necesidad de recurrir a receta y que hoy estos pacientes buscan asistencia médica para conseguir la droga, que imperiosamente necesitan para su peculiar situación psíquica y mórbida. Antes estas situaciones propone que la Academia estudie el problema, dando las pautas que deben seguir los médicos en sus relaciones con el público y aconse-

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

jando las medidas que faciliten el tratamiento adecuado a los toxicómanos. Cree que puede proponerse el ingreso libre de estos pacientes al Asilo Colonia de Alienados, tal como se ha implantado en París, en el Asilo "Santa Ana", por inspiración del profesor Toulousse.

El presidente manifiesta que el asunto se debatirá en la orden del día.

ORDEN DEL DIA

El presidente manifiesta que la sesión ha sido convocada para efectuar la elección de la junta directiva, pide que se lean los artículos pertinentes de los Estatutos y del Reglamento de la Institución y en vista de su lectura, manifiesta que se hará una segunda convocatoria para ese objeto. Se pone en debate el tema planteado por el doctor Bambarén.

El doctor Larrabure cree que la Academia no puede solicitar el ingreso libre de enfermos al Asilo de Alienados, porque la Beneficencia no puede quebrantar el reglamento que se ha dado a este establecimiento. Dice que los enfermos que ingresan al Asilo quedan en un período de observación que se realiza en un pabellón especial y que sólo cuando ingresan a los demás pabellones figuran en los libros de estadística; que los toxicómanos pueden asistirse en las clínica particulares que hay en los alrededores de Lima.

El doctor Avendaño dice que las normas para tratar a estos enfermos son las mismas que se observan para los demás pacientes que solicitan la asistencia profesional.

El doctor Pardo Figueroa relata la forma como ingresan los enfermos al Asilo de Alienados, que previamente están treinta días en el pabellón de observación. Dice que sólo por tolerancia se atiende hoy a los toxicómanos alienados, pero que los toxicómanos no son siempre alienados, para estos toxicómanos se podrá crear una sección especial en el Asilo. Cree que las medidas que hoy se han dictado, tienden a colocar a los toxicómanos en manos de los médicos, para que éstos asuman la responsabilidad del tratamiento, que, por lo demás, está lleno de dificultades en el domicilio.

El doctor Bambarén dice que para ingresar al pabellón de observación del Asilo de Alienados es menester seguir un expediente en el cual figuran: certificado médico firmado por dos profesionales, solicitud a la Sociedad de Beneficencia, documentos de tesorería cuando el paciente ingresa a sección de pensionistas; que el ingreso libre suprimiría estos trámites, y que esta supresión sólo se haría a los pequeños psicópatas. Que el ingreso libre y voluntario sería solamente el ensayo, entre nosotros, de lo que ha hecho Toulousse en París, y que tratan de implantar muchos países que se preocupan de mejorar la asistencia del alienado, que cada vez se procura hacer dentro de las prácticas generales de la asistencia nosocomial. Que al hacer asistencia psiquiátrica nosocomial, se facilita grandemente la obra de los "Dispensarios" elementos considerados como muy importantes en la moderna técnica hospitalaria; que en algunas ciudades de Estados Unidos, existen desde 1909, dispensarios psiquiátricos, que permiten la atención de los pequeños psicópatas y de los episodios psicopáticos en el curso de muchas enfermedades; que como estos nuevos elementos de la asistencia del psicópata favorecen la realización de la profilaxia mental han sido acogidos con entusiasmo en muchos países.

El doctor Pardo Figueroa cree que no pueden implantarse entre nosotros estas reformas; que todo depende del medio que irían al fracaso. Alude a algunos procesos por secuestro que se le han seguido, llenando todos los trámites que hoy se exigen para ingresar al Asilo de Alienados, y que con las medidas cuya implantación se propone, desaparecería la defensa que tiene el médico que asiste enfermos en el Asilo de Alienados.

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

El doctor Avndaño cree que se puede manifestar a la Beneficencia la conveniencia de crear una sección para toxicómanos en el Asilo, dando facilidades para el ingreso de estos pacientes; que en estos términos podría concretarse el parecer de la Academia.

El doctor Bambarén acepta la fórmula propuesta por el doctor Avendaño, pero cree que se puede aprovechar la oportunidad para estudiar algunas prácticas que favorezcan la profilaxia mental; que en este sentido juzga que es conveniente propiciar la implantación, en los hospitales urbanos de servicios y consultorios-dispensarios para psicópatas, que no necesitan ingresar al Asilo de Alienados, y que la Academia debe contemplar este asunto por haber en otra oportunidad aceptado un plan profilaxia mental confeccionado por el doctor Delgado. El ingreso libre y voluntario al Asilo de Alienados, especialmente del pequeño psicópata, así como otros asuntos de la moderna asistencia de alienados, que tanto contribuyen a la profilaxia mental, pide que sean estudiados por una comisión de la Academia, a fin de insinuar después a la Sociedad de Beneficencia, su implantación.

El presidente somete al voto el tema que ha debatido la Academia y para facilitar la votación la divide en dos partes: la primera que se refiere a manifestar a la Beneficencia de Lima, la conveniencia de crear en el Asilo de Alienados, una sección para toxicómanos, en la cual regirán los trámites para el ingreso nosocomial, fué aprobada unánimente; la segunda, que propone nombrar una comisión que estudie las reformas que conviene introducir en la asistencia del alienado, para iniciar una serie de realizaciones prácticas que favorezcan la obra de profilaxia mental, fué aprobada igualmente por unanimidad. El presidente propuso que la comisión estuviese formada por los doctores Gonzales Olaechea, como presidente, Carlos A. Bambarén y Honorio F. Delgado.

SECCION CIENTIFICA

El doctor González Olaechea se ocupa de estudiar las "relaciones de la encefalitis epidémica y el herpes febril", con motivo de algunas observaciones clínicas que ha tenido oportunidad de seguir. Su trabajo se publicará en el boletín de la Academia.

El presidente felicita al disertante, se refiere a la epidemia de encefalitis que según el doctor Gonzales Olaechea, hay en Lima y encuentra muy interesantes los casos referidos, ya que llaman la atención hacia enfermos que pueden verse.

El doctor Bambarén manifiesta que son muy interesantes las observaciones relatadas, porque tratan de probar las vinculaciones entre manifestaciones morbosas, que se reunen con el nombre de ectodermosis neurotropas. Que además de las relaciones de los virus de la encefalitis epidémica y del herpes febril, vinculaciones que las observaciones clínicas del doctor Gonzáles Olaechea hacen considerar como muy probables, hay muchos autores que ponen de manifiesto que son idénticos los virus de la varicela y del herpes zona; que ha tenido la oportunidad de constatar con una auto-observación la verosimilitud de estas observaciones, ya que en el curso del mes de octubre del año pasado fué atacado de varicela después de haber asistido a dos enfermos atacados de herpes zoster, uno localizado en el tórax y el otro en la región glútea. Los clínicos desde antiguo han señalado la coincidencia de estas dos enfermedades y su posible vinculación y en estos últimos tiempos, con motivo de la encefalitis epidémica, se ha estudiado la identidad de los dos virus. Marinesco, en Rumanía y Harvier, Levaditti, en Francia, han tratado de probar esta identidad, con resultados muy fructuosos; parece, pues, que, un mismo virus es capaz de producir manifestacionens clínicas tan variadas, como son las de la encefalitis epidémica, del herpes febril, del herpes zona y de la varicela.

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

El doctor González Olaechea, dice que no se puede hacer manifestaciones rotundas sobre estas cuestiones, pero que hay casos muy sugestivos para obligar a tomar en cuenta las vinculaciones que sostienen muchos experimentadores.

Se levantó la sesión a las 7 y 45 de la noche.

Fortunato QUESADA, secretario de la Academia Nacional de Medicina.

Noticias

SOBRE ASISTENCIA HOSPITALARIA. — Publicamos la siguiente nota, que encierra abundantes conceptos de la moderna técnica nosocomial:

Lima, Junio 25 de 1923. — Señor Director del Hospital "Dos de Mayo". — S. D. — De acuerdo con opinión formulada por usted, me es grato dirigirle la presente, que tiene por objeto insinuar la conveniencia de instalar en el Hospital "Dos de Mayo" un Consultorio para enfermos atacados de dolencias nerviosas y mentales.

La necesidad de introducir este Consultorio dentro de la organización del Hospital, es asunto que merece contemplarse, porque él constituye un elemento de asistencia médica del que carece el Establecimiento.

Comprendiendo su importancia, hace algún tiempo que funcionó en el Hospital un Consultorio dedicado a esta clase de enfermos y fué el Dr. Hermilio Valdizán quien lo atendía; posteriormente se clausuró, y hoy viene mi pedido a insinuar su reinstalación.

Las orientaciones modernas de la asistencia médica se dirigen hacia la faz preventiva, la que dá más fructuosos resultados y contribuye al bienestar colectivo.

El Consultorio de enfermedades nerviosas y mentales, estaría llamado a contribuir poderosamente en la labor de profilaxia que se aboca, en estos últimos tiempos, la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.

La principal manera de hacer higiene mental y nerviosa, es creando en los hospitales generales Consultorios para enfermos mentales y del sistema nervioso, porque de esta manera se lucha con ventaja contra el prejuicio, arraigado en la multitud, de las consecuencias sociales que origina el haber penetrado a un Asilo de alienados, sea para una consulta, sea para un tratamiento prolongado.

Estas ideas ya dejan vislumbrar la conveniencia de Servicios dedicados a cierta clase de psicópatas, en los hospitales generales, y aunque por el momento no pueda hacerse eso entre nosotros, bueno es dejar planteada la idea para una mejor oportunidad.

Concretándonos al Consultorio, que debe funcionar como un Dispensario, su labor podía estar orientada hacia los siguientes fines:

1). — Al examen completo y al tratamiento de los enfermos susceptibles de recibir un tratamiento ambulatorio.

2). — Al examen y redacción de los certificados de internación de cualquier enfermo del hospital que necesite ser trasladado al Asilo de alienados.

3). — Al suministro de consejos de higiene mental y nerviosa y al reparto de cartillas de propaganda con esos fines.

En un futuro, más o menos próximo, debería anexarse al Consultorio una sala para enfermos, en la cual se admitiría la hospitali-

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

zación de pacientes atacados de dolencias mentales o nerviosas, que no tuviesen reacciones peligrosas para sí mismo o para los demás, y en la cual también cabría la observación de enfermos, que hospitalizados por causa distinta de afección mental o nerviosa, exteriorizasen trastornos psíquicos que demandasen terapéutica especial o la internación ulterior al Asilo de alienados.

Tal vez si esta repartición del Establecimiento daría origen a un servicio de admisión libre de carácter gratuito, que inauguraría, entre nosotros, una nueva era de asistencia del alienado y quién sabe si en él también podría organizarse un servicio para enfermos pensionistas, que no desean ingresar al Asilo de alienados.

Espero que estas iniciativas sean acogidas con entusiasmo por usted, y así lo espero, fundadamente, por conocer sus opiniones al respecto y en tal concepto deseo que las eleve a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.

De usted atento amigo y S. S.—Dr. Carlos A. BAMBAREN, médico asistente del "Hospital Dos de Mayo".

PRIMERA CONFERENCIA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS. — Por iniciativa de la "Liga Antituberculosa de Damas", la Academia Nacional de Medicina ha confeccionado el programa para una conferencia antituberculosa, la primera que se celebrará entre nosotros.

Entre los muchos problemas que tiene planteados nuestro país, el sanitario es uno de los más importantes, no sólo porque la falta de su solución ocasiona ingentes pérdidas de vidas y dinero, sino porque no hace honor a una colectividad descuidar tan vital asunto y la coloca en situación de ser intervenida por las instituciones que dirigen el estado sanitario del mundo.

La tuberculosis es una de las enfermedades que se considera más difundida entre nosotros, aunque este concepto sólo está fundado en datos de mortalidad, que son muy limitados en número y en diversas procedencias. Sea como fuere, ese es el criterio colectivo, y por esto parece que ya se ha formado la conciencia pública respecto a la necesidad de la lucha contra esta enfermedad.

A fin de orientar de modo científico la campaña contra la tuberculosis y con el deseo de uniformar el plan que conviene seguir en la república, la "Liga Antituberculosa de Damas" inició la realización de esta conferencia, y su organización la colocó en manos de la Academia Nacional de Medicina. Indudable que esta es la institución más capacitada para este objeto, pues por su tradición y sus fines, es la que más y mejor debe conocer de estos asuntos. En muchas oportunidades, la Academia de Medicina de Lima ha contemplado el problema de la tuberculosis entre nosotros, y aunque nunca se han sistetizado sus investigaciones, como se hará en el proyectado certamen a realizarse, es evidente que el cuerpo médico nacional ha colaborado entusiastamente en la solución de esta cuestión sanitaria, que como todas las cosas similares, se encuentra entre nosotros esperando la acción definitiva y la labor concluyente.

En la nota que más abajo insertamos, se encuentra el programa preliminar, que ha confeccionado la Academia de Medicina; es de desear que lo más pronto se organice esta conferencia científica y que las autoridades y los poderes públicos le presten todo el auxilio que merecen empresas de esta índole, que tan grandemente benefician a la colectividad y que hoy se realizan en casi todos los países de América, de modo periódico y sistemático, ya que es una de las tantas maneras que llegue la voz técnica a los que dirigen la nación. Por nuestro porvenir sanitario y por el prestigio científico del país, es necesario hacer votos por el éxito completo de este proyectado certamen médico, cuyo programa se esboza en la aludida nota, que dice así:

Lima, 23 de Junio de 1923. — Señorita presidenta de la "Liga Antituberculosa de Damas". — S. P.

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

La Academia Nacional de Medicina ha contemplado en su última sesión el programa que convendría desarrollar en la conferencia antituberculosa propiciada por esa Liga, y cuya organización ha sido confiada a esta institución.

No hay duda que es ardua labor organizar una conferencia antituberculosa entre nosotros, porque son muchos los temas que hay que tratar, y en un certamen científico de ese carácter, es necesario circunscribirlos, para su más acertada discusión y la mayor eficiencia de las resoluciones propuestas.

Comprendiéndolo así, y deseando dar a la conferencia un carácter eminentemente práctico, la academia conceptúa que tres son las cuestiones principales que deben tratarse en el proyectado certamen antituberculoso:

1). — Plantear las obras de previsión que conviene establecer;

2). — Señalar las pautas de la asistencia que exige el tuberculoso; y

3). — Estudiar la forma cómo debe realizarse la enseñanza profiláctica.

Al rededor de estos temas pueden girar todas las comunicaciones que desee presentar el cuerpo médico nacional, y se les recomienda de modo preferente, porque ellas permiten particularizar, en cada caso especial, las medidas que conviene adoptar, según las localidades y según el criterio personal del comunicante.

Pero, además de estos temas generales y amplios, la academia conceptúa que es necesario tratar, de modo especial, algunas cuestiones de profilaxia antituberculosa, y para esto ha señalado algunas ponencias, designando de antemano a los profesionales que deben desarrollarlas.

He aquí la relación de estas ponencias:

1). — Estado actual de la lucha antituberculosa; relator doctor Carlos Enrique Paz Soldán.

2). — Plan que conviene adoptar entre nosotros para la lucha contra la tuberculosis; relator doctor Sebastián Lorente, director de Salubridad;

3). — Problemas de profilaxia antituberculosa, en relación con la infancia; relator doctor Enrique L. García;

4). — La edad escolar y los problemas de profilaxia antituberculosa que suscita; relator doctor Juan F. Valega.

5). — Problemas que plantean las colectividades en la lucha antituberculosa; relator doctor Rómulo Eyzaguirre.

6). — La tuberculosis y el Ejército, relator doctor Carlos A. Bambarén.

7). — La enfermedad visitadora en la lucha antituberculosa. El ponente de este tema será designado por la Liga antituberculosa.

La Academia cree que es oportuno aprovechar de este certamen para hacer obra de divulgación científica de las grandes cuestiones de Tisiología, que hoy preocupan al mundo médico. Para este fin, ha señalado los siguientes temas, que serán desarrollados por profesionales previamente solicitados:

Concepto actual sobre constitución y terreno tuberculizable, por el doctor Luis D. Espejo;

El problema del llamado diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar, por los doctores Carlos Monge y Raúl Rebagliati;

Formas clínicas de la tuberculosis pulmonar, por el doctor Aníbal Corvetto;

Estado actual de nuestros conocimientos sobre climatoterapia de la tuberculosis, por los doctores Aníbal Corvetto y Alfonso de las Casas.

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por los métodos inmuno terápicos, por el doctor Julián Arce;

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

El momento actual del tratamiento de las llamadas tuberculosis quirúrgicas, por los doctores Francisco Graña y Constantino Carvallo.

Por último, la academia ha acordado que el certamen se denomine: "Primera conferencia nacional de defensa contra la tuberculosis", y considera que se necesita para las labores de organización, un tiempo no menor de seis meses, ya que es necesario buscar el concurso del cuerpo médico nacional y despertar la conciencia y el entusiasmo de la colectividad por estos asuntos.

La Academia Nacional de Medicina espera que este programa preliminar sea favorablemente acogido por la "Liga Antituberculosa de Damas", y espera, también, todas las sugerencias que quiera hacérsele, dado que ellas contribuirán a perfeccionarlo y a asegurar el mejor éxito de la proyectada conferencia antituberculosa.

Le presentan las protestas de su particular consideración. — Doctor Julián Arce, presidente; doctor Carlos A. Bambarén, secretario.

La "Liga Antituberculosa de Damas" envió el programa confeccionado a la Dirección de Salubridad Pública, junto con la nota que va en seguida:

Lima, 11 de Julio de 1923. — Señor Director de Salubridad. — S. D. — Tengo el honor de dirigirme a usted, adjuntándole la nota que la Academia Nacional de Medicina ha remitido a esta institución en respuesta a la que se le enviara, comunicándole la iniciativa surgida en el seno de la Liga, con aprobación de sus médicos asesores, de que esa corporación científica contémplase la importancia de una próxima primera conferencia nacional contra la tuberculosis.

No se oculta al ilustrado criterio de usted, S. D., la necesidad de que la campaña iniciada contra la tuberculosis, cuente con el concurso de los elementos más autorizados del cuerpo médico nacional. Esa colaboración implicaría la dilucidación de numerosos puntos referentes al modo y proporciones como la peste blanca se desarrolla en nuestro país y contribuiría a la propaganda de los principios de la asistencia social anti-tuberculosa en todas nuestras clases, con la posibilidad de que puesta en mejor relieve la gravedad del problema, se aporte a la campaña el amplio concurso económico que demanda.

El envío de la presente nota, tiene por objeto solicitar para la referida conferencia, el valioso apoyo de la Dirección de Salubridad, y la autorización gubernativa del concurso económico de la Liga en los gastos que dicho certamen origine.

Dios guarde a usted. — *Belén de Osma.*

PRODUCTO FARMACEUTICO NACIONAL. — Circula enre el cuerpo médico la siguiente comunicación que gustosos reproducimos:

Lima, 28 de junio de 1923.—Ciudad

Tengo el honor de poner en su conocimiento que entre las plantas indígenas nacionales, que vengo estudiando pacientemente desde hacen muchos años y parte de cuyos estudios están consignados en los tres fascículos del título: "Contribución al estudio de la Materia Médica Peruana", me han llamado de preferencia la atención las pectorales como la *Huamanripa*, la *Huira-huira* y el *Incienso Macho del Cuzco;* habiendo logrado determinar su composoción química y encontrar métodos especiales que permiten extraer e incorporar a un jarabe los principios medicamentosos de estas drogas.

La experimentación clínica de dicho jarabe confiada a varios distinguidos médicos, ha suministrado tan buenos resultados que me han decidido a preparar un jarabe expectorante, al que denomino "Bronquiol", del que próximamente tendré el agrado de entregarle una muestra.

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

EL INCIENSO MACHO DEL CUZCO, cuyo estudio tengo el honor de haber iniciado, está constituido, según mis investigaciones, por: goma; oxidasa; ácido benzoico libre; éteres benzoiso y cinámico de un alcohol de aromático; éteres benzoiso y cinámico de un resitanol (Cuzcorresitanol); resitanol (?); vainilla; y oxalato de calcio.

La composición química, por ciento, es la siguiente: goma, 0.020; ácidos libres, solubles en el éter de petróleo hirviendo, calculados en ácido benzoico, 9.882; ácidos totales, excluidos los ácidos benzoicos y cinámico combinados al alcohol aromático, calculados en ácido benzoico, 45.140; ácidos benzoiso y cinámico, combinados al alcohol aromático, calculados en ácido benzoico, 1.950; éteres aromáticos, 2.900; alcohol aromático, 0.950; resitanol (Cuzcorresitanol), 38.000; resitanol (?), 8.000; vainilla, 0.050. Indice de ácido (Método del Códex Francés), 131.

EL INCIENSO MACHO DEL CUZCO se aproxima por su composición química al Benjuí y al Bálsamo de Tolú, y sus propiedades como *balsámico* son realmente benéficas.

El agua destilada de hojas de capulí *(Prunus Capollin Zucc.)*, normalizada, contiene ácido cianhídrico libre en proporción igual a la oficinal de hojas de laurel cerezo.

Mucho le agradecería experimentar el "BRONQUIOL", y prescribirlo entre su distinguida clientela: haciendo honor a una especialidad genuinamente nacional, estimulando los estudios de nuestras plantas medicinales y comprometiendo la estimación de su obsecuente servidor.—*Angel MALDONADO.*

Prensa Médica Argentina

UNIDAD O DUALIDAD DE LA ECHINOCOCUS.—En este interesante trabajo presentado al Segundo Congreso de Medicina celebrado en la Argentina, el doctor S. E. Parodi (*"La Semana Médica"*, Buenos Aires 1923) traza el cuadro actual de los conocimientos sobre la tan debatida cuestión de la unidad o dualidad de la especia *Taenia echinococcus*, la biología de sus estados larvarios y las lesiones por éstos producidas, llegando a las siguientes conclusiones:

1ª En el estado actual de nuestros conocimientos no se puede hablar de las especies distintas de *Taenia achinococcus*, cuyas larvas sean las causantes de la hidatidosis unilocular y de la multilocular o alveolar; antes bien, los hechos demostrativos experimentales revelan la identidad parasitaria del cestode adulto.

2ª Las pequeñas diferencias de estructura anotadas por Posselt y otros, al crear la especie *Taenia alveolaris*, no pueden fundamentar la existencia de la misma, antes bien deciden por su identificación con la *Taenia echinococcus* (von Sibold).

3ª El estudio parasitológico de la hidatidosis unilocular, como de la alveolar, demuestra que la larva hidatídica respectiva, en lo concerniente a su estructura fundamental, elemental o primordial está constituida por la membrana germinativa, rica en núcleos; la cutícula quitinosa, la vesícula prolígera y los scolex característicos, es decir, por elementos esencialmente idénticos.

4ª El estudio parasitológico de la hidatidosis multilocular de los bovinos revela la presencia de los mismos elementos constitutivos del hidátide común, con su misma estructura y disposición, con la única excepción de que muy raras veces se han observado scolex en su interior, siendo casi siempre acéfaloquistes.

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

5ª El crecimiento y evolución de las expresadas larvas parasitarias ofrece alguna diferencia, que consiste, especialmente para la forma multilocular o alveolar, en la presencia de pequeños brotes plasmodiales de substancia germinativa, que se infiltran progresivamente en el tejido del huésped, que reacciona de un modo particular, lo que viene a caracterizar la lesión anatomo-patológica; mientras que en la hidatidosis unilocular, el crecimiento se hace centrífugamente, por expansión y agrandamiento de la larva, que comprime excéntricamente a los tejidos del huésped.

6ª La presencia de los scolex característicos que nos ofrece, no solamente en el interior de las vesículas prolígeras del hidátide unilocular, sino también sobre la membrana germinativa correspondiente a la forma alveolar humana, que deja ver a su vez formaciones protoplásticas ovoideas, sin ganchos (embriones ovoideos de Melnikoff), y que podrían interpretarse como vesículas prolígeras no llegadas a un completo grado de desarrollo.

7ª Las distintas maneras de reaccionar de los tejidos del huésped hacen que las lesiones anatomo-patológicas parezcan distintas, consistiendo principalmente en neoformaciones irritativas epiteloides y fibrosas para el parásito unilocular en su acción intensamente fibronecrótica para el alveolar.

8ª Las reacciones tisurales provocadas pueden ser explicadas por una distinta acción tóxica específica de la larva parasitaria, que puede, a su vez, modificar su acción patógena, dadas las condiciones variables del medio terreno en que actúa.

9ª Estas distintas reacciones, que se traducen por lesiones histopatológicas que *sensu estrictu* podrían calificarse como diferentes, no lo son desde un punto de vista amplio y general, como no lo son tampoco las diferencias reaccionales anotadas en el mismo huésped, como el parásito se localiza en diferentes órganos.

10ª Por estos motivos creemos en la unidad parasitaria de la *Taenia echinococcus*, cuyas larvas no ofrecen en su período evolutivo caracteres biológicamente distintos, evidenciados por su distinto modo de prilificar y crecer, como las reacciones específicas ocasionadas en el huésped parasitado; pero, en síntesis, fundamentalmente idénticas, por cuanto nos ofrece su igualdad de estructura y composición, como su retorno experimental al estado de tenia adulta, única y perfectamente caracterizada por todos los parasitólogos.

PIONEUMOQUISTES HIDATIDICOS, PRIMITIVOS DEL HIGADO.—El estudio del proceso infeccioso que sufre un quiste hidatídico supurado, desarrollando gases en su cavidad, con independencia absoluta de comunicación con los órganos vecinos y de causas traumáticas hechas con fines exploradores o terapéuticos, es asunto que desarrolla el doctor J. J. Spangemberg (*"La Semana Médica"* Buenos Aires 1923) en un importante trabajo presentado al Segundo Congreso de Medicina celebrado en la Aregntina, y en el cual llega a las siguientes conclusiones:

1ª Los pioneumoquistis primitivos del hígado se observan con escasísima frecuencia.

2ª Su etiología se basa en la infección del quiste por las bilis séptica en la inmensa mayoría de los casos, y por gérmenes anaerobios siempre.

3ª El modo de la infección biliar está sujeto a apreciaciones diversas puesto que, siendo discutidas en la mayoría de los casos la infección ascendente de las vías biliares, y no estando probado el microbismo biliar, hay que admitir la posibilidad de la infección descendente de la bilis por vía sanguínea.

4ª Su sintomatología responde al cuadro de las colecciones cerradas, conteniendo pus y gas.

5ªSu diagnóstico es difícil a veces, pero siempre posible, atendiendo a los signos locales, a sus síntomas generales y funcionales, que pueden ser alarmantes.

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

6ª La complicación que suele acompañarlos agrava singularmente el pronóstico de esos procesos, que en sí mismos ya son una complicación de los quistes hidatídicos.

7ª La gravedad del pronóstico aumenta cuanto mayor sea el tiempo trancurrido desde transformación pioneumica del quiste.

8.ª El tratamiento médico es sólo ocasional y sintomático; la intervención quirúrgica debe hacerse sin demoras.

VALOR DIAGNOSTICO DEL RESULTADO REITERADAMENTE NEGATIVO DE LAS PRUEBAS TUBERCULINICAS. — Es indiscutible el valor del diagnóstico de la tuberculosis por la prueba de la tuberculina en la infancia, y cuando la técnica empleada es correcta, la negatividad de las reacciones a la tuberculina, permite afirmar la no existencia de la tuberculosis en estos casos. A propósito de esto, J. P. Garrahan (*"La Semana Médica"*, Buenos Aires Marzo 1923) cita varios casos en que se ha cometido el error de confundir la tuberculosis con lesiones sifilíticas, hidatídicas, absceso perirrenal, etc.; hubo un caso comprobado por la autopsia, diagnósticado de reumatismo tuberculoso de Poncet, en que la necropsia reveló la existencia de una endocarditis vegetante.

Como técnica tuberculinodiagnóstica, practica la cutirreacción con un miligramo de tuberculina, y caso de resultar negativa, repite el ensayo al cabo de una semana. Si ésta resulta también negativa, dos días después de una inyección subcutánea muy superficial de una dosis diez veces mayor, pudiéndose considerar como no reaccionante a la tuberculina cuando las tres pruebas son negativas. Para mayor certeza, pueden repetirse las tres pruebas algún tiempo después, inyectando dosis mayores, y recurrir asimismo a las tuberculinas bovina y aviaria. Sin embargo, cuando no se obtiene la reacción con la dosis de un miligramo, no hay que confiar en que aparezcan con dosis mayores, y sólo deben aceptarse las reacciones francas, teniendo presente, no obstante, las causas que inhiben la sensibilidad tuberculínica (caquexia, tuberculosis miliar, infecciones, tratamiento tuberculínico previo). Recuérdese, además, que desde el momento de la infección bacilar hasta la aparición de la sensibilidad tuberculínica, transcurre un plazo que puede ser de semanas o meses, y en tales casos las pruebas se repetirán cada mes, y no se excluirá la tuberculosis hasta haber pasado cuatro o cinco meses. La reacción positiva no significa precisamente la existencia de una enfermedad tuberculosa, sobre todo en la segunda infancia.

Bibliografía

LES PROBLEMES ACTUELS DE DIETETIQUE par les Drs. Paul Carnot, Marcel Labbé, Lereboullet, Pagniez, Rathery et Josué. — Un vol. de 184 pages. — *Librairie J. B. Bailliere et Fils, editeurs.* — París 1923. — 8 fr.

El tema de los regímenes dietéticos es asunto de gran interés, porque todos ellos deben estar comprendidos dentro de las reglas del equilibrio nutritivo.

En este libro los diversos autores estudian los regímenes de sobre alimentación, de restricción, de desintoxicación, de ayuno contra la acidosis, de las diversas avitaminosis, de crecimiento, etc., exponiendo en cada uno de sus estudios las ideas más modernas y las recomendaciones más prácticas.

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

Termina la obra con un capítulo destinado a tratar de la cocina, comprendiéndose en él la enumeración de lo que debe ser en cada caso particular.

Por esta ligera enumeración se puede colegir la importancia de esta obra, resultado del curso de Terapéutica de la Facultad de Medicina de París.

MANUEL DE NEUROLOGIE OCULAIRE, par F. de Lapersonne et A. Cantonnet. — Un vol. de 416 pages. *Masson et Cie., editeurs.* — París 1923. — 20 fr.

En este libro se exponen los conocimientos actuales de Neurología ocular, describiéndose el aparato ocular motor, el aparato ocular sensorial, el aparato ocular sensitivo, el aparato ocular vasomotor y secretorio y las afecciones primitivas o de repercusión, insistiendo de modo particular en los síntomas lesionales, y en el valor semiológico de estos síntomas.

La competencia de los autores y la bella forma como están tratadas las diversas cuestiones, han dado lugar a que este libro merezca la acogida del público médico, que seguramente encontrará en esta segunda edición muchas novedades, si se la compara con la aparecida anteriormente.

TRAITE DE PATHOLOGIE MEDICALE ET DE THERAPEUTIQUE APPLIQUEE. — Tome XXVII Diagnostics de Laboratoire. — Tumeurs. — Diagnostics histologiques, par M. Masson. — Un vol. de 600 pages. — *A. Maloine et Fils, editeurs.* — París 1923. — 50 fr.

El libro que ha escrito el Profesor Masson, de la Facultad de Medicina de Estrasburgo, es notable por más de un concepto. Con mano maestra se describen los diversos procedimientos del examen anatomopatológico, la importancia de la investigación por medio de las biopsias y se exponen los datos de control que reporta este estudio para la terapéutica.

No hay duda que la anatomía patológica contribuye a definir con certeza, la naturaleza de una enfermedad, finalidad que ha perseguido y alcanzado el autor al escribir este libro; pues se expone la técnica más simple e intachable, a que debe recurrirse en estos casos.

La presentación editorial de la casa *Maloine et Fils* de París, es impecable; las láminas son muy bellas y muy bien trabajadas; pocas obras ofrecen policromías tan perfectas.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — Tome II du Precis de Pathologie Medicale par F. Bezancon et S. J. de Jong.—Un vol. de 566 pages.—*C. Masson et Cie. editeurs.*—París 1923.—25 francos.

Este volumen que es el tercero que aparece de los seis que comprenderá el "Precis Pathologie Medicale", que actualmente publica la casa Masson de París, está dedicado a las enfermedades del aparato respiratorio, y escrito por dos eminencias de la medicina francesa contemporánea.

Después de algunas páginas consagradas a la anatomía, fisiología y anatomía patológica general de las vías respiratorias, los autores estudian, metódicamente, las bronquitis, la dilatación de los bronquios, el asma, el enfisema, la tuberculosis, en todas sus formas clínicas, anatómicas y sintomáticas, las peuresías, el neumotorax, las enfermedades del mediastino, la adenopatía traqueobrónquica y las mediastinitis.

Por esta enumeración se puede dar cuenta del contenido de este bello libro, muy práctico y muy al día de los datos de la medicina actual.

TRAITE DE METERIE MEDICALE ET DE CHIMIE VEGETALE par le Dr. L. Reutter.—Un vol. en 4º de 850 pages.—*Librairie J. Bailliere et Fils, editeurs.*—París.—1923.—100 frs.

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

Este libro es un tratado monumental de Materia Médica, redactado por el profesor del curso en la Universidad de Ginebra.

Por el conjunto de datos que encierra, por el acúmulo de informaciones que contiene, es tan útil al médico, como al farmacéutico, dado que es materialmente imposible prescribir una droga con competencia, si el médico y el farmacéutico, llamados, uno a ordenarla, y otro a manipularla, no poseen cabal conocimiento de la materia.

Cada droga está estudiada desde el punto de vista de la Botánica, de su origen geográfico, de su morfología, del modo de su recolección, de las sofisticaciones que puede ser objeto, de su posología, de su acción fisiológica, de su poder terapéutico, de sus incompatibilidades y de los antídotos que le son propios.

La forma del libro es muy particular; se encuentran desarrolladas las partes más científicas de la materia médica contemporánea y por este motivo se considera el Tratado de Materia Médica de Reutter como la mejor obra que existe en la actualidad.

CHIRURGIE DE LA TETE ET DU COU par Ch. Lenormant et P. Brocq.—Un vol. de 338 pages du "Precis de Technique Operatoire par les Prosecteurs de París".—*C. Masson et Cie. editeurs.—París 1923.*—12 francos.

La sexta edición de esta obra es un libro nuevo, pues, se exponen las modernas técnicas quirúrgicas, que han trasformado la cirugía del cráneo, de la apófisis mastoides, del oído medio, de los senos de la cara, de la naso-faringe, de la laringe, del cuerpo tiroides, etc.

Una porción de capítulos nuevos completan el contenido de este volumen que se encuentra profusamente ilustrado y muy bien impreso, como todas las obras que edita la casa Masson et Cie. de París.

Tratado de Cirugía general y especial

Por el Dr. HERMANN TILLMANNS

Catedrático de patología quirúrgica en la Universidad de Leipzig

Traducida directamente del alemán de la 12.ª edición por el Dr. D. EMILIO MIRA, ex-médico de guardia del Hospital Clínico de Barcelona

Constará de tres tomos y se publicará en fascículos de 80 páginas al precio de CINCO PESETAS cada uno.

CASA EDITORIAL DE DON FRANCISCO SEIX

SAN AGUSTIN 1 a 7, GRACIA BARCELONA (ESPAÑA)

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

El suspensorio penio-testicular en la blenorragia

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL
Laureado por la Academia de Medicina de París

Desde hace largos años hemos notado que una de las primeras indicaciones puestas en práctica por los enfermos de blenorragia, era la de *ocultar, a todo trance,* su dolencia.

Era indispensable y aún hoy día lo es, impedir que la camisa y el calzoncillo se ensuciasen con este líquido amarillento, revelador elocuente del pecado.

Ahora bien; la primera cosa hecha, era la de atarse el pene, en su parte media, haciendo uso de un lienzo que impidiese la salida del pus al exterior, el que, si se escapaba en pequeña cantidad, caería a un algodón colocado en el extremo del meato. El pus sólo tendría franca salida al desatarse el lienzo peniano. (Fig. 1).

Muchas veces hemos comprobado que este lazo constrictor, ocultador de la enfermedad, constituía el más formidable enemigo del paciente, pues, en un momento dado, este pus que no podía salir al exterior por el meato, tomaba el camino opuesto, es decir, hacia la vejiga, a través de la uretra posterior, camino en el cual hallaba franqueables las puertas de la próstata, vesículas seminales, testículos, vegiga, etc. (Fig. 1), dando margen a esas grandes complicaciones, que convierte, en veces, a la blenorragia en una enfermedad de toda la vida.

En el tiempo en que creíamos que solamente los lavados intempestivos eran los que facilitaban esas complicaciones (y una buena parte hoy le son debidas), hemos prescrito, por lo menos durante todo el tiempo en que la blenorragia queda acantonada en la uretra anterior, lavados que no pasasen más allá de esta uretra: las complicaciones fueron menores; pero todavía teníamos algunas de ellas, sin causa determinante aparente.

En estos casos, comenzamos una investigación minuciosa acerca de lo que los enfermos hacían, comprobando que, la mayoría de las veces, los pacientes ataban fuertemente el pene para impedir el que la ropa se ensuciase.

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

Entonces hicimos construir bolsitas de género, más largas que el pene en erección, para que éste no fuera dificultado en este frecuente síntoma de la blenorragia, y más anchas que el mismo, por idéntica razón. (Fig. 2).

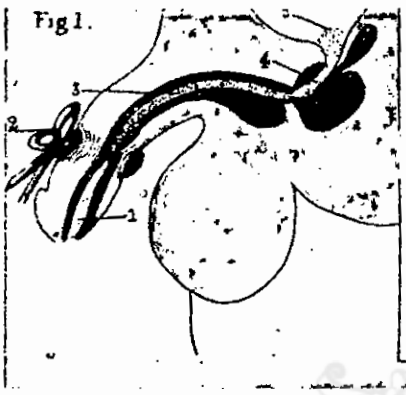


Fig. 1

1—Pus de la parte más anterior de la Uretra.
2—Lazo constrictor
3—Pus retenido en este lazo.
4—Uretra posterior invadida por el pus retenido.
5—Vegiga id. id.

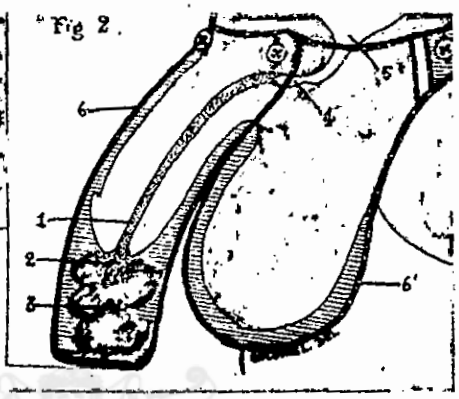


Fig. 2

1—Pus libre en el canal uretral.
2—Pus que cae y es absorbido por la torunda de algodón.
3—Torunda de algodón renovable.
4—Uretra posterior libre de pus.
5—Vegiga id. id.
6—Bolsa peniana hecha de una tela cualquiera.
6—Suspensorio escrotal.

En el extremo de la bolsa, se pone un pedazo de algodón absorvente o boricado, que recibe y retiene el pus a medida que sale del meato y que se renueva cuantas veces necesite hacerlo el enfrmo.

La bolsa o forro peniano, *sin ningún lazo constrictor,* es o bien independiente del suspensor testicular, sosteniéndose entonces en la cintura del enfermo, mediante dos hileras que se atan allí y que nacen de los extremos de la bolsa, o bien y mejor, se inserta en el suspensorio escrotal por botones o corchetes. (Fig. 2). De uno u otro modo, resulta en extremo práctico y llena su papel maravillosamente.

Desde el empleo de este forro peniano, hemos comprobado, que *las complicaciones de la blenorragia se han hecho mucho menos frecuentes,* observando aquellas gonorreas que curan en un mes o mes y medio sin emplear sino lavados de la *uretra anterior,* las cápsulas balsámicas, el rémigen alimenticio y el suspensorio penio-escrotal, *que permite la salida de la pus a me-*

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

dida que se forma, sin amenazar los órganos situados más allá del esfincter uretral, sin ensuciar la ropa y, por ende, sin revelar la enfermedad pudenda y sin dejar en el pantalón la semilla para una reinfección.

Otra ventaja traída por el suspensorio penio-escrotal, es la de librar el pantalón de ser ensuciado por el pus blenorrágico, que allí suele quedar manteniendo su virulencia y su capacidad de reinfectar al paciente, cuando iba a entrar en convalescencia, dando lugar a aquellas gonococías a repetición, que enervan a los enfermos y a los médicos y que se manifiestan a pesar de seguirse rigurosamente, las reglas prescritas por la ciencia.

Si los enfermos favorecidos por la fortuna pueden cambiar diariamente la ropa interior y arrojar los pantalones que se infectaron por el pus blenorrágico, la gran mayoría de éllos y en especial los obreros, no lo pueden hacer, siéndoles más fácil arrojar el algodón de la bolsa peniana, lavar ésta y aún hacerse una nueva, que entrar en los onerosos gastos que acabamos de referir.

En fin, si apesar de todo, el pus contamina el pantalón, una buena manera de esterilizarlo es lavando el sitio infectado con agua caliente y jabón fenicado, pasando, en seguida, un lienzo pequeño empapado en alcohol de 90°.

Por su rol profiláctico y curativo, por su simplicidad, por su precio exiguo, pues el mismo enfermo la puede fabricar, creemos que, en la práctica, no se debe prescindir de la bolsa protectriz peniana o del suspensorio penio-escrotal.

Nipiología

Por el Dr. ROMULO EYZAGUIRRE
Miembro de la Academia Nacional de Medicina

Se puede asegurar, casi sin temor de equivocarse, que fué sólo a partir de 1916, cuando nuestro medio profesional, comenzó—con esta natural resistencia ante las voces nuevas—a creer que las noticias venidas de Nápoles encerraban un concepto perfectamente definido y sin duda alguna enteramente justo. Talvez sin literatura suficiente, la palabra Nipiología, que desde luego no estuvo acompañada sino de breve noticia, cogida en

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

los resúmenes bibliográficos de las revistas médicas, no pudo manifestar con bastante claridad, cuanto de importancia médica y de alto interés social, se involucraba en un neologismo, que a muchos, en América como en Europa, pudo parecer nada otra cosa que una palabra más en el léxico de las ciencias médicas. I aunque siete años han pasado desde entonces, es justo decir que entre nosotros, ya en 1922 la voz y el concepto eran conocidos y entendidos a deseo del eminente pediatra italiano, y aun se propuso la fundación de un Instituto Nipiohigiénico, allá en los primeros días en que la Junta de Defensa del Niño, organizaba sus funciones, mas quizá si no con bastante acentuación para que surgiera el deseo de aceptarle, y ha sido necesario que el Dr. Gurgel le diera puesto en el programa del Congreso último de Río de Janeiro y que el perseverante autor de la idea, el Profesor Cacace, viniese hasta nuestra América e hiciese conocer con amplitud, el vocablo y la idea que allí se endierra.

Es verdad que el autor mismo ha tenido que luchar bastante y desde hace años para defender uno y otro, no sólo dentro de su país y fuera de él, en Europa toda, pero también es cierto que ha tenido muchos sostenedores entre los que sobresale el Profesor Martínez Vargas, de Barcelona, quien de palabra y de obra ha propagado la idea y la labor, apagando las discusiones promovidas en España, en las que alguna vez tuvimos ocasión de intervenir.

Pero el tiempo—sabio siempre, pues que todo lo enseña—ha consagrado los desvelos del Profesor Cacace, y en los días que alcanzamos, la *Nipiología* es de aceptación mundial, y ya neologismo y concepto han ingresado en el cortejo que forman el adelanto de la higiene, *trait-d'union* entre la medicina y la sociología, la que conserva su situación de extremidad apical de las ciencias biológicas.

Por mucho tiempo la ciencia del niño no tuvo más norte que la *Pediatria,* y por lo tanto, todo quedaba concretado a la patología y a la clínica. Un paso más, y Caron agregaba la *Puericultura,* con tanta fortuna, y facilidad de aceptación, como lucha ha tenido Cacace,—y esto es lo admirable—al iniciar enseguida otro paso en el perfeccionamiento de la crianza del niño.

Fué en 1902 cuando Cacace observando lo incompleto del programa, con que el mundo científico defendía al niño, le hizo pensar en un mañana perfecto, hecho con la armonía de todos los medios, que cada ciencia lleva en sí, para proteger las primeras edades del hombre. Y entonces cogiendo de cada una, lo selecto y adecuado, construye la nueva ciencia y le da un nombre nuevo. Y esta nueva ciencia—la ciencia del niño—gracias a Cacace, hoy hace pensar que ella ha debido ser desde antes y primeramente; que ha debido existir desde mucho tiempo, que ha habido la obligación de que existiera, porque, es más lógico, que de ella, las ciencias diversas tomaran la faz que les

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

interesa, para relacionarla con sus propias verdades, en lugar de ofrecer ahora el fenómeno de una contribución de cada cual de ellas, para construir una nueva. Así pensado, la obra parece hoy reconstruida, para corregir un error del ayer, para enmendar un rumbo no comprendido de los tiempos viejos, y eslabonando lo que parecía distanciado, ejecuta ahora, un a modo de renacimiento, porque las partes, sin realidad resplandeciente, y dislocadas de su natural y necesaria conexión, sólo dan como resultado de su labor, por enérgica que ella sea, fruto mediocre, si no misérrimo. Y ahora Cacace, después de haber estudiado los actuales procedimientos de proteger al niño, incompletos por sí mismos, los coje, los junta, los relaciona, los separa de otras uniones que sólo dan rémora; y los aquilata y les imprime movimiento y les forma su filosofía, lo que hace de la obra de Cacace una obra genial, tal vez sintiendo al mismo tiempo que trabaja, la impaciencia que se apodera de todo el que concibe, y proyecta y difunde y propaga, y halla cómo el tiempo es lento, y cómo el apostolado es siempre arduo y doloroso.

La Nipiología de Cacace es la ciencia del *niño que aun no habla—bambino che ancora non parla*—y esta palabra necesaria y justa, trae su origen de dos voces griegas: *nipios*, el niño que no habla y *logos*, tratado. Comprende pues, entonces, todas la cosas que a él se refieren, y todos los estudios que con él se relacionan, y ellos son *biológicos, psicológicos, clínicos, jurídicos, históricos, sociológicos* etc., favoreciendo por todos modos la tutela de la maternidad y de la primera infancia.

Así determinados los puntos que comprende la *nipiología*, es inconfundible con la *pediatria*.

Hasta hoy la pediatria "es la medicina del niño sin limi-"tación de edad, comprendiendo sobre todo patología y clí-"nica. Por extensión los profesores de pediatria—médicos siem-"pre—han hecho anatomía, fisiología e higiene, pero especial-"mente han sido clínicos. La mayor parte de los institutos pe-"diátricos universitarios de distintas partes del mundo, se de-"nominan Institutos de Clínica Pedriátrica o de Clínica In-"fantil o de Enfermedades de Niños. En Montevideo le llama-"mos Clínica de Niños. El hecho es claro y decisivo; la Pedia-"tria despierta en la mente la idea de medicina, y es sobre todo "patología y clínica". (Escardó).

Luego, pues, la *nipiología* no es parte de la *pediatria*, y antes bien, ésta es parte de aquélla, si es que hemos de continuar entendiendo por pediatria la medicina del niño aun en la primera edad. La palabra *pediatria* se deriva de las voces griegas *pais*, cuyo genitivo es *paidos*, que significa el niño que ha pasado de la primera edad, es decir, que ya no es *nipios*, y comprende a los que se hallan en la 2ª y 3ª edades. En este caso, la medicina del *nipios*, es *nipioiatria*, y la medicina de las demás edades es *pediatria*. Es decir que la actual *pediatria* comprende a la nipioiatria y a la *pediatria propiamente dicha*. Des-

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

lindadas así las cosas, la *nipioiatria* es parte de la *nipiología*, mas no así la *pediatria* porque ésta se ocupa de los niños de la 2ª y 3ª edades y que ya no son *il bambino che ancora non parla*.

La *Puericultura* de Caron, también dista de la *Nipiología* de Cacace, esencialmente distinta, ni es clínica tampoco, ni tampoco es patología, lo que la sitúa sólo como introducción de lo que hoy llamanos *Pediatria*. Refiriéndose a ella, dice Escardó: "los enfermos no deben ir al *Instituto de Puericultura*, allí no "no se cura, allí se evita y se enseña. El que se enferma sale "fuera de la *Puericultura* para caer en el de la *Pediatria*", y según Cacace, esta denominación de *puericultura* también es impropia pues que su etimología, significa la crianza del niño de la 2ª y 3ª edades. La voz latina *puer* enseña lo que la palabra griega *pais, paidos*, por consiguiente la *puericultura*, como ahora la entendemos, no es *puericultura*, sino *nipiohigiene*. La verdadera *puericultura* cultiva, cría, cuida, a los que la verdadera *pediatria* cura.

Ya en otra ocasión lo hemos dicho, la confusión viene de la carencia castellana para denominar diferentemente a las tres edades del niño. En francés es el *nourrison* y el *enfant;* en italiano: el *bambino* y el *fanciullo;* en inglés: el *infant* y el *child* y en alemán el *saugling*, el *kind* y el *knabe*, para cada una de las tres edades del niño.

"En resumen pues—dice Escardó, con quien hallamos comunidad de ideas, y que ya en otras veces hemos expresado— "según su origen etimológico riguroso, *Pediatria* y *Puericultu- "ra* significan *Medicina* e *Higiene* del niño, excluida la primera "infancia. Pero como lo entiende todo el mundo y como lo en- "tendemos nosotros—pues creemos que una palabra griega o "latina no debe primar sobre un concepto por todos compren- "dida—*Pediatria* que quiere decir *Medicina del niño* y *Puericultura: Higiene* y *preservación del niño, en todas sus edades*".

Apenas difiero en la última parte del colega uruguayo; por nuestra parte pensamos que las cosas deben llevar sus nombres apropiados, y cuando se halla el error se le corrige, al menos siquiera en la nomenclatura, que es cosa mas fácil de remediar que los conceptos.

En resumen: la *nipiología* se ocupa *solamente* de niño chico, del que está en la primera edad, del que *non parla*, y desde *todos* sus puntos de vista, en tanto que la *Pediatria* y la *Puericultura*, sólo se ocupan de la medicina, aquélla; y ésta de la higiene, sin que discutamos más, en qué edades.

No ha tenido aún Cacace el placer inmenso de ver fundarse un *Instituto de Nipiología* como él lo concibe: opera perfetta e completa di assistenza, di educazione e sopratutto di scienza; si deve studiare cio che deve insegnarsi. Y esto es lo raro, siendo tan claro el concepto y tan premiosa la necesidad, en cualquier parte del mundo. Fundó su *Instituto Nipiohigiénico*, primero en Capua, después en Nápoles; Martínez Vargas lo fundó en Barbastro; le aprueba el Congreso de Bruselas, el de Pa-

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

dua, el de Florencia, y el de Bari; le acepta el de Roma; le declara el de Trieste, y le confirma el de Río de Janeiro.

Le aplauden Armandelille, Marfán, Comby, Ferrechi, Caronia, Johannsessen, Lust, Sergent, Sergi; le defienden Martínez Vargas, Loste, Boullon, González Alvarez, Lozano, Tolosa Latour, Concetti, Flamini, Finizio Cozzolino; y en América: Morquio, Gurgel, Moncorvo, Delfino, Acuña, Escardó, Aráoz Alfaro, y tantos más, la lista es larga. Qué falta? *Facta, non verba.* Pero es para llenar de alegría, de satisfacción bien legítima la promesa uruguaya. Refiere Escardó que raíz de la llegada del Profesor Cacace y con motivo del recibimiento entusiasta que en Montevideo tuvo—lo que fué igual en Río de Janeiro y en Buenos Aires—surgió en la colonia italiana de la capital uruguaya la idea de regalar al Estado en 1925, como homenaje al país, un *Instituto de Nipiología* completo. El Profesor Escardó no duda que se llevará a cabo.

Y entre nosotros, por qué no? No estamos actualmente en propicia ocasión?

Veinte y cinco por ciento de defunciones en el primer año de la vida, no moverán a fundar un Instituto de Nipiología, o por lo menos uno de Nipiohigiene?

La encefalitis epidémica, especialmente en el Perú

(Continuación)

Por el Dr. LUIS D. ESPEJO

Jefe de Clínica en la Facultad de Medicina

SINTOMATOLOGIA Y FORMAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD

Si en épocas anteriores se calificó a la histeria de enfermedad mimética por excelencia, cabe hoy aplicar esta denominación a la encefalitis, cuya infinita gama sintomática no admite sistematización rigurosa. En efecto, como dice *Jorge:* "Todas las coordinaciones y todas las permutaciones de estos valores sintomáticos, tanto en su reunión como en su encadenamiento, son posibles; de donde resulta combinaciones indefinibles; casi cada caso presenta la suya propia". Y *Lher-*

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

mitte agrega: "La encefalitis es susceptible de mutaciones tales que puede simular la mayor parte de las enfermedades del sistema nervioso e imitar, al menos, un gran número de síndromes psiquiátricos", y puede decirse, sin exageración, que esta singular dolencia simula, igualmente, ciertas afecciones abdominales de orden quirúrgico, como lo demuestran las observaciones de *Massari, Landi, Mauclaire* y, sobre todo, de *Bolafifi,* en reciente trabajo de conjunto sobre este particular.

De allí la dificultad de abarcar los límites de este nuevo *Proteo patológico;* de realizar, en una palabra, la síntesis nosoclínica de la encefalitis, pues un estudio completo de esta enfermedad exigiría una excursión a través de la neurología, de una extensa parte de la siquiatría y de algunos sectores importantes del vasto campo de la nosografía.

Estudiando la historia y la epidemiología de la pandemia que nos ocupa, hemos podido observar que, al iniciarse, ésta ofreció un aspecto único, característico, que permitió definirla, nosográficamente, como una entidad pática independiente. Este aspecto clínico corresponde a la forma letárgica de la encefalitis; pero, la evolución ulterior de la epidemia produjo una serie sintomática, difícil de encerrar dentro de un cuadro nosológico definitivo. Así, al lado de la forma clásica, aparecieron otras aberrantes y antipódicas, y en profusión tal que ésta pasó, muchas veces, a ser un simple síndrome episódico.

Esta circunstancia motivó que algunos observadores propusieran aislar las formas mioclónica y coreica de la encefalitis letárgica. Ya desde 1920, *Jorge* decía a este respecto: "La oposición aparente de los síntomas no basta, sin embargo, para autorizar semejantes separaciones; estados agitados, delirantes, convulsivos, coreiformes, tetaniformes, atetósicos, por antitéticos que nos parezcan del estado narcoléptico y miasténico no son incompatibles con su origen mórbido común; al contrario, entran perfectamente en el mismo cuadro. Todo depende de la extensión y de la intensidad de la lesión nerviosa que puede determinar ya fenómenos de excitación, ya de depresión".

Uno de los caracteres fundamentales de la encefalitis, aquel que la define mejor, es su extrema movilidad sintomática, su apariencia kaleidoskópica. A este respecto, *Achard* se expresa en estos términos: "Esta diversidad clínica es tal que no solamente dos enfermos diferentes pueden no presentar entre sí ninguna semejanza aparente y pasar por estar atacados de enfermedades distintas, sino también un mismo enfermo, observado en distintas faces de su enfermedad, puede aparecer como atacado de varias enfermedades sucesivas".

Como puede apreciarse por lo expuesto, el polimorfismo de la encefalitis y la aparición, cada día, de nuevos aspectos de la enfermedad nos impiden, en el momento actual, hacer un estudio de conjunto. De manera, que nos limitaremos a exponer los síntomas más culminantes y los aspectos clínicos cons-

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

tatados hasta la fecha, que hemos podido recojer a través de nuestra búsqueda bibliográfica.

Siguiendo la mayoría de los autores, se puede clasificar los síntomas constitutivos de la encefalitis en dos categorías sintomáticas: A). Síntomas toxi-infecciosos; B). Síntomas neurológicos. — A estos dos grupos principales de síntomas, nos parace útil añadir el estudio de las modificaciones humorales (C).

Bajo la denominación de síntomas toxi-infecciosos, se comprende el conjunto de manifestaciones morbosas que traducen la lucha individual frente a una infección aguda, expresiones antixénicas comunes a diferentes estados morbígenos.

Los síntomas neurológicos son suscitados por la localización y el desarrollo del agente de la enfermedad en las diferentes partes del sistema nervioso.

A). *Síntomas toxi-infecciosos.* — Sería labor interminable exponer la serie de fenómenos toxi-infecciosos que pueden presentarse en el curso de la encefalitis epidémica; por eso, en este estudio, sólo haremos mención de los principales síntomas.

La *fiebre* constituye un síntoma inestable en la encefalitis. Cuando se asocia a la cefalalgia, al malestar general, al vómito y trastornos gastro-intestinales, puede pensarse en un proceso gripal o tífico que se inicia; pero, la aparición de nuevos síntomas obligan, luego, a rectificar el diagnóstico.

La fiebre es inconstante en su aparición, duración, intensidad y evolución. No se ha podido establecer relación alguna entre la temperatura y el pulso; en todo caso, son independientes en su marcha. *Achard* refiere casos en los cuales había taquicardia sin fiebre y viceversa.

Existe cierta relación, al decir de algunos observadores, entre la fiebre y la gravedad de la afección. *Achard* cita casos en los cuales la fiebre se elevó hasta más de 40º algunas horas antes de la muerte. *Cramer* ha constatado en un caso mortal 42º 8' en las últimas horas que precedieron a la muerte. *Ricaldoni,* en el Uruguay, ha observado, igualmente, la hipertermia *ante-mortem.*

De una manera general, puede decirse que las formas mioclónicas de la enfermedad son casi siempre febriles. Así, por ejemplo, *Cramer* refiere que en sus observaciones la fiebre acompañaba siempre a las formas mioclónicas, hecho anotado ya por *Sicard* y *Kudelski* en su primera descripción de esta forma encefalítica.

Al contrario de lo que se observa en las enfermedades infecciosas, la fiebre en la encefalitis desafía toda descripción, toda regla: puede aparecer en las diversas etapas de la dolencia; y, muchas veces — fenómeno curioso — la desaparición de la fiebre coincide con la eclosión de nuevas manifestaciones de la encefalitis, algunas veces de gravedad. Muchos casos que se inician con la fiebre terminan en hipotermia *(Jorge).* En veces, ocurre, como en un caso de *von Economo,* que la fie-

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

bre aparece cuando los síntomas graves disminuyen de intensidad.

Hay dos categorías de casos, desde el punto de vista térmico: unos, en los cuales la temperatura adquiere caracteres de gran intensidad; y otros, en los que la enfermedad evoluciona en plena apirexia. *Lhermitte* ha descrito una forma *sideran-te, hipertóxica* de la encefalitis, de pocos días de duración, casi siempre terminada por coma, en que la temperatura se mantiene entre 39° y 40°, para descender en el momento que se instala la somnolencia, antesala del coma mortal.

Beriel ha señalado una *forma hipertérmica* de la encefalitis, independiente de la forma aislada por *Lhermitte*. Se trata de un tipo clínico caracterizado por manifestaciones meníngeas, vértigos, mioclonias, etc., de marcha prolongada, con tendencia a la cronicidad, y en el que "la fiebre persiste durante meses, con grandes oscilaciones regulares, alcanzando y aún sobrepasado 41° en las tardes", fiebre que contrasta con un relativo buen estado general.

El hecho más interesante de la observación de *Beriel* consiste en la relación que establece entre este estado hipertérmico y la *"fiebre histérica"*, que sería en resumen una manifestación de la encefalitis epidémica evolucionando en un terreno histérico, como en el caso señalado por el autor.

Según *Beriel*, la hipertermia estaría en relación con el compromiso de ciertos centros termógenos centrales más que con el estado infeccioso. Las formas supra-bulbares superiores serían febriles; mientras que las sub-bulbares o inferiores, serían apiréticas.

De todas las consideraciones anteriores, se deduce que la fiebre puede adquirir en la encefalitis todas las modalidades conocidas y presentarse en las diferentes fases de la enfermedad, sin que, exceptuando la forma fulminante de *Lhermitte*, pueda servir ésta de criterio pronóstico.

La *sialorrea*, considerada por algunos autores como una manifestación toxi-infecciosa, es estimada por otros como un fenómeno paralítico-bulbar. Según *Netter* el virus encefalítico se fija en los elementos nerviosos de las glándulas salivares, y se elimina con sus secreciones, produciendo en éstas las lesiones caraterísticas de la enfermedad. De allí las *parotiditis*, señaladas algunas veces, que se traducen por abundante salivación.

Happ y *Mason* han observado la sialorrea principalmente en los niños. En algunos casos se trataba de un hábito ligado a un estado mental. Estos autores recuerdan una epidemia descrita por *Gordon* de Londres, caracterizada por parotiditis, síntomas nerviosos y alteraciones del líquido céfalo-raquídeo.

La interpretación fisiopatológica de este síntoma puede hacerse actualmente, después de las investigaciones recientes sobre la intervención de los centros nerviosos en la salivación. Esta hipersalivación puede ser debida a la excitación automá-

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

tica de los núcleos subconticales, cuyo funcionamiento escapa a la acción frenadora de los centros cerebrales siderados por el virus encefalítico; o bien por la acción directa del agente de la enfermedad sobre los centros motores mesocefálicos de la secreción salivar a nivel de los orígenes de la cuerda del tímpano. De allí el compromiso del facial y la parálisis consiguiente de este nervio, la cual tiene lugar según la extensión de las lesiones. La experimentación ha contribuido a la explicación del origen central de este fenómeno: *Morel* haciendo inyecciones de butirato de calcio en las venas del perro ha logrado producir una abundante salivación, dos o tres minutos después de esta operación. Las investigaciones llevadas a cabo, con este motivo, han demostrado que no se trata de una acción local sobre el epitomio de la glándula o sobre los nervios vaso-motores, ni de un proceso de excitación asfíxica de los centros salivares, sino de un estímulo directo sobre los centros nerviosos, acción que ha podido ser detenida por la morfina, el cloroformo, etc.

En las formas mioclónicas y álgidas se ha constatado *sudación* moderada y, en veces, *crisis sudorales*, fenómenos que son de naturaleza simpático-tónica.

Las manifestaciones *pulmonares* son raras y constituyen verdaderos epifenómenos.

Los trastornos del *aparato digestivo* han sido señalados en la encefalitis epidémica.

Netter refiere el caso de un niño que presentó un hemorragia intestinal y otro que durante el curso de la enfermedad tuvo una diarrea intensa. Pero, es en las epidemias de 1920 y 1921 que las observaciones de encefalitis con trastornos digestivos son más frecuentes, al punto que pueden constituir un tipo clínico de la enfermedad. *Massari* refiere seis casos, observados en un servicio quirúrgico de un hospital de Viena, que ingresaron con diferentes diagnósticos: apendicitis, oclusión intestinal, crisis solares, etc. Uno de estos enfermos fué operado por error diagnóstico; y el otro, después de un período de observación, presentó movimientos mioclónicos que hicieron posible el diagnóstico de encefalitis.

Algunos casos de hipo epidémico, acompañados de vómitos, dolores, constipación y retención de orina, han hecho titubear el diagnóstico entre una afección quirúrgica y la encefalitis. Las buenas condiciones generales del enfermo han aconsejado la espectación; pocos días después han aparecido los síntomas nerviosos inequívocos de la encefalitis; tal ocurrió en dos casos relatados por *Bolaffi*. Es muy probable, al decir de este autor, que los dolores abdominales sean debidos a fenómenos neuríticos o radiculares.

La rino-faringitis constituye síntoma de capital interés. Según *Dopter*, "La rino-faringitis domina toda la acción de contagiosidad de la encefalitis". Si *Netter* no ha podido constatar la rino-faringitis sino en el 4, 6 % de los casos obser-

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

vados por él, es sin duda, como dice *Dopter*, porque esta *rino-faringitis* es poco acentuada y puede pasar desapercibida para los enfermos que, en medio del sufrimiento impuesto por los síntomas nerviosos, no dan importancia a fenómenos que consideran banales.

Wegeforth y Oyer han insistido mucho en que los fenómenos infecciosos de la encefalitis están frecuentemente acompañados de una angina o de una rino-faringitis. *Achard*, igualmente, ha constatado en sus casos la existencia de ésta. *Bosc* ha señalado una angina eritematosa, y *Laroche* y *Filassier* una angina pultacea.

Entre los *trastornos respitaratorios* se han señalado la *polipnea*, que en un caso de *Carnot y Gardin* alcanzó hasta 70 respiraciones por minuto. Durante el estado comatoso se ha observado la respiración tipo Cheyne-Stokes. Algunos autores hacen mención de accesos nocturnos de disnea; también se ha constatado la *arritmia respiratoria* coincidiendo con síntomas vagotónicos.

Mendicini, citado por *Achard*, ha encontrado en el curso de la encefalitis grandes irregularidades de la respiración, entre las cuales la más importante es la prolongación de la inspiración con acortamiento muy notable de la expiración.

Los *trastornos circulatorios* forman, también, parte del cuadro clínico de la encefalitis. Se han mencionado los *extrasístoles* coincidiendo con movimientos mioclónicos; *taquicardia* y *bradicardia*, que parecen depender de una lesión bulbar. La *hipotensión* se ha observado en la convalescencia de la enfermedad, constituyendo una verdadera secuela.

En cuanto al *reflejo óculo-cardíaco*, debe ser estimado como un síntoma vagotónico y trataremos de él en la parte pertinente a los síntomas neurológicos. Los *trastornos renales* forman parte del cuadro toxi-infeccioso de la enfermedad. *Rouquier* ha señalado la *oliguria* con retención de ázoe, y la *poliuria* que puede alcanzar hasta 10 litros diarios, como en una observación de *Harvier* y *Levaditi*. La *albuminuria* es ligera, lo mismo que la *cilinduria;* la *glicosuria* es transitoria. *Sangre* ha sido rara vez constatada.

Las manifestaciones cutáneas son diversas. El *herpes labial* ha sido señalado por muchos observadores en el curso de las diferentes formas de la enfermedad; así mismo, se han encontrado *vesículas herpéticas* en la región externa del hueco popliteo, con los caracteres del *zona*.

La existencia del *herpes* en la encefalitis epidémica tiene una importancia capital para el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, cuestión de la cual nos ocuparemos al tratar de los estudios experimentales de la encefalitis y su concepción etiológica.

Marinesco y Claisse han señalado un *enantema buco-faríngeo*. *Buzzard* ha constatado la existencia de erupciones a tipo sarampionoso y escarlatinoso; *Lereboullet* cita una obser-

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

vación muy interesante de erupción escarlatiniforme con angina, simulando una verdadera *escarlatina*.

Orzechowski y *Rothfeld*, han observado exantemas recordando el *eritema exudativum multiforme; Beaussart* ha visto un caso de eritema erisipelatoso. En fin, el exantema puede revestir en la encefalitis todos los aspectos conocidos.

La *púrpura* ha sido mencionada, coincidiendo con la roseola y la *urticaria*. Escaras han sido señaladas en caso graves.

La *enuresis nocturna* se presenta principalmente en los niños en el período toxi-infeccioso de la encefalitis.

Este rápido estudio de los principales síntomas toxi-infecciosos podría extenderse considerablemente, pues la encefalitis exaltando su virulencia, a través de sucesivas epidemias, ataca numerosos órganos de la economía. De todas estas manifestaciones mórbidas, la que reviste mayor significación es el *herpes*, pues existe, según investigaciones recientes, una relación etiológica entre el virus herpético de afinidad epiteliotropa y el virus encefalítico de afinidad neurotropa.

El conjunto de los síntomas estudiados hasta aquí, constituye el síndrome toxi-infeccioso de la encefalitis epidémica; síndrome que, generalmente, ocupa lugar secundario en el cuadro nosológico de la enfermedad, pero en no raras observaciones adquiere una gravedad insólita.

B). — *Síntomas neurológicos.* — Los síntomas nerviosos constituyen las manifestaciones más importantes y características de la encefalitis epidémica, pues esta es, sobre todo, una neuropatía, una mesocefalitis infecciosa.

La múltiple sintomatología nerviosa puede clasificarse en cuatro grupos, que son los siguientes: 1º síntomas psíquicos; 2º síntomas motores; 3º síntomas sensitivos y sensoriales; y 4º síntomas endocrino-simpáticos.

Estudiaremos sumariamente cada una de esta categorías sintomáticas.

1º — *Síntomas psíquicos.* — Aunque la encefalitis epidémica ha sido considerada desde un punto de vista neurológico principalmente es indudable que los trastornos psíquicos ocupan lugar de primer orden. Efectivamente, la *somnolencia* o, mejor dicho, el *síndrome letárgico* es el más característico de la enfermedad y el que ha servido para denominarla desde el primer momento de su aparición.

La letargia puede presentar diversos aspectos clínicos, desde la simple obnubilación hasta las formas más severas que se acompañan de confusión mental, agitación y delirio. *Ricaldoni* distingue el sueño tranquilo, silencioso, del sueño agitado, acompañado de refunfuño, de musitación: el *sueño barbotante* o *marmotante*. Mas, a pesar de este carácter tranquilo, que puede presentar la somnolencia en la encefalitis, "no debe ser considerada como un aspecto superficial y pintoresco de la enfermedad, porque en realidad, detrás de esta aparente somnolencia, existen

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

trastornos más profundos de las funciones psíquicas". Así, no es raro constatar la asociación del onirismo normal con el onirismo patológico, de la misma manera que fases de excitación alternando con otras de estupor.

Como observan *Truelle* y *Petit:* "esta variabilidad misma de la sintomatología es una de las características de la afección".

Lhermitte observa que la excitación psíquica o psico-motriz puede alternar con la hipersomnia; a esta última se asocia, muchas veces, un delirio tranquilo de naturaleza confusional y alucinatoria. *Durand* ha observado, igualmente, accesos delirantes en el curso del sueño patológico, a tipo profesional, o bien delirio violento y alucinatorio.

Como observa *Lhermitte,* no nos debe sorprender este hecho, pues existe un estrecho parentezco entre los delirios confusionales y el mecanismo del ensueño: "En el sueño normal como en el onirismo patológico, se realiza el mismo desenvolvimiento de imágenes que proyecta su fantasmagoría perturbadora sobre la conciencia adormecida, la misma ausencia de crítica, la misma incoherencia, la misma falta de admiración del espíritu ante la aparición de los fenómenos más inesperados y más desconcertantes".

Estas consideraciones obligan, pues, a no separar las manifestaciones delirantes del cuadro clínico del sueño patológico.

Achard ha descrito una forma particular de dishipnia que él llama *"admiración"* étonnement. He aquí su descripción: "El enfermo no está dormido; tiene los ojos abiertos, y es capáz de sentarse, de mantener la cabeza recta sin apoyarla sobre la almohada; pero queda inmóvil, sus rasgos están como fijados; su fisonomía da la impresión de una máscara; sus párpados pestañean apenas a largos intervalos; sus ojos no siguen los objetos que se desplazan delante de ellos; y, no obstante, comprende lo que se le dice y lo relata cuando puede expresarse".

Para *Achard esta "admiración"* es un estado pasajero que sucede a la somnolencia. Y más adelante, añade el mismo autor: "Yo he comparado esta admiración a la fase de obnubilación momentánea que se observa al estado fisiológico en el sujeto que se despierta bruscamente y queda algunos instantes sin poder moverse ni hablar". "Lo que en el sujeto sano no es sino un estado transitorio, se convierte en el enfermo en un estado de cierta duración".

Esta descripción de *Achard*. no debe estimarse, en nuestro concepto, como un trastorno dishípnico, sino como una manifestación hipertónica que se traduce, precozmente, en la expresión fisonómica; la rigidez de la cara, que da el aspecto admirativo, es un trastorno distónico que se presenta frecuentemente en la encefalitis, principalmente en la forma letárgica. Inmovilidad de la cara, que nosotros hemos observado en una caso muy interesante. Rigidez de la cara, repetimos, cuya frecuencia es tan grande que *Happ* y *Mason* dicen que "en muchos casos el diagnóstico de

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

la encefalitis epidémica sin este síntoma hubiera sido imposible".

La somnolencia se establece generalmente de una manera gradual; pero la intensidad y la duración varían en los diversos casos. En veces, el sueño es muy ligero, y basta llamar al sujeto para despertarle; pero otras veces, la somnolencia es profunda hasta adquirir los caracteres del coma.

La duración es muy variable. En los casos benignos, el sueño puede durar de uno a tres días. *Von Economo* relata un caso en que el sueño duró varias semanas; después, se han repetido observaciones de este género en todo el mundo. El sueño no es siempre contínuo: *von Economo* ha dado a conocer un caso en el cual los accesos narcolépticos alternaban con períodos de vigilia de una hora de duración. El sueño tiene lugar, a veces, durante el día, y alterna con el insomnio nocturno; este fenómeno ha sido observado en el período agudo de la enfermdad y en la convalescencia.

En el mayor número de casos, cuando se despierta bruscamente al enfermo se aprecia la integridad de su psiquismo; pero, en no raras observaciones, el paciente presenta después de la desaparición de la somnolencia una gran depresión psíquica, un estado apático que persiste mucho tiempo. Se han expuesto diversas hipótesis para explicar la somnolencia. Algunos autores atribuyen la hipersomnia al aumento de la presión endocraneana, fundándose en la constancia de este síntoma en casos de tumores encefálicos, hidrocefalia, meningitis, etc.: pero, como observa *von Economo,* en estos casos hay estrecha relación entre el grado de somnolencia, la obnubilación mental y la hipertensión del líquido céfalo-raquídeo; relación que no se constata en la encefalitis, en la cual la somnolencia, además de tener los caracteres del sueño fisiológico, es independiente de la presión endocraneana y del estado psíquico, salvo aquellos casos que entran en la categoría de formas extrictamente psíquicas de la encefalitis que van acompañadas de trastornos de la mentalidad.

Según *Mautner,* el sueño se debe al funcionamiento de un *centro hipnico* situado en la sustancia gris del III ventrículo y más precisamente en la zona comprendida entre los pedúnculos cerebrales y los tubérculos cuadrigéminos: la alteración o la inhibición pasajera de este tejido daría lugar a la somnolencia. La anemia cerebral y la interrupción de las vías que conducen las excitaciones nerviosas al cerebro serían, según *von Economo,* los factores principales en la producción del sueño. Pero, contra esta hipótesis está el hecho, perfectamente averiguado, de que durante el sueño funcionan tanto los sentidos y sus vías de conducción encefálicas como la corteza cerebral. Lo que ocurre es que las excitaciones periféricas no alcanzan la conciencia, no llegan al centro psíquico superior, como diría *Grasset;* de donde se deduce la existencia de una interrupción, de un obstáculo, al pasaje de la energía nerviosa. Lo más interesante del problema que nos ocupa, está en saber dónde tiene lugar esta interrupción nervio-

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

sa: las investigaciones clínicas y anatomo-patológicas, así como el estudio de los fenómenos fisiológicos del sueño normal, inclinan a pensar que esta interrupción se realiza en la *región vecina al núcleo del nervio óculo-motor común (von Economo)*. Efectivamente, en casos de encefalitis óculo-letárgica se han hallado, al examen microscópico, lesiones características de la encefalitis en la sustancia gris vecina al acueducto de Sylvio.

Morax y *Bollack* han hecho un estudio comparativo entre los fenómenos fisiológicos observados en el estado hipnagógico y los trastornos del aparato visual en casos de encefalitis. En el estado premonitorio del sueño se experimenta una obnubilación de la vista y se ve una doble imagen, fenómenos debidos a la paresia de la acomodación y de la convergencia; luego, los párpados se cierran, fenómenos similares a la ptosis. De esta comparación se deduce que "hay en el sueño normal algunas modificaciones circulatorias en las mismas zonas del neuro-eje que en el caso de somnolencia patológica". Por otra parte, nos parece oportuno recordar que *Gayet*, *Mautner* y otros autores, admiten una conexión fisiológica entre el centro hípnico, descrito por el segundo de los autores mencionados, y el centro de los movimientos palpebrales y oculares.

Fragnito no acepta la hipótesis del centro mesocefálico del sueño. Según este autor, los trastornos de la inervación ocular y los del sistema de conexión óculo-cefalógico, así como la interrupción de las vías eferentes, colocan al encéfalo en las condiciones propicias para el sueño, a consecuencia de la disminución o inhibición de los estímulos que proceden de la periferia.

Esta teoría tiene, como se ve, muchos puntos de contacto con la expuesta por *von Economo*. Las experiencias de *Goltz* con perros decerebrados, en los cuales se presentaba alternativamente el sueño y la vigilia, constituyen serios objeciones a las teorías de *von Economo* y *Fragnito*. El conocimiento imperfecto, incipiente si se quiere, de la fisiología del sistema nervioso, pone un punto de interrogación en el debatido problema del origen del sueño; sin embargo, los hechos anatomo-clínicos revelan en todos los casos de sueño patológico lesiones casi constantes en la región que se extiende entre el tercer y el cuarto ventrículos, vecina, por una parte, a la región infundibular. y, de otra, al acueducto de Sylvio. De esta manera, admitiendo la existencia de un sistema hípnico más que un centro hípnico, se concilian las diversas hipótesis sobre la causa del sueño: la de *Claude* y *Lhermitte* sobre el papel del infundíbulo, la de *Rodríguez Fornos* y *Orlandi* sobre la intervención de hipófisis, la de *Mauthér* y *Gâyet* sobre el centro hípnico peri-silviano, la de *Economo* y *Fragnito* sobre la interrupción mesocefálica de las vías que trasmiten las excitaciones periféricas a la corteza cerebral.

Al lado de la somnolencia, debemos colocar el *insomnio*, síntoma se encuentra, casi siempre, alternando con la letargia. Así, algunas veces, e insomnio precede a la somnolencia o

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

sigue a ésta, al extremo que de simple episodio llega hasta dominar el cuadro mórbido.

El insomnio puede presentarse asociado a perturbaciones psíquicas de gran intensidad. *Ricaldoni*, en el Uruguay, ha observado casos en los cuales este síntoma estaba acompañado de agitación física y mental.

Un hecho observado corrientemente es la constancia del insomnio en las formas mioclónicas de la encefalitis, formando parte del síndrome característico de este tipo clínico.

Alec Cramer, que ha hecho un estudio interesante de las formas somnolentas e insómnicas de la encefalitis, ha constatado frecuentemente el insomnio en las formas mioclónicas, sin que esto signifique que este síntoma esté ausente en otras formas clínicas de la enfermedad.

El insomnio no sólo se presenta en la forma aguda de la enfermedad, sino, también, constituye una secuela o, mejor dicho, una manifestación crónica de la encefalitis.

Happ y *Mason* y, recientemente, *Hohman* han estudiado detalladamente el insomnio de los niños; pues en la infancia se observa con más frecuencia que en la edad adulta este síntoma.

Según estos observadores, el insomnio se presenta cuando los síntomas agudos de la afección han comenzado a declinar o cuando el niño está en aparente convalescencia. El insomnio es nocturno; durante el día el enfermo está casi normal, o duerme tranquilamente con alternativas de vigilia; pero, desde que declina el día se inicia la excitación psico-motriz: el niño ejecuta movimientos desordenados, gesticula, sopla, silva, escupe, canta, y así pasa la noche en constante hiperactividad hasta que al comenzar el nuevo día cae en somnolencia.

Sterling ha observado en Bolonia, en la epidemia de 1920, esta forma nictambúlica en el niño, caracterizada por agripnia y agitación psico-motriz.

Este síndrome insómnico es tan rebelde, que resiste a todos los hipnóticos conocidos. En un caso, que hemos tenido ocasión de seguir algún tiempo, el insomnio permanece hace un año, después de la desaparición de los síntomas letárgicos, sin que los somníferos hayan podido yugular completamente este síntoma.

Zalla ha estudiado, últimamente, los trastornos del sueño en la encefalitis. Este autor ha observado un síndrome post-encefalítico, constituído por insomnio y agitación motriz, síndrome estudiado por *Hofstad* en Alemania y por *Francioni* en Italia. La causa del insomnio para *Zalla* sería debida a lesiones del centro hípnico por el virus encefalítico; opinión opuesta a la de los autores arriba citados, que atribuyen a un estado psicógeno este síndrome.

El *delirio* acompaña constantemente a las diversas formas encefalíticas; y, según algunas celebradas autoridades en esta materia, se encuentra formando parte del síndrome letárgico.

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

El delirio puede ser tranquilo y ofrecer el aspecto clínico del *delirio onírico,* o bien adquirir los caracteres del *delirio agudo,* violento, como ocurre algunas veces en la forma aguda de la enfermedad. En estos casos, el enfermo se encuentra ya semi-conciente y ansioso, ya agitado e impulsivo, constituyendo un verdadero peligro para sí mismo y las personas que lo rodean. El cuadro clínico está constituído por excitación psicomotriz y alucinaciones visuales a tipo zoópsico, principalmente. Al delirio agudo se unen diversas manifestaciones sintomáticas de la encefalitis.

El pronóstico en estos casos, es casi siempre, muy grave.

El delirio puede presentar distintas formas. *Achard* señala el *delirio melancólico,* que es muy frecuente.

Demole cita un caso de encefalitis mioclónica a tipo unilateral que se inició con *delirium tremens.*

El delirio se asocia con fenómenos de excitación o de depresión. *Borel* y *Bosc,* entre otros, mencionan observaciones de *excitación hipomaniática,* con alucinaciones visuales de carácter onírico y de *ansiedad hipomaniática* con ideas de suicidio.

Truelle y *Petit* agrupan los síntomas psíquicos en cuatro síndromes: 1º síndrome letárgico; 2º síndromes confusionales; 3º síndromes depresivos; 4º síndromes de excitación; y, 5º síndromes delirantes.

La evolución que experimentan estos síntomas es tan grande, que *Truelle* y *Petit* dicen al respecto: "lo que caracteriza, esencialmente, los trastornos mentales de la encefalitis epidémica es, al lado de su riqueza y de su polimorfismo, su mutabilidad, su variabilidad, de donde nacen estas discordancias extrañas, estas disgresiones singulares, estos cuadros clínicos tan heteróclitos y tan extravagantes, que la hipótesis de la simulación se ofrece, muchas veces, el espíritu del observador".

Por felicidad — continúan los citados autores — algunos signos bastante precisos permiten, sin embargo, identificarlos. Estos son: la coexistencia, que rara vez falta, de trastornos orgánicos, el retorno monótono y como estereotipado de un rasgo particular, la persistencia de la conciencia, en fin, la exasperación vesperal de los trastornos delirantes y psico-motores".

Las manifestaciones psíquicas persisten durante mucho tiempo, constituyendo las psicosis *pos-encefalíticas.*

(Continuará)

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

La nipiología y el Instituto de Nipiología

Informe presentado al III Congreso Americano del Niño.—Río de Janeiro, 27 de agosto-5 de setiembre 1922

Por el Dr. LUIS MORQUIO
Profesor de Clínica infantil en la Facultad de Montevideo

La protección del niño ha sido encausada, en los últimos lustros, hacia una realización práctica, de tal importancia futura, que sus resultados evidentes, se palpan ya con caracteres bien delineados y de beneficiosas consecuencias ulteriores.

La medicina infantil nacida, puede decirse en las postrimerías del siglo pasado, ha ido estendiendo su acción benéfica, no limitando su campo de actividad científica, a combatir en forma directa las enfermedades del niño, sino ambién que ha creado una profilaxis y medicina preventiva, gestando la higiene infantil, y considerando al niño desde el punto de vista social, legal y colectivo.

"El concepto del niño en la actualidad, decíamos al inaugurar el segundo Congreso Americano del Niño, ha alcanzado un grado de perfeccionamiento que representa uno de los más elevados esponentes de cultura y de sentimientos nobles y generosos. Los derechos del niño a la salud, a la protección moral y material, a la educación, a la instrucción, constituyen hechos consumados, principios establecidos, obligaciones indiscutibles, que debemos cumplir, para garantir en primer término, la conservación de su existencia y para que pueda después, ser un elemento útil a sí mismo y a la sociedad".

La labor desarrollada anteriormente por los Congresos, giraba al rededor de una faz única o casi absoluta, abarcando en forma indirecta otros temas de importancia en relación con el niño.

Atestiguan esta modalidad señalada, los Congresos de Gota de Leche, realizados en París, Bruselas y Berlín; los Congresos de Higiene Escolar, realizados en París, Londres y Roma; el primer Congreso internacional de Pediatria, realizado en París en 1913 etc. Pero ya se hacía sentir la necesidad de abarcar el amplio problema del estudio del niño, en forma más completa y más perfeccionada y los programas eran cada vez más amplios. El primer Congreso internacional de Protección a la infancia, que tuvo lugar en Bruselas el año antes de la guerra, hizo plasmar esta necesidad señalada y ya destacada, por muchos pediatrias y por personalidades interesadas en el estudio del niño, del viejo y nuevo mundo.

Aquí en América, el segundo Congreso Americano del Niño, realizado en Montevideo en 1919, llenó ampliamente y por vez primera, este programa de acción completa. El estudio del niño, abarcó todas las cuestiones que con él tienen relación, como consecuencia lógica del concepto actual, que liga la medicina y la higiene, a la pedagogía, a la sociología y a la legislación de la infancia. Ese Congreso representó un conjunto de Congresos subdivididos con programa propio, pero estudiando en un solo acto, todo lo que al niño se refería.

Este tipo complejo de "niño integral", abarca ramificaciones muy vastas. La patología médica infantil está íntimamente ligada a la terapéutica y a la fisiología personal del niño, conducida o desviada por

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

los factores higiénicos, económicos y sociales, que imprimen huella profunda desde el punto de vista individual y colectivo, pero dando por ello, indicaciones precisas o medidas eficaces de preservación. Hay pues, en lo que al niño se refiere, un lazo indisoluble entre la patología, la higiene, la pedagogía y la sociología, que si a veces se aislan marchando independientes, su acción facilita la lucha profiláctica de conjunto, que hemos emprendido. Fuera pues de la Pediatria, y junto a la Pedagogía, que estudia la naturaleza del niño y su capacidad fisiológica, debe destacarse en igual forma, la Sociología que analiza el mejoramiento del niño, provocando leyes y organizando instituciones, traduciendo la acción común, del médico, del educacionista, del legislador y del filántropo.

Hay pues una obra compleja que realizar en el vasto problema del estudio del niño. La protección a la madre, las maternidades, las casas-cunas, las Gotas de Leche, los Institutos de puericultura, las Escuelas de Vacaciones, las Colonias de Menores, los Institutos de Niños Anormales, etc. son el testimonio de la acción idividual o colectiva, emprendida al rededor del estudio del niño. Pero esta acción es, la más de las veces, de orden unilateral, encaminada hacia un fin determinado y no hacia la resolución global del problema infantil, que hemos esbozado.

Este III Congreso Americano del Niño, estudia en su conjunto, con idéntico programa, como su similar anterior, este vasto problema, dedicando preferente atención a todos los temas, y sentando conclusiones que serán la consagración de este concepto del "niño integral".

Este estudio del niño abarcado en su conjunto, ofrece serias dificultades de realización práctica, si se considera en forma global, todos períodos en que se divide la vida del niño. Cada edad del niño, ofrece su fisonomía propia, con su patología especial bien definida. Las necesidades higiénicas y los problemas sociales, se particularizan también por la multiplicidad de sus variaciones en relación con la edad del niño.

Es por ello que se ha simplificado la labor, unificando las diversas edades del niño, en tres agrupaciones principales: la primera, la segunda y la tercera infancia. Cada una de ellas, representa un conjunto independiente, con modalidades y necesidades propias que son objeto de estudio y de organizaciones especiales.

Nuestra mayor acción debe ser encaminada hacia la primera infancia, porque a ella están vinculados los problemas más importantes de la defensa del niño y del porvenir de la raza.

El niño chico se caracteriza por tener una individualidad bien definida científicamente, por sus particularidades propias, y por sus funciones orgánicas aun poco diferenciadas. Reflejado en su faz médica, ofrece una patología especial propia de su edad; nos presenta desde el punto de vista higiénico, el importante tema de su alimentación; mirado al través del factor social, estudiamos el problema de su mortalidad, excesiva e injusta; por último derivan de la acción legal: protección a la madre menesterosa, la legitimidad del hijo, y sobre todo la salvaguardia de la infancia abandonada.

En el estudio de la primera infancia, existe pues, un complejo problema que resolver, no en forma aislada y por iniciativas individuales, sino en acción de conjunto, cincelando ese bloque confuso, hasta darle forma y plasmarlo en una realidad práctica evidente.

De acuerdo con la denominación aceptada, los Institutos de Puericultura, traducen un programa completo de acción, desde el punto de vista de los estudios higiénicos y científicos del lactante. Las gotas de leche se limitan a la faz médica y principalmente al factor higiénico de la alimentación.

Las Casas Cunas, son instituciones de asistencia, e instituciones de defensa, en que se atiende también el factor alimenticio, pero en donde la luz de la legislación falta, como está ausente la asistencia de la madre y el problema siempre creciente de la previsión educativa. Las

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

Oficinas de Nodriza, Casas del Niño, y todas las obras de asistencia pública, o de beneficiencia particular, traducen aisladamente rasgos salientes pero incompletos de la acción desarrollada en pro de la solución del problema planteado del estudio del niño de la primera infancia.

Sin embargo, en la vida práctica, en el cúmulo de la experiencia realizada, la acción desarrollada no es tan unilateral, como parece desprenderse de las denominaciones adoptadas. Las Gotas de Leche, Casas Cunas, Institutos de Puericultura, han ido extendiendo su radio de acción, ejecutando una labor más compleja y procurando solucionar todos los problemas que atañen al niño, efectuando una verdadera protección a la primera infancia.

Pero todas estas manifestaciones aisladas, aunque meritorias, de beneficiosa labor, adolecen de una uniformidad de acción que traducen lo incompleto de la obra, lo irreparable de sus deficiencias, en ese sistema adoptado. Falta la acción de conjunto, la influencia directriz, que armonice esa diversidad de manifestaciones, produciendo una convergencia de esos engranajes en movimiento, que hasta ahora marchan aislados, desperdiciando energía útil, por la dispersión de las iniciativas productoras, en esta maquinaria complicada, que representa el estudio de la protección a la primera infancia.

Nuestros Congresos Americanos del Niño, han tratado de unir esas iniciativas aisladas, formulando un plan ejecutivo que traduce la coordinación de esas manifestaciones individuales o separadas.

Corresponde a mi ilustre amigo el Profesor Cacace, el haber sido el precursor de esta tendencia, estableciendo las normas de la tutela racional de la primera infancia. Ya en 1901, convencido de la necesidad de la ampliación de la enseñanza de la Puericultura, instituyó los cursos de Higiene infantil en la Escuela normal de Capua, y en 1905, defendió la necesidad de una solución integral del complejo problema de la protección a la primera infancia, fundando un Instituto, donde se coordinan todas las formas de tutela de la primera edad: instituciones de asistencia, educativas, de previsión social y científicas. Siendo útil y racional reunir todos los estudios sobre la primera infancia, dió la denominación de *Nipiología* a esa ciencia nueva que considera al niño pequeño, desde todos los puntos de vista: biológico, clínico, higiénico, psicológico, jurídico, sociológico e histórico. La Nipiología, (del griego, *nipios,* niño que no habla, niño chico, y *logos,* discurso, tratado, ciencia), es pues la ciencia de la edad en que no se habla, de la primera infancia. La Nipiología, es toda la ciencia de la primera edad, es el estudio completo de esa edad en que no se habla, estudio considerado desde todo punto de vista, es, en una palabra, el *estudio integral de la primera infancia.* En el reciente Congreso Pediátrico Italiano, realizado en Trieste en 1920, el Profesor Cacace, hizo resaltar las diferencias, en la denominación de la Nipiología, con la Puericultura y con la Pediatria.

Pero esta concepción del sabio profesor napolitano, alienta en el espíritu de todos los que vivimos en contacto con la infancia. Podrá ser discutida la exactitud del nombre, por su significación u origen, o por la oportunidad de su empleo, pero es evidente que la idea encarna una sentida necesidad, y da forma concreta, a la tendencia universal, en el sentido de extender a las instituciones de protección y de defensa infantil, su acción benéfica en forma más completa y más generalizada, abarcando los factores higiénicos, sociales, económicos y legales, a más del rol médico científico, que desempeñan. Marfan que opina de igual manera, sobre la autonomía de la patología y la higiene de la primera infancia, aceptó en forma implícita este concepto, ya sea con la denominación de Nipiología o ya, bajo otro nombre cualquiera. En nuestro libro sobre "Los desarreglos gastro intestinales del lactante" insistimos repetidamente sobre la importancia del estudio en conjunto, de todo lo que al niño chico se refiere. "Es necesario educarlo desde que nace, decimos, hay que evitarle enfermedades, preocupándonos de su situación higiénica, y protegiendo a la madre, legislando y resol-

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

viendo favorablemente su problema económico y social, y en esa forma se hará una verdadera profilaxis y una eficaz protección a la primera infancia". Abarcar pues, todo lo que al niño chico se refiera, en una obra única y general, ha sido el ideal que todos perseguimos, es el producto obligado del adelanto de la Pediatria, en especial la que surge, del conocimiento de las enfermedades del lactante.

Por otra parte, en la enseñanza de la Clínica de Niños, insistimos siempre ante los estudiantes, sobre estos principios básicos de la autonomía del niño chico en todo lo que a él se refiera, ya sea en el orden médico, como desde el punto de vista higiénico, social, biológico, etc., pero destacando la importancia de la acción del conjunto, de las ventajas de la labor global como profiláctico, lo que permite no sólo disminuir el coeficiente de mortalidad del niño chico, sino también el desarrollo colectivo de las generaciones sanas, vigorosas y promisoras de acción benéfica futura.

Las casas Cunas, las Gotas de leche, los Servicios de Protección a la primera infancia, etc., tienden en nuestros países a desarrollar este bello progroma de conjunto, no por la significación de su nombre, sino por la inclinación de tendencia dada a la obra. Todas las instituciones tienden a desarrollar un plan de ejecución compleja, ocupándose de todas las cuestiones referentes al niño chico, atendiendo sus necesidades médicas, mejorando sus condiciones higiénicas, corrigiendo sus deficiencias sociales, perfeccionando sus medios educativos y procurando instituir leyes que prometan emprender una acción general que convierta en realidad práctica, la verdadera protección a la primera infancia.

El Instituto Nipiohigiénico es esto. Es el desarrollo de este programa de acción, que puede sintetizarse en la creación de las siguientes reparticiones:

1º *Instituciones de asistencia:* consultorios para lactantes, gotas de leche, asilos para lactantes, socorros maternales, asilos de maternidad.

2º *Instituciones educativas:* escuelas de higiene infantil o de puericultura, escuelas para madres, cátedras ambulantes de higiene infantil, escuelas populares de maternidad.

3º *Instituciones de previsión:* cajas de maternidad, institutos de mutualidad maternal, etc.

4º *Instituciones científicas:* laboratorios para el examen de la leche y para el estudio biológico e higiénico del lactante, etc.

Este modelo de Instituto Nipiohigiénico nació en Italia, primeramente en Capua en 1905 y más tarde en Nápoles; en 1916 tiene Barbastro su primer instituto Nipiohigiénico español, obra de mi eminente colega y amigo el Profesor Martínez Vargas. A su vez los Institutos de Puericultura de Madrid y París, la Escuela de Pedología de Roma, y otras similares de estos países de América, reproducen el mismo programa de acción, en su espíritu y cristalización práctica de su tendencia científica. Son institutos en donde se busca agrupar las secciones biológicas, clínicas, higiénicas, psicológicas, históricas, jurídicas y sociológicas del niño chico, por constituir el "*Instituto de Nipiología*" de Cacace.

Pero son muchas de ellas, obras en su comienzo, maquinarias que recién imprimen movimiento a su complejo organismo y en donde aun fallan algunos engranajes aislados, que sin detener la marcha de la obra, amortiguan su eficacia, esterilizando parte de su beneficiosa labor y no rindiendo aun la utilidad máxima de su programa de acción.

En realidad, el *Instituto de Nipiología* encierra este ideal de acción y sobre todo de estudio *universal, integral* del niño chico.

En su acción dirigente única, en su distribución de todas esas actividades diversas, bajo un mismo control de gobierno, está el éxito indiscutible de la obra. No discutamos pues, nombres; recojamos la idea que es grande, que es justa.

Este Congreso Americano del Niño, que tiene por asiento este bello y noble país, del norte de nuestra América Meridional, debe ha-

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

cer obra de aliento y obra práctica. Es necesario que festejando este primer centenario de la Independencia del Brasil, la protección a la primera infancia, cristalice en esta obra fecunda, que completará la labor de todos los pediatrias de este continente. Es preciso redondear esta lucha emprendida desde hace años y cuyas consecuencias benéficas no escapan a ninguna persona que se interese por el perfeccionamiento de la niñez. Hágase esto y se completará la obra.

Es por ello que creo que todos debemos propiciar la fundación de estos grandes institutos; institutos en donde se aprende y en donde se enseña, en donde se corrigen todas las deficiencias y se mitigan todos los dolores, defendiendo al niño y a la madre, y forjando las nuevas generaciones sanas, vigorosas y fuertes, moral y físicamente.

En conclusión me permito formular el siguiente voto, que someto a la aprobación del Congreso:

El Tercer Congreso Americano del Niño de acuerdo con la idea de la Nipiología, y del Instituto de Nipiología, que sintetiza el principio integral moderno, del estudio del niño y de la protección a la primera infancia, envía sus felicitaciones al Pofesor Cacace.

Prensa Médica Castellana

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE ALGUNOS SINDROMES INFECCIOSOS DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA.—La práctica médica ofrece con suma frecuencia casos de lesiones febriles con manifestaciones gastrointestinales más o menos profundas y duraderas que no pueden englobarse dentro de los cuadros clásicos de la Patología, y que tampoco el Laboratorio da la resolución de su origen. Generalmente se bautizan estas infeciones con el nombre de fiebres gástricas y se consideran, por su marcha benigna y por su sintomatología, como distintas de la fiebre tifoidea. Sin embargo, hay febrículas tifoideas cortas y benignas, como hay partes tifoideas graves y prolongadas y por este motivo no podemos diferenciar en absoluto la fiebre gástrica de la tifoidea. No siempre tampoco las reacciones de aglutatación y los hemocultivos dan un resultado positivo, y por lo tanto, no es posible por este lado perfilar el diagnóstico. Se acepta con suma facilidad por muchos que el colibacilo es el causante de estos casos, idea que, dice Marañón (*"Archivos de Medicina, Cirujía y Especialidades", Madrid 1923*), no puede considerarse cierta en absoluto.

En las observaciones epidemiológicas hechas en un brote de tifoidea en Madrid, en el invierno de 1921-22, se dió el caso de coincidir los casos de fiebre tifoidea y los de fiebre gástrica, desapareciendo unas y otras al suprimir el consumo de las aguas sospechosas, no habiéndose hallado en ellas más que un aumento neto del bacilo coli. La fórmula leucocitaria de las fiebres gástricas era muy semejante a la característica de los estados tifoideos, y esto y la epidemiología permiten afirmar que estas fiebres mal delimitadas son estados infecciosos producidos por un germen vecino al de Eberth, aunque no conocido todavía. La presencia del colibacilo en las aguas que dieron origen a dicha epidemia y su parentesco con el bacilo de Eberth, hacen sospechar la posibilidad de que una parte de la fiebre gástrica sea de origen colibacilar.

Aparte de las fiebres gástricas, existen otras manifestaciones prolongadas de causas y localización desconocida y que, por lo regular, se reducen a la aparición vespertina de una ligera elevación termomé-

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

trica, sin que, a pesar de consultar varios médicos, pueda establecerse un diagnóstico preciso. Estos casos se toman, o bien como producidos por lesiones gastrointestinales tóxicas, sometiendo al paciente a una dieta rigurosa láctea o peor que láctea, ya que desnutre y debilita al enfermo, o bien se considera como una tuberculosis oculta, o bien como una fiebre de Malta, o con diagnósticos aun más raros (fiebre glandular, fiebre linfática, etc.). Marañón insiste en la conveniencia de no someter a estos enfermos a una dieta rigurosa líquida y debilitante por la posibilidad de colocar al enfermo en pésimas condiciones. Para conocer la diversa etiología de estas febrículas, hay que pensar atentamente en el cuadro clínico que debiera acompañarlas en cada caso particular, de ser tuberculosas, infecciosas, tóxicas, malteses; de las condiciones de herencia, de la existencia de epidemias o no. La aglutinación de la fiebre maltense sólo es útil cuando supera al 1 por 100.

Existe un grupo de septicemias de origen focal, benignas, procedentes a veces de lesiones mínimas, y no aceptadas suficientemente por el grave error de que la septicemia significa una infección grave y seria. Esta clase de septicemias dan lugar a febrículas prolongadas en que realmente puede no apreciarse otro síntoma alguno que el de la fiebre. Estas lesiones locales pueden radicar en el aparato urogenital, en el respiratorio superior o inferior, en el aparato digestivo, incluyendo las vías biliares, en la piel, y muy especialmente en las afecciones dentarias. Puede observarse con cierta frecuencia la endocarditis lenta maligna, con o sin lesiones articulares.

En algunos casos, hay que admitir, con cierta precaución, la existencia de fiebres de origen nervioso o de febrículas endocrinas en las que interviene principalmente el tiroides. Sin embargo, queda una parte de fiebres que no pertenecen a los distintos grupos estudiados.

LA INTRADERMORREACCION A LA TUBERCULINA EN EL CURSO DE LA PUERPERALIDAD Y EN EL RECIEN NACIDO.— Interesante artículo con numerosos cuadros estadísticos, constituyendo un trabajo de la Clínica Obstétrica del Hospital de Rivadavia, a consecuencia del cual deduce el doctor Manuel Pérez, (*"La Semana Médica"*, Mayo 1923), las conclusiones siguientes:

a) Con respecto a lo que sucede durante la gestación:

I. Es indudable que durante los tres últimos meses del embarazo (época en que nuestras experiencias se han particularizado especialmente), existe una disminución de sensibilidad a la tuberculina inyectada intradérmica.

Esto se prueba, porque el porcentaje normal aceptado de reacciones positivas para el organismo sano (82 por 100 para Mantoux; 89 por 100 para Bar) no es alcanzado en ningún momento por la grávida (50'7 por 100 para el séptimo mes, 69'7 por 100 para el octavo, 73 por 100 para el noveno) con iguales dosis de solución.

II. En contra de las experiencias comunes, nostros hemos encontrado que durante los últimos meses del embarazo la sensibilidad a la tuberculina aumenta en forma siempre creciente, de tal manera, que un porcentaje de 48'2 por 100 de reacciones positivas dadas por las gestantes en el séptimo mes de su gravidez aumenta al 53'2 por 100 en el séptimo y medio, al 62'5 por 100 en el octavo, al 76'9 en el octavo y medio, para hacerse 73 por 100 al fin del embarazo, utilizando la solución tuberculínica al 1 por 5000 y de tal otra manera utilizando solución al 1 por 100, que el porcentaje de reacciones positivas era igual en los mismos siete meses y medio, 80'8 por 100 a los ocho meses, 86 por 100 a los ocho y medio, llegando a 86'9 en el término.

III. Se tiene la impresión de que las dosis débiles de tuberculina hechas en las grávidas aumentan la sensibilidad de su organismo frente a iguales dosis inoculadas posteriormente (65'8 por 100, 61 por 100, 64'6 por 100 en el octavo, octavo y medio mes del embarazo, con 1 por 20

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

de centímetro cúbico al 1 por 5000 de reacciones positivas, se transformaron en 66'6 por 100, 84'5 por 100, 100 por 100, para iguales meses de gestación y con iguales dosis, y también en 75 por 100 y 100 por 100 en idénticas condiciones, pero eso en cuanto se ha utilizado como primera inyección la dosis fuerte de 1 décimo de centímetro cúbico de solución al 1 por 1000).

Esta impresión no se confirma cuando se ha usado desde el primer momento la solución al 1 por 100 (77'8 por 100, 82'1 por 100, 93'1 por 100, que dan de porcentaje positivo las primeras reacciones al 1 por 100 durante el octavo, octavo y medio y noveno mes de la gestación, se transforman en una segunda puntura en 79'8 por 100, 74'9 por 100 y 83'9 por 100, para igual edad de embarazo).

b) Con respecto al parto:

Parece que la disminución de la sensibilidad a la tuberculina que existe durante el embarazo se exageraba durante el trabajo del parto, observándose un porcentaje mayor de reacciones negativas (aumento de porcentaje de reacciones negativas, hasta pasar del 28'8 por 100 que existe durante el noveno mes de la gestación, al 50 por 100 que se comprueba durante el parto, con solución al 1 por 5000. Con solución al 1 por 1000 no se observa diferencia apreciable).

c) En el puerperio:

I. Existe durante los seis primeros días del puerperio una insensibilidad mucho más marcada a la tuberculina que la que se ha descrito como pasándose durante el embarazo y el parto (55'2 por 100, 36'9 por 100, 28'5 por 100, 40 por 100 y 36'8 por 100 de reacciones negativas con solución al 1 por 5000).

II. Esa insensibilidad se atenúa en los días subsiguientes, dando, a partir del octavo, un porcentaje que se acerca al aceptado para los individuos sanos.

Con soluciones fuertes de tuberculina (1 por 1000) el estado de "anergia tuberculínica" observado en los primeros días del puerperio se aprecia menos intensamente, pero de una manera indudable (73,5 por 100, 73'3 por 100, 84'3 por 100, 78'4 por 100, 100 por 100, etcétera, de reacciones positivas en el primero, segundo, tercero, cuarto y quinto día de puerperio).

d) Comparativamente:

I. Las mujeres que durante la gestación han dado reacciones dérmicas negativas son las que, en general, en el puerperio, contribuyen a mantener ese porcentaje elevado de insensibilidad tuberculínica (el 60'5 por 100 de las que embarazadas han dado reacción negativa con solución al 1 por 1000 la mantienen durante el transcurso del puerperio).

II. Las mujeres que durante la gestación han dado reacciones dérmicas positivas en general, presentan esta misma intensidad de reacción durante los días del puerperio, o la atenúan cuando se les hace la prueba tuberculínica (el 73'6 por 100 con solución al 1 por 5000).

III. Existe, por consiguiente, en general, una tendencia particular en cada mujer a reaccionar siempre de manera semejante a la investigación tuberculínica durante todo el estado puerperal.

Cuando la observación anterior no se cumple, la tendencia general en el estado puerperal es la de ir atenuando su sensibilidad a la tuberculina al llegar el parto e iniciarse el puerperio.

En los recién nacidos, hasta el décimo día de vida, época en que los hemos experimentado, las reacciones intradérmicas a la tuberculina, en cualquier dosis que se le haga, siempre son negativas.

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

Prensa Médica Francesa

VALOR CLINICO DE LA DETERMINACION DEL METABOLISMO BASAL.—La determinación del metabolismo basal, es decir, de la cantidad mínima de calor producido por el organismo en estado de reposo, en ayunas, a la temperatura normal, calculada por metro cuadrado de superficie cutánea y por hora, constituye un procedimiento que durante estos últimos años ha pasado de los laboratorios de fisiología a la práctica clínica corriente.

Al igual que se dividen las enfermedades en febriles y no febriles, así también Boothby, distingue:

Enfermedades con metabolismo basal normal (entre menos 10 y más 10 por 100);

Enfermedades con metabolismo basal elevado (por encima de más 10 por 100).

Enfermedades con metabolismo basal bajo (por debajo de menos 10 por 100).

G. Marañón y E. Carrasco (*Annales de Médecine*, París febrero de 1923), dicen que es exagerado hacer del proceso de la velocidad metabólica, un concepto de patología general. Debe limitarse a la patología de los órganos de secreción interna y de un modo especial a la patología del tiroides.

En el hipertiroidismo—dicen estos autores—la velocidad metabólica está constantemente aumentada, en términos que toda cifra metabólica elevada debe hacer pensar en las diferentes formas de esta enfermedad. El grado de hipermetabolismo indicará la intensidad de la hiperfunción tiroidea, pero en modo alguno la de la gravedad de la enfermedad, que depende también de varios factores. De modo que el valor pronóstico del dato metabólico es relativo.

La determinación del metabolismo basal tiene un gran valor para hacer el diagnóstico diferencial entre las formas atípicas del hipertiroidismo y los trastornos complejos observados en algunos individuos neuropáticos, neurasténicos o histéricos con manifestaciones principalmente de orden vegetativo, tales como la taquicardia, las palpitaciones, las sensaciones cardiacas subjetivas, la ansiedad, los temblores, las reacciones vasomotoras intensas, estados patológicos que los doctores Marañón y Carrasco agrupan con la denominación común de "neurosis vegetativa pseudo-hipertiroidea". No obstante en algunos de estos estados clínicamente dudosos también el metabolismo da cifras dudosas o "límites" que no resuelven la cuestión. En estos casos, aun cuando deba concederse todo el valor a la determinación metabólica en el diagnóstico del hipertiroidismo, debe también evaluarse cuidadosamente el resultado de la exploración clínica y formar un juicio definitivo comparando ambos resultados.

El hipo-tiroidismo proporciona cifras bajas de metabolismo basal con una intensidad y una constancia tal que toda cifra metabólica baja debe inclinar al diagnóstico de la insuficiencia tiroidea y autorizar a seguir un tratamiento a base de opoterapia tiroidea aun cuando sean dudosos los síntomas clínicos de hipotiroidismo.

Las glándulas genitales obran sobre el metabolismo en el mismo sentido que el tiroides, y de aquí que en los casos de insuficiencia genital pura, principalmente de insuficiencia ovárica, exista una disminución de la velocidad metabólica. Cuando la insuficiencia ovárica está combinada con una insuficiencia tiroidea opuesta, domina la acción hipermetabólica del hipertiroidismo. Por estas razones—dicen los doctores Marañón y Carrasco—la determinación del metabolismo no tiene gran valor para el diagnóstico de las alteraciones genitales.

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

La hipófisis obra también en el mismo sentido que el tiroides y es por esta razón que en la acromegalia obsérvase una elevación de la cifra metabólica, elevación generalmente discreta, pero que a veces es bastante intensa. Si, como ocurre a menudo, la acromegalia está combinada con la insuficiencia tiroidea, la acción hipometabólica de ésta es la que domina en el resultado. De aquí que la determinación del metabolismo no tenga un valor decisivo en el diagnóstico de la acromegalia, cuyo cuadro clínico es por otra parte suficientemente expresivo en la mayoría de casos. En las formas clínicas evidentes de la insuficiencia hipofisaria—síndrome de Frolich, adiposidad infantil con nanismo, pseudo-hermafrodismo prepúberal, caquexia hipofisaria—el metabolismo es más o menos bajo.

No es seguro—dicen los doctores Marañón y Carrasco—que este descenso del metabolismo sea debido a la insuficiencia hipofisaria propiamente dicha o a alteraciones tiroideas concomitantes; carece pues de valor para el diagnóstico de la alteración hipofisaria y lo tiene tan sólo para el diagnóstico global de la insuficiencia glandular, pero de todos modos sirve como indicador para el tratamiento tiroideo.

En la obesidad, el estado del metabolismo basal depende de la intensidad de los trastornos hipoglandulares, tan frecuentes y tan importantes en su patogenia. La determinación del metabolismo será pues muy conveniente para evaluar en cada caso de obesidad la importancia del factor endocrino y de un modo especial para instituir y controlar la medicación tiroidea.

Bien que en los casos de enfermedad de Addison que han observado los doctores Marañón y Carrasco no han comprobado nunca el hipometabolismo encontrado por otros autores, creen que la glándula suprarrenal ejerce una acción rápida, enérgica y fugaz sobre la velocidad metabólica en el mismo sentido que el tiroides, pero independiente del mismo. De todos modos, estos datos tienen un verdadero valor en el diagnóstico de las enfermedades de las glándulas suprarrenales.

En definitiva, las variaciones patológicas, del metabolismo basal, están bajo la dependencia de las secreciones internas; en la alteración de algunas de estas secreciones, especialmente las tiroideas, constituye un excelente método para el diagnóstico y la vigilancia del tratamiento.

TRATAMIENTO DE LA PLEURESIA CON DERRAME, POR EL CLORURO DE CALCIO.—Las investigaciones sobre la acción diurética de las sales de potasa y de calcio ,han permitido comprobar que en las afecciones inflamatorias de las serosas, el cloruro de calcio no solamente determinaba una reabsorción del derrame, sí que también obraba sobre la temperatura.

Estos resultados son los que Krummenacher menciona en un trabajo en el que refiere 10 observaciones personales (*Annales de Médecine*, marzo de 1923).

Al igual que el profesor L. Blum, Krummenacher es partidario del régimen desclorurado antes de administrar el cloruro de calcio que, ha propinado a la dosis de 11 a 22 gramos. El modo de administración que considera más satisfactorio y más fácilmente tolerado, consiste en la ingestión de una a dos cucharadas de la solución concetrada (80 gramos de sal granulada seca por 100 gramos de agua) en una pequeña cantidad de café con leche, haciendo beber luego algunos sorbos de café con leche.

Si la vía intravenosa puede en algunos casos tener los efectos inmediatos y duraderos en las formas subagudas o crónicas, la vía bucal parece más eficaz, puesto que permite la administración prolongada del calcio.

En términos generales, el tratamiento por el cloruro de calcio permite a menudo evitar las punciones, disminuyendo muchísimo la duración de la enfermedad.

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

La existencia de una tuberculosis abierta no constituye una contraindicación para su empleo; por el contrario, en los casos observados por Krummenacher pareció ejercer una influencia sumamente favorable. Una vez desaparecido el exudado inflamatorio los enfermos recuperaron rápidamente las fuerzas y el estado general mejoró sin que ningún síntoma morboso se manifestara en ningún órgano; de un modo especial no hubo agudización de la afección tuberculosa al nivel del pulmón.

Existe una relación entre la rapidez de la acción y la cronicidad de la enfermedad. Las afecciones reaccionan tanto mejor cuanto más agudas son. La presencia de masas lardáceas constituye un obstáculo para la acción rápida del cloruro del calcio; reclama el empleo de dosis elevadas y un tratamiento prolongado.

Es conveniente no prolongar la medicación cálcica más allá de 5 a 6 días, aun cuando el efecto terapéutico haya sido insuficiente, pues, la administración prolongada puede ser causa de trastornos tales como cefalalgia, anorexia, inestabilidad térmica. En estos casos es preferible suspender el tratamiento, sin perjuicio de insistir en él después de algunos días.

Reglamento para el ejercicio de la Medicina y la Obstetricia

I.—DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y SU SUPERVIGILANCIA

Art. 1º.—La supervigilancia de la profesión médica es función propia del servicio nacional de sanidad, representada por la Dirección de Salubridad Pública, la ejercerá por medio de la Junta de Vigilancia del ejercicio de la Medicina y de la Obstetricia, creada por decreto gubernativo de 6 de abril de 1923, que se denominará en este reglamento Junta de Vigilancia.

Esta supervigilancia se verificará:

A) Comprobando la existencia y autenticidad del título o diploma profesional y la identidad de la persona a quien favorece;

B) Inspeccionando que el ejercicio profesional se sujete a las reglas generales de la moral médica y a las disposiciones del presente reglamento.

Art. 2º.—Nadie podrá ejercer la medicina, dentro del territorio nacional, si no está provisto del diploma o título respectivo, expedido por la Facultad de Medicina de Lima, en conformidad con las leyes y reglamentos pertinentes, o si no han sido revalidados por ella los expedidos por una universidad extranjera.

La Facultad de Medicina de Lima goza de autonomía completa para la raglamentación de los requisitos indispensables para obtener los diplomas que acrediten la competencia profesional; así como para la revalidación de los diplomas extranjeros, en conformidad con las disposiciones vigentes. Considérase ilegal toda otra forma de autorización.

Para los efectos de la supervigilancia de que trata el artículo anterior, la Facultad de Medicina remitirá mensualmente a la Dirección de Salubridad Pública y a la Junta de Vigilancia, una relación pormenorizada de los diplomas o revalidaciones expedidas por la Facultad.

Art. 3º—Todo médico está obligado a obtener de la Junta de Vigilancia la licencia respectiva para ejercer su profesión, la cual será

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

concedida previo examen de su diploma y la constatación de que habla el inciso A) del artículo 1º. En las provincias, el registro del título se hará por la delegación respectiva de la Junta de Vigilancia.

Art. 4º.—Se reputan actos de ejercicio profesional de la medicina, sujetos a supervigilancia:

A) La expedición de recetas o consejos médicos verbales o por escrito;

B) La ejecución de intervenciones quirúrgicas, cualquiera que sea su importancia;

C) La prescripción o aplicación de drogas, medicamentos, agentes físicos, hipnotismo, o cualquier agente, medio o métodos, tangible o intangible, destinado al tratamiento de las enfermedades;

D) La dirección de las prácticas sanitarias y el peritaje médico-legal, tanto administrativo como judicial, o sea el concurso que se preste a las autoridades en los asuntos que son del resorte de la Medicina Pública.

El hecho de que estos actos se ejecuten o presten a título gratuito no priva a su ejercicio del carácter profesional.

Art. 5º.—Se prohibe el ejercicio simultáneo de la medicina y de la farmacia.

Sólo en los lugares donde se carezca de recursos farmacéuticos, el médico estará autorizado a usar su propio botiquín para la preparación de sus prescripciones. Igualmente, lo estará en aquellos lugares en donde compruebe la adulteración de sus ordenanzas, previa autorización de la Junta de Vigilancia.

Art. 6º.—Se prohibe la asociación entre médico y profano para el ejercicio por ambos de la medicina. En los hospitales, casas de salud, clínicas, institutos terapéuticos, consultorios u otros establecimientos análogos no podrán ejercer la profesión médica sino las personas legalmente autorizadas para ello.

Se prohibe, así mismo, la asociación entre un médico capacitado para ejercer la profesión legalmente, con otro no autorizado para ello; así como también la asistencia en consulta con médicos no autorizados para ejercer la profesión.

Art. 7º.—El médico está obligado a comprobar la defunción de las personas a quienes ha prestado asistencia y a expedir, gratuitamente, el respectivo certificado médico-legal, en conformidad con las disposiciones fijadas por el Código sobre Registros de Estado Civil. Para el cumplimiento de esta obligación se considera como médico tratante al que haya prestado y dirigido el tratamiento de la enfermedad causa de la muerte o haya visitado clínicamente al enfermo cuando menos desde cuarentiocho horas antes del fallecimiento. En los casos en que el médico sospeche que se trata de una muerte violenta, lo hará constar así en el certificado, indicando la necesidad de un reconocimiento médico-legal del cadáver. En los casos en que se sospeche tratarse de una enfermedad pestilencial, lo hará saber a la autoridad sanitaria.

Art. 8.ºTodo médico, por el hecho de ejercer su profesión en la República, tiene como deber inherente a su actividad, ayudar a la ejecución y cumplimiento de las medidas destinadas a tutelar la salud pública.

Las instrucciones y decretos que sobre profilaxia pública se expidan por la Dirección de Salubridad determinarán el modo y forma de esta colaboración.

Art. 9º.—Es obligatorio para los médicos la declaración de los casos comprobados o sospechosos de las enfermedades infecto-contagiosas a que se refieren la ley 2348, el reglamento de la misma y las disposiciones sanitarias vigentes. Esta declaración se hará ante las autoridades, en la forma y tiempo que prescriben las citadas disposiciones.

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

Esta obligación no sólo incumbe al médico tratante, sino también a aquellos que vean ocasionalmenteal enfermo, en consulta o por otra causa.

Art. 10º.—Las recetas y prescripciones médicas deberán ser escritas en castellano y en términos claros que no den lugar a dudas. La presentación de esas recetas y ordenanzas es indispensable para su expedición por las boticas y droguerías.

Art. 11º.—Las reglas deontológicas y de ética médica serán objeto de una reglamentación especial por las corporaciones oficiales médicas: Academia Nacional de Medicina y Círculo Médico del Perú, las que expedirán en el más breve plazo un "Código de Moral Médica", que trazará las reglas generales del ejercicio moral de la medicina y las normas de conducta de los médicos. Este Código servirá, previa aprobación de la Junta de Vigilancia, para pronunciar fallos en los casos de inmoralidad profesional y en los diferendos entre médicos y clientes.

Art. 12.º—La supervigilancia del ejercicio profesional de que trata este reglamento, se hará en las provincias de Lima y Callao por la Junta de Vigilancia; en los departamentos y provincias del resto de la República se ejercerá esta atribución por las delegaciones departamentales o provinciales contituídas por uno o más médicos nombrados por la Dirección de Salubridad, a propuesta de la Junta de Vigilancia.

Los miembros de la Junta de Vigilancia durarán en su cargo cinco años, pudiendo ser reelectos al término de su mandato, para el mismo cargo, por las instituciones que representan. Las delegaciones departamentales y provinciales ejercerán el cargo por el mismo período, pudiendo también ser reelegidos.

Art. 13.º—El ejercicio de la medicina en los establecimientos de asistencia deberá ser objeto de supervigilancia por parte de la Junta, que tendrá autoridad sobre ellos. Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos anteriores, estos establecimientos se sujetarán a las siguientes disposiciones:

A) Los hospitales, las clínicas, casas de salud y establecimientos análogos en que se hospitalicen enfermos, deberán obtener para su apertura licencia de la Junta de Vigilancia. En la solicitud respectiva se especificará la clase de enfermos que se va a asistir en ellos. La Junta de Vigilancia concederá la licencia para el funcionamiento después de haber tomado conocimiento del personal de asistencia y de haber comprobado que el establecimiento reune, tanto desde el punto de vista profesional, cuanto de la instalación material del local, las condiciones necesarias para los fines a que va a ser destinado.

B) Los establecimientos a que se refiere el inciso anterior enviarán mensualmente a la Dirección de Salubridad una relación estadística de su movimiento de asistencia. En los casos de enfermedades infecto-contagiosas deberán cumplir con lo preceptuado por la ley respectiva.

C) Los laboratorios de análisis biológicos estarán igualmente sometidos a la vigilancia de la Junta y deberán obtener licencia para su funcionamiento.

Los establecimientos enunciados en funciones, reberán obtener la respectiva licencia de acuerdo con el inciso A.

II.—DEL EJERCICIO DE LA OBSTETRICIA Y DE SU SUPERVIGILANCIA

Art. 14º.—La profesión de obstetricia sólo podrá ejercerse por quienes poseen diploma expedido por la Facultad de Medicina de Lima o revalidado por ella, d econformidad con las disposiciones vigentes sobre enseñanza pública.

Art. 15º.—La Facultad de Medicina de Lima remitirá mensualmente a la Dirección de Salubridad y a la Junta de Vigilancia, una relación de las personas a quienes haya diplomado en obstetricia o haya revalidado el título.

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

Atr. 16º.—Las obstetrices diplomadas están obligadas a obtener licencia de la Junta de Vigilancia para el ejercicio de su profesión, conforme lo dispuesto para los médicos en el artículo 3º de este reglamento.

Art. 17.º—Las obstetrices diplomdaas reducirán su actividad profesional a:

I.—La asistencia del parto natural;

II.—Los cuidados pre y post partual de la madre;

III.—Los cuidados del recién nacido hasta la caída del cordón umbical; y

IV.—La prescripción de fórmulas cordiales y tónicas y de elementos de asepcia y antisepcia.

Las complicaciones de la gravidez, los partos distócicos, el alumbramiento artificial y las enfermedades intercurrentes de la madre y del niño son accidentes que sólo podrán ser atendidos por médicos. Igualmente, sólo el médico podrá prescribir medicamentos de acción peligrosa, como el cornezuelo (ergotina) y los extractos hipofisarios (pituitrina). Las obstetrices al efectuar estas prácticas incurren en ejercicio ilegal de su profesión y cometen acto punible.

En los casos en que no haya médico en una localidad, la obstetriz queda dispensada de estas prohibiciones.

Art. 18º.—Las obstetrices están obligadas a declarar al respectivo municipio, dentro de los siete días consecutivos al parto, el nacimiento del niño. En los casos de complicación patológica del puerperio esta declaración deberá hacerse extensiva a la Dirección de Salubridad.

III.—DE LAS PENAS Y SANCIONES

Art. 19º.—Las penas de multa, suspensión del ejercicio profesional, reclusión y clausura del establecimiento profesional, conconfiscación, según los casos, son las que reconoce este reglamento.

Art. 20º.—Incurren en pena de multa de 5 a 25 libras peruanas, según la gravedad de la falta, los que contravinieran lo dispuesto en los artículos 3, 5, 7, 8, 9, 10 y 17, de este reglamento.

Art. 21º.—Incurren en pena de suspensión del ejercicio profesional de 15 días a 6 meses, según la gravedad de la falta, los que contravinieran lo dispuesto en los artículos 6.o, 8.o y 17.o, de este reglamento.

Art. 22.º—Incurren en pena de reclusión, desde 10 hasta 60 días, según la gravedad de la falta, los que contravinieran los dispuesto en los artículos 2.o, 7.o y 14.o de este reglamento.

Art. 23º.—Incurren en pena de clausura de establecimiento profesional, los que contravinieran lo dispuesto en los artículos 6.o y 13.o de este reglamento. En estos casos la Junta podrá, si lo estima conveniente, incautarse de los útiles e instrumentos empleados por quienes no tienen autorización para el ejercicio profesional, así como también en los casos de los artículos 2.o y 14.o.

Art. 24º.—La reincidencia de la misma falta por un profesional o por quien usurpe este título, duplicará las penas señaladas en los artículos anteriores.

Art. 25º.—Las penas de multa que aplique la Junta de Vigilancia, se harán efectivas directamente por ella, de acuerdo con la ley de facultades coactivas; las demás penas previstas en este capítulo, serán aplicadas por la Dirección de Salubridad, a pedido de la Junta de Vigilancia; debiendo obtenerse para ello los dos tercios de los votos de los miembros que componen la Junta. La policía deberá prestar su concurso para este objeto.

IV.—DE LAS RENTAS DE LA JUNTA DE VIGILANCIA

Art. 26º.—Son rentas propias de la Junta de Vigilancia, además de las que pueda concederle el Presupuesto General de la República, las siguientes:

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

A) Los derechos de registro de diploma, que deberán abonar los médicos y las obstetrices, según la tarifa siguiente:

Registro de diploma de médico, Lp. 2.0.00.

Registro de diploma de obstetriz, Lp. 1.0.00.

B) El importe de las multas por infracción de este reglamento.

C) Los derechos por licencia de apertura de establecimientos médicos, (Art. 12º), según la tarifa siguiente:

Clínicas de hospitalización, Lp. 30.0.00.

Institutos de terapia, sin hospitalización, de enfermos, Lp. 20.0.00.

Otros establecimientos, Lp. 10.0.00.

Art. 27º.—En las provincias estas rentas serán recaudadas por las delegaciones respectivas, las que deberán remitir, semestralmente, una cuenta documentada a la Junta de Vigilancia, para que determine su aplicación.

Art. 28º.—La Junta de Vigilancia formulará su presupuesto de gastos, el que será aprobado por el Ministerio repectivo.

V.—DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 29º.—El presente reglamento entrará en vigencia desde su aprobación por el Gobierno.

Atr. 30º.—El registro de títulos y diplomas y las licencias de que tratan los respectivos artículos, deberán realizarse dentro de los noventa días posteriores a la publicación de este reglamento, después de los cuales podrán hacerse efectivas las penas señaladas en el respectivo capítulo.

Art. 31.º—Todo caso no previsto por este reglamento, será materia de examen por la Junta General de las profesiones sanitarias.

Bibliografía

ACCIDENTS DU TRAVAIL. EVALUATION DES INCAPACITES par L. Imber, C. Oddo et P. Chavernac.—1 vol. de 936 pages, (2e. edition).—*Masson et Cie., editeurs.*—París 1923.—40 fr.

En esta obra se encuentra contenido el criterio con que deben evaluarse las incapacidades por accidentes del trajo y enfermedades profesionales, según las leyes francesas, y teniendo en cuenta, además, la legislación y las bases jurídicas.

Por las numerosas materias que trata, por la exposición didáctica y por el orden con que se encuentran agrupadas las distintas cuestiones que debate, el libro es completísimo, máxime si se tiene en cuenta que en esta edición, que es la segunda que se pone a la venta en Francia, se han agregado las nuevas nociones que ha introducido la última gran guerra.

Los juristas al igual que los médicos obtendrán muchas enseñanzas en este libro, que ha editado correctamente la casa Masson y Cía., de París, adornando su texto con 96 figuras muy demostrativas.

LES COLITES par les Drs. Carnot, Harvier, Friedel et Lardenois.—1vol. de 224 pages.—*Libraire J. B. Bailliere et Fils.*—París 1923.—10 fr.

Esta obra es la expresión del curso de gastroenterología del Hospital Beaujon de París, hecha con claridad y precisión.

Los grandes síndromes colíticos, las colitis amibianas y parasitarias, las de orden infeccioso, urémico, mercurial, gotoso, etc., se encuentran descritas magistralmente. Después de estos capítulos vienen los dedicados a las colitis criptogenéticas, la colepatía muco-membranosa, las recto-sigmoiditis y, por último, las complicaciones quirúrgicas de los diferentes síndromes que asientan en esta parte del intestino.

Por esta breve exposición del contenido del libro que comentamos, se puede deducir que es muy útil al práctico.

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

Fibrilación auricular pura y sulfato de quinidina

Lección clínica

Por el Dr. MAX. GONZALES OLAECHEA
Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina

Entre las afecciones del miocardio que ha llamado la atención de los observadores en los últimos años, y que en la actualidad se estudia con verdadero entusiasmo, se encuentra la *fibrilación auricular.*

Los antiguos clínicos le daban variadas denominaciones, tales como: *arritmia desordenada, taquiarritmia, delirium cordis,* etc., nombres todos que estaban en relación con la notable perturbación del ritmo del pulso que se observaba en los enfermos.

En 1903, Hering publicó un estudio de esta arritmia y la llamó *pulsus irregularis perpetuus* (1).

Mackenzie describió esta arritmia en 1904 con la denominación de *ritmo nodal* (2).

El mismo autor se ocupó de otro síndrome que bautizó con el nombre de *bradicardia nodal,* y que investigaciones de Lewis y otros observadores han demostrado que pertenece a la arritmia que vamos a estudiar, constituyendo una de sus formas.

Por último, Clerc y Josué, la describieron denominándola *arritmia completa.*

Las investigaciones experimentales de Mac William y Winterberg, Phillips y Fredericq, quienes provocaron en los animales por medio de corrientes farádicas perturbaciones en el ritmo cardiaco, consistente en *fibrilación de las auriculas* con anomalías del funcionamiento ventricular, semejantes a las observadas en el hombre enfermo, han sido las que han dado lugar a que se dé a esta arritmia la denominación de *fibrilación auricular.*

El caso que motiva esta disertación se halla condensado en la siguiente historia clínica:

I. E. de 46 años de edad, indio, nacido en Ayacucho, procedente de Lima, de oficio gasfitero, ingresó al servicio "Odriozola", el 5 de mayo ocupando la cama N° 16, y en el registro de la sala los Nos. 980-325.

(1) H. Vaquez.—*Les arritmies.*—París 1914.
(2) J. Mackenzie.—*Les maladies du coeur.*—París 1911.

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

Antecedentes hereditarios.—Ignora de qué enfermedades fallecieron sus padres; se ausentó de su tierra natal a los 13 años, dejándolos sanos. Tiene 5 hermanos, sanos.

Pasado patológico.—Refiere que a los 6 años padeció de sarampión, dos años después, de viruela, que curó sin dejarle huellas; a los 13 años paludismo, que le obligó a hospitalizarse en la sala "San Pedro" del hospital, donde permaneció dos meses. Posteriormente fué atacado de verruga, dice que se curó en su casa; pero no quedó bien y comenzó a sufrir fuertes cólicos, viéndose precisado a buscar un médico, que diagnosticó "cólico miserere". Felizmente pudo atenderse y restablecido se dedicó a su oficio sin interrupción hasta la edad de 34 años en que sufrió un ataque de neumonia sin mayores consecuencias; dos años después padeció de blenorragia de la que curó después de tres meses de tratamiento. Desde entonces hasta la época actual no ha sufrido ningún contratiempo en su salud, a no ser, de vez en cuando, ligeros catarros.

En estas condiciones, en Diciembre del año pasado, sintió una violenta "descomposición" del cuerpo, seguida de un escalofrío, náuseas, vómitos y diarrea, de la que mejoró y pudo seguir su trabajo, hasta el mes de marzo del presente año, en que al hacer un esfuerzo tuvo un acceso de tos con espectoración sanguinolenta. Como no diera mayor importancia al hecho, volvió a sus tareas habituales, pero observó que el esputo hemoptoico se prolongó durante 15 días, desapareciendo después. El 3 de mayo volvió a arrojar sangre en mayor cantidad que la vez anterior, determinándose entonces a hospitalizarse.

Examen clínico.—Sujeto de desarrollo normal, actitud tranquila, nutrición regular, buena conformación general y peso actual de 48 kilos.

Cráneo braquicéfalo, presenta en el cuero cabelludo una cicatriz en la región occipital.

Ojos con visión clara, motibilidad buena, pupilas que responden a la acomodación y conjuntivas ligeramente pigmentadas.

Labios delgados, mucosa ligeramente pálida.

Dientes bien implantados; falta el primer molar derecho superior y está careado el izquierdo.

Encías pálidas. Faringe y amígdalas normales. Paladar oseo y membranoso nada que anotar. Olfación buena. Oídos-Pabellones auriculares normales; ligera disminución de la agudeza auditiva en el lado derecho.

Cuello con conformación normal. No se palpa el cuerpo tiroides.

Axilas normales.—Sistema piloso escaso.

Aparato respiratorio.—Inspección.—Tórax ensanchado, sobre todo el diámetro ántero-posterior. En la cara anterior se nota una depresión marcada hacia la línea media y parte inferior. Respiración costoabdominal, de predominio abdominal.

32 respiraciones por minuto. Movilidad normal, tanto en las partes altas como bajas.

Palpación.—Menor incursión respiratoria en la fosa supra-clavicular izquierda, comparada con la derecha. No hay puntos dolorosos. Vibraciones vocales aumentadas en la base izquierda.

Amplexión.—Mayor ensanchamiento a la derecha.

Percusión.—Macicés en la base del pulmón derecho y en la dirección de la línea axilar posterior, prolongándose un poco hacia la línea medio axilar. Hacia adelante nada de anormal. Macicés fija al cambio de posición. La percusión transtorácica del lado izquierdo dá sonido timpánico aumentado.

Auscultación.—Percusión ausculatoria: timbre metálico al lado derecho y disminución de la tonalidad normal al lado izquierdo.—Murmullo disminuído al lado derecho. No hay broncofonía. Hay pectoriloquia áfona en el vértice izquierdo.

Aparato circulatorio.—Pulso pequeño, desigual, taquicárdico, arrítmico, difícilmente contable. También máxima 14 ½.—Mínima 9, en la radial derecha. En el miembro inferior, pierna derecha tensión

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

máxima 20, mínima 8 ½. Número de pulsaciones oscilando entre 90 y 100.

A la inspección ligero abovedamiento en la región precordial. No se nota el choque de la punta. No hay ningún punto doloroso.

Por la percusión se comprueba aumento de la zona de macicés absoluta, que avanza transversalmente sobre el esternón, cerca de tres centímetros.

En la región posterior no hay ningún dato.

Reflejo de Abrahams, positivo.

El Reflejo óculo-cardiaco sólo hace disminuir el pulso en 4 latidos.

Como el pulso fuera esfigmolabil, y en el deseo de hacer la prueba funcional del corazón, se le hizo ejecutar al paciente veinte flexiones y se obtuvo el siguiente resultado: Antes de la prueba funcional la tensión máxima era de 13, y la tensión mínima de 8. Después de las flexiones la tensión máxima fué de 16 y la mínima de 9 ½ (radial derecha).

El número de pulsaciones antes de la flexión osciló al rededor de 98; en el primer momento después de las flexiones se hizo incontable y cinco minutos después se pudo contar 140 pulsaciones.

Se volvió a tomar la tensión por tercera vez, encontrándose 13 ½ máxima y 9 mínima.

El trazo poligráfico hecho por el doctor Alzamora, comprobó la ausencia de la onda *a* en el flebograma (Fig. 1).

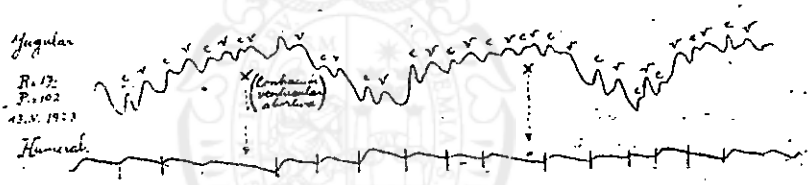


Fig. 1.—*Poligrama tomado antes del uso de la quinidina*

En el examen de los demás aparatos no se ha encontrado nada que llame la atención.

Reacción a la Tuberculina (Técnica de Mantoux).

Resultado local a las 24 horas, positivo.
" " " " 48 " positivo

No hubo reacción general.

El dosaje de la urea en el suero sanguíneo arrojó 0.46 por 1000.

Hatíes 3.900,000.—Leucocitos 10,000 por mm. c.

Polimorfonucleares	neutrófilos	73 por 100
id	acidófilos	1 por 100
id	basófilos	0 por 100
Grandes mononucleares		3 por 100
Linfocitos		23 por 100

El dosaje de la urea en el suero sanguíneo arrojó 0.46 por 1000.

La reacción de Wassermann dió resultado négativo.

El análisis de orina no ofreció particularidad, alguna digna de mención.

Se encontró el bacilo de Koch en el esputo.

El enfermo ha estado apirético.

El tratamiento ha consistido, primero, en digitalina y luego en sulfato de quinidina. Después de la ingestión de 6 gramos 80 centigramos de esta sustancia, en el trascurso de cinco días, el pulso se regularizó y disminuyó a 79 latidos por minuto.

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

Epicrisis.—Algunos días después de descansar de esta terapia, el pulso volvió a hacerse arrítmico, aumentó el número de latidos; nuevamente se le hizo ingerir 6 gramos 80 de sulfato de quinidina. Esta vez el resultado terapéutico ha sido durable, pues, en el trazo poligráfico (Fig. 2) tomado después de haber cesado el uso de esta droga, no se encontró anormalidad alguna.

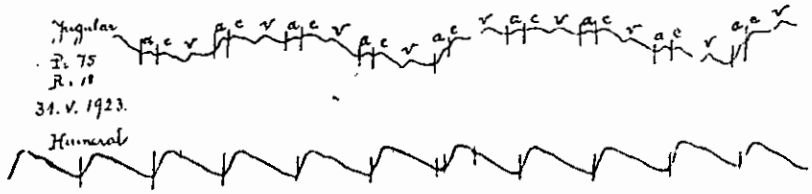


Fig. 2.—*Poligrama tomado después del empleo de la quinidina.*

Lo que en el enfermo llama sobre todo la atención, son los síntomas suministrados por el aparato circulatorio.

La taquicardia, variable, que se aprecia en los diversos momentos del examen, y que flutúa entre 96 y 105 pulsaciones por minuto; la amplitud desigual de pausas y pulsaciones en el corazón y en las arterias radiales; y por último, las variaciones de la tensión arterial, que con el oscilómetro de Pachon, es unas veces en dichas arterias de 13 ½ de presión máxima y 8 ½ de mínima y cortos momentos depués 13 y 9 respectivamente; y en los miembros inferiores de 20 como máxima y 8 ½ como mínima y poco después 17 y 9 ½, respectivamente.

La prueba funcional del miocardio, produjo aumento, tanto de pulsaciones en las radiales que de 96 se elevaron a 140, cuanto de la tensión arterial cuya máxima pasó de 13 a 16 y la mínima de 9 a 9 ½, pero se restableció antes de los 7 minutos el número de pulsaciones y la tensión arterial, comprobándose así la suficiencia funcional de los ventrículos.

La desigualdad del pulso, la taquicardia y la tensión variable, el aumento del diámetro traverso de la macisés absoluta del corazón, la ausencia de ruidos anormales, pues sólo hay disminución en su intensidad, y la suficiencia del miocardio como lo ha revelado la prueba dinámica, y la ausencia de todo signo de hiposistolia, pues no hay signos de dilatación del ventrículo derecho, ni congestión hepática, ni edema de las bases pulmonares, hacen diagnosticar *fibrilación auricular* en su forma *pura o solitaria* como la denomina Vaquez; siendo este diagnóstico corroborado con la gráfica tomada por el doctor Alzamora con el cardiógrafo de Mackenzie, en la cual puede apreciarse examinando el flebograma, la ausencia de la elevación auricular *a*.

Nuestro caso no puede considerarse asociado ni consecutivo a lesión valvular o de los orificios, especialmente del mitral, pues, como acabamos de decirlo, hay ausencia de síntomas funcionales y físicos en relación con dichas lesiones; y si en el paciente se aprecia un aumento del diámetro trasverso de la macisés absoluta del corazón, sobre el esternón, ello es debido a

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

la hipertrofia de la aurícula derecha, signo que en un gran número de casos de fibrilación, ha sido observado por el clínico Brachman (3).

No es frecuente la *fibrilación pura* o *solitaria*, como en nuestro caso; se le observa con frecuencia asociada a la estrechez mitral, en la asistolia consecutiva a lesiones valvulares o de los orificios y en las miocarditis crónicas o agudas.

La patogenia de esta arritmia ha sido muy controvertida, debemos recordar: las hipótesis de Mackenzie, quien primero creyó era debida a una parálisis auricular; posteriormente pensó en una parálisis de la aurícula, ocasionada por desplazamiento del estímulo motor, que en vez de ser *sinusal* procedía del *nudo de Tawara*, produciéndose lo que denominó *ritmo nodal*.

La de Wencheback que creía como Mackenzie, que la exitasión partía del nudo auriculo-ventricular, pero a consecuencia de la interrupción de los haces sino-articulares.

Posteriormente, Lewis y Mackenzie, comprobaron experimentalmente que la arritmia era consecuencia de la fibrilación de de la auricula, y pensaban con Engelmann que ella se generaba, debido a la existencia de múltiples focos de exitación en dicha cavidad; pero esta hipótesis ha sido abandonada hasta por ellos mismos.

Para explicar la patogenia probable de la *fibrilación auricular*, de acuerdo con las invetigaciones verificadas por Mayer, Mines, Lewis y otros, es indispensable recordar las propiedades del músculo cardiaco.

Los fisiólogos han demostrado que el músculo cardiaco tiene la propiedad de contraerse rítmicamente bajo el influjo de un exitante, siendo esta cualidad inherente al músculo y no dependiente de los ganglios nerviosos que en él existen, pues la punta del corazón que no los posee, late también rítmicamente.

Los estudios de Marey han hecho saber además, que las contracciones son siempre rítmicas, aún siendo las exitaciones continuas o interrumpidas, porque el corazón durante su revolución pasa por dos fases, en las cuales su exitabilidad varía: durante el sístole es inexitable, durante el diástole sucede lo contrario, es refractario a la exitación; esta es la ley de *inexitabilidad periódica sistólica del corazón*.

Esta ley, sin embargo, falla cuando las exitaciones aumentan en frecuencia e intensidad; el período refractario se acorta o llega hasta desaparecer y como dice Bowditch, toda exitación es *infalible*, es decir, eficaz (4).

Hechos experimentales y clínicos han demostrado también que las lesiones del miocardio como las miocarditis; ciertos tóxi-

---

(3) Brachman.—*Auricular fibrilation. Some observations and deduccions from series of 400 cases.*—"The Lancet.—Londres 19 setiembe 1921.

(4) Hedon.—*Precis de Physiologie.*—París 1921.

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

cos, la electricidad y aún la acción refleja, pueden acortar o hacer desaparecer la fase refraotaria.

El *experimento del anillo* hace comprender el mecanismo de la *fibrilación;* efectivamente, si se exita un punto de un anillo de músculo ventricular de tortuga, como lo hace Mayer, o de perro, como lo ejecuta Lewis, se producen dos ondas o crestas que se propagan rápidamente por ambos lados del punto exitado, encontrándose en el lado opuesto, al llegar el movimiento a su fin y formándose una barrera insuperable entre ambas; el anillo permanece en estado refractario durante cierto tiempo, restableciéndose su exitabilidad a partir del punto que primeramente entró en acción, el que vuelve a responder a un nuevo estímulo, reproduciéndose los fenómenos anteriores. Cuando los estímulos son muy repetidos, puede suceder que una nueva onda nazca en el anillo antes de amortiguada la anterior, y se producen, entonces, dos ondas simultáneas.

Hay, por último, otra manera de reaccionar del músculo, cuando la frecuencia de las exitaciones es tal, que éstas lo alcanzan en el momento en que aún no ha recuperado su capacidad de responder; en ese caso la onda no se propaga con igual facilidad en todas direcciones, queda detenida ante las fibras musculares que todavía se hallan en estado refractario, tomando la dirección de aquellas que no lo están y continuando por este lado el movimiento; de modo que si en ese preciso momento cesa el estímulo, la onda o cresta en lugar de progresar en dos direcciones, lo hace en una sola, circulando libremente, pues, la parte de músculo que encuentra delante de sí, no se halla ya en estado refractario. Esta onda o cresta marcha en ese caso alrededor del anillo muscular y continúa incesantemente su curso como una onda circulante que no tiene fin.

Un fenómeno análogo se produce según Lewis (5) en la *fibrilación auricular*, en que la onda circulante en cada ciclo, no sigue la misma dirección, sino cada vez la vía de las fibras cuyo período refractario ha desaparecido o es más corto, de modo que su curso es irregular.

Cuando el período refractario no es tan corto, porque las fibras musculares alteradas están en menor número, la onda circulante es entonces más regular, el ritmo todavía se conserva, y la aurículo late más de 200 o 300 veces por minuto, constituyendo el *auricular flutter* de los autores ingleses, o *taquisistolia auricular* de Rihl, que se manifiesta en el flebograma por la persistencia de la elevación *a*, y en el electro-cardiograma por la elevación P.

La génesis de la arritmia ventricular que acompaña a la fibrilación auricular no es difícil explicársela, si tenemos presente

(5) Lewis.—*The nature of flutter and fibrilation auricle.*—"The British Medical Journal".—Abril 1921. (Archivos de Cardiología y Hematología.—Madrid junio 1921).

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

que todas las exitaciones provenientes de la aurícula que llegan al nudo de Tawara, son unas trasmitidas a los ventrículos y otras en su mayoría bloqueadas, por encontrar al músculo en período refractario, existiendo taquicardia más o menos marcada, que puede llegar a 100 o más pulsaciones al minuto, y observándose bradicardia cuando la conductibilidad del haz de His está perturbada, esta es la *bradicardia nodal* que describió Mackenzie. La desigualdad de las pulsaciones es debida, a que las exitaciones que llegan al ventrículo lo encuentran en veces en pleno período de exitabilidad, dando lugar a pulsaciones amplias, y otras en estado semirefractario, dando llugar a pulsaciones pequeñas.

Las lesiones anatómicas que se han observado en esta arritmia consisten según Brachman (6) en una esclerosis de las paredes auriculares con dilatación sin adelgazamiento; la proliferación conjuntiva compensa la degeneración del músculo. En nuestro caso dada la circustancia de presentar lesiones endoarteríticas en los miembros inferiores, pues en ellos hay un notable aumento de la tensión arterial en relación con la que poseen los miembros superiores, no es improbable que en la aurícula hayan lesiones semejantes, es decir, se trata de miocarditis cuya causa eficiente no alcanzamos a descubrir; sin embargo, existe la posibilidad de manifestaciones inflamatorias de la tuberculosis, localizadas en el aparato circulatorio, pues nuestro enfermo, tiene huellas en el vértice del pulmón izquierdo y además la reacción de Mantoux con tuberculina ha sido positiva lo mismo que la investigación de bacilo de Koch.

El pronóstico por el momento no es grave, pues los ventrículos hasta el presente son suficientes; pero con el tiempo comenzarán a flaquear como consecuencia del trabajo exajerado que tienen que soportar y tendrá que sobrevenir la asistolia que es como terminan la mayoría de los casos de *fibrilación;* sin embargo, un tratamiento bien dirigido puede postergar en mucho la llegada de ese fatal período.

Hemos sometido a nuestro enfermo al tratamiento por la quinidina, aconsejado últimamente por los prácticos norteamericanos, ingleses y de otros centros científicos, tratamiento fundado sobre todo en las recientes experiencias de Hecht, Rothberger, Pezzi, Clerc, por medio de las que demostraron que en el corazón de un animal quininizado, la faradización provocada difícilmente la *fibrilación* (7).

El empleo de la quinidina la hemos precedido por la digitalina, como lo hacen casi todos los clínicos; dichos medicamentos se han usado en la siguiente forma: durante cuatro días cinco gotas de digitalina al milésimo, dos veces por día; a continuación, sulfato de quinidina, comenzando por 20 centigramos, dos veces el primer día, 40 centigramos dos veces el segundo

(6) Brachman.—*Loc. cit.*

(7) A. Clerc et N. Deschamps.—*La arritmie complete et son traitement pour la quinidine*,—"La Presse Medicale" N° 70.—París 1922.

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

día, y 40 centigramos, tres veces por día durante cuatro días, enseguida se ha suspendido su uso por algunos días, para volver a comenzar apenas se inicie nuevamente la arritmia.

Con este tratamiento se obtiene la regularización del pulso y desaparece la taquicardia. En nuestro enfermo el pulso está en 80 pulsaciones al minuto; el poligrama tomado nuevamente, confirma el buen resultado de la medicación, pues además de la igualdad de los trazos, se nota la aparición de la onda *a* o sea el exponente de la contracción de la aurícula que no se manifestaba en el anterior.

El uso de ambos medicamentos es casi siempre indispensable, pues la digitalina disminuyendo la conductividad del manojo de His, prepara al ventrículo, disminuyendo la taquicardia y refuerza sus sístoles, y la quinidina aumentando la duración del período refractario en las auriculas, produce como consecuencia el restablecimiento del ritmo.

Aunque esta terapéutica no cura definitivamente esta arritmia, prolongando su uso de modo intermitente, se aplaza por tiempo más o menos largo, la llegada de la asistolia.

Al terminar debemos hacer una honrosa mención de nuestro discípulo y amigo doctor Alzamora que entre nosotros es uno de los que se ha ocupado del estudio de esta arritmia y escrito una interesante monografía.

✝ El Doctor Manuel A. Velásquez

Después de penosa e inexorable enfermedad ha fallecido el 9 del presente mes el doctor Manuel A. Velásquez.

Muere el doctor Velásquez a los 60 años de edad, ocupando el cargo de profesor de Química biológica y secretario de la Facultad de Medicina, desempeñando el puesto de médico titular en el Hospital "Dos de Mayo", ejerciendo los derechos de miembro de número de la Academia Nacional de Medicina y figurando en el Comité científico de nuestra Revista, a la que prestó en todo momento su cálido entusiasmo.

Fué el extinto un profesional muy contraído en el desempeño de sus funciones, que unía a su rectitud la flexibilidad que requiere el meticuloso detalle de la especialidad que cultivaba. Durante más de 30 años el doctor Velásquez practicó el análisis químico, adquiriendo gran versación en esa materia.

Su cultura en el análisis biológico era completa y sólida, y aunque su lectura estaba monopolizada por esta especialidad, siempre hurgaba el dato nuevo en los distintos campos de la medicina y del saber general. Su afición por los clásicos de hizo gustar las páginas de Voltaire, Moliére y los irreverentes contemporáneos, todos los cuales dejaron en su espíritu el sentimiento de una fina ironía.

El doctor Velásquez colaboró en nuestra Revista desde el año 1888, en que publicó "Un caso de Hematemielia de origen palúdico". Desde esa fecha, aunque con intermitencias, prestó solícita atención a nuestra publicación, ocupando en alguna época la dirección.

En su sepelio, que fué muy concurrido, se pronunciaron varios discursos a nombre de la Facultad de Medicina, de la Academia y del Centro de Estudiantes de Medicina.

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



Dr. Manuel A. Velásquez

✠ *9 de Setiembre de 1923*

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

La encefalitis epidémica, especialmente en el Perú

Por el Dr. LUIS D. ESPEJO
Jefe de Clínica en la Facultad de Medicina

(Continuación)

2º — *Síntomas motores.* — Los trastornos motores de la encefalitis epidémica constituyen los síntomas cardinales de la enfermedad. Puede decirse, sin exageración, que ellos abren, en la mayor parte de los casos, la escena mórbida. Aunque, en veces, coexisten síntomas de parálisis con síntomas de excitación, dada la extraordinaria difusión de las lesiones encefalíticas, es indispensable, desde el punto de vista nosográfico, estudiarlos separadamente.

De los síntomas paralíticos los más importantes, por su frecuencia y su valor nosológico, son los *síntomas óculos-motores.* Estos síntomas afectan dos modalidades principales: la *oftalmoplegía externa* y la *oftalmoplegía interna.*

La musculatura extrínseca del ojo está inervada por los nervios motor ocular común, motor ocular externo y patético; es decir, por nervios pertenecientes al sistema cerebro-espinal.

De los tres mencionados nervios, el III par es especialmente lesionado, ya en su núcleo de origen, ya en sus raíces. Este hecho es fácilmente explicable, si se recuerda que la encefalitis es anatomo-patológicamente definida una mesoencefalitis. Efectivamente, el núcleo del óculo-motor-común está situado en la sustancia yusta ependimiaria o peri-silviana, sitio predilecto de las lesiones características de la encefalitis epidémica.

La primera de las manifestaciones oculares por su frecuencia es la *ptosis,* que puede ser unilateral o bilateral, completa o incompleta.

La mayor parte de los autores, entre los cuales citaremos a *Lhermitte, Achard, Ricaldoni e Isola,* consideran la ptosis como una manifestación más parética que paralítica, pues esta última se caracteriza por la caída completa del párpado y los signos compensadores que son la contractura del frontal y la extensión de la cabeza hacia atrás. *Morax* y *Bollack* consideran la ptosis como un síntoma hipotónico, la ptosis hipotónica. A este respecto dicen: "En el estado de reposo el borde inferior del párpado recubre el iris, pero si se ordena al enfermo levantar sus párpados,

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

el iris queda completamente descubierto". *Isola* ha señalado un signo en la ptosis hipotónica: "El esfuerzo—dice—para mantener abiertos los ojos es acompañado, generalmente, de una sensación de peso, de dolor, en la región de las cejas, de que se quejan los enfermos".

Cousin cree, sin embargo, que se trata de una ptosis paralítica ligera, atendiendo al hecho que "si se saca al enfermo de su somnolencia, se nota una limitación, más o menos marcada del grado de acción del músculo".

La ptosis puede, por último, ser una manifestación miasténica. *Lhermitte* dice al respecto: en un cierto número de casos, lo que llama la atención es que la caída del párpado no se produce sino en el curso o al fin del día. En tanto que al despertar el párpado pone al descubierto la pupila, hacia la tarde se encuentra ésta más o menos cubierta por el borde palpebral". Este fenómeno lo compara *Lhermitte* a la ptosis de fatiga observada en el síndrome de Erb-Goldflam.

Cualquiera que sea la naturaleza de este síntoma, se trata de un trastorno precoz que puede constituir la única manifestación de la encefalitis epidémica.

La ptosis es de corta duración y desaparece generalmente al cabo de 7 u 8 días; pero puede persistir mucho tiempo como secuela de la enfermedad.

Otro síntoma, más o menos constante en la encefalitis, casi contemporáneo del anterior, es la *diplopia*. *Lacroix* y *Pesme* la consideran como el primer signo ocular.

La diplopia es la expresión de una perturbación funcional o física de la musculatura extrínseca del ojo.

En algunos casos, la diplopia sólo es reconocida por medio del procedimiento del vidrio rojo o examinando al enfermo en las posiciones extremas de la mirada lateral o vertical, o en la mirada a lo lejos. En estos casos no se ha observado desviación aparente del globo ocular. Otras veces la diplopia se acompaña de estrabismo convergente o divergente y, en estos casos, puede ser homónima o cruzada.

La duración de la diplopia es, según *Lacroix* y *Pesme* de 2 a 6 días, rara vez se prolonga más tiempo.

La parálisis, de la musculatura extrínseca del ojo puede afectar, aislada o conjuntamente, ya los rectos internos, ya los rectos externos, ya los rectos superiores e inferiores, ya, en fin, los músculos oblícuos mayor y menor. Ordinariamente, como dice *Lhermite*, "las parálisis atacan ya un músculo ya otro, atacando irregularmente el ojo derecho y el ojo izquierdo; y, aparecen disociadas, parcelarias y migratrices, traduciendo así exactamente la marcha caprichosa y serpiginosa del proceso inflamatorio mesocefálico. Este concepto ha sido ratificado por *Cousin*, quien dice: "Ordinariamente, los dos ojos presentan simultáneamente lesiones paralíticas de su musculatura externa a grados diferentes. Es bastante frecuente que las lesiones no se dirijan a los mismos músculos de un lado que del otro. Según la exten-

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

sión de las parálisis los movimientos del globo ocular estarán más o menos limitados.

Lapersonne, *Morax* y *Bollack* y otros autores han observado casos de parálisis completa y aislada del III y IV pares craneales.

Excepcionalmente se ha observado la *oftalmoplegía externa total*. En el servicio Ernesto Odriozola del Hospital "Dos de Mayo", hemos tenido oportunidad de ver un caso muy interesante de oftalmoplegia externa total, en un muchacho de 12 años. Este enfermo presentaba a su ingreso ptosis bilateral é inmovilidad completa de ambos ojos. En la actualidad se encuentra mejor y mueve, aunque muy lentamente, los ojos en la mirada lateral, derecha e izquierda, la ptosis ha, igualmente, mejorado.

La parálisis no sólo ataca individualmente los músculos extrínsecos, sino también compromete los movimientos asociados de los ojos. Así suele observarse, frecuentemente, las parálisis conjugadas ya de los rectos internos, ya de los rectos externos, ya de los restos superiores o de los inferiores, ya, por último, de los oblícuos.

De los movimientos asociados el principalmente afectado es el de la convergencia.

Ricaldoni menciona entre la parálisis de los movimientos asociados paralelos, la de descenso de la mirada. En este caso, el párpado desciende más que el ojo, signo que él donomina *fenómeno de Graefe invertido*.

La descripción de la parálisis de los movimientos asociados nos conduce al estudio de la fisiopatología de los trastornos óculos-motores.

La observación clínica de los trastornos mencionados nos permite distinguir dos tipos paralíticos: 1° las *parálisis nucleares*, que afectan aisladamente la musculatura extrínseca del ojo; y, 2° las *parálisis asociadas*, que comprometen los movimientos sinérgicos de los ojos .Estas parálisis son denominadas, después de los trabajos de *Parinaud* y *Sauvineau*, *parálisis supra-nucleares*.

Evidentemente que hay que considerar diversos tipos de parálisis, tanto desde el punto de vista clínico, como anatomopatológico. Las parálisis nucleares se deben, indudablemente, a lesiones de los núcleos de los nervios óculo-motores y de las fibras radiculares que se derivan de ellos, lesiones demostradas por las investigaciones histológicas. El carácter regresivo y curable de estas lesiones explica la mutabilidad de estas parálisis. En cuanto respecta a las parálisis asociadas, las observaciones clínicas son bastante elocuentes y constituyen sólido criterio para independizarlas y formar con ellas un grupo aparte de las anteriores.

En nuestro concepto, y atendiendo a nuestras investigaciones bibliográficas, nadie ha estudiado más detenidamente estas parálisis que el profesor *Isola* de Montevideo. El eminente oftalmólogo uruguayo, después de recordar los diferentes trastornos

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

oculares en la encefalitis, estudia las parálisis asociadas de los músculos motores del ojo.

Las *parálisis de la convergencia,* cuya frecuencia es tan grande, no se debe según *Isola* a la parálisis aislada de los músculos recto-internos, porque la "mobilidad perfecta de los ojos, cuando hacemos mirar un objeto de cerca, con un solo ojo, nos indica que no hay tal parálisis en los músculos". Cita, en abono de esta modalidad paralítica de la convergencia, un caso muy interesante de personas que no podían leer con los dos ojos, pero cubriendo un ojo leían perfectamente con el ojo descubierto.

El tipo opuesto a la parálisis de la convergencia es la *parálisis asociada de la divergencia,* observada por *Isola* y *Demachiri;* parálisis de la divergencia, como la llama *Parinaud,* se debería a mirada de frente y de los lados, síntoma que se hace más evidente cuanto más se aleja el objeto de los ojos del enfermo. Esta parálisis de la divergencia, como la llama *Parinaud,* se debería a la lesión de un centro especial: el centro de divergencia, comparable exactamente al centro de la convergencia.

Si es verdad que las parálisis de los movimientos asociados constituyen un grupo de trastornos óculo-motores aparte de los nucleares, no es menos cierto que hasta la fecha no se ha determinado con precisión los centros de dicho movimiento.

Si se tiene en cuenta, como dice *Ricaldoni,* que las lesiones anatomo-patológicas de la encefalitis se extiende desde los tubérculos cuadrigéminos hasta la región bulbar inclusive, comprendiendo entre estos dos límites una serie de formaciones nucleares, orígenes de los nervios creaneales, es posible que estos núcleos óculos-motores", idea que tiene estrecho parentezco con calonados a través del sistema nervioso central.

Los recientes trabajos de *Roussy* han demostrado que las lesiones de los *tubérculos cuadrigéminos anteriores* producen trastornos oculares, entre los cuales se encuentran los movimientos asociados de los ojos.

Lhermitte pone en duda que las parálisis asociadas se deban exclusivamente a lesiones de pretendidas vías córtico-nucleares o de centros supra-nucleares, y opina que muchas de estas parálisis son en su mayor parte *parálisis internucleares.* "Por este término es menester entender — dice *Lhermitte* — los trastornos de la motilidad extrínseca, cuya razón anatómica debe buscarse en los importantes haces de unión y de asociación de los núcleos óculos-motores", idea que tiene estrecho parentezco con la del profesor *Ricaldoni.* Estos haces de asociación son el haz *longitudinal superior* y el *haz longitudinal dorsal de Schütz,* que pasan por la región yusta-silviana. Los trastornos funcionales de estos haces determinarían las variadas perturbaciones de los movimientos sinérgicos del aparato motor del ojo. *Lhermitte,* sin embargo, cree que existe verdaderas, aunque raras, parálisis de asociación, por ejemplo: la desviación conjugada lateral de la cabeza y de los ojos, debida probablemente a la lesión de los haces óculogiros o a una lesión de sus centros corticales.

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

Una prueba de la existencia de centros especiales para los movimientos asociados de los ojos, es la producción de movimientos nistagmiformes en determinadas posiciones de la mirada, particularmente en las posiciones extremas horizontales o verticales. Cuando se constata estos movimientos nistagmiformes, se puede ratificar la prueba por la excitación del laberinto; la disminución o abolición del nistagmo, después de la excitación de los canales semicirculares verticales u horizontales, depende del sentido de la pérdida de los movimientos asociados de los ojos.

Tales son los resultados del examen clínico y anatomopatológico de los trastornos de la musculatura extrínseca del ojo en la encefalitis epidémica.

En cuanto se refiere a la intensidad de estos síntomas, se encuentran todas las variaciones imaginables, desde los síntomas oculares esbozados de las formas frustradas o ambulatorias de la encefalitis, hasta los que constituyen el *síndrome ocular* de la forma letárgica de la enfermedad.

La evolución es muy variable. Las parálisis disociadas desaparecen con más facilidad que las asociadas, que perduran, en veces, mucho tiempo, constituyendo verdaderas secuelas de la encefalitis, ya aisladamente, ya formando parte de los síndromes parkinsonianos post-encefalíticos.

Al ocuparnos de los trastornos de la musculatura extrínseca del ojo, hemos dicho que las lesiones encefalíticas predominan en el mesocéfalo y muy especialmente en el núcleo de origen del nervio motor-ocular-común; este hecho explica que al lado de la oftalmoplegia externa se constate *trastornos de la musculatura intrínseca del ojo*, que dependen del tercer par craneal. Por otra parte, participan en estos trastornos el sistema nervioso de la vida orgánica; es decir, el simpático y autónomo.

Con *Dupont* debemos considerar: 1º la *parálisis de la acomodación* y 2º los *trastornos pupilares*.

1º — Según *Lhermitte* y con él la mayoría de los autores, la *parálisis del músculo ciliar* constituye el fenómeno ocular más constante, precoz y rebelde en la encefalitis.

Netter, desde sus primeras observaciones, señala la parálisis de la acomodación, y *Harris Hall*, etc., en Inglaterra, la constatan frecuentemente, al punto que este síntoma inclinó a algunos autores a pensar en la existencia del botulismo.

Es indudable, la analogía de los síntomas oculares de la encefalitis con los que presenta el botulismo; pero, como dice *Dupont*, esta última enfermedad se acompaña de midriasis intensa y de fenómenos intestinales graves, que llaman la atención hacia una intoxicación alimenticia.

Morax y *Bollack*, tantas veces citado, han constatado, igualmente, la presencia de parálisis de la acomodación. En 16 observaciones de *Dupont*, 13 veces constató este autor la paresia de la acomodación.

En cuanto a su evolución, puede aparecer desde el principio de la enfermedad, para desaparecer definitivamente después

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

de algunas horas o algunos días; en veces la parálisis de la acomodación reaparece a intervalos, más o menos alejados. En fin, ella puede persitir durante la convalescencia; el enfermo no presenta fiebre, ni somnolencia, ni fatiga marcada, ni ningún signo ocular, a excepción de una paresia de la acomodación que necesita una lente de aumento para la lectura a 0'25 cm. (Dupont). La parálisis de la acomodación puede, pues, constituír una secuela de la encefalitis epidémica.

2º — *Los trastornos pupilares.* — Al lado de la paresia y parálisis del músculo ciliar aparece, casi siempre, la musculatura del iris más o menos alterada.

Según *Dupont*, dos órganos de filetes nerviosos llegan al iris: "1º filetes irido-dilatadores, que tienen doble origen: uno bulbar (núcleo del trigémino) y uno especial (médula cervical); 2º filetes irido constrictores que vienen de los núcleos de origen del motor ocular común". La inervación del iris, es cuestión, hasta la fecha, muy debatida, sobre todo en lo que respecta al juego de los elementos irido-constrictores e irido-dilatadores. Así, tratándose de la *anisocoria* no es posible determinar, precisamente, si se debe a la excitación de los filetes dilatadores o a la paresia e inhibición de los constrictores o viceversa.

Audibert, Wegefath y *Ayer y Morax*, mencionan la *anisocoria* en la encefalitis epidémica. *Dupont* cita una observación muy interesante de "anisocoria a báscula", "la pupila derecha siendo ora más grande, ora más pequeña que la izquierda". Este síntoma, como la parálisis de la acomodación, puede persistir durante la convalescencia a manera de secuela.

Lhermitte hace hincapié sobre la frecuencia de la disminución de la contracción iridiana asociada a la parálisis de la acomodación—convergencia con conservación del reflejo foto-motor. El autor, apoyándose en las observaciones de *Bollack*, opina que "en razón de las relaciones estrechas que unen los núcleos motores de los rectos internos y los centros irido-constrictores, el ataque de los primeros debe acompañarse, frecuentemente, de la pérdida del movimiento pupilar asociado a la convergencia y a la acomodación, que, frecuentemente, aparece debilitada o abolida".

La *miosis doble* ha sido señalada por *Ely* al principio de un caso de encefalitis; fenómeno que se debería, según *Dupont*, probablemente a una lesión irritativa del centro irido-constrictor. Este síntoma ha sido, igualmente, señalado por *Ricaldoni* de Montevideo, pero formando parte del síndrome de *Claude Bernard-Horner*. Para el gran clínico uruguayo la miosis doble, bilateral, sería consecutiva a la lesión de las fibras óculo-pupilares que pasan por el bulbo y la protuberancia, es decir de las fibras irido-dilatadoras. — (Poulard, en *Questions Neurologiques d'Actualité*, 1922, pág. 377. Schema pour expliquer le mecanisme des mouvements pupillaires).

Como puede apreciarse, la explicación de este fenómeno es dualista, salvo algunos casos en los cuales síntomas concomitantes permiten una localización más precisa; tal el caso de síndro-

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

me clásico de la parálisis del simpático cervical, observado por *Combemale* y *Dupont*, al mismo tiempo que otros síntomas clásicos de la encefalitis epidémica.

La *midriasis doble* (¿lesión destructiva del centro iridoconstrictor?) y la *irregularidad pupilar* han sido señalados entre los síntomas que constituyen el síndrome ocular encefalítico.

Desde la iniciación de la pandemia llamó la atención de los observadores la disociación entre los reflejos foto-motor y acomodador: frecuente paresia o parálisis de este último con integridad del primero.

Las epidemias sucesivas han invalidado la afirmación de la inexistencia del *signo de Argyll-Robertson*. Efectivamente, muchos autores europeos y americanos han constatado la existencia de este signo, en ausencia de manifestaciones clínicas y biológicas de lues. *Isola*, en el Uruguay, que ha hecho, como ya lo hemos manifestado, un estudio muy completo de los trastornos oculares en la encefalitis epidémica, señala la frecuencia de alteraciones pupilares en enfermos por él observados, alteraciones que se refieren tanto a las reacciones pupilares a la luz como a las de la acomodación.

Dupont, en su citada tésis, dice: "Si los reflejos pupilares a la luz son rara vez abolidos, en cambio ellos son frecuentemente disminuidos".

Este autor ha constatado la lentitud de la contracción pupilar con disminución de amplitud en 8 sobre 16. Así mismo ha observado la asociación de la paresia del reflejo foto-motor con la del movimiento asociado a la convergencia.

Como todas las manifestaciones oculares de la encefalitis, estas reacciones pupilares son muy variables, opinión que corrobora *Lhermitte* cuando dice: "En la encefalitis la disociación funcional del iris es temporal, fugaz, transitoria", caracteres que la distinguen de la disociación tipo Argyll Robertson observada en la sífilis que es, al contrario, estable, persistente, irreductible.

Como caso excepcional, señalaremos la persistencia de la disminución o abolición del reflejo foto-motor durante la convalescencia, que constituye en este caso una secuela de la enfermedad.

Cuestión muy importante es la interpretación del signo de Argyll-Robertson. *Lhermitte* ha intentado la explicación de este fenómeno. Según este autor, la alteración del tractus óptico (nervio óptico, bandeleta, centro cuadrigeminal) puede explicarse satisfactoriamente la abolición del reflejo foto-motor, reflejo que contrasta con la conservación de la contractibilidad iridiana a la acomodación y a la convergencia". En efecto, si se recuerada por una parte, la existencia de lesiones inflamatorias de tipo encefalítico en la región de los tubérculos cuadrigémicos anteriores y las experiencias en el moto realizada por Karplus y Kreidl—citadas por *Lhermitte*—que demuestran que la sección sagital de la región cuadrigeminal determina la aparición del signo de Argyll-Robertson;

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

y, por otra parte, las observaciones de *Guido Sala, Marina* y *Lafand,* sobre las lesiones de los ganglios ciliares en casos de Argyll-Robertson, se convendrá con *Lhermitte,* tantas veces citado, que el problema de la disociación de la contractibilidad iridiana a la acomodación y al reflejo foto-motor no está actualmente resuelto.

Si la oftalmoplegia externa total es muy rara, extraordinaria, la *oftalmoplegía interna total* es verdaderamente excepcional. A través de nuestra búsqueda bibliográfica, sólo hemos podido recoger una interesante observación de *Demole.* En ese caso, "la optalmoplegia interna fué muy intensa y lentamente regresiva, contrastando con la oftalmoplegia externa que fué ligera y fugaz".

Además de los nervios oculares (II, IV y VI pares), pueden ser lesionados los núcleos de origen de los diversos nervios craneales. De todos ellos, el VII par es el más frecuentemente atacado; la parálisis facial puede ser unilateral o bilateral, y atacar separada y desigualmente — como observa *Achard* — el facial superior y fácil inferior. Esta parálisis, es como la de los nervios oculares, disociada, parcelaria y extenso-progresiva, según los términos consagrados por *Lhermitte.*

Ricaldoni ha observado la evolución en báscula de la parálisis facial.

El *trigémino* (núcleo masticador), el *gloso faringeo,* el *hipogloso* y el *pneumogástrico* pueden ser más o menos comprometidos. *Rietti* ha descrito un caso de parálisis del músculo serrato mayor, por compromiso del gran nervio torácico.

La localización bulbar del proceso encefalítico da lugar a alteraciones secretorias, de la deglución y fonación, del ritmo respiratorio y circulatorio, por compromiso del IX, X y XII pares nerviosos. En algunos casos los síntomas recuerdan exactamente la parálisis labio-gloso-laringea.

Happ y Mason señalan un caso de disartria, dependiente de la tensión dolorosa de la lengua. ¿Se trata en este caso de un fenómeno hipertónico?

Tanto las neuronas motoras superiores como las inferiores, puede ser atacadas por el virus encefalítico. Así pueden presentar monoplegias, hemiplegias, paraplegias. Algunas de estas parálisis se acompañan de trastornos amiotróficos que obligan a pensar en la lesión de la neurona periférica a nivel del cuerno anterior de la médula, de las raíces o de los nervios.

Generalmente estos trastornos paralíticos que asumen los tipos anatomo-clínicos, más variados y caprichosos, son de corta duración y no dejan sino insignificantes secuelas en el peor de los casos.

En los caso de monoplegias o de hemiplegias, casi siempre frustradas, el síndrome paralítico es disociado, pasagero y móvil, demostración fehaciente del ataque parcial del haz piramidal; el *síndrome piramidal disociado* de Widal. Las modificaciones de los reflejos son igualmente móviles y pasageras, y traducen la

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

marcha y evolución del proceso en los diversos territorios nerviosos atacados.

Los *fenómenos de excitación* abren muchas veces la escena mórbida en la encefalitis epidémica y presentan diversidad de defectos. *Achard,* haciendo la historia retrospectiva de un caso de encefalitis epidémica, observado con *Paisseau* en 1904, refiere que la enfermedad se inició con *convulsiones epileptiformes,* mordedura de la lengua y demás síntomas comiciales. Observaciones semejantes han sido relatadas por *Chauffard, Netter* y, principalmente, por *Guillain. Durand* ha señalado casos de accidentes epileptiformes, pero con la particularidad que faltan la mordedura de la lengua y la emisión involuntaria de la orina. *André Thomas y Henri Rendu* han publicado un caso muy interesante, que se inició bruscamente con dos crisis epileptiformes de algunos minutos de duración, estas crisis se repitieron los días sucesivos, adquiriendo tal intensidad, frecuencia y duración, que constituyeron un verdadero "estado de mal" que se prolongó más de veinticuatro horas. A este "estado de mal", sucedió después de un período de calma, una letargia profunda, y, por último, en la convalescencia, un zona intercostal de erupción muy discreta y evolución rápida.

Esta observación es la más importante al respecto, que hemos recogido a través de la extensa bibliografía de la encefalitis, y se presta a interesantes disquisiciones etiopatogénicas de las cuales nos ocuparemos en otro capítulo.

Las formas convulsivas de la encefalitis adoptan, generalmente, el *tipo Jacksoniano,* como en las observaciones de *Khoury, Chauffard, Denechau* y otros autores. *Happ* y *Mason* han observado en los niños convulsiones epiléptiformes al principo de la encefalitis. La patogenia de estas manifestaciones epileptiformes está estrictamente vinculada a la de las denominadas impropiamente epilepsias esenciales. Ya se deban según *Bouché* a la irritabilidad dependiente de un desquilibrio iónico en el tejido nervioso cortical ya como quiere *Hartemberg,* a una inhibición total o parcial de las funciones superiores del cerebro, con el consiguiente desencadenamiento de los automatismos motores inferiores, el hecho es que un mismo principio patogénico debe presidir el desarrollo de estos episodios convulsivos.

Los movimientos mioclónicos ocupan lugar muy importante en la sintomatología nerviosa de la enfermedad que nos ocupa. Las mioclonias son contracciones rápidas e involuntarias, rítmicas, "a ritmo eléctrico" (Sainton) de un músculo o grupo de músculos, con movimiento de las articulaciones o sin el (Happ and Mason).

La importancia clínica de estos movimientos mioclónicos es tan grande que muchas veces constituyen, exclusivamente, una de las formas clásicas — podemos decir así — de la encefalitis epidémica: *la forma mioclónica.*

Los movimientos mioclónicos escapan a la acción de la voluntad y desafían todos los medios puestos en juego para de-

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

tenerlos o disminuir su frecuencia e intensidad. Al contrario, las emociones pueden aumentar su frecuencia.

Los músculos abdominales son los más frecuentemente atacados, predilección ya anotada por *Sicard y Kudelski* en sus primeras comunicaciones a la Sociedad Médica de los Hospitales de París y confirmada por observaciones posteriores.

Después vienen en orden de frecuencia, los miembros, especialmente los superiores: el cuello, la cara, etc. Las sacudidas mioclónicas interesan excepcionalmente algunos órganos. Así, por ejemplo, *Ricaldoni* menciona la mioclonia simétrica de los párpados, el *parpadeo contínuo* que alcanza hasta 200 sacudidas al minuto; señala, también, *movimientos de balanza del escroto*, observado ya por *Sabatini*, y el nistagmo o clonismo de la mano. Rara vez se ha observado el compromiso del bulbo-cavernoso, cuya mioclonia determina erección y sacudida del pene. El globo del ojo sufre, en muchos casos, oscilaciones muy irregulares: movimientos en todos los planos, inclusive el ántero-posterior, fenómeno que según *Happ* y *Mason* no ha sido descrito en ninguna otra enfermedad, y al cual han denominado *Sicard y Kudelski mioclonia ocular*. Algunos autores consideran esta mioclonia ocular como un verdadero nistagmus.

Las mioclonias pueden tener carácter progresivo: primitivamente circunscritas a un grupo muscular o a un número muy limitado de músculos, pueden lenta o bruscamente generalizarse a todo el cuerpo.

Tal el caso de *Carnot* y *Gardin* de mioclonia ascendente progresiva. Esta paramioclonux a marcha accendente se inició por los miembros superiores, luego se extendió a los músculos del vientre y, por último, a los miembros superiores y la cara.

Las mioclonias afectan ya un segmento del cuerpo, ya una mitad del cuerpo (hemimioclonia), ya ambos lados simultáneamente; ya ofrecen la forma de la hemiplegia alterna, tipos *Millard-Gübler* y *Weber*, observados por Ricaldoni en el Uruguay y por *Sicard* y *Kudelski* en Francia; ya, en fin, adoptar todos las modalidades clínicas imaginables.

Gasbarrini, en un notable trabajo de conjunto sobre le encefalitis epidémica, estudia la *evolución de las mioclonias*. "Las sacudidas musculares — dice este autor — generalmente no son estables; sucede, a menudo, verlas desaparecer más o menos rápidamente; las más persistentes son las contracciones abdominales, que en algunos casos han continuado hasta la muerte, a diferencia de las clonias de los músculos faciales y del cuello que tienen un particular carácter de fugacidad. No es raro advertir muchos meses después de la forma encefalítica sobresaltos musculares circunscritos a un músculo o parte de él. Recuerdo un enfermo en el cual, después de más de un año de enfermedad, persistía como única manifestación póstuma una mioclonia localizada exclusivamente al músculo tibial anterior derecho que aparecía hipotrófico". Como puede apreciarse por la

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

descripción de *Gasbarrini*, las mioclonias pueden, en algunos casos, pasar a la categoría de *secuelas* o constituir por sí solas expresiones crónicas de la dolencia.

¿Cuál es la explicación de estas mioclonias? Problema de difícil solución. *Pilotti*, en un extenso y bien documentado trabajo, ha expuesto diversas hipótesis que se han emitido para explicar estos movimientos.

Sin entrar en consideraciones sobre la posición nosológica de las mioclonias, ya que—como dice Schupfer—las mioclonias pueden presentarse en afecciones tan diversas por su origen y evolución que debe estimarse simplemente como síntomas, expondremos las diversas opiniones expuestas sobre la patogenia y anatomía patológica de estos trastornos motores.

La primera observación, hecha con criterio rigurosamente científico, pertenece a *Friedriech* en 1881. Este autor describió una afección caracterizada por movimiento clónicos, desiguales, asimétricos, arrítmicos, ya contínuos o paroxísticos, principalmente de los miembros, y que se reproducen en número de 50 a 150 por minuto. El estado mental de estos enfermos está generalmente deprimido. Esta dolencia constituye el *paramioclonus multiplex* o *policlonia esencial*. Esta observación sirvió de punto de partida para el estudio de las mioclonias.

Ahora bien, teniendo en cuenta el hecho tan interesante de la aparición en el cuadro clínico de la encefalitis epidémica, de contracciones clónicas simultáneas de diversos grupos musculares, cuyos centros de inervación no tienen relación directa anatómica ni funcional, — como observa *Gasbarrini*—tendremos que convenir, con este autor, que este hecho insólito conduce al estudio del complejo mecanismo de la policlonia esencial o paramioclonus múltiplex de Friedriech, síndrome observado en el curso de la pandemia encefalítica por *Carnot* y *Gardin* en Francia y por *Dagnini* en Italia.

Friedreich en la interpretación patogénica de su caso de paramioclonus admite que "ciertos grupos de células ganglionares de la médula, en estado de exagerada sensibilidad, producen sacudidas musculares que se repiten con breves intervalos". Aseveración ratificada por las investigaciones de *Unverricht*, *Schupfer*, *Wolland* y otros autores.

Unverricht admite que se trata de una excitación de los ganglios motores de la médula espinal y esta opinión se apoya en la simetría e isocronía de la afección; por otra parte, el mismo autor expresa que la corteza cerebral produce solamente movimientos coordinados, pero no genera un movimiento clónico aislado de un músculo, como el supinador largo por ejemplo. *Poggio* — citado igualmente por *Pilotti* — sostiene, con motivo de una observación de policlonia esencial, la hipótesis de Freidreich.

Wolland ha estudiado cuatro casos de síndrome epileptomioclónico desde el punto de vista anatomo-patológico y admite una localización especial para la expresión mioclónica de la enfermedad de Unverricht.

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

Otros autores opinan contrariamente a los anteriores y piensan que la lesión de la corteza cerebral constituye la causa de las mioclonias. Esta opinión ha sido preconizada por *Murri*, *Seppelli*, *Clarck* y *Prout*, *Massalongo*, *Gravitz* y tantos otros.

Murri que, al decir de *Pilotti*, ha tratado con gran profundidad el estudio de los movimientos mioclónicos, establece una síntesis anatómica y clínica de la clonia y de la corea. El trastorno motor dependería del estado clonógeno o coreógeno de la corteza. Este autor ha encontrado lesiones en la corteza cerebral en casos de poliklonia y en casos de corea, circunstancias que apoyan su hipótesis del común substractum anatómico de ambos síntomas.

Esta opinión tiene cierta vinculación con las emitidas por otros autores sobre la causa del síndrome epiléptico-mioclónico y la patogenia de la mioclonia.

Las investigaciones de *Rossi* y *González*, de *Jacquin* y *Marchand*, de *Claude Lyonne*, han demostrado en casos de mioclono-epilepsia, la existencia de lesiones en la corteza cerebral, principalmente en la zona rolándica. Ya se trata de una atrofia de los elementos de toda la corteza, con especial localización rolándica, ya de una esclerosis preferentemente del estrato o capa molecular acompañada de atrofia de las células piramidales y disminución de las fibras tangenciales; pero, al lado de estas lesiones cerebrales, se han encontrado, igualmente, lesiones atípicas de las células de los cuernos antriores de la médula.

Dada la condición esencial para la producción de la mioclonio-epilepsia, que es la exagerada excitabilidad de la corteza motriz del cerebro, ¿cuál es la razón que explica la producción de la mioclonia en lugar de la epilepsia? *Salkind* dice a este respecto que la intensidad del mismo estímulo morboso debe ser diverso en uno y otro orden de fenómenos. Este autor ha hecho experimentos de electrización de la corteza: una estimulación ligera determina una contracción brusca de algunos grupos musculares; si, ahora, se prolonga o aumenta la excitación se difunde por toda la corteza y se produce la contracción clónica de mayor número de músculos, hasta generarse, al fin, un verdadero acceso convulsivo.

Fragnito, con motivo de un caso de tumor rolándico y mioclonia, concluye diciendo: "una lesión cortical para que sea capaz de producir una mioclonia debe interesar directamente la zona motriz y no su vecindad, y penetrar profundamente en la estructura cortical y no superficialmente".

Economo coloca los movimientos mioclónicos bajo la dependencia de la corteza, admitiendo, también, la intervención del bulbo en las sacudidas musculares del abdomen.

Dice que es dudoso que los movimientos de orígen cortical sean rítmicos, y admite que las mioclonias se deben a la acción de centros subcorticales. Por otra parte, *Guize-*

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

tti ha encontrado los tejidos corticales y subcorticales indemnes en caso de mioclonia encefalítica.

Jorge — tantas veces citado — niega el origen cortical de las mioclonias, fundado en la provocación de estos movimientos por excitación de los reflejos.

Clark, inspirado en las ideas e investigaciones de Ramsay Hunt sobre las funciones del cuerpo estriado, ha querido dar la explicación de la mioclonia esencial: el papel del *neoestriatum* sería coordinador e inhibidor de los movimientos; el del *paleoestriatum* esencialmente tónico-muscular. Ahora bien, dada las relaciones que el cuerpo estriado tiene, por intermedio del tálamo óptimo, con la corteza cerebral, el cerebelo y los mecanismos sensoriales periféricos, ejercería una acción de control sobre el sistema piramidal, por intermedio de la vía rubro-espinal de Monakow. Una lesión que trastornara la integridad funcional del *neoestriatum* explicaría, por consiguiente, la perturbación del delicado e intrincado mecanismo de los movimientos automáticos que se traduce por trastornos coreicos, mioclónicos, etc.; y produciría, así mismo, trastornos de los movimientos voluntarios que se acompañan de movimientos automáticos, cuyo regular funcionamiento es indispensable a la harmonía motriz, condición *sine qua non* para la vida de relación.

De acuerdo con la opinión de *Clark*, están los autores que quieren localizar en el mesocéfalo toda la semiogenia encefalítica, aunque no se precisa la zona, cuya lesión da origen a los movimientos mioclónicos.

La larga exposición que hemos hecho sobre la patogenia de las mioclonias nos indica que no existe en la actualidad, que nosotros sepamos, una explicación unívoca sobre la localización y mecanismo de estos movimientos. Bástenos citar, para corroborar lo anteriormente dicho, algunas opiniones al respecto. Así *Lugaro* y *Soury* — entre otros — admiten el origen múltiple de la poliolonia, y consideran la mioclonia como un síntoma, como la expresión del *"estado neuroclónico"* de la neurona motora.

Pilotti, con motivo del estudio histopatológico de un caso de policlonia esencial, concluye que las lesiones que pueden encontrarse son múltiples: ya se trata de lesiones en el *núcleo dentado*, como en el caso de epilepsia mioclónica de *Sioli*, ya del *núcleo rojo*, como en el de *Mumorzeff*, ya de médula espinal, ya, en fin, en la corteza cerebral, como lo demuestra la anatomía patológica.

La pandemia encefalítica ha tenido el raro privilegio de poner sobre el tapete científico el problema del origen de tantas manifestaciones nerviosas; y, entre estas, las mioclonias han llamado considerablemente la atención; pues, como se recordará, estos movimientos anormales constituyen por sí solos la forma mioclónica de *Sicard* y *Kudelski*, que estos autores han asimilado a la corea eléctrica de Dubini.

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

El estudio clínico, por una parte, y la anatomía patológica, por otra, han demostrado la multiplicidad de lesiones encontradas y la dificultad de explicar por un solo mecanismo patogénico este trastorno motor. Así, dice *Gasbarrini:* "Cuando se piensa en la variedad y multiplicidad de asiento de esta enfermedad, comprenderemos fácilmente como está justificado, un cierto ecleticismo patogénico. Así, para los fenómenos de excitación motora (por ejemplo, la mioclonia, la corea, los tremores, etc.) el origen no debe buscarse siempre en un mismo lugar, es decir en la corteza cerebral, el mesencéfalo o en la médula espinal; y, si podemos invocar para algunos casos el origen cortical, según la interpretación de Murri, no se puede negar, por otra parte, que en otros casos, que presentan los mismos síntomas, se ha encontrado alteraciones de los ganglios de la base del mesocéfalo, del cerebelo o de la médula espinal" Tales son las ideas de *Gasbarrini*, las cuales coinciden admirablemente con las de *Pilotti* sobre la pluripatogenia de los movimientos mioclónicos.

Sin embargo, hay casos en la literatura de la encefalitis epidémica que demuestran, por lo menos, la frecuencia de lesiones medulares en la forma mioclónica de esta enfermedad; me refiero al interesante caso de *Froment* y *Bouchut*, que presentó mioclonias limitadas a ciertos músculos: al biceps crural, al tibial anterior y a uno de los haces del extensor común de los dedos, curiosa disociación del trastorno motor que hace pensar, en este caso, en el origen medular de estas mioclonias.

Las investigaciones anatomo-patológicas de *Levaditi* y *Harvier* en casos de encefalitis mioclónica, revelan al lado de lesiones del *pedúnculo*, particularmente del *locus niger, alteraciones medulares* que, en concepto de estos autores, "permitirían interpretar la patogenia de la forma mioclónica de la encefalitis epidémica. De la misma manera, el *hipo epidémico* que constituye, al decir de *Sicard*, una forma monosintomática de la encefalitis mioclónica parace depender de lesiones espinales de la región cervical superior (*Clerc y Foix, Barbier* y *Bertrand*, etc.)

En apoyo del origen medular de las mioclonias, podemos citar — para terminar esta larga enumeración de hipótesis y pruebas — hechos clínicos de algio-mioclonias que revelan la intervención meningo-mielo-radiculitis.

En plena epidemia de encefalitis, algunos autores como *Ardin-Delteil, Lereboullet* y *Mouson, Souques*, etc. relataron en la Sociedad Médica de los Hospitales de París, casos de corea acompañada o seguida de síntomas de encefalitis, que obligaron a establecer la *forma coreica* de esta enfermedad. Más tarde, se presentaron casos de corea grave febril, "independiente de toda otra manifestación de encefalitis", como los observados por *Levaditi* y *Harvier.*

Como sabemos, los movimientos coreicos presentan los siguientes caracteres: instabilidad perpétua e incoordinación;

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

además, son ilógicos y contradictorios, y se exageran bajo la acción de las emociones y durante los movimientos intencionales. Estos movimientos comprometen, principalmente, la cara (muecas) y los miembros; "generalmente predominan del lado izquierdo y rara vez son rigurosamente unilaterales".

Al lado de síndromes coreicos verdaderos, se constatan *movimientos atetósicos* o, más frecuentemente, *coreo-atetósicos*.

Los movimientos atetósicos son involuntarios, irregulares, ilógicos, pero de pequeña amplitud; predominan en las extremidades y se ejecutan lentamente. Estos movimientos se encuentran formando parte de algunos síndromes motores observados en la encefalitis, como por ejemplo: el *síndrome talámico con hemicorea atetósica* y trastornos de la sensibilidad, descrito por *Howe;* el síndrome talámico con agitación coreica, hemiparesia y dolores, descrito por *Ardin-Delteil;* el *síndrome de la calota peduncular* de *Lortat-Jacob* y *Hallez,* y tantos otros.

"Estos trastornos coreo-atetósicos — como dice Achard — tienen de particularmente interesante que no sólo se observan durante la evolución subaguda de la enfermedad sino pueden persitir al estado de secuelas".

Los movimientos coreo-atetósicos son de tal importancia en la encefalitis, que *Plait* dice: "Las observaciones que señalan esta asociación de movimientos coreo-atetósicos a los otros síntomas cardinales de la encefalitis, son tan numerosas que nosotros no podríamos señalarlas todas. Se podría casi decir que movimientos coreo-atetósicos, más o menos discretos, forman parte integrante del cuadro sintomático de la afección".

En una comunicación presentada por *Pierre Marie* y *Mlle. G. Levy* a la Sociedad Médica de los Hospitales de París, en la sesión del 29 de Noviembre de 1918, estos autores hacen mención de diez casos de movimientos involuntarios de aparición rápida que pueden relacionarse con la encefalitis epidémica. En dicha comunicación los citados autores llaman la atención sobre las circunstancias siguientes: los diez enfermos presentan movimientos involuntarios de los miembros, del tronco o de la cara, "variables en su forma de un enfermo a otro, pero presentando grandes analogías". Estos movimientos ofrecen diversos tipos. Así, en algunos se observan pequeños movimientos a oscilación fija, localizados sobre todo a las extremidades de los miembros; en otros, "grandes movimientos lentos, regulares, generalmente síncronos, de los miembros superiores e inferiores, y predominando en la raíz del miembro". Se observó, igualmente, "movimientos coreiformes de amplitud y localización variables". En fin, un enfermo presentó "movimientos enteramente particulares de contorsión del tronco, especie de reptación que interrumpía la marcha y terminaba por una erección lateral de la cabeza, seguida del gesto antagonista, como en los tortícolis mentales".

Los autores después de hacer diversas consideraciones sobre el aspecto clínico peculiar de estos movimientos y su re-

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

lación cronológica con la encefalitis, concluyen en la posible unidad patogénica de estos movimientos.

Pierre Marie y Mlle. Levy, en un trabajo posterior, han hecho un ensayo de sistematización de los movimientos involuntarios observados en la encefalitis epidémica. Esta clasificaócin comprende cuatro grupos: "movimientos lentos a grandes oscilaciones, del tipo *bradicinético;* movimientos débiles oscilaciones, del tipo *microcinético;* las sacudidas musculares, del tipo *mioclónico;* los temblores del tipo *tremulante.*

Formando parte de los trastornos motores, algunos autores señalan la *mioquimia;* es decir, contracciones contínuas de las fibrillas musculares. Este tremor fibrilar — observa *Nicolai* — está frecuentemente asociado a la mioclonia, con la cual parace tener estrecho parentezco patogénico.

El *tremor* ha sido señalado en la encefalitis, y constituye uno de los síntomas motores más frecuentes. *Gasbarrini*, en su notable estudio de conjunto, sobre la encefalitis, ocúpase del tremor que forma parte del período de estado de la enfermedad y del tremor síntoma constitutivo del síndrome parkinsoniano post-encefalítico.

El tremor — según observación de *Happ y Mason* — es frecuente en los casos con ligera espasticidad general. Este síntoma puede ser generalizado o parcial. Cuando se localiza al miembro superior la mano sufre oscilaciones muy finas en direcciones diversas, principalmente en el plano vertical. El tremor se acentúa con los movimientos voluntarios.

Los diversos movimientos involuntarios constituyen la expresión anatomo-clínica más elocuente de la localización del proceso encefalítico en la vasta zona comprendida entre la región subóptica y el pedúnculo cerebral.

Respecto a la patogenia de los movimientos coreicos y coreo-atetósicos, de las oscilaciones bradicinéticas y del tremor, cabe repetir la opinión de *Gasbarrini* sobre el eclecticismo patogénico en los trastornos motores. Sin embargo, estudios muy recientes sobre la fisiología patológica de los núcleos opto-estriados y demás formaciones grises subtalámicas, permiten conocer mejor la topografía de las lesiones.

Los estudios de anatomía comparada y de embriología, por una parte, y las investigaciones anatomo-clínicas, por otra, han permitido a *Ramsay-Hunt* distinguir en el *cuerpo estriado* dos formaciones: el *paleoestriatum* o *pallidum* de *Oscar* y *Cecile Vogt* y el *neoestriatum* o *estriatum* de los Vogt. El estriatum constituído por la parte externa del *núcleo lenticular* sería, sobre todo, un moderador del tono muscular.

No entraremos ahora en disquisiciones respecto al rol funcional de estas dos formaciones, reservándonos para cuando tratemos de las manifestaciones crónicas de la encefalitis, y muy especialmente del parkinsonismo post-encefalítico; bástenos, ahora, manifestar que tanto el estriatum como el pallidum parecen constituír un sistema motor completo, o sensitivo-mo-

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

tor según algunos autores, independiente del sistema piramidal; este sistema estaría constituído por un centro — el cuerpo estriado—, una vía aferente que viene de la capa óptica y lo pone en relación con el cerebro, el cerebelo, etc., y vías eferentes — el sistema palidal de Ramsay-Hunt — que lo reunen a los órganos sub-ópticos y, por su intermedio, a la vía motriz extrapiramidal; es decir, a la vía descubierta por *von Monakow* en los animales y actualmente mal conocida en el hombre: *el haz rubro-espinal,* que nace del núcleo rojo, pasa al lado opuesto por la decusación de Forel y desciende, luego, hasta la médula sacra en el cordón lateral de la médula, al lado del haz piramidal. Ahora bien, siguiendo a *Souques,* podemos decir que "es probable que haya en el cuerpo estriado, como en la corteza cerebral motriz, localizacionas para cada miembro y para cada trastorno del movimiento y que el asiento de las lesiones rija la distribución de la hipertonía y de los movimientos voluntarios y determine, también, los síntomas diferenciales que distinguen los síndromes estriados los unos de los otros.

La existencia de localizaciones estriadas explicaría, satisfactoriamente, las modalidades tan diversas que ofrecen estos movimientos involuntarios, rítmicos o arítmicos.

En resumen, según *Ramsay Hunt* los movimientos coreo-atetósicos se deben a lesiones de las pequeñas células, tipo II de Golgi, del neoestriatum.

Según algunos autores, las lesiones pueden comprometer la vía centrípeta o aferente, cerebelo rubro-talámico-cortical, o bien la vía centrífuga o eferente, lentículo rubro espinal.

Como puede apreciarse por lo expuesto, se trata de lesiones que afectan al sistema estriado, ya en sus centros, ya en sus vías aferentes o eferentes. De estas consideraciones se deduce que lesiones topográficamente distintas generen el mismo tipo de incoordinación motriz. Así se citan, en la profusa literatura encefalítica, alteraciones observadas en la capa óptica, el pedúnculo cerebral, el pedúnculo cerebeloso, los núcleos grises protuberenciales, etc., etc. En la mayoría de los casos las lesiones son múltiples. Así, por ejemplo, en los casos de corea grave febril, observados en la epidemia de encefalitis, *Harvié* y *Levaditi* y *Pierre Marie* y *Tretiakoff* han encontrado lesiones en la corteza cerebral, el putamen, el cuerpo estriado y la región bulbo protuberancial, lesiones semejantes a las de la corea de Sydenham, aunque en esta última enfermedad las lesiones son más difusas.

Antes de concluír lo concerniente a la patogenia de los movimientos incoordinados, manifestaremos que *Achard* — entre otros autores de valía — señalan la *alteración talámica* como la lesión que "parece más apta para explicar estos movimientos". Esta aseveración está en desacuerdo con los recientes estudios de *Roussy* sobre el síndrome talámico y la causa de los movimientos coreo-atetósicos.

El síndrome talámico de Dejerine-Roussy presenta en su sintomatología al lado de la hemiplegia, la hemianestesia

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

superficial, la hemiataxia ligera, la astereognosia y los dolores intensos del lado hemiplégico, movimientos coreo-atetósicos. La lesión — como sabemos — está localizada en la capa óptica, e interesa el núcleo externo en su parte postero-externa, una parte de los núcleos mediano e interno y la parte correspondiente de la cápsula interna.

Los movimientos coreo-atetósicos observados en este síndrome han sido atribuídos por *Gowers* y *Nothnagel* a lesiones de la capa óptica, y por la escuela neurológica francesa a lesiones de la vecina cápsula interna, y del haz piramidal en cualquier punto de su trayecto.

Las recientes investigaciones de *Cecile* y *Oscar Vogt*, de *Ramsay Hunt*, de *Lhermitte* y *Cornill* y de *Wilson* sobre las funciones del cuerpo estriado, fueron motivo para la revisión de la causa de los movimientos coreo-atetósicos en el síndrome talámico, revisión efectuada por *Roussy* y *Lucien Cornil*.

El primero de los citados autores dice al respecto: "Se tiene el derecho de suponer, como lo he hecho con L. Cornil, que en nuestros enfermos, los fenómenos coreo-atetósicos son precisamente debidos a que el foco de destrucción interesa una parte más o menos grande de la cola del núcleo lenticular. Entiéndase bien, no se trata por el momento más que de una hipótesis, que nosotros hacemos con todas las reservas que la ausencia de verificación anatómica obliga hacer". Sin embargo, a continuación dice: "En los casos que existía movimientos atetósicos muy pronunciados la lesión interesaba el cuerpo estriado".

El párrafo trascrito es tan elocuente que huelga todo comentario sobre el origen de estos movimientos.

Es relativamente frecuente la aparición de síntomas cerebelosos en el curso de la encefalitis formando parte importante de los trastornos motores. *Achard*, en su monografía, menciona la *asinergia*, la *astereognosia*, la *adiadococinesia*, la *ataxia*, y la *hipermetría*; *Gasbarrini* señala la *aptitud cataléptica*, durante la enfermedad; o como secuela; manifestación que *Fragnito* identifica como la catalepsia cerebelosa de Babinski. *Tilney* y *Howe* en su notable trabajo monográfico, aislan una forma de encefalitis: el *tipo cataléptico* caracterizado por la presencia, entre otros síntomas encefalíticos, de dolores de los miembros, parálisis fugaces, somnolencias, etc., etc., de *rigidez general del cuerpo*, en ausencia de manifestaciones meningeas; esta rigidez puede mantener el cuerpo en flexión o bien adoptar la actitud llamada por *Hall: actitud de esfinge en la tumba*. El enfermo cataléptico de *Tilney* y *Howe*, no podía mover los miembros de un lado a otro; la audición estaba conservada, pero era incapaz de responder a las preguntas. Respecto a las demás percepciones sensoriales era imposible formarse juicio alguno, La reflectividad superficial y profunda estaba indemne. El tono muscular muy aumentado.

(Continuará)

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

Prensa Médica Española

EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES POR LA INSULINA.—Desde que von Mering y Minkowski, en el año 1885, demostraron que la extirpación total de páncreas producía en los perros una diabetes mortal, por completo semejante a la diabetes grave del hombre, quedó establecida sobre esta sólida base experimental la patogenia pancreática de la diabetes sacarina, siendo reforzada la teoría por el éxito de que fueron seguidos los injertos de trozos de páncreas hechos en el tejido celular de los perros previamente despancreatomizados.

Demostrado el importante papel que juega el páncreas en el metabolismo hidrocarbonado, Shaffer explicó esta función admitiendo que la glándula pancreática producía una secreción interna necesaria para el consumo de la glucosa; el mismo fisiólogo localizó la glándula endocrina no en los acinis que segregan el jugo pancreático, sino en los islotes de Langerhans.

Los diversos extractos preparados, desde entonces, fracasaron todos; la causa de su insuficiencia debía estar en la técnica de su preparación; así pensaron incluso los que no vieron seguidos de éxito sus extractos, y también Banting cuando decidió practicar nuevos intentos inspirándose, según él mismo dice, en las ideas expuestas por Scott en 1912, admitiendo que si los extractos de páncreas no contenían la hormona de su secreción interna sería debido a que era destruída por los fermentos proteolíticos formados por la misma glándula y que integran su secreción externa.

El primer extracto de páncreas demostrado eficazmente activo en la diabetes experimental del perro fué obtenido por Banting y Best con páncreas de este animal, al que previamente se había efectuado la ligadura de su conducto excretar, para producir la degeneración de los acinis glandulares y poner, por tanto, la hormona a salvo de los fermentos proteolíticos formados por aquellos. Luego, se operó con el páncreas de feto de ternera, ya que en la época de vida intrauterino, el páncreas es muy rico en islotes de Langerhans siendo, en cambio, muy pobre en acinis y sin producir aún su secreción de fermento. Por último, se obtuvieron extractos activos partiendo de páncreas de animales adultos, empleando una técnica especial de Collip, de extracción por alcohol, constituyendo ello un hallazgo de enorme importancia para la fabricación fácil del extracto activo de páncreas, libre de albúminas, sales y exento de poder irritante. A este extracto alcohólico se le dió el nombre de *insulina*, por contener la hormona de los islotes de Langerhans.

Dirigidas todas estas investigaciones con un verdadero espíritu científico, no se ensayó la acción de la insulina en la diabetes humana hasta que se hubo hecho un acabado estudio en la diabetes experimental del perro, demostrando en ésta una eficacia completa, evidenciada por el descenso y desaparición de la glucosuria, de la poliuria, descenso a la normalidad de la glucemia y, sobre todo, por haber logrado obtener la supervivencia de estos animales durante un largo período.

En Marzo de 1922 se publicaron los primeros resultados obtenidos con la insulina en la diabetes humana por Banting, Best, Collip, Campbell y Fletcher y en el curso del mismo año aparecieron otros trabajos confirmatorios de Macleod.

Desde entonces, por numerosos autores se ha estudiado la acción de la insulina, y hay ya de este asunto, aunque de fecha tan re-

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

ciente, una abundantísima literatura. En Norteamérica y en Inglaterra se han servido para los estudios de la insulina tal como la prepararon sus descubridores; y cuya fabricación ha sido concedida por el momento a Eli-Lilly-Company, y que ya la expende con el nombre de Iletina. En Francia hay que citar los trabajos de Chabanier, Ebert, y Lobo-Onell, de Blum, de Achard, de Desgrez, Bierry y Rathery y de Blum, Carlier y Schwab. Todos estos han empleado extractos fabricados por ellos ateniéndose más o menos a las indicaciones técnicas dada por la escuela de Toronto.

De la revisión de estos trabajos se desprende como primera conclusión que todos han confirmado los brillantes resultados primeramente publicados por los descubridores de la insulina. En líneas generales, todos han demostrado la benéfica acción de la insulina sobre el metabolismo hidro-carbonado produciendo disminución o desaparición de la glucosuria y descenso de la hiperglucemia o sea aprovechando una elevación incluso hasta límites normales en el consumo de la glucosa; también ha sido unánimemente observada la desaparición de la eliminación de cuerpos cetónicos y cetógenos, el aumento de la tensión del anhidrido carbónico de la sangre y del aire alveolar o sea en suma, desapareciendo el estado de acidosis. Todo ello va acompañado de un aumento de peso del enfermo y de completo alivio de los síntomas subjetivos.

Estos sorprendentes resultados también han sido observados durante el episodio más grave de la diabetes, o sea en el coma ácido; enfermos que habían llegado a este episodio final han podido ser verdaderamente resucitados gracias al empleo de la insulina.

El efecto de la insulina es pasajero, durante tan sólo un cierto número de horas que varían según la intensidad de los trastornos, la cantidad administrada y, lo que es muy importante, la susceptibilidad especial del individuo; inyectando nuevas dosis, los efectos vuelven a repetirse.

Los mismos descubridores de la insulina, en todos sus trabajos han insistido en que el remedio encontrado no es un producto que produce la curación de la diabetes; la insulina es un extracto que contiene la hormona pancreática cuya falta ocasiona la alteración del metabolismo hidrocarbonado. Por tanto, administrada a un diabético le pondrá en condiciones de consumir la glucosa mientras la hormona inyectada actúe en su medio interno, y no hay por qué pensar que obra indefinidamente.

Ante la presencia de síntomas amenazadores de coma, la insulina es de un resultado maravilloso; en estos casos la acidosis llega a producir la muerte si no se restablece rápidamente el aprovechamiento de la glucosa, para que puedan ser quemadas por completo las grasas y que no se deriven los productos cetónicos intermediarios de su metabolismo. Al parecer, esto se consigue plenamente con la insulina que, aumentando rápidamente el consumo hidrocarbonado hace desaparecer la acidosis.

También en aquellos otros diabéticos que por padecer una infección aguda, supuración o por tener que ser sometidos a una intervención quirúrgica, interesa restablecer en seguida el metabolismo hidrocarbonado.

La opoterapia pancreática por la insulina es el adelanto mayor que se ha logrado en el tratamiento de la diabetes, ya que llena, por completo, lo que se podría esperar de una racional opoterapia, pues nadie pudo pensar que alguna píldora o inyección llegase a regenerar una glándula totalmente esclerosada o degenerada.

E. Carrasco Cárdenas (*"Los progresos de la Clínica"* Madrid julio 1923), dice que no sólo se goza con la insulina de un beneficio pasajero, sino que después de un cierto número de días de tratamiento por medio de una dieta apropiada y de insulina, es muy frecuente ver que el grado de tolerancia hidrocarbonada es mayor que antes de instituir el tratamiento con la insulina, o sea que se ha mejorado la función pan-

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

creática, pudiendo ser esta mejoría más o menos marcada, probablemente en relación con el grado de posible regeneración de la glándula. Allen ha demostrado que el ayuno exita la formación de islotes de Langerhans y quizás la insulina provoque esto mismo por mecanismos que se desconocen y que algunas teorías tratan de explicar.

La insulina sólo puede ser administrada por vía hipodérmica, siendo completamente ineficaz cuando se administra por la boca, lo cual es fácil de comprender ya que en el aparato digestivo será destruída no sólo por la tripsina, sino también por la pepsina. Precisamente, esto último ha dado ocasión para pensar que la insulina debe ser un cuerpo protéico de elevada categoría ya que se sabe que sólo a este ataca la pepsina y no a los péptidos de composición sencilla. Recientemente Teller han conseguido provocar la introducción de insulina en el medio interno, demostrable por el cuadro hipoglucémico, frotando sobre la piel del vientre de conejos una pomada de insulina.

¿Cómo obra la insulina en el organismo? Al descender por su acción el nivel de la glucosa en la sangre, se creyó naturalmente que la insulina aumentaba su combustión; así también pareció demostrarlo los primeros estudios de intercambio gaseoso, ya que se vió que el cociente respiratorio aumentaba por la acción de insulina, lo que ponía de manifiesto un aumento de la combustión del azúcar. Posteriores y cuidadosos estudios de Kellaway y Hughes no parecen confirmar esto, pero sin embargo hay que tener en cuenta que Davies, Lanvie, Meakins y Rousan llegan a la conclusión de que si bien es verdad que la reducción del azúcar sanguínea que provoca la insulina no va siempre acompañado de una elevación del cociente respiratorio, como debía suceder si la glucosa fuese quemada, hay que tener en cuenta que la liberación del álcali en la sangre consiguiente a la eliminación de cuerpos cetónicos, puede ser un mecanismo que retenga el anhidrido carbónico en cantidad suficiente, no sólo para enmascarar una elevación, sino para producir un descenso del cociente respiratorio.

Winter y Smith suponen que la insulina produciría la conversión de la glucosa ordinaria, que es la que existiría en la diabetes y que el organismo no puede quemar, en glucosa activa, apta ya para ser quemada.

Parece demostrado que este extracto pancreático está exento de toxicidad, y que los únicos accidentes desagradables que puede originar son los producidos por una hipoglucemia demasiado baja. Primeramente, se observaron estas alteraciones en los animales, viendo que cuando el descenso de la glucemia obtenido por la insulina baja de una cierta cifra, se producen trastornos de tipo de exitación; si la glucemia sigue descendiendo, sobreviene un estado comatoso, el animal cae sin conocimiento y de vez en cuando sufre fuertes sacudidas convulsivas. Estos accidentes desaparecen rápidamente después de la administración de glucosa por la boca o mejor en inyección y también por la acción de la adrenalina.

Este cuadro de hipoglucemia ha de ser muy bien conocido, porque de la misma manera se presenta en el hombre, que llegará al estado comatoso-convulsivo y terminará por la muerte si a tiempo no se aplica el remedio seguro, que es la glucosa. Los síntomas premonitores en el hombre son: ligera exitabilidad, opresión, nerviosismo, palidez, sofocos y taquicardia. Tan pronto como aparezca este cuadro, se administrarán por vía gástrica de 10 a 30 gramos de glucosa en solución, y al poco tiempo desaparecerán todos los síntomas coincidiendo con la parada del descenso de la glucemia. Si el enfermo ha caído en coma y no puede tragar, se le pondrá una inyección subcutánea o intravenosa de suero glucosado y también se puede emplear con buenos resultados la adrenalina subcutáneamente. Todo enfermo que haya de ser tratado por la insulina, debe ser vigilado y ha de ser perfectamente estudiada la curva glucémica, pues éste es el único dato seguro para dosificar la insulina que se debe ir administrando. En nin-

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

gún caso se debe provocar un descenso de la glucemia por debajo de la cifra normal.

Un buen método para prevenir estos acidentes es el propuesto por Chabanier y sus colaboradores de que no sólo no falten de la ración los hidrocarbonados, sino que excedan al límite de tolerancia del enfermo para irlos disminuyendo si es preciso en el curso del tratamiento. Este método según el concepto del investigador machileño, es mejor que el que emplean casi todos los autores americanos, que es empezar por muy ligero exceso de carbohidratos sobre el límite de tolerancia, para ir aumentándolos en los días sucesivos; obrando de este modo es posible que las primeras dosis de insulina, no conociendo la susceptibilidad del individuo, pudiesen provocar fenómenos hipoglucémicos que con toda seguridad no se presentarán si hay un notable exceso de hidratos de carbono. El que se tome esta medida no dispensa en modo alguno de seguir la curva glucémica, pues en uno de los casos de Carrasco a pesar de tomar bastantes carbohidratos se consiguió un nivel normal de la glucemia, no obstante *que la glucosuria disminuyó muy poco.*

Por la misma razón es útil que se administre la inyección poco tiempo antes de la comida, y en los casos de coma se obtendrán los mejores resultados administrando al mismo tiempo inyecciones de glucosa.

El producto que ha empleado Carrasco ha sido preparado por la casa "Ibis", a la que se ha facilitado la técnica originaria de Macleod y sus colaboradores; ha ensayado las primeras muestras preparadas, que se le entregaron para su valoración y estudio.

Para la valoración del producto ha seguido la técnica de Macleod; como se sabe, consiste en averiguar la cantidad mínima necesaria para rebajar la glucemia de un conejo normal de 2 kg. de peso, previo ayuno, de dieciocho a venticuatro horas, desde su nivel normal de 0,134 por 100 a un límite subnormal de 0,045, y provocar, portanto, el síndrome comatoso-convulsivo dentro de las tres o tres horas y media siguientes a la inyección; la cantidad de extracto necesario para esto se entiende que es 1 unidad activa.

Por dos veces repetida la valoración, encontró idénticos resultados; necesitó inyectar a conejos en las anteriores condiciones medio c. c. del extracto de que disponía para obtener el síndrome hipoglucémico.

Los dos conejos que inyectó simultáneamente con esta dosis presentaron una curva análoga: a uno de ellos le inyectó glucosa apenas aparecieron los síntomas graves de hipoglucemia, y rápidamente mejoró; al otro no le dió nada y murió en período convulsivo a los doce minutos de haber empezado el coma completo. Quedó, pues, valorado el extracto en dos unidades activas por c. c.

E. Carrasco Cárdenas relata dos observaciones clínicas llenas de interés. En la primera la acción de la insulina ha sido bien clara y altamente demostrativa, pues se elevó de manera notable el límite de tolerancia hidrocarbonada, sin disminuír la dosis de carbohidratos contenida en la ración alimenticia; en la segunda, desapareció la acidosis desde la primera inyección de insulina, pero la eliminiación de glucosa no fué paralela con el descenso de la hiperglucemia, siempre se mantuvo elevada, atestiguando un cierto grado de diabetes renal.

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

Prensa Médica Francesa

HIPO EPIDEMICO BENIGNO.—Señálase una nueva crisis de *hipo epidémico*, de aspecto clínico muy particular, que según Logre, G. Heuyer y Bourgeois (*Gazete des hópitaux*, 13 de enero de 1923) estaría constituido de hipo incoercible, sensiblemente rítmico, durando entre unas horas a varios días, interrumpiéndose generalmente en el transcurso del sueño, que por cierto es difícil de lograr, acompañándose de un mínimum de síntomas generales (estado subfebril, catarro de las vías respiratorias superiores), cesando por fin, sin dejar secuela apreciable; parece bastante intensa su contagiosidad.

Este hipo de apariencia benigna, ¿ha de *confundirse prácticamente con la encefalitis letárgica*, no siendo sino una forma borrosa de ésta, y expuesto a todas sus temibles eventualidades?

¿Hay que considerar, al contrario, que existen lo menos *dos formas de hipo epidémico*, designando este término común dos especies morbosas, acaso muy diferentes por su naturaleza y sus posibilidades clínicas, sobre todo por su gravedad?

a) El *hipo perteneciente a la encefalitis epidémica*, hipo grave por la presencia de un virus temible, capaz, además de ir acompañado, en un momento cualquiera de su evolución, de los síntomas de la encefalitis misma, con desenlace mortal, o no: hipo epidémico del *tipo descrito primeramente por Dufour y Sicard*.

b) El *hipo epidémico benigno*, más contagioso, únicamente monosintomático (en cuanto a los signos neurológicos), yendo a menudo compañado de un síndrome catarral de las vías respiratorias superiores que tiende a aproximarlo a los síndromes gripales; hipo que parece, además, singularmente, recidivante, con aspecto que sigue siendo benigno; hipo epidémico del *tipo descrito primeramente por Sicard y por Logre y Heuyer*.

Noticias

HOSPITAL PARA NIÑOS.—Se ha expedido la siguiente Resolución Suprema:

Lima, 24 de agosto de 1923.—Teniendo en consideración:

Que entre los medios de protección a la infancia al alcance del Poder Público, el de más inmediato resultado es el establecimiento de un hospital para niños;

Que encontrándose la Sociedad Auxilidora de la Infancia en condiciones de emprender la edificación e instalación de un establecimiento de esta índole, es deber del Gobierno propender a que dicha obra se lleve a cabo y tenga la orientación científica más adecuada a las necesidades locales;

Se resuelve: Nómbrase una comisión constituida por el doctor Sebastián Lorente, Director de Salubridad Pública, que la presidirá, y por los doctores Francisco Graña y Gonzalo Carbajal, encargada de formular y presentar al Gobierno para su aprobación, los proyectos necesarios para la ubicación, edificación, instalación y funcionamiento, en Lima, de un Hospital para Niños y de dirigir y supervigilar los trabajos de construcción de esa obra.

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

Nómbrase, así mismo, una comisión compuesta de las señoras Juana Alarco de Dammert, Mercedes Ayulo de Puente y Mary Wells de Alvarez Calderón, presidenta y miembros, respectivamente de la Sociedad Auxiliadora de la Infancia, para que se encargue de todo lo referente a la provisión de fondos y administración de las obras, mientras ellas duren y también de la del hospital, una vez que esté funcionando.

Regístrese, comuníquese y publíquese.—*Medina.*

Bibliografía

PHYSIOLOGIE OBSTETRICALE, NORMALE ET PATHOLOGIQUE par le Dr. H. Vignes.—1 vol. de 456 pages.—*Masson et Cie., editeurs.*—París 1923.—22 fr.

Exponer la fisiología del embarazo, es enumerar las variaciones que aportan al metabolismo las explicaciones repetidas que ejerce el feto y capacitar al que la conoce, a la verdadera y exacta interpretación de los datos de la clínica.

El Dr. Vignes vierte en esta obra, sus observaciones personales y los trabajos más recientes sobre la materia, describiendo, particularmente, las modificaciones que experimentan los órganos de secreción interna, la bioquimia de la gestación y del parto y el mecanismo de la contracción uterina.

Dada la erudicción del autor y su gran competencia, es seguro que la obra alcance merecida aceptación y que sea un libro indispensable para todo el que desee poseer competencia en las materias que trata.

LES HEPATITES AMIBIENNES AUTOCHTONES ET COLONIALES ET LEUR TRAITEMENT par F. Francon et J. Hutinel.—*Gauthier-Villars et Cie.*, editeurs. — París 1923. — 10 fr. — La frecuencia de hepatitis amibiana en Francia, después de las última gran guerra, es un hecho de observación que ha obligado a los clínicos franceses a parar mientes en la enfermedad y a tratar de divulgar los medios para su diagnóstico y los recursos de su tratamiento.

Francon y Hutinel se han propuesto al escribir este libro, hacer una monografía modelo sobre esta forma de amibiasis y hay que declarar que lo han conseguido, porque aportan en ella el fruto de su experiencia y el análisis minucioso de la más moderna bibliografía sobre la cuestión. Es una obra recomendable por estos conceptos, que presenta con toda corrección la casa Gauthier-Villars y Cía. de París.

PRECIS CLINIQUE ET OPERATOIRE DE CHIRUGIE INFANTILE par L. Ombredanne.—*Masson et Cie., editeurs.*—París 1923.—45 fr.

Este libro está escrito con un amplio criterio. En él se trata muchas cuestiones que sólo están esbosadas en otras obras, como, por ejemplo, el estudio de las discondroplasias, de la enfermedad osteogenética, de la fragilidad del niño al acto operatorio, de los accidentes consecutivos a la falta de coalescencia mesocólica, etc.

No obstante el deseo del autor, el libro es de 1,140 páginas y se explica el volumen, porque encierra la mayor parte de los conocimientos que se deben poseer en cirugía infantil, a fin de tener un concepto cabal de esta parte de la patología quirúrgica.

La obra termina con varios capítulos dedicados a la técnica operatoria y a la restauración de las manifestaciones congénitas, capítulo este último, que se haya ilustrado con esquemas de embriología.

Por estas razones, el libro publicado por la casa Masson y Cía., de París, tendrá seguramente un gran éxito.

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

Salvarsanoterapia de la Sífilis

Doce años de práctica del Salvarsán

Fragmento de una Comunicación presentada a la Aacademia Nacional de Medicina

Por el Dr. FELIPE MERKEL

I.—El salvarsán es hasta hoy el remedio más eficaz contra la sífilis, sin que podamos pasarnos de él.

II.—El alt-salvarsán, el neo-salvarsán, el natrium-salvarsán, el hidrargiric-salvarsán, el argento-salvarsán, el neo-argento-salvarsán, todos son útiles, cada uno de ellos en casos particulares; ninguno cuenta con el monopolio de la opinión. La preferencia a un compuesto, depende más del especialista que de las cualidades inherentes al arsenical elegido. Todos son igualmente eficaces, si se emplean en dosis y tiempo apropiados. Ninguno está exento de los peligros, que crecen con las dosis según el efecto que el especialista desea o necesita producir.

III.—No está demostrado que el tratamiento de elección sea el mixto, en que se alternan o combinan o mezclan los arsenicales y los mercuriales; cuenta con la mayoría de la opinión, pero sus partidarios comienzan a disminuir.

IV.—Nuestros tratamientos actuales, parece que modifican el curso natural de la sífilis, desviándola hacia el sistema nervioso.

V.—Los sifilíticos que en el curso de su sífilis secundaria han tenido una pirexia prolongada, no concluyen en tabéticos, ni paralíticos generales.

VI.—La Piroterapia (Fiebertherapie), tiene por objeto evitar el terciarismo nervioso.

VII.—El sistema que indica FINGER, Mirión-salvarsán, basado en procesos de inmunización, ha demostrado ser, por lo menos, tan activo como el sistema mercurio-salvarsán, sin que éste goce de las especiales propiedades inmunizadoras de aquel.

VIII.—La alergización cutánea, como factor de activa inmunización, es tan importante para el porvenir del sifilítico, que algunos

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

creen que se ha hecho necesario tenerlo en cuenta, cuando se trata de enfermos con sífilis primaria y reacción de Wassermann positiva.

IX.—La reinfección puede ser una superinfección y no debe ser considerada como prueba de curación radical.

X.—Científicamente es imposible, hoy, establecer la seguridad de la existencia de una curación radical.

Doce años de práctica del Salvarsan

En medio de maremagnum de investigaciones, experiencias y opiniones, muchas contradictorias, pero todas igualmente notables y convincentes que se han hecho públicas en los últimos tiempos, sobre todo en Alemania, cuna del portentoso salvarsán y la moderna sifiloterapia, el espíritu se confunde y no le queda al especialista más pauta de acción que su propia experiencia. Guiado, por ella, hemos llegado a las conclusiones que informan el presente trabajo, fruto de doce años de labor.

En la era pre-salvarsánica, esto es, en la de los mercuriales y los yoduros, eran mucho más frecuentes que ahora los sifilíticos que, a pesar de entera sumisión a las prescripciones habituales, veían continuar ó aliviarse con desesperante lentitud, las lesiones que les traían a nuestro consultorio. Los resultados notables, rápidos, casi seguros, a veces estables, corresponden al salvarsán. El pasaje de lesiones graves por su aspecto o localización, al estado de salud aparente, en forma que hace resaltar notablemente las brillantes cualidades del tratamiento actual, es más aparatoso en el extranjero, pues, nuestra sífilis limeña, parece más benigna, menos destructiva. ¿Perdió, acaso, el espiroquete, al aclimatarse entre nosotros, parte de su virulencia al igual que otros gérmenes? Creemos que sí.

Los pocos casos de infección grave que hemos tenido oportunidad de ver, corresponden, en su mayoría, a los departamentos del norte de la República, principalmente al de Piura. ¿Porqué esta predilección? No hallamos la respuesta en las condiciones del clima ni de la raza, ni en los hábitos ni en ninguna de las razones científicas que habitualmente son causa de la mayor o menor gravedad de una infección. La única explicación que encontramos a este hecho, es la siguiente:

Antiguamente, en la era del mercurio, había, como ya hemos dicho, muchos casos que no curaban con los tratamientos habituales y era costumbre general enviar a estos sifilíticos hidrargirio resistentes a Piura, a tomar baños de arena, a beneficiarse del clima y

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

de los curanderos famosos del lugar. Así a travéz de los años, fué Piura lugar de inmigración obligada, de la mayoría de las sífilis virulentas y estos inmigrantes dejaron allí su gérmen, cuyos efectos tenemos oportunidad de observar de tiempo en tiempo.

Vamos a resumir nuestras observaciones, suscintamente, en los siguientes capítulos: 1°. Acción terapéutica del salvarsán. 2°. Reacciones. 3°. Las dosis. 4°. Tratamiento abortivo.

I.—*Acción Terapéutica.*

Al lado de resultados verdaderamente desconcertantes por la rapidez y energía de su acción en la gran mayoria de nuestros enfermos, el salvarsán se ha mostrado, en un número muy reducido de casos particulares, poco o nada activo.

Breves ejemplos serán la mejor demostración de lo anterior. Dejaremos lo concerniente a sífilis primaria o incipiente para cuando nos ocupemos del tratamiento abortivo y expondremos algunos casos de sífilis secundaria y terciaria.

Sífilis secundaria.—S. contrae un chancro sifilítico. Seis meses después se presenta una otalgia derecha violenta, con zumbidos y sordera completa. Al mismo tiempo, los párpados del ojo derecho no verifican la oclusión total; la mejilla del mismo lado se inmoviliza; el ángulo de la boca y la extremidad de la lengua están desviados.

En este estado se aplica una inyección de salvarsán.

Al día siguiente se presentan contracciones clónicas espasmódicas de los músculos del lado derecho de la cara, por períodos hasta de treinta minutos, que poco a poco son reemplazados por movilidad voluntaria y a los cinco días, sin otro tratamiento, de todo el cuadro, no queda sino una ligera sordera del oído derecho.

El doctor VOLLNHALS del "Sierra Córdoba", nos trae un paciente suyo, con una lesión chancriforme que ha invadido todo el glande, destruyéndolo en parte. En ella se ven islotes mamelonados, cubiertos algunos de mucosa, que dan aspecto muy irregular al conjunto, que sangra con facilidad. El individuo está muy pálido, deprimido, enflaquecido, de aspecto casi caquéctico. El examen ultramicrocópico, por dos veces permanece mudo. Podría tratarse de un epitelioma. Se manda hacer un exámen histológico. El resultado dice sentenciosamente: *Epitelioma.* La amputación se impone, sinembargo como última *ratio*, se aconseja una inyección de salvarsán, antes de recurrir a este medio extremo. El enfermo acepta. Ocho días después la lesión está curada,

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

Sífilis terciaria.—Véamos igualmente dos ejemplos:

Un paciente D, que niega el chancro, pero dice haber tenido, hace 9 años, llagas en la garganta, presenta una gran úlcera del pliegue del codo y otra que ocupa el tabique de la naríz y las alas que, en parte, están destruidas ya, comprometiendo hasta el labio superior y avanzando hacia la mucosa. Ambas tienen dos años. Cuatro reacciones de Wassermann son negativas.

Una hermana murió tuberculosa. Trae el diagnóstico de lupus. En nuestro concepto se trata de una sífilis.

Tres días después de puesta la primera inyección de salvarsán, la úlcera del codo está cerrada y a los 15 días ambas lesiones están muy estéticamente cicatrizadas.

E. hace ocho años, contrae un chancro. Siete años después se inician los síntomas que hoy tiene. Consisten estos en una sifílide terciaria de enormes elementos destructivos que cubren tronco y extremidades; la úlcera mayor se extiende desde la rodilla izquierda hasta el trocanter, cubriendo toda la cara externa del muslo. Hace cinco meses se inició una lesión del paladar, que hoy está perforado. En la raiz de la naríz hay en evolución otro proceso que amenaza destruir los huesos propios del órgano. Una ozena sifilítica hace que el aire expirado sea insoportable. En el corazón hay un fortísimo soplo sistólico que se percibe en roda la región precordial. Hace un año tuvo una angio-colitis. No obstante tan pésimas circunstancias (corazón e hígado lesionados) se inyecta salvarsán. Copiamos lo anotado en nuestro libro de historias, a los quince días de puesta la primera inyección:

"Estado actual: la lesión del dorso de la nariz, está representada por una mácula con arborización vascular asteroidea de dos centímetros de diámetro; la expiración casi inodora; úlceras cerradas, excepto la mayor, que está reducida a su décima parte: estado general, bueno".

Acción retardada en sífilis primaria, sobre el spirochoeta pallida.—Desgraciadamente, no siempre la acción del salvarsán es tan brillante y aunque nuestros enfermos, en que en el chancro el exámen ultramicroscópico era positivo, el spirochaeta desaparecía generalmente antes de las 24 horas de puesta la primera inyección, hay algunos casos en que éste se ha mostrado arseno-resistente o el arsenical no ha podido llegar a él por la gran infiltración del tejido ambiente a la lesión inicial, induración que aísla, por decirlo así, al germen de la circulación sanguínea.

Ejemplo: B, bajo un prepucio fimosado, tiene un chancro muy duro. El exámen ultramicroscópico es fuertemente positivo: entre varias especies de spirochaeta, abunda el pallida. Cinco días des-

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

pués de la primera inyección, en la serosidad que escurre debajo del prepucio fimosado aún, se encuentra, entre otros, el pallida.

Acción retardada sobre la induración.—Se sabe que hay chancros que, aún cicatrizados, conservan por mucho tiempo la induración de su base. Este hecho de gran importancia, tratándose de la curación radical, era muy frecuente en la época del mercurio; hoy, con el salvarsán, se observa raras veces. El enfermo P. después de dos series de inyecciones de salvarsán, en que figuran dosis de 100 centígramos, presenta, cinco meses después de la primera inyección, la infiltración aún no reabsorbida del chancro.

G. tiene un chancro con exámen ultramicroscópico positivo, desarrollado sobre una cicatriz de un chancro blando que tuvo hace dos años. A los nueve meses de iniciado el tratamiento, la induración chancrosa, disminuida, persiste. En esta historia figura la siguiente nota: "Tal vez si la poca influencia de la medicación es debida al hecho de haberse establecido el chancro *sobre una cicatriz*, la cual siendo de nula vascularización, forma un territorio aislado de la circulación general en que se ha inyectado la droga, encontrándose así el nido de spirochaeta al abrigo del "914" que actúa difícilmente en este caso excepcional".

Acción retardada en sífilis secundaria.—Hemos observado un raro caso de roseola resistente al salvarsán.

P. tiene un chancro con exámen ultramicroscópico fuertemente positivo. Tronco y extremidades están cubiertos de profusa roseola. Se inicia un tratamiento mixto alternando las series mercuriales con dos de neo-salvarsán, empleándose, en estas, dosis de 90 y 100 centígramos, que, por fin, dan cuenta de la roseola y logran reducir la induración chancrosa a un vestigio de espesamiento de la piel, habiendo durado esta roseola, en sus varias recidivas, desde abril hasta fines de agosto.

Onixis.—También son muy resistentes algunas afecciones ungueales:

El enfermo C. en pleno tratamiento seriado de "914" e hidrargirio tiene una onixis seca del dedo gordo del pie, que persiste un año.

En el caso L. durante una serie de inyecciones mercuriales, se presenta una onixis grave de todas las uñas, acompañada de muy mal olor y de la caída de la mayor parte de ellas. Aún no está curada completamente al año y medio de enérgico tratamiento.

Acción retardada en sífilis terciaria.—Ya se sabe que en sífilis terciaria, en algunos casos el "914" es impotente. El único de nuestros enfermos en quien se ha desarrollado un terciarismo acompañado de una reacción de Wassermann irreductible, es P., cuya in-

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

fección es anterior, en dos años, al empleo del salvarsán, a quien se mercurializa según regla habitual en la época. El tratamiento es seguido con toda regularidad y durante él, se instala insidiosamente una artritis de la rodilla izquierda. Esta artritis, por la que se hace tratamiento combinado mercurial y arsenical, ha llegado a anquilosar casi la articulación, al extremo de permitir el movimiento tan solo en un ángulo de 30°, más o menos, y va acompañada de dolor, aumento de volumen de la rodilla y atrofia de los músculos de la pierna. El paciente, entre otras medicaciones, se ha aplicado y continúa aplicándose un sinnúmero de series principalmente de neosalvarsán en dosis de 0'60 hasta 1'20 grs., la mayor parte; y hoy, es decir, a los 10 años, su lesión no presenta otra tendencia que la de agravarse. La última reacción de Wassermann hecha en marzo de este año, ha sido fuertemente positiva.

Intolerancia.—En cuanto a la intolerancia por el salvarsán, solo hemos encontrado un enfermo que a cada inyección, aún de dosis pequeña (0'3 grs. de 914) responde con síntomas de intoxicación, de preferencia con una alarmante dermatitis. Es cierto que el sujeto padece de una pielitis crónica anterior a su sifilización. Los síntomas de esta pielitis aumentan hasta hacerse graves, cada vez que hemos querido sustituir el mercurio al salvarsán.

Salvarsán y paludismo.—Se han publicado casos de muerte por salvarsán, en palúdicos.

En nuestras historias, hay dos ejemplos, felizmente no de muerte, pero sí de palúdicos tratados con "914" por su sífilis concomitante.

L, al tercer año de tratamiento metódico mixto, tiene un primer ataque palúdico. Se quininifica al paciente. El paludismo cede para reaparecer a los pocos días. Se pone una inyección de 0'60 grs. "914"; a las 48 horas, el ataque vuelve. Con siete días de intervalo, se pone una segunda de 0'75 y una tercera de 0'90 grs. Tres días después de esta última, tiene un nuevo acceso clásico, con 39'5 de temperatura.

Otro enfermo el Señor H, ha terminado un tratamiento abortivo en que figuran dosis de 0'90 grs. "914". Once días después de la última inyección se presenta con un ataque palúdico.

Se ve, pes, que el paludismo, ha evolucionado tranquilamente a pesar de enormes dosis de salvarsán.

Psoriasis y salvarsán.—Otro hecho digno de mención: se sabe que el arsénico, para muchos especialistas, es el remedio heroico contra la psoriasis. Las obras clásicas así lo consignan.

A nuestro consultorio llega S, que tiene una gran placa psoriasica que cubre, desde hace años, toda la región lumbar. Hace cuatro

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

meses que contrajo un chancro, y hoy, además de insomnios y algias, presenta una profusa sifílide secundaria roseoliforme, por la que se instituye tratamiento inmediato. Como hay coexistencia de psoriasis, se elige el alt-salvarsán por ser, entre todos los compuestos, el más rico en arsénico. A los tres días de la última inyección semanal, los síntomas sifilíticos habían desaparecido: La psoriasis no fué modificada.

25 días más tarde, regresa el enfermo. No hay signos de sífilis; pero su psoriasis se ha extendido enormemente.

II.—*Las Reacciones.*

En nuestra práctica hemos observado todas las reaccones clásicas producidas por el salvarsán: náuseas, vómitos, fiebre, quebrantamiento, diaforésis, palpitaciones, edemas, complejo angioneurótico, reacción Yarisch-Herxheimer, icteria, exantemas, dermatitis, secreción exagerada del sistema glandular, como cialorrea, lagrimeo, etc., y hasta un caso excepcional de paresia de las extremidades inferiores. Felizmente no hemos tenido sino un caso en que se esbozó un edema cerebral o encefalitis hemorrágica. De todos estos fenómenos, el más impresionante ha sido el complejo angio-neurótico o crisis nitritoide.

Crisis nitritoide.—La crisis nitritoide no es exclusiva del salvarsán; se ha producido también con el mercurio.

En época que en plaza no había más salvarsán que uno probablemente americano, un enfermo B, se presenta, en la consulta con dos chancros cuyo examen ultramicroscópico es fuertemente positivo. Se trata de sífilis incipiente, hay que emplear el tratamiento abortivo y se principia con dosis elevada. (Las pequeñas también han producido la crisis). Apenas inyectadas las primeras gotas, se inicia un grande y aparatoso cuadro sincopal que, sin llegar a pérdida completa de conocimiento, se traduce por una facies intensamente congestionada, conjuntivas oculares color sangre, dolores violentos al epigastrio, extremidades frías, cianosadas, hormigueos, pulsaciones débiles, retardadas, (cuarenta por minuto) y una angustia mortal, de vida que se escapa.

No se conocía entonces la inmediata acción, en estas circunstancias, de la adrenalina y hubo que luchar, durante hora y media, mediante inyecciones estimulantes, que poco a poco atenuaron el cuadro, sin borrarlo completamente.

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

Fiebre.—Todas las reacciones tienen su importancia, pues, son guías del tratamiento; pero esta importancia se hace capital, cuando se refiere a la fiebre y a la icteria.

Al principio se creyó que la fiebre, entre otras causas, podía ser generada por absorción de partículas infinitesimales de cobre o estaño que se desprendían de las partes componentes de los alambiques, durante el acto de la destilación del agua que servía en la inyección. Para suprimir esta causa, destilábamos y seguimos destilando el agua en un alambique de nuestra construcción, todo de vidrio. Así no quedaban más que las otras causas generadoras: la fiebre debida a la absorción de las toxinas spirochaetósicas y la fiebre debida a la acción propia del salvarsán como compuesto arsenical.

La primera, es generalmente poco elevada y se observa de preferencia en los sifilíticos floridos, en sífilis primaria y secundaria, en las primeras horas que siguen a la primera inyección. No reaparece, o es insignificante, después de la segunda y tercera, pues, estas encuentran tan pocos espiroquetes a su alcance que la desintegración de los cadáveres de aquellos no suministran la suficiente cantidad de virus piretógeno para producir elevación térmica notable.

La fiebre debida a la acción del salvarsán como arsenical, no es tan efímera como la anterior; puede aparecer algunos días después de puesta la inyección; se repite a cada una de estas, si la dosis es suficiente para producirla y la hemos visto algunas veces anunciar el eritema tóxico precursor de la dermatitis universal, pudiendo considerarse como índice de saturación arsenical.

Icteria.—Lo mismo se puede decir de la icteria. Con el hábito de examinar sistemáticamente la orina de nuestros pacientes, antes y a las 24 horas de cada inyección, hemos comprobado que a una dosis que pasa el límite de tolerancia individual, el hígado responde con un derrame de bilis, fruto de la acción del arsénico sobre la célula hepática.

Este tinte ictérico de la orina es tanto más pronunciado cuanto más alta es la dosis y también cuanto mayor es la susceptibilidad hepática; dura 24 a 48 horas en los casos ligeros, pero reaparece a la siguiente inyección, si la dosis no ha sido disminuida en grado apropiado. Si por el contrario, esta es aumentada, aparece el tinte sub-ictérico en piel y mucosas y en los casos graves, de los que hasta hoy no hemos tenido ninguno, puede llegar hasta la atrofia amarilla aguda del hígado, con terminación letal.

El ejemplo más serio que se registra en nuestras historias, es el del primer paciente a quien sometimos a tratamiento abortivo. Es del año 1912, es decir, de una época en que aún no teníamos prác-

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

tica suficiente en el manejo del salvarsán. Por eso, a pesar de que el enfermo contesta claramente a una primera inyección de 0'40, alt-salvarsán con una orina ictérica y 38,5 grados de temperatura, le ponemos otras dos de igual dosis, después de las que se repite el derrame y la temperatura. A los siete días de puesta la tercera inyección, la icteria está declarada. Hay dolores a la región epigástrica, constipación, náuseas, repugnancia por los alimentos, cefalea, insomnios, escozor, adormecimiento de las extremidades, mal estado general, etc.; la piel, las mucosas y la orina están intensamente teñidas. Sometido a estricto tratamiento, este estado se disipa poco a poco, pero tarda mes y medio para volver a la normalidad.

Exantema.—Casi tan importante como la fiebre y el tinte ictérico de la orina, es el exantema. Decimos casi, porque mientras que la fiebre y la icteria son índices inmediatos, el exantema tarda algunos días para presentarse. Como los anteriores, este está en relación con la dosis y la susceptibilidad individual. En todos los casos de nuestra práctica, en que se ha presentado esta complicación, el rash se ha iniciado después de haber sido precedido de fiebre relativamente alta y, sobre todo, de escalofríos, sed y dolores reumatoides, que por su constancia, parecen ser los tres precursores patognomónicos del exantema.

Siete días después de una primera inyección de 0'6 neo-salvarsán que es perfectamente tolerada, G. recibe una segunda de 0'90 grs. previo análisis de orina, que está bien; cinco horas después, hay malestar general, cefalea, escalofríos, sed. Estos síntomas persisten el día siguiente en que su temperatura llegà a 38°6, y se instalan dolores reumatoides. Al tercer día, idéntico cuadro, más un edema de los párpados y congestión conjuntival, que acompañan una eflorescencia de pequeñas petequias, de 1mm. de diámetro, que cubren tronco y extremidades, siendo abundantes en los dedos y escasas en el tronco. Son prurriginosas y desaparecen a la presión. La orina, de color normal, no contiene azúcar ni albúmina. Al cuarto día, toda la piel está edematosa; las petequias se fusionan y la erupción se ha transformado en un extenso y serio eritema. De su sifílide, una rupia que cubría cuero cabelludo, tronco y extremidades, no quedan sino cicatrices.

Estos síntomas tardan diez días en desaparecer y aunque la tercera inyección se puso con dos semanas de atraso y en dosis menor, hubo nuevamente amenazas de exantema.

El sujeto no recibió más tratamiento y ocho meses después, su reacción de Wassermann permanecía negativa, lo que podría estar en relación con lo que se afirma de la acción de la dermatitis salvar-

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

sánica sobre la sífilis: curada la dermatitis, la seroreacción queda negativa definitivamente.

III.—*Las Dosis.*

Se sabe que hoy es práctica casi universal manejar el salvarsán a pequeñas dosis, espaciadas de tres a cuatro días, término medio. No se ha llegado a esta conclusión sino después de muchas discusiones, principalmente en Alemania, donde el problema de la sifiloterapia ha apasionado los espíritus tal vez más que otros muchos, en estos últimos tiempos. Reproducir opiniones sería prolongar demasiado este trabajo: bástenos indicar que los escasísimos partidarios de las dosis altas y pocas, comienzan a ver engrosar sus filas, con detrimento de los de las pequeñas y reiteradas. Estos últimos, en el deseo de curar con su sistema los casos que se le resisten, llegan a prolongar indefinidamente un tratamiento que tiene más probabilidades de volver al spirochaeta areseno resistente, que vencer una infección virulenta que reclama, más bien, energía y rapidez en lugar de suavidad y paciencia. El Doctor BUSHKE cita el ejemplo de un enfermo en quien había visto evolucionar tranquilamente una sífilis nerviosa a pesar de 190 dosis seguidas de 0'20 gramos salvarsán.

Hemos sido siempre y seguiremos siéndolo, partidarios de las grandes dosis espaciadas, aunque la cantidad total inyectada en unos cuantos días no represente la cifra elevada que puede alcanzarse con dosis pequeñas en el transcurso de meses. Confesamos sinceramente que muestra satisfacción no ha sido pequeña cuando llegaron a nuestro conocimiento los trabajos de HOFFMANN y WASSERMANN, de este año y del próximo pasado, sobre la alergización histiogénica y la evolución de la sífilis desde el punto de vista biológico, los que daban justificación científica, en nuestro concepto, al procedimiento que empleábamos basados en nuestra práctica y en el principio general de toxicología, que nos enseña que los organismos, grandes y pequeños, se habitúan a los venenos, cuando estos se administran en dosis mínimas, que, a la larga, aún frecuentemente repetidas, acaban por ser ineficaces.

El hecho en efecto de que en sífilis primaria la lúes comienza por ser una simple espirilosis, para llegar paulatinamente al final del segundo período y en el tercero, a ser una afección más histogénica que infecciosa, desde el punto de vista terapéutico, justifica ampliamente el empleo en forma enérgica y heroica, en los pe-

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

ríodos primario y secundario, del único remedio verdaderamente eficaz que poseemos contra el espiroquete: el salvarsán.

Para llegar al método que empleamos, hemos tenido por compañeras la duda y la inquietud. Nuestro deseo de hacer por nuestros enfermos todo lo que podíamos, triunfó y convencidos de que la verdadera acción terapéutica eficaz contra el germen era una *violenta acción siderante*, nos decidimos por las grandes dosis, y hasta hoy, no hemos tenido que arrepentirnos: en nuestros libros no consta ningún accidente imputable a este proceder.

Pero ¿qué entienden los autores por grandes dosis? Generalmente las de 60 y 75 centgrs. neosalvarsán o sus equivalentes; ya la de 60, la hemos visto consignada como dosis mortal.

Nósotros llamamos grandes dosis, las de 90 y 120 centígramos, y en ningúna parte hemos leído algo referente a ellas. Naturalmente no las empleamos siempre, pero sí cada vez que el sujeto es aparente o su lesión lo exige o el beneficio que puede obtener, de una violenta acción siderante, lo justifica.

Las altas dosis conmienzan a figurar en nuestros cuadernos desde el año 1914, en cuyo mes de abril, un enfermo K, recibe 80 centgrs. en una inyección. Algunas semanas más tarde otro paciente C, en once días, recibe tres inyecciones de 80 centígramos, cada una. En el año siguiente, comienzan a figurar, con L, las dosis de 105 y así sucesivamente hasta 1918 en que D, recibe 6 inyecciónes, una de 60, 2 de 90, y 3 de 120 centígramos, 1 cada 7 días; es decir, en 42 días 6 gramos de neo-salvarsán. Esto es sencillamente extraordinario, será todo lo tosco que se quiera; pero es un individuo salvado de la sífilis lo cual significa mucho más

Para mayor claridad de exposición, hemos entresacado algunos casos clásicos, con las fechas que van marcando el aumento de las dosis a medida que crece, con la práctica, nuestra confianza.

Están agrupados en este cuadro en el que las tres dosis más altas corresponden a tratamiento abortivo.

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

NOMBRE	Período de la Sífilis	Fecha del tratamiento	DURACION en DIAS	Número de inyecciones de "914" y dósis						TOTAL INYECTADO
				1	2	3	4	5	6	
1 C	II	11 VII a 22 VII 1914	11	0'80	0'80	0'80				1'60 grs.
2 K	II	20 VII a 1 VIII 1914	12	0'60	0'70	0'80				2'10 grs.
3 L	II	19 V a 31 V 1915	12	0'75	0'90	1'05				2'70 grs.
4 P	II	27 IV a 9 V 1916	12	0'60	0'60	1'00				2'20 grs.
5 G	I (*)	10 X a 7 XI 1917	27	0'60	0'60	0'90	1'20	1'20		4'50 grs.
6 C	II	20 X a 10 XI 1917	20	0'60	0'90	1'20	1'20			3'90 grs.
7 K	II	5 I a 19 I 1918	14	0'60	1'20	1'20				3'00 grs.
8 W	II	28 I a 9 II 1918	12	0'60	1'20	1'20				3'00 grs.
9 D	I	7 IX a 19 X 1918	42	0'60	0'90	0'90	1'20	1'20	1'20	6'00 grs.
10 O	I	21 X a 19 XI 1919	28	0'60	0'90	1'20	1'20			3'90 grs.

(*) Midriasis de la pupila derecha.

Atribuimos a este elevado dosage la ausencia de neurorecidivas y terciarismos en nuestros enfermos, pues las dos únicas neurorecidivas que tenemos consignadas se refieren, la primera, a un paciente que recibe de un facultativo un tratamiento insuficiente y a los 5 meses de sifilisado, presenta una parálisis del facial; la segunda, corresponde a un sujeto que al mes de su chancro, recibe en el extranjero, tratamiento mercurial, insuficiente también. Siete meses más tarde, se incian lesiones del nervio acústico, que resisten tenazmente al tratamiento al que se le somete.

Respecto de terciarismo, ninguno de nuestros enfermos sifilisados desde el advenimiento del salvarsán, y tratados por nosotros, ha regresado al consultorio con lesión de sífilis terciaria.

¿Quiere decir esto que recomendamos proceder de hecho a emplear esto sistema? Contestamos rotundamente que no. Sólo la prác-

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

tica, fruto de tiempo y trabajo, y la consiente observación de los resultados, pueden hacer al especialista, el decir, al profesional que sepa aquilatar, en su debida magnitud, el valor de las reacciones verdaderos guías del dosage y tratamiento en general.

IV.—*Tratamiento abortivo.*

En mayo de 1912, el enfermo A. consulta por un chancro sifilítico típico, que aparece dos semanas después del último coito y tiene 14 días de edad. Se hacen 3 inyecciones de alt-salvarsán. La acción del tratamiento es rapidísima: después de la segunda inyección, el chancro está cicatrizado, sin induración y su ganglio satélite está normal.

A los 5 meses de observación extricta, *la roseola no había aparecido.*

En los 2 años que siguen, el paciente no ha tenido más síntomas de sífilis que su chancro y ganglio iniciales.

Con 30 días de intervalo, en junio de 1912, V. consulta por un chancro que tiene 2 semanas. El examen ultramicroscópico es positivo. Se aplican tres inyecciones alt-salvarsán; 3 días después de la última, chancro y ganglios habían desaparecido. Se observa al enfermo durante un año: *la roseola quedó ausente.*

En el mismo mes y año que el anterior, se presenta Y, con una pápula en el glande. Esta que es de 5m.m. de diámetro y ligerísimamente infiltrada, fué vista hace dos días y su examen ultra-microscópico es fuertemente positivo. Se ponen 3 inyecciones de alt-salvarsán que, con su acostumbrada rapidez, borran el chancro. Sin ningún otro tratamiento, a los 5 meses, *no se había presentado la roseola.*

¿Qué significaba esta ausencia de la roseola que es como "la firma de la sífilis" y a la que nunca habíamos visto fallar cuando se trataba la sífilis con mercurio. Hacía tiempo que el descrédito había marcado a la "therapia sterilisans magna", ya en esa época nadie la aceptaba y sin embargo, en nuestro concepto, estos 3 ejemplos simultáneos casi, no podian ser otra cosa que una verdadera curación de la sífilis primaria, en el sentido práctico de la palabra.

No quisimos aventurarnos a publicar nuestras observaciones, sino 4 años más tarde. Decimos aventurarnos, porque solo mucho tiempo después que hiciéramos esta publicación llegaron a nuestro conocimiento vagas nociones sobre la posibilidad de un tratamiento abortivo que nadie se atrevía, en la época, a afirmar. A pesar de esto,

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

cuando nuestros casos habían pasado de la primera decena, publicamos en "La Crónica Médica" de Junio de 1916, dos ejemplos que escojimos porque correspondían a clientes que habían ido a Europa, donde fueron examinados por eminencias en la especialidad, y regresaron con la confirmación del éxito de su curación

Hacíamos seguir las dos historias de estas conclusiones:

I.—La sífilis es radicalmente curable, cuando el remedio de EHRLICH se aplica en los primeros días del chancro.

II.—Si la sífilis se halla en el segundo período de incubación, es decir, en el estado de chancro adulto de base indurada, la infiltración forma una valla que aísla el parásito de la circulación general, defendiéndolo de la droga. Tal vez sería también posible obtener la curación radical en estos casos, mediante la supresión del chancro ya al termocauterio, ya con su completa excisión.

Hoy la I conclusión es prácticamente admitida por la casi totalidad de los especialistas.

Veamos lo referente a la II:

En el mes de setiembre próximo pasado, el Dr. UHLENHUT de la Universidad de Magdeburgo, ha hecho públicas sus investigaciones sobre la existencia del *spirochoeta pallida* en los diversos humores orgánicos: sangre, líquido céfalo-raquideo, saliva, sudor, leche, semen. Las inoculaciones practicadas en conejos, con sangre de sujetos contaminados hacía 3 semanas, sangre que no sólo daba reacción de Wassermann negativa, sino también el ultramicroscópio, dieron resultados positivos.

El Pr. NEISSER también ha demostrado, la existencia en la sangre de monos inoculados, de un virus con poder vaccinal desde el onceno día de la inoculación.

En el tratamiento abortivo, que tiene por objeto esterilizar el organismo infectado, no basta la fácil tarea de destruir el germen en la circulación general, es indispensable alcanzarlo en cualquier foco en que pueda albergarse. La induración chancrosa, forma, a veces, una valla muy resistente alrededor del nido de spirochoetes, defensa que conviene destruir para permitir el fácil acceso del salvarsán. El tratamiento debe sostenerse, pues, mientras la induración subsista, porque de ese foco pueden partir sucesivas infecciones a la circulación general.

Por eso el Pr. EHRMANN de Viena (en setiembre de 1921) dice: "Creemos que el tratamiento abortivo de la sífilis debe hacerse mediante la inyección endovenosa de salvarsán y la extirpación del chancro".

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

Los años trascurridos desde aquella fecha, han acumulado material, y así podemos presentar numerosos ejemplos que atestiguan nuestros casos de tratamiento abortivo, y los resultados de nuestra labor.

En algunos casos no ha podido confirmarse el diagnóstico clínico por el ultra-microscópio: se trataba de chancros en que no fué posible el examen por diversas razones, pero que eran clásicamente sifilíticos por sus características clínicas, como tiempo de incubación, ganglios satélites, etc. y en los que los resultados inmediatos de la primera inyección han confirmado siempre ampliamente este diagnóstico.

En un caso se usó el preparado arsenical a pesar de examen ultramicroscópico negativo, porque no se pudo perder tiempo en esperar que este se hiciera positivo en exámenes ulteriores, pues, el enfermo se hallaba de tránsito, y sólo se disponía de 16 días en que se le hicieron 4 inyecciones con 2'70 grs. de neo-salvarsán. Al sexto día de la primera inyección el chancro estaba cicatrizado y a los 12, toda induración había desaparecido.

En cuanto a la dósis, se observa lo siguiente:

La menor, ha sido de 0'95 grs. en 2 inyecciones, porque se trataba de un hepático y a la segunda inyección el tratamiento tuvo que suspenderse porque su icteria se agravó. Se empleó después el aceite gris; se le observa 8 años y en ellos no se presentan signos de sífilis.

La dosis que sigue a la anterior, es la de 1.20 centgrs. en 3 inyecciones. Hubo que proceder así porque se presentaron síntomas vagos de encefalitis. Sin embargo, más tarde, se le aplican dos inyecciones más con 1,50 grs. porque, a causa de la debilidad del primer tratamiento, los chancros recidivaron a las pocas semanas.

Otro caso por crisis nitritoide, sólo recibe 1,70 grs. en 3 inyecciones. Sus chancros recidivan y entonces se le administra una y media series de inyec. de salicilato de hidrargirio y otras tres inyecciones con 2,10 grs. de "914". En 3 años 5 meses de observación, este caso se conduce como esterilizado.

Los sujetos tratados con dosis pequeñas, por ser de poco peso y reducida talla, siempre que ha sido posible, han recibido tratamiento ulterior, ya por salvarsán, ya por hidrargirio.

Las dosis necesarias en el tratamiento abortivo están en íntima relación con la edad del chancro y su induración: Así, en un caso cuyo chancro apenas tiene 3 días, sólo necesita 1,80 grs. de "914" para conducirse como esterilizado en el año y nueve meses que se

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

le observa, mientras que un chancro viejo de 19 días, exige 3.90 para llegar al mismo resultado con 3 años de observación.

El enfermo que mejor ha respondido al tratamiento es aquel que su chancro cicatriza al cuarto día y la induración ha desaparecido al décimo cuarto. Esto es debido a que el tratamiento, aunque suave, de 1,25 grs. se instituyó muy precozmente, al sétimo día.

El chancro que más ha tardado en cicatrizar es el que tardó 14 días y cuya induración sólo desapareció a los 50. Se trataba de un chancro gigante muy indurado. Recibió este enfermo 6 inyecciones en 6 semanas, con un respetable total de 6 grs. de neo-salvarsán.

Respecto de reacción de Wassermann faltan bastantes; pero en la práctica civil no se puede proceder como en la de hospital y aunque se exija de los enfermos que se hagan examinar la sangre, por variadas razones, pocas veces cumplen. Por eso, si no figuran en cada una de nuestras historias, esto no ha dependido de nuestra voluntad.

Creemos que la sífilis primaria, y quizá también la secundaria incipiente se curan radicalmente. Todo depende de la forma en que se actúa. Y lo creemos así, porque el sabio EHRLICH ha demostrado la "Sterilisans magna" en la espirilosis de las aves y la sífilis, en esos períodos primario y secundario incipientes, no es sino una simple espirilosis de la sangre, como se desprende de la exposición que hace el Pr. WASSERMANN en la Sociedad Médica de Berlín:

"En la evolución de la lúes, dice, dominan ciclos determinados, y de ellos, sólo el primero está hoy relativamente aclarado. Este se extiende hasta la aparición de la seroreacción positiva y hasta ese momento, las lúes seronegativas, abstracción hecha del chancro, es una espirilosis, pues, en sus efectos de generalización, aún no ha llegado a constituir una enfermedad de las células. Esta es la razón por la cual este ciclo es el de elección para la sifiloterapia y como tal es reconocido universalmente; KOLLE lo ha demostrado en la práctica.

Los ciclos siguientes están caracterizados por la seroreacción positiva que prueba que desde este momento se inicia la modificación celular. La diferencia entre estos dos ciclos positivos está en las propiedades biológicas de los tejidos, pues, en el primero o sífilis secundaria, recién se incia la elergia de los tejidos y en el segundo, o sífilis terciaria, ya el estado histo-alérgico es completo.

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

Esta alergia, se manifiesta más o menos, como en la tuberculosis, en el sentido de que cuando se ha establecido ya completamente, los tejidos responden a una invasión spirochoetósica con una inflamación e infiltración celular, que, más tarde conduce a un proceso de esclerosis, siendo este el origen de la destrucción de los tejidos nobles de los órganos, tejidos que serán reemplazados por el conectivo o cicatricial.

En la generalidad de los casos, estos ciclos seropositivos corresponden a las clasificaciones clínicas de sífilis secundaria y terciaria. Cuanto más avanzan los procesos de inmunización en el organismo luético, tanta menos importancia clínica tienen los spirochaetas en comparación con la del tejido; etc."

Fundándose en esta notable exposición, hecha a mediados de este año, se puede justificar, en el terreno biológico, lo que ya hemos afirmado.

Si se considera la posibilidad de la existencia de un tratamiento abortivo desde el punto de vista en que se coloca el Dr. PICK, la demostración naturalmente, resulta imposible. Pero si se estudia el problema con criterio no sutilizado, hasta sublimarlo casi, si se le mira con espíritu más práctico, más humano, la conclusión tiene que ser afirmativa.

Si no podemos demostrar con rigorismo científico que los casos que presentamos corresponden a sujetos curados radicalmente de su sífilis, nadie tampoco puede probarnos, científicamente, que esos individuos han sido o están infectados por el espiroqueta pallida: *nuestra convicción personal, como ya lo hemos hecho público desde junio de 1916, es que la sífilis, en ciertos períodos, se cura radicalmente con el remedio de* EHRLICH.

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

El Cirujano eficiente

(Leyendo el discurso pronunciado por el Profesor Rafael Bastianelli, de Roma, en la reunión del "American College of Surgeons", Boston, octubre 27 de 1922).

En este trabajo del eminente Profesor de Roma, hay abundantes conceptos prácticos sobre la educación médica y quirúrgica. Nos parece digno de ser trascrito en sus párrafos principales y lo glosamos entusiastamente, porque entre nosotros es de actualidad lo referente a orientaciones modernas de la pedagogía en las Escuelas Profesionales. Lo tomamos de la revista americana *"Surgery, Gynecology and Obstetrics"*, junio de 1923.

Comienza el maestro poniendo de relieve los éxitos alcanzados por el Colegio de Cirujanos Americanos en el corto espacio de nueve años, uniendo a los que laboran por el progreso de la cirugía en Norte y Sud América, modelando los hospitales y estimulando las energías de los cirujanos y la moralidad profesional.

Luego, entrando en materia, dice: La belleza y la comodidad de un hospital significan mucho; los laboratorios, su equipo y fondos para sostenerlos, ciertamente son gran progreso y aumentan las facilidades para el estudiante, pero, qué significarían esas mejoras sin espíritus capaces de dar vida a todas estas cosas inanimadas? El futuro propósito del "College" seguramente será colocar a los cirujanos en un alto nivel de capacidad, y, por qué no, crear un modelo de cirujano?

Es asunto tan profundamente conectado con el de la educación médica que sin afrontar el uno no podemos plantear debidamente el otro: el "College" elije sus miembros después de exámen cuidadoso, la selección seguramente incluye a los mejores; sin embargo, debe elejir entre el material de que dispone. ¿Pertenece éste al mejor que la educación médica puede producir? Qué puede hacer el "College" para mejorarlo? Y qué puede hacer por los numerosos prácticos que no pertenecen a su seno?

Estos últimos también tienen derecho a la vida, deber de recto ejercicio de su prefesión y, todavía más, necesidad de sentir apoyo humanitario, benévolo, conforme al mejor espíritu cristiano, que los levante y los mejore. Ninguno de los que tienen posición privilegiada pueden pensar en dejar abandonados en la lucha, sin apoyo, a colegas con familia que sostener y pacientes que tratar. El "College", estoy seguro, se ocupará también de su suerte; representan la oveja perdida que el

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

buen pastor ama más que a las noventa y nueve que tiene al rededor.

La demanda de doctores, en un país tan grande como éste, es enorme y los que se hallan aislados en lugares remotos no deben ser olvidados, se baten solos en grandes luchas. Están provistos del mejor equipo para el combate? Pueden mantenerlo al día como es necesario? Permitidme deciros que tengo infinita simpatía por los médicos del campo y por el más humilde de ellos, sean o no asociados nuestros; permitidme enviarles mis mejores deseos; me siento verdadero hermano de ellos, y mi mejor deseo es que algún día deban precisamente pertenecer al "College"; entonces quizás no habrá sino una asociación que uniendo a cirujanos, médicos y especialistas, pueda llamarse Colegio Médico Americano. Tan universal y grande institución sería capaz de interesarse por todos los que ejercen la medicina en este país y aún tal vez del bienestar de todos los médicos del mundo, mancomunándose con las demás asociaciones similares para alcanzar la más alta autoridad y resolver el problema de la educación médica, no desde el punto de vista de los cirujanos, sino de todos los profesionales, mejor que muchas asociaciones separadas puedan hacerlo.

Estoy convencido que la cuestión es esta: El buen cirujano es el buen médico—y tendréis buenos cirujanos si tenéis buenos médicos. Ciertamente el cirujano debe tener corazón generoso y cerebro bien equilibrado como todo médico, pero debe tener también manos diestras; y la combinación de las tres cualidades no es siempre fácil de encontrar. Aunque las manos sean menos hábiles y no brillantes, deben ser seguras y el principio de la seguridad es el conocimiento.

Cómo podemos darlo a los estudiantes en su años escolares, cómo después de graduados?

Hay ciencia y práctica en medicina; ninguna debe prevalecer. Puesto que el futuro doctor tiene que tratar a los enfermos, es claro que todos nuestros esfuerzos deben encaminarse a proveenlo de práctica adecuada, guiada por la ciencia. La ciencia y la práctica en las escuelas tenderán no a llenar su memoria con hechos innumerables y con innumerables observaciones, sino con los principios mismos. En suma: enseñar la ciencia a un estudiante significa darle hábito cerebral que le permita sentir el poder de la ciencia, ver todo a través de ella, y hacerlo todo con ella. Los principios de la práctica pueden resumirse como sigue: enseñar al estudiante el uso de sus dedos, de sus ojos y de sus oídos; enseñarles cómo se observa y cómo deben desarrollar el hábito de pensar.

La observación es una cualidad muy rara; en unos estudiantes es innata, poderosa, siempre activa, conducente a descubrimientos; en otros es una facultad latente que puede ser ampliamente desarrollada por constante ejercicio, y aún cuando no alcance la altura de la cualidad innata, puede bastar para permitirles dejar la Escuela listos para usarla en toda ocasión,

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

nunca confiarse a la suerte, sino ser siempre capaces, como decis vosotros, de detenerse, mirar y oir. Habéis considerado la importancia de estas tres palabras, y en particular de la primera? Sentaos si estáis de prisa, sentaos cerca del paciente y seréis capaz de ver. Oir a un paciente no es la cosa más difícil?

Pero será menos difícil para el estudiante si lo aprendió por el ejemplo de su maestro, que se sentaba y oía. Aún en la charla frenética de una neurótica o en las lamentaciones de un hipocondriáco hay mucho que debe oirse; estoy profundamente impresionado por la sentencia; el paciente tiene siempre razón.

Ahora las Escuelas de Medicina proveen a los estudiantes de magníficos laboratorios, los dirigen hombres de verdadera ciencia, auxiliados por instructores pacientes y capaces. No habrá escusa para nosotros en el futuro: la nueva generación será superior o nuestra enseñanza no es buena.

Lo primero que debe evitarse en una Escuela, para que sea irreprochable, es dividir demasiado las asignaturas y los objetivos del estudiante; cuando más de cerca sigamos las subdivisiones en ramas y ramillas de un arbol corpulento, más débiles serán las conexiones que nos restan con el tronco; hablo de la enseñanza obligatoria, no de la facultativa, y menos de la práctica; debemos dejar a cada uno ejercer libremente la parte de la medicina o de la cirugía que desee, y a cada Escuela libertad para extender la enseñanza facultativa; pero nunca debemos obligar al estudiante a formar conceptos de separación; abordará las especialidades, presentadas por el maestro de clínica general, agrupadas en sus relaciones reales de solidaridad con todo el organismo del paciente, nunca como enfermedades pertinentes a una porción separada del cuerpo.

La anatomía y la fisiología se aplicarán siempre al estudio del enfermo durante los años escolares para dominarlas sin ásperos esfuerzos de memoria, como conocimientos dinámicos y bases inspiradoras de la clínica.

Junto con estas cuestiones generales deberíamos discutir extensamente sobre las materias que deberían enseñarse, el lugar que corresponde a la anatomía patológica y a la fisiología patológica, la importancia de los trabajos de laboratorio, la necesidad de no creer que sólo al cirujano toca investigar en cirugía, y muchos otros asuntos. Creo absolutamente necesario para el estudiante estar familiarizado con los cambios de textura anatómica de los órganos que examina clínicamente, como si los tuviera entre las manos; por importante que sea pensar fisiológicamente, las ordinarias necesidades del cirujano lo compelen a reconocer las lesiones anatómicas, es el patologista de lo vivo.

Estimular a los estudiantes a hacer trabajos de investigación, es recomendable; pero así como sería inútil dar lecciones de música a todos los niños, lo sería también extender a todos los estudiantes la obligación de experimentar. El hombre que posee capacidad creadora, encuentra vía aún en las más adver-

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

sas circunstancias y en los medios peores. (Magendie, Claude Bernard hacían sus experimentos en una cueva, Pasteur hizo todos sus primeros trabajos en una habitación que limpiaba él mismo, así como también todos sus instrumentos.

La manía de investigar es todavía peor cuando tiene por objeto inspirar trabajos seudo-científicos o repetir experimentos inútiles, muchos de los cuales por desgracia, sirven de medios de reclamo. El cirujano de ordinario dedicará mejor su tiempo a otros estudios, salvo que una fuerza interior lo impulse a las investigaciones de laboratorio. Ningún laboratorio, ni edificio monumental, puede cambiar lo que millares de años han probado que es verdad; sólo unos pocos hombres poseen la brillante luz de descubridores; su influencia dura más o menos años, durante los cuales, todos los otros comulgan con sus ideas, contribuyendo, colaborando o modificando sus trabajos; son repetidores destinados al olvido. La humanidad mira hacia las altas cimas, de cuando en cuando una menos alta atrae la atención, pero seguramente el sol brilla hasta el último minuto sólo en los más altos picos.

Esto no significa que quiera disminuir la importancia de los trabajos de investigación; por el contrario; afirmo que ningún progreso positivo puede hacerse sin base científica y experimental; quiero sí llamar la atención contra la tendencia que pretende obligar a la masa de los estudiantes a intentar investigaciones de laboratorio en lugar de hacer investigaciones clínicas, como si pudieran realizar en lo primero algo bueno, lo cual es imposible. El clínico seguramente puede y debe inspirar trabajos experimentales y de investigación, y ser capaz de realizarlos si fuera necesario, pues las tareas clínicas suelen conducirnos a puntos oscuros, inanimados, que sólo la ciencia puede vitalizar. La investigación por objetivos clínicos y la ciencia pura no puede ser puesta al mismo nivel; todo estudiante será capacitado para las primeras, y sólo unos pocos para la última.

Tomemos ahora al joven que tiene hábito de pensar científicamente y tratemos de enseñarle como trabaja la ciencia a la cabecera del enfermo; pronto se dará cuenta de cuánto le importa adiestrarse en los actos menores de la medicina y de la cirugía, como si fuera a hacerse simplemente una enfermera. Formémosle experiencia sobre el vivo, de la acción de los medicamentos en los estados patológicos del cuerpo humano; enseñémosle la fisiología y anatomía a la luz de los estados mórbidos de un individuo y del tratamiento; que el maestro le inspire ideas amplias, tomadas desde un punto de vista general y pronto será capaz de entender los mayores problemas y pensar de ellos con su cerebro. Se hace ahora esta enseñanza de manera suficiente? El número de maestros e instructores actual no basta a tan prolija tarea, fuera útil extender a todos los jefes de servicios hospitalarios la facultad de enseñar, así nacería la emulación, la noble competencia y se derivaría el perfeccionamiento más fá-

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

cil de los estudiantes, muchos de los cuales podrían omitir trabajos complementarios después del grado.

Después del problema de los estudiantes, viene el del futuro cirujano; aún con las mejores enseñanzas durante la escolaridad no puede crearse un buen cirujano general. "Frecuentar Sociedades, visitar clínicas y bibliotecas, poseer buenos instrumentos o valiosos libros, publicar trabajos en los periódicos, no contribuye en nada al bienestar de los enfermos", dijo Baglivi, ilustre médico italiano del pasado.

En el estado actual de nuestra ciencia y arte no hay quien pueda formarse cirujano por sí solo, necesita precisamente de la herencia de sus predecesores, aprovecharla y adicionarla; para que así suceda debe obligarse a quien desee ser cirujano a ingresar a los hospitales o clínicas y servir en ellos durante cierto período de tiempo, dar luego, una prueba final de capacidad. Parece duro tener que soportar, ya avanzado en la vida, tales requisitos, pero creo que es absolutamente necesario si queremos evitar la existencia de cirujanos inconscientes que se atreven con los casos más difíciles porque han adquirido, dicen, los instrumentos que usa el doctor X o el catgut y agujas que vieron en la clínica del doctor Y. El práctico general, único que tropieza ordinariamente con las emergencias quirúrgicas, debe principalmente saber reconocerlas, y atenderlas sólo en el caso de inmediata necesidad, si el tiempo lo permite, hará mejor entregando al enfermo en manos más seguras.

Pensando en la posición del práctico general, recuerdo el estatuto de una ciudad italiana del siglo XVI que decía: "Las personas que no pertenezcan al Colegio y deseen practicar la cirugía, sean nacionales o extranjeros, deberán ser cuidadosamente examinados por el Colegio que les dará autoridad para practicar aquello que los reconozca capaces de hacer; pero tratándose de heridas, úlceras y peligrosas apostemas estarán obligados a juntarse con un doctor".

Nunca será esto posible en nuestros tiempos y con nuestros grados. Provocar consultas, persuadir a los prácticos que es su deber no afrontar un caso de grave responsabilidad sin el auxilio de un colega, si es posible obtenerlo, que la ayuda no significa disminución de autoridad, puede ser buena labor del College. Creo, vendrá el tiempo en que el College imponga como regla que todo práctico general esté obligado después de cierto tiempo, cada tres años, por ejemplo, a hacer un curso por lo menos de dos meses, en que vea las cosas nuevas, recuerde y revise las antiguas y tenga instrucción práctica en las salas de un centro operatorio. Quizás llegue el día en que también el cirujano general que no tiene puesto hospitalario, sea obligado a hacer un curso después de muchos años. Todas estas sugestiones me parecen apropiadas a las circunstancias y dignas de consideración.

Tengo gran fe en el futuro del cirujano y me hallo persuadido de que el hombre provisto de un cerebro pleno de ini-

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

ciativas y de capacidades científicas, con un corazón generoso y maravillosas manos, siempre será una excepción; el cirujano ordinario será simplemente hombre capaz de cumplir sus deberes, no sólo con las manos sino con pleno conocimiento de sus responsabilidades, y lo que es más importante, con plena conciencia de sus posibilidades.

Uno de los textos para diplomas, de la Escuela de Salerno, en los siglos XVI y XVII, termina así: "Nosotros, Rector y Maestros de la Escuela, hemos con solemne ritual asistido a su grado; hemos puesto en sus manos un libro cerrado, abriéndolo después; en su dedo la sortija, y en su cabeza la corona, y habiéndolo besado cada uno de nosotros, como es de costumbre, en la Iglesia de Santa Catalina, lo hemos acompañado a su casa con los mejores deseos".

No tenemos ya estas formalidades simbólicas; nadie ha puesto el libro en nuestras manos, ni la sortija en nuestro dedo, y seguramente tampoco la corona en nuestra cabeza. *Pero hemos hecho algunas promesas!*

Permitidme desearos a todos vosotros, jóvenes y maduros, que al final de vuestra carrera, recordando esas promesas y viendo que las habéis cumplido, sintáis tranquilidad en esos últimos días y sea vuestra vida coronada por un poder mejor y mayor que el de cualquier Colegio de Cirujanos, superior a cualquier otro poder de la tierra, por el poder de vuestra conciencia.

Como se ve, el Maestro italiano enuncia brillantes iniciativas y conceptos sobre la educación profesional aprovechables por todas las Escuelas Médicas.

Son sus primeras palabras de simpatía para los médicos rurales, para los prácticos que ejercen en las aldeas; quiere que se sientan apoyados, respaldados, por sus colegas de las grandes ciudades, por los maestros y directores del progreso profesional; que lleven al apartado rincón donde van a actuar aislados, bagaje científico y elementos suficientes y susceptibles de oportuna renovación; quiere más todavía, estima necesario que ellos y cuantos no gozan del privilegio de servicio hospitalario, hagan cada cierto número de años cursos obligatorios de práctica y renovación. Son muy atinadas las observaciones y deben ser aprovechadas.

Sabe el doctor Bastianelli de las deficiencias y también de las angustias de los médicos rurales, por observación personal en el amplio medio de la Europa Meridional a que pertenece la adelantada y progresista Italia, sus vistas son aplicables a ella y a todas la naciones que sean modestas o plenas de hombres y recursos, todas desigualmente evolucionadas si se comparan las grandes urbes con las pequeñas aldeas que por su número superan en mucho a las primeras. El médico de aldea y el rural

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

faltos de estímulo y de elementos para seguir el acelerado movimiento de la ciencia, se convierten en regresivos, empíricos y rutinarios; en lucha diaria con la ignorancia, los prejuicios y odios lugareños agotan sus mejores energías, los curanderos y taumaturgos, los brujos y adivinos, tan acreditados en los medios incipientes de cultura, los combaten sin tregua; mal pagados, sin crédito, sin útiles ni apoyo de nadie, son verdaderos parias que vegetan y mueren olvidados. No es necesario salir del Perú para tropezar con ejemplos de este tipo profesional, los hay abundantes a pocas leguas de nuestra capital; en las serranías son legión, y el alcohol suele acabar la obra que inició el tedio, el aislamiento y la desesperanza. Dice bien el Profesor italiano, ninguno de los privilegiados de la profesión puede honradamente desentenderse de estos colegas, las autoridades médicas y las políticas les deben apoyo, tienen derecho a la vida y a ejercer profesión con garantías de eficacia y respeto.

En lo referente a la educación profesional de los estudiantes de medicina visa el doctor Bastianelli la orientación moderna de pedagogía; formar capacidades para la acción. Sus fórmulas son sintéticas, de relieve.

Desechar intuiciones súbitas de los hechos clínicos, observarlos y juzgarlos con calma y reflexión, para que los discípulos aprendan a adoptar la misma práctica. Los diagnósticos impresionistas que suelen deslumbrar al vulgo y formar reputaciones improvisadas, elevando cinematográficamente a algunos, carecen de la base fundamental de la verdad científica; la observación cuidadosa y lenta, el escrutinio de los hechos en forma tranquila, sin desestimar ningún detalle que pudiera invalidar el resultado final, es más sólido. En frente a un diagnóstico o tratamiento por resolver, nunca precipitarse; por el contrario, *detenerse, mirar, y oir.* Escuchar atentamente el relato del enfermo, la verdad fluye siempre de sus labios por atormentado o trastornado que se halle; un interrogatorio sagaz completa los datos necesarios para iniciar criterio, pero precisa emplear en todo esto suficiente tiempo; toda labor humana para ser firme y duradera no puede prescindir del elemento tiempo; lo obtenido con rapidez es fugaz en su duración, efímero en su valor.

Se debe educar la vista y el oído de los estudiantes para adaptarles esos sentidos a los fines de la apreciación de los síntomas morbosos, así sabrán transformar sus signos, valorizando su significado clínico. Educarles también el tacto para el mismo objeto y capacidad manual; nada vale en clínica conocer la representación gráfica de un acto terapéutico o de un medio de exploración, si se carece de capacidad para ponerlo

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

en obra; por mucho que se haya visto practicar una operación sencilla no se sabe de ella antes de hacerla personalmente. Lo primero que debe enseñarse a quienes se inician, son los actos terapéuticos manuales simples, labores de enfermera, pero preparatorios y aliados necesarios de las más altas tareas que se les confiarán después; conocido es el adagio: saber hacer es saber mandar.

En una buena Escuela no debe predominar ni la ciencia pura ni la práctica, la última debe guiar siempre a la primera. No hacer archivos de hechos en la memoria, guardar las síntesis, alcanzar los principios y adiestrarse en aplicarlos. Desarrollar la facultad de observación por constante ejercicio. Tales son las ideas directrices de la educación médica, que recomienda, seguramente, las mejores.

La ducación manual y bien objetivada, única capaz de formar profesionales perfectos, exige para los maestros ancho campo de acción, clínicas de gran capacidad donde muchos estudiantes puedan trabajar simultáneamente, útiles perfeccionados y abundante personal docente idóneo, asistido por numeros instructores, éstos últimos en número casi igual al de los alumnos a quienes seguirán en su labores paso a paso, dirigiéndolas o rectificándolas. Sin personal suficiente de maestros no puede darse instrucción perfecta.

Para que esta enseñanza amplia, objetivada y esencialmente práctica sea una realidad, propone Bastianelli, se extienda la función docente a todos los jefes de servicio hospitalario, reforma que entre nosotros sería adoptable; en cuanto a los demás consejos del maestro italiano, muchos de ellos concuerdan con las ideas directrices nuevas que informan la orientación actual de nuestra Escuela, y otros constituyen aspiraciones de mejoramiento no realizadas todavía por las dificultades del medio y escasés de recursos.

En cuanto a la formación del cirujano, estamos de acuerdo con el maestro Bastianelli, en considerar insuficiente para merecer ese título al joven recién egresado de una escuela médica, para adquirir capacidad práctica necesita servir antes en hospitales o clínicas dirigido por un maestro competente. Quien no llene este requisito podrá con lo aprendido como estudiante, afrontar los problemas de terapéutica de urgencia y diagnosticar algunas veces, pero carecerá del concepto firme de las realidades quirúrgicas y de la habilidad manual que sólo se obtienen por prolongada permanencia en los centros nosocomiales.

Exijir a quienes no tienen servicio hospitalario que cada cierto número de años concurran a éstos por determinado tiempo, es legítimo, y evitaría el atraso y regresión que determina

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

el aislamiento y la práctica limitada en el medio lugareño o rural; pero pedir un examen práctico cada cierto número de años a los cirujanos libres y a los rurales, nos parece regla difícil de imponer; teniendo el cirujano conciencia de su responsabilidad, buscará espontáneamente los medios de mantener su capacidad y eficacia, el temor de la sanción legal estimulará a los omisos.

Dr. Eduardo BELLO.

Nipiología. = Instituto de Nipiológia e Instituto Nipiohigiénico

Comunicación presentada al 3er. Congreso Americano del Niño celebrado en Río de Janeiro.

Por el Profesor ERNESTO CACACE
De la Real Universidad de Nápoles

Es una idea grande, una idea justa, la idea de la Nipiología y del Instituto de Nipiología, ha dicho Luis Morquio.

Este juicio importantísimo del eminente Pediatra de Montevideo, es la compensación moral más alta a mis trabajos, y sobre todo la más solemne consagración de la idea en esta América grande y en esta ciudad maravillosa y cautivadora.

Me siento incapaz de manifestar toda mi gratitud a mi alustre hermano, más que amigo, Luis Morquio, a quien envío el saludo de mi alma; como tampoco puedo expresar a los insignes organizadores de este Congreso del Niño, y muy especialmente a Nascimento Gurgel, lustre de la ciencia Pediátrica y de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, amigo de Italia, mi fraternal amigo, hombre simpático y hechicero, por haber hecho ascender al prestigio de tema oficial, mi idea e iniciativas.

Estoy de acuerdo con Luis Morquio en sostener que mi idea representa la *tendencia moderna* en la solución del problema del estudio y también sostengo que la afirmación de Morquio es el mayor aplauso a mi idea, porque, sin modestia puedo decir, que mi activa propaganda sobre la idea de la *Nipiología*, del *Instituto Nipiohigiénico*, y del *Instituto de Nipiología* en los Congresos Internacionales y Nacionales de la infancia y por intermedio de la prensa científica desde 1905 hasta hoy, hacen ya 17 años, ha contribuido en gran parte a determinar esta tendencia moderna.

No creo inútil insistir en este Congreso sobre mi idea e iniciativas, tan bien acogidas, e ilustradas por la hermosísima exposición del Profesor Morquio, quien es acreedor al mayor de los elogios.

Es ciertamente un atrevimiento decir más, después de esa magnífica relación, pero ese atrevimiento es perdonable a quien desde su Italia llegó a la América para dar su palabra de gratitud y de fe.

La *Nipiología* por mí fundada, trae su nombre de *nipios* infante (*ne*, no y *eipein*, hablar) y *logos* discurso, *y es entonces la ciencia de la edad en que no se habla, o bien la ciencia de la primera edad.* La idea

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

de la *Nipiología* se propaga siempre más, especialmente en mi país, con un notable impulso sobre el estudio del niño en crianza.

Respecto al título, me limito a hacer constar cuánto han escrito dos apóstoles de la Nipiología: Lorenzo Loste y Rómulo Eyzaguirre.

El doctor Loste escribió: "Creada esta nueva ciencia por el doc-"tor Cacace, era necesario bautizarla con un nombre nuevo.... la pa-"labra *Nipiología* es *necesaria* en el lenguaje científico y expresa en "*toda propiedad* lo que el doctor Cacace quiso expresar con ella;" y el doctor Eyzaguirre se expresó: "Al tratado de los niños que no ha-"blan, desde todos sus puntos de vista, *cuestión nueva*, así considerada, "es cómodo llamarle *Nipiología*, porque la facilidad en la expresión "lo hace *necesario;* y esta voz es justa, porque deja entender lo que "quiere decir, y es propia porque *Nipios* o *Nepios* significa bien el: "*niño que no habla*".

Pero no se puede comprender la palabra *Nipiología*, sin comprender antes la *idea* de la *Nipiología*.

Y yo más que en la palabra deseo insistir en la *idea*.

La *Nipiología* según esta idea, es *toda* la ciencia de la *primera* edad, o bien el *estudio completo de la edad en que no se habla, desde todos sus puntos de vista:* biológico, psicológico, clínico, higiénico, jurídico, histórico, sociológico; *toda* la ciencia *pura* y *aplicada* de la primera edad.

Con la idea de la *Nipiología* he tenido el convencimiento de *implantar las bases de una nueva rama científica y de dar un nuevo curso a los médicos de la primera edad.*

La *Nipiología* según mi opinión, tiene el carácter de ser una rama científica, porque el lactante (el verdadero infante) tiene sus actividades *poco diferenciadas en vías de evolución,* por sus *características propias,* y porque tiene, podría añadir, una *propia personalidad,* que lo distingue notablemente del niño en otros períodos, de la infancia.

Por esta escasa diferenciación en las actividades del niño lactante, esta no puede estudiarse con facilidad, especialmente desde puntos de vista unilaterales, sino que debe ser estudiada en *toda su integridad.* Los estudios anatómicos, fisiológicos, psicológicos, antropológicos, higiénicos, patológicos, clínicos del lactante, se hallan *unidos íntimamente* entre sí y pueden darse recíproca luz, auxiliarse recíprocamente, pero este período de la existencia humana impone la *unidad de la ciencia,* como en los otros períodos de la vida.

En verdad: el psicólogo poco ha estudiado la psicología del lactante, pero sí ha completado una investigación importante sobre la psiquis de los animales; el anatomista y el fisiólogo poco se han interesado por la anatomía y fisiología del niño lactante; pero el patólogo de la infancia, de poco tiempo a la fecha, ha dedicado seria e intensamente todo su estudio al lactante, después de la activa propaganda hecha sobre la necesidad de la protección a la primera edad.

Y esto a mi parecer debe atribuirse particularmente a la dificultad que produce el estudio *unilateral* del niño, con una cultura parcial o especial. Efectivamente, los estudios fisiológicos e higiénicos del lactante, empiezan a desarrollarse sobre todo por la actividad del Pedriatra, no solamente porque éste debiendo estudiar la patología del niño lactante, siente la necesidad de conocer la fisiología e higiene, y porque también se encuentra auxiliado en estos estudios, por la cultura que él mismo tiene de la patología.

Yo, tengo fe en que la psicología y antropología del lactante serán más conocidas, cuando el médico del niño *empiece a dedicársele,* porque pienso que entonces su estudio resultará más propicio a sus precedentes conocimientos biológicos e higiénicos.

Agréguese, además, también, que la sociología, la jurisprudencia y la historia del niño lactante, a mi parecer, deben también tomar parte en la Nipiología, porque la historia de la primera edad puede irradiar luz sobre los estudios biológicos, higiénicos del niño lactante, y porque la jurisprudencia y la sociología de la primera edad deben tener

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

especiales *rumbos* en sus relaciones con la biología, con la psicología y con la higiene del lactante, y deben ser notablemente *diferentes* de la jurisprudencia y de la sociología que corresponde a otros períodos de la vida.

Por este motivo la *Nipiología* debe ser el *corpus scientiae* de la primera edad, debe comprender todo cuanto en el más amplio sentido científico concierne al niño lactante, es decir, al verdadero infante.

En resumen, la *razón de ser* de la *Nipiología reside* en la *característica personalidad* del niño lactante, que tiene *todas sus actividades*, pero que son *germinales y poco diferenciadas.*

La Nipiología para mí, representa también una *nueva orientación* de los estudios médicos del niño lactante.

Por todo cuanto precedentemente he dicho, se deduce que, según mi opinión, el principal estudioso del lactante debe ser el médico. El médico del niño *debe ser un Nipiólogo;* es decir, biólogo, clínico higienista, sociólogo, jurista etc. de la primera edad, porque su cultura tiene en él más que en cualquier otro estudioso, la mejor preparación, y las mejores condiciones para el estudio integral del niño lactante.

Sólo así se podrá conocer la fisiología y la patología del niño lactante, tan poco observada hoy; sólo así podrá progresar la patología y la higiene del niño; sólo así se podrá implantar las bases de una racional sociología y de una perfecta legislación de la primera edad.

Y a la *Nipiología* podríamos dividirla en varias ramas; Nipiofisiología, Nipiosicología, Nipioiatría, Nipiosociología, etc.

Y con un desarrollo semejante en sus ramas, la Nipiología podrá darnos las verdaderas reglas de una *racional y perfecta* tutela de la primera edad.

El ilustre Profesor Marfán, cuyo eminente valor científico no se puede discutir, en el examen con que quiso honrar mi discurso *"La Scuola de Pedología e l'Instituto de Nipiología"* en su revista *"Le Nourrisson"*, escribió, repitiendo mi convencimiento, que no se debe confundir la primera edad con los otros períodos de la infancia, y que el lactante requiere estudios y cuidados especiales.

*"Sur ce dernier point, nous partegeons l'avis de M. Cacace....*y agregó:

"La puericulture du premier âge est quelque chose de si special et "de si complexe a la fois *qu'elle doit avoir, son* autonomie.....

"Ce qui donne encore un caractére trés spécial a la premiére en- "fance, c'est su pathologie, si différente de celle des autres périodes "de la vie que les médecins qui n'y ont pas consacré quelques efforts "en ignorent les élements. *Or, et c'est lá un point capital, dans la pre- "miére infance, l'hygiéne et la pathologie son plus étroitement unies qu'a "aucune autre période de la vie.* C'est l'étude de la pathologie qui a "conduit á établir les régles les plus importantes et le plus assurées "de l'hygiéne infantile....."

Con estas palabras el eminente profesor Marfán reconoció la relación íntima entre la patología e higiene del niño lactante, avaloró mi pensamiento sobre las especiales notas características de la primera edad, confirmó la autonomía del estudio de la primera infancia e implícitamente *aprobó la idea de la Nipiología.*

El inteligente doctor Romeo Lozano, pediatra distinguido, en su corta reseña sobre mi discurso, publicada en su importante revista *"Archivos Españoles de pediatria"*, escribe:

"E. Cacace, concibe la idea de un estudio completo de aquellos que "abarquen no sólo la tutela higiénica del niño pequeño, sino cuanto ata- "ñe a los aspectos clínicos, jurídicos, sociológicos, etc. y *esto es pre- "cisamente lo más original en Cacace,* y lo que en mi opinión demues- "tra la *forma racional y científica* de comprenderlos, estudiarlos y "y divulgarlo mejor".

Recientemente otro distinguido pediatria, el ilustre doctor Loste, en la importante revista *"Unión Médica"*, dirigida por excelente

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

doctor Boullón, proclamó la necesidad de la creación de la Nipiología, escribiendo:

"Era necesario crear esta ciencia nueva? *Yo creo que sí.*

"En verdad que la pediatría estudia la *medicina de los niños, de todos los niños.* Y hasta puede considerarse, ampliado el sentido etimológico de la palabra, como la *ciencia de los niños.* Pero la higiene y la patología del niño pequeño son tan importantes, tienen tanto de especial que está *plenamente justificada la creación de una ciencia.... dedicada al estudio exclusivamente de los niños que todavía no hablan.* Por mi parte, la Nipiología *no se limita* al estudio de la higiene y la patología de los lactantes, sino que abarca el estudio, de la primera edad, *desde todos los puntos de vista*".

Con estas palabras de los doctores Romeo Lozano, y Loste *se eleva la idea de la Nipiología.*

No insisto en recordar los votos aprobados en favor de la Nipiología en Italia, ante el Congreso de los Higienistas en Trieste, y en el Primer Congreso Italiano para la protección de la primera infancia en Roma, y en el IX Congreso pediátrico italiano en Roma.

Tampoco insisto en recordar las solemnes consagraciones de la Nipiología en España por obra de Andrés Martínez Vargas y de Manuel de Tolosa Latour, el aplauso sincero de Ramón Gómez Ferrer, la propaganda entusiasta de Víctor Delfino, de Aurelio Romeo Lozano, de Lorenzo Loste, de Rómulo Eyzaguirre, en favor de esta idea. Es historia reciente y bien conocida.

Insisto en expresar mi gratitud más viva a todos: a Tolosa Latour, (que ya no existe), a Delfino, a Eyzaguirre, a Gómez Ferrer, a Loste, a Marfán, a Martínez Vargas, a Romeo Lozano, y a todos cuantos contribuyeron en la obra para la mayor afirmación de la idea de la Nipiología.

Por todo cuanto he dicho, la Nipiología no podrá confundirse, con la pediatría, ni rigurosamente podrá considerársele una de sus ramas.

La pediatría que toma su nombre de *pais* que significa niño y *iatreia*, asistencia, con título impropio ha nacido como la medicina y propiamente como la patología clínica del niño. Sucesivamente, por las razones expuestas, el pediatra ha estudiado también anatomía, fisiología e higiene, pero se abstuvo siempre en ser el clínico de la infancia. En efecto, la mayor parte de los Institutos Pediátricos Universitarios, se titulan Institutos de Clínica Pediátrica, o de Clínica Infantil, o de enfermedades del niño. También los libros de pediatría tratan ante todo la patología infantil. Agréguese también que la psicología infantil no ha sido nunca estudiada ni enseñada por el pediatra; y que la puericultura ha tenido siempre tendencia de autonomía por el trabajo simultáneo del Pediatra y del sociólogo, contribuyendo a limitar el verdadero campo pediátrico a aquel de la patología y de la clínica.

También la medicina escolar que debe hacer parte de la pediatría, tiende a convertirse en una rama independiente.

Así es que la pediatría como está hoy efectivamente comprendida, es la medicina del niño, pero no es todavía la ciencia del niño, y por lo tanto no se la debe confundir con la Nipiología.

Tampoco la Nipiología puede considerarse como una rama de la Pediatría, sea porque, como antes he dicho, ella tiene *razón de ser una rama científica autónoma,* sea porque comprendiendo también un período de vida más limitada que aquel hoy estudiado por la Pediatría, tiene un *mayor campo científico.*

Según mi parecer, llamándose Nipiología la medicina de la primera edad, la Pediatría tendrá que ser solamente la medicina de la segunda y tercera infancia, y es entonces la de la niñez.

Efectivamente, sucederá (como en París) que la enseñanza de la clínica de la primera infancia quedará independiente de la clínica de los otros períodos de la infancia.

Si una de las clínicas se llamara Pediátrica, sería ciertamente la fun-

da,

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

Y cuando los Institutos de clínica de la primera infancia se multipliquen, como lo espero, surgirán los Institutos Universitarios de Nipiología, y la Pediatria terminará por tener un significado muy pequeño, que es el que merece y que hoy está por mí definido.

La Nipiología no puede tampoco confundirse con la Puericultura.

La Puericultura, según Pinard, es el conjunto de las condiciones higiénicas, capaces de hacer nacer y hacer crecer niños vigorosos y sanos.

Ha sido dividida en Puericultura intrauterina y Puericultura extrauterina; y ésta ha sido subdividida en Puericultura de la primera infancia y Puericultura de los otros períodos de la infancia.

Sintiendo también una gran admiración hacia el eminente apóstol de la Puericultura, Profesor Pinard, nunca he creído que la Puericultura, como efectivamente la entienden, sea una ciencia nueva, y que tenga la razón de *ser una nueva* rama científica.

Me permito hacer constar este mi íntimo pensamiento, porque ahora involuntariamente se tiende a confundir la Nipiología con la Puericultura.

La Puericultura intrauterina es *substancialmente* la higiene de la gestación, y la Puericultura extrauterina es *esencialmente* la higiene de la infancia; y la higiene de la gestación y de la infancia no es *nueva*.

La mayor aprobación de este íntimo pensamiento está especialmente en el programa del Instituto de Puericultura de la Facultad de Medicina en París, trasado por el eminente apóstol de la Puericultura, Profesor Pinard, en su curso inaugural.

El doctor Mathé en la importante Revista "La Semana Médica", resume en esta forma el magistral discurso del Profesor Pinard:

'No se hará sino *puericultura e higiene:* Higiene preconcepcional, "higiene de la mujer embarazada, higiene de la lactancia, del lactante "y de la primera infancia.....

"Los enfermos no tendrán derecho al ingreso: *no se curará;* la me-"dicina está *desterrada del Instituto.* Nada de Patología; sólo Higiene "y preservación".

En este discurso se habla solamente de la higiene y tampoco de la higiene en los períodos sucesivos a la primera infancia.

El título a mi parecer, es impropio, porque significa *educación del niño,* mientras la Puericultura, según el programa práctico expuesto en el discurso mencionado, y según las varias interpretaciones y acciones prácticas, es ante todo la higiene del feto y del niño en crianza.

Agréguese también que sin repetir mis ideas antes mencionadas sobre la autonomía del estudio de la primera edad, se impone la autorizada opinión del Profesor Marfán; que la Puericultura de la primera infancia *doite avoir son autonomie.*

Y entonces si la idea es antigua (según también el juicio de otros estudiosos) si el título es *impropio* y si la Puericultura de la primera infancia debe ser *autónoma,* a mí me parece que no tiene *razón de ser,* una *nueva* rama científica.

Estoy conforme que el doctor Eyzaguirre concuerde conmigo.

Efectivamente, él ha escrito en la importante revista "LA CRONICA MEDICA":

"En los tiempos más recientes, el Profesor Cacace de Nápoles, "fundando su Instituto para los *niños de la primera edad,* especializó el "estudio de la ciencia que a ella se refiere, llamándola Nipiología y de-"nominó *Nipiohigiene,* a la higiene de esa misma edad".

"De esta manera quiere diferenciar, el distinguido Profesor ita-"liano, y con mucha justicia, lo que conviene a cada una de las épocas, "que se han llamado con uso continuado, *Primera, Segunda* y *Tercera infancia*".

"Con sobrado motivo el Profesor Cacace, encuentra aplicación con-"fusa en los términos, que el uso ha aceptado, es verdad, pero que "entrañan poca precisión y propiedad en nuestros tiempos, que son

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

"los que marcan la tendencia a subdividir, para su mejor estudio, las "etapas de la vida del niño, muy particularmente destacadas, en virtud "de los progresos que la ciencia, que a él se refiere, conquista en lo "que va corrido del nuevo siglo.

"Y decimos "que la terminología que hasta hoy se tiene en uso "envuelve una confusión porque si bien se observa la etimología de "las voces usadas, se encuentra imperfección en el modo de formar "la palabra que la costumbre ha ungido. En efecto, la palabra *infancia* "se deriva de la voz latina *infans,* el que no habla, (de *in,* privativo y "*for,* hablar) derivado a su vez de *fans,* el habla, que trae su origen de "*for fatus,* hablar, decir. Por lo tanto, *infancia,* sólo significa aquella "edad en la que hay ignorancia en el hablar, en la que hay falta de "expresión, y en consecuencia sólo la llamada *primera infancia,* es la "que propia y llanamente, debe llevar este nombre. Las otras dos, le "llevan con injusticia. La palabra latina *puer,* el muchacho, y de allí "*puericultura, (pueritia),* edad media entre la *infancia y adolescencia* "señala lo que ahora decimos *segunda y tercera* infancia.

"Luego, pues, fisiológicamente, las tres infancias de los higienistas, "no pueden existir. La denominación única, *infancia* sin más distintivo "que el número ordinal, produce impropiedad en el lenguaje científico.

"En consecuencia, decir *Puericultura* significaría decir crianza o "cultivo del *muchacho,* del *puer,* del que se encuentra entre la infancia "y la *adolescencia;* del que se halla en el segundo y tercer período o "sea la *segunda y tercera infancia* de los autores actuales.

"Pero, como no es esto todo lo que se quiere significar, al decir "*Puericultura* sino el cultivo del *infante* (infans), *resulta* la palabra de "una etimología que no es la suya, que no es la que se ha querido "que sea, quedando por consiguiente inapropiada la voz, sin que le "reste otra autoridad y defensa que el uso continuado. Decir, como "quieren algunos *Puericultura intrauterina,* a la higiene del *feto,* resul-"ta un poco peor, pues el *feto* está muy lejos del *puer*".

Y así como amo la crítica, y tampoco niego el consentimiento público a la puericultura, yo pienso que sería preferible llamar la Puericultura intrauterina *"Higiene embrional"* y *"fetal"*; pero creo que la Puericultura de la primera infancia podría llamarse *"Higiene de la primera edad o nipiohigiene"*, y pienso también que por Puericultura se debería entender una rama científica, comprendiendo la pedagogía, la higiene, y la sociología de la segunda y tercera infancia y por lo tanto de la niñez, según su verdadero significado de *"la educación del niño"*.

Por todo cuanto he dicho, deseando también dejar la puericultura en sus actuales límites, dedúcese que la Puericultura de la primera infancia no debe *confundirse* con la Nipiología: la Nipiología es *toda* la ciencia de la primera edad; y la Puericultura de la primera infancia *es una parte* de la Nipiología.

Insisto sobre todo, porque no he dedicado mis mejores años de existencia a un trabajo lleno de crueles sacrificios, por la sola *vanidad* de creer y difundir *una nueva palabra,* lo cual estaría en completo contraste con la austeridad de mi alma, y con mi culto hacia el ideal científico.

Oida la idea de la Nipiología, se comprende bien el programa y organización del Instituto de Nipiología, por mí creado.

El Instituto de Nipiología debe crear y desarrollar la ciencia de la primera edad, es decir, la Nipiología, debiendo comprender coordinados entre sí los Institutos de biología, psicología, clínica, higiene, jurisprudencia, historia y sociología de la primera edad y de todas las otras ramas complementarias que se crean oportunas. Ese debe ser un Instituto exclusivamente científico: debe hacer obra perfecta y *completa de asistencia, de educación y sobre todo de ciencia.*

En el antedicho Instituto *débese ante todo estudiar* todo cuanto deba enseñarse.

El Instituto de Nipiología debe surgir en las Universidades, según mi orden del día, aprobada por el Noveno Congreso Pediátrico Italiano en Roma.

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

La fundación del Instituto de Nipiología ha sido deliberada sobre la propuesta del ilustre Profesor Gómez Ferrer del cuerpo académico de la Universidad de Valencia, en España.

La importancia del Instituto de Nipiología ha sido bien avalorada por el doctor Eyzaguirre de Lima.

"Desde—dice él—que el filántropo Marbeau inventara su *creche*, "hacia mediados del siglo XIX, *grandes* vuelos tomó el afán de pro- "teger la niñez, hasta, que, en los días que alcanzamos, el Profesor Ca- "cace nos muestra, con su instituto nipiológico, llegado el tiempo de "una mayor perfección en los procedimientos de proteger a la infancia, "y una mayor eficacia en los resultados".

El Instituto de Nipiología es muy distinto del Instituto de Puericultura, porque la Nipiología es diferente a la Puericultura.

Efectivamente el Instituto de Puericultura comprende solamente instituciones de tutela higiénica de la maternidad y de la primera infancia.

El Instituto de Puericultura de Porchefontaine, el primero fundado en Francia, comprende un asilo de amamantamiento, para las madres; una *poupouniére*, los nidos, un consultorio para lactantes, una enfermería temporaria, una escuela de puericultura y una lechería modelo.

El reciente Instituto de Puericultura de la Facultad de Medicina de París, comprende un dispensario para mujeres embarazadas, una escuela de lactancia, y un dispensario para lactantes.

El instituto de Puericultura fué *fundado después* del Instituto Nipiohigiénico, por mí ideado y fundado en Capua en 1906.

Es bien conocido ya el programa del Instituto Nipiohigiénico.

Este Instituto versa sobre la solución *integral* del complicado problema de la tutela higiénica de la primera edad y se inspira en mi idea sobre *coordinación* de todas las formas de tutela higiénica de la primera edad, por mí sostenida *desde el año 1905*, en muchos Congresos Nacionales e internacionales, en la prensa y en la escuela.

Muchas veces he dicho: "pienso que es útil reunir las varias instituciones de asistencia, de previsión y educación, modificando algunas y creando otras, y darles *dirección útil y unidad de acción*, hasta que el funcionalmiento armónicamente y completándose alternativamente, forme *una única institución*, la cual pueda ofrecer la *solución integral* del complicado problema de tutela, *prodigando no solamente los cuidados admirables de la ciencia y de la previsión de la madre hacia el hijo legítimo e ilegítimo, sino educando así especialmente con método práctico y demostrativo, a la mujer de toda clase social, en los deberes de la maternidad*".

El Instituto Nipiohigiénico debe comprender coordinados entre sí:

1º—*Instituciones de asistencia;* consultorios para lactantes, asilos para lactantes, gotas de leche, auxilios maternales, etc.

2º—*Instituciones educativas:* escuela de higiene para la primera edad, cátedras ambulantes de higiene para la primera edad, escuelas populares de maternidad.

3º—*Instituciones de previsión:* cajas de maternidad y otros institos de mutualidad materna.

4º—*Instituciones científicas:* laboratorios para el examente de la leche y para el estudio biológico e higiénico del niño lactante.

Como se vé, el programa del Instituto Nipiohigiénico es *idéntico* y todavía más *completo* que aquel del Instituto de Puericultura.

Médicos insignes han reclamado la *prioridad* de la idea y fundación del Instituto Nipiohigiénico respecto al instituto de Puericultura.

Antonio Anilé, escribió: "También en Francia el nuevo y grande Instituto de Puericultura.... reproduce los conceptos de Cacace".

Tulio Rossi Doria, agrega: "El ejemplo de Cacace, ha sido seguido en muchas partes, especialmente en *Francia* bajo la forma de Instituto de Puericultura",

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

Olimpio Cozzolino ha dicho: "Todos los Institutos de Puericultura que con varios nombres han surgido por todas partes, empezando por el Instituto de Puericultura, fundado en Francia, y del bien conocido y vasto Instituto "Emperatriz Augusta Victoria" en Berlín—Charlottemburg, en la lucha contra la mortalidad infantil en el imperio tedesco, hasta llegar al Instituto-escuela de Puericultura en Roma, anexo al Brefotrofio y al que está agregado al Brefotrofio de Nápoles y también al Instituto de higiene infantil de *Nápoles, los que no son más que una imitación y aplicación práctica del programa del Instituto Nipiohigiénico,* que ha sido primero concebido y llevado a efecto por nuestro Cacace".

Aurelio Romeo Lozano, después de haber hecho mención del Instituto Nipiohigiénico, escribe: *"Aunque lentamente han hecho su camino y en Italia, Francia, España, etc. se han fundado institutos semejantes.* Por lo que hace a nuestro país, aparte del primer consultorio para niños de pecho, que fundó, hace unos 20 años, el inolvidable doctor Ulecia y los ya numerosísimos centros de esta naturaleza.... aparecen ya con objetivos más amplios, que se aproximan a los del Instituto Nipiohigiénico de Cacace, la institución municipal de Puericultura de Madrid, el Instituto de Puericultura de Reus....

También en mi exposición en el tercer Congreso para la protección de la primera infancia en Berlín, dije:*"Yo creo que el programa de mi Instituto es el primero y el más completo Instituto de Puericultura".*

Si es así, no es justo que prevalezca el título de Instituto de Puericultura, sea por la *prioridad* al Instituto Nipiohigiénico, o sea por el *verdadero significado* de la puericultura.

Debe establecerse un nombre definitivo, para indicar el Instituto de tutela higiénica de la primera edad, y para evitar así la multiplicación de títulos; escójase el título de *Instituto Nipiohigiénico,* que por su *prioridad* significa "Instituto de higiene de la primera edad" e indica el programa más completo de la tutela higiénica de dicha edad.

El título de Instituto de Puericultura corresponde a un Instituto de tutela, o por lo menos de estudios pedagógicos, higiénicos, y sociológicos, durante la segunda y tercera infancia y primera juventud, según el verdadero significado de la puericultura.

Deseo también que el Instituto Nipiohigiénico, surja por lo menos en las más importantes ciudades de las Provincias y que sea el centro de la tutela higiénica de la primera edad en todas ellas, coordinando la actividad de las más simples instituciones de las comunas.

Entre estas instituciones las más meritorias y de mayor difusión deberán ser: la creche—(asilo para lactantes)—, la gota de leche y la escuela popular de maternidad, independientemente o unidas entre ellas.

Resumiendo mi pensamiento, puedo concluir:

1º—La Nipiología tiene *razón de ser* una rama científica, *autónoma,* por la característica personalidad del niño lactante, (el verdadero infante).

2º—La Nipiología es *toda la ciencia de la primera edad,* y no debe *confundirse* con la pediatria ni con la puericultura.

Y hago votos:

I.—Que el Instituto de Nipiología se halle en toda Universidad.

II.—Que el Instituto Nipiohigiénico se funde por lo menos en los principales distritos de cada Provincia.

III.—Que le título de Instituto Nipiohigiénico, por su prioridad y significado, sea el elegido definitivamente, por indicar el Instituto de tutela higiénica de la primera edad.

Libremente he dicho mi pensamiento, y creo, que con claridad.

Tengo fe en que mis ideas no morirán, y si ellas no resistieran a la obra demoledora del tiempo y de los hombres, tengo fé por lo menos a que no fué ni será vano el ideal purísimo, que lo inspiró y todavía lo inspira.

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

Tengo fé también en que, aprobado por el voto propuesto con tanta autoridad por Luis Morquio, la idea de la Nipiología tendrá el más solemne bautismo científico en este Congreso, que reune a las más ilustres personalidades americanas de la pediatria y de la higiene.

En efecto, se aprobó la siguiente Orden del día:

"El 3er. Congreso Americano del Niño, y el 1er. Congreso Brasileño para la protección de la infancia, afirmando la utilidad de la idea y de la autonomía de la Nipiología, hacen votos:

1º—Que el Instituto de Nipiología se establezca en las Universidades junto o independiente al Instituto de Clínica Pediátrica.

2º—Que el Instituto Nipiohigiénico se funde por lo menos en las principales ciudades del estado.

3º—Que se promueva la fundación de sociedades de Nipiología en los diversos Estados.

Y expresan calurosos aplausos al Profesor Cacace.

Tratamiento de la úlcera yeyunal consecutiva a la gastroenterostomía

Por el doctor LUIS URRUTIA

Aun cuando sea innegable la existencia de la úlcera yeyunal primitiva, la regla es que dicha afección se desarrolle a consecuencia de una G. E. practicada por úlcera duodenal, menos veces por la úlcera pilórica y rarísima vez por úlceras distanciadas del cuerpo del estómago.

Para la mayoría de los autores es una complicación rara, que no aparece más que en 1,5 a 2 por 100 de gastroenterostomizados, o sea con la misma frecuencia que la cancerización ulterior de la úlcera en estos enfermos (Brütt). Pero según nuestra experiencia personal, la úlcera secundaria, yeyunal o gastroyeyunal, aparece próximamente en un 5 por 100 de los casos, y todavía hay quien señala un porcentaje mayor; así, Schmilnsky da la cifra de 8 por 100, y Hohlbaum, la de 10 por 100.

Su causa esencial es la hiperclorhidria, que persiste, según nuestras investigaciones, en un 17 por 100 de los gastroenterostomizados, en tanto que se rebaja la acidez primitiva en 54 por 100, y se establece la aquilia en 29 por 100.

De ahí que el precepto profiláctico principal de dichas úlceras sea el evitar en lo posible, la G. E. Es lo que se busca con las diversas piloroplastias, con las escisiones aisladas y, sobre todo, con la hemigastrectomia.

Aunque esta intervención no influya directamente sobre le "predisposición ulcerosa" de estos enfermos, puede, provocando la aquilia, impedir la formación de nuevas úlceras. Pero para ello es necesario que la resección del antro no sea demasiado económica, debiendo practicarse la sección gástrica lo menos a 12 centímetros del píloro, según Kelling. Finsterer reseca siempre con este objeto la mitad o los dos tercios del estómago.

Nosotros, en un centenar de enfermos (exactamente 103), a los que hemos examinado el jugo gástrico antes y después de la pilorogastrectomía asociada a la gastro-yeyunostomía, hemos encontrado un jugo totalmente aquílico en 90. Sólo en 13 encontramos CIH libre; en 10 en cantidad más baja que antes de la operación, y en 3 hiperclorhidria.

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

Algunos de nuestros casos con secreción clorhídrica después de la pílorogastrectomía, se explican por no haber hecho suficientemente extensa la resección, puesto que en un principio no nos fijábamos en la distancia exacta existente entre el píloro y el punto en que seccionábamos el estómago. Pero en dos de los casos en que encontramos hiperclorhidria, la resección había sido muy extensa. Kelling, que ha observado dos casos análogos, sospecha que se trata de gastritis hipertróficas en las que han podido desarrollarse neoformaciones glandulares y alterarse patológicamente su distribución o existir también, quizá, una exageración de la fase secretoria psíquica.

La causa de la anaclorhidria consecutiva a la hemigastrectomía es, probablemente, la supresión de la secretina gástrica que, segregada normalmente por la porción pilórica del estómago, ejerce, por vía vascular, una acción excitante sobre las células secretoras del fondo. En las pílorogastrectomías con G. E. (Billroth II), el reflujo biliopancreático puede ayudar a rebajar la acidez; pero la prueba de que este factor es aquí muy secundario, la tenemos en que la anaclorhidria se presenta lo mismo cuando se hace la anastómosis gastroduodenal, según hemos visto hasta ahora en 16 de los operados cuyo quimismo hemos podido examinar antes y después de la intervención.

Pero la pilorogastrectomía no pone de un modo seguro al abrigo de la úlcera yeyunal, habiendo en literatura, por lo menos, 10 casos de ulcus yeyunal consecutivo a la pilorogastrectomía asociada a la G. E. Nosotros tenemos, personalmente, otros tres, si bien es cierto que en dos la resecación fué muy limitada, por lo cual, más que de pílorogastrectomía, se trató de una esfinterectomía.

No obstante, es innegable que el número de úlceras secundarias ha disminuído considerablemente, sustituyendo la G. E. por las pílorogastrectomía clásica. Haberer, en 391 resecciones hechas por el método Billroth II, sólo ha observado una úlcera yeyunal, en tanto que de 265 G. E. simples, tuvo un 1 por 100 de úlceras secundarias y de 71 G. E. con exclusión pilórica a lo Eiselberg, 20 por 100. Nosotros, en 200 G. E. hemos tenido 9 úlceras secundarias.

Como esta técnica no garantiza con absoluta seguridad contra la úlcera yeyunal, de ahí la tendencia actual de Haberer, Eiselsberg y Braum, de practicar siempre que se pueda el Billroth I, o sea la gastroduodenostomía términoterminal, procedimiento mucho más fisiológico que el Billorth II y que elimina los riesgos inherentes a la G. E. complementaria. La hemos hecho hasta ahora sólo 30 veces. Técnicamente no ofrece dificultad alguna, aunque es algo más delicada que la G. E., y los resultados inmediatos han sido excelentes.

Con todo, no excluye tampoco con absoluta certeza la aparición de nuevas úlceras, habiendo referido Hotz un caso de recidiva en el duodeno.

Recientemente, Haberer ha expuesto una serie de casos en que ha emprendido la gastroduodenostomía complementaria aun en aquellos casos de úlcera duodenal en los que después de hecha la resección ya en región de cabeza del páncreas, el duodeno no se presta a una sutura término-terminal, por quedar su pared posterior desprovista de serosa, o con ésta muy deteriorada, cerrando el cabo duodenal como en el Billroth II, pero implantando la sección gástrica término-lateralmente en el duodeno.

En los casos en que no haya más remedio que practicar la G. E., de todos los preceptos dados para evitar la úlcera secundaria, el más importante parece ser el evitar material de sutura inabsorbible. En la clínica de Mayo, el número de dichas úlceras ha descendido de 6 a 2 por 100 desde que hacen las dos suturas con catgut. Nosotros utilizábamos en un principio la seda para las dos suturas; después la reservamos para la sero-serosa, haciendo la hemostática con catgut crómico y tuvimos una úlcera secundaria en la anastómosis; hace dos años practicamos las dos con cargut crómico o tánico, pero, aun así, hemos tenido un caso de úlcera gastroyeyunal.

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

Moynihan y los Mayo, han tenido también úlceras secundarias a pesar de esta precaución, que, aunque excelente, no da, por desgracia, una seguridad absoluta.

Haberer atribuye una importancia considerable en la génesis de la úlcera yeyunal, a la exclusión unilateral, habiéndola observado 14 veces en 71 casos.

En la clínica de Eiselsberg, tienen una experiencia análoga (10 en 61) y también en la de Sherren (quien no da cifras), habiendo concluído los tres por renunciar a ella.

Según Galpern, las investigaciones de los fisiólogos rusos explican perfectamente la frecuente aparición de la úlcera secundaria consecutiva a la exclusión pilórica.

La escuela de Pawlow ha demostrado que una de las particularidades más constantes de la histología del páncreas, es la influencia de los ácidos sobre su secreción, como lo demuestra el clásico experimento de Popielsky.

Se divide en dos porciones el estómago de un perro, estableciendo una fistulita en el segmento pilórico y otra en el fondo, y se observa el funcionamiento del páncreas. Cuando se introduce un ácido en la región del fondo, el páncreas no segrega nada; en cambio, tan pronto como el ácido introducido en la región pilórica pasa al duodeno, sobreviene una intensa secreción de jugo pancreático.

La exclusión pilórica a lo Eiselsberg-Doyen, es una copia del experimento de Popielsky, con la adición de una G. E. El ácido segregado por las glándulas fúndicas pasa al intestino a través de la boca anastomótica, no exitando en lo más mínimo la secreción del páncreas que normalmente constituye el factor principal de su neutralización. Si, por cualquier circunstancia, se perturba la nutrición de la pared intestinal, se desarrolla fácilmente una úlcera péptica yeyunal.

Haberer supone que la causa principal de producción de la úlcera yeyunal en estos casos, es la persistencia del píloro.

Nosotros hemos operado hasta fines de 1922, en nuestra clínica, 24 enfermos de úlcera secundaria; ahora, que como uno de ellos presentó primero una úlcera yeyunal y más adelante una gastroyeyunal, el número de úlceras es realmente 25 y el de intervenciones, 26, ya que a uno de los casos, operado primero de una perforación yeyunal, hubo que practicar más tarde una operación radical.

De estos 24, la G. E. causante de la complicación había sido hecha por nostros 12 veces y por otros cirujanos en los 12 restantes. En 6 de la primera serie y en uno de los de la segunda, se había practicado la exclusión, pero sólo por ligadura o plicatura del píloro, hallándose éste permeable en el momento de la segunda intervención, por lo cual es dudoso que dicho complemento operatorio hubiese influído en la producción del úlcus secundario. Pero en 3 de los operados primitivamente en la Clínica San Ignacio por ulcus duodenal inextirpable, habíamos adicionado a la G. E. una antrectomía; a lo Témoin-Finsterer, sólo que muy económica en dos, constituyendo realmente una esfinterectomía; es decir, una exclusión unilateral con ligera resección del antro en vez de una simple sección prepilórica. Ambos casos se pueden, por lo tanto, superponer a los de Haberer y Eisselsberg.

De ahí que nos parezca otro excelente consejo para evitar la úlcera yeyunal el abandono de la exclusión unilateral, al cual añadiremos nosotros el de la esfinterectomía y el de las antrectomías económicas.

Moynihan, fiel a su creencia de que las úlceras pépticas son todas probablemente secundarias a una infección casi siempre abdominal, y principalmente apendicular, considera la apendicectomía sistemática en los ulcerosos como un medio profiláctico de las úlceras secundarias.

Se procurará, además, hacer una boca anastomótica amplia, aunque no excesiva, concediendo una atención esmerada a la sutura interna o hemostática que abarcará todas las capas y no sólo la mucosa; captar exactamente los bordes, evitando toda tensión, pues aun no siendo inmediata su unión, como sabemos, se reduce la escara al míni-

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

mum; evitar la hemorragia y al mismo tiempo la extrangulación de los tejidos, así como todo traumatismo inútil.

La limpieza cuidadosa de la boca y dientes antes de la operación para evitar la posible infección de la anastómosis, los lavados previos del estómago en los estenosados y la asepsia más exquisita durante el acto operatorio, son factores de eficacia preventiva indiscutible, así como el que los enfermos continúen sometidos a un régimen alimenticio riguroso y a una medicación anti-ácida prolongada.

Cuando a pesar de todas las precauciones tomadas se presenten síntomas que hagan sospechar la posibilidad de una úlcera secundaria, se someterá al enfermo a una cura de reposo, dieta láctea, bismuto a altas dosis, inyecciones subcutáneas de atropina, neutralización permanente de la acidez gástrica, etc.

Hay autores que no creen en la curabilidad de la úlcera yeyunal tratada metódicamente; pero nosotros tenemos algunas observaciones (muy contadas) de ulcus yeyunal probable, que después de un tratamiento riguroso, han curado aparentemente, desapareciendo las molestias subjetivas y las hemorragias ocultas, aunque los casos tengan todavía pocos años de observación y quepa siempre el temor de la reaparición de los accidentes. Por otra parte, y contra la opinión de Haberer, nos parece indudable la existencia de estenosis de la boca anastomótica por cicatrización de un ulcus gastroyeyunal, habiendo visto un caso muy neto. Además, en otro de supuesta úlcera gastroyeyunal en el que nos vimos obligados a resecar la boca anastómica a causa de una disposición defectuosa, a pesar de que la palpación no nos convenció de la existencia de úlcera en actividad, encontramos una cicatriz estrellada en el lado anterior de la anastómosis que correspondía a una zona anacarada visible por la superficie externa.

Pero, a pesar de estos casos excepcionales, es indicutible que la inmensa mayoría de las úlceras secundarias ofrecen una rebeldía extraordinaria al tratamiento médico, por lo cual no insistiremos en él demasiado tiempo, ya que la intervención es más sencilla en el período inicial, cuando la úlcera está libre todavía.

Algunos cirujanos son partidarios de la operación mínima en estos casos.

Así, en la clínica Mayo se limitan a resecar las anastómosis y practicar una nueva o preferentemente una gastroduodenostomía a lo Finney, pero los resultados obtenidos son muy deficientes, menudeando las recidivas.

Cuando la úlcera que motivó la primera intervención se ha curado y no hay estenosis pilórica, se puede despegar la G. E. (en el supuesto de una úlcera gastroyeyunal) y excindida la úlcera secundaria, suturar aisladamente el estómago y el yeyuno. En uno de nuestros casos, después de resecada la anastómosis, cerramos la abertura gástrica y restablecimos la continuidad del yeyuno por anastómosis término-terminal, con excelente resultado duradero.

Fuera del caso particular de permeabilidad del píloro con cicatrización de la úlcera primitiva, creemos con Haberer (de cuya opinión son también Moyniham y Pauchet), que las úlceras yeyunales han de ser tratadas de un modo radical, enérgico y no por procedimientos tímidos e incompletos, que dejan tras de sí el temor de la recidiva, debiendo no sólo resecarse la anastómosis con la úlcera, sino practicar al mismo tiempo una extensa gastrectomía para dejar anaclorhídrico al paciente. Braum aconseja, además, sustituir el Billroth II por la gastroduodenostomía.

Hemos practicado la operación radical 10 veces, con 3 muertes operatorias (dos por complicaciones pulmonares y una por peritonitis). De los 7 restantes, dos son aún recientes, y de los otros 5, el resultado en 4 ha sido admirable, pero el quinto continúa con molestias acentuadas.

En los primeros casos, una vez suturada la sección gástrica y cerrados por sutura en bolsa el duodeno y el cabo yeyunal, implantamos éste

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

latero-lateralmente en la cara anterior del estómago, y el cabo distal del duodeno término-lateralmente en el yeyuno. Más adelante recurrimos a la gastroyeyunostomía término-lateral con duodeno-yeyunostomía a lo Moynihan y en los últimos hemos reconstruído la continuidad del yeyuno por sutura término-terminal, practicando después una G. E. anterior retrocólica o una gastroyeyunostomía. Si por establecerse la anastómosis gastroyeyunal a mucha distancia de la sutura término-terminal del yeyuno, resulta una asa muy larga, cabe hacer una enteroanastómosis por debajo de la gastroyeyunostomía.

La operación radical es muy difícil de aquellos casos en los que la operación primitiva ha sido un G. E. P. con asa muy corta, por lo cual algunos cirujanos han vuelto a la antigua G. E. P. con asa larga y enteroanástomosis a lo Braum, que facilita mucho la técnica en caso de verse obligados más adelante a reoperarles por una úlcera yeyunal. Pero la maniobra de Clairmont a la que hemos recurrido tres veces, permite llevar a cabo la segunda operación con relativa comodidad.

Consiste en liberar el ángulo duodeno-yeyunal y movilizar hacia la derecha la cuarta porción del duodeno, previa sección del peritoneo que le recubre y del ligamento de Treitz.

En las úlceras yeyunales puras, es decir, situadas a distancia de la anastómosis, cabe resecar la úlcera respetando la pared posterior, como hemos hecho en una enferma, o resecar con la úlcera la porción correspondiente del yeyuno, haciendo luego anastómosis término-terminal. En un caso operado en la primera forma, hemos tenido un magnífico resultado, continuando admirablemente a los cuatro años y medio; pero en otro operado de resección yeyunal se desarrolló diez y siete meses después una úlcera gastroyeyunal, que nos obligó a una segunda operación. Por eso creemos que, aun en estos casos, debe asociarse la gastrectomía extensa a la extirpación de la úlcera.

La yeyunostomía es una operación de necesidad, que sólo se practicará en aquellos casos de úlcera yeyunal en los que el estado del enfermo sea muy inquietante para intentar una operación radical.

En los casos de perforación se operará inmediatamente, suturando la solución de continuidad; pero, de persistir las molestias, se practicará ulteriormente la operación radical, como en un caso nuuestro.

En la fístula yeyuno cólica aconsejan todos despegar el yeyuno y el colon, suturar separadamente ambas aberturas y adicionar, en caso de ser muy marcada la estenosis cólica, una colocolostomía (como en un caso nuestro), una ileosigmoidostomía o la colosigmoidostomía.

Pero los resultados de esta técnica son muy deficientes. De los 7 operados en nuestra clínica con arreglo a ella, 3 fallecieron a consecuencia de la intervención, y de los 4 restantes se reprodujeron los síntomas a los dos años en uno, a los veinte meses en otro y a los dos meses en los restantes, falleciendo 4 a consecuencia de la recidiva.

Por eso opinamos, con Clairmont, que también en estos casos debe hacerse la operación extensa como en las úlceras yeyunales no complicadas; ahora, que, como se trata de enfermos generalmente muy agotados, sería quizá mejor limitarse en un primer tiempo a la liberación de las asas intestinales fistulizadas y sutura de los orificios, para que cese la diarrea, o hacer una exclusión del segmento cólico fistulizado, y algunas semanas más tarde, cuando el estado general haya mejorado, hacer la operación radical.

En el único caso en que intenté hacer ésta en un tiempo, llevando en bloque dos tercios del estómago con la anastómosis gastroyeyunal y la porción correspondiente del colon transverso, el enfermo falleció de debilitación progresiva a los cuatro días.

En algún caso cabe practicar la operación radical respetando el colon, como en uno operado felizmente por el doctor Gimeno Márquez (de Valencia).

La operación mínima nos parece justificada lo mismo que en la úlcera yeyunal simple, sólo en aquellos casos en los que el píloro sea permeable, estando cicatrizada la úlcera primitiva.

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

En un señor de ochenta años operado últimamente, y en el que la úlcera primitiva estaba perfectamente cicatrizada, hallándose perfectamente, permeable el píloro, despegamos el colon que no estaba estrechado, deshicimos la G. E. (ipsiliforme) practicada diez y seis años atrás, resecamos la porción vertical del yeyuno con la úlcera secundaria, hasta la anastómosis yeyuno-yeyunal, cerrando por una sutura en bolsa el orificio resultante, con lo cual quedó reconstituída la continuidad del intestino delgado y separadamente en dos planos, la brecha del colon y del estómago.

El enfermo se encuentra admirablemente a los ocho meses, habiendo aumentado 16 kilos en peso. (*Clínica y Laboratorio*, Zaragoza, 1923).

Necrología

DAMAZO ANTUNEZ.—La desaparición, el 28 de agosto último, de este ilustre profesional ha sido muy sentida en Huaraz, lugar de su nacimiento; allí formó su hogar y había ejercitado las actividades mejores de su vida. El sepelio fué motivo de que se exteriorizara en forma elocuente el cariñoso respeto que sus virtudes y méritos le habían grangeado, toda la sociedad huaracina concurrió a los funerales.



Nacido en Aija, lugar perteneciente a la provincia de Huaraz, en 1860, hizo sus estudios en "San Fernando", graduándose de médico en 1890. Estudiante modelo, fué después médico competente y culto; bondadoso y afable, inteligente laborioso, dió a Huaraz todas sus energías. Además de ejercer con brillo la profesión, actuó como profesor del colegio nacional del que fué director durante algún tiempo; representó a la provincia en el Congreso, en una ocasión, cediendo a instancias de sus amigos, pero pronto se apartó de la política cuya tortuosidad e intrigas repugnaban a su carácter recto.

Como Médico Titular de Huaraz, realizó compañas sanitarias, combatiendo con éxito varias epidemias de tifoidea, viruela y grippe; con recursos escasos hizo verdaderos prodigios en estas luchas, particularmente el enfrentar a la grippe que azotó terriblemente todo el departamento de Ancash; su celo, actividad y desinterés en estas difíciles circunstancias, fueron premiadas por la gratitud y el aplauso de sus codepartamentanos.

Como Médico Titular de Huaraz, realizó campañas sanitarias, combatiendo con éxito varias epidemias de tifoidea, viruela y grippe; con recursos escasos hizo verdaderos prodigios en estas luchas, particularmente al enfrentar a la grippe que azotó terriblemente todo el departamento de Ancash; su celo, actividad y desinterés en estas difíciles circunstancias, fueron premiadas por la gratitud y el aplauso de sus codepartamentanos.

Especializado en medicina interna, tenía en ese ramo especial competencia, pero ejerció también la cirugía y se recuerda una intervención abdominal de gran aliento y gran urgencia por heridas del intesti-

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

no que practicó con completo éxito, sin ayudante hábil y con instrumental deficiente. Contribuyó también a la literatura científica con trabajos sobre la verruga y la Uta, enfermedades endémicas en los valles de Ancash. Era médico del hospital y de la cárcel de Huaraz, querido por su bondad y apreciado por su competencia.

Siempre defendió el doctor Antúnez a los débiles y a los desvalidos; durante muchos años fué el protector de los indios contra los abusos de los gamonales.

Nombrado Maestro de la Juventud del departamento, hacen dos años, le ha sorprendido la muerte en tan honroso cargo.

Descanse en paz el amigo querido, sus virtudes y su ciencia le han levantado un monumento de gratitud en el terruño que tanto amó; sus colegas de Lima por intermedio de "La Crónica Médica" se asocian al duelo de los suyos, ofreciéndoles esta breve síntesis biográfica, pálido reflejo de los méritos del extinto.

Noticias

INAUGURACION DEL CIRCULO MEDICO PERUANO.—En los primeros días del mes de setiembre se instaló oficialmente el "Círculo Médico Peruano", inaugurándose en esa oportuidad las nuevas construcciones que se han realizado en el local de la Academia Nacional de Medicina. La ceremonia revistió singular pompa y distinción, fué apadrinada por el Presidente de la República y la esposa del Decano de la Facultad de Medicina y dió oportunidad al doctor Miguel C. Aljovín, que hoy dirige la institución, a pronunciar un apropiado discurso, que glosó numerosos e importantes problemas del ejercicio profesional, con suavidad y tono ecuánime.

La nueva asociación se inicia bajo los mejores auspicios; se propone desarrollar un vasto plan, que abarque casi todas las manifestaciones médicas y encarar los modernos problemas que plantean las relaciones entre el médico y la sociedad.

Entre las primeras manifestaciones públicas de la sociedad, debemos mencionar algunas actuaciones científicas en las que han disertado los doctores Ricardo Palma, Carlos E. Paz Soldán, Raúl Rebagliati, Carlos Monge, y otros.

Bibliografía

REVISTA GENERAL DE MEDICINA Y CIRUGIA, dirigida por el doctor D. Eduardo García del Real, Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Madrid, Vol. I., año 1922.—Un tomo en 4° de 670 páginas, 25 pesetas.—Editorial *Reus, S. A.*, Madrid.

Acabamos de recibir encuadernado el volumen I de esta gran Revista mensual, que ha conseguido agrupar en su torno, en el breve lapso que lleva publicándose, los más eminentes colaboradores nacionales y extranjeros, bajo la dirección del sabio Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Madrid, doctor don Eduardo García del Real.

Interesante por todos conceptos es este primer tomo, que comprende los números publicados durante el año 1922; en él figuran trabajos de considerable mérito profesional, entre otros de los reputados doctores Pulido, Royo Villanova, Sugrañés y Riera, Mut, Spatz, Alvarez Salazar, Malo de Poveda, Sánchez Covisa, del Río-Hortega, Henri Marie, etc., etc.

Bien merece un aliento y una felicitación la *Revista general de Medicina y Cirugía*, que ha sabido ponerse sin disputa a la cabeza de las de su clase.

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

Sobre la verdadera naturaleza del llamado "pie musgoso"

Por HECTOR M. ROJAS

Interno, por concurso, de los Hospitales

PRELIMINARES

El doctor H. Wolferstan Thomas, del laboratorio de investigaciones de Manaos, describió en el relato de su expedición a la región amazónica del Brasil, en el año 1905, una afección "verrucosa e infecciosa que ataca la piel de los miembros inferiores y superiores", dándole el nombre de *Mossy foot* o "pie musgoso" (1).

En el V Congreso Médico Latino Americano, VI Pan-Americano, reunido en Lima, en el año 1913, el doctor Julián Arce (2) llamó la atención hacia dos casos observados en su servicio del hospital "Dos de Mayo" y sobre los que había sido impresionado en vista de la gran semejanza que presentaban con el caso relatado por el doctor Thomas. Pocos días después de clausurado dicho Congreso el mismo autor tuvo ocasión de observar un tercer caso cuya historia clínica la trascribiremos íntegramente más adelante, por ser de importancia para la discusión del punto en estudio.

Posteriormente se han presentado otros casos en el servicio del mismo profesor, cuyas historias clínicas por estar incompletas no suministran conclusiones categóricas.

En agosto de 1917, el doctor Alfredo Da Matta (3) presentó a la Sociedad de Medicina y Cirugía de Amazonas, un caso de Leishmaniasis nodular pseudo-hipertrófica, con diagnóstico microscópico positivo bajo el punto de vista del agente causal. En virtud de este hallazgo y teniendo en cuenta las sospechas

---

(1).—"Annals of Tropical Medicine and Parasitology".—Vol. IV. Nº I, pág. 95.— Liverpool 1910.

(2).—Julián Arce.—*El pie musgoso.*—Actas y trabajos del V Congreso Médico Latino Americano, VI Pan Americano.—"La Crónica Médica".—Lima 1916.

(3).—Alfredo Da Matta.—*Consideracaos sobre la leishmaniasis nodular y pseudo-verrucosa.*—"Amazonas Médico" Nº 1, 1918.

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

de los autores ya citados, este investigador termina incluyendo el "pié musgoso" dentro del gran capítulo que en Nosografía Médica se conoce con el nombre de "Leishmaniasis Dérmicas". Nosotros, autorizados por el estúdio integral que hemos practicado en dos casos, desde el punto de vista de la clínica, del laboratorio y de la experimentación, diferimos abiertamente de aquella opinión, como vamos a demostrarlo después, discutiendo la misma historia del enfermo estudiado por el doctor Da Matta.

Para mejor ilustración de este trabajo vamos a trascribir íntegramente el primer caso observado por el doctor Thomas: "El paciente es un jornalero amazonence de 23 años de edad, que asegura haberse lesionado el pié derecho diecinueve meses antes, quedando desde entonces hinchado y sensible dicho pie; recuerda haber tenido fiebres tercianas y que un año más tarde, notó la aparición de pequeñas vesículas en el pie, sobre la parte externa del talón; dos semanas después se transformaron las vesículas en pequeñas excrecencias verrucosas secas, que se extendieron gradualmente a los dedos, contorno del talón y lado interno del pié. Las fotografías fueron tomadas a los siete meses de haber comenzado la enfermedad. Toda la pierna derecha, a partir de la rodilla, está hinchada y dura; la presión fuerte de la piel deja marcas deprimidas; la superficie cutánea está tensa, liza y lustrosa, dejando ver los linfáticos y los vasos superficiales pequeños, a través de la piel. Debajo de la rodilla, en el lado externo, hay un nódulo fibroso, pequeño y duro, del tamaño de arveja grande. El pié está muy aumentado de volumen y presenta un surco profundo, formado por un pliegue, en la parte posterior de la articulación del tobillo. A lo largo de la parte interna del pié, hay producción verrucoide, que cubre la superficie dorsal de los dedos y parte del pié, destacándose sobre la superficie de la piel. El tumor se extiende alrededor del pié, pero sin envolver la planta; avanza más en el lado externo que en el interno, alcanzando mayor altura en el primero. El aspecto que presenta el pié es como si estuviese cubierto de musgo viejo y desecado".

"En la superficie dorsal de los dedos del pié, el tumor tiene el aspecto de una colección de papilas pequeñas, bien definidas y apiñadas, imitando un bosque o monte en miniatura, de puntos gruesos, que nacen en un lecho de tejido engrosado, que sobresale de la superficie de la piel. La neoplasia cubre la superficie dorsal de los dedos, se extiende y rebasa o rodea las uñas, pero no las cubre por completo; la piel de las caras laterales de los dedos está completamente libre. La neoplasia se extiende un poco más, en el 2º, 3º y 5º dedos, pero no invade la superficie plantar; el dedo grueso presenta cicatrices antiguas, debidas a tumores cauterizados. La producción o neoformación de verrugas en forma de bosque, se extiende casi ocho centímetros hacia la parte posterior del pie y cruza en seguida, formando un contorno ondulado. En el lado externo

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

del pié, el relieve de la neoplasia es más irregular, variando de 4 a 7 centímetros y en la parte posterior del talón de 3 a 4 centímetros de profundidad; el surco profundo de la cara posterior del calcaneo, está libre. En el lado interno del pie, el contorno neoplásico es más irregular, variando de 2, 5 a 6 centímetros de ancho".

"El carácter de la neoplasia se altera en los bordes del pié y en el talón, pues, en lugar de presentar el aspecto de musgo, los grupos de papilas hipertrofiadas forman placas elevadas cubiertas de epidermis gruesa y cornea; las papilas están bien definidas y las placas están divididas por grietas o fisuras profundas. En la cara interna del pié, la neoplasia afecta la forma de masas verrucosas redondeadas, nodulares, que se destacan de 4 a 11 milímetros sobre la piel. En la cara anterior hay una o dos cicatrices pequeñas, de carácter queloide. La neoplasia papilomatosa tiene en los dedos, un espesor que varía de 3 a 9 milímetros".

"El aspecto de la neoplasia es verdaderamente extraordinario, pues imita el musgo viejo y seco, que cubre las rocas que reciben muy poca humedad y cuyo color varía del amarillo al gris pizarra".

"En la pierna izquierda hay dos placas verrucosas duras, que miden 1,3 por 1,7 centímetros y 1,8 por 2,7 centímetros y que comienzan a ulcerarse. En el tercio inferior hay una úlcera grande de 4,3 por 4 centímetros con bordes indurados y el centro ligeramente excabado. Las tres úlceras están cubiertas de exudación acuosa, que contiene células de pus, restos granulosos, numerosos estafilococos aureus y citreus y muchos bacilos de diversos tamaños, unos negativos y otros positivos al Gram".

"El enfermo afirma que las úlceras principiaron como tumores nodulares pequeños, semejantes al que existe en la pierna derecha, debajo de la rodilla y que el traumatismo había tumefactado dichos nódulos, produciendo un poco después vesículas de las que resultaron las úlceras. Calcula que los nódulos aparecieron tres meses más o menos, antes de su visita al hospital".

El doctor Thomas inoculó un conejo, injertando, con las precauciones del caso, debajo de la piel de la nariz, una pequeña porción del neoplasma verrucoide. "La herida cicatrizó, dice el doctor Thomas, y seis semanas después, apareció una pequeña erupción vesicular; las vesiculas se rompieron, exudando un fluído acuoso claro. De la parte media del grupo de vesículas nacieron nódulos pequeños y duros; el tejido, al rededor de los nódulos, se infiltró gradualmente. Diez días después, los nódulos comenzaron a tomar el aspecto de verrugas pequeñas y sin duda prurriginosas, porque el conejo se rascaba continuamente en el sitio enfermo hasta hacerlo sangrar. Las papilas se cubrieron de costras formadas por el exudado desecado, alcanzando la placa 1,3 por 2 centímetros sobre la

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

superficie de la piel. Las patas posteriores se infectaron por el rascado de las superficies enfermas y finalmente, se notó una producción verrucosa húmeda en las orejas".

"Microscópicamente, el neoplasma de la nariz del conejo se asemeja al tumor verrucoso del pie derecho y a los nódulos ulcerados de la pierna izquierda; la lesión parece ser una keratosis infecciosa".

"En la elefantiasis es común ver producciones verrucoides, pero no he podido encontrar ninguna referencia, acerca de la trasmisión experimental de los neoplasmas".

"No publico esta observación como un caso de elefantiasis complicado con keratosis. Sólo dos de mis enfermos han tenido hinchazón del miembro enfermo; algunos de los casos tenían tumores verrucosos en ambos miembros. En Pará se me mostró un caso en que la neoplasia envolvía el pié y la pierna derechos, hasta la parte media del muslo, la rodilla izquierda estaba cubierta de grandes placas verrucosas con extensa ulceración alguna de ellas".

Los casos observados por el doctor Arce, y presentados al V Congreso Médico Latino Americano son los siguientes: A. F. negro, de 30 años, natural de Lima, jornalero; procede de la hacienda Naranjal. En su pasado patológico hay, escrófulas a los diez años, sarampión a los dieciseis, a los veinticinco años sufrió de incordios concomitantes con una blenorragia de dos meses de duración, y que se repite dos años más tarde. Posteriormente sufrió de paludismo, y de chancros duros, según aseveración del propio enfermo; un año más tarde, a los veintisiete años de edad, presentó síntomas y lesiones que podrían hacer pensar en la existencia de los accidentes secundarios de la sífilis.

Antes de su ingreso hallábase en la hacienda Naranjal trabajando en las sangraderas y desde un año antes había notado la aparición de granos en las piernas, al propio tiempo que sentía dolor y cansancio más marcado en la pierna derecha, la misma que empezó a edematizarse, cosa que sin embargo no impedía al sujeto seguir en sus ocupaciones.

La lesión radicaba en la pierna y pié derechos, dice el doctor Arce, que presentaba un edema duro y tan considerable, que a primera vista parecía elefantiasis; en el tercio medio de la cara externa de la pierna, había una úlcera pequeña y en el tercio inferior y en el pié, tanto en la cara externa como en la interna, la piel presentaba pequeñas excrecencias papilomatosas, duras, ásperas, secas y apiñadas, formando una área extensa y perfectamente limitada de la piel sana, por el relieve saliente de la neoplasia que continúa por los bordes del pié, sobre todo el externo, hasta alcanzar la superficie dorsal de los dedos; la neoplasia papilomatosa que deja libre la planta del pie, alcanza mayor altura en el lado externo que en el interno y mayor todavía en el talón, donde su relieve marca un surco profundo en el límite de la piel sana. La producción neoplá-

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

sica tenía todo el aspecto del musgo viejo desecado, descrito por el doctor Thomas, era más o menos uniforme y no causaba gran molestia al enfermo que se quejaba más bien de la hinchazón de la pierna. Con el reposo disminuyó considerablemente el edema de la pierna y el pié, quedando siempre un engrosamiento de los tejidos apreciable a la vista y al tacto.

Termina el doctor Arce la descripción de este caso con las siguientes palabras: "El aspecto de la lesión, fué para nosotros completamente extraordinario e insólito y a no ser por la feliz coincidencia de haber visto poco tiempo antes las fotografías que acompañan el trabajo del doctor Thomas y que parecían tomadas de mi enfermo, tal era la semejanza, yo no habría podido formarme opinión, ni aún aproximada, de la naturaleza y diagnóstico de la enfermedad".

El segundo caso relatado por el mismo autor es del todo semejante al primero, prestándose a iguales consideraciones, con la circunstancia de que los dos miembros inferiores estaban afectados, pudiendo resumir las lesiones en las siguientes frases muy significativas: "La piel y el tejido celular de la pierna, en sus caras anterior y posterior, desde la rodilla hasta el dorso del pié, están infiltrados, gruesos y como adheridos, dando a la pierna forma de columna cilíndrica. La deformación de la pierna es tan particular, que visto el enfermo de pié, parece que estuviera sostenido por columnas".

"Hay marcado infarto inguino-crural. La sensibilidad de la piel es normal; el reflejo patelar está exajerado".

"La semejanza de las lesiones que acabamos de describir, con las que el doctor Thomas señala a la afección que designa con el nombre de *mossy foot*, es tal, que no he vacilado en asignarle ese diagnóstico".

"Aunque el cuadro clínico no correspondía al de la elefantiasis, para mayor seguridad supliqué al doctor Julio C. Gastiaburú que practicase la investigación de la *microfilaria bancrofti*. El resultado fué negativo.

Pocos días después de clausurado el Congreso Médico en que el doctor Arce hizo la exposición de sus interesantes casos, el mismo autor tuvo ocasión de observar otro enfermo cuya historia clínica es la siguiente:

"D. R., indio, natural de Casma, de 39 años, vuido y jornalero. Sus antecedentes de familia no ofrecen nada de particular. En cuanto a los personales, ha sufrido de viruela, sarampión y tercianas. Ha hecho frecuentes viajes a los pueblos de las serranías cercanas a Casma, lugar de su residencia. Dice que hace tres años y medio más o menos, que sufrió un traumatismo en el tercio inferior de la tibia derecha; tres meses después notó en ese sitio un grano que más tarde reventó y se ulceró; la ulceración cicatrizó y se reabrió por tres veces consecutivas, hasta que después de algunos meses quedó definitivamente abierta. Respecto a la neoplasia cutánea existente en el mismo miembro inferior derecho, refiere que se inició con

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

prurito intenso, que no cesaba, ni de día, ni de noche; que después aparecieron granitos en el dorso del dedo gordo y luego en el de los demás dedos y en el resto del pié; que estos granitos fueron aumentando de volumen hasta alcanzar el tamaño que hoy presentan. No ha tenido ni tiene actualmente dolor expontáneo, ni molestia alguna. Finalmente, asegura que en el pueblo de Casma existen otros enfermos que presentan lesiones idénticas a las suyas, a las que el vulgo denomina verrugas, pero que ignora si tienen igualmente ulceraciones.

La neoplasia ocupa el dorso del pié derecho inclusive los dedos y se extiende por las caras externa e interna hasta las inmediaciones del talón; la planta así como las caras laterales de los dedos están libres. El pié está muy aumentado de volumen y deformado por masas neoplásicas de diversos tamaños, separadas o divididas por numerosos surcos de profundidad y extensión variables, que circunscriben desde la gran masa dura y leñosa, del tamaño de una naranja, que ocupa casi la mitad del dorso del pié, hasta los nódulos pequeños y aun las producciones papilomatosas, córneas de aspecto musgoso, que cubren los dedos y las caras externa e interna del pié; el talón presenta igualmente en toda su altura hasta la extremidad inferior de la pierna, placas agrietadas de la misma neoformación e igual aspecto de musgo viejo desecado".

"En el tercio inferior de la pierna hay una gran úlcera de bordes callosos, cuyo fondo ligeramente escavado, de color rosa pálido, está cubierto de pus fétido. Otra úlcera semejante a la anterior pero pequeña, existe hacia la parte posterior del tercio inferior de la pierna. Una gran cicatriz dura y amarillenta, que rodea la garganta del pié, debida sin duda a alguna ulceración anterior, enlaza o une las dos úlceras existentes".

"El enfermo está bastante delgado y anémico, presenta el bazo enormemente hipertrofiado, pues avanza hasta la línea media y desciende hasta la fosa ilíaca izquierda y el hipogastrio a tres traveses de dedo por debajo del ombligo; el hígado parece disminuído de volumen; hay ascitis y ligera circulación complementaria. No tiene ni ha tenido fiebre".

"El cuadro clínico que presenta este enfermo y el antecedente de sus viajes frcuentes a lugares a donde existe la *uta* (leishmaniasis dérmica), han producido en mi espíritu la sospecha de que el "pié musgoso" es producido igualmente por una leishmania, y en este sentido me propongo continuar mis investigaciones".

He creído de interés trascribir íntegramente esta historia por las sospechas que abrigaba el autor a cerca de la naturaleza leishmaniásica de la lesión, en vista de los caracteres clínicos y de la procedencia del sujeto, pero que no puede asegurarse categóricamente, por faltar el dato de la investigación de los conpúsculos de Leishman. A este respecto, el enfermo nos parece enteramente superponible al observado por el Dr. Alfredo Da Matta, como vamos a verlo más adelante.

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

EL PIE MUSGOSO EN EL PERU

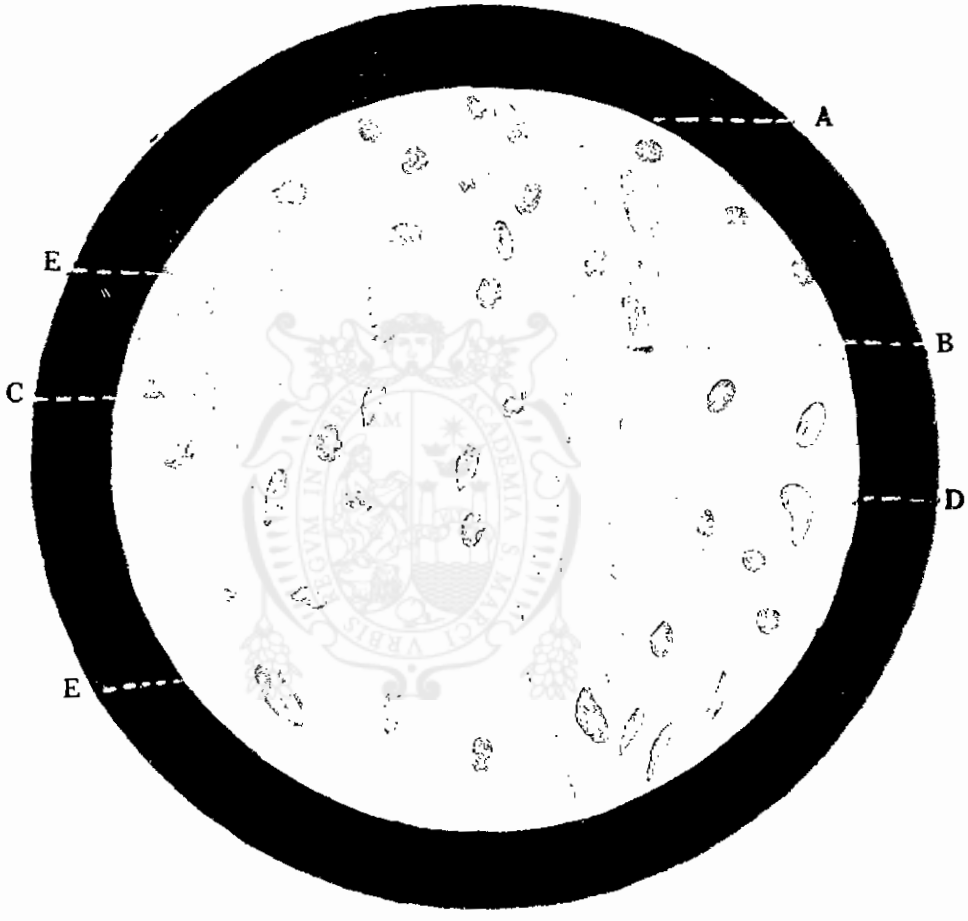


Figura N° 1

A Plasmazellen con dos núcleos.
B Capilar.
C Fibroblasto.
D Célula conectiva (núcleo libre).
E Matzellen.

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

En los casos estudiados por el doctor Arce, con posterioridad a los que tuvo ocasión de presentar al Congreso Médico reunido en Lima, el doctor Daniel Mackehenie ha realizado el examen *anatomopatológico,* y sus resultados, que estaban inéditos, los insertamos a continuación, gracia a la gentileza del profesor Julián Arce.

"La estructura microscópica de los cuatro "piés musgosos" que estudiamos, se presta a una descripción general por la similitud de las alteraciones halladas".

"Conseguimos cortes buenos incluyendo los fragmentos de la piel en celoidina, o mejor aún empleando el método de congelación, para lo que nos servimos como fijador, del formol al 10 % y el alcohol absoluto, seguido de imbibición de las piezas en anetol durante cuarenta y ocho horas. La hematoxilina-eosina, la hematoxilina-van Gieson, la ocreina, el sudán III, fueron los colorantes a que hemos recurrido; el verde de metilo-pironina y el polícromo de Unna, los juzgamos indispensables para reconocer con facilidad las células plasmáticas y las cebadas".

"La piel de aspecto papilomatoso, estaba sumamente engrosada, viéndose una hipertrofia de las capas epidérmicas, marcada sobre todo en el *stratum disjunctum,* en el que a trechos habían células nucleadas, indicio de queratinización imperfecta".

"Las prolongaciones epidérmicas, dentadas irregularmente, se hundían, a veces, en el dermis como cuñas".

"Hubo caso en que pudimos notar desarrollada, a expensas del cuerpo mucoso, una pequeña flictena".

"El dermis de haces conjuntivos fuertes, dirigidos en todo sentido, con finas fibras elásticas, tenía además de las células fijas, un considerable número de mastzellen, sorprendidos por la fijación en activo movimiento (Fig. N° 1) amiboideo, y acumulaciones de células plasmáticas que atestiguaban un proceso inflamatorio crónico; dichas agrupaciones formaban masas al pié de las prolongaciones epidérmicas o bien islotes situados más profundamente, entre los haces fibrosos del dermis. No dilucidamos, cuando se trataba de colecciones considerables, si su localización se subordinaba a los vasos sanguíneos; pero en una pieza en que faltaban las acumulaciones las vimos rodear, en capa única a los capilares".

NUESTRAS OBSERVACIONES CLINICAS

Las historias clínicas de los enfermos que he tenido ocasión de observar son las siguientes:

OBSERVACION CLINICA N° 1.—S. S. de 62 años, mestizo, casado, ha nacido en Lima, procede de la calle de Guadalupe, tiempo de enfermedad 2 años.

Antecedentes hereditarios.—Padres muertos, ignora la causa y las enfermedades que padecieron. Hijo único.

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

Antecedentes personales.—Nacido en Lima; a los diez años tuvo sarampión, a los quince pulmonía, recuerda que tuvo fiebre y tos y que en esta época se le hicieron sangrías en ambos brazos. A los treinta años de edad, contrajo matrimonio, su esposa vive y es sana. Dos hijos vivos y sanos; nueve muertos en la primera infancia, algunos de meningitis, de los demás ignora la causa. A los cuarenta años presentó varias crisis disneicas que aparecían expontáneamente, durándole cada una 6 u 8 días; estas crisis fueron calificadas de asma y con ese motivo se le prescribió que navegara. Efectivamente, hizo viaje a Valparaíso, embarcándose en un buque a la vela; no desembarcó en el citado puerto, el viaje de ida y vuelta duró 60 días sin contratiempo ninguno en su salud.

Poco tiempo después fué atacado de viruela, con cuyo motivo ingresó al Lazareto de Guía, permaneciendo poco más o menos un mes. A los 54 años tuvo una afección a la piel, calificada de eczema; esta afección tomó toda la superficie del cuerpo menos la cara; con este motivo ingresó a la sala de San Lázaro de este hospital, permaneciendo poco más o menos once meses; a su salida del hospital no quedó completamente curado de su eczema, persistía en ambas piernas las mismas que quedaron edematosas hasta la fecha, siendo de advertir que el edema fué más pronunciado en la pierna izquierda.

Enfermedad actual.—Refiere el enfermo que hace poco más o menos 6 años, desde su salida del hospital, lleva la pierna izquierda y el pié del mismo lado afectos de un edema duro e indolente. Asi ha continuado su vida habiéndose destinado en una ocasión como auxiliar de la sección de contabilidad en el Muelle y Dársena, durante un año. Ultimamente se ha ocupado como boletero en el Teatro Lima, por espacio de un año. Hace dos años que ha notado la aparición, en la cara dorsal de los dedos del pie del mismo lado, de una "granulación" de aspecto muy particular.

Síntoma principal: tumefacción de la pierna y pié izquierdos y producción de aspecto papilomatoso *in situ.*

Examen clínico.—Desarrollo proporcionado, actitud indiferente, regular estado de nutrición; no hay facies característica; piel flácida y distendida, cicatrices de viruela en la cara; máculas diseminadas en la cara posterior de los antebrazos y en la cara anterior de ambos muslos; cicatrices hiperpigmentadas en ambas piernas.

Cabeza.—Cráneo ortocéfalo, cuero cabelludo con placas de alopecia; ojos: motilidad buena, pupilas iguales, reaccionan a la luz y a la acomodación; conjuntivas subictétricas; visión, hay miopía. Lengua ancha y limpia; en su cara inferior hay dilataciones varicosas. Dientes: sólo quedan dos piezas dentarias, las demás han caído ocasionalmente con el trascurso del tiempo; encías en mal estado; dilataciones varicosas en la pared posterior de la faringe y en la úvula; olfación buena; pabellones auriculares grandes; audición buena.

Cuello.—Cilíndrico, corto; los lóbulos laterales del cuerpo tiroides se tocan fácilmente a la palpación.

Tórax.—Cilíndrico; axilas normales; sistema piloso bien distribuído.

Aparato respiratorio.—Nada de particular.

Aparato circulatorio.—Pulso duro; arritmia extrasistólica, frecuencia 78, tensión arterial máxima 19, mínima 10, diferencial 9. Reflejo óculo-cardiaco normal.—Corazón: hay extrasístoles auriculares; ruido de va y ven, como de soplo en la punta; 2º tono aórtico bien acentuado. La punta late en el 6º espacio al nivel de la línea mamilar. Arterias radiales engrosadas.

Sistema linfático.—Infarto inguino-crural bien marcado; los ganglios del cuello, de las axilas y de las regiones epitrocleares también están infartados.

Abdomen.—Se nota distención y flacidez de la piel y de los músculos de las paredes abdominales, como si estos últimos hubieran perdido su tonicidad, semejando el vientre de una multípara.

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

Hígado.—Tamaño normal. Espacio de Traube sonoro. Bazo no se toca.

Función digestiva normal.

Aparato génito-urinario.—Hay un hidrocele del lado izquierdo.

Aparato locomotor.—Extremidades superiores nada de particular. Extremidades inferiones: La pierna izquierda ofrece en toda su extensión un edema duro cubierto por una piel negrusca y costrosa; el pié del mismo lado también está edematoso. La cara dorsal de los tres primeros dedos, así como parte del borde externo del pié, están cubiertos por una neoformación de aspecto papilomatoso que aparte describimos.

Motilidad conservada.

Sistema nervioso.—Sensibilidad tactil, conservada; la sensibilidad térmica y la dolorosa disestésicas. Reflejo patelar exagerado. La pierna del lado derecho salta con un ligero golpe dado en el tendón rotuliano, con el dedo medio del explorador y queda trepidando hasta que el mismo enfermo la detiene con la mano o con la pierna del lado opuesto. Inteligencia mediana, sueño bueno.

Descripción de la lesión.—La pierna izquierda está engrosada en toda su extensión, este engrosamiento es más marcado en el tercio inferior; el tercio medio está cubierto por una piel hiperpigmentada y costrosa; el pié del mismo lado está afecto de igual engrosamiento. La cara dorsal de los tres primeros dedos está cubierta de una neo-formación de aspecto verruceide, cuya distribución topográfica es como sigue: la neo-formación cubre la hemicara dorsal externa del dedo gordo, desde la extremidad proximal hasta el punto de implantación de la uña, deteniéndose en el límite superior de la cara lateral; la cara dorsal del segundo dedo en toda su extensión, desde la extremidad proximal hasta la distal, deteniéndose también al nivel de las caras laterales; el tercer dedo presenta igual neo-formación en el límite de sus caras lateral y dorsal, avanzando un poco sobre esta última, cerca del punto de implantación de la uña. El borde externo del pié, por debajo del maleolo peroneo también está cubierto por la neo-formación en una limitada extensión! La superficie plantar del pié y las caras laterales de los dedos están libres. (Fig. Nº 2).

Análisis de Laboratorio.—Orina normal. Cantidad de urea en la sangre 0.35 por 1000. Reacción de Wassermann tipo en la sangre, negativa.—Hematozoario de Laverán, negativo.—Hematíes: 3.120,000.—Leucocitos 8,000.—Polinucleares neutrófilos 75 por 100; eosinófilos 2 por 100, basófilos 0 por 100, mononucleares 10 por 100, linfocitos 13 por 100.—Ausencia de formas anormales.—Parásitos intestinales no se encuentran.

Inoculaciones experimentales.—Deseando repetir los experimentos que el doctor Thomas practió en la región amazónica del Brasil, y con el objeto de comprobar el diagnóstico con la anatomía patológica y con las inoculaciones experimentales, verificamos la extracción de tres fragmentos de la neoformación; dos de ellos fueron colocados en formol al 5 por 100, y uno en alcohol absoluto, respectivamente. El tercero, fué dividido en dos partes, una de ellas la injertamos en la mitad izquierda del labio inferior del conejo; la otra se trituró en un mortero esterilizado, haciéndose una papilla con caldo de cultivo, que se inyectó en el hocico de un conejo, constituyendo una bola de edema.

OBSERVACION CLINICA Nº 2.—L. G. de 39 años de edad, negro, viudo, nacido en Lima, procede de la Victoria; tiempo de enfermedad, un año, ocupación herrero; ingresa a la sala de "San Lázaro" del Hospital "Dos de Mayo" el 23 de julio del presente año.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto en el revolución de 1895, a los 30 años de edad, fué hombre fuerte y vigoroso. Madre muerta a los cuarenta años, ignora la causa; 3 hermanos vivos y sanos, 1 muerto en la infancia, de meningitis.

Antecedentes personales.—Nacido en Lima, ciudad londe ha vivido hasta la edad que tiene; sólo ha salido a los alrededores, habiendo

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

ido en una ocasión hasta Río Blanco en excursión por ferrocarril, regresando el mismo día. Recuerda haber padecido en la infancia de dermatosis, cuyos caracteres no puede precisar. A los dieciocho años de edad contrajo "gonorrea", que duró cuatro meses sin ninguna com-



Figura N° 2

plicación. A los veinte años fué atacado de fiebre cotidiana al principio, interdiaria después, y precedida de escalofríos, que le duró tres meses, ganando mediante la administración de quinina. A los veinticinco años contrajo chancro que apareció quince días después de un contacto sospechoso; ingresó con este motivo al hospital, permaneciendo dos meses; no fué sometido a tratamiento específico. No dá datos que pudieran hacer pensar en la existencia de accidentes secundarios. A los treintaisies años le apareció una adenitis inguino-crural

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

derecha, acompañada de fiebre, que se abrió expontáneamente al exterior, motivando un nuevo ingreso al hospital. 25 días después le apareció otra adenitis inguino-crural en el lado izquierdo; anteriormente a ésta no recuerda haber tenido lesión alguna en el pene, las extremidades



Figura N° 3

inferiores o el periné. Fué sometido a una intervención quirúrgica que resecó el paquete ganglionar del lado izquierdo, y regularizó la herida del lado opuesto, saliendo de alta al poco tiempo después con sus heridas perfectamente cicatrizadas.

Enfermedad actual.—A su salida del hospital en 1920, se destinó como cochero durante un año, tiempo en el cual notó que el pié izquierdo se afectaba insensiblemente, de un edema indolente. En 1921 se destinó en una herrería, oficio que ha desempeñado hasta poco tiem-

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

po antes de hospitalizarse. Hace poco más o menos 8 meses que al edema progresivo iniciado hace año y medio, se ha agregado *in situ* una neoformación de aspecto papilomatoso que a la fecha afecta a todo el pié y el tercio inferior de la pierna. Hace un mes que notó la aparición de una "postema" en el dorso del pié, la que se ha abierto expontáneamente.

Examen clínico.—Desarrollo proporcionado, actitud indiferente; estado de la nutrición, bueno, se ven huellas de antiguas dermatosis en los flancos, los brazos, la cara anterior de ambos muslos y la espalda, cicatrices irregulares en ambas regiones inguino-crurales.

Cabeza.—Cráneo dolicocéfalo; cuero cabelludo normal. Ojos nada de particular; pupilas iguales; conjuntivas lijeramente subictéricas.

Lengua limpia; faltan varias piezas dentarias, de las que quedan hay algunas afectas de caries; encías un poco fungosas.

Cuello: cilíndrico, corto.

Tórax: cilíndrico.

Aparato respiratorio, normal.

Aparato circulatorio.—Pulso blando; ritmo regular; frecuencia 76 pulsaciones al minuto, tensión arterial: máxima 14, mínima 8, diferencial 6. Reflejo óculo-cardiaco normal. Corazón: nada de particular. Arterias radiales engrosadas; el sistema venoso no es aparente.

Abdómen.—Hipocondrio derecho: hígado un poco aumentado de volumen, sobrepasa un través de dedo el reborde costal, al nivel de la línea mamilar; espacio de Traube, libre; bazo no se toca.

Función digestiva buena.

Aparato génito-urinario.—Escroto aumentado de volumen y cubierto de una piel engrosada que invade la raiz del pene; el prepucio en el punto de transición entre la piel y la mucosa está engrosado y con tendencia a adquirir aspecto papilomatoso. (Fig. N° 3).

Aparato locomotor.—Extremidades inferiores: la pierna izquierda y el pié del mismo lado aumentados de volumen y recubiertos de una neoformación de aspecto particular.

Sistema nervioso, nada de especial.

Descripción de la lesión.—Como puede apreciarse en las figuras N° 4 y 5, todo el pié y el tercio inferior de la pierna izquierda están aumentados de volumen. La piel, muy engrosada, ha perdido su movilidad sobre los planos subyacentes, apareciendo recubierta por una neoformación de aspecto papilomatoso; los elementos constitutivos de esta neoformación, vistos con una luna de aumento, tienen una forma cilíndrica un tanto irregular; por una de sus extremidades se implantan en la superficie de la piel y la extremidad libre adquiere una forma redondeada; están apiñadas, unidas una a otra semejando un monte en miniatura, a la simple vista salta la comparación con el "musgo viejo y desecado" como pintorescamente dice el doctor Thomas. Las caras laterales de los dedos están completamente libres, pudiéndose apreciar solamente una piel engrosada. La planta del pié está invadida por sus bordes, pero en la parte central, en la zona en que el talón se apoya en el suelo para verificar las marcha, así como en la parte correspondiente a los talones anteriores, está libre. En el dorso del pié hay una úlcera poco profunda, de 3 centímetros de superficie átona y bordes pálidos, cubierta por sanies purulenta.

Análisis de laboratorio.—Reacción de Wassermann tipo, negativa; la investigación de microfiliarias, practicada varias veces durante la noche ha sido negativa. Numeración y fórmula: Hematíes 3.200,000, leucocitos 14,000. Polinucleares neutrófilos 78 por 100, eosinófilos o por 100, basófilos o por 100, mononucleares 8 por 100, linfocitos 14 por 100.

Con las debidas precauciones se tomó un fragmento del sitio más típico, para inocularlo al conejo, y dar cortes. También se recogió mediante el raspado algunas de esas producciones papilomatosas; examinadas al microscopio, previo calentamiento con solución de potasa, no se descubrieron hongos. Cosa idéntica sucedió con las láminas preparadas del frotis de la úlcera.

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

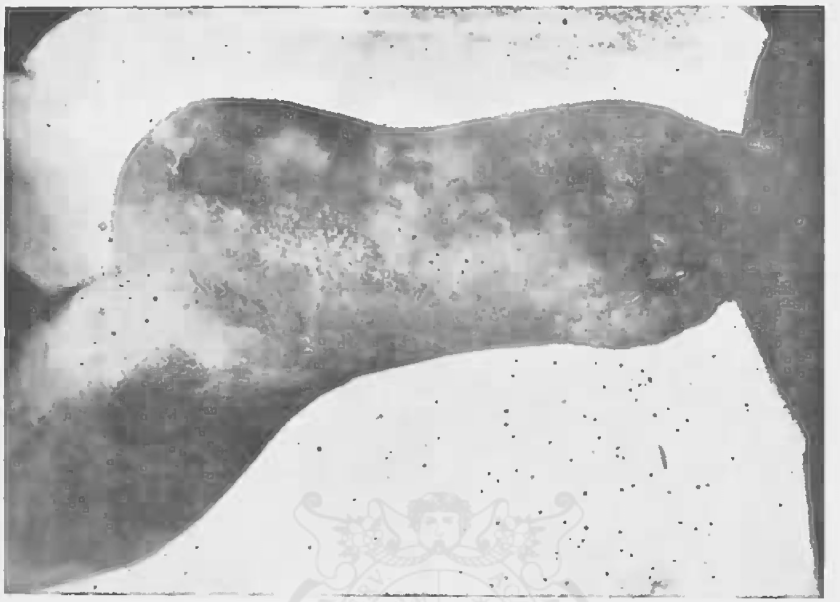


Figura Nº 5

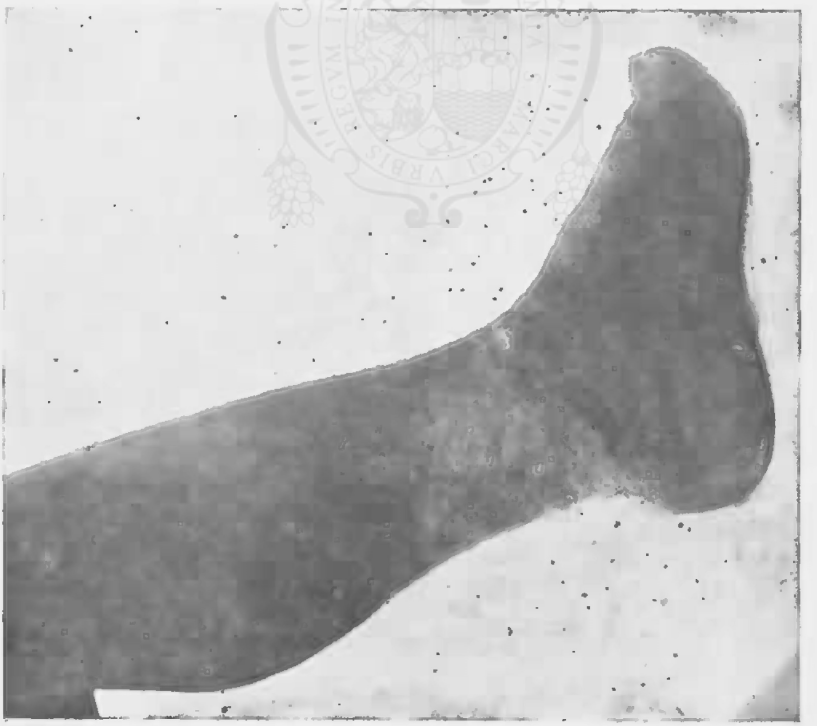


Figura Nº 4

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

ANATOMIA PATOLOGICA

Los estudios histopatológicos los hemos realizado en el Laboratorio de las clínicas de la Facultad de Medicina bajo la entusiasta y autorizada dirección del doctor Pedro Weiss, a quien, desde las páginas de este trabajo, doy mi más cumplido reconocimiento.

Las lesiones halladas pueden resumirse en las siguientes líneas:

Cortes de material incluído por el método de congelación y coloreados con hematoxilina-eosina. Orange G. eosina y verde de metilo-pironina.

Examen con poco aumento.—Epidermis: Aumento considerable de las capas dérmicas; producciones de aspecto papilomatoso, formadas por el *stratum lúcidum* que se abre paso a través de las capas superficiales, tomando una dirección perpendicular a la superficie de la piel y haciéndose completamente superficial. Hiperqueratosis y acantosis.—Cutis y subcutis: tejido conjuntivo denso. Zonas de infiltración bien manifiestas en torno de los vasos. (Fig. N° 6).

Examen con objetivo de inmersión.—Epidermis: Hiperqueratosis simple, sin paraqueratosis; stratum lúcidum muy manifiesto, lo mismo que el estratum granulosum. En el cuerpo mucoso del Malphigio algo de edema intercelular y perinuclear, éste más manifiesto.—Zona papilar: Linfáticos dilatados; infiltración en torno de ellos, constituída especialmente por células plasmáticas y raros mastzellen; el endotelio de los linfáticos está proliferado. Edema conjuntivo y pequeñas zonas de exudado en las inmediaciones de la epidermis. En torno de los capilares sanguíneos hay infiltración menos manifiesta que al rededor de los linfáticos, pudiéndose ver las paredes vasculares engrosadas y proliferación endotelial no muy aparente. En algunos nódulos de infiltración no se podía distinguir vaso central alguno, estando constituídos por elementos de aspecto linfoide rodeados de células plasmáticas. (Fig. N° 7).

INOCULACIONES EXPERIMENTALES

Las inoculaciones practicadas en los conejos injertando debajo de la piel de la nariz un fragmento de la neoformación, ocluyendo la herida con colodion puro y tomando las debidas precauciones para que el conejo al rascarse con las patas no lo haga caer, y practicando además bolas de edema en el hocico, han sido negativas; y cosa curiosa, y que debe tomarse en cuenta para no sacar conclusiones erróneas: a un conejo testigo eventual que estaba en la misma jaula de los inoculados, le apareció en la piel de la nariz una neoformación muy semejante a la del "pié musgoso", cosa que hace pensar en una enfermedad

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

propia de estos animales. En la figura N° 8 puede apreciarse esta eventualidad.



Figura N° 8

CONSIDERACIONES ETIOPATOGENICAS

La exposición de los casos estudiados por mí en el hospital "Dos de Mayo", me permite entrar en las siguientes consideraciones de orden etiológico y patogénico:

En el segundo de mis casos, que ofrece el aspecto típico del "pié musgoso" y corresponde exactamente a las descripciones que dá el doctor Thomas, se trata de un sujeto que no ha salido de Lima sino en una sola ocasión, en excursión por ferrocarril hasta Río Blanco, regresando el mismo día, y que nun-

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

ca ha permanecido por consiguiente en zona leishmaniásica alguna, dato que unido a la ausencia completa de las leishmanias *in situ* hace eliminar de plano este agente etiológico; pero si tenemos en cuenta que el enfermo sufrió poco tiempo antes, la resección del paquete ganglionar inguino-crural izquierdo, lado en que asienta la lesión que estudiamos, y que meses después sobreviene un edema indolente, progresivo y extensivo del miembro izquierdo, no vacilamos en calificar este caso como un "estado elefantiásico de la piel", aun sin tener en cuenta los estudios histopatológicos que corroboran ampliamente este diagnóstico. De la misma historia clínica se deduce que el enfermo sufrió la fusión purulenta de los ganglios inguino-crurales del lado derecho, proceso por consiguiente lento y que puede haber dado lugar a que la circulación linfática se restablezca por otras vías, no teniendo lugar el embarazo que se presenta en el lado opuesto y quedando indemne el miembro inferior correspondiente.

La circulación linfática interrumpida nos suministra la clave de la interpretación etiológica y patogénica de este caso. En efecto, este entorpecimiento da lugar a la formación de trasudados y exudados, al nivel de los espacios linfáticos y de los capilares del mismo nombre, que tienen por consecuencia irritar los tejidos conjuntivo-vasculares, constituyéndose así progresivamente, la hipertrofia cutaneo-regional que se aprecia microscópicamente, y las lesiones ya anotadas que la anatonía patológica ha permitido constatar, y que pueden resumirse en dos clases u órdenes de lesiones: reacción inflamatoria del tejido conjuntivo y lesiones de endo y perivascularitis.

En cuanto a las salientes de aspecto papilomatoso particular, que recubren la superficie de la piel, y recuerdan el del "musgo viejo y desecado", es de regla verlas en estos casos. Darier, Civatte y otros (4) dicen recientemente al ocuparse de los estados elefantiásicos de la piel:

"Patogenia: Dos factores parecen dominar la patogenia de la elefantiásis: un obstáculo a la circulación linfática, sobre todo, o venosa y una infección lo más frecuentemente estreptocócica, según lo han demostrado Sabouraud y Achalme; de virulencia atenuada, pero de evolución crónica".

Más adelante dicen los citados autores, al ocuparse de la sintomatología de los estados elefantiásicos:

"La consistencia de los tegumentos es variable. De una dureza leñosa, o simplemente resistente, son algunas veces bastante blandos, particularmente, en el escroto, para conservar la huella del dedo. La piel adherida a los planos subyacentes hipertrofiados, liza y de coloración normal o más o menos violácea, *puede estar recubierta de salientes papilomatosas o verrucosas más o menos confluentes* o aún de botones carnosos, cuan-

(4) Darier.—*Dermatologie*.—Pág. 231.—París 1923.

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

do estas salientes están horadadas. Es frecuente ver várices linfáticas, que se presentan con el aspecto de vesículas rosadas o blanquesinas, o de dilataciones moniliformes o aún de cordones más o menos voluminosos. La ruptura de estas dilataciones varicosas da lugar a linforragias que, por su abundancia y su repetición, constituyen, en ciertos casos, una complicación grave".

Por las consideraciones expuestas califico este caso como un "estado elefantiásico de la piel".

Refiriéndome al primero de mis casos, en que consecutivamente a un eczema generalizado persiste un edema indolente de las extremidades inferiores, provocado sin duda por fenómenos de orden infeccioso, como lo hace presumir el fuerte infarto inguino-crural, cosa que dicho sea de paso se ha visto en todos los casos calificados de "pié musgoso", puedo decir que también es un "estado elefantiásico" de origen infeccioso, citando en apoyo de mi tesis lo que dicen Darier, Civatte y otros en la ya citada obra:

"Se designa con el nombre de elefantiásis de los árabes, la elefantiásis de los griegos es la Lepra, o simplemente elefantiásis, una hipertrofia cutáneo-regional de marcha indefinidamente progresiva o más o menos extensiva, caracterizada, desde el punto de vista anatomo-patológico, por edema inflamatorio, por inflamación crónica de los tejidos conjuntivo-vasculares".

"En 1878, Besnier aporta luz en esta cuestión hasta entonces muy oscura y demuestra que no hay una elefantiásis, verdadera entidad mórbida netamente definida, sino estados elefantiásicos cuyas causas son múltiples".

"Síntomas.—El comienzo de los accidentes puede ser brusco o más o menos insidioso. En algunas veces es un acceso agudo que abre la escena, sea expontáneamente o consecutivamente a tratamientos o a fatigas repetidas; los síntomas locales y generales recuerdan los de la erisipela; la piel de la región atacada se torna roja, tensa y tumefacta; los gruesos troncos venosos y linfáticos se induran, dando el signo de la cuerda de Brassac, los ganglios se hipertrofian. Al mismo tiempo aparecen, fiebre, calofríos, celafalgias, sudores y vómitos. Al cabo de pocos días todo entra en orden y no queda más que una hipertrofia de la piel y del tejido celular que se acentuará más tarde consecutivamente a "pouses" análogas.

En otros casos el comienzo se hace progresivamente, sin fenómenos generales importantes, la hipertrofia se instala y progresa por "pousses" que no se traduce más que por modificaciones de la piel y del tejido celular".

"En el período de estado los síntomas dominantes son la hipertrofia y las deformaciones. Bien que todas las partes del cuerpo pueden ser atacadas, sólo examinaremos las deformaciones de las regiones más frecuentemente tocadas".

Esta opinión está reforzada por los datos que suministra la Anatomía Patológica, que ya hemos descrito, y por las in-

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

vestigaciones de laboratorio encaminadas a descubrir la filaria sanguinis hominis, los córpulos de Leishman u otros agentes, investigaciones que siempre resultaron negativas.

Por las consideraciones expuestas, creo que los casos hasta el presente estudiados como "pié musgoso" no son más que *estados elefantiásicos* cuya etiología es diversa como acabamos de verlo. Esta opinión es tanto más aceptable cuando se ve en el primer caso estudiado por el doctor Thomas, base fundamental de todos los estudios que al respecto se han hecho, la marcada participación del sistema linfático, pues en la historia clínica relatada por este autor dice: "..... la superficie cutánea está tensa, lisa y lustrosa, dejando ver los linfáticos y los vasos superficiales pequeños, a través de la piel".

Para terminar este trabajo voy a comentar el caso estudiado por el doctor Da Matta, trascribiéndolo íntegramente.

Presenta el doctor Da Matta un paciente, del Río Yaco, Amazonas, Amancio R. S., de 30 años, soltero, shiringuero. Había sido tratado por varios colegas, pero sin provecho alguno. Quejábase de úlceras en los miembros inferiores, que ha tiempo imposibilitábanlo para trabajar. En la pierna derecha, existía solamente un nódulo, constituído por neoplasia exuberante, encima del calcáneo, sin exudado ni olor apreciable.

En la pierna izquierda, muy voluminosa, había en la cara posterior ocho nódulos, de los cuales dos de mayores dimensiones, de seis y ocho centímetros, por cuatro y tres de largo, respectivamente.

La fisonomía del tejido neoplásico, dejaba ver algunos nódulos que se habían fusionado, quizá a consecuencia de la evolución rápida del proceso patogénico de infección local.

En la cara lateral externa veíanse otros cinco nódulos, redondeados, tres en vías de supuración, secretando sanies de mal olor.

En la cara lateral interna otros cinco, nódulos úlcerados, con su centro escavado a causa de la aplicación de diversos tópicos, con sus bordes elevados y casi desprovistos de sanies.

En la región tibio-tarsiana porción anterior, cuatro úlceras pequeñas, de tejido exhuberante, contiguas unas a otras. Notábase ahí un tejido especial y *sui géneris*, característico pseudo verrucoso y que puede ser observado con cierta nitidez a causa de la hipertrofia de la región.

En la región del pié izquierdo, existe la misma producción verrucosa, alcanzando el dedo grueso e invadiendo los demás, principalmente el 4° y 5°. Ese tejido extendíase al borde externo del pié, dejando indemnes el calcaneo, el borde interno y la planta del pié.

Tuve, hace más tres años, un paciente igual a éste, en el miembro inferior derecho afectado; hecho el diagnóstico bacterioscópico de leishmaniasis, y curado con emético. En el caso presente el diagnóstico bacterioscópico de leishmaniasis fué

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

hecho por el doctor W. Thomas, a quien aquí rindo mi homenaje, y desde luego sometí al paciente a idéntico tratamiento.

Pero entre tanto él era acometido con relativa frecuencia de fuertes accesos febriles, que lo dejaban bastante abatido.

Procedí al examen de la sangre con resultado negativo en cuanto al hematozoario de Laverán, e hice sin provecho uso de la terapéutica quinínica específica, por proceder el paciente de una región palustre.

Además, tampoco pude descubrir la causa del edema endurecido y enorme de la pierna, cuya responsabilidad no podía atribuir exclusivamente al proceso leishmaniásico.

El paciente no tenía otros edemas, ni emitía orinas sospechosas, lechosas.

El examen de ellas y también el de la sangre fueron negativos en cuanto a la filaria, que pudiera ser causa patogénica.

La pierna hipertrofiada tenía la piel distendida, tensa, lustrosa, como los tejidos, presentando resistencia y dureza, bastante bien distintas al someterlos a la presión. Los linfáticos y los pequeños vasos en ciertos puntos eran nítidos, viéndose con cierta dificultad a causa de la coloración de los tegumentos.

El pié también estaba fuertemente edematoso, teniendo pepequeñas úlceras y el original tejido pseudo verrucoso, de papilas reunidas, cortas, gruesas y apretadas generalmente, con la singular apariencia de floresta en miniatura, que concuerda con la descripción que da el doctor Thomas en su estudio *Mossy foot* de Amazonas.

Tuve ocasión de asistir al comienzo de uno de los accesos febriles y pude concluir que eran francamente accesos erisipelatosos, que desde dos años antes aquejaban al paciente.

Pude así esclarecer el caso y precisar el motivo del edema, resistente y duro, sin duda por ellos producido. Tenía delante de mí un ejemplo de dermitis esclerosa, debido a la erisipela. Completé entonces la terapéutica que venía empleando, esto es, además de las inyecciones intravenosas de emético al 1 por 100, y de aplicaciones húmedas *in situ* con solución de emético a 0.5 por 100, aplicaciones diarias de permanganato de potasio en polvo finísimo.

De este modo conseguí sorprendentes, y rápidas mejorías para el enfermo, cuyas úlceras leishmaniásicas cicatrizaron completamente; durante quince días no tuvo más accesos erisipelatosos.

Ocho series de inyecciones intravenosas de emético a cinco por serie, fueron aplicadas, y en sus intervalos cacodilato de sodio. El tratamiento general prolongose del 15 de junio al 12 de agosto; cuando se le dió de alta, curado de leishmaniasis, conservaba todavía, la pierna y el pié hipertrofiados.

Esta hipertrofia parece debida a la erisipela crónica complicación ocurrida desde antes y no propiamente al proceso leishmaniásico. Era una elefantiásis consecutiva a dermitis crónica. (Achalme).

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

Estos dos casos de mi clínica son perfectamente idénticos a los del doctor Thomas (de Manaos), de Harrinson (de Honduras Inglesas), por él citado, de J. Arce (de Lima), y finalmente a los de A. Lutz (del Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro).

Lo que ellos sospecharon, tuve la oportunidad de determinar, con seguridad, y con diagnóstico microscópico y clínico: el *Mossy foot* de Amazonas o "pié musgoso", es una leishmaniásis cutánea, variedad nodular y pseudo verrucosa, siendo la hipertrofia de los tejidos muy probablemente debida a los accesos de crisipela, complicación ésta que juzgo bastante frecuente y aun no debidamente señalada".

Como se desprende de la misma historia, el enfermo es portador además de sus úlceras leishmaniásicas de un estado elefantiásico de la piel, debido al estreptococo, de virulencia atenuada y de evolución prolongada. (Estudios de Sabouraud y Achalme). Es a este estado elefantiásico de la piel, que ha complicado las úlceras leishmaniásicas preexistentes, que se debe "el original tejido pseudo verrucoso de papilas reunidas, gruesas y apretadas generalmente, con la singular apariencia de floresta en miniatura". Véase en efecto lo que Darier dice en su ya citada obra, pág. 232:

"Los estados elefantiásicos son las formas que más frecuentemente se observan en nuestro país. Ellos sobrevienen en sujetos que presentan un obstáculo a la circulación linfática o venosa, o aun consecutivamente a ulceraciones crónicas de los tegumentos: úlceras de las pierna, lupus tuberculoso de los miembros (lupus elefantiásico), ulceraciones gomosas sifilíticas, ulceraciones leprosas, etc.".

"La enfermedad causal imprime algunas características clínicas particulares, pero se encuentra aún, como en las otras formas la hipertrofia a marcha progresiva y extensiva, los edemas, la reacción inflamatoria del tejido conjuntivo-vascular".

Además debo señalar un dato de gran importancia y que ha sido constatado por todos los observadores que se han ocupado del pié musgoso, cual es el de que las neoformaciones de aspecto pseudo papilomatoso dejan siempre libre la planta del pié y las caras laterales de los dedos, cosa que en mi concepto se debe a la presión constante que al verificar la marcha tiene lugar en la primera, y a la presión moderada que al estado estático se pasa en las segundas, presión que anula en esas regiones el obstáculo a la circulación linfática.

Y finalmente quiero señalar el hecho de que todos los enfermos estudiados en el hospital "Dos de Mayo", procedían de zonas no leishmaniásicas, a excepción del caso de Casma.

CONCLUSIONES

1º.—El "pié musgoso" no es una entidad morbosa específica, corresponde a un *estado elefantiásico de la piel*, y sólo me-

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

rece conservar el nombre de tal en honor a la pintoresca comparación del doctor Thomas.

2ª.—Las leishmanias no están de por medio como agente causal.

3ª.—No es inoculable al conejo, como parecen demostrarlo los casos por mí estudiados.

4ª.—Y finalmente, una deducción de orden quirúrgico, cual es la de que no se pueden resecar los ganglios correspondientes a determinado territorio sin peligro de que sobrevengan alteraciones en cierto modo irreparables, como las del segundo caso estudiado en este trabajo.

Algunos casos de apendicitis en los niños

Por el Dr. JUSTO A. CABALLERO
Médico interno de la "Maisón de Santé"

La apendicitis es una enfermedad que reviste las formas más variadas, siendo difícil encuadrar dentro de una descripción, todo el conjunto sintomático que es por lo demás muy complejo. Se presenta en los niños con bastante frecuencia y si años atrás lo era rara vez, esto obedecía a la deficiencia de conocimientos que daba lugar a dificultades diagnósticas.

Hasta cierto punto la edad constituye una circunstancia predisponente; la segunda infancia y la adolescencia son las edades que le rinden al más grande tributo; son estas edades mucho más predispuestas a la apendicitis que las edades adulta y la vejez. Esta predilección por la edad temprana se explica porque el apéndice en esta época tiene mayor comunicación con el intestino, participando de la flora microbiana; en la vejez, el apéndice, por lo común, ha obliterado su comunicación con el tubo digestivo.

Entre las causas determinantes que intervienen en la producción de la apendicitis encontramos las de orden microbiano, sin eliminar, por esto, otras como los traumatismos, el parasitismo, los cuerpos extraños, la calculosis, y el sexo que constituyen otros tantos factores importantes en la puesta en escena de la apendicitis.

La sintomatología de la afección es multiforme. Nuestras observaciones de apendicitis en los niños llega a 23, de estas hemos tomado cinco, porque tienen graduación en sus lesiones, que van de la simple apendicitis aguda, catarral, hasta la peritonitis generalizada y gangrena del apéndice.

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

Sintetizando la sintomatología de la apendicitis en la triada clásica—dolor abdominal, náuseas y elevación de temperatura—que en la mayoría de los casos se encuentra y que tiene un valor real por su constancia, pasemos a analizar cada uno de estos factores.

Es en el estado de plena salud, a veces sin causa demostrable, por el apartamiento del régimen, o en el curso de una angina, catarro intestinal, bronquitis o enfermedades exántematicas, el niño experimenta un dolor, que se inicia paulatinamente o de súbito en la región de la fosa ilíaca derecha. Este dolor aparece también bajo la forma de punzadas que se hacen cada vez más crecientes y que duran un tiempo variable. Por lo general el dolor no comienza en la región de la fosa ilíaca derecha, sino en la región epigástrica, como lo afirman algunos autores, explicando esto porque la trasmisión de los estímulos, provocados en el apéndice, se trasmiten hacia el plexo mesentérico superior y de éste se dirigen, al plexo celiaco y entonces se irradian hacia el epigástrico. Puede también localizarse el dolor en el lado izquierdo del abdomen, en la región lumbar, dependiendo esto talvez del tipo de orientación del órgano vermiforme.

Las náuseas que son seguidas de vómitos de productos variables, son de carácter violento, y persistente, pudiendo acompañarse de diarrea o constipación.

El aumento de temperatura, que varía en cuanto al tiempo de presentación, es transitorio, por lo que hay necesidad de examinar varias veces, dudar mucho cuando desciende y no tomarlo como síntoma de mejoría, puesto que la fiebre es un trasunto de la absorción local de las toxinas microbianas, que puede no hacerse y sin embargo haber un esfacelo, cuya actividad circulatoria entrabada, imposibilita el trasporte de productos tóxicos. Por lo general, en el caso de mejoría efectiva, la fiebre desciende por lisis y cuando aquella es aparente el descenso se hace por crisis, para volver a subir pero ya esta vez haciendo pensar en algo más grave.

Otro de los síntomas que merece mención muy especial es la frecuencia del pulso, que por lo general en la apendicitis es rápido; su frecuencia puede indicar un estado de mayor o menor gravedad y en relación con la temperatura, su discrepancia intriga mucho más.

Si la temperatura aumenta, debe también aumentar el número de pulsaciones, cuando el mal evoluciona con defensa equilibrada; pero hay que temer mucho de los casos de apendicitis que puedan presentarse con temperatura normal, mientras el pulso es frecuente y más aún si esta frecuencia varía aumentando de un momento a otro, como que es de mal pronóstico.

Un síntoma que hace tomar una sólida determinación, mucho más cuando va acompañado de los anteriores, es la leucocitosis. Los órganos hematopoyéticos en presencia de los productos tóxicos de reabsorción, reaccionan para establecer la

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

defensa, enviando las reservas leucocitarias. La leucocitosis va acompañada de polínucleosis neutrofílica.

La observación metódica de estos síntomas, ilustrados con una anamnesis minuciosa, llevan al médico al camino del diagnóstico; pero ante de llegar al fin de su recorrido, ha de conceder todo su esfuerzo al diagnóstico diferencial; pues frecuentemente se toma por apendicitis un simple embarazo gástrico y se comprende todo lo funesto que puede ser tal equívoco desde el punto de vista del tratamiento, operando en un caso, un embarazo gástrico y prescribiendo en otro, purgantes, lavativas, etc.

Los cólicos hepáticos, nefríticos pueden también enmascarar el diagnóstico. El comienzo de la tifoidea, la coxalgia, la obstrucción intestinal, la neumonia en los niños, principalmente, pueden también revestir caracteres de apendicitis.

Es pues marcadamente necesario al médico, ante un caso de probable apendicitis pensar en varias enfermedades, siempre que se trata de un niño, que no sabe expresarse, ni señalar con fijeza su región enferma.

He aquí algunos casos de apendicitis, observados en niños de relativa corta edad.

APENDICITIS AGUDA.—Niñita T. R. de 1 año de edad, de raza blanca, procedente de Lima.

Antecedentes hereditarios.—No se encuentra ninguna tara en sus padres.

Antecedentes personales.—Esta niñita fué conducida por sus padres a la "Maisón de Santé" el 30 de noviembre del año 1920. Hacían dos días que sus padres notaban a su hijita muy desganada para tomar sus tetadas, con mal humor y por las noches, contra su costumbre, despertaba con calentura y llorando insistentemente.

El día anterior a su ingreso, se intensificaron estos síntomas, alarmándolos; fiebre de 39º y vómitos. Además, manifiestan sus padres que sólo ha sufrido de lijeros accesos bronquiales de dos o tres días de duración, con temperatura que oscilaba al rededor de 37 y ¼ y de enteritis con "diarrea verde" que curó con facilidad. Es lactada por la mamá, quien se ayuda del biberón y harinas lactadas; su constitución es de una niña bien conformada, con buen tejido adiposo, sin ser exuberante.

La Inspección ofrece una carita anciosa, con mirada lánguida, llora con llanto de dolor; si está de cúbito dorsal cada vez que llora flexiona sus músios sobre el vientre; su lengua tiene saburra blanco-amarillenta, ligeramente seca. El abdomen presenta distención manifiesta.

La Palpación arranca gritos de dolor desesperados; se nota resistencia de toda la pared ventral, en especial del lado de la fosa ilíaca derecha, hay abovedamiento.

La Percusión dá sonido timpánico, que se hace algo mate del lado de la fosa ilíaca derecha. El punto de Mac Burney se encuentra en un plano resistente y doloroso.

El pulso es muy frecuente 156 veces al minuto, la respiración francamente disneica, marca 42 respiraciones al minuto y la temperatura es de 38º4.

En estas condiciones es traladada a la mesa de operaciones. Opera el doctor Aljovín. Narcois por el eter. Comienza la intervención con la incisión de Kocher, se hace la peritonización en bolsa del muñón apendicular; la operación dura 28 minutos y no se deja drenaje.

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

Después de la operación el pulso aumenta, llegando a 162 por minuto; los movimientos respiratorios aumentan a 44 y la temperatura disminuye a 38º.

Al día siguiente le temperatura es de 38º, 32 respiraciones y 144 pulsaciones; la noche es algo tranquila, duerme una hora de seguido.

El tercer día los síntomas generales mejoran notablemente, el vientre es blando y depresible, 37º2 de temperatura, 120 pulsaciones y 37 respiraciones al minuto.

El cuarto día todo ha llegado a lo normal, 36º8 de temperatura, 28 respiraciones y 100 pulsaciones, orina tres veces. El vientre es blando y depresible, sin acusar dolor.

El quinto día sigue el mismo estado y por la tarde llora como si le doliera el vientre, se le prescribe 4 gotas de elixir paregórico en una cucharada de infusión de manzanilla; por la noche hace su primera deposición en poca cantidad, de color amarillo oscuro y muy fétida.

El sexto día toma una cucharadita de aceite de ricino Erba con la cual se mueve tres veces el vientre; orina cada vez que defeca.

El sétimo y octavo días no hay nada anormal, se procede el noveno día a quitar los agrafes de la herida que aparece perfectamente cerrada. Ese día solicitan su alta, que es concedida.

Examen del apéndice.—Momentos después de la operación se procede al examen del apéndice; es ante todo un apéndice grande, mide seis centímetros de longitud y siete milímetros de diámetro; su color es rojo sombra, se ve dibujada en su superficie externa y con buen relieve, una exhuberante red vascular que acusa intensa congestión. Incindido longitudinalmente por su lado convexo, fluye una buena cantidad de mucus mezclado con líquidos excrementicios y coágulos de sangre. Su consistencia es normal.

APENDICITIS AGUDA Y PERITONITIS SEROSA.—L. R. G. Niño de 7 años de edad, de raza blanca, peruano, procedente de Lima.

Antecedentes hereditarios.—El padre es sano, la madre murió de una estreptococia; tiene cuatro hermanitos que gozan de buena salud.

Antecedentes personales.—Desde la edad de dos años sufre de paludismo, que en una época lo llevó hasta lo forma perniciosa grave. Desde hace dos años hasta la fecha ha sido atacado cuatro veces de cólicos apendiculares. En octubre de 1920 cayó enfermo con cólico muy fuerte, acompañado de escalofrío, fiebre, vómitos y dolor muy fuerte en todo el vientre especialmente del lado de la fosa ilíaca derecha. Este cólico lo imposibilitó para la marcha siendo llevado en brazos a su casa, donde permaneció doce días en cama. El último cólico es con motivo de haber sufrido una indigestión. Lo asiste el doctor Luis de la Puente. Examinando al enfermo al décimo día de la enfermedad, se consiguen los siguientes datos:

Acostado en decubito dorsal llama la atención la anemia: las mucosas labiales y palpebrales son de color rosado débil. Contesta con lucidez a todas las preguntas y refiriendo algunos detalles relativos a su salud. Su constitución es débil, su edad reclama más desarrollo. La lengua es húmeda y ligeramente saburral. El vientre no revela nada anormal a la simple inspección; es fácilmente depresible y blando a la palpación bimanual, ofreciendo cierta resistencia al lado de la fosa derecha, donde haciendo palpación profunda, se nota en su fisonomía una muestra de dolor y acto continuo indica que hay un sitio que al tocarle le duele más y señala con la mano un punto, que corresponde al de Mac Burney; se comprueba esto y se nota que el dedo rueda sobre un pequeño cuerpo poco resistente.

El pulso tiene buena tensión, late 102 veces por minuto, la temperatura es de 36º6.Sus movimientos respiratorios son en número de 28 al minuto. La orina es normal siendo sus micciones frecuentes; defeca.

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

Se procede a ponerle una inyección de morfina-atropina y un cuarto de hora más tarde es sometido a la anestesia general por el Protóxido de Nitrógeno asociado al oxígeno y al eter.

Insición de Mac Burney, después de incindido el peritoneo parietal fluye una pequeña cantidad de líquido seroso, límpido, inodoro; hay que desarrollar maniobras muy delicadas para exteriorizar el ciego a causa de ligeras adherencias entre éste y las asas intestinales vecinas; liberadas estas adherencias se aborda el ciego en cuya parte lateral interna aparece el apéndice, con su extremidad libre dirigida hacia abajo; se liberan las adherencias que tiene con el ciego y se le peritoniza en bolsa; no se deja drenaje. La operación dura 36 minutos. Después de la operación el pulso ha aumentado en 12 latidos por minuto, la respiración es la misma en número y todo el cuerpo está cubierto de sudor frío, por lo cual se le coloca bolsas calientes. Pasa la noche intranquilo, duerme a intervalos muy cortos.

Al día siguiente marca la misma temperatura y el mismo número de respiraciones; el pulso ha disminuído a 100 veces por minuto, pero se cuenta 6 extrasistoles en el espacio de dos minutos.

El tercer día amanece con 36º de fiebre, 108 pulsaciones y 27 respiraciones; se nota también irregularidades en el pulso. El examen del vientre no ofrece nada anormal. Se le prescribe una cucharadita de agua de azahar con dos gotas de solución de digitalina al milésimo. Toma una pequeña cantidad de caldo en el almuerzo. En la tarde asciende la temperatura a 38º5, su respiración es disneica, 29 al minuto y el pulso se estaciona en 108. Al cuarto día se instala la normalidad. Su temperatura es de 36º5, tiene 24 respiraciones y 90 pulsaciones. Al día siguiente se le prescribe 12 gramos de aceite de ricino. Defeca tres veces y dos días despues se le da alta.

APENDICITIS AGUDA CALCULOSA.—E. P. C., de siete años de edad, procedente de Lima, niña, raza mestiza. Ingresó a la *"Maisón de Santé"* el 29 de diciembre de 1921.

Antecedentes hereditarios.—El padre sufre actualmente de cólicos hepáticos; la madre adolece del corazón; tiene tres hermanitos, dos de ellos sufren amigdalitis y vegetaciones adenoideas.

Antecedentes personales.—Hace dos años enfermó de Varicela. Refieren los padres que el 28 de diciembre en pleno estado de salud, a las doce de la noche, despertó con un violento dolor en todo el abdomen, náuseas muy exigentes, que terminaron en vómitos de color verde.

El jueves se presenta temperatura y aumentan los dolores. A la inspección se nota: conjuntivas inyectadas, ojos ligeramente escavados, con mirada anciosa; movimientos respiratorios irregulares; está tendida en la cama en decubito lateral derecho, se queja moderadamente; tiene la lengua francamente saburral con bordes muy rojos y mal olor en el aliento.

El pulso late 130 veces al minuto, 39º de temperatura y 30 respiraciones al minuto.

Indica que mucho le duele el vientre; cuando se hace la inspección se nota un ligero balonamiento y que los movimientos de la respiración están muy disminuídos en el flanco derecho. La mano palpa un vientre resistente; la zona dolorosa no tiene límites precisos.

La percusión da lijera matidés del lado derecho.

Es operada con anestesia de protóxido de hidrógeno, sin previa morfo-atropina; la operación ejecutada por el doctor Luis de la Puente, dura 30 minutos. La insición es de Mac Burney, con peritonización en bolsa del muñón apendicular. No se deja drenaje.

El apéndice de tipo descendente retro-cecal, aparece rodeado de epiplón engrosado e inflamado; ofrece en su vértice una dilatación del tamaño de una uva. Todo él está surcado por una arborización vascular pletórica, que se hace más intensa y más roja del lado del vértice. La dilatación tiene una consistencia dura y cuando se seccio-

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

na longitudinalmente el apéndice, se ve que se trata de un cálculo estercoraceo enclavado en la porción distal del apéndice.

Después de la operación el pulso, temperatura y respiraciones no han experimentado cambio apreciable. En la noche su tempertura desciende 4 décimos de grado, el pulso y la respiración no varía. Orina una sola vez en toda la noche y no duerme un solo instante.

Al día siguiente, por la mañana, la temperatura ha descendido a 38º2, con 126 pulsaciones y 27 respiraciones por minuto. Por la tarde tiene 38º5, 123 pulsaciones y 27 respiraciones por minuto; vomita un poco de bilis, duerme 4 horas.

El tercer día tiene 37º de temperatura, 120 pulsaciones por la mañana; por la tarde 36º6 de temperatura, 110 pulsaciones y 25 respiraciones, buenas micciones, el vientre ha vuelto a su estado normal. Toma la primera ración de caldo. Por la noche duerme 5 horas seguidas.

El cuarto día tiene 36º4 de temperatura, 94 pulsaciones y 24 respiraciones en todo el día, en la noche depone expontáneamente.

El quinto día se le da por la mañana 15 gramos de aceite de ricino con lo que hace tres deposiciones; la temperatura se eleva a 37º2. Ha orinado tres veces bien, por la tarde el termómetro marca 36º5, 92 pulsaciones y 24 respiraciones. Así continúa hasta el noveno día en que se quitan los agrafes y tres días después se le da de alta en condiciones muy satisfactorias.

APENDICITIS AGUDA, SUPURADA Y GANGRENADA.— A. A. M., de 11 años de edad, colegial; de raza blanca, peruano, procedente de Lima, ingresó a la "Maisón de Santé" el 7 de noviembre de 1920, a las 10 p. m., siendo operado urgentemente pro el doctor Luis de la Puente.

Antecedentes personales.—Cuentan sus padres que hacía tres días que había sufrido de cólicos, acompañados de náuseas, vómitos, escalofríos y temperatura alta. Dicen que siempre contraía bronquitis, algunas de carácter alarmante. Frecuentemente es estreñido.

Al observarlo encontramos temperatura de 38º, pulso muy frecuente, hipotenso, en número de 150 latidos por minuto y disnea con 45 movimientos respiratorios por minuto. Respiración de tipo costal superior. Ojos excavados; labios y uñas moradas, color terroso del rostro, cubierto por sudores fríos; lengua seca, saburral, de bordes morados; náuseas; vientre enormemente abovedado y muy doloroso; plastrón en la fosa ilíaca derecha. Acusa dolores en el periné y el testículo. Estado general grave.

Anestesiado al eter, protóxido de nitrógeno y oxígeno, la operación comienza a las 10 p. m. y dura 40 minutos. Hecha la insición de Mac Burney gran cantidad de pus se escapa a la apertura del peritoneo parietal; el apéndice aparece fuertemente adherido a la fosa ilíaca y muy descendido; se le libera después de la laboriosas maniobras. Un cuerpo redondeado y duro, íntimamente adherido al ciego en la porción en que se implanta el apéndice, interrumpe el curso de la operación, toda maniobra para movilizarlo fracasa, y no siendo posible desprenderlo en lo absoluto de las paredes del ciego donde estaba incrustado, se reseca la parte adherente de este órgano, al mismo tiempo que el apéndice, y se sutura después con hilo el ciego, en dos planos. Se establece un buen drenaje, con drenes duros, gaza y drenes blandos americanos. Se le coloca en el lecho en posición de Fowler. Todo el resto de la noche lo pasa desasocegado, con momentos de verdadera angustia. Al día siguiente hace su primera micción a las 6 a. m. en poca cantidad y de un color muy oscuro; se comprueba que hay una bronquitis. Su temperatura es de 38º. La frecuencia del pulso ha disminuído un tanto; pero el número de respiraciones permanece el mismo, 45 al minuto. Ha disminuído el abovedamiento del vientre, se puede deprimir, ha drenado bastante; se cambia el apósito, movilizando los drenes, sin sacarlos. El producto del drenaje es un líquido compuesto de pus y materias fecales.

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

Vomita 4 veces hasta las 4 p. m. y a esta hora marca 38º4 el termómetro, el pulso ha ganado en tensión y su número es de 135, la respiración desciende a 38 veces por minuto; en la noche duerme con sueño intranquilo y por breves momentos. Se le abriga bien el pecho y la espalda después de haberle hecho aplicaciones de trementina.

Al tercer día se le dá a beber te ralo, a cucharaditas. Sus labios han tomado el tinte natural; las uñas todavía siguen moradas. El pulso y la temperatura son, con ligeras diferencias, las mismas que el día anterior; orina. El vientre es menos tenso, se palpa la punta del bazo que aparece dolorosa. La mirada es viva. Se le cura extrayéndole todo el arsenal de drenaje y poniéndole otro idéntico. El pus y la materia fecal fluída que arroja, hacen pensar en una perforación intestinal, pero a medida que pasan los días, esta mezcla se reduce puramente a pus franco, con lijero olor fecaloide. Al cuarto día se presenta bronconeumonía, que se trata con cataplasmas sinapizadas y una poción de benzoato de soda; tiene 38º de temperatura, 120 pulsaciones y 33 respiraciones por minuto. Los días siguientes se observa mejoría franca pero paulatina. Comienza a tomar alimentos lijeros (sopa de fideos, te y pan) desde el sétimo día; sus deposiciones son pastosas de color normal. Al décimo cuatro día, la herida es sólo cutánea; la temperatura es de 36º5, el pulso oscila entre los 78 y 84 latidos por minuto, con buena tensión; sus movimientos respiratorios se han reducido a 23.

Abandona la clínica a los 27 días de operado, completamente restablecido. Trascurrido un mes retorna a visitarnos y podemos constatar que ha ganado en salud; sus funciones digestivas se verifican de modo normal.

APENDICITIS AGUDA, GANGRENADA Y PERITONITIS GENERALIZADA.—A. L., niño de 12 años de edad, natural del Cerro de Pasco, colegial, de raza mestiza. Ingresó a la "Maisón de Santé" el 12 de enero de 1922 por prescripción del doctor Luis de la Puente.

Antecedentes hereditarios.—El padre étilico, murió de una grave enfermedad del hígado; la madre murió a consecuencia de tifus exantemático.

Antecedentes personales.—La primera vez que sufrió crisis abdominal fué en el año de 1920; consistió en dolor súbito, que experimentó en todo el abdomen. Este dolor lo acompañó un día; después del cual se entregó a sus labores de colegio.

Seis meses depués fué atacado de grippe, de forma bronco-neumónica, enfermedad que lo redujo a un mes de cama. En los primeros meses del año de 1921 fué atacado de infección intestinal, que le duró dos meses; durante esta infección, aparte de los síntomas de orden entérico, se inició dolor localizado en la región de la fosa ilíaca derecha.

En enero de 1922 fué presa, de violento dolor abdominal acompañado de vómitos y fiebre, que le obligó a guardar cama. Este dolor se inicia en la región epigástrica primero, y después se localiza en la fosa ilíaca derecha, en donde siente punzadas muy fuertes. Después de cinco días de enfermedad es trasladado del Cerro de Pasco a esta capital, ingresando a esta clínica el 12 de enero ya dicho.

Al examen del enfermo, se encuentra facies anhelante, mejillas rosadas; actitud en decúbito lateral derecho, con el muslo de este lado flexionado sobre el vientre; disnea intensa, pulso blando, depresible y regular, late 84 veces por minuto; la temperatura es de 36º8 y el número de respiraciones es de 34 por minuto; la lengua es roja, saburral y algo húmeda.

El examen del vientre constata dolor, que se extiende desde el reborde costal derecho, hasta la parte media del muslo del mismo lado. Los movimientos respiratorios, son de tipo costal superior.

Palpando el vientre se percibe defensa muscular intensa y dolor a la más lijera presión. Este dolor se localiza en el punto de Mac Burney. Este punto doloroso está situado en el plastrón, que se en-

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

encuentra ocupando toda la fosa ilíaca derecha. La percusión da macisés relativa á consecuencia de infiltración edematosa de la pared de la mitad inferior del abdomen. La percusión de la mitad superior muestra tonalidad timpánica.

A las 6 p. m. se da comienzo á la operación con anestesia general al gas risueño, oxígeno y eter, con previa inyección de morfoatropina (un tercio de la dosis para adulto). Se hace la insición de Mac Burney y cuando se ha llegado a abrir el peritoneo parietal, fluye un chorro de pus marcadamente fétido, de olor sulfhídrico, de color amarillo sucio; cantidad ¼ de litro. Ante este espectáculo, el cirujano se limita á desalojar la cavidad abdominal de la mayor parte de esta mezcla purulenta, y establece un drenaje amplio. La operación dura 24 minutos y el niño es trasladado a su lecho, donde despierta inmediatamente. Toda la noche es de insomnio y se queja de dolores en la herida.

Al siguiente día su temperatura es de 36°2, 80 pulsaciones y 28 respiraciones al minuto; ha orinado una buena porción, pero con mucha dificultad y la herida ha drenado adundantemente. Se le renueva su curación sin tocar los drenes y pasa el resto del día relativamente tranquilo. En la tarde la temperatura llega a 36°7, tiene 28 respiraciones al minuto y 76 pulsaciones. El vientre ha disminuído bastante su balonamiento, pero sigue doloroso. Duerme con sueño tranquilo en la noche.

El tercer día acusa los mismos síntomas generales y sigue en este estado hasta el sétimo día, en que, con motivo de habérsele propinado 15 gramos de aceite de ricino, hace tres cámaras abundantes y la temperatura se eleva a 37°5.

El octavo día, además del caldo y te que toma desde quinto día, se le da arroz, puré y sopa de fideos, aunque el apetito está disminuído.

El duodécimo día su temperatura se eleva a 37°7, por la tarde, el pulso está agitado y late 80 veces por minuto, los movimientos respiratorios son en número de 28. Pierde el apetito y se pone de mal humor, duerme poco y disminuye la cantidad de orina. Hay matités en el lóbulo pulmonar, derecho, tose y espectora esputos muco-purulentos.

Al décimo octavo día, en que marca 38°6 y 95 pulsaciones, se explora la herida con una pinza elástica, haciendo dilataciones prudentes, cuando se la insinúa en dirección ántero-posterior, en el espacio retrosecal, sale gran cantidad de pus. Desde este día cambia un poco la faz de las cosas; empieza a descender la temperatura y el pulso y el número de respiraciones.

El vigésimo segundo día, 3 de febrero, la fiebre llega a 40°, con 110 pulsaciones y 28 respiraciones. Hay náuseas.

Al siguiente día se explora la herida y se da con un nuevo foco purulento que surte una buena cantidad de pus mezclada con excreto. Se emplaza en el trayecto de la herida un dren de 1 y ½ centímetros de calibre y de 12 centímetros de longitud; este dren al hendirse ha seguido del orificio externo de la herida hacia la profundidad, en dirección de afuera a adentro, de abajo a arriba y de adelante a atrás.

Los días siguientes la temperatura evoluciona entre 37°8 y 38° por la tarde, haciéndose apirética por las mañanas.

El 11 de febrero, la temperatura vuelve a elevarse, simultáneamente con el número de pulsaciones, llega a 38°8 por la tarde. Al día siguiente, en el momento de la curación, se advierte que el dren estaba obstruído, puesto que al extraerlo se viene buena cantidad de pus y excretos; se observa el cuerpo obstructor y se reconoce fácilmente el apéndice, de color uniforme, hoja seca, de 3 centímetros de longitud y de gran friabilidad.

Dos días después se encuentra en el pus dos fragmentos más que son, sin la menor duda, porciones del apéndice; entonces se trata de

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

reconstruír el apéndice, y se logra obtener un apéndice, más o menos completo, de 5 y ½ centímetros de longitud.

Después de eliminado el apéndice, cambia favorablemente el cuadro clínico; mana pequeña cantidad de pus por la herida; hay apetito, duerme bien, no acusa dolores al vientre y la temperatura, que en la víspera era de 38°, por la tarde, desciende por crisis a 36°2 por la mañana y 36°7 por la tarde. El pulso disminuye su número a 82 al minuto y las respiraciones a 24. Su estado mejora notablemente, y entonces comenzamos a disminuir la longitud y calibre del tubo de drenaje, hasta que el 19 de febrero solamente colocamos una delgada gaza en el trayecto de la herida, que ya es solamente cutánea. El 8 de marzo se da de alta, observndo que todas sus funciones marchan normalmente.

Tal es la evolución médico-quirúrgica del proceso apendicular de este enfermo, que se opera a los doce días de iniciado su ataque, arroja su apéndice a los 31 días y sale a los 57 días de asistencia en la clínica.

De todo lo expuesto, se deduce que no es tan rara la apendicitis en los niños; en el trascurso de dos años he reunido algunas observaciones, muy interesantes por las diversas formas clínicas y anatomopatológicas que ofrecían al ingresar a la "Maisón de Santé". En ellas se ha presentado la dolencia con caracteres variados, que obligan a fijar en la mente esa posibilidad diagnóstica, al examinar un niño y encontrar el cuadro mórbido del *abdomen agudo.*

No hay duda, que la apendicitis en los niños, es bien grave, por ello es necesario recomendar, lo más precozmente, la intervención quirúrgica, la única que sustrae la causa morbosa, que libra al organismo, por la oportunidad de la intervención de la lucha que le imponen los productos sépticos, de un foco orgánico que supura y que no obstante que se aisla en parte de la economía, suscita, por vía humoral, el desequilibrio de las defensas orgánicas.

Con la intervención quirúrgica se evita a la serosa peritoneal reabsorciones de principios tóxicos e infecciosos, que varían desde la simple serosidad, hasta el contenido pútrido, mezcla de tejidos muertos, desechos microbianos, excremento, etc. y con ella también, frente a los rigores de la gravedad del enfermo se va a la busca de la última esperanza, del último baluarte de la lucha, donde la táctica quirúrgica, despliega sus recursos salvadores. Los procedimientos curativos en estos casos deben inspirarse en esta fórmula, que no por muy concisa deja de ser exacta, "*operar siempre y en seguida*" a fin de que na haya lugar para repetir la expresión de Richardson: "es muy tarde para una operación que debía haberse realizado temprano y muy temprano para una operación tardía", pero agregamos, "nunca es tarde".

El apéndice una vez enfermo, pierde la importancia que tiene en los destinos del aparato digestivo; representa para la vida del sujeto una amenaza constante, y muy especialmente, para la de los niños, que necesitan, su energía orgánica, para su desarrollo y no deben emplearla en la defensa del ataque mórbido.

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

La intervención quirúrgica no sólo se impone una vez diagnosticada la apendicitis, por los beneficios que produce al exteriorizar un foco morboso interno, sino que también auxilia al organismo luchando contra el meteorismo abdominal que atormenta grandemente al paciente y llega por su distención a comprometer funciones nobles, como la respiración, la circulación, etc, que se perturban por acción mecánica, que rechaza la cúpula diafragmática disminuyendo la cavidad torácica.

Prensa Médica Americana

"New York Medical Journal".—Mayo de 1923.

OBSERVACIONES CLINICAS DE LA MORFOLOGIA Y FUNCIONES DE LOS CAPILARES.—Ernesto Boas expone en su trabajo algunos hechos y fenómenos, concernientes a la morfología y dinámica de los capilares, que tienen significación fisiológica y patológica. Los capilares han sido considerados en la primera época de estudios sobre la circulación, como una área sanguínea pasiva, dilatado remanso interpuesto entre los torrentes venoso y arterial, y en el que se hacen los intercambios metabólicos con los tejidos, y aunque juegan tal rol, posteriores estudios han probado que tienen también una actividad independiente, solicitable por múltiples estímulos. Pero de un modo general, como forman uno de los segmentos del aparato circulatorio, tal actividad propia se halla solidarizada, y repercute en la dinámica total de éste.

Aunque es difícil la observación directa de los capilares humanos, es posible, y ha permitido describir en pocas dolencias, los correspondientes tipos de las alteraciones; así, aparecen largos y delgados en la hipertensión, incurvados y sinuosos en la arterioesclerosis, dilatados y tortuosos en las cianosis periféricas; en cuanto a la dinámica en ciertas afecciones, tal el mal Raynaud, la acrocianosis, la corriente capilar es lenta, casi estancada; en el shok, la dilatación capilar que es el desorden esencial, alcanza su mayor grado a tal punto, de comprometer por merma sanguínea la circulación de los grandes vasos. En ciertas infecciones por acción toxemica, se observa cosa análoga. En cuanto la presión capilar, el autor ha usado el tonómetro de Danzar en un número no escaso de observaciones, que por ser complejas, no permiten fijar una regla sobre su valor; sin embargo, parece que presiones altas son de mal pronóstico.

Sintetizando sus apreciaciones el autor concluye, que en su actividad los capilares ayudan la del resto del aparato circulatorio, dan ritmo apropiado a los intercambios metabólicos, mantienen la resistencia periférica, y otras veces, con una actividad más independizada, producen fenómenos anormales, tales como las elevaciones de la urticaria, las asfixias locales, los edemas.—Dr. *Carlos Aubry.*

ALGUNOS FACTORES RELATIVOS A LA PRODUCCION DE LOS RUIDOS Y SOPLOS CARDIACOS.—E. I. Fogel trata en este interesante trabajo de dilucidar, los factores que producen los ruidos cardiacos normales, y de la consecuente interpretación de los anormales.

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

El principio general de acústica que quiere que todo ruido sea el efecto de un cuerpo vibrante, rige naturalmente la producción de los intracardiacos, pero si en la clara interpretación del segundo de los ruidos, debido a la vibración con cierre de las válvulas semilunares, hay unanimidad entre los autores, por el primer ruido hay y ha habido controversia; primero se supuso que era exclusivo efecto de la contracción muscular, y sólo posteriormente se hizo intervenier a las válvulas aurículo-ventriculares. Aunque es opinión difundida que ambos factores colaboran, el autor, que no cree sino en la participación de las válvulas, discute su opinión con hechos y consideraciones fisiológicas y patológicas.

Dice que hay muchos músculos en el organismo, de mayor volumen que el corazón, y cuya enérgica contracción, apenas produce un leve ruido, que más parece depender de los tendones y huesos que movilizan, y que por lo que respecta al mismo corazón, la diferencia entre el primero y el segundo ruido, es bien pequeña, más bien de duración, y la semejanza de calidad deja suponer igual intervención de membranas en ambos. Justifica esta manera de ver el hecho de que en el feto y en el recién nacido, son los ruidos confundibles, y sólo una diferenciación ulterior en la alimentación de las válvulas por el crecimiento, produce la diferencia en los sonidos.

La clínica por su parte ayuda a esclarecer estos conceptos, con lo que pasa en algunas afecciones y lesiones: así en la insuficiencia mitral, que va acompaña por lo general de hipertrofia ventricular, los trazados fonográmicos de Einthoven, revelan que la amplitud vibratoria es menor (contra lo que debiera suceder), que en la de ventrículos normales. En la extrasístole, contracción mínima e impotente para lanzar la onda sanguínea a los vasos, no debiera oirse ruido alguno, y cosa contraria acontece. Se puede decir que la contracción sólo gradúa el tono del ruido indirectamente, por la fuerza con que lanza la sangre contra las válvulas que son las cuerdas tendinosas, los elementos real y únicamente sonoros.

Entendido esto como base, el autor pasa a interpretar la modificación de los ruidos, soplos y murmullos, que se oyen en las efecciones. Así, el soplo de la insuficiencia mitral, debería su suavidad o rudeza a la regularidad o irregularidad de los bordes valvulares, pues la sangre al regurgitar, en la aurícula incompletamente cerrada, les haría vibrar; en la estrechez mitral cabe análoga explicación, y el crescendo particular de este ruido, se debe a que el principio del sístole ventricular cabalga y refuerza el auricular que lo genera. Los soplos transitorios, debidos a excesos de presión, son favorecidos por los finales de los sístoles, que ponen en tensión máxima las válvulas. En los de origen hemático, la astenia muscular al rebajar el esfuerzo de los músculos papilares, crearía junto con la insuficiencia valvular funcional, el correspondiente soplo. Los ruidos desdoblados, quedan dependientes del asincronismo en la contracción de las cavidades homólogas. El autor recapitula su interesante trabajo en conclusiones, que a la vez que fijan estos conceptos aclaradores de la acústica del corazón, facilitan la comprensión de su fisiología.—Dr. *Carlos Aubry.*

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

Bibliografía

TRATADO DE OPERACIONES por el Dr. Federico Pels Leusden.—Traducción española de la tercera edición alemana por el Dr. Francisco Tous Biaggi.—*Manuel Marín, editor.*—Barcelona 1923.—40 pesetas.

Es éste un libro de terapéutica y técnicas quirúrgicas, que expone con detención, y a las veces, con lujo de detalles, todo lo que debe saber el cirujano para el cumplido desempeño de su misión.

La vastedad de las materias que contiene el libro, obliga al autor a desarrollarlas en más de 900 páginas, llenas de ilustraciones, esquemas y grabados.

La antisepsia y la asepsia y la anestesia operatoria, son los primeros capítulos de la obra. Sigue después un capítulo que se ha bautizado con el nombre de sección y reunión de cada uno de los diferentes tejidos, en el que se trata de las suturas, injertos, autoplastías, trasplantaciones, etc.

A la cirugía de los vasos le dedica un amplio desarrollo, para continuar después, con los capítulos de operaciones de las extremidades, de la cabeza, del cuello, del tórax, del abdómen y del aparato urogenital. No hay para que decir, que la cirugía del abdómen se encuentra ampliamente tratada y que en todos los temas, las técnicas que priman son las alemanas.

Hay que agradecer al editor la presentación de esta obra, porque informa al público estudioso de esta fuente bibliográfica alemana, bastante compendiosa y al alcance de todos.

MANUAL DE PATOLOGIA INTERNA por el Dr. J. Collet.—Traducido por el Dr. F. Corominas de la octava edición francesa.—*Hijos de J. Espasa, editores.*—Barcelona 1923.

Es muy conocido el libro del profesor Collet de Lyon. Es una de las tantas obras que se encuentran en manos de los estudiantes y que presta útiles servicios.

Indudablemente que los recientes progresos alcanzados por la medicina, obligan a los autores a revisar frecuentemente sus libros, cuando desean que éstos sean obras de estudio. Estas consideraciones son aplicables a esta obra del Dr. Collet, cuya última edición francesa, traducida al castellano, presenta la casa Espasa de Barcelona.

En el primer tomo, que es el publicado, se trata de las enfermedades del sistema nervioso, del aparato digestivo y sus anexos y del aparato urinario. Se echa de menos el estudio de la encefalitis epidémica, y se comprueba la descripción independiente de muchos síndromes, hoy concebidos con criterio más integral, y la exposición de muchas dolencias con el concepto tradicional, que conviene borrar de las obras nosográficas modernas.

Si la medicina ha progresado grandemente, y el autor así lo dice en el prólogo, es menester que en el texto se pruebe este acerto, exponiendo aunque sea únicamente, la contribución francesa, muy numerosa y selecta.

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

Endocarditis ulcerosa maligna

Por el Dr. ALBERTO L. BARTON

La endocarditis ulcerosa es enfermedad poco frecuente, de diagnóstico amenudo difícil y casi invariablemente fatal; su interés para el clínico es, por todo esto, considerable. No he hallado descrito caso alguno de esta infección, que entre nosotros parece ser bastante rara, en revistas médicas nacionales. Recordamos haber visto tan sólo tres ejemplares de ella, en nuestra ya larga práctica. Compañeros con más años de ejercicio profesional que nosotros nos han manifestado que muy pocas veces han tenido ocasión de tratarla. Por estas consideraciones nos ha parecido útil consignar, en forma breve, la historia clínica de un caso que nos tocó en suerte asistir hace poco. Antes de hacerlo, sin embargo, juzgamos conveniente rememorar los hechos principales que a ella se refieren.

Endocarditis ulcerosa, vegetante, maligna o infecciosa, son términos sinónimos; empleados en oposición a los de simple o reumática, que se diferencia de aquella en el terreno clínico, muy especialmente con respecto al pronóstico, que es diametralmente distinto en ambas.

Entre los factores etiológicos de la endocarditis ulcerosa figura el reumatismo como el más importante por su tendencia a producir lesiones valvulares permanentes, propicias a la implantación del proceso infeccioso ulterior. La escarlatina, gonorrea, influenza, tifoidea, disentería y neumonia, se consideran también, entre los antecedentes patológicos, aunque de importancia muy secundaria comparados con el reumatismo.

De 150 casos analizados por Horder, 122 ocurrieron entre los 15 y 20 años, debido, según el mismo autor, a que la esclerosis valvular que el reumatismo ocasiona, se presenta más o menos diez años después del ataque reumático que ocurre, por lo general, entre los 10 y 30 años. La rareza entre nosotros de la endocarditis ulcerosa se explicaría, según lo que precede, por el escaso número de reumáticos. Esto, en nuestro concepto, se debe a condiciones especiales de clima y a calidad de flora microbiana, aunque creemos que aquella infección pasa a veces desapercibida al médico.

La lesión más importante de la endocarditis ulcerosa, consiste en la infección microbiana progresiva de una o más válvulas del corazón o del endocardio mural. Es variable la naturaleza de los gérmenes cultivados de la sangre en vida. De

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

40 casos de esa enfermedad en que se obtuvo resultado positivo, en 26 se halló alguna especie de estreptococo, 5 veces el neumococo, y el bacilo de Pfeiffer, 2 el gonococo, 1 el estafilococo albo y en 1, un germen bacilar no clasificado aún. En cultivos hechos post-mortem el estafilococo aureo es el más frecuente y después el neumococo. Se encuentran además, ocasionalmente, los bacilos tífico, coli y diftérico. Excepción hecha de casos agudos, que son producidos por el estreptococo piógeno, el tipo de estreptococo hallado con mayor frecuencia, es uno de escasa virulencia, semejante al que se encuentra en las heces normales o en la saliva. Se trata generalmente de cocos en cortas cadenas cuya inoculación no produce la muerte del ratón, y que al análisis dan una serie de reacciones bioquímicas que los diferencian claramente de los estreptococos piógenos. Señalamos estas particularidades de modo especial, porque ellas nos explican ciertos hechos singulares tales como: la cronicidad de muchos casos de endocarditis ulcerosa; los períodos de apirexia que se presentan con relativa frecuencia; la falta de supuración, los infartos por embolia que constituyen una de las características más notables de la enfermedad; la ausencia, en la mayoría de los casos, de un foco de infección tangible que explique satisfactoriamente la infección del endocardio y, por último, el número enorme de gérmenes que suelen encontrarse en la sangre durante períodos en que el paciente se halla en buenas condiciones, lo que no ocurriría con gérmenes de exaltada virulencia. Indicaremos, de paso, que se ha conseguido producir, sin gran dificultad, la endocarditis infecciosa en conejos empleando inyecciones de estreptococos saprofitos, aislados de la saliva y heces de personas sanas.

El curso de la enfermedad es en raros casos, fulminante. Otras veces presenta tipo agudo que comprende aquellos casos que evolucionan entre 7 y 30 días.

Es el tipo denominado subagudo el más común y al que nos referiremos de modo especial. A él pertenece el caso que adelante historiamos. En esta modalidad de endocarditis el comienzo es lento, indeciso, lo que hace amenudo que sea imposible determinar con precisión su principio. Está plenamente comprobado que en numerosos casos la infección del endocardio ha existido mucho antes de que se la sospechase siquiera. Los síntomas iniciales suelen ser debilidad y anemia o una fiebre cuyo origen por el momento se ignora. La duración es de 2 a 6 meses en la mayoría de los casos, pero en algunos se prolonga 12 y aún más. El germen infectante es un estreptococo de tipo fecal o salivar *(Streptococcus viridans, S. endocarditidis)*. El vacilo de Pfeiffer y el neumococo se han aislado también alguna vez.

En la mayoría de los casos el corazón presenta ya signos de afección valvular cuando el proceso se inicia; pocas veces dichos signos aparecen en el curso de la enfermedad. La mitral es la válvula primeramente atacada, por lo general, siguién-

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

dola en frecuencia la aórtica. Merece señalarse que en buen número de casos el corazón presenta lesiones poco apreciables; esta circunstancia ha dado lugar a que se denomine de "tipo cardiaco" a aquellos en que los síntomas del lado de esa víscera se destacan de modo especial, como ocurrió en el enfermo asistido por nosotros.

Las embolias en el curso de la enfermedad son muy comunes y constituyen uno de los signos cardinales. En la piel se manifiestan bajo dos formas: *a)* petequias que suelen ser dos o tres, solamente, muy difícil de descubrir por lo tanto, o pueden presentarse en número considerable; *b)* pequeñas zonas rojizas, sensibles a la presión casi siempre, que aparece en las extremidades digitales, por lo común, pudiendo persistir algunos días o pocas horas solamente. Estas manchas cuyo valor diagnóstico es considerable cuando ocurren, son muy sensibles a la presión y despiertan dolor brusco, expontáneo, al producirse. En el riñón se realizan con frecuencia procesos embólicos que producen infartos y hematuria; pequeñas embolias detenidas en los glomérulos determinan la presencia de hematíes y vestigios de albúmina en la orina, pudiendo ocasionar nefritis glomerular. En el bazo las embolias se manifiestan por aumento de volumen del órgano; suelen causar dolor y aun periesplenitis. La embolia cerebral produce hemiplegia; en un vaso arteritis infectante, aneurisma o hemorragia, que puede ser rápidamente mortal, y aún gangrena.

La fiebre se presenta en todos los casos aunque en el curso de la enfermedad se observan períodos de dos o tres días o de otras tantas semanas en que falta. El tipo remitente irregular es el más común; la intermitente diaria no es rara. El descenso de la temperatura días antes de la muerte se observa algunas veces, por lo tanto, no deberá ese hecho considerarse como signo de buen pronóstico, si las condiciones generales del paciente no son satisfactorias.

La sangre, amedida que trascurre el tiempo se empobrece produciendo palidez apreciable en el rostro. La leucocitosis es poco marcada en las formas subagudas de endocarditis, oscilando el número de glóbulos blancos con notable constancia, entre 9,000 y 12,000. Los cultivos de sangre tienen gran importancia para el dignóstico aunque, con frecuencia, en casos típicos de la enfermedad no se logra aislar gérmen alguno. Esto que parece extraño se explica si se recuerda que los estreptococos de la endocarditis son difíciles de cultivar y que para obtener resultados positivos habrá de emplearse una técnica apropiada.

El estado general del enfermo se resiente por efecto de la prolongada toxemia, como es fácil comprender y su semblante adquiere tinte especial que los franceses llaman "cafe-au-lait", pero el adelgazamiento del sujeto es poco aparente la mayoría de veces.

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

Sa ha llamado la atención sobre el espíritu optimista de estos pacientes no obstante que, casi sin excepción, su enfermedad es mortal. Es por esto, por tratarse de un pronóstico tan grave que el médico deberá abstenerse de diagnosticar la endocarditis ulcerosa sino tiene seguridad absoluta que se trata de esa fatal infección.

Hecha esta breve reseña de la endocarditis ulcerosa vamos a referir la historia de un caso que hemos asistido hace poco.

A. L., distinguido pedagogo del Callao, de 52 años, de sanas costumbres. Como antecedente patológico sólo merece mencionarse un ataque febril que duró dos semanas, hace cosa de 20 años y dolores al cuello atribuídos por su médico a reumatismo muscular, 3 años ha.

En noviembre de 1922 pernoctó en Lurín con la brigada "boy scouts" formada por los discípulos de su colegio y 14 días después sufría fiebre alta. La temperatura persistía después de 10 días, habiendo sido llamado entonces para verlo en consulta. Nada hallé que llamara mi atención, aparte de la fiebre elevada, y teniendo en cuenta su tipo francamente intermitente así como la circunstancia de haber dormido pocos días antes en Lurín, que es foco conocido de paludismo, opiné que probablemente se trataba de una infección malárica resistente a la quinina que se había administrado por vía oral y propuse su empleo intramuscular. Pocos días después se levantó y pudo reanudar sus labores.

En mayo la fiebre vuelve: Se está en duda si su salud fué completa en los meses que mediaron entre esos dos ataques. Según el paciente lo fué; pero personas serias que lo trataban de cerca, afirman que su estado no era normal, habiendo decaído su acostumbrada actividad para el trabajo.

La fiebre comienza esta vez en forma insidiosa. El termómetro marca tan sólo unos cuantos décimos en las tardes y el paciente conserva por algún tiempo sus aptitudes para la enseñanza. Pero la fiebre y las molestia derivadas de ella se acentúan gradualmente y lo postran en cama poco después. La temperatura es de forma intermitente; el descenso se inicia a media noche, después de ligera sudación, para alcanzar la normal en la mañana. En junio el Dr. Ostoja, además de la fiebre, comprobó un ligero soplo sistólico en el foco aórtico que consideró como lesión valvular de origen degenerativo. Continúa la fiebre aumentando de intensidad, el apetito disminuye y el estado general decae un tanto, por lo que su familia resuelve trasladarlo a Chosica en la creencia de que se trata de una de esas fiebres tropicales que, según el concepto errado del público, se curan cambiando de clima. En ese caserío pasó diez días asistido por uno de los médicos de la localidad y volvió al Callao, sintiéndose muy aliviado. Trascurridos algunos días la fiebre reaparece más elevada que antes. En estas circunstancias, el 30 de agosto, se solicitó nuestros servicios.

El estado del paciente, no obstante los tres meses de fiebre que venía sufriendo, era bastante bueno. Su semblante algo pálido, no ostentaba huellas de demacración, se mostraba animoso y aún dispuesto a levantarse si el médico lo permitía. La piel, de tinte anémico, no ofrece lesión alguna apreciable a la vista, pero sentía escozor y calor en los dedos y palma de las manos. Todos los dedos presentaban sus extremidades abultadas, dándoles la apariencia llamada "palos de tambor". No había edemas en ninguna región y las articulaciones estaban indemnes; los reflejos normales; acusaba ligero insomnio. La orina era normal, según un certificado de análisis completo que se nos mostró. La lengua limpia y húmeda; existían varias piezas cariadas en la boca y su aliento era ligeramente ofensivo; las amígdalas, fosas nasales y senos de la cara, al parecer, sanos; le vientre funcionaba con regularidad. El bazo no se palpaba, ni la presión profunda en el

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

hipocondrio izquierdo despertaba molestia alguna, aunque el paciente dijo que en varias ocasiones había sentido dolor en dicha región. El hígado normal; ausencia de ictericia. Notamos abundantes estertores inspiratorios, finos, en las bases de ambos pulmones, sobre todo en la izquierda que presentaba, además, signos de condensación moderada en la parte inferior; no había tos, ni espectoración; 25 respiraciones por minuto. Temperatura normal en la mañana; en las noches llegaba al rededor de 39º. En el corazón, que en noviembre último hallamos sano, descubrimos, con gran sopresa, los signos estetoscópicos, bien marcados, de insuficiencia mitral y aórtica; el pulso de Corrigan; las arterias del cuello se dilataban ampliamente a cada sístole; se apreciaba fácilmente la frecuencia del pulso capilar bajo las uñas de las manos; 85 pulsaciones por minuto.

En presencia de una fiebre intermitente en enfermo a quien algunos meses antes habíamos considerado como palúdico e ignorando, de otro lado, el tratamiento a que estaba sometido, prescribimos 1 gramo de bicloruro de quinina intramuscular. Ese día la temperatura máxima fué 37º7. Alentados por este resultado favorable, el día siguiente repetimos la inyección alcanzando el termómero 37º9 como máxima. Persistimos con la misma terapéutica dos días más, pero sucedio entonces que lejos de descender la curva térmica, como esperábamos, llegó a 38º5 lo que nos obligó a desistir de ese tratamiento a la vez que abandonamos la hipótesis de que se tratase de fiebre palúdica.

Descartamos en seguida, por razones clínicas que es innecesario consignar, la tifoidea, fiebre de Malta y tuberculosis.

Prosiguiendo nuestra investigación sobre el origen del proceso febril y después de un atento examen del paciente encontramos que sólo el corazón presentaba alteraciones capaces de explicarlo. Existen, es verdad, algunos otros trastornos orgánicos pero, tanto por su magnitud como por su índole, carecen de importancia desde el punto de vista etiológico. El corazón en cambio exhibía lesiones avanzadas y en plena actividad que en noviembre, cuando vimos al enfermo por primera vez, no existían, que el doctor Ostoja descubre en junio como ligero soplo sistólico en el foco aórtico y que actualmente se manifiestan bajo la forma de insuficiencia mitral y aórtica evidentes, lo que acredita su carácter progresivo y grave.

La insuficiencia mitral podría considerarse quizás como de orden funcional y debido a simple ensanchamiento del orificio valvular correspondiente, aunque tal hipótesis resulta improbable si se tiene en cuenta que el corazón realiza aún su función propulsora sin dar muestras de alteración miocárdica. Pero dicha suposición es de todo punto inadmisible, tratándose de la válvula aórtica cuyo defecto es, sin duda alguna, de carácter orgánico. Esta lesión ofrece además, la circunstancia muy especial de haberse iniciado, como se ha dicho ya, hace tres meses más o menos, estos es al mismo tiempo que se hacían ostensibles los síntomas de la enfermedad y ha evolucionado paralelamente a ella. Existe, según se ve, estrecha dependencia entre las lesiones del endocardio y las manifestaciones morbosas del caso que nos ocupa, a tal punto que, ceñidos a la lógica de la clínica, debe concluirse que estas son, función de aquellas; y, por lo tanto, que la fiebre y demás síntomas de que es víctima este enfermo tienen su origen en los focos infecciones radicados en su endocardio; o lo que es lo mismo que sufre de endocarditis infecciosa, ulcerosa o maligna.

Nuestra atención se concentró entonces, como es natural, en torno del corazón, que examinamos detenidamente, observando lo siguiente: La punta no es localizable por la vista ni la palpación; el borde izquierdo sobrepasa por dos traveces de dedo la línea mamilar; el borde derecho se halla ligeramente desplazado hacia afuera. En la punta, un soplo sistólico bien marcado, de tono suave, prolongado, con propagación a la axila; al nivel del hemóplato correspondiente no se le escucha. En el foco aórtico se nota un ruido sistólico que se propaga hasta el cuello; el segundo tono, apenas perceptible, se halla reempla-

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

zado por un soplo fuerte que ocupa todo el gran silencio del ciclo cardiaco y cuya intensidad crece a medida que se avanza hacia abajo y a la izquierda, adquiriendo su máxima sobre el borde esternal al nivel del 3º y 4º espacios intercostales. El tono pulmonar se encuentra aumentado apreciablemente. El corazón derecho, aparte del lijero aumento de volumen señalado, no ofrece nada anormal.

Trascurridos algunos días se presenta una hematuria. Este accidente es de un valor diagnóstico considerable y confirma definitivamente el concepto emitido sobre la naturaleza de la entidad morbosa que estudiamos. En efecto, una hemorragia renal, que sobreviene en un sujeto que no sufre ni ha sufrido antes del aparato urinario, pero que presenta las graves lesiones valvulares de índole activa que dejamos descritas, obedece seguramente al desprendimiento de embolias cuya sede radica en su endocardio enfermo. El desarrollo de este proceso embólico, conjuntamente con la existencia de lesiones anotadas en el corazón, es prueba concluyente del carácter vegetante, ulcerativo de estas y la confirmación del diagnóstico emitido anteriormente.

El 12 celebramos una junta con el Dr. González Olaechea. El estado general así como también el ánimo se conservan todavía bien. La temperatura persiste, es algo más baja que en días pasados, pero tiende a prolongarse por más horas, de modo que la defervescencia, en lugar de hacerse en la mañana, se presenta, ahora, después del medio día. Las insuficiencia mitral y aórtica bien marcadas; pulso 84 por minuto; presión sistólica 140, diastólica 105 m|m. Persiste y tiende a aumentar más aún la congestión pasiva, señalada ya, en las bases pulmonares, especialmente la del lado izquierdo; respiraciones, 26 por minuto. La orina contiene sangre en abundancia, numerosos leucocitos, algunos cilindros epiteliales y 2 gramos de albúmina por litro. No existe sin embargo, el más ligero edema, náuseas, disnea, cefalalgia u otro síntoma de insuficiencia renal. La eliminación de orina diaria es de litro y medio, más o menos. Un hemocultivo hecho en caldo resultó negativo.

El Dr González Olaechea en vista de los síntomas y marcha del proceso aceptó sin reservas nuestro diagnóstico de endocarditis ulcerosa, no obstante el resultado negativo del cultivo de sangre que dijo, para tener valor, debería multiplicarse empleando técnicas especiales; y después de convenir en el término casi necesariamente fatal de la enfermedad, indicó como tratamiento el cacodilato de soda en inyecciones a alta dosis.

La medicación arsenial se emplea por diez días sin producir el menor beneficio. La hematuria persiste; la fiebre es moderada pero con tendencia a hacerse remitente; el procseo congestivo pulmonar se intensifica; el sueño intranquilo; el pulso y la respiración se hacen más frecuentes; las graves alteraciones cardiacas persisten y el primer tono de la punta se percibe desdoblado en ocasiones. Del lado del corazón derecho no se advierte, por ahora, señales de insuficiencia. Se apela al empleo de oro coloidal en inyecciones intramusculares.

El 28 lo vemos con el Dr. Julián Arce, quien comprueba los síntomas y lesiones que dejamos descritos, conviene en el diagnóstico ya emitido y llama la atención sobre el aumento de volumen del hígado que encuentra doloroso al nivel del epigastrio. Hacemos notar por nuestra parte, que el crecimiento y sensibilidad hepáticas, la congestión concomitante de las bases pulmonares y la frecuencia gradualmente creciente del pulso y la respiración, acreditan que el miocardio pierde su vigor. Acordamos emplear la urotropina en inyecciones una vez terminada la serie de seis ampolletas del producto coloidal que nos proponíamos aplicar. Un segundo hemocultivo en caldo ordinario, resulta igualmente negativo.

No obstante nuestro empeño y la solicitud con que el paciente es atendido por su familia y discípulos, el mal continúa su curso inexorable. Ya se advierte que el semblante se demacra y la respiración se dificulta, al punto que debe permanecer muchas horas sobresentado.

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

El 3, al medio día, con temperatura de 37°, cuento 98 pulsaciones y 35 respiraciones por minuto; la congestión pulmonar se acentúa; no hay tos ni expectoración; la noche última fué de insomnio casi completo; el apetito muy escaso. La situación, como se ve, es evidentemente grave pero nada parece revelar la inminencia de un desenlace fatal. En esta confianza no volvemos a verlo hasta el 5, siguiendo nuestras costumbre de visitarlo cada dos días, por juzgar innecesario hacerlo más amenudo. Con sorpresa profunda y sentimiento encontramos a nuestro enfermo en estado preagónico. Los días 3 y 4, se nos informó, pasaron sin mayor contratiempo. En la madrugada del 5 fué bruscamente acometido de angustia mortal, gran ansiedad respiratoria, lijera tos y expectoración teñida de sangre. Lo hallamos en ortopnea respirando laboriosamente, el pulso pequeño a 140 por minuto, cubierto de sudor abundante, con expresión ansiosa, pálido y profundamente demacrado. El colapso cardiaco era evidente. Bajo la acción de inyecciones estimulantes enérgicas y la administración continuada de oxígeno se consiguió reaccionarlo un tanto, prolongándose la vida hasta las 9 de la noche en que expiró conservando sus facultades mentales casi hasta sus últimos momentos.

Octubre 1923.

Tratamiento de las cervicitis

(Ecos de la discusión sobre este asunto en la Sociedad Obstétrica de Filadelfia)

Por el Dr. EDUARDO BELLO
Cirujano del Hospital "Santa Ana"

Con motivo de un trabajo presentado por J. O. Polack, de Brooklyn, a la Sociedad Obstétrica de Filadelfia, sobre el tratamiento médico y quirúrgico de la cervicitis, se produjo una interesante discusión en esta progresista institución. De la lectura de su extracto que publica "American Journal of Obstetrics and Gynecology" y de las ideas contenidas en el trabajo que la originó, se puede deducir el concepto actual de los principales ginecólogos americanos sobre las inflamaciones crónicas del cervix y su terapéutica.

Cree el doctor Polack excesivo el número de operaciones que que en New York y otras ciudades americanas se practican con el objeto de curar las rasgaduras del cuello, y para justificar su acerto estudia detenidamente estas lesiones. Los desgarros cervicales, dice, son casi constantes en las primíparas, uni o bilaterales y siempre más asentuados a la izquierda; poco valor tienen si son superficiales, pero múltiples o profundos trastornan la morfología del cuello y lo alteran en su estructura: la mucosa del endocervix sufre eversión y sus glándulas se in-

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

fectan estableciéndose la leucorrea; la hipertrofia del tejido linfoide genera las formaciones rojizas y aparentemente desnudas que llamamos erosiones; por continuidad linfática del cuello con el resto del útero y el parametrio, la inflamación linfática del cuello se propaga al cuerpo del útero, se depositan productos inflamatorios entre las fibras musculares, que organizándose exageran el tejido conjuntivo de la pared, dificultando o impidiendo la acción del músculo uterino tan importante para la circulación del órgano (que por estar dotado normalmente de contracciones involuntarias ha recibido el nombre de "corazón pelviano") y generando su congestión pasiva.

Los desgarros infectados determinan esos trastornos, pero más de la mitad de ellos no dan síntoma alguno, si se exceptúa la llamada erosión papilar. Esta lesión no impone intervención quirúrgica, salvo que se halle implantada en los labios evertidos de un cuello hiperplástico e indurado. La erosión se produce por el contacto de la mucosa del endocervix con las secreciones ácidas de la vagina o por infección (gonococia). La traquelectomía parcial o total está indicada en casos de hipertrofia notable del cuello, de desgarros extensos o múltiples, de infección muy extensa, degeneraciones quísticas con hiperplasia o prolapso en las mujeres que han pasado la menopausia. Debe evitarse la traquelectomía siempre que sea posible, durante el período de actividad genital, porque predispone al aborto en las futuras preñeces y a la distocia en los partos futuros; un tratamiento preliminar apropiado, sostenido durante varias semanas antes de la operación, modificará suficientemente en la mayoría de los casos el estado local para que la traquelorrafía sea bastante eficaz como medio curativo.

Las infecciones glandulares crónicas, si son poco profundas, ceden al cauterio actual, que destruye el exceso de tejido linfoide que las forma; la cauterización linear es eficaz; igualmente puede emplearse con buen éxito la destrucción de toda la superficie erosionada por el cauterio plano, repetida si fuera necesario dos o tres semanas después. En las infecciones glandulares profundas es preferible usar el radio, 25 milígramos en corta exposición; así quedan destruídas las extructuras glandulares y el tejido cicatricial que las reemplaza no perjudica preñeces o partos ulteriores.

La traqueloplastía no siempre cura la leucorrea ni suprime la infección; estos resultados defectuosos se evitan con un apropiado tratamiento previo, como ya lo enseñara Emmett, que hace desaparecer el edema del cuello, destruye los quistes y cura la infección. Deben emplarse para este objeto las duchas locales, punciones múltiples, destrucción de los quistes, tapones boroglicerinados y el aparato de succión de Bier.

Las operaciones en el cuello fracasan si son practicadas en terreno infectado, el tratamiento preliminar tiene por objeto suprimir previamente el estado séptico; algo más, la operación puede extenderla a los tejidos inmediatos.

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

Las plásticas del cuello y en particular la traquelectomía, determinan, algunas veces, el aborto en las preñeces posteriores; si en la operación ha sido interesado el orificio interno, la concepción no se producirá, siendo en cambio frecuente la atrofia uterina y la amenorrea. La traqueloplastía y la traquelotomía pueden dar dos modalidades de efectos sobre el parto: es excesivamente rápido o muy lento; en el primer caso el borramiento del cuello y considerable dilatación precede al parto una o varias semanas antes de la iniciación del trabajo; el parto lento, distócico, depende de la falta de dilatabilidad del tejido cicatricial.

Hasta aquí el trabajo de Polak; veamos ahora las ideas y conceptos que se emitieron en la discusión:

Clark conviene en la necesidad de ser parco en las excisiones del cuello durante la época de actividad genital, empleando siempre que sea posible le técnica de Emmett; pero en la proximidad de la menopausia y en casos de erosión con leucorrea abundante, el método de Sturmdorf está indicado; cura la leucorrea y es profiláctico del cancer. En las erosiones menores de de las mujeres jóvenes, da resultados excelentes la cauterización radiada.

El Dr. Brooke Anspach hace una revisión de los fundamentos de Sturmdorf para su técnica de excisión del cuello, que considera no siempre concordante con los hechos; la propagación de las infecciones del cuello a los anexos por vía linfática es aceptable en el postparto y el postaborto y dudosa en otros casos; excepcionalmente el gonococo alcanza las trompas y los ovarios por vía linfática, por regla general avanza siguiendo el endometrio. Sturmdorf clasifica la mucosa cervical como una amigdala uterina y atribuye las jaquecas concomitantes a trastornos uterinos a causa tóxica, absorción de toxinas del foco cervical, aserción que no acepta M. Anspach por no haber observado nunca estos síntomas en las infecciones cervicales crónicas.

Conviene en la necesidad de preferir las plásticas simples a las excisiones; el valor de la aplicaciones locales sobre el cuello es limitado en las infecciones crónicas, pues si se usa el calor de los cáusticos en proporción suficiente para aniquilar las bacterias, se destruye también parcialmente la mucosa, formándose escaras y estrechez del cuello, semejantes a las que da la operación. La mayor parte de las rasgaduras cervicales dan muy pocos síntomas y es mala práctica suturarlas rutinariamente, facilitan la dilatación del cuello en los partos subsiguientes y evitan la producción de otras nuevas; debe dejarse esa tarea para la época posterior a la menospausia.

El Dr. Charles Noble dá gran importancia como M. Polak al tratamiento preoperatorio, que no solamente simplifica las lesiones sino hace las curaciones más rápidas y seguras; da preferencia por las razones conocidas a la traquelorrafía en las mujeres jóvenes pero se sirve de la excisión en los cuellos de

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

desarrollo insuficiente (puntiformes de Marion Sims) y cuando hay marcada infección e hiperplasia. En los órganos descendidos muchos síntomas deben atribuirse al infarto venoso y edema del cuello.

Longaker atribuye gran valor a las cauterizaciones bien practicadas, por lo regular bastan dos sesiones siempre que en las multíparas se comience en el orificio interno radiándolas hasta el externo. Las rasgaduras deben ser suturadas inmediatamente después del parto, con mayor razón si determinan hemorragia.

R. Norris dice que los cuellos hipertróficos revelan infección prolongada y que la profilaxia del cáncer impone la cirugía en estos casos. Por qué permitir a una mujer con el cuello lacerado tanto abandono que nos obligue a servirnos del cauterio, de la resección o de la amputación? Es mi costumbre, agrega, conociendo por experiencia que muchas rasgaduras aun grandes, curan expontáneamente, no hacer una operación inmediata, pero después de un mes examino a la paciente y veo si necesita ser operada; cuando el tratamiento local conviene, es todavía tiempo de usarlo; muchos cuellos lacerados y con infección marcada, aún durante el puerperio, pueden ser curados así. Ha obtenido excelentes resultados con la solución de mercurocromo al 5 por ciento. Por qué descuidar estos casos hasta que se vuelvan quísticos e hipertróficos y requieran operaciones destructivas?

En las mutíparas o avanzadas en edad con leucorreas persistentes y lumbalgias la histerectomía total es el medio más eficaz.

Como puede deducirse de lo trascrito, las opiniones son concordantes en la relatividad de valor de las aplicaciones locales en los procesos crónicos del cuello; respecto de las plásticas el criterio de los ginecólogos americanos apoya al Dr. Polak en lo referente a limitar las exéresis en las mujeres jóvenes; por el contrario, en las próximas a la menopausia que llevan lesiones extensas, la técnica de Sturmdorf más o menos modificada, tiene todos los sufragios.

La vía linfática como medio de propagación de las infecciones cervicales a los anexos es discutida. Podemos señalar en apoyo de esa tesis varios casos de nuestra práctica en que se reveló evidente la indemnidad de la matriz y puso de manifiesto el camino exclusivamente linfático seguido por la infección, pero su descripción prolongaría demasiado este extracto que sólo trata de exponer la opinión actual en Norte América.

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

La encefalitis epidémica, especialmente en el Perú

Por el Dr. LUIS D. ESPEJO
Jefe de Clínica en la Facultad de Medicina

(Continuación)

Happ y *Mason* han descrito un síndrome motor constituído por hipotonía, incoordinación, dificultad de la palabra, nistagmo y debilidad motora, que tiene estrecha semejanza con el síndrome cerebeloso descrito por *Chalier, Laporte, Clovis, Vincent* y otros autores.

En relación con estas manifestaciones cerebelosas en la encefalitis se encuentra el *mutismo* o *pseudo-afasia* señalado por *Ricaldoni;* esta pseudo-afasia dependería, según el citado autor, de una *inmovilidad cataléptica* de los músculos que intervienen en la función de la palabra.

Los *trastornos del tono muscular* adquieren en la sintomatología encefalítica considerable importancia, principalmente en la forma crónica de esta afección, formando parte del síndrome parkinsoniano. En la forma aguda de la enfermedad, el tonus muscular puede estar aumentado, es decir, haber *hipertonía muscular.* La hipertonía puede ser parcial y afecta, en este caso, la nuca, la región lateral del cuello o las extremidades; pero, generalmente se extiende a todo el cuerpo, dando al sujeto un aspecto verdaderamente parkinsoniano. Efectivamente, en algunos casos la rigidez es tan marcada, que los movimientos voluntarios son imposibles. *(Happ* and *Mason).* Este síndrome se presenta tanto en adultos como en niños, y su duración es más o menos larga.

Al tratar de las formas clínicas de la encefalitis, nos ocuparemos de la *encefalitis aguda parkinsoniana* de *Crouzon,* ya aislada como una modalidad encefalítica definida por *Tilney* y *Howe* con denominación de *tipo de parálisis agitante* de la encefalitis; y, al tratar de las "secuelas" o formas crónicas, del *parkinsonismo post-encefalítico* de *Souques* o síndrome bradiknético de *Verger* y *Hesnard.*

Sin pretender resolver el importante problema del "aparato del tono" y su mecanismo, objeto hoy de serias discusiones, creemos interesante, para la mejor comprensión de estos trastornos del tono muscular, hacer una rápida exposición de las ideas e hipótesis al respecto, cuestión cuyo estudio completaremos al tratar del parkinsonismo metaencefalítico.

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

Estudios muy recientes sobre el tono muscular han renovado completamente el concepto antiguo del aparato y mecanismo de esta importante función. Las investigaciones de fisiología experimental y farmacología, por una parte, y los estudios clínicos y anatomo-patológicos, por otra, han prestado sólido apoyo al moderno concepto de la independencia de este sistema.

Resumiendo el bello trabajo sobre el tono muscular de *Sanchis Banus*, expondremos las adquisiciones hechas al respecto.

El músculo estriado tiene una dualidad estructural que corresponde a su doble función: la contracción voluntaria y el tono muscular. El sarcoplasma es el órgano del tono, la miofibrilla de la contracción voluntaria. Esta afirmación se apoya en los hechos siguientes: el estudio gráfico de las reacciones musculares (segunda elevación de la curva, después de la que marca la contracción voluntaria); la contracción tónica no provoca fatiga, contrariamente a lo que ocurre con la contracción voluntaria; este hecho implica fenómenos metabólicos distintos en las dos formas de actividad muscular: en la tónica no hay producción de calor, consumo exiguo de oxígeno; el producto final del metabolismo es la *creatinina (Pekelkanrigech)*. En la contracción voluntaria, al contrario, hay producción de calor, gran consumo de oxígeno, y el producto último del metabolismo es el *ácido sarcoláctico*.

Los trabajos de *Wertheim* y *Salomonsom*, demuestran que la contracción tónica no produce variaciones en el estado isoeléctrico del músculo.

Las investigaciones farmacológicas de *Frank, Koltz* y *Stern* revelan que ciertas sustancias, como la nicotina, la cocaína y la guanidina, producen trastornos del tono, por acción directa sobre el sarcoplasma.

Ahora bien, partiendo del concepto de la dualidad de acción del músculo estriado, se ha lanzado la investigación al estudio de la doble inervación muscular: el *sistema estático* y el *sistema kinético*.

Las investigaciones histológicas de *Bremer, Perroncito* y principalmente de *Boeke* y *Tello*, constituyen una prueba objetiva de la dualidad del sistema nervioso que dirige las dos funciones musculares, tónica y voluntaria. De estos estudios resulta que existe en el músculo fibrillas nerviosas no mielinizadas, independientes de las mielinizadas que se dirigen a la placa terminal. Las experiencias efectuadas por *Boeke*, en 1919, han puesto en evidencia que estas fibras "accesorias" degeneran mucho más tarde que las fibras mielinizadas. Además, adelantó la hipótesis del origen simpático de esas fibras amielínicas; hipótesis, esta última, que ha dado lugar a una larga exposición de hechos, cuya relación sintética puede encontrarse en el importante trabajo de *Sanchis Banus*.

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

De las investigaciones histológicas y experimentales y de los estudios anatomo-clínicos recientes, sobre el parkinsonismo post-encefalítico y demás afecciones del sistema motor extrapiramidal, se deduce que al lado del sistema piramidal hay que considerar el sistema *miostático de Strümpell,* que tiene por función presidir la coordinación de los movimientos voluntarios automáticostícos y asociados del cuerpo, es decir la función motriz "animal" o sea el automatismo primario de *Oscar* y *Cecile Vogt,* distinto del piramidal que tiene bajo su dependencia movimientos más diferenciados, más "humanos".

Como sabemos, las investigaciones de *Wilson, Oscar* y *Cecile Vogt* y *Ramsay Hunt* han puesto de manifiesto la función del *globus pallidus* y de las cédulas palidales del *putamen* y *núcleo caudal,* cuyo conjunto constituye el *sistema palidal,* función que consiste en regular el tono muscular. Las lesiones de este sistema producen la hipertonía y el temblor, que a su vez trastornan el automatismo, cuya integridad funcional es indispensable, como ya lo hemos manifestado, para la vida de relación.

Conforme con las ideas sobre la existencia y autonomía del sistema palidal de Ramsay Hunt, la anatomía patológica ha revelado en casos de encefalitis con trastornos del tono muscular alteraciones del *globus pallidus* y diversas formaciones subtalámicas: el *locus niger,* el *cuerpo* de *Luys,* el *núcleo rojo,* etc.

El *locus niger* es para *Tretiakoff* y *Pierre Marie* la sede principal de la regulación del tono, y su papel es predominante; aserción confirmada por la existencia de lesiones, muchas veces exclusivas, a esta formación de sustancia gris; pero, como dice *Souques,,* esta opinión no invalida la de *Ramsay Hunt,* si se acepta la opinión que considera el locus niger como un grupo celular separado del *globus pallidus* en el curso del desarrollo filogenético.

Al lado de los trastornos del tono, algunos autores como *Achard, Laignel Lavastine* y *Logre, Aráoz Alfaro* y *Neiro Rojas,* han señalado ya simples *actitudes catónicas,* ya un verdadero *síndrome hebefreno catatónico.* La existencia de este último síndrome ha dado lugar a interesantes estudios sobre las relaciones entre el síndrome mencionado y las funciones del cuerpo estriado. A través del interesante trabajo de *Nerio Rojas,* sobre este asunto, hemos podido conocer las ideas que actualmente hay respecto a la intervención del cuerpo estriado en la patogenia de la catatonia.

El punto de partida de este estudio ha sido el caso de *Logre,* que presentó a consecuencia de una encefalitis epidémica, un cuadro de hebefreno-catatonia, casi completo. Esta observación y las que han seguido publicándose, han hecho pensar en la localización estriada de este síndrome. "En efecto — dice Rojas — no es posible dejar de vincular estos hechos clínicos, — dada la localización predominante de la encefalitis epidémica,—con los los modernos estudios sobre la intervención del cuerpo estriado

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

en los procesos normales y patológicos del automatismo y del tono muscular (Wilson, Vogt, Souques, Lhermitte)".

No es de nuestra incumbencia penetrar en el mecanismo de la demencia precoz, pero haremos mención que en esta dolencia, cuya sintomatología comprende en muchos casos, la catatonia, las constataciones anatómicas de *Laignel Lavastine*, *Tretiakoff* y *Jorgouiesco,* han revelado, entre otras lesiones, focos degenerativos del cuerpo estriado.

Dada la predilección del virus encefalítico, por los núcleos grises centrales y de la región subóptica y la presencia en el curso epidémico de la encefalitis epidémica de manifestaciones catatónicas, es posible pensar con *Briand* (citado por *Rojas)* "que la encefalitis interviene en la etiología de la demencia precoz, más comunmente de lo que se cree". Nosotros, sin entrar en consideraciones ajenas a este trabajo, exponemos simplemente la hipótesis, sostenida por diversos clínicos y anatomo-patólogos, que la catatonia, como fenómeno motriz, responde a alteraciones de los núcleos grises centrales.

Los *reflejos* tendinosos, son muy variables de un caso a otro, y aún en el mismo sujeto, en el curso de la enfermedad, observación que hemos podido comprobar en nuestros casos.

Guillain, que ha estudiado detalladamente esta cuestión, estima, que la desaparición difusa de los reflejos tendinosos, es un signo de gravedad que posee valor pronóstico. En un caso de encefalitis letargo-paralítico, hemos podido comprobar la aserción de *Guillain:* la enferma, cuya historia expondremos después, tenía desde la iniciación de la enfermedad, una disminución notable de la reflectividad tendinosa, disminución que se acentuó, en los días que precedieron a la muerte.

Widal ha puesto en relieve las modificaciones que sufren los reflejos: su movilidad, que está en función del carácter parcelario, disociado del síndrome piramidal en la encefalitis.

En cuanto a los *reflejos cutáneos,* están generalmente conservados.

Si la reflectividad en las lesiones del sistema piramidal ofrece interés como lo expresan *Widal* y *Guillain,* el estudio de los reflejos en las lesiones del sistema motor extrapiramidal no es menos interesante, pues permite establecer, aproximadamente, las alteraciones del gran sistema estático de Ramsay Hunt; importancia tanto mayor cuanto más se multiplican las manifestaciones patológicas del aludido sistema en el curso crónico de la encefalitis epidémica.

Calligaris, que ha hecho un estudio de conjunto muy interesante sobre los reflejos en las lesiones del sistema extrapiramidal, señala los caracteres especiales de estos reflejos que permiten distinguirlos de los de origen piramidal.

En primer lugar, se observa que la hipereflexia tendinosa marcha *pari pasu* con la miotonía. Estos reflejos tendinosos son irregulares y disociados en su distribución, especialmente

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

en el miembro superior. Así, por ejemplo, si el reflejo cubital está exaltado, en cambio el reflejo olecraneano es poco acentuado. Esta constatación ha sido hecha por *Guillain* en casos típicos de encefalitis epidémica.

Este fenómeno, según *Galligaris,* puede atribuirse al hecho que "mientras el sistema córtico-espinal miodinámico es más simple y posee más vías directas, el sistema subcórtico-espinal miostático es más complicado, sus vías más indirectas y posee estaciones intercalares más numerosas; por eso es menos difícil el trastorno global en las lesiones del primero, y más fácil los trastornos parciales en las lesiones del segundo. Además—añade el mismo autor—nosotros podemos decir, aunque este estudio apenas se ha iniciado (Mingazzini, Vog, Cornil y Lhermitte, Foix, Foerster), que existen en el cuerpo estriado localizaciones funcionales de modo análogo a las del *cortex cerebri*".

La hiperreflexia tendinosa extrapiramidal se distingue de la observada en las lesiones del sistema piramidal por diversas modalidades que se refiere a la amplitud, la duración, la uniformidad y la desigualdad del reflejo en las diversas pruebas. Uno de los caracteres es la decontracción lenta del músculo, consecutiva a la contracción rápida del músculo protagonista; este *reflejo tónico* ha sido bien estudiado en Francia por *Claude.* Manifestaciones principales de la reflectividad tendinosa en las lesiones del sistema miostático son: el *reflejo paradojal,* "consecuencia del desequilibrio en el juego alterno entre protagonistas y antagonista"; el *reflejo titubeante,* producido por la brusca y rápida acción del antogonista; el *reflejo pendular,* cuya génesis debe buscarse, según *Galligaris,* en el hecho "que eviniendo a menos la influencia esténica ejercida por el órgano (se refiere al cerebelo, fuente importante del tono muscular) sobre las células laterales tono motrices de la médula espinal, la reflectividad tendinosa queda gobernada solamente por las respuestas clónicas de las células motoras de los cuernos anteriores (sacudida simple no controlada por la influencia tonígena)."

Además de estos caracteres, debe añadirse que en estos casos de reflectividad extrapiramidal hay ausencia de signos clásicos de la serie piramidal: signo de Babinski, Oppenheim, etc. etc.

3° *Síntomas sensitivos y sensoriales.*—Los trastornos de la sensibilidad general no son raros en la encefalitis; y, en algunos casos, constituyen por sí solo formas clínicas de esta dolencia. En la forma mioclónica han sido descritas *algias,* localizadas, principalmente en la región cérvico-braquial.

Sainton ha señalado *ligera nueralgia del trigémino. Pierre Marie* y Mlle. *Levy* han visto adquirir a esta neuralgia el carácter del tic doloroso de la cara; *Achard* dice que "los dolo-

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

res asientan, muchas veces, en la parte superior del tórax, los hombros y la nuca, con irradiaciones hacia los miembros superiores". Unilaterales al principio, se extienden al lado opuesto y se generalizan y desplazan, abandonando una región para retornar en seguida".

"Sus caracteres recuerdan, bastante bien, los de las algias tabéticas: bruscas, agudas, fulgurantes".

Estos dolores del plexo cérvico-braquial son intensos y prolongados y no ceden a ningún remedio *(Gasbarrini)*. Sin embargo, *Achard* les ha visto ceder a la acción de la psicoterapia.

Ricaldoni señala el dolor en la región occipital y, en veces, hormigueos o adormecimientos de esta misma zona. igualmente ha observado el *fenómeno de Kerandel,* que consiste en que presionando la zona dolorosa, sin ser esta molesta al contacto, deja subsistir largo rato un dolor bastante vivo.

Durand ha citado un caso de *ciática.*

Se ha señalado por diversos autores, *hiperestesia* generalizada, *anestesia* localizada, etc.

En los trastornos sensitivos de origen encefalítico, se ha descrito el *síndrome talámico* de *Dejerine* y *Roussy.*

Los trastornos sensoriales, aunque no son tan comunes como los anteriores, han sido observados. Entre los *trastornos de la visión* señalaremos los siguientes: *amaurosis* y disminución de la acuidad visual; *accesos de amaurosis* pasajera. La amaurosis está acompañada casi siempre de lesiones del fondo del ojo. La *neuritis óptica* y la *atrofia doble del nervio óptico* han sido constatadas.

Los *trastornos auditivos* son más frecuentes que los los de la visión. Se ha notado *disminución de la acuidad auditiva.* Los *trastornos laberínticos* son, relativamente, frecuentes. Así, *Barbé* y *Reys* han descrito una forma laberíntica en la encefalitis epidémica. Esta forma clínica se caracteriza por vértigos, pérdida del equilibrio, látero-pulsión, etc. Estos trastornos coexisten con los signos ordinarios de la encefalitis o bien existen aisladamente. De allí el establecimiento de dos formas clínicas: las *formas asociadas* y la *forma pura.*

Una modalidad clínica importante es la *forma laberíntica complicada de parkinsonismo;* fenómenos laberínticos asociados a rigidez de la cara y del tronco, a pérdida, más o menos grande, de los movimientos automáticos, etc., etc.

En presencia, pues, de manifestaciones vestibulares es necesario, para establecer el diagnóstico de estos trastornos, investigar los signos objetivos de la encefalitis epidémica, que pueden ser frustrados, siendo en tales casos indispensable su investigación cuidadosa.

En cuanto a la explicación de los trastornos sensitivos, estos han sido atribuidos a lesión o compromiso de diversas partes del sistema nervioso sensitivo. En algunos casos, como observa *Achard,* los dolores en la encefalitis revisten un tipo radicular, que permite suponer la existencia de una alteración

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

medular localizada o de las raíces del nervio. La distribución especial de los trastornos y la presencia en algunos casos del zona, evidenciaría la participación en el progreso de las raíces medulares y del ganglio raquídeo correspondiente.

El hecho bien averiguado hoy de la especial localización del proceso encefalítico en los núcles grises centrales, ha inclinado a pensar en la lesión del vecino *tálamo óptico*, que, como se sabe, es un gran centro sensitivo subcortical; esta suposición encuentra sólido asidero en la clínica: el *síndrome talámico* ha sido observado, como ya lo hemos dicho, por *Howe*, *Ardin-Delteil* y *Raynaud* en el curso de la encefalitis.

Los trabajos recientes sobre los trastornos sensitivos de origen cerebral, han permitido establecer dos síndromes: el *síndrome talámico* y el *síndrome sensitivo cortical*. Colocándonos en el terreno anatomo-fisiológico, podemos decir con *Roussy* que el tálamo representa "un *centro terminal* para un cierto número de modalidades sensitivas, ya que a su nivel es que se estacionan las vías sensitivas que ascienden de la médula a través del bulbo, la protuberancia y los pedúnculos".

'Además, continúa *Roussy*, parece lógico admitir con Head que el tálamo constituye, también, un *centro de elaboración* de ciertas impulsiones sensitivas, impulsiones de orden secundario, elemental, sometido al control de centros supriores".

Las investigaciones de Mme. *Benisty*, de *Rousky* y *Branche*, de *Hunt* y *Holmes* sobre la función sensitiva de la corteza, han establecido que la corticalidad parietal y la parte posterior de las circunvoluciones temporales primera y segunda constituyen un vasto centro sensitivo de *discriminación* de las *sensaciones*. En las lesiones de esta zona las sensibilidades elementales estarían conservadas o casi conservadas; en cambio, el sentido de las actitudes y el sentido estereognóstico estarían abolidos. Las lesiones de este centro sensitivo superior se traducirían, pues, por trastornos sensitivos característicos. Como dice *Roussy*, con los centros sensitivos ocurre lo mismo que con los centros motores: "los cuerpos estriados (núcleo caudal y núcleo lenticular) representan los centros automáticos; es decir, de la marcha, de los movimientos de defensa, de la deglución, de la fonación, etc.; en suma, de todos estos movimientos que no están sometidas al control de la conciencia, mientras que la frontal ascendente y la región motriz de la corteza son el asiento de los centros motores voluntarios".

"Parece permitido a la hora actual—continúa el autor—considerar la capa óptica, masa grís central adyacente al cuerpo estriado, como centro de sensaciones primarias, elementales, cuya discriminación electiva y perfeccionamiento va a efectuarse a nivel del lóbulo parietal".

Dada la extensión de las lesiones encefalíticas y su caprichosa distribución, es fácil admitir que la vía sensitiva sea lesionada en diversos puntos de su trayecto, desde su origen hasta sus centros talámico y cortical.

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

4° *Síntomas endocrino-simpáticos.*—Nada más interesante y sujestivo que el estudio de los trastornos de las glándulas de secreción interna y del vasto sistema simpático en la encefalitis epidémica; por una circunstancia feliz, única en la historia médica, este virus encefalítico permite, también, estudiar y esclarecer fenómenos todavía oscuros y sobre cuyo mecanismo íntimo no hay nada definitivo.

Entre los fenómenos vegetativos, los vasos-motores ocupan el primer lugar por su frecuencia. *Achard* cita la raya meningítica; *Gasbarrini* menciona el rubor emotivo, el dermografismo, las crisis de antagonismo periférico, la acrocianosis de las extremidades, etc., etc.

Lhermitte dice que "las manifestaciones indicando un estado de eretismo del simpático son mucho más frecuentes que aquellas que pueden relacionarse a la vagotonía". Los fenómenos simpaticotónicos señalados por este autor son los siguientes: hiperhidrosis generalizada, o localizada a la cara; alternativas de vaso dilatación y de vaso constricción, exoftalmia, poliuria, glicosuria con hiperglicemia, etc. Estos síntomas han sido observados por diversos autores.

Entre los síntomas vagotónicos el más frecuente es la *sialorrea*, síntoma cuyo mecanismo patogénico, como hemos dicho anteriormente, es muy discutido.

Algunos fenómenos de sede abdominal han sido incriminados por *Lhermitte* a la excitación del vago, mientras *Bolaffi* los atribuye a fenómenos neuríticos o radiculares.

El síntoma vagotónico más importante es el *reflejo óculocardiaco*. Según *Litvack*, este reflejo estaría en relación con la intensidad de la hipersomnia; aunque la mayoría de los observadores, (*Achard, Gasbarrini, Lhermite*, etc.) conceptúa que es muy variable en su aspecto en cada caso y en las diversas etapas de la enfermedad, no pudiendo servir de criterio pronóstico.

Las glándulas endocrinas no han escapado a la acción del virus encefalítico. Se ha descrito un *síndrome esclerodérmico;* esclerodermias, grupo de dermatosis de origen endocrino-simpático, cuya patogenia es imprecisa. Se ha señalado, igualmente, *placas de ictiosis* que *Gasbarrini* coloca entre las manifestaciones neuro-glandulares.

Livet menciona como manifestación post-encefalítica un estado de *obesidad*, coincidiendo con una perturbación de la función menstrual: obesidad que puede ser la expresión de una disfunción ovárica, tiroidea, hipofisaria, o pluriglandular.

La *obesidad post-encefalítica* puede considerarse en el grupo de las manifestaciones tardías o crónicas de la encefalitis epidémica. *Beriel* ha discutido la naturaleza de esta obesidad. ¿Se trata de un simple trastorno nutritivo, idéntico aquel que provoca generalmente obesidades en la convalecencia de las enfermedades infecciosas, es decir, un síndrome banal post-infeccio-

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

so; o bien una consecuencia de la extensión de las lesiones encefalíticas a los centros grises de la base del 3er. ventrículo que, según los datos experimentales, tienen bajo su dependencia el metabolismo del agua y de las grasas, así como el funcionamiento genital? Como observa *Mouzon*, en su bello trabajo de conjunto sobre los síndromes del grupo infundíbulo-hipofisario en la encefalitis epidémica, "la obesidad sobreviene aquí, nó en el curso de la convalecencia, sino casi siempre en plena evolución o, al menos, cuando persisten ya signos evidentes de lesiones residuales"; parece, pues, como dice *Beriel*, "hay una cosa de particular en la encefalitis, que está sión a crear este trastorno".

Si es verdad que la inercia y la inactivadad condicionan la obesidad en muchas enfermedades, como ocurre en algunas dolencias nerviosas, es, también, cierto que la obesidad post-encefalítica excede los límites de lo observado en aquellas; y lo que es más concluyente, a favor de la naturaleza endocrina de este síndrome, la obesidad se asocia con trastornos genitales, realizando el *síndrome adiposo-genital* de *Frolich*. Además, dice *Beriel* "hay una cosa de particular en la encefalitis, que está probablemente en relación con la afinidad del proceso mórbido por las regiones sub-cerebrales, ya se considere la obesidad como dependiente de alteraciones de la hipófisis, ya como un síndrome infundíbulo-tuberiano en el sentido de *Camus* y *Roussy;* el hecho es que la obesidad está siempre ligada a un grado más o menos marcado de perturbación motriz general".

Del conjunto de las observaciones hechas sobre estos síndromes infundíbulo-hipofisarios se desprende una conclusión: la independencia de los síndromes que constituyen el grupo mencionado y la tendencia habitual a la regresión lenta, carácter este último que imprime a la encefalitis epidémica un sello anatomo-clínico especial.

C) *Modificaciones humorales.*—Estudiaremos con este rubro las variaciones que experimenta el líquido céfalo-raquideo y las modificaciones que se constatan en la sangre y en la orina.

Líquido céfalo raquideo.—Las modificaciones humorales que afectan al *líquido céfalo raquideo* tienen cierto valor diagnóstico en la encefalitis epidémica. Numerosas investigaciones se han practicado a fin de poder establecer una fórmula, más o menos precisa, que traduzca la alteración meníngea en la encefalitis epidémica; este esfuerzo no ha sido vano: actualmente, puede asignarse caracteres especiales al líquido céfalo-raquideo en esta enfermedad, que permiten, en casos dudosos, sospechar, por lo menos, la naturaleza de la afección.

Durante la primera epidemia encefalítica de París, en 1918, no se observaron reacciones meníngeas, al extremo que *Netter*, *Pierre Marie*, etc. consideraron la integridad del líquido céfalo raquídeo como una característica de la enfermedad. Sin embargo, *Von Economo* en la epidemia vienesa de 1916, que se caracteri-

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

zó por su aspecto letargo-meníngeo, señaló modificaciones bien apreciables del líquido céfalo raquídeo: aumento de presión, albuminosis entre o'50 y 1 gramo por 1000. Nonne Apelt ligeramente positivo; pleocitosis ligera, que alcanzó en un caso, entre nueve examinados, la cifra de 100 mms.; el tipo de reacción leucocitaria fué polinuclear.

Contrariamente a las observaciones de *Netter, Pierre Marie, Souques, Claude, Sainton, Lortat-Jacob, Chauffard*, etc. en posteriores exámenes del líquido céfalo raquídeo, sistemáticamente practicados, demostraron indicios de reacción meníngea, expresada por signos clínicos y alteraciones en la composición citoquímica del líquido cerebro-espinal. Efectivamente, *Achard* en vista de personales observaciones y las de *Ardin-Delteil, Halbron, Coudrain* y otros autores, declaró en la Academia de Medicina de París, el 20 de enero de 1920, que la encefalitis epidémica podía acompañarse de modificaciones cito-químicas del líquido céfalo raquídeo y presentarse como una encéfalo-meningitis.

Después de cerca de siete años de aparición de la encefalitis, hay un verdadero *consensus omnium* sobre los caracteres del líquido céfalo-raquídeo en esta enfermedad. A través de la bibliografía consultada a este respecto, podemos asignar a este humor los siguientes caracteres:

Aspecto.—El líquido es claro, incoloro. *Albúmina.*—La albúmina puede ser normal; en la mayoría de los casos hay ausencia de hiperalbuminosis *(Ricaldoni)*. Esta ausencia de reacción albuminosa depende, según *Mestrezat* y *Belarmino Rodríguez*, "de la localización profunda y de la naturaleza misma de las lesiones del sistema nervioso *(locus niger*, núcleos del mesencéfalo) en la encefalitis letárgica, que impide se altere el líquido céfalo-raquídeo".

La albúmna puede estar aumentada, principalmente en los casos con compromiso medular *(Happ* and *Mason)*, aumento que puede resistir durante varios meses después de la curación; esta *globulinosis* no está acompañada, necesariamente, de aumento del número de leucocitos. La cantidad de albúmina encontrada varía entre 0,50 y 1 gramo generalmente.

Cloruros.—La cifra de los cloruros es normal en la encefalitis, contrariamente a lo que ocurre en otras manifestaciones meníngeas.

Glucosa.—La hiperglucorragia es muy frecuente en la encefalitis; fué observada por vez primera por *Pierre Marie.*

La cifra normal de glucosa en el líquido céfalo raquídeo, según la mayoría de los autores, es de 0,50 por 1000; algunos autores como *Durand*, asignan como tasa normal 0,30 a 0,40. Pero, *Carmelo Maugeri*, en reciente estudio sobre el azúcar en el líquido céfalo raquídeo, dice que "en condiciones normales la glicorraquia oscila entre un mínimum de 0,40 y un máximum de 0,70 por 1000, y puede hablarse de hiperglicorraquia cuando estos valores exceden de 0,70.

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

Las cifras de hiperglicorraquia encontradas por diversos autores (*Mestrezat* y *Rodríguez, Boveri, Ricaldoni,* etc.) oscilan entre 0,64 y 1,37 por 1000. En un caso del Dr. *Rafael M. Alzamora* de Lima, la glucosa alcanzó la cantidad de 0,90 por 1000.

Durand piensa que la presencia de glucosa en el líquido céfalo raquídeo de los encefalíticos atestigua la participación del bulbo en el proceso mórbido.

La mayoría de los autores están de acuerdo en asignar a la hiperglicorragia un alto valor diagnóstico en la encefalitis; así, por ejemplo, dice *Achard:* "Concluyamos, pues, que en la encefalitis letárgica, de la misma manera que en muchas otras enfermedades agudas, se puede observar una elevación de la glucosa en el líquido céfalo-raquídeo; que esta elevación no es, por otra parte, constante, pero que cuando existe puede ser un elemento útil, porque puede concurrir a eliminiar el diagnóstico de meningitis aguda, meningocócica o tuberculosa".

Urea.—La urea es normal o apenas superior a la normal. *Mestrezat* y *B. Rodríguez,* señalan la cifra habitual de 0,32 por 1000. En raro scasos se ha encontrado 0,98 a 1 gramo por 1000.

Linfocitosis.—Aunque en un gran número de casos la reacción celular del líquido céfalo raquídeo es negativa o muy discreta (24, 10 y 12 elementos por mm3, según *Mestrezat* y *Rodríguez),* en veces alcanza cientas proporciones. *Von Economo* cita un caso que presentó 100 elementos por mm3, y *Ricaldoni* cita la interesante observación de *Lussich* que contó más de 400 linfocitos por mm3.

Durante el período agudo de la afección hay casi siempre alteraciones del líquido céfalo-raquídeo al decir de *Benard,* que ha estudiado detalladamente este asunto desde el año de 1920. Al principio de la enfermedad hay leucocitosis que pronto desciende; esta *evolución descendente de la leucocitosis* ha sido obcervada por *Netter, Durand* y casi todos los autores. La pleocitosis puede reaparecer durante la recaída. La reacción leucocitaria es de *tipo mononuclear,* estando los polinucleares en un pequeño porcentaje; en una palabra, hay un *célulo-tactismo positivo* por los linfocitos.

No hay proporción directa y constante entre la linfocitosis y la albuminosis. *Benard* dice al respecto que, por lo general, hay aumento de leucocitos sin hiperalbuminosis: hay lo que él llama *disociación cito-albuminosa;* reacción inversa a la albúmino-citológica de *Sicard,* observada en las compresiones medulares y otras afecciones que favorecen la trasudación meníngea.

Comunmente, la leucocitosis describe una curva característica: al principio del proceso encefalítico sigue una marcha rápidamente ascendente, desciende luego progresivamente hasta alcanzar una cifra poco elevada vecina a la normal *(Durand, Benard, Happ and Mason,* etc.).

De todos modos, cualquiera que sea la evolución de esta leucocitosis, su principal carácter es ser transitoria, fugitiva.

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

No existe estricta relación entre la intensidad de la leucocitosis y la gravedad de la enfermedad. A este respecto citaremos la autorizada opinión de *Achard:* "No parece que sus variaciones (de la leucocitosis) estén en relación regular con la marcha general de la enfermedad. Su presencia no podría bastar para rechazar el diagnóstico de encefalitis ni hacer admitir aquel de meningitis; pero, su desaparición o al menos su atenuación rápida permite eliminar la idea de una meningitis tuberculosa y aún de una meningitis sifilítica".

Sangre.—El número de leucocitos es generalmente normal o ligeramente aumentado. En las observaciones de *Happ* y *Mason*, el número de elementos blancos de la sangre fluctúa entre 10,000 y 14,000 por mm3. *Abente Haedo* ha encontrado hasta 25,000 leucocitos por mm3. Los *polinucleares neutrofilos están aumentados (Happ y Mason, Abente Haedo,* etc.), representando el 65 o 79 por 100. *Harvier* y *Levaditi* han encontrado leucocitosis con *mononucleosis.* Algunos autores han constatado durante la convalescencia *eosinofilia* acentuada, de 8 a 12 por 100.

Estas variaciones en la fórmula leucocitaria dependen, en gran parte, como observa *Happ y Mason* del período de la encefalitis en que se practica el análisis de sangre.

El número de eritrocitos es casi siempre normal; sin embargo, *Weill* y *Dufour* han encontrado habitualmente una disminución de los glóbulos rojos, contrariamente a lo observado por *Abente Haedo* que ha encontrado *poliglobulia,* de 6.000,000 a 7.000,000 por mm3 en la mayoría de sus casos. *Gasbarrini* cita la poliglobulia en 4 casos personales (6.500,000 mm3).

Mientras que *Combemale* y *Duhot* han hallado 70 por 100 de hemoglobina, *Haedo,* al contrario, ha constatado aumento de hemoglobina: 110 a 140 por 100. El valor globular estaría, igualmente, aumentado.

El análisis de sangre puede revelar, en algunos casos, hiperazoemia, hiperglicemia e hipercolesterinemia.

Orina.—Se ha observado albuminuria ligera; un aumento de la cantidad de albuminuria es de mal pronóstico *(Netter, Rathery,* etc.) Se ha citado la *glicosuria.* Al principio de la enfermedad se ha constatado *poliuria.*

FORMAS CLINICAS

Dado el polimorfismo de la encefalitis epidémica y la manera tan caprichosa como se asocian las manifestaciones mórbidas para constituir el cuadro nosológico de la enfermedad, todo intento de clasificación definitiva es imposible, pues como dice Achard "en la encefalitis letárgica, más que en la mayor parte de las otras enfermedades, hay de un caso a otro desemejanzas considerables, tanto por la naturaleza de los síntomas como por la manera como evoluciona cada uno de ellos y se

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

asocian entre sí; no lo son menos, igualmente, por la manera como se encadenan los unos a los otros en el curso de las fases sucesivas de la enfermedad". Este aspecto es el que da a la encefalitis su "cachet" propio: la sintomatología múltiple, móvil y acíclica que permite distinguirla de enfermedades semejantes.

Ante esta variedad infinita de manifestaciones mórbidas que se suceden en un mismo enfermo, *Achard* prefiere en lugar de distinguir *formas* de la enfermedad, *simplemente* considerar *tipos clínicos*. Sin embargo, creemos con *Piotrowski* que "es útil desde el punto de vista práctico, tanto para el estudio de la enfermedad cuanto para plantear un pronóstico, disociar este complejo que es la Encefalitis epidémica en formas, en manifestaciones clínicas, de las cuales se pasa de una a otra, pero que, sin embargo, conservan cierta unidad".

Nosotros adoptaremos la clasificación propuesta por *René Benard,* que ha sido acogida ya entre nosotros por el doctor *Gonzáles Olaechea,* que "tiene como base el predominio, dentro del cuadro mórbido, de la función perturbada". Aceptada en sus líneas generales esta clasificación, transitoriamente, en tanto no se resuelva el problema esencial de su etiología, nosotros trataremos de detallarla, en cuanto nos sea posible, a fin que ella comprenda todo el acervo sindromático de la enfermedad.

Las formas clínicas de la afección que estudiamos pueden dividirse en razón del tiempo de aparición, de su evolución y de su pronóstico, en *agudas* y *crónicas.*

Hace tiempo que el estudio de las formas clínicas y, particularmente, de las confundidas con la denominación general de "secuelas", llamó la atención sobre la cronicidad que adquiere la enfermedad en la gran mayoría de los casos; pues si nos atenemos a los datos de *D'Antona* y de *R. Vegni,* sólo un 5 por 100 de los casos de encefalitis recobran la salud.

Si es verdad que las formas agudas son más o menos graves, las formas crónicas, a pesar de su aparente benignidad, por su prolongada, interminable evolución, constituyen verdaderas invalideces; y, como dice *Fernández Sanz:* la forma crónica, "aunque no mate deja en pos de sí alteraciones muy hondas, muy largas y muy rebeldes a los medios de tratamiento".

La clasificación de *Bénard* contituye la base de casi todas las clasificaciones que conocemos *(Roger, Piotrowski,* etc.)

He aquí las formas clínicas aceptadas por *Benard:*

I.—FORMAS PSIQUICAS

A.—*Forma letárgica* (onirismo patológico).

B.—*Formas confusionales* (delirio onírico, delirio agudo, confusión con estupor).

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

C.—*Formas depresivas* (astenia con tristeza, semi-mutismo, melancolía con ideas de depreciación etc.).

E.—*Formas delirantes.*

II.—FORMAS MOTRICES

A.—*Forma mioclónica (generalizada,* parcial: hemimioclonia, mioclonia ocular, *hipo epidémico,* mioclonia ascendente progresiva).

B.—*Forma coreica pura;* forma coreo-atetósica.

C.—*Forma talámica.*

D.—*Forma convulsiva.*

E.—*Forma paralítica* (bulbar, hemiplégica, síndrome talámico, polineurítica o radicular, paraplégica).

Paralisis de los nervios craneales, Poliomielítica anterior y Poliomielítica posterior.

F.—*Formas hipertónicas* (Catatonia, catalepsia, parkinsonismo agudo de *O. Crouzon* y *Tilney* y *Howe).*

III.—FORMAS SENSITIVAS

A.—Forma neurálgica.

B.—Forma neurítica.

C.—Forma poliomelítica posterior de *Tilney* y *Howe.*

VI.—FORMAS MIXTAS

Resultan de la asociación de los síntomas anteriores. Las principales son: *letargo-mioclónica* y *algio-mioclónica.*

V.—FORMAS AMBULANTES Y FRUSTRADAS

El estudio particular de las formas agudas lo haremos someramente, pues al estudiar la sintomatología hemos puntualizado los caracteres y la evolución propia de cada expresión mórbida.

(Continuará).

Prensa Médica Española

TRATAMIENTO DE LAS PERITONITIS DIFUSAS.—Cuando por una causa, penetran en la cavidad peritoneal gérmenes virulentos en cantidad suficiente para producir la peritonitis, lo primero que se observa es la movilización de las fuerzas defensivas de esta membrana y de esta región, en forma de una gran hiperemia que facilita la exudación de productos ligeramente bactericidas. Este exudado, seroso al

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

principio y en los puntos más distantes del foco de infección, irá haciéndose purulento a medida que el proceso avance. La serosa propiamente dicha presenta todos los caracteres de la inflamación, está congestionada, tumefacta, roja, sensible, y su superficie libre presenta en este período un aspecto aterciopelado muy característico. Las mismas alteraciones que la serosa sufre, como es natural, la subserosa, que es en donde las alteraciones vasculares son más acentuadas. Al mismo tiempo, y por un mecanismo reflejo aun no bien explicado, el peristaltismo abdominal se detiene, los intestinos no se mueven o se mueven muy poco y los músculos de las paredes abdominales se contraen expontáneamente y de un modo permanente. Los leucocitos que han penetrado en la cavidad peritoneal con el exudado, y que han salido de los vasos solicitados por la presencia de las bacterias, engloban toda clase de cuerpos extraños intraperitoneales (incluyendo entre éstos, como es natural, las bacterias), y cargados con ellos afluyen hacia el centro tendinoso del diafragma y penetran en los vasos linfáticos, en donde, acumulándose en gran cantidad, junto con masas de fibrina, células desprendidas de la serosa, trombos linfáticos, etcétera, favorecida esta acumulación por la escasa velocidad circulatoria de la linfa, producen un verdadero taponamiento linfático, realizándose así, dentro de ciertos límites, aquel postulado de aislar la cavidad peritoneal del resto del organismo. Desgraciadamente, sólo en la minoría de los casos las cosas no pasan de ahí y se obtiene la curación o la localización del proceso; por regla general, estas sencillas tentativas de defensa no son suficientes y la peritonitis sigue su curso progresivo y fatal. Los gérmenes proliferan y segregan cantidades cada vez mayores de venenos; el exudado aumenta, se hace seropurulento, y, por último, francamente purulento; la corriente linfática, por lenta que sea, no puede llegar a impedir por completo el paso de gérmenes y toxinas al torrente circulatorio general, y los vasos sanguíneos de la serosa (hiperemia) absorben cantidades enormes de productos tóxicos solubles y disueltos. Es en este momento en el que se manifiesta clínicamente y con todas sus características el síndrome típico de la peritonitis difusa, y a partir de este período los síntomas van rápidamente agravándose hasta el momento en que sobreviene la muerte por colapso (paralisis de los centros bulbares respiratorio y circulatorio). Las fuerzas defensivas de la serosa no han bastado para atajar el mal; al contrario, mal dirigidas, han perjudicado al paciente en este período, pues la hiperemia facilita la absorción de productos tóxicos solubles y aun cuando todavía la naturaleza intenta contrarrestar esta acción por medio de la paralisis intestinal completa y del meteorismo consiguiente, comprimiendo los vasos peritoneales contra las paredes abdominales rígidas y disminuyendo, por lo tanto, la velocidad sanguínea en los mismos, en cambio, cae en otro error, a saber: en el estancamiento del contenido intestinal, que da lugar a la formación de cuerpos tóxicos que, al ser reabsorbidos, agravan el pronóstico (estercoremia). Tampoco basta la precipitación de fibrina englobando numerosos gérmenes y productos tóxicos, y facilitando el tabicamiento de diversas regiones de la cavidad peritoneal con objeto de tratar de localizar el proceso; es ya tarde para ello, y en el mejor de los casos sólo se logra retrasar el desenlace final. Esa misma fibrina, al precipitarse sobre la serosa peritoneal, tiende también a cumplir un fin curativo, cual es lograr la incomunicación entre la cavidad peritoneal y el resto del organismo, disminuyendo el número de las bocas absorventes. Todos estos recursos, excesivos unos, mal encaminados otros, a que apela la naturaleza, resultan insuficientes ante la potencia absorvente de la serosa como no se intervenga para dirigirlos y completarlos, empleando, en todos los casos, el tratamiento quirúrgico.

El número de enfermos que actualmente sucumbe a consecuencia de la peritonitis difusa es hoy día, desgraciadamente, muy considerable, si se tiene en cuenta los progresos de la técnica quirúrgica. Si

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

todos adquiriesen el convencimiento, dice el Dr. *L. Cardenal* de Madrid, que la intervención quirúrgica, siguiendo rigurosamente los preceptos de la técnica actual, en ningún caso puede hacerle más daño al paciente que la contemporización o abstención, no llegarían a nuestras manos tantos enfermos en el segundo período de la enfermedad, en el cual la muerte sobreviene muchas veces, *a pesar* del cirujano y de la cirugía, no por su intervención. Cuanto más precozmente intervengamos, tanto mayores serán las probabilidades de éxito, pudiendo asegurarse que si todos los enfermos se operaran dentro de las primeras horas, cuando más dentro de las primeras treinta y seis de enfermedad, el tanto por ciento de curaciones, a pesar de tratarse de una dolencia de tal gravedad, rebasaría la cifra media del 95 por 100. En cambio, a medida que las horas transcurren, la gravedad aumenta en proporción geométrica. Es cierto que algunos casos se curan espontáneamente, y que en otros, más numerosos ya éstos, si bien no mucho, el proceso logra localizarse, reduciéndose el tratamiento al de una peritonitis circunscrita (lo cual no excluye por cierto todavía una considerable gravedad); pero aun siendo así, ¿qué suponen unos cuantos casos ante los centenares y miles de enfermos que sucumben simplemente por haber contado con esas escasas probabilidades de su curación?

La intervención quirúrgica podrá no siempre curar al paciente, pero seguramente no se empeorará su mal, y de su estadística y de la de muchos autores nacionales y extranjeros se pueden entresacar numerosos casos, en los que enfermos aparentemente desahuciados obtuvieron la curación mediante un acto operatorio bien ejecutado y perfectamente planeado.

En segundo lugar, tan sólo por medio de la operación se puede suprimir la causa de la peritonitis.

En tercer lugar, la operación precoz resulta un acto operatorio de una extraordinaria simplicidad. No se encuentran en este momento adherencias de ninguna clase que desorienten en el campo operatorio; el exudado es relativamente poco virulento en la mayor parte del abdomen, exceptuándose los alrededores del foco o causa; el enfermo dispone todavía de una gran reserva de fuerzas, y, por último, la intoxicación general está todavía poco avanzada.

La mortalidad por peritonitis difusa, incluyendo los casos operados y los casos no operados, es muchísimo mayor que la de los casos sometidos a la intervención, y eso que en contra del cirujano interviene un hecho que ensombrece considerablemente sus estadísticas, a saber: que los enfermos llegan muchísimas veces a sus manos cuando se han agotado ya infructuosamente todos los demás recursos no cruentos. Demuestra que operando precozmente se llega a un tanto por ciento de curaciones consolador, sin hacer correr a los pacientes el peligro de la espera, de la *procrastination*, como con palabra gráfica se expresa *Murphy*.

Para obtener un tanto por ciento tan consolador de curaciones, es preciso, someterse incondicionalmente a determinadas reglas.

Primero.—*Suprimir la causa de la peritonitis.*—Es éste un postulado inexcusable. Si la intervención se reduce, equivocadamente, como es natural, a tratar la peritonitis como un absceso o un flemón de las demás regiones del cuerpo, esto es, a dar salida a los productos tóxicos (pus, exudados, etcétera) y a la pretensión absolutamente irrealizable de establecer un drenaje del peritoneo, más valiera no haber intervenido, pues seguramente se hace al paciente, en la mayoría de los casos, más daño que con la simple abstención o un tratamiento por medios incruentos. Se suprime la causa que es en la inmensa mayoría de los casos perforaciones de órganos abdominales, procesos inflamatorios que se propagan a la serosa peritoneal, abertura de abcesos o flemones en la cavidad del peritoneo, heridas perforantes, etc.

Segundo.—*Disminuir la absorción de los productos tóxicos ya elaborados.*—El tratamiento que debe seguirse con el exudado es la eva-

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

cuación de la parte del mismo que se pueda extraer sin producir la más mínima lesión de la serosa, y sin alargar el acto operatorio más de unos cuantos minutos. Es inmenso el beneficio que esta conducta produce á los pacientes, que se ven así privados de una enorme cantidad de productos tóxicos, sin que para su eliminación hayan sido necesarias maniobras capaces de lesionar sus medios de defensa. Pero no es ésta la razón fundamental que aboga por esta conducta, sino la de que si no se extrae parte del exudado (claro está que cuando es escaso no hay por qué preocuparse de él), al proceder luego a la óclusión de la herida operatoria penetran entre las mallas de los tejidos cantidades mayores o menores de estos líquidos sépticos, y como los tejidos que atraviesa el cirujano para llegar a la cavidad peritoneal distan mucho de disponer de los medios defensivos del peritoneo, desarrollánse flemones, o por lo menos tienen lugar absorciones que aumentan considerablemente la intoxicación general.

Tercero.—*No facilitar la absorción, abriendo nuevas bocas absorventes ni dejando bocas abiertas.*—Las maniobras intempestivas en el abdomen tienen por consecuencia la abertura de numerosas bocas absorbentes, que, facilitando el paso de los productos tóxicos al torrente circulatorio general, precipitan el desenlace de la dolencia. No se deben hacer tentativas de desprender las adherencias porque ponen al descubierto superficies cruentas, antes protegidas por los órganos vecinos o por las masas de fibrina sobre ellas precipitadas. En ciertas apendicitis, por ejemplo, muchos cirujanos, para llegar al apéndice, incinden directamente sobre la región apendicular (el pretendido punto de elección), y al caer sobre una masa de asas intestinales y de epiploon aglutinados, no encuentran más medio, ni en esas circunstancias hay otro, de orientarse, que ir desprendiendo uno a uno los intestinos hasta establecer la anatomía normal de la región. Si en lugar de seguir esta técnica, el cirujano hubiera penetrado en el abdomen a través de una zona sana, hubiera podido orientarse con más facilidad y llegar al apéndice con un mínimo de lesiones cruentas. Claro está que cuando el foco de la peritonitis difusa se encuentra más o menos rodeado de adherencias hay que desprenderlas para llegar a él, y suprimirlo. Se limitarán las maniobras a lo estrictamente necesario.

La serosa peritoneal, hace de todo punto ilusorio el drenaje, que debe proscribirse en absoluto. Recomienda en casos excepcionales, la introducción de un tubo de drenaje, de cristal, a través de la herida operatoria, hasta las proximidades del foco de la peritonitis ya tratado, pero no para drenar nada, que no hace falta ni es posible, sino a manera de válvula de seguridad, para el caso, poco probable y muy raro, felizmente, de que fallen las suturas; por ejemplo, en un caso de perforación. En estas circunstancnas, el tubo de drenaje, que por ser de cristal, liso, por lo tanto, no produce la menor lesión del peritoneo, servirá de conductor hacia el exterior, al abceso que se coleccionará en el sitio en que la sutura pueda haber fallado.

La incisión única que se practica en el abdomen para llegar al foco de la peritonitis, que ni debe ser demasiado pequeña o corta que obligue a tracciones excesivas para obtener campo operatorio, ni excesivamente grande que facilite nuevas infecciones, deberá cerrarse por completo y buscarse la curación por primera intención.

Cuarto.—*Ganar tiempo para que las toxinas que hayan podido llegar a las células puedan ser eliminadas rápidamente del organismo y suprimir de éste las que aún circulen libremente con la sangre y las nuevas que penetren desde la cavidad peritoneal.*—Esto se logra por el lavado de la sangre en forma de tratamiento post-operatorio por medio de la introducción de voluminosas masas de líquido, que al salir por el riñón, y en forma de sudor, arrastran consigo grandes cantidades de productos tóxicos.

La técnica del acto operatorio, es la siguiente:

Operación durante el primer período.—Enfermo colocado en la mesa de operaciones con la parte alta del cuerpo ligeramnte elevada

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

(formando próximamente un ángulo de unos 45°). Incisión de unos 8 a 10 centímetros de largo, en un punto situado lo más exactamente posible sobre el presunto foco de la infección. Protección con compresas de los bordes de la herida operatoria y descubrimiento de la causa de la peritonitis. Supresión radical de la causa, la mayoría de las veces una perforación visceral, por medio de la sutura o de la resección, protegiendo luego los alrededores de la misma con epiploon. No suele ser necesaria en este primer período la evacuación de exudados, por ser, generalmente, poco abundantes; pero si lo fuera, convendría conducirlos al exterior introduciendo en el fondo de saco de *Douglas* un tubo grueso de cristal, doblado en ángulo recto y unido a un tubo de goma que haga de sifón. Evacuados prudentemente los exudados, sin necesidad de enjugar ni sobar los órganos intraperitoneales, se quita el tubo y se cierra la herida de la pared abdominal, suturándola por planos por completo. Apósito.

Operación durante el segundo período.—Si no hay adherencias, en nada se diferenciará la operación de la que sa acaba de describir para el primer período; pero como en la inmensa mayoría de los casos no podemos saberlo con seguridad de antemano, conviene modificar muy ligeramente la técnica operatoria. Colocación del enfermo como en el primer caso. Incisión de 10 a 12 centímetros, en un punto del abdomen próximo al presunto foco de la infección, pero de ningún modo sobre el mismo foco. Como en los alrededores del foco donde por regla general se establecen primero las adherencias, y como, por otra parte, es absolutamente necesario llegar a ese foco para suprimirlo, pero produciendo la menor cantidad de traumatismos, conviene que, al abrir el peritoneo, no caigamos directamente sobre una zona de masas aglutinadas en la que no sea posible orientarnos. Si, por el contrario, al penetrar el en abdomenn lo hacemos a través de un punto exento de adherencias, nada más fácil entonces que orientarse y que llegar con el mínimo de lesiones hasta el foco. Supresión del mismo según su naturaleza, evacuación de los exudados acumulados en el fondo de saco de *Douglas* como en el primer caso. Hay que evitar a todo precio cualquier desprendimiento inútil de adherencias, y antes de cerrar la herida se procurará peritonizar o cubrir bien con epiploon las superficies cruentas que hayamos tenido necesariamente que descubrir para llegar al foco de la peritonitis. Sutura completa de la herida.

Tratamiento post-operatorio.—Además de las reglas generales propias del tratamiento de todo operado, los peritoníticos requieren dos intervenciones especiales, que contribuyen, quizá tanto como el acto operatorio mismo, a curar al paciente. Son: la posición del enfermo en la cama y la introducción de grandes cantidades del líquido para lavar la sangre. La primera, o posición de *Rehn* o de *Fowler*, consiste en la colocación del paciente en la cama casi sentado, esto es, de modo que su cuerpo forme con la horizontal un ángulo de próximamente 70°. Esta posición favorece la caída de los exudados hacia el espacio o saco de *Douglas*, alejándolos en cambio de zonas más altas, que son más peligrosas, y principalmente del centro tendinoso del diafragma. La segunda, o sea la introducción de grandes cantidades de líquido, la conceptuamos de tan considerable importancia, que antes renunciaríamos a la operación que a este recurso. Consiste en la introducción en el organismo de cantidades verdaderamente enormes de líquido (suero artificial, suero glucosado), no menos de ocho a diez litros en las veinticuatro horas. Como por vía subcutánea no serían tolerables esas grandes masas, y por la vía intravenosa darían lugar a una dilatación aguda del corazón, hay que apelar a la vía rectal, practicando la llamada enteroclisis de *Murphy*. El recto de estos enfermos absorbe sin la menor ni la más leve protesta, cantidades como las citadas y aun mayores, y como el líquido penetra gota a gota, y muy lentamente, no hay peligro de hidremía ni dilatación aguda del corazón. Se encuentra el recto en estos casos como un arenal sometido a los ardores de los rayos solares: gota de agua que cae sobre él, desaparece instantá-

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

neamente, absorbida con verdadera avidez, y únicamente cuando está saturado, es el momento en que el agua empieza a verse en la superficie y deja de ser absorbida; pero para llegar a este extremo, son necesarios muchos litros de líquido.

Bibliografía

ACCIDENTS DU TRAVAIL. EVALUATION DES INCAPACITES, par L. Imbert, C. Oddo et P. Chavernac.—1 vol. de 936 pages.—*Masson et Cie. editeurs.*—París 1923.—40 fr.

Este es un libro muy interesante dadas las materias que trata, aunque está escrito en relación con la legislación francesa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Después de una introducción general y de las reglas técnicas del peritaje, los autores se ocupan de la invalidés obrera y su evolución, en relación con algunos procesos morbosos, con traumatismos, estudiando éstos de modo especial, en las diversas regiones del cuerpo humano.

Por su léxico puede recomendarse tanto a los médicos como a los juristas.

LES COLITES par P. Carnot, P. Harvier, R. Freidel et Lardenois.—1 vol. de 224 pages.—*Librairie J. B. Bailliere et Fils, editeurs.*—París 1923.—10 fr.

Libro eminentemente práctico, es éste que se ocupa del estudio de las colitis. Carnot expone los grandes síndromes colíticos, puntualizando de modo especial las diversas etiologías de esta afección; Harvier estudia las colitis tóxicas y criptogenéticas; Friedel analiza las rectosigmoiditis y Lardenois, por último, se ocupa de las complicaciones quirúrgicas, que son asunto de bastante interés.

Se recomienda esta obrita, muy clara y muy bien concebida.

TRAITE D'OPHTALMOLOGIE par L. Poulard.—2 vol. de 1548 pages.—*Masson et Cie., editeurs.*—París 1923.—120 fr.

Este libro es un Tratado de Ofmaltología clínica completo, en el cual hay que admirar la sobriedad de las descripciones, la exactitud de los relatos técnicos, que, sin ser muy amplios, son bastante completos

Sería imposible dar una idea aproximada del contenido de la obra de Poulard; enumeraremos sólo algunas materias, que sobresalen de modo especial

Las conjuntivitis se encuentran agrupadas de manera muy clínica describiéndose con mucho acierto las manifestaciones sifilíticas de la conjuntiva; los traumatismos del globo ocular y de la órbita, están reunidos en un mismo capítulo, que termina con la descripción de la oftalmía simpática; las deformaciones cicatriciales de los párpados y su restauración; los vicios de refracción y sus correcciones; el estudio de la catarata y de las diversas técnicas que exige su curación; el tratamiento quirúrgico del estrabismo; las enfermedades del fondo del ojo; el glaucoma y los trastornos del sistema nervioso del ojo, son otros tantos capítulos, sobre los cuales todo elogio es pequeño.

Esta obra ha merecido en todas partes favorable acojida, porque en ella resplandece el didactismo de un eminente maestro de la oftalmología francesa; la recomendamos viva y sinceramente a todos los que cultiven la especialidad

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

Indice de Materias

Academia Nacional de Medicina 47-245
Anquilostomiasis en la provincia de Moyobamba. Algunos factores de su diseminación 95
Anatomía aplicada en la Facultad de Medicina de Lima 157
Aneurisma de la aorta torácica 225
Antúnez Damaso (Necrología) 357
Apendicitis en los niños. Algunos casos 381

Bibliografía 50, 82, 124, 156, 191, 223, 254, 288, 320, 360, 392, 420

Consideraciones médico-legales sobre la rotura traumática de las vísceras 3
Cirujano eficiente 338
Cervicitis. Tratamiento de las 399

Epilepsia llamada esencial, según algunos trabajos recientes . . 98
Espondilosis rizomélica por reumatismo tuberculoso 193
Encefalitis epidémica en Lima 231, 263, 297, 403
Endocarditis ulcerosa maligna 393

Fibrilación auricular. Tratamiento actual 20
Fiebres de corta duración 135
Fibrilación auricular pura y sulfato de quinina 289

Hepatitis amibiana curada sin operación, por inyecciones de emetina 85
Homenaje del Perú a Pasteur 48

Injertos testiculares 58
Intoxicación intestinal de los niños y leche albuminosa de Filkenstein 205

Mortalidad infantil en el Callao 66

Nefrectomía por tuberculosis renal 129
Nipiología 259, 275, 346
Noticias 81, 122, 153, 190, 220, 248, 319, 360
Nuevo pigmentario curado por la nieve carbónica 17

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

Orientaciones en la enseñanza de la Terapéutica 200

Prensa Médica americana 37, 109, 146, 175, 215, 242, 390
Primera conferencia americana de la Lepra 46
Prensa médica española 70, 118, 141, 315, 416
Protección a la Infancia en Lima 180
Prensa médica italiana 219
Prensa médica Francesa 209, 282, 319
Prensa médica argentina 252
Prensa médica castellana 279

Regiamento para el ejercicio de la medicina y la obstetricia . . 284

Salvarsanoterapia de la sífilis. Doce años de práctica del salvarsán 321
Sexto Congreso médico latinoamericano. Votos aprobados 41
Síndrome de Banti sifilítico 53
Sexto congreso médico latinoamericano. Honrando a Carrión .. 75
Sociedad peruana de cirugía 76, 112, 150
Síndrome de Addison con hipertonia vagosimpática 125
Suspensorio peniotesticular en la blenorragia 257

Tratamiento del paludismo 167

Ulcera yeyunal consecutiva a la gastroenterostomía 354

Vacunoterapia en las afecciones pulmonares 171
Velásquez Manuel A. (Necrología) 296
Verdadera naturaleza del llamado "pie musgoso" 361

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

Indice de Autores

ALZAMORA Rafael M. 20, 242
AUBRY Carlos 17, 175, 244
AVENDANO L. 3

BASSET-SMITH P. W. 135
BARTON Alberto L. 393
BURGA Buenaventura 95
BELLO Eduardo 110, 215, 338, 399

CACACE Ernesto 346
CABALLERO Justo A. 361

ESCOMEL Edmundo 85, 167, 257
ESPEJO Luis D. 231, 263, 297, 403
EYZAGUIRRE Rómulo 180, 259

GONZALES OLAECHEA Max 53, 125, 193, 225, 289

ISCOVESCO H. 209

MANCHEGO Enrique P. 129
MANRIQUE Belisario F. 200
MERKEL Felipe 321
MORQUIO Luis 275
MORALES MACEDO Carlos 157
MINET Juan 171

NEUHAUS Rodolfo 205

PAGNIEZ Ph. 98

ROE Carlos E. 111
ROJAS Héctor M. 361

SUAREZ Arnaldo F. 145

URRUTIA Luis 354

VORONOFF Sergio 66

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