# LA CRONICA MEDICA

COMITE CIENTIFICO

Leonidas Avendaño, Max Gonzáles Olaechea, Rómulo Eyzaguirre, Hermilio Valdizán, Edmundo Escomel (Arequipa), Carlos Morales Macedo.

REDACCION

Eduardo Bello, Carlos A. Bambarén
Luis D. Espejo

Dirección: Apartado, 629

AÑO XLIII. LIMA-PERU
1926

SANMARTI y Cia
— Impresores —

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

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

La Crónica Médica
Año 43 - 1926

# Exploración funcional de la médula osea

Por el Dr. ROBERTO ANTONCICH

Poco hay publicado sobre exploración funcional de la médula ósea. Se indica solamente en forma muy vaga, el medio de inquirir sobre el estado de integridad de la médula ósea; o se propone recurrir a procedimientos cruentos, por demás martirizantes para el enfermo, y que no siempre se está en condiciones de realizar.

La determinación del grado de capacidad dinámica de la médula ósea en un momento dado, en que el organismo se encuentra sorprendido por un proceso infeccioso cualquiera, es de tanta utilidad y presta tan valioso concurso a la labor del clínico, como la apreciación funcional del cualquier otro órgano. En efecto, aquélla participa también del poder reaccional que el organismo pone en juego cuando es presa de alguna afección. Puede decirse sin exagración, que en todo caso en que el organismo se siente acosado por cualquier agente que provoque en la intimidad de uno u otro órgano, trastornos más o menos violentos, no hay órgano por más apartado que esté, sobre el que no repercuta tal alteración, ya que del funcionamiento armónico y de las correlaciones que entre éllos existe, deriva la vida. En veces dichas alteraciones resaltarán de modo bastante manifiesto, traduciéndose por determinada sintomatología ante los ojos del clínico; otras veces, serán tan imperceptibles, que difícilmente habrá quien pueda avisorarlas y sorprender, en un momento dado, una imperfección funcional, llevada a la profundidad de los tejidos.

Tomando como concepto fundamental el criterio fisiopatológico, se puede colegir la enorme importancia que tendrá el estudio de la exploración funcional de la médula ósea, cuando se trate de discernir acerca del grado de aptitud regenerativa a que puede llegar frente a las solicitaciones impuestas por los diversos agentes que, comprometiendo seriamente su integridad funcional, pueden ir hasta siderarla.

La respuesta defensiva de los órganos hemopoyéticos, y en particular de la médula ósea, cuando determinado agente

Universidad del Perú. Decana de América

actúa sobre ellos ocasionando perturbaciones más o menos intensas, se traduce clínicamente por las modificaciones ya cualitativas ya cuantitativas de los distintos elementos citológicos del plasma, sanguíneo. Pero estas variaciones citoplásmicas, algunas veces, no significan otra cosa que el esfuerzo de reintegración celular, realizado en lo más íntimo de tales órganos, para subvenir a las pérdidas ocasionadas por el agente patógeno; otras veces, se verifica idéntico proceso de reparación, cuando la injuria patógena llega hasta ellos mismos, provocando en su seno estímulos en diverso grado.

Toda causa, parasitaria o tóxica, que actúe despertando reacciones defensivas más o menos intensas, repercute sobre la masa sanguínea, alterando sus elementos. La médula ósea frente a tales conflictos, no permanece indiferente, sino que interviene también, procurando dotar al organismo del suficiente número de elementos sanguíneos que le permitan alcanzar el triunfo. Al intervenir activamente, lo hace produciendo células sanguíneas que varían en calidad y cantidad con la naturaleza de la infección; por ejemplo: el cuadro hematológico presenta modalidades particulares en los casos en que el organismo ha sido invadido, ya sea por gérmenes piógenos, por los hematozoarios, por manifestaciones tuberculosas, por la sífilis; en los casos de parasitismo, intoxicaciones, etc. Es un hecho universalmente conocido y aceptando que ante las citadas causas determinantes, la respuesta medular se hace lanzando a la circulación, respectivamente, los siguientes elementos: granulocitos neutrófilos, monocitos, linfocitos y granulocitos eosinófilos, variando en proporción con la intensidad del proceso de intoxicación medular. Este tactismo de selección celular, que el organismo establece en el orden que apuntamos, al poner en juego su poder defensivo frente a las causas anteriormente citadas, posiblemente guarda relación estrecha con las funciones leucocitarias. Así, pues, por insignificante que sea la causa que obre sobre el organismo, provocando en él la más leve reacción, élla repercute sobre los órganos hemopoyéticos y sus secreciones.

Al emprender el estudio sobre la exploración funcional de la médula ósea, es nuestro deseo contribuir, aportando algunos hechos de observación, al mejor conocimiento de muchas infecciones en las que esta prueba puede llevarse a la práctica.

Ella permite ilustrarnos, por una serie de recuentos globulares, sobre la marcha evolutiva de muchas enfermedades entres las que, la verruga, propia de nuestro suelo, produciendo lesiones tan serias en los órganos hemopoyéticos, especialmente tratándose de la forma maligna, colocan a nuestros pacientes con relativa frecuencia en situaciones bastante sombrías e inciertas. Efectivamente, la verruga posee entre sus características más importantes, quizá la principal, la de ser eminentemente hemolítica, hecho que se traduce en el cuadro hematologico por las notables fluctuaciones que sufren los elementos

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

sanguíneos y que representan, en cierto modo, la medida del mayor o menor grado de intoxicación medular.

De los catorce casos que tengo observados, tres han sido verrucosos; dos de tifoidea y nueve de paludismo.

## FUNDAMENTOS PARA LA EXPLORACION FUNCIONAL DE LA MEDULA OSEA

Gran número de investigadores de los últimos tiempos, mediante estudios prolijamente llevados sobre el grupo de las anemias, han conseguido precisar las íntimas relaciones que existen entre éstas y la médula ósea. Deduciéndose el pronóstico de un estado anémico, según el grado de aptitud regeneradora de la médula ósea. han aprovechado de ciertas particularidades que ofrece la sangre en tales casos, para preconizar diversos métodos destinados a medir la capacidad funcional de aquella.

De todos los métodos propuestos hasta el presente, los que han sido objeto de estudios más detenidos y que merecen citarse son los siguientes:

Roessingh (Utrecht) (1), ha estudiado particularmente el método basado en la determinación del porcentaje de glóbulos rojos portadores de granulaciones vitales, usando el método de coloración propuesto por Widal, Abramí y Brulé.

Otro modo de apreciar la actividad de la función medular, estudiado por el mismo autor, consiste en medir el consumo de oxígeno realizado por los glóbulos rojos. Este sistema exige una serie de cálculos y una técnica sumamente complicada.

El método más sencillo; mucho más clínico: y que dá resultados mucho más efectivos, aproximándose más a la verdad, es el estudiado por Paul Habetin (2).

Este autor, basándose en el hecho de que las funciones medulares sufren una superactividad cuando sobre el organismo actúan sustancias leucoexitantes, ha sido quien primero ha tratado de establecer un índice que sirva de medida para determinar el grado de reacción que la médula puede alcanzar en los procesos infecciosos, valiéndose para ello de la acción estimulante que producen las inyecciones de nucleinato de sodio. La técnica que aconseja seguir consiste en hacer recuentos dos o tres días antes de la inyección. El promedio obtenido con estos tres recuentos previos, se refieren a 100 que se toma como tipo y al que se referirán las cifras obtenidas en los días subsiguientes a la inyección. Esta consiste en inyectar en la cara externa del muslo, 10 cc. de una solución de nucleinato sódico al 5 %.

---

(1) Art. comentado en *"Archs. des Maladies du Coeur"*, Nº 5, May 1922. París.

(2) Paul Habetin. Art. comentado en *"Los Progresos de la Clínica"* de Madrid. Marzo 1923.

Universidad del Perú. Decana de América

El nucleinato de sodio perteneciendo al grupo de los medicamentos leucógenos, tiene la propiedad de favorecer la formación de leucocitos en virtud de la acción estimulante que directamente ejerce sobre la médula ósea.

Aparte de la leucocitosis que produce, Habetin ha observado que la droga produce un aumento de los polinucleares neutrófilos, sobreviniendo también una marcada eosinofilia después de su administración. Los mononucleares sufren muy poca modificación.

El grado de leucocitosis y el porcentaje de neutrófilos que se encuentren después de realizada la prueba, constituyen para Habetin un índice cuantitativo del grado de funcinalismo medular.

Con los resultado obtenidos en la exploración funcional practicada en una serie de enfermos, el autor ha establecido una clasificación formada por los siguientes grupos: 1°, reacción invertida: corresponde a los casos en que el nucleinato produce una disminución de los leucocitos en relación con la cifra tipo: 2°, reacción enérgica: casos en que la leucocitosis oscila entre 100 y 120; 3°, reacción hipoérgica: casos en que la cifra leucocitaria llega a 140; 4°, reacción normal: casos en que la reacción leucocitaria alcanza las cifras comprendidas entre 140 y 160; y 5°, reacción hiperérgica, cuando las reacciones sobrepasan de 160. Esta clasificación la subdivide a su vez, tratándose de los dos primeros grupos en dos subgrupos: reacción completamente anérgica o hipoérgica, cuando no hay aumento ni en la cifra total de leucocitos, ni en la cifra de neutrófilos; y, reacción incompletamente anérgica o hipoérgica, cuando no aumentando la cifra total de leucocitos, los neutrófilos sufren un aumento marcado. Este último subgrupo es considerado como más favorable toda vez que indica la existencia de un esbozo de reacción medular.

Habetin concluye, como resultado de sus observaciones, que pertenecen al grupo de las reacciones invertidas: la anemia perniciosa, el carcinoma y la clorosis, involucrando además en este tipo las leucemias mieloides estudiadas por Koennecke, quien ha observado una disminución total del número de leucocitos en las formas ligeras de esta enfermedad. La enfermedad de Banti, el tifus abdominal y la cirrosis hepática, producen reacciones del mismo tipo.

En la anemia perniciosa, revela un trastorno profundo de la función medular, que conforme lo ha demostrado Naegelli, indica una mielotoxis que se presenta con anterioridad a la producción de la anemia.

De los cuatro casos de tifoidea estudiados por Habetin, ha encontrado en dos de ellos reacciones anérgicas y en los otros dos reacciones hiperérgicas. Habiendo estudiado los primeros casos durante el período activo de la enfermedad, deduce que la leucopenia encontrada se debe a un estado de insuficiencia mielotóxica: los dos segundos casos observados en plena convalescencia marcaron una reacción hiperérgica, debido a que

Universidad del Perú. Decana de América

habiendo cesado la acción tóxica, la médula quedaba libre en cuanto a su excitabilidad para poder responder a la acción estimulante del nucleinato.

La reacción hiperérgica ha sido encontrada en todos los enfermos de malaria; la atribuye el autor a un estado de irritabilidad especial de la médula ósea, producida por el anidamiento de los parásitos en su seno.

Pero todas estas formas de reación que la médula ofrece, en relación con los casos estudiados por Habetin, han sido valorizados no tan sólo por el modo de comportarse aquella, frente a la acción estimulante del nucleinato sódico, sino que el autor ha establecido una relación entre los resultados que ha obtenido y el carácter funcional de la médula antes de la inyección; pues hace observar que mientras hay enfermos que normalmente acusan una marcada leucopenia, y frente a la prueba funcional se comportan hiperérgicamente; hay otros que poseyendo una leucocitosis normal, responden escasamente al nucleinato, reacionando según el tipo anérgico.

En el estudio de la exploración funcional de la médula, precisa tener presente diversas causas de error que podrían dar lugar a falsas interpretaciones, tales como la *hemoclasia digestiva,* señalada por el profesor Widal (3).

Basa su método en el hecho fisiológico del papel protoepéxico que el hígado juega, impidiendo el pasaje a la circulación general de sustancias protéicas incompletomente desintegradas, cuya heterogeneidad traería como consecuencia inmediata, el desencadenamiento de una crisis hemoclásica. Esta es manifiesta por un conjunto de manifestaciones que han sido convenientemente señaladas por el autor; tales son: la disminución del número de glóbulos blancos, las variaciones de la tensión arterial, las modificaciones de la coagulación sanguínea, la presencia de peptonas en la sangre portal, etc.

En la determinación de las variaciones leucocitarias, no es ageno el sistema nervioso vegetativo como lo han demostrado F. Glasser y P. Bushman (4).

Al verificar la prueba de la exploración funcional propuesta por Habetín, hemos procurado hacer los recuentos globulares lo más distante posible de los períodos digestivos a fin de evitar la influencia que éstos pudieran tener sobre las variaciones leucocitarias observadas.

Paso ahora a exponer la serie de historias clínicas debidamente comentadas y que corresponden a los casos sometidos a nuestra observación.

---

(3) Fernand Widal, P. Abramí et N. Iancovesco, L'Epreuve de l'hemoclasie digestive dans l'etude de l'insuffisance hépatique. *La Presse Medicale.* 11 Dec. 1920.

(4) F. Glasse y P. Bushmamn. Zur praktischen Verwertung der sogenannten hamoklasischen Krise. *Deutsche Medizinisch Wochenschrift,* N° 8, 1923.

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

## CASUISTICA

*Observación* 1.— Mauricio Y., de 21 años de edad, natural de Yanique (Prov. de Tarma), indio, de ocupación agricultor, procede de Lima después, de estar enfermo 2 semanas. Ingresa el 18 de febrero al Hospital "Dos de Mayo", ocupando la cama N° 47 del servicio médico de "San José".

*Antecedentes hereditarios.*—Padres vivos sanos. Han sido cuatro hermanos, tres muertos en la infancia por distintas enfermedades.

*Antecedentes personales.*—En la primera infancia acusa haber sufrido únicamente de sarampión. Vivió en su pueblo natal hasta el año 1920. En el trascurso de este tiempo sólo enfermó de grippe a la edad de 12 años; se ocupaba en trabajos de chacra. El año 20 se trasladó a Lima, ingresando en el regimiento "Guardia Republicana" hasta mediados del año 23. En este período dice haber sufrido de un "granito" (?) en el glande y adenitis concomitante que supuró. De regreso a su pueblo continuó en trabajos de chacra sin sufrir de ninguna enfermedad. Refiere que desde los 12 años padece de disentería con recrudescencias periódicas cada año.

*Enfermedad actual.*—El día 29 de diciembre del año pasado emprendió viaje nuevamente a esta capital. Salió de su pueblo a pié, recorriendo las 7 leguas que dista a la línea del ferrocarril. Viajó en tren hasta San Mateo. De este lugar salió en busca de trabajo a pie hasta llegar a Cocachacra, donde logró conseguir ocupación en una panadería; se quedó durante un mes, resolviendo venir a Lima a consecuencia de haber caído enfermo.

Su enfermedad comenzó dos semanas antes de su ingreso al Hospital, con descomposición general, ligeros escalofríos y fiebre alta, que desde el comienzo ha sido continua; cefalalgia intensa, dolores en las extremidades y constipación que le obligó a tomar purgantes.

*Examen clínico.*—(19 febrero de 1924).—Desarrollo proporcionado. Actitud en decubito pasivo. Estado de la nutrición mediocre. Facies anciosa. Piel pálida, amarillenta con pigmentación melánica en la cara anterior del tórax.

Cabeza.—Cráneo dolicocéfalo; cuero cabelludo poco poblado. Ojos de aspecto normal; pupilas isocóricas, reaccionan bien a la luz y a la acomodación; conjuntiva bulbar, subictérica: la palperal, pálida; visión algo disminuída. Lengua ligeramente saburrosa; mucosa bucal sumamente pálida y algo seca; dentadura completa, isodontismo, bien implantados y en regular estado de conservación; encías descoloridas; ligero infarto de las amígdalas; paladar óseo normal. Nariz normal; olfación conservada. Oídos con pabellones auriculares de color céreo.

Cuello cilíndrico largo y delgado; no se palpa la tiroides.

Tórax bien conformado; axilas excavadas con escaso sistema piloso.

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

El examen de los pulmones no revela signos que indiquen la existencia de trastorno alguno; tipo respiratorio costo-abdominal; excursiones respiratorias bastante amplias; 32 respiraciones al minuto. No hay tos ni expectoración.

Pulso blando, de buena amplitud, rítmico y regular. Punta del corazón en el quinto espacio intercostal, por dentro de la línea medio-clavicular. Soplo sistólico de la base que se propaga al cuello. Latido marcado de los vasos del cuello.

Infarto de los ganglios linfáticos de la nuca, inguino-crurales, supra-claviculares y epitrocleares.

Abdomen de aspecto normal, de paredes flácidas y depresibles. Epigastrio sensible a la presión. Hígado que desciende un través de dedo por debajo del reborde costal. No hay dolor cístico.

Espacio de Traube libre; al bazo se percute en una área más extensa que la normal.

Función digestiva, normal; hay constipación.

Extremidades inferiores dolorosas.

*Diagnóstico.*—Por su procedencia de una zona verrucógena y por los carácteres clínicos suministrados por el examen, se establece el diagnóstico de verruga.

Los exámenes de laboratorio solicitados en el presente caso han sido los siguientes:

*Examen de sangre.*—Numeración y fórmula leucocitaria.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hematíes . . . . | 2.050,000 | Leucocitos . . . . | 3,330. |
| Granulocitos neutrófilos . . . . . | | | 70 % |
| „ eosinófilos . . . . . | | | 2 % |
| „ basófilos . . . . . | | | 0 % |
| Granulocitos mononucleares . . . . . | | | 8 % |
| Linfocitos . . . . . | | | 20 % |

Se encuentran cuerpos de Barton.

*Resistencia globular.*—Ligeramente aumentada; hemolisis inicial: 3.5.

*Dosage de hemoglobina y valor globular.*—Hemoglobina 6,30 %. 2.280,000 de hematíes deberían tener 6,38 o|o de hemoglobina y como hay 6,30 en la sangre examinada, el valor globular se encuentra disminuído en 0,08.

*Analisis de materias fecales.*—Se encuentran huevos de ascárides lumbricoides.

*Analisis de orina:*

Aspecto turbio.

Sedimento abundante.

Olor amoniacal.

Reacción alcalina.

Densidad: 1,017.

Examen espectral: banda de bilis y urobilina.

Urea: 23,96.

Cloruros: 1,50.

Acido úrico: 1,10.

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

Fosfatos: 2,90.
Hay pigmentos biliares; no hay ácidos biliares.
*Examen de sangre.*—Numeración y fórmula leucocitaria.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hematíes . . . . . | 800,000. | Leucocitos . . . . . | 23,500 |
| Granulocitos neutrófilos . . . . . | | | 80 % |
| „ eosinófilos . . . . . | | | 0 % |
| „ basófilos . . . . . | | | 0 % |
| Grandes mononucleares . . . . . | | | 0 % |
| Linfocitos . . . . . | | | 20 % |
| Mielocitos . . . . . | | | 13 % |
| Promielocitos . . . . . | | | 2 % |
| Eritroblastos . . . . . | | | 3 % |
| Normoblastos . . . . . | | | 12 % |
| Cuerpos de Joly . . . . . | | | 4 % |
| Plasmazellen . . . . . | | | 1 % |

*Hemocultivo.*—Negativo hasta los 6 días.
*Dosage de Urea.*—Hay gramos 0,36 por mil.
*Evolución Clínica.*—Desde el día de su ingreso al 6 de marzo todos los síntomas que el enfermo acusó fueron desapareciendo ostensiblemente: la temperatura fué disminuyendo progresivamente, lo mismo que la cefalalgia, el estado nauseoso y los vértigos que sufría al hacer el menor esfuerzo. El vientre empezó a exonerarse con más regularidad, la lengua fué humedeciéndose y tornándose cada vez más rosada, lo mismo que en general toda la mucosa bucal. Se notaba cierta euforia propia del enfermo que recobra poco a poco la salud perdida.

El 6 de marzo apunta un discreto brote de *verruga miliar* con las siguientes localizaciones: dos pequeños verrucomas en el tercio medio de la pierna izquierda; dos en el tercio inferior de la pierna derecha; dos en el lado izquierdo del mentón; varias de aspecto vesicular en la parte derecha del mentón; una en la bóveda del paladar. Hay expectoración mucosa con estrías sanguinolentas. El enfermo se queja de dolor en las piernas.

Dos días más tarde la erupción de aspecto vesicular se generaliza invadiendo el cuello, la cara externa de ambos antebrazos y las piernas. Se notó marcado edema maleolar que aumentó progresivamente en los días subsiguientes, extendiéndose por todo el cuerpo y dando al enfermo el aspecto de estar en estado de anasarca. Por esta fecha le sobrevino enterorragias y gingivorragias que duraron algunos días, sin sufrir sensiblemente modificación alguna en su estado general.

A mediados del mismo mes la temperatura ascendió nuevamente, manteniéndose por espacio de quince días al rededor de 39°; el brote prosperó, y, por el contrario, fué palideciendo poco a poco; las condiciones generales no progresaron francamente. El examen clínico reveló la existencia de signos que correspondían a un pequeño derrame peural y peritoneal. El examen citológico practicado en el líquido pleural, comprobó

Universidad del Perú. Decana de América

la presencia de abundantes linfocitos, de algunos polinucleares y uno que otro hematíe; no se encontró bacilo de Koch. Presentó además, manifestaciones dolorosas de carácter errático que mortificaban intensamente al enfermo. El vientre estaba ligeramente timpánico y el epigastrio algo doloroso.

A principios de abril las manifestaciones de parte de la pleura y del peritoneo fueron desapareciendo paulatinamente, pero el estado general se mantuvo casi en idénticas condiciones. Se observó una manifiesta descamación epitelial en toda la superficie del cuerpo, especialmente más abundante en la cara. El pulso era filiforme; los ruidos cardiacos débiles; y había disnea.

El 15 de abril se inició un segundo brote poco florido, que ofrecía el aspecto de gotitas de rocío; una que otra era de color rojo.

A partir de esta fecha las condiciones del enfermo no sufrieron modificaciones apreciables en sentido de su curación: la temperatura se mantuvo al rededor de 38° con exacerbaciones vespertinas y su estado general fué deprimiéndose poco a poco, la disnea se hizo más intensa, el pulso aumentó considerablemente de frecuencia y los ruidos cardiacos se percibían sumamente debilitados.

Aún cuando se sospechó la presencia de una manifestación granúlica generalizada, que sobrevino en el curso evolutivo de su primera infección, creímos oportuno intervenir explorando el estado de integridad medular en el presente caso.

Con fecha 3 de mayo iniciamos nuestra observación, habiendo obtenido la cifra de 6,300 leucocitos en el primer contaje; en los dos días siguientes se obtuvieron las cifras de 7,200, y 7,400 respectivomente. El promedio de estas tres cifras es igual a 6,967 que se toma como tipo.

El día 6 de mayo fué hecha la inyección de 0.50 gramos de nucleinato sódico disuelto en 10 cc. de agua destilada.

Las numeraciones practicadas en los tres días siguientes al de la inyección, arrojaron las cifras de 6,800, 8,200 y 9,600 leucocitos por m|m. cúbico. Estas cifras referidas a 6,967 que se toma como 100, dan el siguiente resultado: 0,98, 118 y 136, respectivamente.

El 17 de mayo se obtuvo la cifra de 10,500 leucocitos, cuyo resultado después de verificar los cálculos arroja la cifra de 151.

El 18 del mismo mes, habiéndose obtenido 5,800 leucocitos por m|m. cúbico, correspondería a 0,83.

Como se observará por los resultados obtenidos en la prueba de la exploración funcional de la médula en el presente caso, ésta respondió según el tipo de reacción invertida, el día 17 de mayo; según el tipo anérgico el día 8; según el tipo hipoérgico el día 9. Tan sólo el día 17 logró comportarse según el tipo normal, para luego reaccionar según el tipo invertido el 18 del mismo mes.

Conforme a los resultados obtenidos anteriormente, podemos concluir en que la médula del paciente que nos ocupa, no

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

ha podido responder en forma favorable ante las solicitaciones impuestas por las infecciones ya citadas y que, evolucionando en forma severa, han producido un estado de sobre-intoxicación medular.

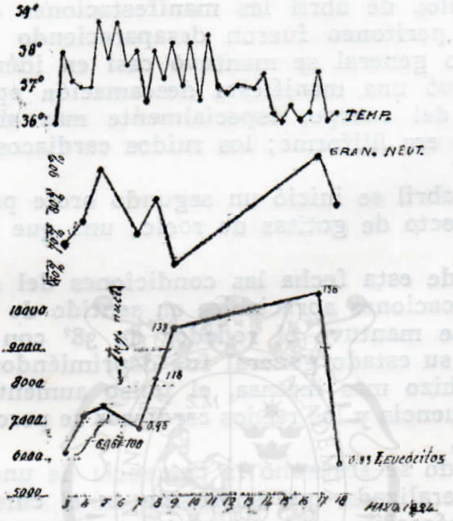



Fig. 1.—*Gráfica de la primera observación*

El enfermo falleció el 19 de mayo y el resultado de la necropsia fué el siguiente: Abierta la cavidad torácica, se encontró una gran cantidad de líquido pleural en ambos lados. Adherencias de ambas pleuras especialmente marcadas en el lado izquierdo. Lesiones granúlicas en ambos pulmones. El pericardio lleno de líquido claro, igualmente con lesiones granúlicas sobre todo en la hoja visceral. Corazón pequeño con signos de degeneración grasosa; miocardio pálido.

En la cavidad abdominal se encontró un acantidad discreta de líquido ascítico y lesiones granúlicas en el epiplon y en el peritoneo. El hígado también era portador de las mismas lesiones. El bazo aumentado de volúmen, duro y con profusas lesiones granúlicas. Los riñones se encontraron en las mismas condiciones. Los ganglios en estado de completa caseificación, especialmente los aumentados de volumen como los del cuello, los traqueobrónquicos y los mesentéricos.

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

*Laboratorio del profesor Chauffard. Clínica Médica del Hospital Saint Antoine, París*

# El dosaje de las sales biliares

Por el Dr. ELEAZAR GUZMAN BARRON

*Asistente extranjero de la Clínica*

En nuestro deseo de estudiar el metabolismo de las sales biliares, cuestión no resuelta aún, nos hemos ocupado con nuestro maestro el doctor Grigaut, jefe del Laboratorio, de revisar los principales métodos de dosaje de las sales biliares, ya que era indispensable poseer uno verdadero, antes de proceder a dicho estudio.

Estos métodos son los siguientes:

*Método de Hupert.*—Indicado para el dosaje de las sales biliares en la sangre y en la orina, consiste en precipitar la orina o suero de la sangre del enfermo con alcohol. Este precipitado es lavado cuidadosamente con alcohol; luego evaporado, disuelto en agua, liberado de las grasas por la extracción etérea y separado de los ácidos grasos, jabones, y algún resto de proteinas por la adición de $NO_3$ Ba. Lavada nuevamente con alcohol, se deja dicho precipitado que se supone ya libre de sales biliares. El líquido del filtrado y el alcohol proveniente de los lavados del precipitado, son precipitados con acetato de plomo, y lavados para despojarlos del exceso de acetato. Se lava nuevamente este precipitado con alcohol hirviendo y se añade $CO_3$ $Na_2$. Se evapora a sequedad y el residuo se disuelve en agua. Este residuo acuoso se filtra en una cápsula tarada y se seca a peso constante.

*Método de Hoppe Seyler.*—Se seca la bilis a temperatura constante de 110°C y el residuo se extrae por el alcohol absoluto hirviendo. El extracto se deja 24 horas en reposo, se filtra y evapora a sequedad a 110°. Este residuo se disuelve en alcohol absoluto, se evapora hasta dejar una pequeña cantidad; se deja enfriar y se precipita con gran cantidad de éter. Las sales biliares cristalizan, se secan a 110° y se pesan.

*Método de Stadelman.*—Se evapora la bilis hasta una consistencia siruposa y se deja reposar en contacto con alcohol y en un baño maría hirviendo durante algún tiempo para coagular las proteinas y dar así un filtrado claro. Se repite luego la

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

extracción tres veces con alcohol hirviendo. Se disuelve el precipitado final en agua y se seca a peso constante.

*Método de Croftan.*—Después de coagular la albúmina si el líquido lo contiene, se evapora el filtrado y se lava el precipitado con alcohol absoluto para extraer las sales biliares que hayan quedado. El filtrado se diluye en agua; se precipita con acetato básico de plomo y amonio y el precipitado extraído con alcohol absoluto, es filtrado en caliente. Esta solución de sales biliares se seca a peso constante.

*Método de Grodman.*—Se toma 50 gr. de bilis y se hidroliza con 25 gr. de KOH al 60 % en un reflujo condensador por 24 horas. La solución se extrae varias veces con éter para extraer la colesterina; se evapora en baño maría y se precipita con $BaCl_2$ al 5 % para separar los ácidos grasos. El precipitado es extraído con agua hirviendo y el filtrado se evapora. Este residuo se deja enfríar, acificándose las sales biliares con HCl. Al cabo de dos horas, el ácido cólico cristaliza y se le extrae en un aparato de Soxhlet con acetona. En 5 horas el ácido cólico es disuelto, la solución evaporada y secada a peso constante.

*Método de Spiro.*—Se toma 50 cc. de bilis en una cápsula de plata se añade KOH y $KNO_3$. Se funde y el residuo se disuelve en agua supersaturada de HCl y se precipita en caliente con $BaCl_2$. Este precipitado se filtra en papel de filtro de cenizas conocidas, se lava y se seca. La parte que se separa de dicho precipitado se trasvasa a una cápsula de porcelana y el resto se quema y pesa. El precipitado de la cápsula se pesa; se le añade unas cuantas gotas de $H_2SO_4$ concentrado; se lava nuevamente en agua en otro papel de filtro y este es pesado; la diferencia en peso muestra la cantidad de impurezas. De esta diferencia se calcula el $SO_4Ba$ en la otra porción del precipitado que fué pesado con las cenizas del papel de filtro. Se determina entonces la cantidad de S.

*Métodos basados en la reacción de Pettenkofer.*—Hammarsten disuelve una pequeña cantidad de bilis en $H_2SO_4$ concentrado y lo calienta a 60 o 70°. Añade luego gota a gota una solución de azúcar cande a 10 %. Se desarrolla un color rojo que se vuelve violeta constante. El líquido rojo muestra un espectro con dos bandas de absorción una en la F y otra entre la D y E. La reacción cambia o no se desarrolla si la solución es calentada mucho o si se añade mucha cantidad de azúcar (debido a su carbonización); o si el $H_2SO_4$ es impuro. Las proteinas, el alcohol amílico, el ácido oleico, la morfina, etc. dan un color semejante, lo que perturba al extremo el examen espectroscópico.

Ville y Darrien por su parte manifiestan que la vanilina y la anisaldehida as como la colesterina, dan el mismo color.

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

Von Undransky hace presente que la pureza de la bilis es esencial y sugiere la decoloración de la bilis por el carbón de madera, usando luego para el análisis una solución alcohólica del residuo. A cada cc. de la solución alcohólica añade una gota de furfurol y 1 cc. de $SO_4H_2$ concentrado y calienta suavemente. Las proteinas y grasas son separadas por neutralización de la bilis y adición de alcohol. La solución se evapora a sequedad. El residuo lo extrae con alcohol absoluto, filtra y evapora a sequedad. El residuo extraído por el éter lo disuelve en agua y la solución la precipita con acetato básico de plomo y amonio. El precipitado lo lava y disuelve en alcohol hirviendo, filtra y alcaliniza con unas cuantas gotas de Na OH. Esta solución la evapora a sequedad; y el residuo lo extrae con alcohol absoluto, filtra y precipita con éter. Es esta solución la que emplea para la reacción de Pettenkofer, pero ella no está exenta de fosfatidas, que dan la misma reacción coloreada que los ácidos biliares. De otro lado el carbón arrastra siempre consigo una pequeña cantidad de sales biliares.

Inouye e Ito indican a su vez que cuando se añaden vanilina y $H_2SO_4$ concentrado a una solución de ácidos biliares, se forma una línea roja en la zona de contacto. Mezclando estos líquidos y añadiendo ácido acético glacial, se presenta una banda de absorción en B. Esta reacción es sentible según su autor con una dilución de ácido taurocólico de 1 por 11000 y con una solución de ácido cólico de 1 por 22000.

Jolles publica un método en el cual los ácidos biliares (2 a 3 cc. de una solución al 1 %) son mezclados con ramosa (1 a 2 gotas de una solución al 5 %) y hervidos con 2 a 3 gotas de HCl concentrado. Un color rojo se produce seguido de fluorescencia verde debido a la formación de una aldehida metilfurfurol. La reacción puede ser llevada hasta 0,005 a 0,0001 gm. de ácidos puros. Y no es afectada por la urea, albúmina carbohidratos, ácidos de la serie grasa o aromática, glicocola, taurina o colesterina.

*Foster* y *Hopper* en una serie de interesantes trabajos sobre el metabolismo de las sales biliares, exponen un método de dosaje de sales biliares, pero aplicable solamente a bilis que sólo contienen taurocolatos, como la bilis de los carniceros. Hidrolizan ellos la bilis con Na OH y luego determinan la cantidad de $NH_2$ por medio del aparato de Van Slyke, traduciendo luego a ácido taurocólico.

El *método de Schmidt*, bastante complicado se practica como sigue: A diez cc. de bilis, se añade 8,5 de alcohol; la mezcla se calienta a la ebullición y se filtra lavando varias veces el papel de filtro con pequeñas cantidades de alcohol, hasta que el volumen alcance en el filtrado a 100 cc. Se toma dos porciones de 20 cc. en dos cápsulas de porcelana y se evapora, llevando luego esta evaporación a la sequedad, en dickel. El residuo de una de ellas es fusionado con una mixtura de $Na_2CO_3$

y $Na_2O_2$; los sulfatos son precipitados como $BaSO_4$ y pesados. El otro residuo es disuelto en agua y llevado a un volumen de 10 cc. tomándose de allí 10 cc. para la estimación del N. de las aminas. Se le añade para ello Na OH al 8 % hasta 10 cc. manteniéndolo al baño maría durante 6 a 8 horas. El N. de las aminas formadas por la hidrolización es estimado por el aparato de Van Slyke en 2 cc. del hidrolizado. De allí se calcula los ácidos biliares. Y si se resta la cantidad encontrada por el dosaje de los sulfatos que representa la taurina, tendremos el ácido glicocólico sólo restando a esta diferencia, 3 % que representa el N. de la glicocola.

No nos ocupamos de los métodos preconizados por Carnot y Mauban del dosaje de las sales biliares por la reacción de Hay ni del método estagnométrico preconizado por Chabrol y Bénard, porque ambos utilizan la propiedad que tienen las sales biliares de bajar la tensión superficial de los líquidos en que se hallan contenidos. Ahora bien; esta propiedad física no es exclusiva a las sales biliares; y aún si se tuviera cuidado de operar con dichas sales en estado de pureza, esta tensión varía según la mayor o menor proporción de ácido taurocólico, como lo han probado los experimentos de Doummer y como hemos tenido oportunidad de verificar nosotros mismos. Esto quita todo valor a esos métodos, que así no tienen ninguna base de seriedad.

Estudiando cada uno de estos métodos, nos hemos preocupado de buscar uno que a su sencillez, una la seguridad. Y nos hemos convencido que la única manera de obtener resultados apreciables, es recurriendo a los procedimientos ponderables, habiendo llegado a detenernos en el siguiente, que no es en suma sino la aplicación de los anteriormente enumerados, ligeramente modificados. Queremos dejar constancia, que este procedimiento nos fué sugerido por nuestro maestro, el doctor Grigaut; nosotros nos hemos ocupado de ensayarlo e introducir pequeñas modificaciones.

Se toma 10 cc. de bilis y se mezcla con 100 cc. de alcohol a 96°. Se hace hervir en un refrigerante a reflujo por espacio de una hora o media hora. Esta ebullición tiene por objeto precipitar las mucinas. Se filtra en caliente, lavando por tres veces el filtro con alcohol hirviendo (pequeñas cantidades). El filtrado se recibe en una cápsula de porcelana y se evapora en baño maría hirviendo hasta la cantidad de 5 cc. Se vuelve a hervir en el refrigerante añadiendo esta vez, 25 cc. de alcohol absoluto, por un cuarto de hora. Se filtra de nuevo en caliente y lava el filtro tres veces con pequeñas cantidades de alcohol absoluto hirviendo. El filtrado se evapora en una cápsula hasta que sólo quede 3 cc. Este residuo se introduce a un filtro tarado colocado en un embudo con llave y lleno previamente de éter sulfúrico anhidro. Cuando las sales biliares han sido completamente precipitadas, se abre la llave del embudo que deja escapar el éter que se lleva la colesterina en disolución. Quedan en el filtro estas sales biliares. Se lleva a la

estufa a 110° y se evapora hasta peso constante. Quedan en el filtro las sales cristalizadas. Se pesa y se calcula, restando el peso del papel. Hemos verificado este procedimiento primero en muestras de bilis de buey y luego en muestras de bilis vesicular humana.

---

# Artropatía sifilítica tardía. Pseudo tumor blanco

Por el Dr. CARLOS VILLARAN

Pocas veces podrá presentarse un proceso patológico con caracteres clínicos más apropiados para inducir a error diagnóstico como en el caso que vamos a estudiar. Y quiero aprovechar esta oportunidad para justificar un consejo que es sin duda, la más importante de las enseñanzas que hoy van a recibir: no formulen nunca un diagnóstico basándose en un examen superficial o incompleto; el aspecto exterior de un enfermo, de una lesión o ambos reunidos, simulan algunas veces de un modo extraordinario a procesos patológicos que conocemos muy bien por estar acostumbrados a tratar, y sin embargo, por un estudio minucioso o con el recurso de diversos procedimientos de exploración, descubrimos que la verdad es otra viéndonos obligados a modificar el juicio que muy a la ligera nos habíamos formado. La mayor parte de los errores que en la Clínica se cometen son debidos a deficiencias de examen y no a faltas de conocimientos o de interpretación.

Es cierto que en algunas ocasiones no es posible resolver un problema diagnóstico aún apelando a todos los recursos, y es sólo en el momento de la operación que se descubre—no siempre—el verdadero mal, pero es también exacto que nosotros mismos nos damos cuenta operando, de que muchas de las sorpresas que se nos ofrecen pudieron ser evitadas con un examen más prolijo y completo. En la enferma de que voy a hablarles el error ha sido sólo temporal, pero es mi deber reconocerlo y aprovecho la oportunidad para estudiar un tema muy importante de Patología quirúrgica.

---

N. N. de 29 años, ingresó a nuestra sala en la mañana del 21 de mayo de 1923, proveniente de una hacienda próxima a Lima. Motivaba su ingreso al Hospital un proceso supurativo y doloroso de la pierna izquierda con impotencia funcional completa, razón por la cual había tenido que ser trasportada en una camilla. El aspecto de la enferma en el momento de su ingre-

so nos indicaba la gravedad de su afección; facies demacrada y dolorida, ojos brillantes, mejillas encendidas, etc., disnea intensa, voz apagada y fatigosa, fiebre; todo nos revelaba un proceso agudo. En cambio, la gran emaciación y los tres años a que remontaba el comienzo del mal decían de su cronicidad.

Descubierta la enferma, apareció el miembro inferior izquierdo envuelto a la altura de la rodilla con un mal apósito. Retirado este, se nos mostró la lesión en toda su falsa apariencia; miembro en flexión pronunciada al nivel de la rodilla y en la absoluta imposibilidad de realizar el más pequeño movimiento activo. Intentando los movimientos pasivos sólo se lograba producirlos en límites tan insignificantes que prácticamente podía decirse que eran nulos; además, este esbozo de movilidad era doloroso y podíamos darnos cuenta de que existía una resistencia fibrosa muy próxima a la anquílosis.

Grandemente aumentada de volumen la región de la rodilla tenía un aspecto globoso y sus dimensiones parecían más crecidas todavía por enflaquecimiento de los segmentos contiguos del miembro: muslo y pierna. Las formas anatómicas se hallaban completamente borradas. Una piel lustrosa y lisa envolvía la tumuración sin que se pudiera notar bajo ella los relieves o las depresiones normales de la región. Sobre la cara externa del muslo, en una zona muy próxima a la articulación se veía una cicatriz irregular y junto a ella la aberturta de un trayecto fistuloso que daba salida a abundante cantidad de pus. Curaciones mal hechas con tiras de gaza que lejos de drenar taponaban, habían contribuído, seguramente, a este acúmulo abundante de pus. Un cierto grado de reacción inflamatoria se mostraba en los tejidos próximos al trayecto lo que dificultaba el examen directo aumentando el dolor.

La palpación hacía sentir la cavidad articular ocupada y distendida. A los lados de la rótula y del ligamento rotuliano se apreciaba una cantidad de sustancia extraña que daba tensión y relieve a estas zonas, que de ordinario están deprimidas y forman las gotieras latero-rotulianas. El fondo de saco sub-cuadricipital estaba también moderadamente distendido. Ya sea por la posición de flexión o por otras causas, la rótula había perdido toda movilidad. La sustancia que llenaba la cavidad articular originaba una fluctuación franca o una pseudo-fluctuación? He aquí un dato de gran importancia que un estudio atento y repetido nos habría permitido obtener y sobre el cual no insistimos lo suficiente en el primer examen.

El esqueleto articular estaba doloroso y parecía ligeramente aumentado de volumen. La exploración con el estilete nos hizo reconocer un trayecto bastante extenso que se dirigía hacia la profundidad perdiéndose dentro de los tejidos blandos sin alcanzar el hueso ni la cavidad articular. En la región crural un infarto importante de los ganglios, poco doloroso.

A la descripción anterior tenemos que añadir como datos de un interrogatorio *incompleto*, el que la enfermedad tenía más de dos años, y que la paciente asistida el año anterior en

este mismo Hospital durante cinco semanas no consiguió alivio apreciable.

Reuniendo los resultados del examen con los datos anteriores formulamos el diagnóstico de *osteo-artritis tuberculosa fistulizada.* Pensábamos que se trataba de un proceso crónico que había alterado profundamente el estado general y al cual se habían agregado después los fenómenos propios de la infección secundaria. Este diagnóstico involucraba la gravedad del pronóstico y planteaba al mismo tiempo como problema terapéutico, la conveniencia o nó, de una operación radical.

---

La observación más atenta de esta enferma en los días posteriores a su ingreso, un mejor conocimiento de su historia clínica, los datos suministrados por las diversas exploraciones que hemos practicado y los resultados conseguidos con la terapéutica empleada, todo ha contribuído a corregir el diagnóstico equivocado que formulamos, cambiando a su vez el pronóstico de la manera más favorable.

Lo primero que ha llamado la atención en esta enferma ha sido la manera rápida como se ha curado la fístula supurante que tenía sobre la cara externa del muslo en la vecindad de la articulación. Esta fístula había estado mal tratada, pues, la enferma misma se encargaba de curarla: mechas de gaza taponaban el travecto impidiendo la fácil salida del pus y favoreciendo la inflamación de los tejidos; nuestro primer cuidado fué el reemplazar las mechas por un dren delgado y ordenar curas antisépticas: pues bien, la inflamación de los tejidos próximos desapareció rápidamente lo mismo que el pus, al punto que pudo quitarse el dren a los pocos días obteniéndose en dos semanas próximamente la cicatrización de una herida que estaba abierta desde hacía varios meses. Desde luego, esta evolución no es normal tratándose de una lesión tuberculosa. Vemos algunas veces que las fístulas que complican un tumor blanco cicatrizan si es que el proceso marcha favorablemente, pero este resultado no se obtiene sino al precio de un tratamiento muy larga y esmerado y no como en nuestro caso por la sola acción de una cura antiséptica de quince días. Junto con la desaparición de la supuración, coincidió la mejoría del estado general; desapareció la fiebre y los fenómenos que habíamos imputado y con razón, a la infección secundaria; el aspecto de las lesiones se modificó bastante, así como la flexión que ha cedido algo con las maniobras de estiramiento forzado bajo anestesia—cloruro de etilo—y con un yeso provisorio mantenido durante ocho días.

La reacción de Wassermann fuertemente positiva vino después a aumentar las dudas que ya teníamos acerca de la verdadera naturaleza del proceso. El hecho de tener la enferma una Wassermann positiva, no era por cierto, motivo suficinete, para hacer cambiar el diagnóstico, acostumbrados estamos a ver procesos morbosos de los más diversos, desarrollados en sujetos

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

sifilíticos, y tratándose de una afección tuberculosa la coexistencia con la sífilis es particularmente frecuente, más aún, la sífilis predispone a las lesiones tuberculosas inclusive a los tumores blancos. Pero agregada la Wassermann positiva a los otros motivos de sospecha anotados, se justificaba que apelaramos a nuevas exploraciones.

La prueba terapéutica tenía en estas circunstancias, una gran importancia: muchas veces se instituye un tratamiento antiluético con un fin diagnóstico. Indicamos también que se sacara una radiografía de la región afectada. Los resultados de ambas investigaciones han sido concluyentes:

La radiografía se opone al diagnóstico de lesión tuberculosa. Las superficies articulares del lado del fémur son perfectamente regulares y lisas; del lado de la tibia no son tan perfectas, pero en conjunto bastante regulares. La rótula, si bien parece algo espesada tiene también su superficie interna de aspecto normal; no hay pues alteración apreciable sobre las caras articulares de los huesos que forman la rodilla; tal ausencia de lesiones no se la encuentra en un tumor blanco verdadero que tiene tres años de evolución y que ha dado lugar a una anquilosis fibrosa y a travectos fistulosos.

Las epífisis y las porciones diafisarias de la tibia están engrosadas, su superficie no es perfectamente neta, la sombra es oscura, hay condensación, hiperostósis. En el peroné pasa algo semejante y también en el fémur aunque en menor grado. Ahora bien, en la tuberculosis las cosas se presentan muy distintas; los huesos no aumentan de volumen o están adelgazados, hay partes completamente claras que corresponden a las zonas en que el hueso ha sido destruído o ha formado una caverna. Además, en todo el tejido epifisario, y aún sobre una extensión considerable de la diáfisis, se observa un enrarecimiento acentuado del tejido óseo: decalsificación o calcionenia.

El tratamiento antiluético ha sido instituído ya, y la impresión que nos ha hecho desde el primer momento ha sido favorable.

Analizando en cambio las lesiones en su aspecto clínico y guiándonos tan sólo por el resultado de este examen, nos sería difícil justificar suficientemente el cambio de diagnóstico. Sólo hay un hecho importante sobre el cual les llamo la atención, y es la fluctuación verdadera que se percibe palpando la sustancia patológica que llena la cavidad articular. En la tuberculosis esta sustancia constituída por ese *fungus* especial, no da sino una falsa fluctuación, que bien apreciada tiene un importante valor diagnóstico.

Por último, la historia clínica da algunos datos de importancia. Entre los antecdeentes se anota que uno de los hijos nació muerto y con toda la piel enferma. Se nos dice también, que cuando esta enferma vino por primera vez al Hospital, presentaba una tumuración fluctuante en la parte infero-externa del muslo—en el mismo sitio en que más tarde se formó el trayecto fistuloso—y que esta tumuración punzada varias ve-

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

Administración prolongada
de

# GUAYACOL INODORO

*a altas dosis, sin ningun inconveniente*

por el **THIOCOL "ROCHE"**



únicamente bajo forma de

**JARABE "ROCHE"**

**COMPRIMIDOS "ROCHE"**

Muestra y literatura
Productos F. Hoffmann-La Roche & Cº
21 Place des Vosges, Paris

EL
MÁS MANEJABLE
DE LOS
**HIPNÓTICOS**

A CADA UNO
SU DOSIS

**SOMNIFÈNE**
**"ROCHE"**

SUEÑO
NORMAL

SE REGULA
A VOLUNTAD

DESPERTAR
AGRADABLE

**AMPOLLAS**
DESARREGLOS MENTALES
AGITACIÓN INTENSA
CONVULSIONES, EPILEPSIA
ETC.

**GOTAS**
INSOMNIOS SIMPLES
O COMPLICADOS
ASTENIAS, NEUROSTENIAS
ETC.

**SEDANTE PODEROSO**
CONSTANTE, RAPIDO
SIN PELIGRO

Ni Opio
Ni Morfina

20 a 50 Gotas
y más

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cº
21, Place des Vosges
PARIS

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

# COLLAMPOLLAS

## a base de Productos Coloidales

*MEDICACIÓN HIPODÉRMICA*

| DENOMINACION | COMPOSICION | DOSIS por 3 cm³ | APLICACIONES |
|---|---|---|---|
| **BOKANOL** | Hierro coloidal | 0,0010 | Neurastenia, clorosis, anemia. |
| | Glicerofosfato de sosa | 0,1500 | |
| | Cacodilato de sosa | 0,0600 | |
| | Cacodilato de estricnina | 0,0015 | |
| **DOSARTER** | Arsénico coloidal | 0,00015 | Arterio-esclerosis. |
| | Silicato de sosa | 0,00750 | |
| | Yoduro sódico | 0,03750 | |
| | Salicilato de sosa | 0,07500 | |
| | Analgesina | 0,07500 | |
| | Tiosinamina | 0,07500 | |
| **FUROSYL** | Estaño coloidal | 0,00036 | Forunculosis, y todas las enfermedades con estafilococos. |
| | Manganeso coloidal | 0,00060 | |
| | Oro coloidal | 0,00018 | |
| **GAMOSTYL** | Oro coloidal | 0,00015 | Estados infecciosos, fiebre tifoidea, grippe, fiebres eruptivas. |
| | Plata coloidal | 0,00045 | |
| | Rodio coloidal | 0,00015 | |
| | Quinina coloidal | 0,00180 | |
| **PLASMOCOL** | Cobre coloidal | 0,00015 | Neoplasmas. |
| | Selenio coloidal | 0,00027 | |
| | Paladio coloidal | 0,00015 | |
| | Sulfuro de arsénico coloidal | 0,00015 | |
| | Magnesia coloidal | 0,00150 | |
| **PYRAN** | Niquel coloidal | 0,00075 | Tuberculosis. |
| | Manganeso coloidal | 0,00090 | Anemia. |
| | Fosfato de guayacol | 0,03000 | Clorosis. |
| **VAMIOL** | Mercurio coloidal | 0,00180 | Sífilis, tabes, parálisis general y todas las afecciones de la piel. |
| | Plata coloidal | 0,00060 | |
| | Oro coloidal | 0,00030 | |
| | Arsénico coloidal | 0,00015 | |

| DENOMINACIÓN | DOSIS por 3 cm³ | APLICACIONES |
|---|---|---|
| **Plata coloidal** | 0,00018 | [illegible] pulmonía, fiebre tifoidea, erisipela, [illegible] pleuresía purulenta, furúnculo, gonorrea, [illegible], afecciones cutáneas, llagas sépticas. |
| **Arsénico coloidal** | 0,000[illegible] | [illegible], enfermedades específicas. |
| **Cobre coloidal** | 0,00[illegible] | [illegible]erculosis. |
| **Hierro coloidal** | 0,003 | [illegible]quexia, Neurastenia. |
| **Manganeso coloidal** | 0,0018 | [illegible] infecciosas. |
| **Mercurio coloidal** | 0,003 | Sífilis en [illegible]grados, tabes, parálisis general, afecciones de la piel. |
| **Oro coloidal** | 0,0006 | Estados infecciosos, reuma articular, fiebre tifoidea bronco-pulmonía, pleuresía purulenta, paludismo. |
| **Paladio coloidal** | 0,00066 | Bronco-pulmonía, grippe infecciosa. |
| **Rodio coloidal** | 0,0006 | Iguales efectos pero más constantes que el oro y la plata. |
| **Selenio coloidal** | 0,000108 | Cáncer. |
| **Silicio coloidal** | 0,001 | Linfatismo, bócio. |
| **Azufre coloidal** | 0,003 | Reumas, artritismo. |

**DOSIS USUAL, para todas las Collampollas:**

1 *Collampolla diaria.* — Estados agudos: 2 *Collampollas diarias.*
(Una collampolla contiene aproximadamente 3 c/c.)

***NIÑOS.*** — *La dosis para niños se calculará según la edad, por la fórmula siguiente* (método de Burnton):

$$\frac{(\text{Edad del niño} \times 1) \times \text{dosis para adultos}}{25}$$

Ejemplo: Niño de 4 años $\quad \frac{(4 + 1) \times 3^{cc}}{25} = \frac{15}{25} = 0^{cc}6.$

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

Universidad Nacional de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú

ces y sometida a un drenaje capilar dió siempre salida a un liquido amarillo. Si se hubiera tratado de un abceso frío de origen articular habría salido un pus fluído y grumoso y no ese líquido amarillo que corresponde más bien al goma sifilítico. Durante la larga evolución del proceso ha habido épocas en que la enferma podía dedicarse a sus ocupaciones y mover sin dolor su articulación de la rodilla; este dato habla en contra de una osteo-artritis tuberculosa.

Resulta de todo lo expuesto, que nos hallamos en presende un proceso articular de naturaleza sifilítica, de un *pseudo tumor blanco.* Me corresponde ahora para completar el estudio que acabamos de hacer explicar las cuestiones más importantes que se refieren a las artropatías sifilíticas.

---

Las artropatías de origen sifilítico revisten formas clínicas muy variadas y se presentan en los diversos períodos de esta enfermedad, así como también son manifestaciones, unas veces precoces y otras tardías, de la sífilis hereditaria. El estudio de estos procesos reviste interés especial por dos razones principales: primera, la gran semejanza que tienen, muchas veces, con otros procesos patológicos, principalmente con la tuberculosis, hasta el punto de que ambas afecciones se confunden con frecuencia; tal es el caso que hemos descrito y otros que podría citarles; segunda, el gran peligro que entraña el desconocimiento de la verdadera naturaleza de estas artropatías, que son en cambio de una curación muy sencilla cuando se les reconoce oportunamente "sospechad la sífilis, dice Morestin, y dad el buen tratamiento, en algunos días vuestro enfermo estará curado; desconocedla y el mal durará, agravándose siempre, apesar de todos los recursos que se empleen". Todo esto explica el gran interés que ha despertado en los últimos tiempos el estudio de las artropatías sifilíticas; numerosos artículos y estudios clínicos han llamado la atención sobre la frecuencia de la enfermedad y merced a ellos ha comenzado a diagnosticarse y a tratarse mejor esta afección que hasta hace poco era mal conocida.

Las artropatías sifilíticas precoces corresponden al período secundario de la sífilis y se manifiestan de varias maneras. Las formas más simples son las *artralgias:* dolores principalmente nocturnos en una o varias de las articulaciones que tienen mayor actividad funcional, rodilla, codo, puño, etc. No se aprecia ninguna modificación en el aspecto exterior de la articulación, ni tampoco fenómenos inflamatorios. El diagnóstico sólo puede hacerse por los otros síntomas que acompañan a estas manifestaciones articulares; por la reacción de Wassermann y sobre todo, por la eficacia del tratamiento antiluético.

Otras veces estas artropatías precoces semejan por sus caracteres a las crisis reumáticas; es el *pseudo-reumatismo sifilítico.* La lesión articular consiste en una sinovítis sub-aguda; hay

Universidad del Perú. Decana de América

fenómenos fluxionarios y derrame articular aunque poco marcado. Este pseudo-reumatismo sólo afecta por lo general un reducido número de las articulaciones más activas; los dolores son de ordinario nocturnos y espontáneos, la presión sobre las inserciones ligamentosas también los despiertan; en cambio, la marcha y los movimientos articulares no son tan intensamente dolorosos como en el reumatismo verdadero. Hay además una cierta fijeza en las localizaciones articulares que distinguen también al proceso sifilítico de las crisis reumáticas; una de las características de estas últimas es justamente, la facilidad con que el proceso pasa de una articulación a otra. El pseudo-reumatismo sifilítico no se acompaña de fiebre ni de reacciones generales muy marcadas.

Una tercera forma que se observa también en el período secundario es la *hidrartrósis*. Los caracteres con que se presentan las hidrartrósis sifilíticas son enteramente análogos a los que se observan en hidropesías articulares de otro origen; en las hidrartrósis llamados idiopáticas por ejemplo y que hoy se sabe son casi siempre de origen tuberculoso. La hidrartrosis sifilítica se desarrolla la mayor parte de las veces en la rodilla y más que ninguna otra tiene tendencia a bilateralidad.

El pseudo-tumor blanco sifilítico es la forma más importante que se observa en el período terciario. Su aparición tiene lugar varios años, y a veces muchos años, después del chancro primitivo. El proceso reviste en estos casos una gravedad mayor, pues todos los elementos de la articulación se encuentran más o menos comprometidos. De ordinario el mal comienza por un *goma* que se desarrolla en el tejido esponjoso de una epífisis y después se afectan los cartílagos, la sinovial y los demás elementos articulares. Cuando el proceso ha llegado a su completo desarrollo su aspecto, clínico es muy parecido al del tumor blanco verdadero; la articulación tiene una forma globosa, hay líquido intra-articular, la sinovial está engrosada, hay atrofias musculares, dolores, impotencia, etc., Si estudiamos sin embargo, uno a uno estos diferentes síntomas encontramos la posibilidad, por lo menos teóricamente, de señalarles caracteres diferenciales. En la artropatía sifilítica hay un considerable aumento de las epífisis debido a un proceso reaccional neoformativo en torno del goma inicial, que era por el contrario un proceso esencialmente destructor. Esta hiperostósis es la que apreciamos tanto por el examen clínico como por las radiografías y constituye un signo distintivo del mayor valor entre ambas afecciones.

La sustancia que distiende la cavidad articular y contribuye a darle su forma globosa es distinta en ambas afecciones; en la sífilis es un líquido amarillo dorado, en la tuberculosis es el *fungus* característico; en el primer caso el examen clínico descubre una fluctuación verdadera; en el segundo ésta no existe. La sinovial en las artropatías sifilíticas se dobla con gran frecuencia de placas duras y espesas que dan al tacto la sensación de cartílagos; estos espesamientos sinoviales tienen

Universidad del Perú. Decana de América

un valor diagnóstico de primer orden. En la enferma a que acabo de hacer referencia toda la sinovial del codo estaba verdaderamente blindada por estas placas.

Las atrofias musculares son mucho menos marcadas en la sífilis, lo mismo que las contracturas y las actitudes viciosas. Es relativamente frecuente que las articulaciones sifilíticas puedan ser movilizadas aún en límites bastante extensos sin provocar dolores muy agudos, en cambio, esto es excepcional en la tuberculosis; considero esta diferencia como una de las más importantes de señalar desde el punto de vista sintomático. El dolor en la artropatía sifilítica es espontáneo, en la tuberculosis es provocado. Los infartos ganglionares son menos marcados en la sífilis y tienen caracteres diferentes. Sólo he comparado las lesiones locales, me parece inútil repetir que hay muchas ocasiones en que la diferenciación es casi imposible por su solo estudio y que necesitamos apelar entonces, como en el caso de la enferma que ha motivado esta lección a otras investigaciones.

Hay otras formas de artropatías sifilíticas del período terciario pero que son menos frecuentes, me limitaré a señalar las formas *gomosas, perisinoviales,* poco dolorosas y de marcha tórpida, pero que tienen tendencia a ulcerar la piel y a formar trayectos fistulosos con infecciones secundarias.

En la sífilis hereditaria es también el pseudo-tumor blanco la forma más corriente. Para reconocerlo hay que tener presente los síntomas que hemos descrito ya y además, las manifestaciones propias de la heredo-sífilis: dientes de Hutchinson, keratitis intersticial, sordera, deformaciones palatinas y nasales, etc.

Existe otra forma de sífilis hereditaria que aparece de ordinario tardíamente y que está caracterizada, sobre todo, por las deformaciones que se producen en el esqueleto, es la *osteoartropatía deformante,* poco dolorosa, de marhca lenta, pero que por su gran tendencia hiperostosante perturba seriamente el funcionamiento articular y conduce muchas veces a la anquílosis.

## Academia Nacional de Medicina

(*Continuación*)

B).—*Grippe.*—En febrero de 1890 se presentó en Lima, Callao y otras ciudades del Perú una epidemia, que fué calificada como de Grippe, por la casi totalidad de los práctios, poco después de su aparición; pues en los comienzos hubo mucha vacilación para el diagnóstico, porque no pocos profesionales la referían a las afecciones catarrales que siempre han sido tan frecuentes en Lima.

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

No fué muy difícil establecer la génesis de esta epidemia, una vez que se supo que había comenzado a desarrollarse en Europa, cuyos principales países fueron víctimas del flagelo, en diciembre de 1889, y que en seguida se trasladó a América, invadiendo la Gran República del Norte, Centro América, Panamá, Ecuador, etc.; hasta que llegó al Perú, traída probablemente por algún o algunos pasajeros que llegaron enfermos. El mal se propagó en Lima y poblaciones vecinas con la rapidez que tipifica la marcha de este proceso, a tal punto que muy pronto adquirió los caracteres de una pandemia.

De la actitud de la Academia en tal circunstancia, puede juzgarse por los siguientes párrafos que tomo de la *Memoria de los trabajos del año académico de 1890,* leída por el Secretario Perpétuo profesor José C. Ulloa, en la sesión del 22 de febrero de 1891: —".....a principios de febrero (de 1890), la epi-"demia Grippe, que desde los extremos del Oriente venía re-"corriendo el mundo entero, hizo sus primeras manifestaciones "en el Perú, distinguiéndose igualmente por lo anómalo e in-"definido de sus síntomas y de su marcha, que suscitó, aquí, "como en Europa, las mayores dudas sobre su verdadero ca-rácter".

"No podía la Academia declinar su deber de estudiar esta "nueva invasión de la Grippe, ya para determinar las medidas "cómo impedir su propagación y funestos efectos, ya para con-"tribuir con sus observaciones a la solución del problema cien-"tífico, de la determinación de su verdadera naturaleza".

"'Así lo hizo, en su sesión del 18 de abril, en la que, a pro-"puesta de dos sus miembros (Prof. Ulloa y Dr. G. Bravo), "resolvió":

"1°. Que una comisión especial de cinco miembros se en-"cargase del estudio de la constitución médica reinante y de "las medidas higiénicas que reclamase su estado, presentando "a la brevedad posible su respectivo informe".

"2°. Que la misma Comisión propusiese las medidas de pre-"caución contra la enfermedad o sus complicaciones o conse-"cuencias que se crean convenientes".

"3°. Que en previsión del carácter epidémico que pudiese "asumir el mal, se recomendase por la Junta Suprema de Sa-"nidad al Concejo Municipal y a la Sociedad de Beneficencia, "no sólo la habilitación del Lazareto sino de dos o más salas "de cada hospital, dotadas de su personal y material de servi-"cio correspondiente".

"4°. Que la misma Junta de Sanidad declarase, si estallaba "la epidemia, la conveniencia del establecimiento de un servi-"cio gratuito médico a domicilio.....".

"5°. Que se estableciese igualmente por quien correspon-"diese, conforme al Reglamento de Sanidad, un servicio de de-"sinfección pública".

"6°. Que los médicos diesen cuenta diaria a la Inspección "de Higiene o a la Facultad de Medicina de todos los casos

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

"sospechosos de verdadero carácter epidémico de que tuviesen "conocimiento".

"7°. Que los Concejos Municipales de Lima y sus distritos "mejorasen por todos los medios posibles la Higiene de sus "respectivas localidades".

"8°. Finalmente, que la Junta Provincial de Sanidad for- "mulase y distribuyese las instrucciones populares correspon- "dientes, para atenuar la influencia de la *grippe*".

"Aprobado este programa de profilaxis, se llevó a la au- "toridad suprema, sin que desgraciadamente fuesen puestas en "práctica ninguna de sus disposiciones. La epidemia aumentó "considerablemente sus proporciones e invadió todos los pue- "blos de la República. Su aparente carácter de benignidad ador- "meció el celo de las autoridades sanitarias, que sólo despertó "a la vista de las cifras de la mortalidad, aumentadas con los "efectos de las consecuencias desastrosas de la Grippe que aquí "como en todas partes, en la epidemia última, fué causa de ac- "cidentes mortales de todo género, especialmente de los que "llevaban ya en desarrollo los gérmenes de graves lesiones "pulmonares, cerebrales, cardiacas o renales, a las que se atri- "buye la muerte y no a la Grippe, que aviva y activa su funesto "desarrollo".

Como se ve, el plan profiláctico, contra la Grippe, formulado por la Academia de Medicina con motivo de la epidemia de 1890, refleja las ideas entonces dominantes, que los estudios modernos y la experiencia han modificado sustancialmente.

Si bien la Academia no tuvo oportunidad de discutir el informe de la comisión especial, que no llegó a producirse por haberle sido imposible a la comisión reunir los datos indispensables para ello, sí tomó conocimiento de la Memoria presentada por el secretario perpetuo sobre "La Grippe o Dengue del Perú", en la que verificó el estudio comparativo de las epidemias de 1817, 1851, 1875 y 1890, arribando a las siguientes conclusiones:

"1°. Que las epidemias del Perú de 1817, 1851 y 1875 han "sido de idéntica naturaleza".

"2°. Que su diversidad de forma no es bastante para esta- "blecer diversidad entre ellas".

"3°. Que en estas formas el fondo patológico es el mismo, "revelando que constituyen una sola y única afección".

"4°. Que observándose estas mismas diferencias en las epi- "demias parciales de Europa de las mismas enfermedades, es- "pecialmente de la epidemia actual de la titulada Grippe, este "hecho es otra demostración de dicha identidad entre una y "otra enfermedad".

"5°. Que habiendo tenido lugar las epidemias del Perú en "estaciones diversas no pueden referirse esas diferencias a só- "lo diversidad de estaciones, sino a condiciones no definidas "de su origen y modo de propagación, que determinan indudа- "blemente dichas diversidades en entidades patológicas idén- "ticas".

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

"6°. Finalmente, que el *Dengue* y la *Grippe* son una sola y "misma enfermedad, con forma distinta, no por las estaciones "y clima, sino por otras condiciones de causa y de marcha que "no están bien determinadas".

El porfesor Ulloa, pues, en 1890, aseguraba con acento convencido que la Grippe y el Dengue consituían un mismo proceso morboso; y, si bien en ese entonces eran algunos los autores que tenían idéntica opinión, la mayoría de los miembros de la Academia pensaban de distinto modo, aceptando la dualidad y no la unidad de estas enfermedades; apoyándose para ello en la magistral lección que diera el profesor Villar, en 14 de mayo de 1877, en su clínica del Hospital de Dos de Mayo. Cuando se revisan ambos trabajos, de los profesores Ulloa y Villar, se puede apreciar con facilidad que si hay entre ambos procesos morbosos algunas semejanzas (modo de invación del mal, dolores musculares y articulares, etc.), lo cierto es que también hay notables diferencias (sinonimia, zonas geográficas en que se presentan, carácteres de la erupción, astenia muscular y nerviosa, etc.): datos que han podido perfectamente comprobarse por la observación a la cabecera de los enfermos. La Academia no aceptó, pues, de primera intención las ideas del profesor Ulloa, no obstante lo qué encomendó su estudio a una de las Secciones de la Corporación.

La observaciones posteriores han demostrado cuán equivodo estuvo el profesor Ulloa, al pensar así. Tendré ocasión, más adelante, de insistir sobre este tópico.

—En el mes de julio de 1892 reapareció la Grippe en algunas ciudades de la costa del Perú, propagándose en seguida a las poblaciones del interior. Puede decirse que la Grippe en ese entonces recorrió el territorio nacional, de sur a norte y de occidente a oriente. Esa epidemia, que dejó tan graves y dolorosas secuelas, ha sido la más difundida de cuantas ha habido oportunidad de observar entre nosotros. Ocupándome de de este asunto, en el número de "La Crónica Médica" correspondiente al 31 de agosto de ese año, dije lo siguiente: —"Ra- "ros y muy diseminados los casos en un principio, la epidemia "se generalizó con mucha extensión en los primeros días del "presente mes (agosto del 92), realizándose su difusión con "tal rapidez, con antes de ahora no habían tenido oportunidad "de observarla nuestros prácticos, en epidemia alguna; no siendo "exagerado decir que, en pocos días, cayeron víctimas del fla- "jelo la sétima o sexta parte de la población total de Lima"

La Grippe, en esa epidemia se presentó en sus tres formas principales: la toráxica, la abdominal y la nerviosa, con predominio de la forma toráxica: las neumonias, las bronco-neumonias, las pleuresías, las bronquitis capilares, las broncoplegias y otras afecciones del aparato respiratorio, fueron las que determinaron la excesiva mortalidad que hubo como consecuencia de la referida epidemia.

Pero me desvía de mi principal finalidad: rememorar el modo cómo procedió entonces la Academia para hacer la historia

Universidad del Perú. Decana de América

completa de esa epidemia, dejando como fruto de la labor efectuada un conjunto de documentos, que siempre serán consultados con el mayor provecho.

Como es fácil suponerlo, mientras el flajelo hacía su obra de devastación, la Academia no pudo celebrar sus acostumbradas reuniones: los académicos que no cayeron víctimas del mal, tenían que dedicar todo su tiempo disponible a la asistencia de los epidemiados. Pero una vez desaparecida la Grippe, y restablecida la normalidad, la Academia en una de las sesiones celebradas en el mes de octubre de 1892, resolvió verificar el estudio integral de la referida epidemia, tanto para colaborar en la obra científica correspondiente, como para derivar de tal estudio cuantas enseñanzas pudieran ser aprovechadas en el futuro. Para ello, acordó distribuir el trabajo, para que fuera más proficuo, y encomendar la labor a cuatro comisiones, que debían producir otros tantos informes sobre los que se promoverían los respectivos debates. La primera comisión, formada por los profesores M. C. Barrios, M. R. Artola y L. Avendaño (relator), recibió el encargo de contemplar los siguientes asuntos: Historia de la Influenza, Desarrollo y terminación de la última epidemia en Lima, Mortalidad. La segunda, integrada por los profesores A. Velez, J. Becerra y D. Matto (relator), se ocupó de estas cuestiones: —Etiología, Contagio, Infección, Bacteriología, Influencias meteorológicas. A la tercera comisión, compuesta por los profesores L. Villar, B. Sosa, C. T. Carvallo y E. Odriozola (relator), se le encomendó el estudio de la relativo a: —Síntomas, Formas, Complicaciones. Y la cuarta constituída por los profesores R. L. Flores, J. C. Castillo y F. Almenara Butler (relator), abordó el muy interesante tópico del Tratamiento de la Influenza.

Los cuatro informes, en conjunto, constituyen un estudio completo, metódico, ajustado a las más exigentes normas científicas, en que se puntualiza todo cuanto interesante ha podido recopilarse sobre la evolución de la Grippe en Lima, en 1892. Sin exageración alguna puede asegurarse, que esos informes merecen ser catalogados entre los más valiosos documentos de la literatura médica peruana. Y como tenía que suceder, los debates entonces habidos representan una de las más brillaantes páginas de la historia de la Academia Nacional de Medicina de Lima.

Voy, en rápida sinopsis, a indicar los puntos culminantes, los tópicos más interesantes dilucidados en el estudios en referencia, y refrendados en las discusiones habidas en varias sesiones cosecutivas. Tales son:

a)—Que la primera epidemia de Grippe habida en el Perú lo fué en 1818, secuela de la que recorrió el continente europeo en 1811, siguiendo después las de 1851 (la ferrolana), de 1865 (el abrazo de Pinzón), de 1890 y de 1892. La Academia, aceptando las ideas de la respectiva comisión, no incluyó a la epidemia de 1875 (la argolla), porque ésta ofreció el cuadro tí-

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

pico del Dengue, tan magistralmente descrito, como queda dicho, por el profesor Villar.

b)—Que la epidemia de 1892, no se debió a una nueva importación del germen, como lo fué la de 1890, sino a una reviviscencia de los elementos patógenos que permanecieron latentes, después de la importación anterior y que repulularon al presentarse condiciones climatéricas favorables para el estallido y difusión de la epidemia. En 1892, cuando el flajelo se hallaba en su *acmé*, y *faltaban* el tiempo y la calma para la correcta interpretación de los hechos observados, los órganos de la prensa médica, juzgando de lijero y al unísono, opinaron que la grippe de entonces se debía a otra invasión del agente específico; y hasta se indicó al vapor ***Mapocho***, que fondeó en el puerto del Callao el 12 de julio de 1892, como el barco portador de la enfermedad, y al vapor ***Cachapoal***, que arribó el 23 del mismo mes, en el que llegaron enfermos los señores Alzamora, Antonieti y otros. Pero como quiera que pudo comprobarse, con toda evidencia, que antes de esa fecha, (el 12 de julio) se observaron los primeros casos de Grippe, los precursores de la epidemia; la Academia, sin desconocer el hecho cierto de haber ingresado al Callao, en el mes indicado, sujetos en plena evolución del mal, se pronunció aceptando que las epidemias de 1890 y de 1892, constituía una sola entidad desde el punto de vista epidemiológico, y que poca influencia ejercieron en la marcha de la segunda, el nuevo aporte de gérmenes morbíficos venidos de Chile, donde también se sorportaba una grave epidemia de Influenza.

Como después de la epidemia del año 1892, la Grippe no ha dejado de figurar en nuestro cuadro nosológico, durante el invierno y cuando sobrevienen cambios bruscos de la *temperatura*, es indudable que desde 1890 la Grippe se ha hecho endémica en el Perú, habiéndose también presentado algunas exacerbaciones epidémicas, como se verá más adelante.

c)—Que según aparece del cuadro estadístico presentado por la Primera Comisión, en el que se contempla la mortalidad habida en Lima, durante los meses de julio, agosto y setiembre de 1892 (el tiempo que duró la epidemia) la mortalidad causada por la Grippe en esa epidemia fué de 954 personas:— "cifra insignificante si se tiene en cuenta el número de los ata- "cados; pero muy levada si se le compara con la mortalidad "habida en otras epidemias y en otras ciudades". Esta cifra de 954 fallecidos, representó el 8.67 por mil de la epidemia total de Lima.

d)—Que en Lima, al igual de lo que sucedió en Rusia, no se observó la baja de la presión barométrica, que ha sido considerada por algunos autores como factor meteorológico capital en la etiología de la Grippe; pero sí se experimentó hasta por los sujetos de constitución fuerte, intensa sensación de frío, en un ambiente lluvioso, nublado y ventoso, totalmente desprovisto de ozono: condiciones atmosféricas abonadas para el desarrollo de las enfermedades del aparato respiratorio, en el

Universidad del Perú. Decana de América

que como es sabido, se localizó de preferencia el agente patógeno.

e)—Que la Grippe atacó de preferencia a los hombres que a las mujeres, a los adultos que a los niños; habiéndose cebado en los viejos debilitados y en los sujetos ya enfermos del aparato respiratorio, entre los que fué mayor la mortalidad; —que un ataque del mal no confirió inmunidad alguna, pues fueron muchos lo que la tuvieron dos y aún tres veces; —fueron igualmente atacados los blancos que los cholos, los negros que los mestizos, sin predilección por raza alguna; —y, que, en oposición a lo que acontece con otras enfermedades infecciosas, la Grippe hizo abundante cosecha entre las clases acomodadas. Rara fué la familia de elevada condición social que, ese entonces, no pagó su tributo a la epidemia

f)—Que en la epidemia de 1892, se corroboraron las nociones ya adquiridas sobre la contagiosidad del mal y sobre su modo de propagación: —mediata, de hombre a hombre, o inmediata, por intermedio del aire, tratándose de la primera; —y, siguiendo las vías de comunicación del hombre y con la rapidez conque esta se realiza, con referencia a segunda. Como comprobación de lo dicho, trascribo el siguiente párrafo del informe de la segunda comisión: —"Entre nosotros, la epidemia de In-"fluenza se ha propagado siguiendo estas mismas vías de co-"rriente humana, recorriendo primero las poblaciones de la cos-"ta, para ir en seguida a los pueblos del interior, más omenos "rápidamente, según que hubiera o no ferrocarril. A Matucana, "Chicla y Casapalca, se propagó casi como a un barrio de Li-"ma. Al Cuzco no llegó sino después de haber estado algún "tiempo en Arequipa y Puno". Confirmándose lo sabido respecto al contagio del personal médico y al subalterno de asistencia, fueron muchos los médicos y los enfermeros que adquirieron la enfermedad en el ejercicio profesional.

g)—Que, no obstantetodos los esfuerzos realizados, en ese año (1892) poco se sabía de la biología del bacilo de Pfeiffer, ignorándose las toxinas que secreta. Lo que sí pudo comprobarse entonces fué, la propiedad que tiene este micro-organismo de exaltar la virulencia de los otros gérmenes que permanecen, en el organismo, como comensales habituales, provocando el desarrallo de muy serias complicaciones en los diversos aparatos orgánicos.

Las investigaciones que entonces practicaron el profesor Matto (académico), y el doctor Gaffron, en la sangre de un griposo, en busca de algún micro-organismo, fueron completamente negativas.

h)—Que, en el curso de esta epidemia pudo observarse un caso indiscutible de desarrollo de la Grippe durante la vida intra-uterina.

i)—La Grippe, se presentó, en 1892, bajo todas las formas clínicas hasta hoy observadas, "desde la fiebre simple hasta la "violenta infección profunda y generalizada con localizaciones "graves y diversas". Si bien en algunos casos fué posible encontrar bien caracterizadas las clásicas formas *nerviosas, to-*

Universidad del Perú. Decana de América

*ráxica* y *gastro intestinal,* lo frecuente era observar formas mixtas con la múltiple sintomatología de los tipos puros. Como complicaciones radicadas en el aparato respiratorio, predominaron las laringitis, traqueitis, bronquitis capilares, bronco-neumonias, neumonias, broncoplegias, apoplegias pulmonares y pleuresías. En el aparato circulatorio, fueron muy frecuentes los trastornos del órgano central, del corazón, aún en los casos en que no era muy grave la lesión pulmonar; y las diversas hemorragias, epixtasis, hemoptisis, metrorragias y menorragias, con adelanto notable en la venida de los menstruos, las hematurias. En una palabra, en todos los aparatos orgánicos se pudo contemplar el profundo ataque de los agentes patógenos, principal yccesorios, y las serias perturbaciones de todas las funciones de la economía. Merecen una mención especial, los trastornos del sistema nervioso, en todas sus manifestaciones, que estallaban aún en los sujetos fuertes y tranquilos.

La marcha de la temperatura, en esta epidemia, fué muy irregular; en algunos casos subió a más de 41° y en otros descendió hasta 34°.

No faltaron algunos enfermos en que la infección fué tan intensa, que provocó la aparición de "todos los carácteres del "tifus: fuliginosidades, balonamiento del vientre, diarrea, adi- "namia profunda".

j).—Cuanto a la terapéutica empleada contra la Grippe, durante la epidemia de 1892, fué, como puede suponerse, muy variada y de preferencia sintomática: hecho muy racional, si se recuerda que no había entonces, ni existe hoy, una medicación específica capaz de yugular las variadísimas manifestaciones de la infección gripal. Como resultado práctico de los debates que provocó el informe de la cuarta comisión, la Academia acojió de buen grado las ideas de la comisión, de orientar por nuevos rumbos, en conformidad con el moderno concepto de la medicación, el tratamiento de la Grippe, cuya fisonomía clínica es tan múltiple y tan variada; y, declaró que los vegigatorios debían quedar proscritos de la terapéutica. Huelgan los comentarios al respecto.

—No me detengo a exponer y a comentar el proceder de las autoridades sanitarias y comunales, durante los aciagos días de la epidemia, porque mi objeto es únicamente reseñar la actuación de la Academia en ese entonces; y, como a esta Corporación no se le consultó al respecto, ni antes ni después de la aparición del mal, no pudo intrevenir en la lucha contra la Grippe, como hubiera sido su deseo.

—He dicho en uno de los párrafos anteriores, que a partir del año de 1892, la Grippe figuraba entre los procesos morbosos endémicos en todo el territorio nacional y que, en algunas ocasiones, han vuelto a presentarse brotes epidémicos de mayor o menor intensidad. En efecto, los que ejercemos desde esos remotos tiempos siempre hemos tenido oportunidad de ver enfermos de Grippe, de preferencia en las estaciones frías y lluviosas que se caracterizan por bruscos cambios de la tempera-

Universidad del Perú. Decana de América

tura ambiente; y, también hemos tenido oportunidad de presenciar la evolución de lijeras epidemias, la primera de las que aparecieron en 1893, un año después de la gran pandemia cuyas características acabo de bosquejar.

Algunos años más tarde, en 1918, sobrevino nuevamente una asoladora epidemia, que, como precisamente tenía que suceder, preocupó la atención de la Academia provocando muy interesantes debates, en los que se expusieron hechos por demás interesantes para la historia nosográfica de la Influenza.

Resumiendo la actuación de la Academia en esa oportunidad, dije lo siguiente en la Memoria leída, en mi carácter de Secretario perpétuo de la Corporación, en la sesión solemne del 10 de agosto de 1919:

"A mediados del año anterior (1918) apareció en Madrid "y varias poblaciones de España una espantosa pandemia de "grippe. La enfermedad revistió carácteres tan graves e insó- "litos que la fantasía popular y no pocos profesionales, la bau- "tizaron con el nombre de *grippe española,* considerándola como "una entidad mórbida distinta de la bien conocida influenza "que tantas excursiones epidémicas ha hecho por todo el orbe. "La pandemia no sólo grasó en España, sino que también hizo "sus estragos en las demás naciones de Europa, empeñadas en "la devastadora guerra que ya tocaba a su fin".

"Atravesó los mares, se radicó en la gran República del "Norte, donde su difusión y sus estragos sobrepasaron a la pre- "visión humana. La invasión siguió por la costa oriental de la "América: en Río de Janeiro, la situación fué tan crítica que "hubo de suspenderse los festejos preparados con motivo de la "trasmisión del mando supremo y de la reunión de varios con- "gresos médicos; en Montevideo y en Buenos Aires, si bien "no fué tanta la devastación, se acentuaron notablemente las "cifras de la morbilidad y de la mortalidad; y, finalmente, en "los últimos meses de 1918, se presentó la pandemia en Lima "y muchas poblaciones del Perú".

"La Academia, consecuente con sus tradiciones y con los "fines de su institución, acordó, en la sesión del 28 de octubre "de 1918, que una comisión compuesta por el pofesor Ramón "Ribeyro y el doctor Paz Soldán, se ocupara en estudiar to- "do lo relativo a la epidemia reinante y presentar el respecti- "vo estudio: distribuyéndose el trabajo de modo que corres- "pondiera al doctor Paz Soldán la historia de la epidemia, y "al profesor Ribeyro la información bacteriológica".

"El doctor Paz Soldán dió cuenta de su cometido en un in- "forme preliminar leído en la sesión de 25 de junio último, "en el cual se ocupó de la epidemia y de sus daños, de la mar- "cha que siguió, de las modalidades clínicas ofrecidas, de los "gérmenes descritos, de las providencias adoptadas para contro- "lar la difusión y la asistencia, y terminó historiando las dis- "posiciones oficiales sobre la materia. Según el informante, la "pandemia grippal ha determinado en Lima un realce de la "mortalidad en más de mil vidas, que es la cifra que hay que

Universidad del Perú. Decana de América

"aceptar como expresión del desgaste demográfico por nosotros "sufrido".

"Toman parte en el debate, en ese día y en la siguiente "sesión del 4 de agosto, los profesores Odriozola, (que ofrendó "una contribución escrita), Hercelles, Arce, Pardo Figueroa, "Avendaño Aljovín y los doctores C. A. García, Corvetto, (que "comunicó sus observaciones por escrito), Paz Soldán y Monge "(que también envió una comunicación escrita)".

"Las observaciones hechas son muy interesantes, por de- "más ilustrativas; pero como la cuestión es muy vasta, tiene "innúmeras ramificaciones y la discusión aún no se agota, se "acuerda postergar el debate para las primeras sesiones del "siguiente año, a fin de que compilados los datos, compulsadas "todas las opiniones y reunidas todas las observaciones, pueda "la Academia presentar un estudio análogo al que hiciera en "1893, de la pandemia que desoló Lima y las poblaciones veci- "nas en 1892".

"Sin embargo, puede avanzarse como resultado de la dis- "cusión habida, lo siguiente: —que las pandemias de 1892 y "1918, se han debido a idéntico proceso morboso, la Grippe; "—que en la pandemia de 1892, la enfermedad atacó de pre- "ferencia a los adultos y a los ancianos, mientras que la de 1918 "ha demostrado su predilección por los niños y los jóvenes; —que "las formas dominantes han sido, la toráxica, con serio com- "promiso de parte del corazón en algunos casos y de las "cápsulas supra-renales en otros, y las formas septicémi- "cas rápidamente mortales, con grave perturbación en el fun- "cionamiento de las glándulas endocrinas; —y, que los tubercu- "losos víctimas del contagio de la Grippe han ofrecido una re- "sistencia inusitada a los ataques del agente patógeno, pues han "soportado la enfermedad sin notable exacerbación de su afec- "ción tuberculosa".

*(Continuará)*

## Bibliografía

LA TERAPEUTICA POR LAS PLANTAS por el profesor H. Leclerc, traducción castellana. *Editado por J. B. Aragonés.*— Barcelona.—Precio 8 pesetas.

La fitoterapia no es ya un empirismo; esta rama terapéutica ha pasado de la paleontología médica a la práctica diaria. El autor tiende en esta bien escrita obra a demostrar que la medicina por los simples tan usada en la antigüedad, es, claro está, sin sus errores y misterios, capaz de prestar inapreciables servicios, y de justificar el adagio, que escribió hace más de trescientos años Crolluis; "Vemos que los que curan con las simples plantas, tienen más éxitos y honores que los otros".

# Exploración funcional de la médula osea

Por el Dr. ROBERTO ANTONCICH

*(Continuación)*

*Observación II.*—Gerónimo G., natural de Jicamarca, de 19 años, soltero, indio y de ocupación pastelero, procede de Lima (Malambito) después de estar cinco días enfermo. Ingresa en 13 de marzo a la sala de "San José" del Hospital " Dos de Mayo", ocupando la cama N° 48.

*Antecedentes hereditarios.*—Padres vivos. La madre padece de afección gástrica. Tiene un hermano sano.

*Antecedentes personales.*—En la primera infancia tuvo sarampión. Posteriormente padeció de paludismo. Hace cuatro años sufrió de disentería. Es habitualmente predispuesto a coger, con relativa frecuencia, catarros bronquiales.

*Enfermedad actual.*—Hace cinco días empezó su enfermedad con malestar general, cefalalgia y fiebre de tipo continuo, cuya intensidad ha ido aumentando progresivamente día a día. Refiere haber tenido abundantes diarreas que las atribuye a los repetidos purgantes que le administraron. Hay tos escasa.

*Examen clínico.*—(14 de marzo de 1924).—Desarrollo normal. Actitud en decubito dorsal,se nota marcadísima astenia. Estado de la nutrición deficiente. Facies características estuporosa. Piel con discretas manchas lenticulares.

Cabeza.—Cráneo dolicocéfalo con cuero cabelludo sano y abundante. Ojos de aspecto normal; motilidad conservada; pupilas isocóricas, reaccionan bien a la luz y a la acomodación; visión algo disminuída. Lengua seca, saburrosa. Dentadura completa, isodontismo, bien implantados y en buen estado de conservación. Encías de aspecto normal. Naríz y oídos normales; olfación y audición, conservadas.

Cuello cilíndrico, delgado y largo; no se palpa la tiroides.

Tórax de conformación normal; axilas excavadas y despobladas.

Los pulmones, aparte de uno que otro estertor bronquial, no ofrecen nada de particular. Tipo respiratorio costo-abdominal; número de respiraciones, 40 al minuto. Hay tos y espectoración escasas.

Pulso rítmico regular, blando y de poca amplitud; late 88 veces al minuto. Ruidos cardiacos algo apagados. Paredes vasculares normales.

Abdomen ligeramente meteorizado, con manchas lenticulares en el lado derecho; la presión despierta dolor a nivel de la fosa iliaca derecha; Hígado ligeramente basculado hacia atrás; hay aumento de la macidez retrohepática. Punto doloroso cístico.

Espacio de Traube libre; bazo aumentado de volumen y muy doloroso.

Función digestiva: apetito y digestión normales. Hay diarreas.

En las extremidades inferiores acusa dolores vagos localizados al nivel de las rodillas.

*Diagnóstico.*—Los datos proporcionados por la anamnesis y el examen clínico hicieron sospechar el diagnóstico de *tifoidea.*

Los exámenes de laboratorio practicados en el presente caso, han sido los siguientes:

*Análisis de sangre:* Hemocultivo, negativo a las 17 horas.
Reacción aglutinante al bacilo de Eberth, negativa.
Reacción aglutinante al bacilo paratífico alfa, positiva.
Reacción aglutinante al bacilo paratífico beta, negativa.

Numeración y fórmula leucocitaria.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hematíes . . . . | 2.900,000 | Leucocitos . . . . . | 5,000 |
| Granulocitos neutrófilos . . . . . | | | 68 % |
| „ eosinófilos . . . . . | | | 0 % |
| „ basófilos . . . . . | | | 0 % |
| Grandes mononucleares . . . . . | | | 0 % |
| Linfocitos . . . . . | | | 32 % |

No se encuentra hematozoario de Laverán.
*Analisis de orina:*
Aspecto turbio.
Sedimento abundante.
Olor sui géneris.
Reacción ácida.
Densidad 1,013.
Urea 17,05.
Cloruros 3,00.
Acido Urico: 1,72.
Fosfatos: 1,00.
Hay trazas de serina.

*Evolución clínica.*—Durante los cinco primeros días de su permanencia en el Hospital, la temperatura se mantuvo constantemente al rededor de 39° y su aspecto clínico no ofreció modificación alguna respecto al que presentó el día de su ingreso. A partir de esta fecha la mejoría se hizo notar progresivamente y la temperatura fué descendiendo hasta llegar a la apirexia a los 10 días de hospitalizado. Permaneció así por espacio de 9 días, después de los que la temperatura ascendió a sus límites anteriores y el estado tifoide se acentuó nuevamente: adinamia

marcada; dolor epigástrico; lengua seca, saburrosa; herpes labial y timpanismo abdominal. Dolor precordial y ruidos cardiacos disminuídos en intensidad. Pulso frecuente y de poca tensión. Presión máxima: 9 y presión mínima 5,05.

En estas condiciones nos propusimos determinar en este enfermo el grado de reacción medular.

Efectivamente, el 5 de mayo del presente año, inyectamos subcutáneamente la dosis ya mencionada de nucleinato sódico, habiendo obtenido como cifra tipo la de 4,667. Los resultados obtenidos en los cuatro días siguientes al de la inyección fueron de 120; 0,86; 0,96 y 0,90, que corresponden, según la clasificación propuesta por Habetín a reacciones del tipo invertido y anérgico.

A partir del 22 de mayo el paciente entra en un período de franca mejoría: la temperatura no sobrepasa de 37° y su estado general va recobrando cada vez un aspecto floreciente.

Una numeración practicada el día 15 arroja 7,200 leucocitos, que en relación con la cifra tipo da como resultado 154, traduciendo un grado de reacción medular vecino al tipo hiperérgico.

El enfermo abandonó el hospital el 26 de junio completamente restablecido, habiendo sufrido en la primera semana del mismo mes una infección sarampionosa que duró pocos mías.

La prueba de la exploración funcional de la médula ósea, realizada en el presente caso, parece estar, pues, de acuerdo con los resultados obtenidos por su autor.

*Observación III.*—Apolinario C., natural de Cuschca, de 17 años, de raza india, soltero; procede de Lima, habiendo estado cuatro días enfermo. Ingresa al Hospital "Dos de Mayo" el 12 de abril del presente, ocupando la cama N° 34 del servicio médico de "San José".

*Antecedentes hereditarios.*—Padres vivos y sanos. Tiene tres hermanos vivos que gozan de buena salud.

*Antecedentes personales.*—Refiere haber vivido siempre en su pueblo natal, dedicado a las faenas agrícolas. Sólo recuerda haber sufrido de paludismo el año pasado.

*Enfermedad actual.*—Poco más o menos el 15 de marzo se propuso emprender viaje a Lima, saliendo de su pueblo en dirección a Chono, ejecuta dicha travesía a pié, tomando en seguida el tren que une este lugar con Chimbote, para luego embarcarse con rumbo al Callao. Al seguir esta ruta pasó por un lugar denominado Pampa, sindicado como zona verrucógena.

Llegado que hubo a Lima, empezó a sentir intensas cefalalgias, acompañadas de mareos, fiebre alta y quebrantamiento general. Estas manifestaciones se apoderaron del paciente a principios de abril, y, cinco días antes de su ingreso, tales síntomas se exacerbaron tanto, acompañándose de diarreas de aspecto disenteriforme que el enfermo aterrorizado por su mal estado solicitó su ingreso al hospital.

*Examen clínico.*—(13 de abril de 1924).—Desarrollo proporcionado, longuilíneo. Actitud en decubito dorsal pasivo. Estado

de la nutrición, mediocre. Tegumentos de tinte completamente pálido y de aspecto céreo.

Cabeza.—Cráneo dolicocéfalo. El cuero cabelludo no ofrece nada de particular. Ojos de aspecto normal; pupilas isocóricas, reaccionan bien a la luz y a la acomodación; conjuntivas, sumamente pálidas. Labios y mucosa bucal completamente descoloridos; lengua ligeramente saburrosa y seca; dientes bien implantados, isodónticos y en regular estado de conservación.

Cuello cilíndrico, corto; no se palpa la tiroides.

Tórax amplio, bien conformado y de excursiones respiratorias normales. El examen no revela nada pulmonar. Tipo respiratorio costo-abdominal; hay marcada disnea: 30 respiraciones por minuto. No hay tos ni expectoración.

Aparato circulatorio.—Pulso rápido, regular, blando, de poca amplitud; late 110 veces al minuto. Hay soplo sistólico en todos los focos de auscultación; ruidos cardiacos claros; hay latido de los vasos del cuello; thrill sistólico de la punta perceptible a la palpación. Hay soplo vascular, en chorro de vapor, a nivel de las carótidas.

Sistema linfático: Poliadenia cervical, inguino-crural, de la nuca y epitocleares.

Abdomen ligeramente mateorizado, deprecible y doloroso en toda su extensión. Latido epigástrico bien marcado; hipogastrio doloroso expontáneamente y a la presión.

Espacio de Traube ocupado en parte; bazo perceptible.

Función digestiva: hay anorexia. Defecación diarreica y muco-sanguinolenta.

*Diagnóstico:* La anemia tan profunda y de marcha tan rápida, acompañada de disnea intensa, la adinamia, cefalalgia, los los mareos, infartos ganglionares, etc., hicieron inclinar el criterio clínico en el sentido de sospechar en el enfermo la existencia de una *infección verrucosa.*

Los exámenes de laboratorio solicitados en el presente caso, han sido los siguientes:

*Examen de sangre.*—Investigación de hemoparásitos; se encontraron abundantes cuerpos de Barton.

Las reacciones aglutinantes al Eberth, paratífico alfa y beta, resultaron negativas.

*Valor globular.*—En 1.050,000 hematíes, se encontró 3,78 de hemoglobina, y desde luego el valor globular se encontró aumentado en 1,28.

Las reacciones aglutinantes a los bacilos disentéricos de Flexner y de Strog resultaron negativas.

Un hemocultivo solicitado resultó negativo hasta los seis días y la orina no ofreció nada de anormal.

*Evolución clínica.*—Durante los siete primeros días de hospitalizado sus condiciones fueron de una gravedad alarmante. La temperatura oscilaba entre 37 y 39°; su estado general sumamente deprimido; el pulso frecuente, latía 110 veces al minuto, era pequeño, de poca amplitud e hipotenso. Presión máxima: 11; presión mínima: 5. La disnea era intensísima: 36 res-

piraciones al minuto. Lengua seca; dolor al vientre en toda su extensión y diarrea aundante de aspecto disentérico. El examen coprológico constató da presencia de amibas disentéricas en las heces. Sentía mareos al menor esfuerzo. La orina era escasa y con abundante sedimento apreciable aún a simple vista.

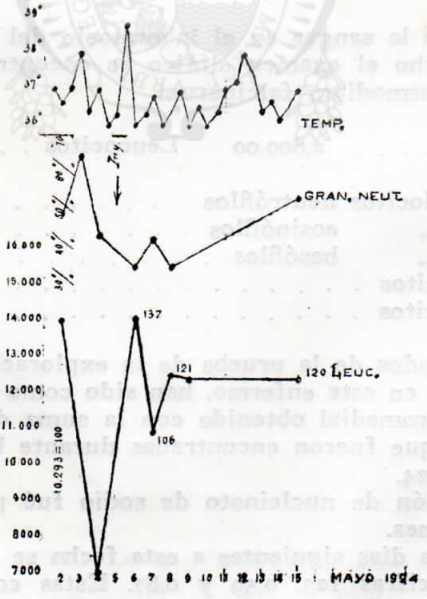
A partir del 18 del mismo mes, empezó a notarse una franca mejoría; todos los signos alarmantes fueron apagándose poco poco: la diarrea disminuyó notablemente; la lengua fué humedeciéndose; las mucosas ofrecían un tinte sonrosado y el estado general presentaba un aspecto más satisfactorio.

El 10 de mayo se observó la presencia de edemas bastante manifiestos en las extremidades inferiores y en la cara. Tres días más tarde se inició el brote verrucoso con un pequeño verrucoma de aspecto miliar, localizado en el tercio inferior de la pierna derecha.

El 2 de junio apareció otro del mismo aspecto, localizado en la cara interna y en el tercio inferior de la pierna izquierda.

Días después aparecieron algunos más, pero dos de ellos: uno situado en el hombro izquierdo y el otro en el borde del lóbulo derecho de la nariz, adquirieron un aspecto mular.

Aun cuando no nos fué posible estudiar el caso sorprendiéndolo en los primeros estadíos de su enfermedad, nos determinamos a hacerlo, procurando anticiparnos al período eruptivo.




*Gráfica de la observación* Nº 3

El 5 de mayo le fué inyectada la solución de nucleinato de sodio, habiéndose obtenido como tipo de los tres contajes previos, la cifra de 10,293 leucocitos.

En los tres días siguientes al de la inyección los resultados obtenidos fueron de 137, 106 y 212, respectivamente. Otra numeración leucocitaria practicada en 15 de mayo, habiendo arrojado la cifra de 12,400 leucocitos por m|m. cúbico, dió como resultado 120.

Por lols datos que anteceden se deduce que la médula ósea de este enfermo reaccionó, por lo menos durante los días que estuvo bajo nuestra observación, según los tipos anérgico e hipoérgico.

Creemos oportuno, al finalizar esta historia clínica, dejar constancia que la anemia evolucionó en este paciente con todas las características clínicas y hematológicas del tipo pernicioso, habiéndose encontrado en la sangre la presencia de megaloblastos cuando fueron practicadas las fórmulas leucocitarias correspondientes a los primeros días en que fué advertida su gravedad.

*Observación IV.*—Marino N., natural de Ayacucho, de 16 años, indio, de estado soltero y de ocupaciones agrícolas, ingresa al servicio de "San José" en el hospital "Dos de Mayo", ocupando la cama N° 32. Procede de la hacienda "Encalada", donde ha permanecido ocho días enfermo, hospitalizándose el 1° de mayo del año 1924.

*Diagnóstico.*—En posesión de los datos suministrados por la anamnesis y el examen clínico, se formula el diagnóstico de *paludismo.*

Examinada la sangre en el laboratorio del servicio, el mismo día de hecho el examen clínico se encontraron abundantes gametas de plasmodium falciparum.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hematíes . . . . | 2.800,00 | Leucocitos . . . . . | 7,000 |

| | | |
|---|---|---|
| Granulocitos | neutrófilos . . . . . | 44 % |
| „ | eosinófilos . . . . . | 4 % |
| „ | basófilos . . . . . | 0 % |
| Monocitos | . . . . . | 24 % |
| Linfocitos | . . . . . | 28 % |

Los resultados de la prueba de la exploración funcional de la médula ósea en este enfermo, han sido como sigue:

La cifra promedial obtenida con la suma de las cantidades de leucocitos que fueron encontradas durante los días 2, 3 y 4 de mayo de 1924.

La inyección de nucleinato de sodio fué practicada el día 5 del mismo mes.

En los tres días siguientes a esta fecha se obtuvieron como resultado las cifras 123, 0,59 y 0,87. Estas corresponderían a reacciones según los tipos invertidos y anérgicos.

*Observación V.*—Agripino C., de 16 años, indio, natural de Huancavelica, dedicado a las faenas agrícolas, procede de "Santa Eulalia", donde ha permanecido ocho días enfermo. Solicita

su ingreso al hospital "Dos de Mayo" el día 6 de mayo de 1924, alojándose en la cama N° 46 del servicio medico de "San José".

*Diágnóstico.*—Con los datos suministrados por la anamnesis y los recojidos en el examen clínico, se formuló el diagnostico de *paludismo,* siendo corroborado por el examen de la sangre practicado en el laboratorio del servicio al comprobarse la presencia de abundantes gametas de plasmodium falcíparum.

El día 10 de mayo fué practicada la inyección de nucleinato de scdio, habiéndose obtenido como cifra tipo de las numeraciones practicadas en los tres días anteriores a esta fecha, la de 5,433.

Las cifras obtenidas en los tres días posteriores al de la inyección, al relacionar el número de leucocitos encontrados con la cifra tipo, fueron 0,57; 103 y 0,90.

El 15 del mes al practicarse una numeración leucocitaria se encontró 7,500 leucocitos por m|m. cúbico, cifra que al relacionarse con la tomada como tipo, dió por resultado 183.

En este enfermo la médula ósea reaccionó en los días que siguieron inmediatamente a la inyección según el tipo invertido y anergético. Sólo el día 15 es cuando logró aproximarse al tipo normal

*Observación VI.*—Gerardo Ch., natural de Ayacucho, de 14 años, indio, doméstico, procede de Magdalena, donde ha estado seis días enfermo. Ingresa con fecha 6 de mayo al servicio de "San José" del hospital "Dos de Mayo", ocupando la cama N° 44.

*Diagnóstico.*—Por la descripción de sus manifestaciones iniciales y con los datos proporcionados por el examen clínico, se sentó el diagnóstico de *paludismo.* Este fué ratificado inmediatamente al examinarse la sangre en el laboratorio del servicio. Se encontraron formas jóvenes y adultas de plasmodium vivax.

La exploración funcional de la médula ósea verificada en este enfermo dió el siguiente resultado:

Con fecha 10 de mayo fué practicada la inyección de nucleinato de sodio, habiéndose obtenido como resultado de las tres numeraciones anteriores a esta fecha, la cifra tipo de 5,500

Al relacionar esta cifra tipo con las numeraciones de los tres días siguientes al de la inyección, se obtuvieron como resultado los números 145; 0,56 y 135.

Con las numeraciones leucocitarias practicadas en los días 21, 22 y 26 de mayo, se obtuvieron las cifras 156, 135 y 127, respectivamente.

Por las datos obtenidos al practicar la prueba de la exploración funcional de la médula ósea de este enfermo, se deduce que ésta reaccionó según el tipo normal al siguiente día de puesta la inyección; al segundo día de la misma fecha, según el tipo de reacción invertida y al tercer día según el tipo hipoérgico.

Universidad del Perú. Decana de América

En los días 21, 22 y 26 de mayo, reaccionó según los tipos normal e hipoergico.

*Observación VII.*—Genaro C., de 20 años, natural de Huánuco, blanco, soltero y de ocupación jornalero, procede de la hacienda "La Estrella". A los días de estar enfermo y con fecha 15 de mayo, solicita su ingreso al hospital "Dos de Mayo", ocupando la cama N° 51 del servicio médico de "San José".

*Diágnóstico.*—De acuerdo con los antecedentes del enfermo y con los datos obtenidos por el examen clínico, se formula el diagnóstico de *paludismo*. Este fué corroborado por el examen de sangre practicado en el laboratorio del servicio. Se encontraron en dicho examen esquizontes de plasmodium vivax y gametas de plasmodium falcíparum.

Los exámenes practicados en el presente caso han sido los siguientes:

*Examen de sangre: Numeración y fórmula leucocitaria:*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hematíes . . . . . | 3.660.000 | Leucocitos . . . . | 4.400 |
| Granulocitos neutrófilos . . . . . | | | 61 % |
| „ eosinófilos . . . . . | | | 1 % |
| „ basófilos . . . . . | | | 0 % |
| Grandes mononucleares . . . . . | | | 32 % |
| Linfocitos . . . . . | | | 32 % |

El análisis de orina practicado con fecha 21 de mayo, aparte de la presencia de pigmentos biliares y de la presencia de banda de bilis y de urobilina en el análisis espectral, no ofreció ninguna otra particularidad.

El índice de coagulabilidad fué a los cuatro minutos; y el tiempo de sangrado a los dos minutos y medio.

Al verificarse la prueba de la exploración funcional de la médula ósea en este enfermo, se obtuvo como cifra tipo la de 5,500, correspondiendo esta a la cifra promedial de las numeraciones practicadas en los tres días anteriores al 18 de mayo, fecha en la que practicó la inyección de nucleinato de sodio. En los tres días posteriores a esta misma fecha, los resultados que se obtuvieron fueron de 135, habiendo alcanzado tan sólo el 27 del mismo mes la cifra de 176.

Como podrá apreciarse por las cifras obtenidas en los tres días que siguieron al de la inyección, la médula ósea de este enfermo respondió según el tipo de reacción hipoérgica; y el día 27 reaccionó según el tipo hiperérgico.

*(Continuará)*

# Algunas consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica

Por el Dr. CARLOS VILLARAN

*Profesor en la Facultad de Medicina de Lima*

Es imposible en el momento actual establecer de una menera precisa todas las indicaciones de la intervención quirúrgica en la úlcera del estómago. Se conviene, generalmente, que el tratamiento de esta enfermedad es obra de colaboración entre médicos y cirujanos. En el comienzo de la afección es corriente emplear una terapéutica exclusivamente médica, todo el mundo aconseja y además los enfermos la reclaman. Son raras las ocasiones en que las primeras manifestaciones de una úlcera gástrica obligan a practicar una intervención de urgencia, tal por ejemplo, el caso de la perforación de una úlcera que no se había revelado antes y cuya existencia era por lo tanto ignorada. Bajo la influencia de un régimen higiénico y dietético, de una medicación interna bien concebida y aplicada, con la ayuda de procedimientos sencillos; tubaje gástrico o duodenal, etc., es posible conseguir no solamente alivios inmediatos o prolongados, sino también, con gran frecuencia, una curación definitiva de la úlcera.

La terapéutica quirúrgica, en cambio, no puede discutirse, razonablemente, en los casos de úlceras antiguas y callosas que han resistido a todo tratamiento médico o que por sus complicaciones son inaccesibles a la medicación interna; estenósis pilóricas o medio-gástricas, abcesos, perigastritis extensas, dolores intolerables, hemorragias repetidas, etc. Pero, al lado de los casos, felizmente numerosos, en que el acuerdo está hecho respecto a la conducta que debe seguirse, hay muchos otros sobre los cuales se disputan la preferencia las terapéuticas médica y quirúrgica. No entra en mi propósito enumerar ni discutir tales casos, ellos nos obligaría a examinar una por una todas las formas clínicas de la úlcera gástrica y sus diversas maneras de evolución, tendríamos que hacer la crítica de las opiniones, a veces enteramente opuestas de maestros igualmente competentes y analizar los resultados obtenidos con los diversos tratamientos; carecemos de la experiencia suficiente para emitir juicio propio sobre este asunto, pero, del estudio constante a que estamos obligados, podemos deducir un hecho importante; la oposición entre médicos y cirujanos al disputtarse la terapéu-

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

tica de la úlcera gástrica, si bien puede hacer vacilar nuestra determinación en algunos casos particulares, contribuye en cambio, al progreso rápido que se viene operando en el tratamiento de esta enfermedad; los procedimienos más numerosos y seguros para el diagnóstico precoz de la úlcera, las investigaciones prolijas, encaminadas a descubrir su verdadera patogenia, el perfeccionamiento de las técnicas que hace las operaciones cada vez menos peligrosas y permite ampliarlas con la ambición de obtener curas radicales, etc., todo contribuye por esfuerzo combinado de médicos y cirujanos a la mejor curación de la úlcera gástrica. No podrá obtenerse sin embargo, la solución definitiva del problema mientras no se llegue a un conocimiento perfecto sobre la patogenia de la úlcera y las causas que favorecen su producción, sólo entonces se llegará a establecer la regla científica precisa que fije nuestro procedimiento en todos los casos, mientras tanto, nosotros en el rol de cirujanos debemos buscar, cuál es la mejor operación que conviene practicar a los enfermos que se confían a nuestro cuidado.

De las diversas intervenciones quirúrgicas que se utilizan en el tratamiento de la úlcera gástrica dos son las más importantes y las que se practican con mayor frecuencia; la gastroenterostomía y la resección del estómago. A juzgar el valor relativo de las dos operaciones es que está destinado este modesto estudio cuyas conclusiones se basan casi exclusivamente en los resutados de nuestra experiencia personal. El pequeño número de operaciones que presento no permite hacer de ellas un argumento de gran fuerza, pero por lo mismo que son pocas, las observaciones han podido seguirse mejor y conocemos los resultados definitivos de todos los casos que hemos tratado.

Nuestra pequeña estadística se descompone así:

| | | |
|---|---|---|
| Ulceras de la pequeña curvadura . . . . . | | 3 |
| „ „ „ „ „ | extendidas al píloro . . . | 1 |
| „ „ „ „ „ | con estenosis mediogástrica | 1 |
| „ del píloro . . . . . | | 7 |

Las operaciones practicadas han sido:

| | |
|---|---|
| Resecciones del estómago . . . . . | 4 |
| Gastro-enterostomías . . . . . | 8 |

Los resultados obtenidos:

| | |
|---|---|
| Curaciones . . . . . | 11 |
| Muertos . . . . . | 1 |

Todas las operaciones practicadas han correspondido a lesiones perfectamente comprobadas durante le acto operatorio; sistemáticamente nos hemos abstenido de hacer gastro-enterostomías en todos aquellos casos en que no hemos hallado una lesión material que explicara los síntomas clínicos, por marca-

Universidad del Perú. Decana de América

dos que estos fueran. El estudio comparativo que nos proponemos hacer entre la resección y la gastro-enterostomía no adolecerá pues, de un inconveniente tan grave como es el de juzgar sobre un conjunto de operaciones, entre las cuales pueden haber algunas que han sido practicadas sin necesidad o contra enfermedades que no eran justiciables de tales intervenciones. El número de mis laparotomías por úlcera gástrica diagnosticada o considerada probable ha sido por consiguente mayor; en tres oportunidades he encontrado afecciones litiásicas y las operaciones se han convertido en colecistectomías, una vez he visto un cáncer inoperable del cólon, en otros me he limitado a extirpar un apéndice que me parecía afectada o cerrado francamente el vientre, pero nunca he hecho una gastro-enterostomía inútil.

La primera comparación que tenemos que hacer entre las dos operaciones que estudiamos es la que se refiere a su gravedad, juzgando en primer término sus resultados inmediatos. Estos han sido los siguientes:

| | |
|---|---|
| 4 resecciones | 4 curaciones |
| 8 gastro-enterostomías . . . | 7 curaciones<br>1 muerto. |

Como todas, nuestra pequeña estadística necesita para ser juzgada razonablemente, un análisis más atento que la simple comparación de las cifras, pues ateniéndonos exclusivamnte a los números, resultaría, que la resección ha sido en nuestras manos menos grave que la simple gastro-enterostomía, lo que no es admisible (1) y estaría en contra de las opiniones y estadísticas de la mayor parte de los cirujanos. Figura en efecto, en nuestra estadística un muerto sobre 8 gastro-enterostomías y en cambio las 4 resecciones que hemos practicado han tenido éxito, pero, investigando la causa de la muerte en el único caso en que nos ha ocurrido, se comprueba, que ella no puede atribuirse en realidad a la operación practicada; se trató de una enferma que tenía una estenósis medio-gástrica tan apretada que la alimentación se había hecho casi nula; la enferma que se encontraba en un estado de inanición muy avanzado y tenía además una doble tuberculosis pulmonar activa, buscó en la operación la única posibilidad de salud, desgraciadamente sin conseguirlo. He aquí la historia:

N. N., de 35 años, padecía del estómago, desde hacía varios años; dolores aumentados por los alimentos, acideces constantes y

(1) Hay sin embargo quienes sostienen la menor gravedad de la resección, por ejemplo, Friedmann citado por Lenormand en Journal de Chirurgie 1923, Nº 3 pág. 358.

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

algunas veces hematemésis figuraban en su pasado; signos evidentes de una estenosis gástrica se apreciaban al examen; muy pocos alimentos líquidos podían ser retenidos y utilizados por la enferma, casi todo lo que ingería era devuelto por vómito después de haber estancado en el estómago un tiempo variable; el vómito calmaba los dolores. Por la palpación se apreciaba una tumuración irregular dolorosa y un poco fija hacia la parte media del estómago. La deficiencia de la alimentación había ido agotando a la enferma que llegó a colocarse en condiciones generales pésimas y a complicar su situación con una tuberculosis pulmonar doble. Era un caso de conciencia intentar una anastomósis gastro-intestinal que permitiera a esta enferma alimentarse y luchar contra un proceso tuberculoso.

En la operación encontramos una cicatriz espesa que producía la biloculación del estómago, había además una peri-gastritis extensa que fijaba el organo, principalmente por su cara posterior. Sin intentar liberarlo para evitar un traumatismo que considerábamos grave por las circunstancias, nos limitamos a practicar una gastro-enterostomía sobre la bolsa cardiaca y casi en la gran curvadura. Al cuarto día de la operación aparecieron complicaciones pulmonares que concluyeron con la enferma al octavo día, cuando la boca artificial hecha al estómago funcionaba perfectamente, permitiendo ya la alimentación.

Explicado y descartado así el único caso fatal que hemos tenido, no nos queda en nuestra pequeña estadística argumento suficiente para probar la mayor o menor gravedad de la resección gástrica a la gastro-enterostomía, pero sí, para sostener la poca gravedad de ambas cuando son ejecutadas prolijamente y con arreglo a las técnicas modernas. Indudablemente que las estadísticas extensas de los cirujanos muy experimentados son las más apropiadas para deducir, por comparación de los resultados obtenidos, el valor relativo o la gravedad de unas operaciones con relación a otras, pero afirmamos también, que las pequeñas estadísticas como la nuestra pueden servir al mismo objeto y tal vez mejor, puesto que es natural que las diferencias de gravedad que provienen de las operaciones mismas, se acentúen, cuando éstas son ejecutadas por cirujanos de práctica limitada.

No podemos negar que las gastrectomías han sido para nosotros, en todos los casos, operaciones mucho más laboriosas y difíciles que las gastro-enterostomías, pero si reflexionamos que ellas se han ejecutado en casos de úlceras complicadas de perigastritis con fuertes adherencias al hígado, al páncreas, etc., si además hacemos notar que en nuestros 4 casos hemos apelado a procedimientos todos distintos entre los modernos y que los resultados han sido siempre buenos, podemos sostener la opinión, ya emitida, de que la gastrectomía no es operación particularmente peligrosa, y si en manos de casi todos los cirujanos ella presenta una mortalidad algo mayor que la simple anastómosis, esta diferencia es pequeña como lo demuestran muchas estadísticas. Pero hay más, la ablación de la úlcera

Universidad del Perú. Decana de América

evita peligros graves, que quedan en cambio amenazadores para los enfermos que no se han desembarazado radicalmente de su lesión, la mortalidad tardía es en estos casos más crecida y debe por consiguiente cargarse al pasivo de esta última clase de operaciones.

Si analizamos ahora el valor de las dos operaciones que estamos comparando, resultan ventajas considerables en favor de la operación radical. Examinemos primero nuestros casos de resección haciendo un resumen de sus historias clínicas:

*1er. caso.*—C. A. fué operado en abril de 1915 por úlcera pilórica en actividad. Había ingresado repetidas veces al Hospital "San Bartolomé" por sufrimientos gástricos y sometido a diversos tratamientos, sin lograr alivio, por lo que fué enviado a la sala de cirugía. Habían signos evidentes de una úlcera que por la localización de los dolores podía suponerse situada en el píloro. Los sufrimientos casi continuos se aumentaban con la ingestión de los alimentos, provocando a las dos o tres horas de ingeridos, verdaderas crisis espasmódicas. El vómito calmaba los dolores y en algunas ocasiones se había presentado teñido con sangre. Había una fuerte hiperacidez. La operación confirmó el diagnóstico; encontramos la serosa hiperhémica sobre una zona de induración, y después, en la pieza extraída, una úlcera pequeña. La intervención consistió en una pilorectomía seguida de gastro-enteroanastomosis posterior. Los resultados inmediatos fueron buenos y los definitivos lo mismo; hemos visto a este hombre en diversas oportunidades gozando de buena salud apesar de haberse dedicado a un empleo muy rudo—policía de campo—que lo obligaba a pasar frecuentes malas noches y a comer de cualquier modo.

*2º caso.*—M. A., agricultor, de 46 años, natural de Motupe, vino a nuestra clínica en febrero de 1920 para tratarse de un padecimiento gástrico que databa de 15 años. Su enfermedad había comenzado por dolores acompañados de fuertes acideces. El mal fué al principio intermitente y no revestía gran intensidad, más tarde los dolores se hicieron agudos, aparecieron vómitos siempre ácidos y después de los cuales el enfermo se sentía aliviado. Los períodos de mejoría se hicieron cada vez más cortos. Un año antes de venir a Lima, los vómitos tuvieron, en ocasiones, un aspecto oscuro—color pardo decía el enfermo—y también se presentaron deposiciones negruzcas.

El examen minucioso que hicimos de este enfermo revelaba claramente una afección gástrica; todos los demás órganos se hallaban en buenas condiciones, sólo se anotaba vestigios de albúmina en la orina. Los antecedentes tanto hereditarios como personales eran de los más limpios. No había signo de sífilis, el Wassermann era negativo. Los dolores gástricos constituían el síntoma principal; dolores fuertes, agudos, trasfixantes, bien localizados en el epigastrio, su mayor intensidad aparecía al poco rato de haber ingerido alimentos, se calmaban después de

Universidad del Perú. Decana de América

la digestión o después del vómito, pero sin llegar a desaparecer por entero. La palpación localizaba el dolor en la línea media un poco por debajo del apéndice xifoides. Los vómitos eran frecuentes, casi diarios, se producían después de las comidas coincidiendo con el momento álgido de los dolores, a veces el enfermo mismo los provocaba como medio de librarse de sufrimientos intolerables. No habían vómitos tardíos y el sondage del estómago por la mañana, en ayunas, nunca dejó ver residuos alimenticios. Con ocasión de los sondages después de las comidas de prueba para el estudio del quimismo gástrico fué posible ver, alguna vez, pequeños grumos negruzcos, de sangre alterada. El análisis del jugo gástrico reveló principalmente una hiperclorhidria acentuada. El examen con los rayos X, practicado en el Hospital "Dos de Mayo" dió un resultado insuficiente.

En la operación encontramos toda la pequeña curvadura indurada y envuelta por el pequeño epíplon que se hallaba apelotonado; el cardias y el píloro se aproximaban por acción del proceso mismo cuya apariencia era netamente inflamatoria. El conjunto formaba una masa con adherencias, no muy sólidas hacia la retro-cavidad. Algunos ganglios de apariencia también inflamatoria se veéan a lo largo de la curvadura mayor. La intervención consistió en una resección gástrica bastante extensa, pues fué necesario comprender en ella toda la curvadura menor. Cerramos las brechas duodenal y gástrica y practicamos una gastro-enterostomía posterior.

Se encontró al nivel de la pequeña curvadura una úlcera grande que había corroído todas las túnicas formando una excavación que en la pieza fresca tenía centímetro y medio de profundidad; úlcera implantada en una zona de induración extensa limitada y protegida por un proceso de peri-gastritis crónica, proceso que explica el que esta úlcera que llegó a destruir todo el espesor de la pared del estómago no se hubiera abierto en la gran cavidad abdominal.

Los resultados inmediatos de la operación fueron buenos y su valor curativo excelente, pues hemos tenido noticia de que este sujeto ha continuado gozando, tres años después de su operación, de muy buena salud.

*3er. caso.*—S. D., albañil, de 27 años, ingresó a nuestra clínica en marzo de 1920, padecía del estómago desde hacía 8 años, como en el caso anterior tenía períodos de tranquilidad aunque de muy corta duración, el resto del tiempo sufría fuertemente. Los dolores partían del epigastrio y se propagaban a la espalda, dolores agudos trafixantes, se incrementaban poco rato después de las comidas y sólo se calmaban mucho tiempo después. Los vómitos eran frecuentes y generalmente precoces, rara vez tuvo vómitos tardíos, tampoco hematemésis ni melenas. No habían signos de retensión gástrica, en cambio, vinagreras, constipación, enflaquecimiento, incapacidad para el traba-

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

jo, etc. El análisis del jugo gástrico dió hiperclorhidria. El examen radioscópico fué insuficiente.

En la operación encontramos una úlcera de la pequeña curvadura con un proceso de peri-gastritis poco extenso. Hicimos una resección cuneiforme extirpando junto con la úlcera una buena parte de la pequeña curvadura y las porciones indispensables de las caras anterior y posterior del estómago.

Los resultados inmediatos fueron buenos y la curación se mantiene desde hace 4 años.

*4 caso.*—M. C., de 49 años, ingresó al Hospital de Santa Ana el 11 de junio de 1923. Sufría de dolores al epigastrio que se extendían al hipocondrio izquierdo y a la espalda. Los dolores revestían en ocasiones gran intensidad pero habían épocas en que la enferma se sentía casi bien sin llegar, sin embargo a un bienestar completo, más tarde los sufrimientos se hicieron casi permanentes; no se aumentaban con la ingestión de los alimentos pero sí media hora después. Los vómitos que en el primer período de la enfermedad sólo se presentaban en raras ocasiones se hicieron después frecuentes, al punto que cuando la enferma ingresó al Hospital, se repetían casi todos los días y hasta varias veces en un mismo día: vómitos precoces que calmaban los sufrimientos. Durante toda la enfermedad había tenido fuertes vinagreras que trataba con bicarbonato y magnesia, constipación tenaz, adelgazamiento, etc. El examen del jugo gástrico dió hiperclorhidria. El examen radiológico, ¿biloculación por cáncer o úlcera gástrica?

Practicamos a esta enferma una gastrectomía parcial mediogástrica; la pequeña curvadura se hallaba íntimamente adherida a la cara inferior del hígado, y la cara posterior del estómago adherida al páncreas lo que obligó a un pesado trabajo de liberación. Después de hacer una resección anular que comprendía ampliamente la zona ulcerada, suturamos directamente las porciones restantes del estómago restableciendo así su continuidad.

Se encontró una úlcera grande que había corroído las túnicas internas del estómago e implantada sobre una extensa zona de induración. El examen microscópico de un corte descartó toda sospecha de proceso neoplásico. Inmediatamente después de la operación desaparecieron todos los sufrimientos gástricos y en esta condición se mantenía la enferma seis meses más tarde.

Después de haber expuesto los resultados favorables de la resección, estudiemos el valor curativo de la gastro-enterostomía. De una manera general podemos decir que los resultados hon sido muy variables, y al lado de casos en los que el éxito ha sido completo, tenemos otros con resultados mucho menos satisfactorios.

En dos oportunidades hemos operado por estenosis cicatriciales; se trataba de antiguos ulcerosos a quienes había quedado como secuela de su mal, estrechamientos muy pronunciados

Universidad del Perú, Decana de América

del orificio pilórico, al punto de constituir un grave obstáculo para la evacuación normal del estómago. En ambos casos la dificultad era de orden mecánico exclusivo o casi exclusivo y ocasionaba una sintomatología muy acentuada e idéntica. Además, los procesos muy avanzados por su larga evolución habían producido alteraciones ya alarmantes del estado general, principalmente en el caso del Comandante D. Las gastro-enterostomías produjeron los éxitos más completos que se pueden esperar; uno de los enfermos tiene ya 8 años de operado y hasta la fecha goza de perfecta salud; sus funciones gástricas se realizan como en un sujeto normal, digiere sin dificultad cualquiera clase de alimentos y hace una vida particularmente activa.

La historia del otro enfermo es la siguiente:

R. P., agricultor de Chiclayo, 48 años de edad, sufría del estómago desde hacía varios años.En diversas ocasiones vino a Lima sometiéndose a tratamiento médicos que sólo producían alivios pasajeros. En diciembre de 1919 ingresó a nuestra clínica para tratarse quirúrgicamente. Muy emaciado pesaba menos de 100 libras, apesar de su estatura elevada. su tinte pálido era debido a una ligera anemia, sin que hubiera, sin embargo, alteración alguna en la fórmula hemo-leucocitaria. Refería el señor P. con toda precisión las manifestaciones de su mal; el síntoma dominante era el dolor, aparecía éste poco tiempo después de la ingestión de los alimentos, aumentaba lentamente hasta adquirir su mayor intensidad a las 3 horas próximamente y sólo se calmaba con la evacuación del contenido gástrico, lo oue tenía lugar, de ordinadio, por medio del vómito que el enfermo mismo provocaba.

Acompañaban al dolor otros síntomas constantes; balonamiento del vientre, eructos, regurgitaciones ácidas particularmente molestas. No obstante que la alimentación estaba reducida a líquidos y papillas, éstas se estancaban en el estómago, dando al enfermo una sensación de plenitud que sólo desaparecía después de muchas horas o con el vómito. Algunas veces el vómito era tardío y en él se veían alimentos que habían sido ingeridos 10, 12 o más horas antes, nunca tuvo hematemesis ni melenas. Sufría de estreñimiento crónico.

El examen del vientre era muy instructivo; poco tiempo después de ingeridos los alimentos, el estómago hacía relieve bajo la pared abdominal dibujando su forma y situación; algo aumentado de volumen se hallaba también un tanto descendido. A la percusión daba un sonido timpánico y podía producirse con facilidad un fuerte chapoteo. Por la palpación era fácil delimitar el organo cuando estada distendido y la presión despertaba dolor, sobre todo en la región pilórica. Pero el síntoma más importante estaba constituído por las violentas contracciones de las paredes del estómago que perfectamente visibles y dirigidas de izquierda a derecha se terminaban en la región pilórica acompañándose de fuertes dolores. Estas ondas peristálticas repetidas con frecuencia mientras el estómago estaba

ocupado, certificaban la existencia de un obstáculo mecánico a la evacuación gástrica y establecían fácilmente el diagnóstico de estenosis pilórica. El examen con los rayos X confirmó la existencia de este obstáculo y la ectasia. El analisis del jugo gástrico dió hiperclorhidria.

En la operación encontramos un estómago algo dilatado y descendido; el píloro formaba una especia de anillo fibroso muy estrecho, no habían huellas de inflamación reciente ni tampoco perigastritis; las vísceras vecinas estaban sanas. Practicamos una gastro-enterostomía posterior sin que se presentara ninguna dificultad operatoria. Los resultados inmediatos fueron buenos y el valor curativo excelente.

Otro caso de estenosis pilórica por úlcera hemos tenido ocasión de operar últimamente. Se trataba de un hombre cuya úlcera había evolucionado en pocos meses, Cuando ingresó a nuestra clínica existían los signos una de oclusión pilórica casi completa; devolvía todos los alimentos incluso los líquidos, habiendo llegado por este motivo a un estado de inanición impresionante. Con anestesia local practicamos una gastrotenterostomía posterior que permitió alimentar a este enfermo cuando ya parecía condenado a una muerte próxima. Lo hemos visto muchas semanas después en magníficas condiciones de salud y libre de todo sufrimiento.

Tres veces hemos operado por úlceras pilóricas o píloroduodenales en actividad, la gastro-enterostomía nos ha dado resultados inmediatos favorables en los tres casos, pero el valor curativo ha sido muy distinto; en uno de ellos puede calificarse de bueno y en los otros dos días deficiente. He aquí el caso feliz:

N. G., armero, de 34 años, reside en Arequipa, se presentó a nosotros en setiembre de 1915 sufriendo fuertemente del estómago. El mal había comenzado 7 u 8 meses antes y durante este tiempo había sido sometido a varios tratamientos médicos; como no sintiera mejoría hizo viaje a Lima a fin de tratarse con un especialista, sin obtener tampoco beneficio apreciable.

Su sintomatología era la siguiente: dolor en la región epigástrica con propogación al hipocondrio derecho: este dolor que era casi permanente, se aumentaba después de la ingestión de los alimentos adquiriendo su mayor intensidad 2 o 3 horas después. Los sufrimientos eran tan fuertes—según decía el enfermo—que para evitarlos había ido disminuyendo su alimentación, enflaqueciéndose notablemente. Además del dolor sentía después de las comidas una sensación de plenitud, balonamiento del estómago, vinagreras, regurgitaciones ácidas. Desde una época temprana de la afección habían aparecido vómitos, raros al principio, se hicieron frecuentes después, precoces generalmente, tardíos algunas veces mostraban entonces sustancias alimenticias estancadas en el estómago muchas horas. Nunca tuvo hematemesis ni melenas, por lo menos, no las vió. En la explo-

ración se apreciaba un estómago algo dilatado que hacía un relieve bien apreciable, era fácil producir un ruido de clapoeto aun varias horas después de toda ingestión. Los demás órganos estaban bien; la orina normal; sólo existía una notable depresión nerviosa.

Con el diagnóstico de úlcera pilórica activa, practicamos la laparotomía encontrando el estómago ligeramente crecido y con sus paredes de grosor normal. Al nivel del píloro la serosa rojiza revestía una zona de induración (úlcera) pero no había obturación del canal, lo que confirmaba el diagnóstico de estenosis espasmódica por úlcera activa. Practicamos una gastro-nterostomía posterior y obtuvimos un resultado excelente; desaparecieron los dolores inmediatamente, cesaron los vómitos, las acideces no volvieron a presentarse, la alimentación se aumentó gradualmente hasta llegar bien pronto a la normal. Hemos visto a este enfermo un año cuatro meses después en perfectas condiciones, no existe ningún síntoma de su antigua dolencia, y sólo una cicatriz débil de la pared que atribuimos a la vuelta prematura a un trabajo demasiado rudo.

Los casos menos favorable son los siguientes:

C. O., de 28 años, trabajaba en Arequipa, en diferentes oficios, habiendo tenido que suspender toda labor a principios de 1917 a causa de los intensos sufrimientos que le ocasionaba una afección gástrica. En el mes de mayo de ese año se presentó a nosotros con los síntomas siguientes; dolores casi constantes con exacerbaciones marcadas a las 3 o 4 horas después de la ingestión de los alimentos: la localilzación principal era el epigastrio con irradiaciones hacia ambos hipocondrios y también al dorso, por momentos sentía una sensación de *constricción* o de *nudo* en el estómago que se repetía a cortos intervalos ocasionándole crueles sufrimientos. Inmediatamente después de la ingestión de los alimentos se balonaba el vientre, aparecían eructos y regurgitaciones ácidas que ocasionaban ardores a todo lo largo del esófago y en las fauces; estas molestias se calmaban un tanto con el uso de polvos alcalinos. Los vómitos sin ser frecuentes se presentaan algunas veces; vómitos alimenticios y tardíos. Entre los antecedentes había el vómito de sangre. El sondaje por la mañana, en ayunas, evacuaba abundante cantidad de líquido en el que se pudo ver, alguna vez, grumos de muco-pus y de sangre alterada.

La laparotomía mostró una úlcera activa, píloro duodenal que tratamos por gastro-enterostomía posterior. Los resultados inmediatos fueron satisfactorios; el enfermo se alivió bastante y por algún tiempo después de su salida del hospital esta meioría se mantenía. Operado en Arequipa en 1917 tuvimos ocasión de verlo en Lima en 1920, acababa de salir del hospital "Dos de Mayo" después de asistirse en el servicio del doctor Arce, al cual había ingresado por una grave hematemesis.

Otro caso semejante al anterior por sus resultados es el de M. D., operado en nuestra clínica particular, en abril de 1921, por úlcera píloro-duodenal activa. La gastro-enterostomía produjo un gran beneficio; el enfermo se sintió muy aliviado, los dolores se calmaron, desaparecieron los vómitos y pudo alimentarse, mejorando su estado general que se hallaba profundamente alterado. En estas condiciones dejó la clínica, pero hemos sabido que meses más tarde—durante nuestra ausencia—volvió a ella con la misma dolencia muy agravada.

Como se vé, de los tres casos de úlceras píloro-duodenales activas que hemos tratado por la anastomosis sólo en uno obtuvimos curación completa; no es por consiguiente la gastro-enterostomía una operación de elección y los casos citados habrían beneficiado mucho más de una intervención radical. Aparte de las numerosas razones que teóricamente podríamos exponer en apoyo de esta tesis; alivio insuficiente después de la operación, recidivas frecuentes, úlceras pépticas del yeyuno, etc., hay otro peligro grande en no extirpar las úlceras, sobre todo las antiguas, me refiero a su posible transformación cancerosa. La historia clínica que vamos a relatar es un ejemplo:

El capitán H. de la región de Lambayeque fué a Arequipa para ser operado de una úlcera gástrica que le ocasionaba grandes molestias y presentaba signos de estenosis pilórica. Todos los tratamientos médicos habían sido ineficaces. En la operación encontramos una úlcera callosa de la pequeña curvadura extendida hasta el píloro. Debido a las condiciones generales en que se hallaba el enfermo, juzgamos prudente limitar nuestra intervención a una gastro-enterostomía posterior. El alivio fué inmediato y durante un año el enfermo se encontró en las condiciones más satisfactorias habiendo aumentado considerablemente en su peso. Posteriormente las cosas cambiaron por completo, no fueron ya los síntomas de la estenosis ni la hipoacidez sino principalmente la alteración del estado general, enflaquecimiento, palidez, falta de fuerzas, insomnio, anorexia, etc. y localmente, una mollestia vaga, sensación de plenitud gástrica, digestiones morosas, etc. Cuando en estas condiciones hicimos el examen físico hallamos un tumor epigástrico duro y grande que se extendía hacia la derecha y cuya naturaleza neoplásica era evidente. La evolución confirmó el diagnóstico, este enfermo murió en plena caquexia cancerosa.

Del modesto estudio que acabamos de hacer se puede deducir las conclusiones siguientes:

1ª—No es posible establecer en el momento actual reglas precisas sobre las indicaciones de la intervención quirúrgica en la úlcera gástrica.

2ª—La competencia entre médicos y cirujanos contribuye al mejor conocimiento y tratamiento de la afección, pues contribuye a perfeccionar los medios de exploración y diagnóstico, intensifica el estudio sobre la patogenia del proceso y hace modificar ventajosamente las técnicas quirúrgicas.

3ª—Las gastrectomías no son operaciones particularmente graves; el porcentaje de mortalidad es apnas mayor que el de la gastro-enterostomía.

4ª—El valor curativo de la resección es muy superior al de la gastro-enterostomía.

5ª Los mejores resultados de la gastro-enterostomía corresponden a los casos de estenosis cicatriciales.

6ª—En las úlceras activas la gastro-enterostomía produce un alivio inmediato notable, pero es forzoso persistir cuidadosamente en el tratamiento médico. Apesar de esto, puede la úlcera continuar manifestándose, recidivar o transformarse en cáncer

# Academia Nacional de Medicina

(*Continuación*)

"La Grippe ha reaparecido hace poco en Bolivia y en los "departamentos del sur: en Tacna, en Moquegua, en Puno y "en Arequipa se extiende la epidemia y ocasiona muchas víc- "timas. Todo hace presumir que seguirá su marcha hasta lle- "gar a nosotros; y también es de temer que en esta segunda "incursión las formas clínicas revistan mayor gravedad que el "año anterior, si se recuerda que atravesamos un invierno bien "crudo, con lluvias abundantes, frío excesivo y gran humedad "en la atmósfera; mientras que en 1918 la epidemia nos visitó "cuando ya se iniciaban los calores del verano, y las condicio- "nes meteorológicas eran poco favorables para la difusión del "germen".

"Ante el peligro de esta nueva invasión, es conveniente "que la Academia declare que no es tan fácil evitar la introduc- "ción de una enfermedad cuyo germen se halla tan difundido "en el aire, que se obtienen colonias bacterianas sólo con ex- "poner un medio favorable para el cultivo en el ambiente de "las habitaciones o a la intemperie. Un notable médico argen- "tino, el doctor F. Susviela Guasch, historiando la Grippe ha- "bida en Río de Janeiro, dice lo siguiente: —"las medidas pre- "ventivas del Estado contra la Grippe no producirán muchos "resultados tan pronto como hayan ocurrido algunos casos, por "causa de la gran contagiosidad y rápida propagación de la "epidemia. Y esto lo confirma la declaración hecha por la Aca- "demia de Medicina de Río de Janeiro en la sesión de 24 de "noviembre, que puede tomarse como un descargo de injustas "acusaciones hechas al doctor C. Seide, Director de la Salud "Pública". Y más adelante agrega: —"Es de salvar toda y cual- "quiera responsabilidad de las autoridades públicas respecto de

"la invasión de un mal que no detiene sino relativamente la "previsión humana. En esa posible invasión no pueden excluirse "los portadores de gérmenes y ellos pueden impunemente in- "troducirlos en una ciudad, originar la enfermedad y con ella "la súbita propagación".

"Se ve, pues, que estuvimos en lo cierto muchos de los pre- "sentes, cuando en el Consejo Superior de Higiene declaramos "que dejan mucho que desear los recursos de que se dispone "en el arsenal profiláctico contra la Grippe".

Además de lo expuesto, conviene añadir lo siguiente: —que no dejó de pensarse en atribuir el hecho de haberse relativamente librado de la epidemia de 1918, los viejos y los adultos, a una verdadera inmunidad adquirida con los ataques sufridos en la epidemia de 1892; lo que invalida por completo la idea, universalmente aceptada, de que la Grippe no confiere absoluta inmunidad; —que la aseveración del profesor Corvetto, de que había podido observar la poca o ninguna influencia que ejerció la Grippe, en 1918, en la evolución de la tuberculosis en los fimatosos que la sufrieron, y que, en contraposición a las enseñanzas de la ciencia y de la práctica, soportaron perfectamente los ataques del flajelo, la corroboran Hawer, uno de los más notables tisiólogos de los Estados Unidos y las observaciones hechas en los sanatorios ingleses que han gozado de relativa inmunidad; no faltando práctico en Lima que ha contemplado, con no poco asombro, esta tolerancia de un tuberculoso a la acción de la tóxina gripal; —y, que no se llegó a nada seguro y efectivo en lo que tiene relación con el empleo de las vacunas en el tratamiento de la Grippe.

Es evidentemente cierto que han habido diferencias sustanciales en la fisonomía clínica y en la evolución de la Grippe, en 1892 y en 1918. Si no fuera porque han persistido las características fundamentales del proceso, habría podido tomárselas como entidades morbosas distintas. Y esto que se ha observado en el Perú. también ha impresionado a los estudiosos de otros países. En España, se creyó que se trataba de una enfermedad distinta de la Grippe; y, para manifestar la extrañeza que causó el curso insólito del mal, se le bautizó con el nombre de *Grippe Española.* En los Estados Unidos de América del Norte, la enfermedad se manifestó con una virulencia inusitada, como no se le había visto igual antes.

Este notable cambio de una epidemia a otra, que a veces se observa en el cuadro clínico y en las demás peculiaridades de los procesos infecto-contagiosos epidémicos, es algo que ya en otras ocasiones ha llamado la atención de los cultores de la ciencia médica. En 1910, en un informe presentado al Consejo Superior de Higiene, en colaboración con mi querido e ilustrado amigo Ernesto Odriozola y con mi apreciado colega el profesor Ribeyro, con motivo de una pequeña epidemia de Meningitis cerebro espinal que hubo entonces en el ejército, tuve ocasión de hacer notar la gran diferencia que había entre las epidemias de meningitis de los siglos pasados y las que gra-

san en los tiempos actuales; añadiendo que estas diferencias que se ofrecen también en otros muchos flajelos epidémicos, se deben no sólo a la influencia de los progresos de la higiene y a la correcta práctica de la ciencia sanitaria, sino también a las transformaciones propias a la filogenia de los micro-organismos. Los siguientes párrafos pertenecen al informe en referencia:

"En efecto, es indiscutible que la organización de los mi-"crobios patógenos o saprofitos, ha de modificarse a través del "tiempo y que su acción, dañosa o benéfica, ha de atenuarse o "exaltarse como consecuencia de sus incesantes migraciones; lo "que equivale a decir que en el mundo de los infinitamente peque-"ños ha de acontecer algo parecido a lo que sucede con los "seres de la escala animal, y así como las especies de este úl-"timo grupo evolucionan con sujeción a la ley del transfor-"mismo, algo parecido debe realizarse con las especies bacte-"rianas. Son verdaderamente proféticas las siguientes palabras "del profesor Niemeyer (1), quien allá por los años de 1870 "tratando de este trascendental tópico se expresó así: —"Creo "también que la historia de las epidemias ofrece un apoyo esen-"cial a la doctrina de Darwin sobre la formación de las nue-"vas especies. Para mí es indudable que en el curso de los "siglos han aparecido nuevas enfermedades infecciosas y que "muchas de ellas han venido a reemplazar a procesos patoló-"gicos que han reinado en otros tiempos. En los libros de los "autores antiguos encontramos descritas, con admirable exacti-"tud, entidades morbosas cuyo diagnóstico se presenta erisado "de dificualtades, y ciertamente que habrían escapado al espíri-"tu investigador de Hipócrates el conjunto sintomático, tan "constante y tan fácil de reconocer, del sarampión, de la es-"carlatina, del tifus obdominal, etc., si estas enfermedades hoy "tan frecuentes en la patria del gran Asclepiades hubieran exis-"tido en su época. Si se admite la justicia de esta opinión y "se considera la infección del cuerpo por pequeños seres orga-"nizados, como la causa indudable de las enfermedades cantagio-"sas, se verá en la aparición de nuevas enfermedades infeccio-"sas la prueba cierta del desarrollo de nuevas especies de se-"res organizados. Es también posible que las diferencias de "malignidad que ofrecen en diferentes épocas las epidemias de "una misma enfermedad, y ciertas particularidades que cada una "de estas epidemias ofrece en su marcha, se explican sencilla-"mente por modificaciones *poco importantes* de estos pequeños "seres organizados; y que al contrario el paso sucesivo de unas "formas morbosas a otras, se deba a modificaciones *más profun-"das* de esos mismos seres organizados que constituyen el con-"tagio vivo".

Creo innecesario añadir una palabra más, pues aplicando estos juiciosos razonamientos al caso particular de la grippe,

(1) *Niemeyer.*—Traité de pathologie interne et de terapeutique. Edición francesa. 1872.

quedan perfectamente explicadas las diferencias que han existido entre las epidemias de 1892 y 1918.

*C.—PESTE BUBONICA.*—En los comienzos del presente siglo, en 1901, la América del Sur fué invadida, por primera vez por la terriblel Peste de Oriente, la temida Peste Bubónica, de cuyas mortíferas excursiones en el viejo mundo se conservan tan ingratos recuerdos. La Peste, importada de allende los mares, se extendió con presteza en estas vírgenes comarcas, y muy rápidamente se formaron intensos focos del mal en el Paraguay, Brasil y la República Argentina.

Este hecho por demás grave, apenas si fué conocido, y considerado como verdaderamente peligroso para nuestros país, por unos cuantos: los pocos que nos preocupamos de las cuestiones de salubridad pública, de profilaxis internacional, y que tanto hemos bregado para que se radiquen entre nosotros las sabias máximas de la ciencia sanitaria. Uno de esos pocos profesionales, bastante versado en estas materias, el doctor Julián Arce, aprovechó de su incorporación a la Academia de Medicina, como miembro de número, para llamar la atención de todos sobre la necesidad de precaverse con tiempo de la importación de tan devastador flajelo.

En efecto, en diciembre de 1902, el doctor Arce ocupaba su sillón como académico titular, lleyendo una conceptuosa memoria intitulada *"La profilaxis de la plaga bubónica"*, habiendo sido ésta la primera oportunidad que hubo en la corporación para contemplar algo referente a esta enfermedad.

En su trabajo el doctor Arce, estudió sucesivamente la acción de la vacuna antipestosa de Haffkine, como eficaz recurso para inmunizar al organismo contra los ataques del agente patógeno; —las medidas sanitarias especialmente dirigidas a volver el medio refractario al germen de la plaga; —las medidas profilácticas dirigidas a impedir la introducción del germen de la plaga por las vías marítima y terrestre; —las medidas profilácticas, dirigidas a impedir la extensión de la plaga en un país infestado; —y, terminó recomendando, a título de conclusiones, lo siguiente:

a).—utilizar en la profilaxis o prevensión de la Peste los valiosos recursos del saneamieno, en su acepción más lata, y de la higiene en el Perú, en esa época, y la carencia de recur- en su momento oportuno, según que la enfermedad amenaze con una invasión o ya esté difundida en el territorio;

b).—no obstante lo dicho, y teniendo en cuenta el atrazo de la higiene en el Perú, en esa época, y la carencia de recursos sanitarios y de una adecuada organización al respecto, el autor recomendó, de modo especial y exclusivo para el Perú "como primera medida profiláctica, la vacuna antipestosa de "Haffkine, cuya adquisición en cantidad crecida deben procu- "rar sin tardanza el Gobierno y las Municipalidades. Que no "se espere, añadió, la llegada de la plaga al Callao, para en- "cargar este precioso profiláctico".

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

c)—recomendar, para impedir la importación de la peste por vía marítima, la exclusión "de nuestros puertos a todo bu- "que que haya hecho escala en un puerto infectado, traiga o "no carga de ese puerto"; y para la profilaxis terrestre, el establecimiento de cordones sanitarios.

d,)—verificar la propaganda higiénica mediante la distribución de cartillas, que instruyan al pueblo sobre los medios más eficaces de evitar y combatir la Peste bubónica; y dictar cursos públicos de desinfección, conferencias de higiene, etc., hechas en lenguaje al alcance de la multitud.

e).—la organización de un cuerpo sanitario permanente, encargado de encauzar por buen rumbo todas las actividades que habrían de ponerse en juego, para conseguir: la declaración obligatoria de los casos sospechosos o confirmados, el aislamiento de los enfermos, la desinfección de los locales y de los objetos contaminados, la propagación de la vacuna antipestosa, la destrucción de las ratas, y, en una palabra, la utilización de todos los recursos prescritos por la ciencia sanitaria como necesarios ante la inminencia de la invasión de tamaño mal.

La Academia, como es de práctica en tales ceremonias, se limitó a escuchar, con gran interés, la lectura de la memoria del doctor Arce, aplaudiendo su exagerado celo en pro de la salud pública, que lo había impulsado a dar la voz de alarma ante el peligro de la importación del nefasto bacilo de Yersin. Las oportunas indicaciones hechas por el doctor Arce, no fueron atendidas por las autoridades sanitarias; y, la Peste ingresó al territorio pátrio, como se verá más adelante, sin que se hubiera dictado medida alguna, por insignificante que fuera, para impedir la introducción de este flajelo exótico, que como ya lo he dicho se hallaba a nuestras puertas, en las repúblicas del sur, desde los primeros días de 1901.

Finalizaba el mes de abril de 1903, y se iniciaba el siguiente de mayo, cuando circuló en Lima la inesperada e increíble noticia de haberse presentado un caso de Peste bubónica, en el Molino de Santa Rosa en el Callao. Muy pronto se supo que del 28 de abril al 7 de mayo se habían enfermado diez trabajadores de ese molino; que a las ratas atontadas o muertas, se las habían encontrado no sólo en el citado molino, sino en otros diversos sitios del Callao; que la enfermedad se extendía, pues la sufrieron algunos de los vecinos de nuestro primer puerto; y, que en Pisco, el doctor Enrique Mestanza, también había comprobado la existencia del mismo flajelo. En una palabra, era evidente, de toda evidencia, que la Peste de Oriente había logrado introducirse al Perú para aumentar la ya larga lista de los procesos infecto contagiosos que han diezmado y aún diezman nuestras poblaciones.

En la sesión solemne de aniversario celebrada el 1º de setiembre de 1903, en la Memoria de los trabajos de la Academia, correspondiente al año de 1902-1903, que presenté en mi condición de secretario perpétuo, refiriéndome a este asunto dije lo siguiente:

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

"Los tres grandes procesos morbosos epidémicos que des-
"de los tiempos primitivos han originado mayor número de
"víctimas, el cólera, la fiebre amarilla y la peste bubónica, y
"que en otras épocas ejercían sus estragos únicamente en los
"alrededores de sus focos de origen, han ido progresivamente
"extendiendo el radio de su nefasta acción e invadiendo los
"países lejanos, a medida que la facilidad de los medios de co-
"municación han acercado más y más a los poblladores de las
"diversas naciones. La civiliación que en su vertiginoso pro-
"greso ha mejorado sin cesar las condiciones del hombre, pro-
"porcionándole los medios más eficaces par asostener con brío
"la eterna lucha por la existencia, ha contribuído también a fa-
"vorecer la difusión de las enfermedades epidémicas, que hoy
"se trasladan de un lugar a otro sin grandes obstáculos y con
"notable rapidéz".

"Así se explica que la América, cuya patología especial
"abunda en terribles procesos infecto contagiosos, el tifus ic-
"teroides enre ellos, se viera libre antes del siglo anterior de
"las epidemias que, nacidas en los deltas del Nilo y del Gan-
"ges, han sembrado, siglo tras siglo, el terror y la desolación
"en los países del antiguo continente".

"Pero la invasión al fin debía efectuarse, y el coma baci-
"lo y el micro-organismo de Kitasato y de Yersin traspasando el
"océano llegaron a las playas de la joven América, asaltaron
"a sus moradores y añadieron nuevas víctimas a las innúmeras
"que constantemente sacrifican en su fúnebre trayecto".

"El Perú se salvó de la amenaza del cólera, no obstante que
"el mal avanzó hasta los países limítrofes; pero las condicio-
"nes de la vitalidad de su bacilo específico y las peculiaridades
"de su modo de trasmisión, explican este hecho, sabido como
"es que las medidas higiénicas prescritas por la moderna cien-
"cia sanitaria, son eficaces para impedir la trasmisión del ger-
"men colerígeno. Cuán distintos son en sus estragos las epi-
"demias de los siglos pasados, comparadas con las de las úl-
"timas décadas del siglo XIX".

"Más, con la peste bubónica el peligro era mayor, pues si
"se puede luchar con bastantes probabilidades de éxito contra
"el flajelo, una vez que ha invadido un país, es tarea difícil im-
"pedir su introducción, dado el medio animado que sirve de
"vehículo al contagio y las grandes facilidades que le prestan
"las transacciones comerciales. De allí que se considerara co-
"mo seriamente amenazado nuestro litoral, desde que apareció
"la peste en la costa oriental de Sur América en el año de 1901,
"y que la situación se hiciera más azarosa al estallar después
"la epidemia en la costa occidental de Méjico".

"Los hechos han demostrado la justicia de estas previsio-
"nes, pues como es sabido la peste de oriente se introdujo al
"Callao e hizo sus primeras víctimas al principio del mes de
"mayo (de 1903), ocasionando, como es natural, indescriptible
"pánico. Y, como no ocasionarlo, cuando en la memoria de to-
"dos, doctos y profanos, se recuerda con espanto los horroro-

"sos estragos que ha hecho esta terrible plaga en otras épocas "y en otros países. El fantasma de la peste negra aparecía en "la imaginación calenturienta del pueblo, como el terrible alud "venido a ocasionar la ruina y la devastación".

"Felizmente los grandes progresos de la higiene, mitigan "notablemente la obra destructora de los procesos infecto-con- "tagiosos exóticos, que batidos con los múltiples recursos hoy "al alcance del hombre, restringen cada día más el número de "sus víctimas. Las enfermedades epidémicas en no lejano pla- "zo desaparcerán cuando todos se convenzan de la eficacia de "las armas que contra ellas esgrime la diosa Higea. Lo acaeci- "do en Cuba con el vómito negro y demás enfermedades graves "de los trópicos, es una prueba evidente de esta aseveración. "Y lo sucedido en el Prú con motivo de la aparición de la pes- "te bubónica, es otra prueba palmaria de lo dicho".

"En efecto, todos hemos visto la marcha que ha seguido "la epidemia en Pisco y en el Callao, primero, en Iquique, en "seguida, y en Pacasmayo y Mollendo últimamente: pequeños "focos restringidos, descubiertos a tiempo y aniquilados antes "de que hayan podido extenderse con gran rapidez. Pero el éxi- "to se debe a que se ha procedido con actividad, se ha utili- "zado de todos los recursos disponibles, y la alta dirección, "felizmente encomendada a un miembro prestigioso de esta Aca- "demia, a cargo de la cartera de Fomento, ha sido eficazmente "secundada por todos los que tienen verdadera fe en los mila- "gros que hace la higiene. La presencia de la peste en nuestras "poblaciones, aún reconociendo que las condiciones climatéricas "no sean favorables a la difusión del germen, como resulta de "los magníficos estudios hechos por los médicos orientales y ar- "gentinos, ha puesto a prueba lo que podemos hacer en mate- "ria de higiene; y de la prueba hemos salido airosos, no obs- "tante de deficiencia de los medios al alcance de la administra- "ción pública, deficiencia debida a la incredulidad de algunos "y a la indiferencia de muchos".

"A la Acaemia le correspondía su parte en la labor común: "el estudio científico de la epidemia, investigar su origen, des- "cribir su marcha, comprobar la verdadera naturaleza del mal, "apreciar sus estragos y la eficacia de los agentes terapéuti- "cos hoy justamente recomendados como específicos; y, final- "mente, perseguir a la enfermedad en sus incursions por todo "el litoral: en una palabra, hacer la historia completa de la "epidemia actual".

"Esta tarea fué encomendada en la sesión del 18 de mayor "del presente año (1903) a una comisión compuesta de los se- "ñores académicos doctores Artola, Arce y Lavorería, comisión "que dió cuenta de su cometido en un brillante informe leído "en las sesiones del 3 y del 17 del presente (agosto), y que "se discutirá en las primeras juntas generales del próximo año "académico. Pero desde ahora, debe quedar definitivamente es- "tablecido que la comisión ha cumplido su deber, tal como lo "exigían la importancia del asunto y el prestigio de la Corpo-

"ración; y, que el estudio iniciado—y que debe continuarse, "por disposición de la Academia—figurará como un documento "notable, al igual de los trabajos que se hicieron con motivo "de la gran epidemia de Grippe que grasó en el año de 1892".

"En el citado informe, sus autores, después de compulsar "todos los datos pacientemente recogidos, de analizar los dos "casos conocidos en el Callao y los cuatro presentados en Pis- "co, de estudiar sucesivamente la evidencia clínica y la evi- "dencia anatómica y experimntal del proceso morboso, y de pre- "sentar algunas consideraciones acerca de la epidemiololgía de "la enfermedad, que por primera vez ha invadido el Perú, for- "mulan diez conclusiones, sobre las que versará la próxima discu- "sión motivo por el que no me parece aun oportuno darles ca- "bida en esta Memoria. Y como, por otra parte, según se ha di- "cho, la comisión debe continuar sus trabajos, el momento para "juzgarlos de modo definitivo, aun no ha llegado".

El juicio de la Academia sobre el informe en referencia, se pronunció en la sesión celebrada el día 21 de setiembre, en la que después de detenido y muy interesante debate, en el que "intervinieron todos los académicos presentes, se aprobaron las "conclusiones formuladas por la Comisión Especial, que fueron las siguientes:

"1º—La peste bubónica clásica ha hecho su primera apa- "rición en el Callao, en los últimos días de abril del presente "año (1903). La clínica, la anatomía patológica y la bacterio- "logía, han probado uniformemente su existencia".

"2ª—Antes de la aparición de la peste en el hombre, se "observó una epizootia en las ratas, encontrándose muchas de "ellas enfermas y muertas expontáneamente, sobre todo, en el "molino de Santa Rosa".

"3ª—La epizootia intensificada en el molino de Santa Ro- "sa, convirtió el local en un *foco epidémico activo,* originando. "entre el 28 de abril y el 8 de mayo, en que se clausuró el mo- "lino, diez casos de peste bubónica".

"4ª—La peste de las ratas produjo la peste del hombre. "El agente de diseminación del contagio pestoso, ha sido, pues, "la rata".

"5ª—No se ha podido comprobar ningún caso de trasmi- "sión directa de la peste de hombre a hombre. (El contagio en "esta forma ha sido nulo). El virus pestoso ha sido adquirido "sólo en el local infectado por las ratas".

"6ª—Hacia la misma época que en el Callao, apareció la "peste bubónica en el puerto de Pisco, presentando caracteres "clínicos, bacteriológicos y epidemiológicos idénticos a los de "la peste del Callao".

"7ª—Dada la marcha pandémica que sigue la peste desde "el año de 1894, en que estalló en Cantón, atravezando en nue- "ve años todos los mares y apareciendo en los puntos más re- "motos del globo, todo médico, cualquiera que sea la zona en que "practique, debe tener siempre presente la posibilidad de la "existencia del flajelo y prestar mucha atención a aquellos ca-

"sos marcadamente infecciosos, cuyos síntomas no corresponden "a los procesos morbosos de ocurrencia común en la localidad".

"8—Urge el estudio y preparación de una legislación sa- "nitaria en conformidad con los adelantos de la ciencia, que co- "loque al Perú en condiciones de defenderse con éxito—sin "interrumpir sus relaciones comerciales—de la importación de "gérmenes pestilenciales exóticos".

"9ª—El aislamiento de los enfermos y la desocupación y "desinfección inmediatas de los lugares contaminados, han si- "do las medidas preventivas más eficaces en el Callao".

"10ª—Es de gran importancia que la Academia de Medici- "na se procure las informaciones necesarias, a fin de poder "seguir la marcha de la presente epidemia de peste en los países "de la costa occidental de Sud-América".

Si bien se logró al principio mitigar en mucho los estragos de la epidemia, hasta el extremo de que muy pronto se tranquilizó el público y hasta se habituó con la existencia de la plaga: lo cierto es que el flajelo invadió todo el territorio nacional, presentándose hoy en el norte, mañana en el sur, un día en la sierra, otro en la montaña, al punto de que son pocos los lugares en que no se le ha observado; repitiéndose con no poca frecuencia sus apariciones, hasta haberse hecho endémico entre nosotros, a despecho de la tenaz lucha emprendida por las autoridades sanitarias, en la que han primado las medidas de saneamiento más recomendadas en tales casos.

Como no me propongo hacer la historia de la Peste en el Perú, sino únicamente bosquejar la labor realizada por la Academia Nacional de Medicina en tan críticos instantes, me limitaré a dejar constancia de que, apesar de su aparente benignidad, son muy numerosas las víctimas ocasionadas por esta enfermedad; y, que sólo pudo restringirse el campo de su nefasta acción, cuando se intensificaron las inoculaciones preventivas, una vez que se dispuso de grandes cantidades de vacuna antipestosa preparada en nuestros institutos.

D).—*FIEBRES INFECCIOSAS DE CLASIFICACION INCIERTA.*—Tengo pleno convencimiento de que ha de llamar la atención del selecto auditorio que me escucha, el título de este párrafo, sólo explicable en la época a que se refiere, en que aún no estaba tan generalizado el diagnóstico bacteriológico de los procesos febriles infecto-contagiosos. En esos ya algo lejanos tiempos se bautizaba con las denominaciones de fiebres gástrica, fiebre infecciosa, etc., a muchos estados morbosos que hoy seguramente se refieren a la fiebre tifoidea, a las fiebres paratíficas, a la colibacilosis, etc., lo que se explica porque en ese entonces el diagnóstico se establecía sólo mediante la observación de los síntomas y la marcha del padecimiento; y como en no pocas ocasiones el cuadro sintomático se ofrecía y se ofrece aún en estas enfermedades, incompleto y por demás disparatado, si se le compara con la descripción que hacen las clásicos, fácilmente se comprende las vacilaciones de los prác-

ticos cuando no podían aunar al diagnóstico clínico el diagnóstico del laboratorio que tan buenos servicios presta en tales circunstancias. Todos los que ejercemos la profesión encontramos a diario enfermos, cuyo estado es tan benigno, tan tranquilizador, que en todo puede pensarse, en tal coyuntura, menos en una fiebre tifoidea; y sin mbargo, la reacción de Widal o el hemocultivo, nos obligan a tipificarla como tal.

Además de su interés histórico, merecen recordarse las discusiones habidas en la Academia sobre este tópico, porque en las dos ocasiones en que la Corporación hubo de ocuparse de él, la aparición de las fiebres, que se titularon como *reinantes*, coincidió con la remoción del sub-suelo, remoción que se consideró como agente etiológico de gran importancia; y, también porque algunas enseñanzas se adquirieron como resultado de los debates sustentados.

Fué en los últimos meses de 1890, noviembre y diciembre, que se presentaron con inusitada frecuencia casos de procesos febriles que los prácticos no pudieron tipificar con precisión, pero que sembraron la alarma en el vecindario por la excesiva letalidad que hubo entre tales enfermos. Como dato curioso vale recordar que gran número de los atacados residían en los alrededoroes del Convento de Jesús María.

En plena evolución de ésta que pudiera denominarse pequeña epidemia de procesos febriles, la Academia resolvió que una Comisión de su seno, compuesta por los académicos profesores Villar, C. Carvallo y E. Odriozola "estudiase la natura-"leza de dichas fiebres, sus causas, los medios de combatirlas, "etc.'. La Comisión no pudo dar cuenta de su cometido en las postrimerías de 1890, por haberle sido imposible acumular los materiales necesarios para la obra; pero como quiera que los procesos febriles volvieron a observarse en 1891, fué entonces que la Comisión emitió el correspondiente informe que fué ampliamente discutido por la Corporación.

La Comisión, después de insistir en la diversidad de fisonomía clínica de los casos observados, y en la carencia de datos bacteriológicos y necrópsicos, que habrían podido aclarar el problema ilustrándolo convenientemente, y de hacer notar que el pésimo estado de los albañales puede y debe contribuir a mantener la infección permanente del sub-suelo, formuló las siguientes conclusiones, que merecieron el beneplácito de la Academia:

"1ª—Las fiebres que han existido y existen en Lima son de "diversa naturaleza".

"2ª—Al paludismo, la tifo malaria, la influenza deben refe-"rirse la mayoría de ellas".

"3ª—Unos cuantos casos localizados en el barrio de Jesús "María parecen revestir una fisonomía especial".

"4ª—Sus causas es muy posible se encuentren en las malas "condiciones de los albañales de ese barrio".

"5ª—Es indispensable practicar un detenido examen de di-"chos albañales, así como los de toda la población".

Universidad del Perú. Décana de América

Al terminar este capítulo, y después de reseñar lo acaecido en 1901, comentaré estas conclusiones.

A mediados del año de 1901 se efectuó una extensa remoción del pavimento en la calles de Lima, tanto para las otrora eternas obras de pavimentación de la ciudad, como para la transformación del Tranvía urbano, de tracción animal en tracción eléctrica. Coincidió, este remover del sub-suelo de nuestra capital, con la presencia de múltiples procesos febriles, cuya correcta denominación, es decir su verdadera naturaleza, no fué posible apreciar con rigurosa exactitud, al igual de lo sucedido en 1890. La fisonomía clínica de tales procesos febriles se mostraba un poco oscura a la observación, por las razones ya apuntadas: cuadro sintomático algo disparatado, y falta de investigaciones bacteriológicas, y otras, oportunamente verificadas.

Como era de esperarse, dada la frecuencia de los casos y la gravedad de muchos de ellos, cundió rápidamente la alarma en el vecindario; y la Academia de Medicina, celosa de su prestigio, resolvió, en la sesión del 7 de agosto de 1901, y por iniciativa del profesor E. Odriozola, estudiar las características de la pequeña epidemia existente y principalmente, la "Influencia que en el desarrollo de las fiebres reinantes en Lima puede tener la remoción del terreno en las calles de la ciudad".

Iniciada la discusión pudo bien pronto comprenderse que la mayoría de los que participaron en ella, se inclinaron a considerar como casos de fiebre tifoidea, a las repetidas y graves pirexias que reinaron en ese entonces en esta capital; y, esto no obstante, que no faltó académico que hizo notar que el tema propuesto no se refería únicamente a la dotienenteria, si no a todas las fiebres reinantes, muchas de las que no podían en modo alguno ser consideradas como pertenecientes al tifus abdominal. Con todo, en el curso del debate se pudieron uniformar las opiniones, pues todos convinieron en que además de la fiebre tifoidea, se observaban a diario otros procesos febriles de distinta naturaleza; y, que lo que era necesario dilucidar era si la remoción del subsuelo tenía o no influencia en la génesis de estas enfermedades; si debía o no considerársele como agente etiológico de alguna significación.

*(Continuará)*

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

# La Vacuna Antivariólica

## RESOLUCION SUPREMA

Lima, 10 de febrero de 1926.

En conformidad con las convenciones sanitarias internacionales vigente, relativas a la estandarización de la vacuna antivariólica:

Se resuelve:

1°—La vacuna antivariólica que se elabora en el Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia, sólo será entregada al consumo, después de que cada lote que se produzca haya sido sometido únicamente a las siguientes pruebas:

a).—Prueba bacteriológica: Se hará la numeración de gérmenes en el virus glicerinado; la investigación del bacilo tetánico por cultivo y por inoculación; la del bacilo capsulatus aerógenes y la del estreptococus.

b).—Pruebas de virulencia y actividad.—a) se hará la inoculación de conejos con varias diluciones de virus, desde el uno por diez hasta el uno por mil y sólo se utilizará los lotes que den ciento por ciento de éxitos con las diluciones al uno por quinientos y algunos éxitos con las diluciones al uno por mil.—b) Cuando las anteriores pruebas hayan dado buen resultado y sólo en este caso, se hará la prueba clínica que consistirá en quince primovacunaciones, debiendo obtenerse en ella ciento por ciento.

Los lotes de vacuna controladas por los procedimientos indicados, se conservarán en frigoríficos y se someterán, nuevamente, cada quince días, a la última de las pruebas indicadas, con el fin de comprobar su virulencia; y en alguna de estas pruebas clínicas los éxitos no fueran del ciento por ciento, el lote de vacuna correspondiente será inutilizado.

2°—Para cada lote de vacuna antivariólica que se produzca y se controle, se formará un protocolo con las actas de las pruebas del control firmadas por el director y todos los jefes de sección del Instituto. Al fin de cada mes, el Instituto remitirá a la dirección de salubridad los protocolos correspondientes a los lotes examinados.—Regístrese, comuníquese y publíquese.—Rúbrica del Presidente de la República.—Rada y Gamio.

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

# Bibliografía

LA MELANCOLIE: CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE, por R. Benon. Un volumen en 16°. *Gastón Doin, editor.*—Precio, 10 francos. París 1925.

He aquí un interesante librito que trata de un tema tan atrayente como es la melancolía, producto patológico de la vida moderna, con sus rudos choques y su continuo batallar; tan rudo, que a veces hace desfallecer, constituyendo esos variados estados patológicos que, si no ponen en peligro la vida, la hacen imposible.

Una división clara y sencilla de los llamados estados melancólicos y una terapéutica apropiada, llena de sanos consejos en la parte del tratamiento moral, y científicos recursos terapéuticos en la parte médica, se encuentran contenidos en este bello libro.

LA PRACTIQUE CHIRURGICALE ILLUSTREE, por el profesor Víctor Pauchet.—Fascículos VII y VIII.—(Dos volúmenes en 8, de cerca de 300 páginas, con más de 500 figuras entre ambos).—*Gastón Doin, editor.*—Precio, 30 francos.

Obra esta de éxito tan inusitado, que ha sido traducida a cinco idiomas; obra moderna de característica orientacción, supeditado el texto en estrecho lazo al dibujo, moderna y docente forma que hace del libro el profesor viviente y no el amigo mudo.

Texto mínimo, máximo de grabados, este es el lema que ha seguido el doctor Pauchet al hacer su interesantísima obra.

Tiene el tomo VII, entre otros capítulos interesantes, alguno tan de moderna y casi revolucionaria novedad, que hará que se agoten las ediciones, es el capítulo de cirugía estética y rejuvenecedora, donde se describen, con tu técnica minuciosa, las correcciones de nariz, arrugas, patas de gallo, problemas al parecer sin trascendencia; pero qué cirujano no se le ofrece un riente porvenir y popularidad que ha dado fama en París a Virenque, autor de este interesante capítulo.

El resto de este fascículo dedicado a cirugía gastrointestinal, muestra a las claras la mano maestra de Víctor Pauchet.

En el fascículo VIII, es interesante el capítulo dedicado a la cirugía del bocío.

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

# Exploración funcional de la médula osea

Por el Dr. ROBERTO ANTONCICH

*(Conclusión)*

*Observación VIII.*—Juvenal E., natural de Huaraz, de 18 años y de ocupación estudiante, procede de Lima (Av. Grau), donde ha estado doce días enfermo. Solicita su ingreso en el hospital "Dos de Mayo" el 27 de mayo de 1924 ocupando la cama N° 44 del servicio médico de "San José".

*Diagnóstico.*—Por la descripción hecha por el enfermo en relación con sus trastornos y en poseción de los datos recojidos en el examen clínico, se formuló el diagnóstico de *paludismo.* Este debidamente comprobado por el examen de sangre practicado en el laboratorio del servicio. En dicho examen se comprobó la presencia de formas jóvenes y adultas del *plasmodium falciparum.*

Verificada en este enfermo la prueba de la exploración funcional de la médula, se obtuvieron los siguientes resultados:

Habiéndose practicado con fecha 31 de mayo la inyección de nucleinato de sodio, se obtuvo, en relación con las numeraciones hechas en los tres días anteriores, la cifra tipo de 5,400.

Las numeraciones practicadas en los tres días posteriores a la misma fecha, en relación con la cifra tipo, dieron como resultado las cifras 124, 170 y 228, respectivamente.

Por los resultados obtenidos durante la prueba, se deduce que la médula en este enfermo, reaccionó al siguiente día de puesta la inyección, según el tipo hipoérgico; en los dos días posteriores, la reacción medular correspondió al tipo hiperérgico.

*Observación IX.*—Bartolomé A., de 36 años, mestizo, natural de Piura y de ocupación agricultor, procede de la hacienda "Trapiche", después de tres días de enfermedad ingresa el 28 de mayo del presente año al servicio de "San José" en el hospital "Dos de Mayo", ocupando la cama N° 46.

*Diagnóstico.*—Se formuló el de *paludismo,* siendo ratificado por el examen de sangre que se practicó en el laboratorio del servicio, habiéndose encontrado en dicho examen formas jóvenes del *plasmodium falciparum.*

Observado este caso bajo el punto de vista de la exploración funcional de la médula, se obtuvieron los resultados que siguen:

Universidad del Perú. Decana de América

La cifra tipo obtenida con las numeraciones leucocitarias de los tres días anteriores al 31 de mayo en que se inyectó el nucleinato de sodo, fué 9,700. En los tres días posteriores a dicha fecha, habiéndose obtenido las cifras 9,75; 0,85 y 0,94, éstas coresponderían a una reacción medular del tipo invertido.

*Observación X.*—Félix Z., de 22 años, mestizo, natural de Pachacamac, de estado soltero y de ocupación albañil, procede de Lima, después de estar dos meses enfermo. Ingresa el 28 de mayo del presente año al servicio de "San José" en el hospital "Dos de Mayo", donde ocupa la cama N° 33.

*Diagnóstico.*—Por los datos suministrados por la anamnesis y el examen clínico, se estableció el diagnóstico de *paludismo.*

La prueba funcional en este enfermo dió el resultado siguiente:

Habiéndose inyectado la solución de nucleinato de sodio el día 1° de julio del presente año, se obtuvo como cifra tipo la de 4,633. En los cuatro días posteriores a esta fecha los resultados fueron 0,80; 0,91; 110 y 134, cifras que corresponden, las dos primeras al tipo de reacción invertida y las dos últimas a los tipos anérgico e hipoérgico, respectivamente.

*Observaión XI.*—Eladio G., de 34 años, indio, soltero, natural de Camaná y de ocupaciones agrícolas, procede de la hacienda "Caudivilla", después de estar veinte días enfermo. Solicita su ingreso al hospital "Dos de Mayo" con fecha 2 de julio, ocupando la cama N° 48 del servicio médico de "San José".

*Diagnóstico.*—En posesión de los datos suministrados por los antecedentes del enfermo y los recojidos en el examen clínico se estableció el diagnóstico de *paludismo.* Este fué debidamente comprobado por el examen de sangre verificado en el laboratorio del servicio. Se pudo comprobar la presencia de gametas del *plasmodium falcíparum.*

La prueba de la exploración funcional de la médula ósea en el presente caso, dió los resultados siguientes:

El día 6 de julio de 1924 la inyección de nucleinato de sodio, habiéndose obtenido como cifra tipo en relación con las numeraciones leucocitarias practicadas en los tres días anteriores la de 8,233.

Las numeraciones practicadas en los tres días posteriores a esa fecha dieron como resultado las cifras 120, 121 y 155. Estas traducirían un grado de reacción medular según el tipo hipoérgico, en los dos primeros días que siguieron al de la inyección; al tercer día reaccionó conforme al tipo hiperérgico.

*Observación XII.*—Celestino G., de 12 años, indio, natural de Arequipa, se ocupa en labores de campo y procede de Lima, después de estar ocho días enfermo. Ingresa el 9 de julio del presente año al hospital "Dos de Mayo", oupando la cama N° 45 del servicio médico de "San José".

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

*Diagnóstico.*—Por sus antecedente y por los datos proporcionados al verificarse el examen clínico se formuló el diagnóstico de *paludismo.* Este fué comprobado al encontrarse formas jóvenes y adultas de *plasmodium vivax* en el examen de sangre practicado en el laboratorio del servicio.

La prueba de la exploración funcional de la médula ósea en el presente caso, dió los siguientes resultados:

Inyectada la solución de nucleinato de sodio con fecha 13 de julio del presente año, se obtuvo como cifra tipo la de 4,833. En los cuatro días posteriores al de la inyección se obtuvieron como resultado las cifras 110, 148, 160 y 148. Estas cifras indicarían que la médula ósea de este enfermo respondió al siguiente día de la inyección, según el tipo anérgico, y en los tres días siguientes conforme al tipo normal.

*Observación XIII.*—Toribio Ch., de 14 años, indio, natural de Coracora y de ocupaciones agrícolas, procede de Cocrachacra, después de estar enfermo un mes. Ingresa el 9 de julio a la sala de "San José" en el hospital "Dos de Mayo", donde ocupa la cama N° 36.

*Antecedentes hereditarios.*—Padre vivo, sano. Madre muerta por causa que ignora el enfermo. Ha tenido tres hermanos, dos de los cuales han muerto por causas que el enfermo no puede precisar; el otro vive y es sano.

*Antecedentes personales.*—A los siete años padeció de sarampión y de viruela. De diez años sufrió de tos convulsiva. Catorce meses antes de ingresar al hospital salió de su pueblo con dirección a Lima. En seguida se dirigió a la hacienda "Ñaña" donde se ocupó por espacio de dos meses en labores de campo. De esta hacienda se trasladó a la de "Santa Clara", permaneciendo allí durante un mes, habiendo sido atacado en ese lugar de paludismo que le duró una semana. Posteriormente se dirigió a Cocrachacra, lugar de su procedencia, habiendo sido víctima nuevamente del paludismo por espacio de quince días.

*Enfermedad actual.*—Un mes antes de ingresar al hospital, empezó a sentir dolores óseos acompañados de oscilaciones febriles poco marcadas, pero que le impidieron continuar en sus labores. Ultimamente notó la aparición de un discreto brote verrucoso que se inició por las extremidades superiores e invadió después la cara. En estas condiciones solicitó ser hospitalizado.

*Examen clínico.*—(10 de julio de 1924).—Desarrollo proporcionado. Actitud indiferente. Estado nutritivo en buenas condiciones. La piel conserva las huellas cicatriciales de la viruela.

Cabeza.—Cráneo mesocéfalo. Cuero cabelludo bien implantado. Ojos de aspecto normal; pupilas isocóricas que reaccionan bien; conjuntivas con ligera subicteria. Lengua húmeda con delgada capa saburral. Dentadura completa y en regular estado de conservación. Paladar óseo ligeramente ojival.

Cuello cilíndrico, corto; no se palpa la tiroides.

Tórax normalmente conformado; axilas con escaso sistema piloso.

En el aparato respiratorio y circulatorio nada llama la atención.

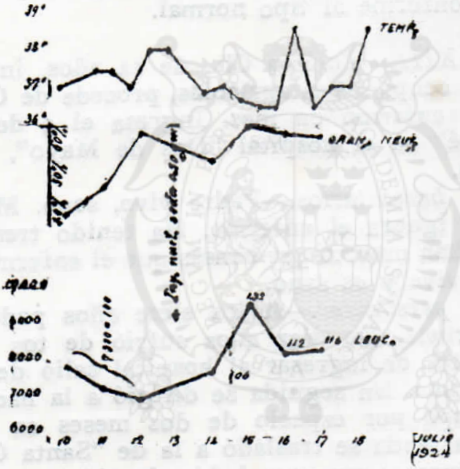
Abdomen de paredes flácidas y depresibles. Hígado de tamaño normal; no hay dolor cístico.

Espacio de Traube libre. Bazo palpable con punto doloroso a nivel del noveno espacio intercostal.

Función digestiva normal.

*Diagnóstico.*—De acuerdo con sus antecedentes y con los datos obtenidos en el examen clínico se estableció el diagnóstico de *verruga eruptiva* y *paludismo*.

La prueba de la exploración funcional dió en este paciente los resultados siguientes:




*Gráfica de la observación N° 4*

Practicada la inyección de nucleinato de sodio el día 13 de julio, se obtuvo como cifra tipo, en relación con los tres recuentos previos, la de 7,300. Los resultados obtenidos en los cuatro días posteriores fueron: 106, 132, 112 y 114. Estos valores indican que tan sólo en el segundo día después de colocada la inyección, la médula respondió conforme al tipo hipoérgico; en los demás días lo hizo según el tipo anérgico.

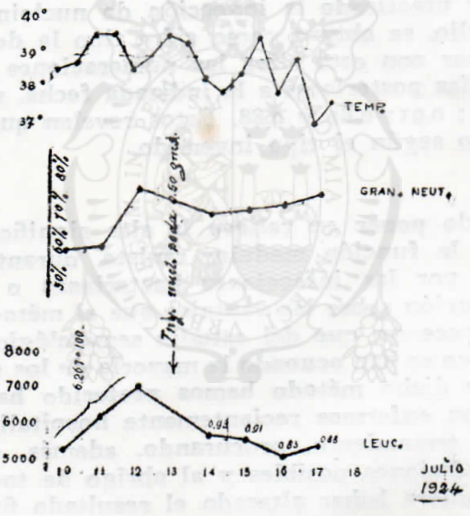
*Oservación XIV.*—Pedro R., de 18 años, mestizo, natural de Mabana y de ocupación jornalero, procede de Lima (calle La Virreyna), después de siete días de enfermo. Ingresa el 9 de julio del presente año al hospital "Dos de Mayo", ocupando la cama N° 32 del servicio médico de "San José".

*Antecedentes hereditarios.*—Padre muerto por causa que el enfermo ignora. La madre vive y es sana. Tiene cuatro hermanos que gozan de buena salud.

*Antecedentes personales.*—Refiere haber gozado siempre de buena salud. Sólo recuerda haber padecido de grippe en 1919 que le duró un mes.

*Enfermedad actual.*—Diez días antes de su ingreso empezó a sentir un vivo dolor epigástrico acompañado de quebrantamiento general que le impidieron continuar en sus ocupaciones. Como a pesar de tomar los medicamentos que le aconsejaban no logró mejorar, se vió obligado a solicitar su ingreso al hospital.

*Examen clínico.*—(10 de julio de 1924).—Desarrollo proporcionado. Actitud en decubito dorsal. Facies estuporosa; hay cierto grado de indiferentismo respecto a lo que le rodea y sus movimientos son ejecutados con marcada lentitud. Estado de la nutrición mediocre. Piel con manchas lenticulares diseminadas por el vientre.




*Gráfica de la observación Nº 5*

Cabeza.—Cráneo subdolicocéfalo. Cuero cabelludo abundante y bien implantado. Ojos de aspecto normal; pupilas isocóricas que reaccionan bien. Boca ligeramente entreabierta, con labios agrietados y cubiertos de escaso fúligo; lengua seca e intensamente saburrosa. Dentadura casi completa, bien implantada y recubierta de fuliginosidades.

Faringe y amígdalas ligeramente congestionadas.

Cuello cilindríco, largo; no hay estruma.

Tórax normalmnte conformado; axilas excavadas y con escaso sistema piloso.

En el aparato respiratorio sólo se aprecia uno que otro estertor bronquial en ambos pulmones.

Pulso regular y de buena tensión; late 96 veces al minuto. Ruidos cardíacos normales.

Abdomen ligeramente meteorizado; por presión se despierta un dolor bastante manifiesto a nivel de la fosa ilíaca derecha. El epigastrio es igualmente asiento de reacción dolorosa provocada.

Hígado algo aumentado de volumen; hay dolor cístico.

Espacio de Traube libre; bazo grande, apreciable por la percución.

Función digestiva: hay anorexia y ligera constipación.

*Diagnóstico.*—Por los carcteres clínicos observados durante el examen, se formuló el diagnóstico de *tifoidea*, siendo corroborado días más tarde por el laboratorio. El hemocultivo solicitado resultó positivo al Eberth después del quinto día.

En el análisis se constató una marcada leucopenia a predominio de linfocitos. El examen de orina reveló trazas de serina y la presencia de pigmentos biliares.

La prueba de la exploración funcional en este enfermo, dió los siguientes resultados:

Habiéndose practicado la inyección de nucleinato de sodio el día 13 de julio, se obtuvo como cifra tipo la de 6,167.

Al relacionar con esta cifra las numeraciones leucocitarias de los cuatro días posteriores a la indicada fecha, se obtuvieron los valores 0,93; 0,91; 0,83 y 0,88. Estos revelan que la reacción medular se hizo según el tipo invertido.

He intentado poner en relieve la alta significación que la exploración de la función medular reviste, durante los procesos originados por las infecciones bacterianas o parasitarias, llamando la atención sobre las ventajas que el método propuesto por Habetín ofrece, ya que del estudio semeiológico de aquella función muy poco se han ocupado la mayoría de los observadores.

Al verificar dicho método hemos preferido hacerlo, en su mayor parte, con enfermos recientemente hospitalizados y privados de todo tratamiento, procurando, además, situarnos en las mejores condiciones posibles y al abrigo de toda influencia extraña, que pudiera haber alterado el resultado final de nuestras observaciones.

Para poder representar en forma un tanto esquemática y fácil de comprender el modo como la prueba de la exploración funcional de la médula ósea se ha conducido en la serie de enfermos que hemos tenido oportunidad de estudiar, podemos clasificarlos en los grupos siguientes:

1º (Obs. I y III).—Casos de verruga maligna, habiendo presentado anemia intensa de tipo pernicioso y explorados después de haber sufrido la acción medicamentosa: Revelaron un déficit en la función medular, presentando reacciones de tipo invertido, anérgico e hipoérgico. El caso I falleció después de haber presentado reacción invertida y el III se mantuvo en el tipo hipoérgico, logrando evolucionar progresivamente hacia su curación.

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

2° (Obs. XIII).—Comprobó a enfermo de verruga benigna con asociación de elemento malárico. Fué explorado antes del tratamiento y reaccionó según los tipos anérgico e hipoérgico, revelando igualmente déficit en la actividad medular.

3° (Obs. II y XIV).—Correspondieron a casos de tifoidea, explorados en pleno período de estado: Respondieron a la prueba según el tipo de reacción invertida, traduciendo, de acuerdo con los conceptos de Habetín, un grado profundo de intoxicación medular.

*Casos de malaria a plasmodium falcíparum, explorados antes de todo tratamiento*

4° (Obs. IV, X, IX y V).—Reaccionaron a predominio del tipo invertido.

5° (Obs. VII y XI).—Reaccionaron a predominio del tipo hipoérgico.

6° (Obs. VIII).—Reaccionó a predominio del tipo hiperérgico.

*Casos de malaria a plasmodium vivax, explorados antes de todo tratamiento*

7° (Obs. XII).—Reaccionó en forma mixta según los tipos anérgico, normal e hiperérgico.

8° (Obs. VI).—Reaccionó en forma mixta según los tipos normal, invertido e hipoérgico.

En la mayoría de los casos, una vez instituído el tratamiento se pudo apreciar en forma bastante notable las diversas variaciones que sucesivamente se iban presentando en la reacción medular hasta convertirse en la de tipo normal; llegando en ocasiones a sobrepasar a éste, tal como en el caso VII que, a pesar de tratarse de una infección malárica a doble especie, evolucionó rápidamente hacia el tipo hiporérgico.

En los casos XII y VI, infectados con el plasmodium vivax, las reacciones se mostraron de un tipo superior a las de los infectados con plasmodium falcíparum, lo que estaría perfectamente de acuerdo con el carácter mucho más nocivo que este elemento malárico tiene sobre aquel. Y, probablemente, en virtud de esta misma circunstancia, derivada de la diferencia de patogenicidad entre ambas especies de plasmodium; de las distintas condiciones raciales habidas entre nuestros enfermos y los explorados por Habetín; y, de las particularidades individuales de cada enfermo, los resultados que nosotros hemos obtenido, especialmente con los enfermos de los grupos maláricos, han diferido apreciablemente de los encontrados por el autor, sobre todo si se les juzga de un punto de vista global. Sin embargo, creeemos que ello no constituye razón suficiente para invalidar la importancia que la prueba de la exploración funcional

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

tiene, si se observan las íntimas relaciones que han existido entre los resultados de ella y la evolución clínica sufrida por los pacientes, juzgados independientemente en cada caso particular y con sus respectivas características individuales.

## CONCLUSIONES

1°—En no pocas circunstancias, particularmente tratándose de cierto grupo de infecciones, el estudio de la función medular puede revestir caracteres de suma utilidad, constituyéndose en un precioso recurso que el clínico jamás debe olvidar. En efecto, se impone como un auxiliar de alta significación cuando interese precisar, en determinados casos, el curso evolutivo a seguir por tal o cual proceso mórbido. Es sobre todo en la determinación del pronóstico de las enfermedades de carácter anemizante, cuyas acciones lesivas asientan principalmente sobre los órganos hematopoyéticos, donde la exploración de dicha función crece en importancia y cobra mayores relieves.

2°—Entre los diversos métodos que se han preconizado para el estudio de la exploración funcional de la médula ósea, hemos dado preferencia al propuesto por Habetín, no sólo por estar informado en un criterio mucho más razonable, si no también por las superiores ventajas que ofrecen la sencillez de su técnica y por la mayor exactitud de sus resultados.

3°—A pesar de las diferencias anotadas anteriormente, hemos podido comprobar que los resultados obtenidos individualmente en cada uno de los sujetos observados han guardado perfecta armonía con los hechos clínicos y con la influencia que sobre éstos ha ejercido la acción medicamentosa.

4°—El estudio que hemos practicado nos ha proporcionado la ocasión de comprobar prácticamente la gran frecuencia que entre nosotros existe de la malaria debida al plasmodium falcíparum, caracterizándose por su gran irregularidad sintomatológica y por la producción de una anemia basante intensa, que utilizando la prueba de la exploración funcional, nos ha mostrado un mayor déficit en la actividad medular que en los sujetos infectados con el plasmodium vivax.

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

# Toxicofilia, toxicomanía, venenos de la inteligencia

Por el Dr. LEOPOLDO BARD

(de Buenos Aires)

El profesor Legrain, médico jefe del Asilo de Villejuif, publica un capítulo muy interesante en el tratado de: "Patología Médica y Terapéutica aplicada", cuyos datos señalamos a continuación:

El eje psicológico de la precedente publicación sobre el alcoholismo es aún esta idea fundamental de que los observadores, fisiólogos, médicos, sociólogos y aún los escritores han sido más de lo razonable hipnotizados por el estudio de la intoxicación como fenómeno individual. Hemos querido transportar al lector a una zona de observación desde donde se descubre algo mejor y algo más que el individuo.

La unidad, en suma, es cantidad casi despreciable en relación a la masa, medio del cual ella emerge. El problema del alcoholismo es aún esta idea fundamental de que los observado- colectividad, tanto en el pasado como en el presente. Y es porque el momento presente no es otra cosa que el anunciador de una época futura en la cual el alcoholismo se apresta a continuar su acción destructora, que el observador debe sondear las oscuridades del mañana proyectando hacia allí alguna luz, favorecido por las enseñanzas del ayer.

El alcoholismo no es más que un incidente continuamente renovado sobre un fondo colectivo de morbidez que él mismo ha engendrado a través de los siglos. Y lo que importa señalar es que, aun siéndole dado a uno suprimir por un azar providencial de hoy a mañana esta tara constitucional profunda, la humanidad no quedaría aún curada por esta operación radical. Pues, mientras que el alcohol pueda nacer, para necesidades funestas y ficticias, de la molécula de azúcar, quedaría una amenaza para el equilibrio mundial, seduciendo de nuevo la constitución mórbida colectiva, que en la hora presente hace todo el mal.

Y es esto mismo, en la época que atravesamos, uno de los argumentos perentorios que los abstemios clarovidentes se esfuerzan en dirigir contra los modernos. Suprimir de un golpe de pluma, ha dicho el proferor Forel muy juiciosamente, todos los alcoholistas, y mañana reaparecerán los modernos, los mismos, que, malgrado su aparente buen juicio—que no se discute en un individuo asilado—son el semillero exclusivo de los que

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

abusan. El profesor Bunge, de Bale, ha escrito una frase célebre cuyo alcance psicológico no ha sido jamás atenuado: "los modernos son los seductores". No son los abstemios los que producen los alcohólicos; no son ellos, por mucho menos, que hacen pasar al joven niño abstemio al régimen del "vino mojado" y empapan sus labios en el veneno que más tarde, tal vez, los matará. De los moderados imprudentes es este gesto.

Pero no conviene ir más lejos por el momento. La alcoholización colectiva, aspecto contemporáneo de la alcohomanía hereditaria, no es más que un momento de una psicopatía más general aún y que no tiene en vista solamente el alcoholismo. Es una enfermedad étnica, social, universal, que se manifiesta bajo aspectos muy diversos pero que revela un desorden primordial común a todas estas manifestaciones. La alcoholización misma, lo hemos demostrado, no existe sino como función de la "narcomanía".

Esta narcomanía es un estado psíquico humano muy difundido. No se le sospecha desde el primer momento cuando se presenta a la observación bajo los variados nombres de opioismo, morfinismo, cocainismo, haschischismo, eterismo. Para desligarlo es necesario abstraerse de la intoxicación propiamente dicha y elevarse a la noción lejana de las causas.

Percíbese entonces que el ser humano parece manifestar una propensión particular por ciertas substancias que se pueden reunir bajo la etiqueta común de *"venenos de la inteligencia"*. Sería un error, por lo demás, hacer de ellos una especialidad del hombre pues la experimentación fisiológica ha demostrado que los animales sometidos al uso regular de estos mismos venenos experimentan las mismas satisfacciones, los mismos estados pasionales que el hombre, de donde resulta que las causas iniciales mismas de esta propensión pueden y deben ser buscadas en las propiedades tóxicas susceptibles de ser apreciadas por todos los organismos dotados de una sensibilidad algo desarrollada.

El análisis psico-fisiológico de estas propiedades demuestra que sólo la narcosis con todos sus grados, con todas sus consecuencias, es el efecto apreciado, gozado y por consecuencia deseado.

Sin ir demasiado lejos en el estudio tan cautivante de este apetito, debemos decir una palabra a título de transición entre el estudio del alcohol y el de los otros venenos de la inteligencia, ya que este estudio de psicología general abreviaría singularmente nuestro trabajo.

Apresurémonos, por lo demás, a agregar que todas estas consideraciones generales expuestas en los primeros capítulos de nuestro precedente estudio son integralmente aplicables a todos los venenos de la inteligencia. El lazo que los une es precisamente de naturaleza psicológica. La humanidad considerada en su conflicto hereditario con el alcohol, no difiere en nada de esta humanidad abatida por el opio, el haschish o el éter. Los procesos que guían al hombre hacia el incentivo estupefac-

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

tivo del opio o del alcohol, son idénticos. El lector aprovechará, pues, inspirándose en los delineamientos que son la substancia misma de los primeros capítulos.

La toxicofilia no es por sí misma una psicopatía. No es más que su núcleo inicial posible. Es concebible que un ser sensible que el azar ha colocado de pronto en contacto con una substancia que atenúa ciertas formas de la sensibilidad y adormece especialmente ciertos estados penosos o dolorosos, morales o físicos, acuerde a esta sustancia toda su atención y le guarde, por su beneficio, algún reconocimiento. Es concebible también que un ser pensante que, colocado por el azar en contacto con un estupefactivo asiste a ese desorden curioso que hemos llamado la "hipomanía embriagadora" cuya propiedad es liberar la imaginación, el ensueño, dar la ilusión de la fuerza, de la alegría, crear toda suerte de quimeras, tenga suficiente curiosidad para desear la repetición. El movimiento expontáneo de las simpatías se propaga hasta los objetos como hacia las personas. Objetivo en apariencia, es en realidad siempre subjetivo y adecuado a la noción conciente de la euforia.

Esta impulsión expontánea, asimismo irrazonada, ¿es patológica? No, seguramente. Es claramente normal, puesto que traduce el esfuerzo constante y lógico del ser hacia lo mejor. Es una reacción contra el mal.

Empieza a menudo por la mitigación de un dolor físico. Parece que el hombre es más herido en su sensibilidad por un dolor de muelas, por una neuralgia intercostal, que por una fuerte sacudida moral. El dolor parece más exagerado, más inmediatamente insoportable y la narcosis rápida obtenida por una inyección de morfina, una píldora de opio o algunos átomos de cocaina, tiene algo de mágico que habla a la imaginación.

La calma es inmensa, el reposo inefable después de la agudez de un dolor enloquecedor. Es lo suficiente para que el estupefactivo sea adornado con mil virtudes que en el momento no pesarían una onza en la balanza, al lado de los mañanas abrasadoras que ocultan y que, por lo demás, el vulgo ignora. Nunca sería demasiado, instruídos por esta observación periódica, poner en guardia al médico, contra las impresiones agradables de las cuales será, en la práctica, el primer dispensador. Mirar lejos es una obligación profesional sobre la cual muchos no tienen un vivo cuidado.

Pero el dolor físico no es el único que se beneficia con las narcosis y el Nirvana alcohólico, del opio o cocaínico es el abismo donde se pierde una cantidad de gente desamparada únicamente en su conflicto con los factores deprimentes que son la obra de la vida. Por una pendiente suave, muy suave, los débiles, los hiperestésicos, los neurasténicos, las múltiples especies de hombres mal armados para la lucha o anonadados por un ambiente difícil de vencer; y a su lado, numerosos ciudadanos más normales apasionados por la contemplación, el ensueño, la quimera, todos estos seres fundidos en la lucha por la

Universidad del Perú. Decana de América

vida, se escapan del terreno de la áspera lucha y encuentran un oásis de analgesia o de vida supraterrestre en la botica de los estupefactivos. Es un tiempo de espera, de reposo. Los algófolos son legión en la cumbre que han alcanzado las civilizaciones. Fruto de una selección cada vez más perfecta de la sensibilidad que hace los altos placeres, la hiperestesia tiene trances en donde se convierte en dolorosa. El hombre culto está menos preparado para el sufrimiento que el hombre de los bosques, y éste lo está a su vez menos que la bestia de la cual es vecino. ¿Cómo asombrarse del éxito de la narcosis?

La encrucijada donde se encuentra la toxicofilia con la toxicomanía es un vasto claro de largo recorrido y que no se ve allí ni el borde ni la terminación. Y sin embargo el momento crítico existe. Existe para el individuo y no menos para la especie.

La historia de todos los venenos de la inteligencia, padres de las endemias, es en todas partes la misma. El opio es el alcohol de Oriente. El alcohol ha sido y es aún, el opio del Occidente. El estudio crítico del psiquismo chino o hindú en relación al opio, revela las mismas satisfacciones efímeras del principio, los mismos deseos, pronto la misma fiebre, el mismo ardor irresistible y, para concluir, la anarquía mental. Este estudio muestra asimismo la inexorable acción del medio, la fatalidad del ejemplo, la atracción contagiosa y hereditariamente, la creación de una mentalidad colectiva que perpetúa el deseo que la especie aporta en el presente con cada generación. La crónica del opio trae desde tiempos inmemoriables, las mismas revelaciones del alcohol. Es veneno dulcísimo de los grandes y los pequeños, de las mujeres como de los hombres, de los niños como de las mujeres. La botica del opio se instala en las esquinas de las calles con los mismos atractivos que nuestro cabaret. El narcótico oriental suscita las mismas rapacidades que el engañador occidental; las mismas víctimas caen en su trampa.

Puede decirse lo mismo del haschish y del éter.

Puede decirse tanto y más de las perfidias de la morfina y de esta nueva quintaesencia de veneno que, bajo el nombre de cocaína está a punto de crear aquí una vasta clientela. La felicidad en pinchazo o en polvo que se obsorbe, conviértese entonces en el privilegio de dementes verdaderos. Es el sumum de la decadencia, el delirio de las sensaciones, coronamiento de este edificio carcomido que es el intelecto humano disgregado, desarticulado, pronto a hundirse en la locura.

Y en todas partes, merodeando sobre estas turbas de enloquecidos, como cuervos sobre un campo de batalla, o como destripadores de cadáveres, vénse estas mismas nubes de parásitos que viven del libertinaje y de la muerte; propagándola y entreteniéndola a veces bajo pretexto de canalizarla, los comerciantes, los gobiernos, todos hasta amasando moneda con la enfermedad, con la debilidad de todos. Los escándalos de la Indo-China, los de China, los de todas las colonias, cualquiera

Universidad del Perú. Decana de América

que sean, los de Algeria, los del Centro Africano, los de la América del Norte, los de todo lugar donde la expansión comercial ha sido pretexto de la masacre tóxica de los inocentes, todos estos escándalos son históricos y justifican el lugar que estas páginas han pretendido asignar a los venenos de la inteligencia, no sólo en la historia del individuo, sinó en la patología mundial.

Quisiéramos, para terminar esta definición de la toxicomanía, demostrar el intercambio de todos los estupefactivos. Succedáneos los unos de los otros, lo son evidentemente a condición de proporcionar a los toxicófilos las mismas sensaciones pertenecientes a la misma familia. Este carácter tiene algo de específico en lo que se reconocerá siempre el narcótico. La opiomanía y la alcohomanía, la morfinomanía como la enofilia, cambian fácilmente sus efectos. Cuestión de medio o de circunstancias, es menos el hábito de un gesto determinado que la variación de los efectos narcóticos, lo que afirma la fidelidad del toxicómano a su veneno habitual—pues, no debemos olvidar todo intoxicado cerebral se convierte en autómata—; pero no hay más que matices entre la embriaguez morfínica y la embriaguez vínica, entre la euforia del opio y la del alcohol.

Constituída la mentalidad de esclavo del toxicómano, lo que se observa entonces frecuentemente en los "dilettenti" de la narcosis, es la búsqueda de sensaciones compuestas que se consiguen con las intoxicaciones multiformes. El toxicómano destila gustoso en provecho de su cerebro enfermo las especialidades de cada estupefactivo, para formar como un extracto que le procura el máximun de placeres refinados. Las combinaciones son infinitas, como serán las de un hábil perfumista ávido de provocar el olfato con efluvios olorosos indefinidamente renovados. Nada es tan curioso y cautivante como estudiar en el detalle las sabias combinaciones a las cuales se entregan ciertos narcotizados y las delicadas observaciones que piden a sus sentidos así enseñados.

El ajenjo es, como lo son otros licores aromáticos todavía, la fuente de estupefacciones complejas, con las cuales el bebedor gusta complicar los efectos del alcohol simple. Bastaría mencionar que numerosos cuidadanos, llamados gastrónomos delicados, son hábiles para mezclar sabiamente vinos extraídos de mostos célebres que les procuran una ebriedad psíquica, imaginativa, autosugestionados antes aún de sentir los efectos tóxicos de los éteres aldehínos contenidos en estos vinos fermentados. Apenas podría verse en ello un diletantismo narcomaníaco y sin embargo el psicólogo debe resolverse, pues el oriental se distingue por su lado en sorber vapores de opios de diversas fuentes y los aficionados al ídolo negro son célebres en oriente como los nuestros y al mismo título. ¿Qué se dirá de los tabacos compuestos, de embriagueces completas, si se juzga por las actitudes o los gestos estereotipados de los fumadores?

Universidad del Perú. Decana de América

La alcohofilia de Francia ha dedicado ternuras muy modernas al opio importado de Oriente y sus puertas se han convertido en centros de aprovisionamiento, en depósitos de veneno caro a los coloniales. El Estado que, en Francia, por los menos, no ha pensado aún en amasar moneda con el opio, ha pensado sin embargo en legislar enérgicamente en esta materia, reservando sus favores ilógicos para el alcohol, veneno autóctono. Sus vinos y sus licores, sus champagnes han conquistado los favores de las naciones más lejanas y allá muy lejos, son vecinos del opio,

La "coco" (sinónimo popular de cocaína) empieza a hacer proezas en todas partes—la guerra, que fué exitadora, de toxicomanía por una cantidad de razones psicológicas cuyo desenvolvimiento sobrepasa nuestro marco, ha dado a la cocainomanía un latigazo. Está a la moda, a la orden del día en todos los medios. Nadie lo ignora; cautiva la curiosidad de los ociosos y de las gentes ya tocados por algún estupefactivo. Tiene ya su papel preciso y clasificado en los factores judiciales.

Pero la "coco" es una gran amiga de la morfina, a la que suple a veces y a la que acompaña siempre. Sobre un lecho de dolorosos goces, el envenenado se agita en pesadillas combinadas de coco, de opio y de tabacos perfumados, y en seguida saboreará el intervalo del apetito y luego la fina cena, en la cual no se come pero se bebe.

Este revoltijo numeroso de sensaciones politóxicas es la forma quintaesenciada de esta toxicomanía donde se arrinconan las naciones en plena derrota.

Y es con esta frase que debe terminarse nuestra transición hacia el estudio, voluntariamente sumario, de otros venenos psíquicos. ¿Qué interés, si no es para el clínico ávido de hechos, pueden ellos presentar después de su incorporación al seno de esta universal psicopatía que mata con una precisión indiscutible las naciones modernas enagenadas e inconscientes, entre las complicaciones económicas, financieras, diplomáticas y belicosas a las cuales los tóxicos cerebrales no son extraños?

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

# La reacción de Van den Bergh, hemoaglutininas y hemolisinas en la enfermedad de Carrión

Por ALBERTO GUZMAN BARRON

*(Estudiante de medicina)*

*Laboratorio de las Clínicas de la Facultad de Medicina*

En el presente trabajo nos referiremos a algunas de las investigaciones llevadas a cabo en el Laboratorio de las Clínicas del Hospital "2 de Mayo", que funciona bajo la dirección del doctor Pedro Weiss. De acuerdo con el título dividiremos el artículo en dos partes.

I.—La reacción de Van den Bergh.

II.—Hemoaglutininas y hemolisinas.

## I.—LA REACCION DE VAN DEN BERGH.

El profesor A. A. Hymans van den Bergh ha modificado la reacción de Erlich para la investigación de los pigmentos biliares en el suero sanguíneo y le ha dado una utilísima aplicación en la Clínica. Desde el primer momento, nuestro interés al estudiarla fué aplicarla en el estudio del suero de los enfermos de la anemia de Carrión, porque hemos creído que así contribuiríamos a la mejor explicación de varios fenómenos que aún se hallan discutidos en la patología de la verruga.

Pero como es posible que muchos de los lectores (me refiero a mis compañeros), no conozcan los artículos de este autor y otros referentes al asunto, vamos a procurar sintetizarlos para mejor comprensión de lo que hablaremos después, al aplicar dichos conocimientos a la Enfermedad de Carrión.

*Investigación de los pigmentos biliares en el suero sanguíneo.*—a) Métodos antiguos.—Es bien conocida la reacción de Gmelen, Gilbert y otros que en la actualidad se hallan abandonadas por su poca sensibilidad. Otros aprecian el grado de ictericia en los sueros por la simple inspección y comparación con soluciones de percloruro de hierro al 1|300 o bicromato de potasio al 1|1000 (Menlengracht), o aún por la simple dilución del suero hasta la desaparición del color amarillo (Blankenhom). Todos ellos pecan por su poca sensibilidad, razón por la que no hago sino mencionarlos.

b).—*Método de Hymans van den Bergh.*—Este autor, como hemos dicho, no ha hecho sino darle una mejor aplicación al

método de la diazoreacción preconizado por Erlich, fundada en la particularidad que posee la bilirubina de unirse al diazoreactivo, cuando se encuentra en solución clorofórmica o alcohólica, para dar reacciones coloreadas que sirven como indicadoras.

*Técnica.*—a) La sangre, para obtener el suero, puede ser extraída sea por punción venosa o escarificación y debe tener un tiempo máximum de 24 horas al abrigo de la luz. La cantidad de suero necesaria es de 1 o 2 c. c.

b).—*Reactivos.*—Hay dos soluciones que se preparan y conservan aisladamente:

| Sol. A | Sol. B |
|---|---|
| Acido sulfanílico 1gr. | Nitrito de soda gr. 0.50 |
| Acido clorhídrico 15 c. c. | Agua destilada 100 c. c. |
| Agua destilada c\|s 1000 c. c. | |

Se mezclan, en el momento de usar, 25 c. c. de la solución A y 0.75 de la solución B. Es éste el reactivo de Erlich y el que nos servirá para la reacción de Van den Bergh, tanto la reacción llamada *directa* como la *indirecta.*

*Reacción directa.*—Se toma 1 c. c. de suero, 2 c. c. de agua destilada en un tubo de prueba y se le añade 0.25 del reactivo de Erlich. Si hay reacción positiva, como la solución es ácida, la mezcla se pone instantáneamente de un color azul-violeta más o menos intenso, según la cantidad de bilirubina existente en el suero, y añadiéndole soda cáustica se torna en azul verdosa, por haber cambiado la mezcla de la reacción en alcalina. En caso de demorar medio minuto o más para producirse la reacción, se dirá que es retardada.

*Reacción indirecta.*—1 c. c. de suero es mezclado a 2 c. c. de alcohol de 96 por 100 y por centrifugación se separa del precipitado un líquido claro, el que es decantado. A este se le añade 0.25 del reactivo de Erlich. Si hay reacción positiva, como en el caso anterior, la coloración es azul violeta más o menos intensa, según la proporción de bilirubina existente. Así mismo, dicha coloración se tornará en azul verdosa si se le añade soda.

La sensibilidad de estas reacciones es grande: al 1 por 500.000. Y puede considerarse como específica de la bilirubina, toda vez que aún la biliverdina no reacciona. Pero se ha señalado al indol; sin embargo, teniendo en cuenta que la proporción de éste en el suero, aún en condiciones patológicas, es pequeñísima, se puede despreciar esta posible causa de error.

*Fundamento de ambas reacciones.*—Van den Bergh observa que los sueros de los enfermos atacados de ictericia, debida a obstrucción mecánica de los conductos biliares en la salida de la bilis, dan la reacción directa instantáneamente; y, en cambio aquellos sueros de los enfermos con ictericia hemolítica no dan la reacción directa, o si la dan es después de medio minuto o

Universidad Nacional de San Marcos Biblioteca Lima-Perú

más (retardada) e incompletamente, pero en cambio dan la reacción indirecta, o sea, después de la adición de alcohol al suero, instantáneamente. En el primer caso se trata según dicho autor de ictericias mecánicas, en las que la bilirubina se halla libre en el suero, y como tal se comporta como una solución cualquiera de bilis, razón por la que reaccionan fácilmente, así como se deposita en los tejidos, y atraviesa la barrera renal, encontrándoselas en la orina en dichas icterias. En cambio, en los casos de ictericias hemolíticas la bilirubina se encuentra en combinación especial con los elementos del suero, y es necesaria la precipitación por el alcohol para romper dicha ligazón, o muchos segundos para que pueda actuar el reactivo; de allí, pues, que den soló la reacción indirecta rápida y la directa retardada. Es esa misma la razón por la que no se encuentra bilirubina en la orina.

*Aplicación en la clínica de la reacción.*—Acabamos de decir que mediante ella nos es posible distinguir una ictericia mecánica de otra llamada dinámica, sea ésta debido a exceso de destrucción de hematíes o trastornos de la función de las células hepáticas. Es en el estudio de las ictericias hemolíticas que sobre todo ha sido muy estudiada.

Es sabido que la biliburina procede de la hemoglobina, tanto por su similitud química, como por una serie de experiencias in vivo que lo comprueba. Antes se creía que el papel de transformar la hemoglobina en bilirubina sólo era propiedad del hígado, pero estudios diversos y sobre todo los recientes de Rich (Bulletín John Hoppkins Hospital), han probado que fuera de este órgano también se forma, a tal punto que Brulé dice que toda la bilirubina es formada fuera del hígado y que éste sólo estaría encargado de secretarlo, así como el riñón la úrea. Ahora bien, habiendo grandes destrucciones de hematíes, la hemoglobina en exceso es ofrecida al hígado y a los tejidos para su transformación, desempeñando papel actívisimo el bazo, las células conjuntivas, las células de Kupfer, etc.; pero el hígado no puede secretar sino en parte la bilirubina existente en el plasma, y es justamente el exceso el que se halla en el suero dando las reacciones más o menos intensas arriba indicadas. Es así como nos podemos explicar las ictericias por destrucciones masivas de hematíes.

Pero puede haber aumento de la bilirubina en el plasma, aún sin destrucciones de hematíes, siendo ello debido a que la bilirubina (en cantidad normal) ofrecida al hígado no es aprovechada por éste, por encontrarse con trastornos profundos en su parénquima (v. g. el cáncer).

*Afecciones en las que se encuentra aumento de bilirubina.*—Es necesario indicar que en el estado normal hay bilirubina en el plasma en pequeñísima cantidad, por debajo de 1 por 200,000 (que se considera como unidad para los efectos del dosaje). En muchísimas oportunidades hemos practicado la reacción de Van den Bergh en sueros normales para acostumbrarnos a ins-

Universidad del Perú. Decana de América

peccionar lo que se debe llamar color normal en las reacciones. Y en el Laboratorio hemos adoptado como regla llamar reacción negativa cuando se encuentra la bilirubina dentro de las condiciones normales y positiva cuando hay efectivo aumento, marcando la intensidad por cruces (siendo el máximum tres cruces). Al respecto quiero hacer notar que es posible llevar a cabo el dosaje de la bilirubina con el mismo método de Van den Bergh, quien ha dado patrones coloreados preparados con determinadas soluciones, que tanto por experiencia personal como ajena, sabemos que se conservan mal, y dan resultados falsos. Ultimamente Pietrowski ha propuesto otras soluciones compuestas de azul de metileno y violeta de genciana, pero preferimos estudiar más atentamente estos diversos procedimientos para decidirnos por el que presente menos errores en la práctica. Entre tanto nos declaramos partidarios de las ideas de Lepehne y Schilling, quienes creen que en la clínica es suficiente la simple inspección de las reacciones coloreadas para apreciar el valor cuantitativo que puede ser útil en la mayoría de los casos.

Hay aumento de bilirubina en el plasma, además de las ictericias mecánicas, en las enfermedades infecciosas, tifoidea, neumonia, endocarditis, paludismo, afecciones cardiacas (en ciertas feces), diabetes, úlcera duodenal (no habiendo en las gástrica), tumores neoplasicos del hígado, habiendo tenido oportunidad de constatarlos en varios casos. En las anemias perniciosas es curioso ver las grandes destrucciones globulares acompañarse paralelamente de aumento de bilirubina.

*La reacción de van den Bergh aplicada a la enfermedad de Carrión.*—Como hemos dicho en páginas anteriores, el interés primordial que nos guió al hacer el estudio de esta reacción, fué el de utilizarla en el estudio del suero de los verrucosos, para así contribuir a dilucidar algunos de los puntos referentes a la naturaleza de la ictericia en dichos enfermos. Pero para hacer su estudio es preciso agruparlos en dos de sus períodos clínicos y hematológicos más característicos.

*Período de la anemia de Carrión.*—En este grupo se encuentran los enfermos en los que las destrucciones globulares son intensas, rápidas, tal que no encuentra paralelo en la patología humana (Dr. Julián Arce.—Lecciones Clínicas) con un cuadro hemático especial, con Bartonelas y en muchos casos con signos de ictericia en la piel y mucosas. Las señales de destrucciones hemáticas son manifiestas y en la realización de éstas aparte de factores múltiples dependientes del mismo parásito, hay que añadir el despertado en los diversos tejidos como fenómenos reaccionales, y últimamente el doctor Pedro Weiss ha demostrado que en esta forma existe un proceso intenso de hemotofagia por las células del rectículo endotelial (células de Kupfer, pulpa esplénica, del retículo de los ganglios linfáticos y aún de los histiocitos fijos) habiendo llegado a ver en la sangre circulante histiocitos cargados de hematíes, hecho que

no es común en sujetos que no estaban en agonía. Todo, pues, nos habla de un aumento de hemoglobina libre por destrucción globular, y por lo tanto la bilirubina que se forma, ofrecida con exceso al hígado, no es por entero aprovechada, dando por resultado una hiperbilirubinemia en todos los sueros de los enfermos atacados de la anemia de Carrión. Y por esto, la reacción de Van den Bergh corresponde a la que dan las ictericias hemolíticas, toda vez que la reacción directa es negativa o retardada y la indirecta positiva más o menos intensa. Hemos tenido oportunidad de constatarlo, como se verá en el cuadro adjunto en 17 casos y nos creemos autorizados para decir que poseemos una prueba más, y concluyente ésta, de que la ictericia de los enfermos afectos de la anemia de Carrión es hemolítica. Ya en 1915 (Reforma Médica) nuestro distinguido maestro el doctor Monge, hizo el estudio del síndrome hemolícito en la enfermedad de Carrión, y con nuestra constatación añadimos una prueba más a sus acertos.

Así mismo, teniendo en cuenta la clasificación que Held hace de las anemias en aplásticas, con bilirubinemia normal en el suero y resistencia globular normal, y plásticas con hiperbilirubinemia y resistencia globular disminuída. Como señala nuestro respetado maestro doctor Arce, éste último carácter en la anemia de Carrión, la colocaremos a ésta en el grupo de las anemias plásticas de Held, puesto que reune ambas condiciones.

*Otras constataciones.*—Pigmentos biliares en la orina.—En los casos en los que encontrábamos fuertes proporciones de bilirubina en el suero de los verrucosos, nos dedicamos a buscarlos en la orina fresca, tanto por los medios ordinarios como por el de Van den Bergh, sin jamás obtener resultado positivo, lo cual nos habla también en favor de la naturaleza de la ictericia de los carriónicos, ya arriba señalado.

*La diazoreacción en la orina.*—Utilizando el reactivo de Erlich más la adición de amoniaco se efectúa esta reacción: 1 vol. de orina, 2 vol. de agua y 7 gotas de amoniaco; si la reacción es positiva, la mezcla se pone roja. En la orina de 14 verrucosos hemos ensayado esta reacción, con resultados siempre positivos. Sobre la naturaleza de la reacción no están de acuerdo los autores, algunos de los cuales lo señalaron como patonogmónica de la tifoidea, y lo más posible es que sean los compuestos aromáticos en exceso los que se unen al reactivo para dar combinaciones coloreadas.

*La reacción de Morris Weisz en la orina.*—Así como hemos tenido oportunidad de ensayar esta reacción en la orina de los verrucosos, con resultados siempre positivos. La técnica es como sigue: 1 vol. de orina, 2 de agua y tres gotas de permanganato de potasio en solución acuosa al 1 por 1000, dando una coloración amarillo limón en caso de ser positiva. Hasta hoy no se ha llegado a dilucidar sobre el verdadero significado de la reacción y su autor cree que sea debido al aumento de ácidos proteicos en la orina, paralelamente a la destrucción de las

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

albúminas en los tejidos, así se tendría transformación del urocromógeno en urocromo.

## HEMOAGLUTININAS Y HEMOLISINAS

Como se sabe el suero humano es capaz, dentro de las condiciones normales, de aglutinar y hemolizar hematíes de especies extrañas (hetero); de individuos de su misma especie (iso); y en condiciones patológicas solamente sus propios hematíes (auto).

La cuestión de las heteroaglutininas y heterohemolisinas, siendo fenómenos normales con relación a determinadas especies, pierde su interés el investigarla, pero sirve como elemento de testigo para comprobar el poder de los sueros, cuando en éstos se investiga, por ejemplo, las autohemolisinas. Así mismo el fenómeno de las isohemolisinas e isoaglutininas es también un fenómeno normal; siguiendo la escala de los grupos sanguíneos de Moss, que ha sido completada por las investigaciones de Hesser con su método (3) (Acta Scandinava), quien ha probado que donde hay aglutinación hay hemolisis, resultando en la práctica innecesaria la investigación de ésta, habiendo constatado la aglutinación. Es sobre todo en la transfusión sanguínea que estas cuestiones cobran gran interés, y como entre nosotros se va intentando el tratamiento de la anemia grave de Carrión por este medio, nos parecen muy prácticos los métodos de Moss (2) y el ordinario (1), para efectuar las pruebas preliminares antes de toda trasfusión.

*Autohemoaglutininas.*—En los casos de anemia grave jamás nos ha sido posible constatar este fenómeno, de la aglutinación de los hematíes por su propio suero, como se verá en el cuadro adjunto. Así mismo a idéntico resultado hemos llegado estudiando la sangre de los individuos de verruga eruptiva en los que no hubo período anémico grave en su comienzo. En tanto que en la sangre de los que encontrándose en pleno período eruptivo, habiendo pasado por el de la anemia grave, existe ligera autoaglutinación. Sobre todo utilizando las técnicas de Moss (2), se observan al microscopio algunos grupos de hematíes apiñados, al lado de los cuales hay también hematíes libres, y examinándolos a mayor aumento se constata que no han cambiado su forma tanto los hematíes apiñados como los libres; y si la hay es en ligerísimo grado, seguramente como una de lo cual nos hace pensar que no hay verdadera aglutinación, las tantas reacciones violentas de inmunidad de que se vale el organismo para defenderse de la septicemia a que se halló sometida en el período de la anemia grave.Es curioso observar, también, que el suero de los verrrucosos eruptivos no tienen poder aglutinante ni hemolisante especial sobre los glóbulos rojos de los afectos de anemia grave, hecho que en varias oportunidades lo hemos constatado.

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

*Autohemolisinas.*—En todo tiempo ha sido asunto de especial estudio esta cuestión, por encontrársele en muy pocas afecciones: enfermedad del sueño, la fiebre recurrente, la fiebre biliosa hemoglobinúrica paroxística. Es natural que su estudio haya despertado gran interés en la verruga, teniendo en cuenta que en el período de la anemia grave se realizan fenómenos de destrucción globular, que a diversos investigadores les hizo ya pensar en la posible existencia de una autohmolisina libre en el suero, pero todos ellos al investigarla, entre los que se encuentran Biffi, Gastiaburú y nuestros maestros Monge y Rebagliati, la hallaron ausente. Pero era necesario actuar dentro de otras condiciones, y ya en 1915 (Reforma Médica) el doctor Monge decía que era indispensable buscar un sensibilizador capaz de fijarse sobre los hematíes a 0o como en la hemoglobinuria. Y utilizando métodos adecuados como los de Donath y Lamsteiner (4), (o de la previa fijación en frío antes de su estadía en la estufa de 37°); de Kumagai e Indoue (5), de Hesser (4), el ordinario (1), jamás nos ha sido posible constatar una autohemolisina en todos los casos que se encuentran señalados en el cuadro adjunto. A esta conclusión hemos llegado tanto actuando con sueros procedentes de enfermos con anemia grave de los que se hallaban en pleno período eruptivo, en una palabra en toda la enfermedad de Carrión. Se hace, pues, necesario seguir investigando otras causas que pueden explicar los fenómenos conexos con la hemolisis, y es en esta virtud y teniendo en cuenta el gran rol que en ella desempeña la colesterina contenida en la sangre, que hemos practicado en estos mismos enfermos el dosaje de dicho elemento por el método de Grigaut, el resultado de los cuales lo publicaremos en otra oportunidad.

## CONCLUSIONES

I.—Dados los grandes servicios que presta la reacción de Van den Bergh para el estudio de las ictericias, y su facil ejecución, debe introducirse en nuestra práctica hospitalaria.

II.—Utilizando dicha reacción se constata en el suero de los enfermos que padecen de la anemia grave de Carrión, un aumento de bilirubina, siendo ello de origen hemático (ictericia hemolítica).

III.—En los verrucosos del período eruptivo, jamás se encuentra aumento de bilirubina, lo que está de acuerdo con la Clínica y la Hematología.

IV.—No se encuentran autoaglutininas en la anemia grave de Carrión, pero hay un ligero grado en el comienzo del período eruptivo, que ha seguido a la anemia grave; encontrándose ausente en el mismo período eruptivo en los que no hubo antes anemia grave.

V.—No se encuentran autohemolisinas en ningún estado de la enfermedad de Carrión (tanto utilizando el método ordinario, de fijación en frío, etc.).

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

E indicamos que la diazoreacción de Erlich y la reacción de Morriz Weisz en la orina de los verrucosos siempre dan resultados positivos.

*Nota de agradecimiento.*—No nos es posible concluir este pequeño trabajo, sin antes hacer constar nuestro más sincero agradecimiento al jefe del Laboratorio doctor Pedro Weiss, a quien consideramos como nuestro verdadero maestro, por ser él quien durante tres años nos ha guiado por el camino del trabajo y despertado en nosotros el afán de investigación con su ejemplo, tanto en la sala del Laboratorio como en nuestro viaje de estudio a las montañas del Madre de Dios. Es debido a él que sale a luz el presente artículo, porque la natural timidez del que recién se inicia no habría podido ser dominada sin sus constantes consejos.

## RELACION DE LOS ENFERMOS EN LOS QUE SE PRACTICARON LAS INVESTIGACIONES INDICADAS EN PAGINAS ANTERIORES

Dividiremos la relación en dos grupos: el *primero* que comprende a los enfermos que presentan con más o menos intensidad los signos clínicos y hematológicos de la llamada anemia de Carrión; el *segundo* que comprende a los enfermos que se encuentran con verruga eruptiva, sea que ésta haya seguido al período de la anemia grave (subgrupo I), o que evolucionó desde un principio hacia la erupción. Hago notar que la división es más que todo convencional, dadas las divergencias que hay sobre su diferenciación entre nosotros.

### PRIMER GRUPO (Anemia Carrión)

| | Autoaglutininas | Autohemolisinas | R. Van Den Bergh | R. negativo R. positivo | |
|---|---|---|---|---|---|
| *San Pedro 37.*—Agosto 5—Anemia y estado general grave, ab. Bartonelas; reacción medular intensa. Falleció el 6. | Negativo | Negativo | Retardada | Positivo | † † |
| *Sta. Ana.*—Set. 4.—Anemia grave. Bartonelas, tinte ictérico, reacción medular débil. Hematíes 700,000. Leucocitos 11,400. Falleció el 6. | „ | „ | „ | „ | † † |
| *San Francsico 9.*—Set. 6.—Anemia grave, tinte ictérico, ab. Bartonelas, reacción medular débil. Hematíes 1.800,000. Leucocitos 9,000. Falleció el 7. | „ | „ | „ | „ | † † |
| *San José 26.*—Set. 13.—Anemia intensa. Bartonelas, signos de meningitis. Hematíes 880,000. Leucocitos 17,400. Hemoglobina 25 %. Falleció el 16. | „ | „ | „ | „ | † † |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Sta. Ana 36.*—Set. 23.—Anemia grave, tinte ictérico, diarreas, trastornos cerebrales; reacción med. intensa. Hema. 1.020,000. Leu. 13.500. Hemo. 20 %. Falleció el 26. | „ | „ | Negativo | „ | † † |
| *Hos. Arz. Loayza. Pab. 2.* Set. 30.—Amenia grave, sub-icteria, reacción med. intensa, ab. Barto. Hematíes 1.190,000. Leu. 11,700. Falleció poco después. | „ | „ | „ | „ | † † |
| *San José 5.* Oct. 8.—Anemia ligera, Bar. reacción med. débil. Hemocul. Posit. (Gram-nega). Hema. 2.200,000. Leuc. 4,400. Salió curado. | „ | „ | „ | „ | † |
| *San Roque 2.* Oct. 12.—Amenia poco intensa, reacción medular débil, megalocitos, Barto. Hematíes 2.200,000. Leuc. 6,000 y poco después se agrava: Hem. 880,000; Leuc. 2.800. Falleció el 25. | „ | „ | „ | „ | † |
| *San José 37.* Oct. 15.—Amenia grave, reacc. med. inten. Eritrofagia. Barto. Hem. 1.005,000. Leuc. 11,000. Falleció pocos días después. | „ | „ | Retardado | „ | † † |
| *San Roque 32.* Oct. 20.—Anemia intensa, tinte ictérico, fuerte reacción med. Hem. 2.040,000. Leu. 8,800. Falleció el 28. | „ | „ | „ | „ | † † |
| *San José 20.* Dic. 24.—Anemia grave, tinte ictérico, Barto. reacción med. intensa. Hem. 1.100,000. Leu. 42,000. Falleció el 24. | „ | „ | „ | „ | † † |
| *San José 20.* Dic. 20.—Anemia ligera, Barto. sub-icteria; Hemoc. Neg. Hem. 1.360,000. Leuc. 22,000. Evolucionó hacia la erupción. | „ | „ | „ | „ | † |
| *San José 3.* Enero 3.—Anemia grave; reacc. medul. int. sub-icteria. Hem. Neg. Hemat. 1.080,000. Leuc. 5,200. Evolucionó hacia la erupción (véase el 2º grupo). | | | | | † † |
| *San José 45.* Enero 26.—Anemia regular. Bart. icteria. Hemoc. Neg. Hem. 1.860,000. Leuc. 7,000. Ha evolucionado hacia le erupción. (Véase) | „ | „ | „ | „ | †† |
| *San José* 13. Enero 26.—Anemia y subicteria, Barton.; reacc. med. int. Hemoc. Neg. Hemat. 1.400,000. Leuc. 10,800. Evolucionó hacia la erupción y falleció en este período. | „ | „ | „ | „ | † |

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

*San José 19.* Feb. 24.—Anemia ligera. Bartonelas escasas, estado general regular, reacc. med. débil. Hemo. Neg. Hem. 2.000,000. Leuc. 6,800. Se encuentra mejor, ya no hay Bartonelas. „ „ „ Negativo

*San José 16.*—Anemia regular, subicteria; Bart. escasas. Hemoc. Positivo. (Paratí-Beta) Hem. 2.370,000. Leuc. 2,400. Se halla hospitalizado. „ „ „ Positivo †

## SEGUNDO GRUPO (V. eruptiva)

### *Sub-grupo I*

*Sta. Ana 5.* Dic. 28.—Anemia grave en su período inicial. Se halla en el per. pre-eruptivo con edemas y brote inicial. Hem. 1.520,000, Leuc. 5,000. Ligera „ „ Negativo

*San José 3.* Feb. 27.—Ha pasado por el per. de la anemia grave. Se halla en plena erupción, edemas. Hem. 2.700,000. Leuc. 7,200. „ „ „ „

*San José 45.* Feb. 27.—Id. como el anterior. Hem. 2.670,000. Leuc. 7,000. „ „ „ „

### *Sub-grupo II*

*San Roque 51.* Oct. 12.—Sin antes pasar por el período de la anemia grave tuvo la erupción. Hem. 3.620.000 Leuc. 6,800. Hemoc. Negativo. Negativo „ „ „

*Sn Roque 49.* Dic. 28.—Id. el mismo cuadro. Hemoc. Positivo (Tífico). Hem. 1.200,000. Leuc. 7,200. „ „ „ Positivo (típico) †

*San Roque 49.* Feb. 27.—Id. ingresa por malaria crónica. Hem. Neg. Hematíes 2.720,000. Leuc. 7,100. „ „ „ Negativo

*San Roque 31.* Feb. 27.—Verruga eruptiva sin antes pasar por la anemia grave. Hemo. Neg. Hematíes 2.630,000; Leu. 7,100.

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

## NOTA ADICIONAL

(1) Método ordinario.—Obtenida por punción venosa la sangre, se deja coagular, para obtener un suero no hemolizado. Los hematíes se obtienen del siguiente modo. Se prepara una solución que contenga 1 gr. 5 de citrato de soda en 100 de suero fisiológico al 9 por 1000. De dicha solución se toma 1 c. c. en un tubito de prueba y se le hechan algunas gotas de sangre, sea la obtenida por punción venosa o como en el método de Moss (2) del dedo. La emulsión es lavada por tres veces con suero fisiológico (centrifugación). Se separa el líquido claro, quedando los hematíes listos para ser usados.

Técnica.—En un tubito de prueba se colocan 20 o 30 gotas de suero y dos o tres de globulos rojos y se guardan a la estufa por 15 minutos para observar la aglutinación (sea la iso o la auto), y por dos horas para la hemolisis.

(2) Método de Moss.—Es el más práctico y recomendable para la investigación de la aglutinación. Los hematíes obtenidos como en el método anterior son diluídos (se añade al sedimento 1 c. c. de suero fisiológico). El suero (tanto del dador como del receptor, si se trata de la trasfusión) se obtendría por la coagulación de unas gotitas de sangre recojidas por punción del dedo con una pipetita de Wrihgt. Se mezcla una gotita de suero con otra de la emulsión de hematíes en una lámina escavada, cubierta de una laminilla rodeada de vaselina. Después de una estadía en la estufa de 37° durante 5 minutos ya es posible examinar la lámina, lo cual se hace con un microscopio y el objetivo de menor aumento, notándose grumos compactos en diversos sitios cuando la aglutinación está presente, y hallándose los hematíes libres en caso contrario. Pero antes de dar la respuesta en este sentido es mejor dejar la lámina en la estufa por 20 minutos más y observar en seguida.

(3) Método de Hesser.—Este autor teniendo en cuenta en sus estudios sobre la escala de Moss, de la resistencia que ofrecían los hematíes para hemolizarse debido a su composición bioquímica, utiliza glóbulos conservados asépticamente por dos días o calentados a 56°.

(4) Método de Donath y Ladmsteiner.—La mezcla de glóbulos y suero es llevada a la nevera durante una media hora, antes de su estadía en la estufa de 37° por dos horas. Es con este método que se constata hemolisis en la hemoglobinuria paroxística, y sus autores creen sea debido a que en dicha afección el compuesto autolítico adquiere la propiedad de fijarse a 0°, en tanto que Widal y Rostaine dicen que dicha autolisina existe en todos los sueros, y lo que en realidad sucedía era que la antihemolisina existente también en todos los sueros tení en dicha afección la particularidad de ser paralizada por la acción del frío.

(5) Método de Kumagai e Indoue.—Estudiando los casos negativos que en la hemoglobinuria se hallaban con el anterior método, estos autores la modifican. El suero antes de ser colocado a la nevera por media hora es inactivado a 56°, para destruir el poder anticomplementario de éste. Después de la estadía en la nevera de la mezcla se separan los hematíes y lavan con suero fisiológico por tres veces, y previa adición de complemento fresco (suero humano) se guardan a la estufa de 37° por dos horas antes de examinar el resultado.

Universidad del Perú. Decana de América

# Academia Nacional de Medicina

(*Continuación*)

Cuanto a la fiebre tifoidea, las opiniones vertidas fueron muy opuestas; para unos, los más, este grave proceso infecto-contagioso no se propaga sino por intermedio del agua, no le reconocían otro origen que el hídrico; otros, muy pocos, argüían que estando el subsuelo de las calles de Lima infectado, como pudo demostrarse en 1890 y se comprobó en 1901, por los residuos de los albañales, que se escapaban por las grietas de los canales y se mezclaban con el agua potable polucionándola, no había imposibilidad ni material ni científica para que el bacilo de Eberth pudiera vivir en el terreno húmedo e infecto y trasmitirse, sea directamente al hombre por ingestión o por intermedio de los insectos, es decir, de las moscas. Las malas condiciones de los albañales de Lima, que fueron considerados, por la Comisión de la Academia en 1890, como causa del desarrollo de las fiebres que se observaron entonces, se habían intensificado en 1901, ya que nada se había hecho en el tiempo trascurrido para alejar tamaño peligro contra la salubridad pública; y la gravedad de este hecho puede calcularse, al recordar que, como se hizo presente en una de las sesiones de la Academia, pudo verse, en la calle del Capón, que uno de los tubos del agua potable se había introducido por una de las roturas del canal colector y estaba rodeado por las inmundicias del albañal.

Aunque la Academia nombró dos comisiones, una para que estudiara la parte bacteriológica del problema, y otra se ocupara de su aspecto clínico, sólo la segunda emitió el correspondiente dictamen, de mayoría suscrito por los Dres. Prof. Juan C. Castillo y E. Arias Soto, y de minoría, presentado por el Prof. Dr. Odriozola: dictámenes que quedaron a la orden del día, sin solución definida. Me parece oportuno trascribir los párrafos que, en la Memoria correspondiente al año académico de 1901-1902, consagré a la labor realizada por la Academia en tan interesante asunto, pues en ellos reasumí todas las opiniones entonces emitidas. Dije así:

"La discusión se hizo fructífera desde el primer momento, "si bien se encaminó de preferencia a la fiebre tifoidea, que con sobrada justicia nos preocupa por demás, y, con prescindencia de los otros procesos febriles infecto-contagiosos que, en verdad, merecen también muy especial atención".

"A fin de condensar las opiniones de la Academia, y trasmitirlas a quien corresponda en forma concisa, se acordó, que una comisión especial formulara conclusiones precisas, que serían comunicadas al público y a los poderes competentes",

Universidad del Perú. Decana de América

"Aunque los tres miembros que forman dicha comisión, no han podido conciliar sus ideas al respecto, la diferencia es más aparente que real, pues tanto las opiniones vertidas en los informes respectivos, como las expresadas en las varias sesiones consecutivas en que se ha tratado del asunto, autorizan para declarar que la remoción del terreno en las calles de la ciudad de Lima, acarrea algunos peligros para la salubridad pública, pues dicha remoción es factor secundario, diríase mejor concomitante, en la propagación de la fiebre ifoidea, y de alguna entidad en lo que respecta a los diversos procesos febriles que dominan en la constitución médica de Lima, y que son similares de los frecuentes en otros países tropicales".

"A la solución definitiva se ha llegado ya, y la Academia expresará muy pronto su modo de sentir al respecto".

Como se ve, en ambas ocasiones se declaró por la Academia que era peligrosa la remoción del subsuelo en las calles de la ciudad, pues favorecía el desarrollo de no pocos procesos febriles infecto-contagiosos, algunos de naturaleza desconocida, y contribuía, aunque fuera en mínima parte, a la propagación del tifus abdominal; pero también se insistió bastante en que tal peligro derivaba de la infección del subsuelo, inficionado por las sustancias extravasadas de los albañales, por las fisuras provenientes de su defectuosa construcción y de su mala conservación, sustancias que a la vez intoxicaban la tierra del suelo y polucionaban el agua potable. Era, pues, un elemento etiológico de gran valor pero de acción contingente, subordinado a la mayor o menor cantidad de principios dañinos, de gérmenes patógenos que pudieran existir en la tierra, y que se ponen en libertad por medio de la remoción del subsuelo. En un suelo limpio, sin contaminación alguna, la remoción es inocua.

Las indicaciones que entonces hiciera la Academia sobre esta interesantísima cuestión de higiene urbana: el mal estado de los allbañales y la urgencia de su conveniente reparación, no fueron totalmente desestimadas; pues desde entonces, y coincidiendo con los adelantos de la ingeniería, sanitaria la construcción de los nuevos canales se ha verificado con sujeción a las modernas orientaciones de la ciencia; y también se ha procurado remediar las malas condiciones de los antiguos, para que sean verdaderamente instalaciones higiénicas y no perjudiciales a la salud individual y colectiva. Paso a paso, poco a poco, las observaciones de los cultores de la medicina pública, agrupados en la Academia Nacional de Medicina, han llegado a ser atendidas produciendo, como era lógico esperarlo, benéficos resultados

Y nada más demostrativo a este respecto y que prueba, como acabo de expresarlo, que la remoción es inocua en un suelo limpio sin contaminación alguna, que lo que actualmente se presencia en Lima. Hace algunos meses que con motivo de las grandes obras emprendidas para dotar a la ciudad de una correcta red de albañales, de abundante provisión de agua y de limpio y adecuado pavimento y con motivo de la trasformación de

todas las instalaciones eléctricas, se remueve constantemente y en gran extensión el sub-suelo de muchas de sus calles, no habiendo quedado vía alguna de la cuidad que se haya librado de la apertura de zanjas más o menos profundas; y sin embargo, la cifra de la morbilidad por procesos infecto contagiosos febriles no ha aumentado sensiblemente, mánteniéndose el indicado renglón en la estadística urbana con sus guarismos ya bien conocidos. Este hecho es la prueba más convincente que puede presentarse para confirmar la modificación sustancial que han sufrido las condiciones higiénicas de la capital. Aún falta mucho para alcanzar la anhelada perfección: son muchas las causas de insalubridad que aún subsisten en Lima; pero la semilla empezada a sembrar hace más de cuarenta años, al fin ve produciendo apreciables frutos.

Lo que se sostuvo por algunos académicos, en ese entonces, de que la remoción de los terrenos contaminados por las inmundicias de los albañales, es factor, aunque sea secundario, en la prapagación de la fiebre tifoidea, ha sido ampliamente corroborado por las investigaciones posteriores, que han demostrado que además del agua hay otros agentes que merecen ser tenidos en cuenta en la etiología del tifus abdominal.

E).—*DENGUE*.—En marzo de 1913 se presentaron en Barranco, Miraflores, Chorrillos, Lima y otros lugares cercanos casos de un proceso febril de brusca aparición, con fuertes dolores musculares, de preferencia raquialgias, erupciones cutáneas, estado general grave y terminación por crisis; brusco descenso de la temperatura y remisión de todos los síntomas penosos. Desde el principio llamó la atención de todos los observadores el hecho de haber aparecido una verdadera invasión de zancudos, en los lugares en que reinaba esta pequeña epidemia. Como era natural el público no dejó de preocuparse con la presencia de este nuevo flajelo, y la fantasía popular empezó a considerarlo como una nueva y desconocida enfermedad.

La Academia no podía permanecer inactiva en tal circunstancia: tenía precisamente que ocuparse del asunto y trasmitir a las autoridades y a los particulares el resultado de sus deliberaciones.

Fué en la sesión celebrada el 12 de junio de ese año, que el doctor Enrique León García hizo una exposición de los hechos que había tenido oportunidad de observar en el Barranco, describiendo los síntomas del proceso, el modo como se había verificado su propagación, casa por casa, calle por calle; estableció su diagnóstico diferencial con la influenza y con la varicela; declarando que, en su concepto, los casos en referencia debían ser catalogados como de *Dengue*. Insistió en la importancia que debía asignarse a la coincidencia de la aparición del mal y la enorme invasión de zancudos—en una época del año en que ya no es tan frecuente la presencia de estos insec-

Universidad del Perú. Decana de América

tos— lo que apoyaría la idea de que el Dengue se trasmite por intermedio de un mosquito chupador de sangre.

Todos los académicos que intervinieron en el interesante debate que se suscitó con moivo de la comunicación del doctor García.—Drs. Merkel, Bello, Avendaño, Eyzaguirre, Arce, Odriozola, C. A. García—excepción hecha del doctor Eyzaguirre, opinaron en el senido de que era el Dengue la enfermedad reinante en ese entonces; haciendo notar el profesor Avendaño, de que en Miraflores la abundancia de zancudos fué excesiva, pues las paredes de las habitaciones en que se asistían los enfermos estaban como manchadas con la presencia de estos animalillos. El doctor Eyzaguirre sustuvo con multiplicidad de argumentos la idea de que sólo se trataba de casos de Grippe, cuya presencia en la ciudad no podía ponerse en duda; pero esta opinión fue rebatida por algunos académicos, especialmente por el profesor Odriozola que recordó las particularidades de la Grippe cuando la gravísima epidemia de 1892, haciendo resaltar las notables diferencias habidas entre una y otra enfermedad.

El estudio de la pequeña epidemia de Dengue de 1913, hecho por la Academia Nacional de Medicina, confirmó la opinión sostenida por la mayoría en 1890, de que no existía identidad entre la Grippe y el Dengue, como lo sostuvo con encomiable ardor el profesor Ulloa, y permitió establecer gran similitud entre las epidemias de Dengue en 1875—estudiada por el profesor Villar—y la de 1913. Y también hubo oportunidad para inclinarse en el sentido de que la enfermedad se trasmite por intermedio de un zancudo, de un insecto chupador de sangre: zancudo que posteriormente se le ha individualizado como el *Culex Fatigans*.

F).—*ENCEFALITIS LETARGICA*.—La primera noticia dada sobre la presencia de esta enfermedad en el Perú, lo fué en la Academia Nacional de Medicina, en la sesión celebrada el día 4 de agosto de 1919 en que se leyó una comunicación del doctor Carlos Monge intitulada "Algunas consideraciones sobre la Pandemia grippal en Lima", que terminó con el siguiente párrafo: —"Por último, señores académicos, para ter-"minar, quiero manifestar la posibilidad del desarrollo, entre "nosotros, de la Encefalitis letárgica". —"Un caso que he asis-"tido en colaboración con el doctor Hercelles, asesorado en "varias oportunidades por los doctores Pardo Figueroa, Val-"dizán, Carvallo, Flores, es a mi juicio de esta naturaleza. Tu-"ve ocasión de exponer las razones en que fundamentaba este "modo de pensar en una reunión de la Asociación de Médicos "y Practicantes del Hospital Militar. Un enfermo reune la tria-"da sintomática de Sainstón: fiebre, paralisis y letargia, a la "cual se debe agregar larga evolución y perturbaciones que "ahora, dos meses después de la enfermedad, son todavía evi-"dentes. Sin querer discutir ahora sintomatología ni modalida-

"des de esta afección, me permito llamar la atención de la Aca-"demia sobre la existencia de esta enfermedad cuya causa es "desconocida, pero que siempre se presenta a raíz de las gran-"des pandemias grippales".

A partir de esta comunicación del profesor Monge, las observaciones sobre la Encefalitis letárgica se suceden, pues las observaciones se efectúan ya con un fin determinado y los prácticos pueden realizar sus estudios con mejores resultados; y hasta se llega a hacer, por el doctor Luis D. Espejo, la historia nosográfica completa de la Encefalitis letárgica en Lima.

En la Academia han contemplado este tópico: —el profesor Monge, en la sesión del 26 de enero de 1920, que relató un caso de su práctica civil; —el profesor Corvetto, que leyó una comunicación del doctor Aspiazú relativa a un enfermo observado por él en su clientela particular; —el profesor González Olaechea, que en la sesión del 20 de enero de 1922, dió cunta de los buenos efectos obtenidos, en varios casos de su servicio hospitalario, mediante la administración de la urotropina por vía intravenosa; —el profesor Enrique León García, que, en la misma sesión, expuso las características de este proceso en los niños; —el profesor Max. González Olaechea, que en la sesión del 25 de julio de 1925 disertó sobre la similitud de los virus que generan la encefalitis letárgica y el herpes febril, apoyándose en algunos casos prácticos para aceptar dicha identidad ya anunciada por otros observadores; —y, el doctor Bambarén que en la reunión habida en 28 de agosto de 1924, estudió un caso de *Parkinsonismo debido a la encefalitis epidémica,* puntualizando los caracteres que tipifican la parálisis agitante, que puede ser una modalidad clínica de la encefalitis epidémica de forma prolongada.

II.—*OTRAS ENFERMEDADES DISTINTAS DE LAS EPIDEMIAS.*—Someramente, a fin de no prolongar desmesuradamente esta disertación voy a ocuparme de varios otros procesos morbosos que han sido motivo de debates, más o menos animados, en las actuaciones de la Academia Nacional de Medicina. Comenzaré por la gran endemia de nuestras quebradas: la Verruga peruana.

A).—*VERRUGA PERUANA O ENFERMEDAD DE CARRION.*—A raíz de verificarse el heroico sacrificio de nuestro eminente consocio, la Academia, como queda dicho, en la primera parte de este trabajo, honró debidamente la excelsa personalidad del modesto estudiante que supo escalar las gradas del templo de la gloria. Y en el curso de su existencia como institución nacional, continuó dedicando sus mejores energías al estudio de esa enfermedad, que constituye uno de los más interesantes y novedosos capítulos de nuestra patología autóctona.

Y no sólo ejercitó, en esta materia su actividad en el terreno científico, sino que también ha prestigiado las inivciativas que han surgido para enaltecer la memoria del mártir. Por eso,

aceptó la invitación que le hiciera el señor Coronel Gaspar Tafur, inspector municipal del Matadero General, para participar en la colocación de la primera piedra del busto de Carrión, que se resolvió erigirle en la Alameda que tiene su nombre: ceremonia que se realizó en 24 de julio de 1897, con la concurrencia de una comisión encargada de representarla.

Cuanto a la contribución científica aportada por la Academia a la dilucidación de los problemas que se rozan con la Enfermedad de Carrión, su enumeración es la siguiente:

—En la sesión celebrada el 27 de febrero de 1899, el profesor E. Odriozola, dió cuenta de las experiencias hechas por el entonces estudiante de medicina señor Manuel O. Tamayo, mediante las que había conseguido inocular la verruga a un perro. Después de una brillante exposición, en la que detalló la labor realizada por el experimentador, presentado el perrito en el que se pudo apreciar, con sus carácteres típicos, la erupción verrucosa, el profesor Odrioola terminó su interesante comunicación formulando las siguientes conclusiones:

"1°—El (el experimento) prueba una vez más, y de la ma-"nera más categórica, la unidad de la enfermedad de Carrión: "Fiebre grave de Carrión y verruga, son los dos términos de "una misma expresión nosológica".

"2° La enfermedad de Carrión es inoculable al perro, y es "muy posible que suceda lo mismo con los otros animales que la "contraen naturalmente".

"3° El germen de la Enfermedad de Carrión se encuentra "en la sangre, fórmula que hemos defendido desde nuestras pri-"meras observaciones".

"4° La inoculación hecha en Carrión con sangre de un tu-"mor verrucoso, y la practicada en este perro con la sangre de "una fiebre grave de Carrión, aunque realizadas en sentido in-"verso, se completan y se confunden en idénticos resultados "desde el punto de vista clínico".

"5° El período de incubación en Carrión fué de 21 días, en "este perro ha sido de veinte días: cifras casi idénticas como se "ve; y permite creer de una manera general que este período "oscila, muy cerca, al rededor de esta cifra".

"6° En el perro, como en el hombre, la erupción es prece-"dida, en el mayor número de casos por un período apirético".

Estas conclusiones fueron acogidas con verdadero beneplácito, excepción hecha de lo relativo al período de incubación: cuyo término preciso se demostró no era posible fijarlo aún, pues se requería de nuevas y más numerosas observaciones para ello.

*(Continuará)*

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

# Bibliografía

MANUAL DE HIDROLOGIA MEDICA, por el Dr. H. Rodríguez Pinilla.—Madrid, Editorial Reus, S. A., 1925.—Un volumen de 377 páginas en 8°, 12 pesetas.

Este volumen forma parte de la Biblioteca de Manuales Reus de Medicina, y en él se tratan todos los problemas que plantea el conocimiento de esta especialidad médica: cuestiones de hidrogeología, hidrofísica, hidroquímica, taxonomía, hidrología, hidroterapia, crenología general y crenoterapia o clínica hidrológica.

La importancia mayor de este libro consiste en que se estudia en él todas las modernas adquisiciones de la físico química en su aplicación a la medicina termal, y se hace una aplicación atinada de esos conocimientos para que el médico español pueda aplicar a sus enfermos con exacta indicación las fuentes minero-medicinales de España, cuya riqueza al respecto es indiscutible.

La competencia reconocida del autor, garantiza de la seriedad y exactitud con que se tratan en el libro estas cuestiones, de tanto interés para los clínicos y aun para todos los que gusten acrecer su cultura general.

TRATADO DE PATOLOGIA MEDICA, por el Dr. Eduardo García del Real.—Tomo VIII. "Enfermedades del páncreas y del peritoneo". Madrid, Editorial Reus, S. A., 1925.—Un volumen de 827 páginas, 15 pesetas.

Formando el volumen XVI de la interesante *Biblioteca Médica de Autores españoles y extranjeros,* que publica la Editorial Reus, acaba de aparecer el tomo VIII del monumental *Tratado de Patología Médica,* que el eminente Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, Dr. García del Real, está escribiendo para honra y gloria de la Medicina española.

Bien conocido y justamente estimado era ya el señor García del Real en el mundo médico por sus obras anteriores, por sus enseñanzas en la Cátedra, por su labor de la notable *Revista general de Medicina y Cirujía,* que dirigió en sus comienzos; pero su magisterio en la ciencia médica se ha demostrado, sobre todo, con este importantísimo *Tratado de Patología,* que revela juntamente su gran cultura y su larga experiencia clínica.

La anatomía, fisiología y terapéutica del páncreas y del peritoneo están tratadas en este tomo con la extensión y copia de opiniones y observacions con que en los tomos anteriores se estudiaron las enfermedades de los pulmones, aparatos circulatorio y digestivo, y del hígado, pudiéndose afirmar que sobre ellas se dice en esta obra la última palabra.

A la vez que felicitamos al autor nos permitimos estimularle para que no demore la publicación de los restantes tomos de su utilísima obra.

# Enfermedad de Ayerza (*)

Por el Dr. PEDRO ESCUDERO
*Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires*

## HISTORIA

El 11 de agosto de 1901, el profesor Ayerza presentaba un enfermo que tenía antecedentes de tosedor crónico, un color borra de vino en la cara y en las extremidades, congestión de las bases pulmonares, edemas generalizados, 112 pulsaciones, oliguria, 15 cms. de tensión arterial medida por el Potain. La percusión muy difícil por su enfisema pulmonar, limitaba el corazón casi normal; el trazado no figura en la tesis de Arrillaga pero sí en el Archivo de Ayerza (Biblioteca de la Facultad de Medicina). Con estos datos tan pobres, Ayerza, con una intuición realmente genial, diferencia su enfermo de los casos conocidos y lo llama *cardíaco negro*. Nueve días después se comprueba hiperglobulia. El 28 de agosto se hace la autopsia del caso y se hallan las lesiones siguientes: esclerosis muy intensa del pulmón, dilatación moderada de los bronquios, gran hipertrofia del corazón derecho, normalidad del izquierdo y de los orificios; Ayerza da su segunda clase, rehace el cuadro clínico y llega a la conclusión que la esclerosis del pulmón y la bronquitis crónica habían originado la hipertrofia del corazón. Lo que llamó la atención de Ayerza fué la asistolia particular y cuyos caracteres fundamentales eran los siguientes: antecedentes de tosedor crónico, como causa primera del mal, hipertrofia del ventrículo derecho, cianosis pronunciada y estado de asistolia crónica. A este cuadro clínico lo llamó *cardíaco negro* para especificar sus dos síntomas fundamentales: la cianosis intensa y el estado asistólico particular.

Ayerza no formuló ninguna opinión respecto a la etiología, ni profundizó nada respecto a su patogenia; creía que la esclerosis del pulmón comprometía la circulación, sin especificar detalle alguno.

(*) N. de la R.—Este trabajo se publica en la Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires y en "La Semana Médica" Nº 18.—Buenos Aires, 1926. Se pide dispensa al autor por la supresión del detalle de la casuística y de la bibliografía.

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

En la Biblioteca de la Facultad se conserva el archivo del profesor Ayerza; en esa primera historia levantada por el doctor Leguizamón, ni en la necropsia cuyo protocolo allí figura, no se halla ni se cita la arteria pulmonar. Esto mismo puede ser comprobado en la tesis del doctor Arrillaga, donde figura el caso que sirviera a nuestro maestro para crear sus cardíacos negros.

La segunda observación me pertenece; fué hecha en mi servicio del Hospital Rawson, el 8 de junio de 1904, figura en la tesis de Arrillaga y es mas completa que la primera de Ayerza.

La tercera observación me pertenece y se cita también en la tesis de Arrillaga. Este enfermo estuvo internado en el Servicio de Ayerza del 11 de enero al 28 de diciembre de 1902, y en sus archivos figura esta historia clínica (Biblioteca de la Facultad de Medicina).

Este enfermo ingresó tres años después en mi servicio del Hospital Rawson el 2 de julio y murió el 2 de agosto de 1905; allí levanté la historia que figura en la tesis de Arrillaga. Hice su autopsia, que transcribo:

"Pulmones grandes, al corte se notan bandas de tejido escleroso que partiendo del íleo se extienden a la periferia, estas bandas son anchas, bien apreciables, blanco mate al corte. Enfisema pulmonar; congestión hipostática de ambas bases.

"El corazón izquierdo parece un apéndice del derecho, no se halla en él nada anormal. El derecho, muy grande, espeso, de paredes gruesas, con zonas de miocarditis parietal. Arteria pulmonar dilatada en su nacimiento, con placas pequeñas de esclerosis, a 2 cms. por encima de la válvulas sigmoideas intactas; siguiendo la subdivisión de la pulmonar se observa que ambas ramas están muy dilatadas, sobre todo en la porción extrapulmonar. Las ramas menores de paredes espesas y rígidas, resistentes al corte, presentan en su interior placas diseminadas de esclerosis; en los cortes del pulmón las arterias permanecen con su orificio bien circular.

"Tricúspide opaca suficiente; músculo derecho grueso, doble del normal; junto a la hipertrofia hay dilatación".

Esta autposia, hecha por mí, es la primera autopsia exacta de un cardíaco negro; yo descubrí la esclerosis generalizada de la arteria pulmonar y atribuí a ella la hipertrofia del corazón derecho Esta autopsia figura en la tesis de Arrillaga y es la primera conocida y la primera publicada.

Esta autopsia me llevó a la concepción anatómica y clínica del cardíaco negro, concepción que me pertenece, que no aceptó el mismo Ayerza cuando se la expusiera en mi conferencia pública en 1911.

La prueba que este concepto mío no era conocido en el Hospital de Clínicas ni en el Museo de Anatomía Patológica del profesor Susini está en este hecho elocuente.

La cuarta observación de la tesis de Arrillaga pertenece a la sala VIII del Hospital de Clínicas, entonces a cargo del

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

profesor Allende. Este enfermo estuvo más de un año internado y falleció el 14 de agosto de 1906. La autopsia fué hecha en la Cátedra de Anatomía Patológica, por el doctor Aranguren. Pues bien, en esta autopsia *no se cita para nada la arteria pulmonar, no se la nombra,* como puede ser leído en la tesis de Arrillaga.

En julio de 1910 doy como adscripto a la cátedra del profesar Ayerza una conferencia sobre la tensión arterial en la tuberculosis pulmonar y digo:

"El profesor Ayerza ha descrito hace algunos años un grupo de enfermos que denomina *cardíacos negros* y que se caracterizan clínicamente por una cianosis intensa de la cara y miembros y por una hipertensión pulmonar con considerable hipertrofia del ventrículo derecho, originado todo ello por una vieja esclerosis pulmonar con bronquitis crónica".

Esta opinión mía no es citada en la tesis de Arrillaga.

Mi tercera observación remonta al 18 de marzo de 1911; en julio del mismo año dí ante el profesor Ayerza y sus alumnos una clase sobre cardíacos negros. Por segunda vez hablé de la anatomía patológica que hoy conocemos; sostuve, en mérito a mi autopsia de 1905, que los cardíacos negros tienen al lado de la esclerosis bronquial y pulmonar la esclerosis de la arteria pulmonar, describí la dilatación de las ramas extrapulmonares sin la lesión del orificio y atribuí la hipertrofia del corazón derecho a la lesión pulmonar. Afirmé la etiología sifilítica, basado no en el estudio de los cardíacos negros, sino en el hecho de haber observado un aneurisma aórtico en la esposa de un cardíaco negro.

Esta lección está citada en la tesis de Arrillaga, pero nada se dice de mi opinión; también está citada por el profesor Patiño Mayer, quien dice así: "En 1911 tuve ocasión de asistir a una conferencia del profesor Pedro Escudero, donde habló de los síntomas clínicas y de su anatomía patológica".

Ayerza no aceptó mi modo de pensar sino más tarde, como el mismo Arrillaga lo ha manifestado en fecha reciente. El 24 de marzo de 1921, Ayerza y Arrillaga hacen la autopsia de la observación IX y entonces comprueban la participación de la arteria pulmonar en el proceso, que yo había descubierto siete años antes.

En la tesis de Arrillaga no se cita ninguna opinión mía; extraña que él no hiciera resaltar que en la autopsia del primer caso de Ayerza no se habla de la arteria pulmonar; que en la autopsia de su observación IV, hecha en la Cátedra de Anatomía Patológica tampoco se habla de la arteria pulmonar y que *la primera vez que se habló de esclerosis de esta arteria fué en la autopsia hecha por mí en 1905.*

Aunque tarde, Arrillaga ha reconocido la prioridad de mi descubrimiento: "Fué el doctor Pedro Escudero quien en 1911, en una clase dictada en el curso del profesor Ayerza, siendo profesor suplente, *señala por primera vez la importancia de la*

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

*participación de la arteria pulmonar* en la producción del síndrome". Estas palabras fueron pronunciadas por nuestro presidente doctor Merlo, con motivo de la discusión habida en esta sociedad respecto al nombre de la enfermedad de Ayerza, datos que le fueron proporcionados personalmente por el doctor Arrillaga.

Quedan demostrados en forma incontrovertible los hechos siguientes:

1º En 1901 el profesor Ayerza describe un caso clínico que denomina *cardíaco negro,* sin opinar sobre su etiología ni menos sobre su patogenia.

2º En 1905, el doctor Escudero descubre la esclerosis generalizada de la arteria pulmonar como base anatómica de esta afección.

3º En 1906, se hace una segunda autopsia de un cardíaco negro en la cátedra de Anatomía Patológica y se desconoce nuevamente la esclerosis de la arteria pulmonar hallada por mí en el año anterior.

4º En 1910, publico mi opinión respecto a la síntesis clínica de los cardíacos negros.

5º En 1911, doy una conferencia pública ante el profesor Ayerza y sus alumnos, donde reafirmo mi opinión respecto a la anatomía patológica de esta enfermedad.

6º En 1912, Arrillaga hace la primera autopsia de un cardíaco negro (la segunda que veía Ayerza) y se comprueban nuestras ideas y hallazgos de autopsia, por el estudio histológico.

## CONCEPTO ANATOMICO DE LA ENFERMEDAD: SU EVOLUCION

La tesis de Arrillaga titulada "Esclerosis secundaria de la arteria pulmonar y su cuadro clínico" sintetiza la opinión de Ayerza, que leyera meticulosamente el trabajo de Arrillaga antes de su publicación.

Ayerza, que leyera meticulosamente el trabajo de Arrillaga món perturbaba la circulación pulmonar, sin dar explicación alguna; descubierta la esclerosis de la arteria pulmonar, surgió al espíritu de Ayerza la explicación del hecho: *la esclerosis de la arteria era secundaria al proceso pulmonar.* Arrillaga hace un estudio muy breve de la histología de la observación IX de su tesis y no demuestra que fuera primitiva ni que fuera secundaria. Describe lesiones pulmonares de bronquitis crónica y de enfisema, y lesiones endo y mesoartéricas de las ramas pulmonares medianas y pequeñas, sin sacar ni describir ninguna relación entre las lesiones del pulmón y las arterias pulmonares.

Al hablar de etiología dice: "lo característico de los cardíacos negros es, pues, que sus lesiones de la arteria pulmonar y del corazón derecho son secundarias a procesos pulmonares

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

crónicos; repercutiendo de una manera sui géneris sobre el sistema de la pequeña circulación".

Al hablar de la patogenia sostiene que "tienen el árbol arterial sensibilizado, no por un estado constitucional, como lo pretende Monckeberg, ni exclusivamente por la sífilis, como sostiene Roger, sino por procesos inflamatorios lentos o por intoxicaciones"; y concluye: "en resumen, proceso general de arterias por intoxicación o inflamación lenta que por condiciones mecánicas sostenidas en la pequeña circulación, por bronquitis crónica, por asma, enfisema, sínfisis pleurales, tuberculosis, etc., hace una localización especial y particular de la arteria pulmonar acarreando trastornos que caracterizan al cardíaco negro".

Como se ve, Arrillaga no creía en la sífilis, sino como una de las tantas causas capaces de repercutir sobre la pulmonar.

Con la publicación de la tesis de Arrillaga se plantea la primera disparidad en la interpretación de los cardíacos negros.

1) Ayerza-Arrillaga (1912): afección arterial secundaria a un proceso pulmonar, son arteriales y cardíacos en primer término, pulmonares en segundo término; causa: infecciones e intoxicaciones lentas (hipertensión pulmonar).

2) Escudero (1905-1911): asociación indispensable de dos enfermedades: una broncopulmonar, la cirrosis extendida del pulmón; otra arterial, la esclerosis generalizada de la pulmonar; de etiología sifilítica.

El concepto de Ayerza-Arrillaga se generaliza en el país y en el extranjero, y a la esclerosis arteriopulmonar secundaria a procesos pulmonares, se denomina enfermedad de Ayerza. Este concepto ha sido aceptado en nuestro país por todos los autores. En 1916, Patiño Mayer publica dos eruditas lecciones sobre el tema y pone el asunto a la orden del día. Demuestra que la esclerosis y el ateroma de la pulmonar se los conoce desde el tiempo de Ambrosio Paré (1614), pero que el cuadro clínico de la esclerosis secundaria a procesos pulmonares crónicos se debe a Ayerza. Estudia las esclerosis primitivas y secundarias y se inclina por estas últimas como origen de los cardíacos negros.

En 1917 Barlaro hace algunas consideraciones y cree que no siempre son primitivas. En 1918, C. A. Palacios, bajo la inspiración de Patiño Mayer, presenta su tesis sobre el tema sosteniendo el mismo criterio. Luis Averza y R. Novaro publican casos fundamentando el mismo criterio; S. Viani, en 1921, publica también su tesis sobre el mismo tema.

En 1920, Elizalde y Arrillaga publican un trabajo sobre los "caracteres histopatológicos de la enfermedad de Ayerza". El primero hace la anatomía patológica de un cardíaco negro estudiado por el segundo y llega al siguiente diagnóstico anatómico: "Bronconeumonía crónica sifilítica, esclerosis pulmonar con bronquiectasia generalizada, enfisema crónico, bronquitis crónica, congestión y edema pumonar.

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

"Arterioesclerosis de la arteria pulmonar, aneurisma sacciforme de la rama izquierda de la misma. Hipertrofia y dilatación del corazón derecho, ateroma aórtico generalizado. Congestión crónica del hígado.

"Cardíaco negro o enfermedad de Ayerza".

Elizalde demuestra la existencia de espiroquetas en la pared de un vaso y de un bronquio hallados en un foquito de bronconeumonía crónica, demostrando así la etiología sifilítica sospechada por nosotros en 1911, y no aceptada por Arrillaga en su tesis, sino como causa capaz de sensibilizar el árbol arterial.

Elizalde describe el cuadro histológico de la enfermedad de Ayerza, comprobando la presencia de lesiones bronquiales y pulmonares crónicas de tipo escleroso, lesiones de endo y periarterisis de la arteria pulmonar y de las arterias bronquiales.

El cuadro clínico del *cardíaco negro* descripto por Ayerza en 1901, completado por nosotros en su anatomía patológica y etiología en 1905 y 1911, tiene en los estudios histológicos de Elizalde, en 1920, la comprobación de los dos anteriores, demuestran en forma inequívoca que *la enfermedad de Ayerza* tal cual la concebimos nosotros, *es una entidad clínica y anatómica perfectamente definida* y que no tiene nada semejante en la literatura mundial.

## CONCEPTO ANATOMICO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

A partir de este momento se establece una diferencia en el concepto del cardíaco negro: por un lado, Arrillaga, que va a evolucionar hasta afirmar que el substráctum anatómico lo constituye la esclerosis primitiva sifilítica de la arteria pulmonar, pudiendo existir ella sola como expresión mórbida; por otro lado, todos los autores argentinos citados, que siguen sosteniendo que la esclerosis secundaria de la arteria pulmonar constituye la enfermedad de Ayerza; y un tercer grupo, constituído por Escudero, que mantiene su opinión vertida en 1911.

Para seguir bien el desarrollo de este criterio tan diferente analizaré por separado las tres tendencias; comenzaré por la de Arrillaga, que ha sido quien más ha publicado sobre la cuestión.

*A.—Primera tendencia. (Arrillaga,* 1920-1925).—Los cardíacos negros *(él no la llama enfermedad de Ayerza)* tienen como substrátum anatómico la esclerosis primitiva sifilítica de la arteria pulmonar; la lesión del pulmón no es necesaria ni indispensable; si existe, es de la misma etiología y puede ser secundaria a la lesión arterial. Puede haber cardíacos negros sin antecedentes pulmonares.

Estudiemos su argumentación y la evolución seguida.

En 1922 Arrillaga cambia radicalmente de opinión; en el Segundo Congreso Nacional de Medicina (Buenos Aires, octubre de 1922), al hablar de la "esclerosis de la arteria pul-

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

monar" hace referencia al trabajo anterior publicado con Elizalde y dice: "La concomitancia del proceso pulmonar de la misma etiología hace más rico el cuadro clínico, pero no es de ninguna manera indispensable, pues la sintomatología y la evolución están regidas por el proceso anátomopatológico de la esclerosis de la arteria pulmonar". Desde este momento Arrillaga sostiene que la esclerosis arteriopulmonar es primitiva.

En 1923, Arrillaga precisa aún más sus ideas; dice: "se trata en realidad de una esclerosis primitiva de la arteria pulmonar que puede coexistir o no con el cuadro broncopulmonar crónico". "Aceptábamos antes que eran tosedores y bronquiales crónicos, para entrar después en la fase de cardíacos negros. El episodio bronquial crónico puede no existir y aparecer, sin predominio de esa naturaleza, el cuadro del cardíaco negro, tal cual pasa en la observación primera que detallamos".

En su apoyo trae una observación equivocada; ella se refiere a la ficha 181 de nuestra cátedra, que Arrillaga presenta como cardíaco negro sin antecedentes pulmonares; pero le ha pasado desapercibido que el protocolo de autopsia de ese caso dice: "esclerosis pulmonar peribrónquica con dilataciones bronquiales en ambos pulmones, más marcado en el derecho".

Esta enferma, que había estado antes en la clínica de Castex, figura allí en la historia 111 con este diagnóstico: mediastinitis crónica, esclerosis pulmonar doble, predominio del lado derecho, congestión crónica bibásica, bronquitis crónica, etc.

Dicha enferma, según la historia que publicamos al final del trabajo, tenía expectoración, donde se había averiguado infructuosamente la presencia de spiroquetas.

Queda bien comprobado que la única observación clínica que le sirve a Arrillaga para demostrar la existencia de cardíacos pulmonares resulta incompleta y equivocada.

En 1924, en la sesión de esta sociedad del día 7 de julio, en honor del profesor Vaquez, Arrillaga, después de atribuirse todos los méritos del descubrimiento de la anatomía patológica y de la etiología de la enfermedad de Ayerza, dice: "que la lesión de la arteria pulmonar es primitiva y debida a la agresión por el treponema. *Con esa lesión de la arteria pulmonar sola, tenemos el cuadro del cardíaco negro*".

"Por lo tanto, lo primitivo de este cuadro es la lesión de la arteria pulmonar; lo secundario las lesiones del aparato respiratorio, que a veces son concomitantes con la lesión de la arteria pulmonar y responden al tipo de bronconeumonías sifilíticas".

En 1924 presenta al Congreso Médico de Sevilla y a la Societé Médicale des Hoplitaux, el mismo tema. Afirma que la lesión de la arteria pulmonar es siempre primitiva y sifilítica e insiste en la existencia del cardíaco negro sin lesión pulmonar, trayendo en apoyo la observación incompleta ya mencionada y otra anterior que no podemos considerar por no traer detalles.

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

En 1925, sintetiza su opinión en estos términos: "nuestro concepto actual varía fundamentalemente del de Ayerza; este autor hacía la lesión arterial secundaria a un proceso pulmonar crónico; nosotros creemos, en cambio, que la lesión arterial es primitiva, no necesitando tener entre los antecedentes ningún pasado pulmonar; la lesión de la arteria pulmonar es de naturaleza sifilítica, como lo hemos comprobado en los estudios con Elizalde, no necesita, por lo tanto, la existencia de la lesión pulmonar previa; cuando ella existe, favorece la agresión de la arteria pulmonar, actuando sólo como causa determinante, no etiológica".

Si Arrillaga no empleara siempre el término de "cardíacos negros", creado por Ayerza, cuando habla de la esclerosis de la arteria pulmonar, sólo podríamos decir que Arrillaga *olvidó la entidad descubierta por Ayerza;* pero como siempre emplea el término "cardíacos negros", vamos a demostrar que *Arrillaga confunde dos enfermedades:* una conocida desde años, y denominada arterioesclerosis primitiva de la pulmonar, y la otra descubierta por Ayerza y completada por Escudero, que denominamos enfermedad de Ayerza. Pero referiré brevemente la fuente en que Arrillaga ha bebido su error.

Ya en 1917, Barlaro decía: "creemos que no en todos los casos la arterioesclerosis de la arteria pulmonar es secundaria a una lesión del parénquima". El 10 de junio de 1920, "La Prensa Médica Argentina" publica un trabajo de Scott Warthin, el anátomopatólogo de Ann Arbor (Estados Unidos); este autor refiere un trabajo sobre la enfermedad de Ayerza, es el estudio histológico más prolijo y completo que se haya publicado sobre el tema. Se trata de un enfisematoso y asmático que tiene una esclerosis primitiva de la arteria pulmonar de origen sifilítico sin esclerosis pulmonar concomitante, y por lo tanto no puede aceptarse como enfermedad de Ayerza. Se trata, en realidad, de la esclerosis primitiva de la arteria pulmonar sobrevenida en un asmático y no de un cardíaco negro.

Después de la publicación de este trabajo, Arrillaga sostiene que los cardíacos negros de Ayerza tienen esclerosis primitiva de la arteria pulmonar, olvida sus primeras publicaciones y repite constantemente el error del autor americano.

Si la enfermedad de Ayerza la constituye la esclerosis primitiva de la arteria pulmonar no sería ninguna novedad. Esta enfermedad y su histología han sido descriptas en detalle desde hace muchos años. Arrillaga no ha añadido ningún dato personal a la sintomatología, anatomía patológica, ni a la etiología.

He aquí los casos aceptados como de arterioesclerosis obliterante primitiva de la pulmonar: Klob. (1865), Romberg (1801), Aust (1892), Dionisi (1908), Wodinsky (1909), Monckeberg (1907), Kitamura (1908), Rossle 1908), Rogers (1909), Roselli (1913), Hart, dos casos (1916), Günther Krustch (1920), Scott

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

Warthin (1920), Marttirolo (1921), y Gamna (1921). Han sido analizados y comentados por estos dos últimos autores.

La sintomatología se sintetiza en esta forma: sujetos jóvenes, con antecedentes cardíacos escasos, presentan cianosis generalizada, disnea, catarro bronquial difuso, expectoración mucopurulenta, con o sin hemoptisis; hipertrofia del corazón derecho, edemas inferiores, pulso regular, rítmico, afebriles, con o sin dedos hipocráticos, evolucionan lentamente y mueren por una afección intercurrente o por insuficiencia derecha.

La anatomía patológica es la siguiente: esclerosis difusa y generalizada a las ramas pequeñas y diminutas de la arteria pulmonar, hipertrofia del ventrículo derecho, integridad valvular y del árbol arterial general. El pulmón sólo tiene bronquitis congestivas o ligeros infartos del pulmón por tromous.

La histología descubre: endo y mesarteritis con arteritis obliterante, ligero proceso de esclerosis alveolar, avecinando a la arteria enferma. Resto del pulmón, sano.

La etiología ha sido discutida.

Para la mayoría de los autores ella entra en la nebulosa que envuelve la etiología de la arterioesclerosis. En cambio Marttirolo cree que juega la sífilis un papel importante; pero es Leonard Rogers quien ha demostrado en el año 1909 la naturaleza sifilítica del proceso en nueve casos estudiados; él demostró la presencia de la periarteritis sifilítica obliterante de las pequeñas ramas pulmonares y a ella atribuyó la dilatación de las ramas mayores y la hipertrofia del ventrículo derecho. A su trabajo acompaña cuatro láminas magníficas que corroboran su aserto. Rogers sintetiza su idea en esta frase: "la causa esencial de la afección es la sífilis".

Si aceptamos con Arrillaga que la enfermedad de Ayerza no es otra cosa que la esclerosis primitiva de la arteria pulmonar, por ese solo hecho borramos de la patología la entidad descubierta por nuestro maestro, puesto que la enfermedad ha sido descrita con todos sus detalles y en todos los terrenos: clínico, anatómico y etiológico.

Pero Arrillaga se contradice entre lo que muestra y lo que dice. El no ha probado hasta la fecha ningún caso de esclerosis primitiva de la pulmonar; el caso que él considera como tipo, ha sido desautorizado por el protocolo y las láminas que publica; unas demuestran un error de interpretación (*) y otras muestran un proceso escleroso concomitante.

En resumen: el concepto de Arrillaga del cardíaco negro es un concepto equivocado.

*B.—Segunda tendencia.* (Es la opinón de Ayerza, hasta 1912; de Arrillaga, hasta 1922, y la de los autores argentinos

(*) La lámina Nº 7 de su trabajo ("Rev. Méd. Latinoamer.", Nº 118, julio de 1925), que él considera como de "intensa reacción de la túnica media", es el corte oblicuo de una bifurcación de la arteria.

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

citados).—Si nos hemos de atener a este modo de pensar, Ayerza no habría descubierto nada y sólo habría desconocido trabajos muy anteriores a los suyos. La esclerosis de la arteria pulmonar secundaria a lesiones del pulmón se la conoce desde Vieussens, en 1706, y bien descrita por Louis, en 1858, a juzgar por lo que dice Giroux en su tesis.

Mucho antes de la publicación de la tesis de Arrillaga, Vaquez y Giroux trataban de la influencia de la esclerosis de la arteria pulmonar en la génesis de la insuficiencia del corazón derecho y Giroux publicaba su magnífica tesis donde trata a fondo la cuestión.

En su tesis, Arrillaga no aborda el estudio diferencial entre las esclerosis primitivas y las secundarias de la arteria pulmonar. Pasa en revista confusamente y sin clasificar referencias bibliográficas variadas y cuando trata de la anatomía macro y microscópica no hace distingos ni fundamenta por qué llama a los cardíacos negros "esclerosis secundaria de la arteria pulmonar".

El trabajo más importante que sigue al de Arrillaga sobre el tema se debe al doctor Patiño Mayer. Este distinguido clínico, después de hacer un estudio histológico de la cuestión concluye que los cardíacos negros tienen como substráctum anatómico la esclerosis secundaria de la pulmonar. Las tésis de Viani y Palacios repiten lo dicho por Patiño Mayer; las publicaciones de Novaro y Zolezzi, y de Luis Ayerza son casos aislados en los que no se abre juicio sobre el fondo de la cuestión.

La dificultad estriba en poder diferenciar la esclerosis primitiva de la secundaria. Los que se han ocupado de los cardíacos negros no lo hacen, excepción hecha de Patiño Mayer, que se inclina por aceptar formas secundarias cuando se acompañan de fenómenos pulmonares o cardíacos concomitantes. Como veremos después, esto es argumento precario.

Giroux hace una distinción clara entre las formas primitivas y las secundarias que suceden a la estrechez mitral. Insiste en que la hipertrofia del ventrículo derecho es preponderante en las formas primitivas, ocupa casi toda la masa cardíaca y el corazón izquierdo aparece pequeño y atrófico; en cambio, en las formas secundarias, aparte de la lesión de la mitral, el corazón derecho está hipertrofiado y dilatado.

Clínicamente insiste sobre la importancia que tienen la cianosis y la disnea, que son particularmente pronunciadas en la forma primitiva. Pero si anatómicamente los datos que da Giroux sirven para diferenciar la primitiva de la secundaria, no pasa lo mismo con los datos clínicos. Nosotros publicamos un caso de esclerosis primitiva con cianosis moderada y otro de esclerosis secundaria con cianosis muy pronunciada.

Cuando se habla de esclerosis de la pulmonar secundaria a procesos pulmonares, se quiere expresar que las condiciones físicas (de hipertensión, etc.), que acompañan a la enfermedad del pulmón repercuten sobre la nutrición de la arteria,

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

provocando su esclerosis. Es necesario no confundir con aquellas lesiones que respondiendo a la misma etiología atacan a un tiempo, contemporáneamente, al pulmón y a la arteria.

Hart, al estudiar la esclerosis solitaria de la arteria pulmonar, afirma que los casos conocidos pueden dividirse en dos categorías: la primera comprendería los que se suceden a traumatismos del tórax, lesiones pulmonares viejas, y que originan la esclerosis total o casi total de la arteria; en la segunda categoría sujetos en la flor de la edad, sin ningún antecedente mórbido, que reducen su mal a la esclerosis aislada de la arteria pulmonar Sin abandonar el tema del diagnóstico diferencial, se inclina a pensar que la hipertrofia del ventrículo derecho es un carácter de la esclerosis pulmonar primitiva.

Marttirolo es más concluyente, considera que la esclerosis de la arteria pulmonar puede dividirse en tres categorías:

1ª La que coincide con arterioesclerosis generalizada.

2ª La que coincide con hipertensión y éxtasis de la pequeña circulación: *a*), en los vicios congénitos o adquiridos (abertura del foramen oval, permeabilidad del conducto arterioso, estrechez, mitral); *b*), en ciertas afecciones graves del pulmón (enfisema pulmonar, sínfisis pleural, esclerosis del pulmón).

3ª La esclerosis solitaria y primitiva, independiente de toda lesión congénita o adquirida del pulmón y corazón.

La esclerosis de la pulmonar que sigue a las afecciones del pulmón no añade nada a la sintomatología y es un hallazgo de autopsia, interesa las ramas extrapulmonares o las primeras ramificaciones, pero de ninguna manera las pequeñas y diminutas terminaciones de la pulmonar, cuya presencia se comprueba en la enfermedad de Ayerza.

En casos raros la esclerosis secundaria de la arteria pulmonar puede originar un cuadro clínico confundible con el de la enfermedad de Ayerza, como veremos dentro de un instante; pero siempre susceptible de ser separado clínica y anatómicamente.

Es un hecho de observación vulgar que no obstante el número crecido de enfermos del pulmón que es dable observar, el número de esclerosos de la pulmonar es reducido. Se concibe fácilmente que la esclerosis de la pulmonar secundaria a procesos pulmonares debería ser muy frecuente si las enfermedades enunciadas como su causante (bronquitis, enfisemas, esclerosis) fueran realmente la causa productora. Posselt no les da ninguna importancia.

Pero es Gamna quien más ha diferenciado la cuestión; estudia por separado ambas localizaciones y llega a conclusiones precisas. La esclerosis de la pulmonar secundaria a procesos del pulmón es una esclerosis de los grandes y medianos vasos pulmonares, lesión común y sin importancia que no se traduce por ninguna sintomatología, bien que pueda repercutir algo desde que trae cierta resistencia a la circulación. La esclerosis primitiva es de tipo obliterante, se localiza en las más finas ter-

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

minaciones de la arteria y repercute sobre el corazón derecho; esta esclerosis origina una tendencia a la esclerosis difusa y moderada del pulmón, y se traduce por el espesamiento de los tabiques interlobulillares, producido por congestión capilar y por aumento conjuntivo. Tres años después, Arrillaga sostiene que la esclerosis del pulmón es secundaria a la de la arteria pulmonar, pero sin reparar la diferencia entre sus casos y los de Gamna, autor que cita en su trabajos.

De todo ello se desprende que la esclerosis secundaria de la arteria pulmonar no constituye la afección conocida entre nosotros como cardíacos negros; *éste fué el eror de la tesis de Arrillaga, que refleja el modo de pensar de Ayerza y que ha sido repetido por los autores argentinos que se han ocupado del asunto.*

Si la opinión citada fuera cierta, los "cardíacos negros" serían muy frecuentes y no merecerían nombre aparte, desde que a esta afección se la conoce de muchos años atrás.

Pero aparte de las consideraciones que hemos hecho, tenemos el apoyo de esta observación. Se trata de un enfermo con una bronquitis crónica muy vieja que ingresa en nuestro servicio con el cuadro casi completo de la enfermedad de Ayerza: Bronquitis crónica, cianosis generalizada a piel y mucosas, asistolia derecha e hipertensión de la pequeña circulación; galope derecho, desdoblamiento de los tonos de la base, refuerzo del segundo tono pulmonar, corazón grande transversalmente, dilatación del arco pulmonar. Sólo le falta la eritrocitosis para completar el cuadro de la enfermedad de Ayerza.

La autopsia demuestra: bronquitis crónica, esclerosis a pequeñas placas de la arteria pulmonar, dilatación de ésta a la salida del corazón; corazón derecho casi normal, poco hipertrofiado; la histología mostró ausencia de esclerosis obliterante de los pequeños vasos pulmonares.

En resumen: *esclerosis secundaria de la arteria pulmonar,* acompañando al cuadro clínico llamado "cardíaco negro", pero bien diferente de la anatomía patológica que nosotros atribuímos a la enfermedad de Ayerza.

Podemos sintetizar nuestra opinión de la manera siguente: la esclerosis secundaria a los procesos crónicos del pulmón se localiza en las ramas grandes, medianas o aun pequeñas de la arteria pulmonar; afección bien conocida desde muchos años atrás, se traduce anatómicamente por la dilatación y moderada o ninguna hipertrofia del ventrículo derecho—muy distinta de la hipertrofia preponderante que se observa en las formas primitivas—por la dilatación de las ramas extrapulmonares de la arteria y por la esclerosis y dilatación de las ramas medianas.

Las formas poco intensas no añaden ningún síntoma particular al cuadro clínico de las bronquitis crónicas; en grados de intensidad creciente agregan: la dilatación de la rama extrapulmonar, el refuerzo del segundo tono pulmonar, cianosis discretas, nunca hiperglobulias.

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

*C.—Tercera tendencia (Escudero,* 1911-1925).—Nosotros sostenemos un criterio diferente. El "cardíaco negro", cuya sintomatología clínca describiera Ayerza de mano maestra el año 1911, cuya anatomía patológica descubrimos en 1905, está constituído por la concomitancia de dos enfermedades distintas, que existen aisladamente sin presentar el cuadro de la enfermedad de Ayerza.

La primera está constituída por la *sífilis bronquial*, caracterizada por la deformación de los bronquios medianos, la dilatación de los pequeños y las esclerosis peribronquial que los acompaña casi constantemente. Esta adquiere grados de intensidad variable, unas veces la afección se inicia en el híleo y se extiende a la periferia, otras se localiza en partes aisladas.

Con frecuencia la sífilis bronquial se acompaña de localizaciones pulmonares, bronconeumonías crónicas de grado y extensión variables.

Este factor, sífilis bronquial o broncopulmonar, *es un carácter absolutamente necesario* y su presencia da sello de independencia a la enfermedad de Ayerza: ella explica el antecedente pulmonar obligado de todos estos enfermos.

La segunda enfermedad es *la esclerosis estenosante u obliterante de la pulmonar*, que la diferenciamos del ateroma de las ramas medianas. Este ateroma, proceso degenerativo de las ramas medianas y grandes, es una consecuencia del estado pulmonar crónico y añadido a la enfermedad. Lo único que interesa es el proceso obliterante por la endoarteritis de las más pequeñas ramas pulmonares, origen seguramente sifilítico, y que son las responsables de la hipertrofia derecha que acompaña la enfermedad.

Esta asociación: *la sífilis bronquial o broncopulmonar con la esclerosis obliterante de la pulmonar constituye el cuadro clínico para el que yo reservo desde 1911 el nombre de enfermedad de Ayerza.* No es la esclerosis secundaria de la pulmonar, como quieren Ayerza y sus discípulos, porque ella no explicaría los síntomas ni el cuadro anatómico de la enfermedad; no es tampoco la esclerosis primitiva de la pulmonar, como sostiene Arrillaga desde 1922, porque esta enfermedad puede existir sin cianosis ni poliglobulia, como lo ha probado Morse, y mucho menos puede llamarse cardíaco negro de Ayerza el enfermo con *esclerosis solitaria de la pulmonar,* sin antecedentes pulmonares ni lesión del pulmón, como dice Arrillaga, porque ello se aparta de la descripción clínica hecha por Ayerza en 1901 y porque tal cuadro corresponde a una enfermedad bien definida (la esclerosis primitiva de la arteria pulmonar), cuya sintomatología y anatomía patológica están defiinitivamente cerradas.

En 1916, Spangenberg comentando un caso en su libro de sífilis pulmonar, y que a nuestro juicio representa un caso acabado de enfermedad de Ayerza, se pregunta: "¿ha sido el pulmón, que por su esclerosis primitiva trae como consecuen-

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

cia la esclerosis de la pulmonar, o viceversa? Los *cardíacos negros*, denominación brillante del profesor Ayerza, deben su lesión a la sífilis que se inicia en la arteria pulmonar? ***No nos creemos, por el momento, suficientemente autorizados para resolverlo*** (*), pero llama la atención el que no todos los esclerosos pulmonares y bronquiectásicos ofrezcan lesiones de dicha arteria, mientras que sea constante el encontrar dichas alteraciones en el aparato respiratorio cuando la arteria pulmonar se halla esclerosada".

Si Spangenberg hubiera estado empapado de la clínica de los cardíacos negros, habría publicado un concepto de la enfermedad de Ayerza muy próximo al nuestro, puesto que opinamos que se trata de dos procesos concomitantes y no derivados uno del otro. La observación 49 de su libro es un ejemplo acabado de cardíaco negro, pero Spangenberg no sospechó el diagnóstico, a pesar de que no le faltaba un solo síntoma para hacerlo. Decimos así, porque llega al diagnóstico de *sífilis pulmonar la forma cianótica.*

En resumen, Ayerza descubrió en 1901 un episodio, *el episodio asistólico* o *cardíaco negro*, y creyó que era típico y característico de la esclerosis secundaria de la arteria pulmonar. Esta creencia sosenida por los autores argentinos es errónea; el episodio *cardíaco negro* es un hecho común a muchos pulmonares crónicos que terminan en asistolia derecha.

*(Continuará)*

# La Epilepsia en el Seguro de la Vida

Por el Dr. LEONIDAS AVENDAÑO
*Profesor de la Facultad de Medicina*

Señor Juez de Primera Instancia:

En el juicio ejecutivo que con la Compañía de Seguros "La Sud América" sigue doña Dolores Luyo viuda de Sánchez, Ud., por auto del 14 del mes ppo. se ha servido Ud. nombrarme para que como perito médico-legista, informe sobre las cuestiones médico-legales que se puntualizan en el escrito presentado por la citada Compañía, corriente a f. 33 de los autos, y que a la letra dicen:

(*) Lo que está en bastardilla es nuestro.

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

1º Expresen los peritos si la epilepsia puede ser diagnosticada en un período normal del paciente, y si fuera de los períodos de crisis se manifiestan síntomas de esa enfermedad que un médico examinador pueda percibir".

2º—Expresen los peritos si un enfermo de epilepsia puede ignorar su estado".

Verificado el estudio correspondiente tengo a honra dar cuenta del encargo recibido en el siguiente informe, que, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, elevo a conocimiento de usted.

---

Si me fuera posible absolver todas las cuestiones médico-legales que plantean los personeros de la Compañía de Seguros "La Sud América", de modo categórico y conciso, lo haría con suma facilidad, contestando únicamente con tres adverbios de afirmación o de negación; pero como mi misión es más amplia, de más extensas proyecciones, ya que tengo obligación de ilustrar al juzgado sobre el punto técnico materia de la consulta, suministrándole los datos que han de servirle para poder apreciar los hechos controvertidos; y, como por otra parte, en conformidad con las muy juiciosas disposiciones del Código de Procedimientos Civil, el informe de los peritos debe ser razonado, voy a hacer un ligera disertación sobre la Epilepsia, exponiendo sólo lo que sea estrictamente necesario para fundamentar las conclusiones a que he de arribar.

---

Para las finalidades de este peritaje, lo más correcto es considerar a la Epilepsia como a una enfermedad distinta, autónoma, haciendo caso omiso de las modernas teorías que hoy reinan en la patología nerviosa, las que proclaman con harta claridad, que la Epilepsia en vez de ser una entidad mórbida distinta es tan sólo un conjunto de síntomas, que puede ser generado por causas muy diversas (infección, intoxicación, traumatismo, etc.), pero que provoca indénticos trastornos en los centros nerviosos, trastornos que se exteriorizan, en todos los casos, con el mismo cuadro sintomático. Es decir, que hoy, conforme a las enseñanzas de la ciencia, ya no se acepta la existencia de una sola epilepsia sino de varias epilepsias, según cual sea la causa que ha motivado su aparición. Pero si estas disquisiciones de etiología y patogenia son muy importantes en la práctica diaria, cuando precisa determinar la verdadera naturaleza del agente productor del mal, para poder instituir el tratamiento apropiado para conseguir el alivio o la curación del paciente; esta importancia se amengua de modo bien notable, cuando lo que precisa es saber, para los fines del seguro sobre la vida si un sujeto dado padece o no de esta cruel enfermedad.

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

La primera y principal característica de la epilepsia es ser una enfermedad paroxística, es decir, presentarse a la observación de doctos y profanos bajo la forma de accesos, cuya intensidad, duración y frecuencia dependerán de varios factores, naturaleza del agente productor del mal, tiempo de duración de éste y condiciones personales del paciente. La enfermedad existe desde que se implanta en un organismo determinado, pero su esteriorización, su significación ostensible, sólo se produce de cuando en cuando, en el preciso instante en que el agente patógeno, que ha generado el grave compromiso del sistema nrvioso, actúa con mayor energía sobre los elementos anatómicos de este sistema, provocando la explosión del acceso.

Y esta periodicidad en la producción de los accesos, esta alternativa de fases de enfermedad comprobada y de aparente calma, existe en todas las formas clínicas del padecimiento:—tanto en el *Gran Mal,* el clásico ataque de epilepsia—designado por el vulgo con el nombre de *Mal de gotacoral*—con sus signos precursores (el aura epiléptica), el grito inicial, la caída inconsciente, las convulsiones, las mordeduras de la lengua y el estado de confusión mental y de aniquilamiento en que queda el paciente una vez terminado el ataque; el que puede ser no sólo diurno sino también nocturno, siendo posible que en este segundo caso el paciente no se dé cuenta de que es epiléptico, no obstante lo que no podrá dejar de comprender que es un enfermo, de que algo anormal le sucede, tanto por las huellas de las mordeduras de la lengua como por el despertar cansino y aniquilado que se avienen mal con un completo estado de salud; como en el *pequeño mal,* en el que faltan las convulsiones, pero se ofrecen con síntomas reveladores: el vértigo, la ausencia (suspensión súbita de la ideación, palidez del rostro, mirada fija y estúpida, movimientos de masticación, etc.) que dura apenas unos segundos, quedando en seguida el sujeto en el estado normal, y finalmente, por el delirio que puede revestir distintas formas. También se observa la misma periodicidad en el modo como se presentan los llamados equivalentes epilépticos: constituídos por temblores, calambres musculares, el Tic de Salam, la epilepsia procursiva, la jaqueca oftálmica, la angina de pecho y varios otros, mereciendo especial atención los equivalentes psíquicos o sea las impulsiones, el pequeño mal intelectual, el furor epiléptico, muy importantes todos desde el punto de vista médico-legal. Estos equivalentes forman en conjunto la epilepsia larvada, desconocida, cuyas manifestaciones tienen el mismo valor que los paroxismos convulsivos.

---

Tal es someramente enunciado el modo como se presenta al observador la epilepsia en sus múltiples modalidades, es decir en sus manifestaciones diversas; desde el ruidoso y espan-

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

table *gran ataque convulsivo*, hasta la *ausencia*, que en no pocas ocasiones sólo despierta la atención del médico experimentador, del competente especialista.

Cuanto a la muerte debida exclusivamente a la Epilepsia, ésta sólo puede sobrevenir en dos circunstancias:—durante uno de los grandes ataques convulsivos, por rotura de un vaso del encéfalo y hemorragia cerebral consecutiva o por rotura de los grandes vasos o del corazón;—o, cuando la enfermedad ha avanzado tanto que se convierte en el llamado *mal epiléptico*, forma en la que los accesos convulsivos se repiten con exagerada frecuencia, trasformándose en accesos subintrantes, es decir que aún no ha terminado un acceso cuando ya se inicia el siguente, generándose una desastrosa situación que aniquila al organismo y ocasiona la muerte del enfermo. En las demás formas, pequeño mal y equivalentes epilépticos, cuando muere el paciente, su deceso se debe a alguna enfermedad intercurrente, pero no a las consecuencias precisas de su padecimiento crónico.

Conviene también dejar constancia, de que si bien las facultades mentales del epiléptico se conservan en relativa integridad en el intervalo de los accesos, cuando estos son poco frecuentes y el padecimiento no reviste exagerada intensidad; si la enfermedad se prolonga,—como acontece en el mayor número de casos—en no pocas ocasiones termina por una verdadera enagenación mental, con ataques impulsivos, manía epiléptica y, hasta, la demencia epiléptica.

---

Expuestas estas ligeras nociones, de índole exclusivamente técnico, sobre algunas peculiaridades de la Epilepsia puedo ya abordar la solusión del problema médico-legal planteado.

La primera cuestión a decir verdad, comprende dos partes:—1º "si la epilepsia puede ser diagnosticada en un período normal del paciente";—y, 2º "si fuera de los períodos de crisis se manifiesta síntomas de esa enfermedad que un médico examinador pueda percibir". Esta división es sustancial, puesto que en el primer supuesto se trata del médico ordinario, del médico tratante, cuya misión es asistir y curar al enfermo; y, en el segundo del método de una compañía de seguros, cuyo radio de acción, como se verá más adelante, es limitado y se presenta siempre erizada de dificultades.

a)—La respuesta en el primer supuesto tiene que ser categóricamente afirmativa: la Epilepsia puede ser diagnosticada, en cualquier período de la enfermedad, no sólo por los especialistas en enfermedades nerviosas y mentales, sino por cualquier médico debidamente instruído y acostumbrado a ver y asistir enfermos.

En efecto, el médico cuando actúa como tratante, cuando su intervención tiene como principal finalidad, como queda di-

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

cho, la asistencia y curación del enfermo, cuenta con bastantes elementos para poder formular el diagnóstico en cada caso particular: dispone de todo el tiempo que le sea necesario para conocer el pasado y el presente de su enfermo, tiene como poderosos auxiliares al paciente y a sus parientes, interesados todos en el mejor éxito del tratamiento, puede extremar sus procedimientos de investigación diagnóstica, y todo concurre para facilitarle su ardua labor. En tales condiciones el facultativo, tiene no sólo la posibilidad sino la obligación de hacer un diagnóstico correcto; pues de otro modo le sería imposible instituir el tratamiento adecuado para yugular el proceso que motiva su intervención. El ejercicio de la medicina a la cabecera de los enfermos, la clínica, no puede ser proficuo sino cuando se base en el establecimiento del diagnóstico, que constituye la piedra angular que sustenta el edificio de la práctica médica. Cierto que se presentan algunos casos en que es no sólo difícil sino imposible formularlo con precisión, no siendo infrecuente que un enfermo fallezca sin que haya sido posible conocer la naturaleza del proceso morboso que lo ha conducido a la tumba; pero la Epilepsia no pertenece a ese grupo de afecciones problemáticas, pues es posiblemente diagnosticable en todos los enfermos que la padecen y en todos períodos del mal.

b)—No sucede lo mismo en el segundo supuesto, cuando es el médico de una compañía de seguros que verifica el exámen del individuo que pretende asegurarse, pues entonces, como siempre que no se trata de un sujeto enfermo, la situación del facultativo es por demás difícil. El individuo que tiene conciencia del mal estado de salud y que solicita se le expida una póliza de seguro sobre su vida, está ya convenientemente preparado y recurre a todos las argucias y simulaciones posibles para sorprender la buena fe del médico. Todos las facilidades que se proporcionan al médico ordinario en el ejercicio de su augusto ministerio, se convierten en otros tantos obstáculos que entraban la labor del paciente y abnegado médico de la compañía de seguros; el interesado en tales casos, le es francamente hostil, y como no hay miembro de la familia a quien acudir en demanda de los antecedentes respectivos, el profesional tiene que proceder con suma cautela y hasta con astucia, para poder descubrir la verdad en el fárrago de falsedades con que algunos pretenden engañarlo. Si los hechos son comparables por la observación directa, por los sentidos, entonces puede adquirir datos fidedignos sobre la salud del candidato; pero si se refieren a hechos puramente subjetivos, trátese de antecedentes o de síntomas, no le queda otro recurso que atenerse a la palabra del pretendiente, a su honorabilidad.

Esta situación anómala no podía pasar desapercibida para los que se han ocupado en esta cuestión, y teniendo en cuenta la posibilidad de que haya quien pretenda valerse de tan vedados medios para conseguir un seguro, que le sería negado en

Universidad del Perú. Decana de América

caso de conocerse la verdad, está aceptado como principio de jurisprudencia práctica que:—"La no declaración, aun de buena fe, de una enfermedad o de una dolencia que tiene "influencia en la duración de la vida, puede producir la nulidad del seguro, aunque esa enfermedad no haya sido la causa de la muerte", y con mayor razón si la ha ocasionado".

En el caso particular de la Epilepsia, al médico que examina a un epiléptico como personero de la Compañía de seguros, le será fácil formular el diagnóstico únicamente cuando el sujeto examinado padezca de la *enagenación mental* consecutiva a la epilepsia o del *mal epiléptico*, porque entonces hay continuidad en las manifestaciones del proceso y el individuo está ostensiblemente enfermo en todos los instantes de su vida; pero le será imposible dscubrir la enfermedad en los intervalos tranquilos del *gran mal*, en el pequeño mal y en los múltiples equivalentes epilépticos, ya que en tales condiciones el paciente tiene toda la apariencia de un hombre sano, en los momentos en que se haya libre de los síntomas característicos del padecimiento; y máxime cuando se trata de un examen ligero y lleno de dificultades, como el que se ven obligados a realizar los médicos examinadores, no por culpa de ellos sino por les circunstancias especiales en que actúan frente al fraude y a la simulación. Y como quiera que nadie ha de pretender asegurar a un loco o a un individuo presa del *mal* epiléptico, *indiscutiblemente enfermo*, es claro que el médico examinador puede diagnosticar la Epilepsia del candidato, en las condiciones ya apuntadas.

Por lo que hace a la segunda cuestión, "si un enfermo de epilepsia puede ignorar su estado", la respuesta fluye precisamente de las consideraciones antes apuntadas. En lo que respecta al *gran* mal, el violento ataque convulsivo, es imposible que pueda haber sujeto que tenga la desgracia de ser epiléptico que pueda desconocer su estado, aunque se trate de una persona poco favorecida de dotes intelectuales. Puede que el paciente sufra ataques nocturnos del gran mal, y que ninguno de los accesos se haya iniciado en el estado de vigilia, pero en tal coyuntura las secuelas del ataque repercuten tan seriamente sobre su salud, que precisamente tiene que fijarse en su ánimo la idea de que está enfermo. Cuanto al *pequeño mal* y a los demás equivalentes epilépticos, por corta que sea su duración y por pequeño que sea el sufrimiento del organismo, siempre tienen que dejar huellas tangibles de su existencia, huellas que han de despertar en el que la experimenta, la certidumbre de su padecimiento, cualquiera que sea su modalidad.

Por otra parte, al que pretende asegurarse, no sólo se le pregunta si padece o ha padecido de Epilepsia, sino también si ha tenido y tiene alguna otra enfermedad del sistema nervioso; y, en tal situación, está obligado a declarar todo lo extraño que haya sentido o que sienta. Ahora bien, el que pade-

ce de una de las formas larvadas de la epilepsia o de uno de los equivalentes epilépticos, podrá no saber si es epiléptico, porque no haya habido oportunidad de que se lo diga un médico, pero indudablemente tiene conciencia de que está enfermo; y la no declaración de su estado enfermizo, es una maniobra fraudulenta, pues así se evita que un médico competente pueda estudiar bien el caso y formular un diagnóstico seguro.

En resumen, cualquiera que sea la condición del individuo que pretenda asegurarse, en lo que se refiere a la Epilepsia, es decir, que padezca del *gran mal* o de otra forma de la enfermedad, no puede ignorar su estado enfermizo.

---

En vista de lo expuesto, estoy autorizado para formular las siguentes conclusiones:

1°—En las condiciones corrientes de la práctica médica, en la asistencia de los enfermos, la Epilepsia es diagnosticable por cualquier médico y en todas las formas de la enfermedad.

2°—En la práctica de los médicos examinadores de las compañías de seguros, es imposible diagnosticar la Epilepsia, si el candidato no hace la declaración de que padece de tal enfermedad.

3°—Ningún enfermo de Epilepsia puede ignorar su estado, cualesquiera que sea la forma de esta enfermedad que lo aqueje.

Es cuanto puedo decir a usted, bajo la fe del juramento prestado, en conformidad con las enseñanzas de la ciencia y según mi leal saber y entender.

---

# La encefalitis epidémica, especialmente en el Perú

Por el Dr. LUIS D. ESPEJO

*Jefe de Clínica en la Facultad de Medicina*

*(Continuación)*

El *pronóstico* de la encefalitis es muy reservado, tanto desde el punto de vista *quoad vitam* cuanto del *quoad sanationem*. Antes de la pandemia del año 1920, el pronóstico se hacía en razón de curación o muerte, pero, a partir de esa fecha, hubo de modificarse en vista del conocimiento de trastornos tardíos, principalmente de órden motor: rigidez motriz crónica (síndromes amiostáticos).

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

Dado el aspecto peculiar de cada epidemia encefalítica, carácter sobre el cual hemos insistido en otra parte de este trabajo, el pronóstico varía en relación con ésta. Así, por ejemplo, la epidemia parisiense de 1918, que se caracterizó por el síndrome óculo-letárgico, fué más benigna que la mioclónica del año 1920.

El pronóstico, en función de mortalidad, varía entre límites muy amplios: 25 y 35 % según las observaciones de Economo, en Viena; de Netter, en Francia; del informe del Britisch local government board; de las estadísticas de Sabattini en Italia, de Tilney y Howe en Estados Unidos, y de Ricaldoni en el Uruguay.

Desde el punto de vista de la curabilidad, el pronóstico es poco halagador. Algunos autores, como *Naville* y *Staehelin* estiman el número de curados entre 30 y 40 %; mientras otros, como *Pette,* sólo señalan el 6,4,% de curaciones absolutas. *Stern* considera un promedio de curabilidad de 15 %, considerando los casos con manifestaciones clínicas definidas, pues, como dice el citado autor, "es imposible hacer un diagnóstico de las formas abortivas de la enfermedad".

Dada la tendencia, tan acentuada, hacia el parkinsonismo que ha adquirido la encefalitis epidémica, a partir de 1922, el pronóstico de los casos considerados curados debe ser muy reservado, pues existe la posibilidad de recaídas o recidivas, acompañadas, en veces, de manifestaciones agudas.

El pronóstico *quoad sanationem* es aun más reservado en el niño, el cual presenta, a menudo, trastornos psíquicos postencefalíticos rebeldes al tratamiento.

## DIAGNOSTICO

"El diagnóstico de la encefalitis epidémica—dice Achard—puede ser muy fácil o muy difícil". En efecto, si la enfermedad se presenta con sus caracteres clásicos mesocefálicos, o acompañada de trastornos diskinésicos, el diagnóstico es relativamente sencillo; pero, si ésta adopta alguna de las numerosas modalidades propias de otras entidades neuro-siquiátricas, el diagnóstico se convierte, como dice *Bassoe,* en un problema arduo, que requiere la mayor suma de conocimientos médicos posible. Concurren en auxilio del diagnóstico la *noción de epidimicidad:* la repetición en serie de casos análogos, que no encuadran, por su polimorfismo, y evolución caprichosa, aberrante, en la sistemática neurosiquiátrica.

Carácter diagnóstico importante es, sin duda, como indica *Achard,* "la movilidad, el carácter parcelario y disociado de los trastornos, cuya sucesión es irregular y acíclica". Tal, por ejemplo, el síndrome piramidal, que, como ha observado *Vidal,* se encuentra representado, en muchas casos, solamente por el clónus del pié, el signo de Babinski, u otro de los fenómenos de la serie piramidal.

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

Los *reflejos de postura,* que ya conocemos, permiten, en algunas observaciones, conjeturar la existencia de la encefalitis epidémica en causa; y, en veces, hacer el diagnóstico retrospectivo de la dolencia. Otro fenómeno de valor diagnóstico es el llamado *fenómeno mioclónico del cuello,* que puede provocarse en muchos casos. En efecto, *Ricaldoni* dice que en la mayor parte de casos de encefalitis epidémica existe cierta "susceptibilidad mioclónica".

El *análisis del líquido céfalo raquídeo,* cuyos caracteres en esta enfermedad hemos estudiado, constituye medio precioso de diagnóstico en la encefalitis. *Bassoe* considera dos síndromes reaccionales en este líquido; uno, constituído por linfocitos, aumento de globulina, curva luética del oro coloidal, e hiperglicorraquia; otro, caracterizado, por disociación célulo-globulinosa, curva luética del oro coloidal e hiperglicorraquia. Aunque estas modalidades reaccionales son un tanto esquemáticas, sin embargo sirven de guía en el diagnóstico, sobre todo si nos atenemos más que a sus condiciones estáticas a su evolución, variable en el curso de la encefalitis epidémica, como lo hemos hecho notar en otra parte de este trabajo.

La reacción de Wassermann no constituye elemento diagnóstico-diferencial absoluto: se la observa en el 10% de los casos de encefalitis, independientemente de toda manifestación de lúes.

La estabilidad de la linfocitosis raquídea y la marcha lenta, progresiva, de los fenómenos clínicos, permiten distinguir la sífilis de la encefalitis en casos de mesocefalitis.

En general, el diagnóstico debe hacerse por exclusión, teniendo muy en cuenta aquellas enfermedades que por radicarse en el sistema nervioso pueden simular admirablemente la enfermedad de Von Economo. Tales enfermedades son: la meningitis tuberculosa, el absceso y el tumor cerebrales, la poliomielitis de tipo encefálico y la sífilis del sistema nervioso, y las encefalitis agudas no supurativas, que complican las enfermedades infecciosas.

Sería largo puntualizar los elementos de diagnóstico diferencial de las mencionadas entidades mórbidas con la encefalitis epidémica: tal labor obligaríanos hacer una gran excursión por el dilatado campo de la patología, pues la encefalitis epidémica es un verdadero proteo patológico.

Los esfuerzos de experimentadores y clínicos se empeñan en encontrar una reacción biológica específica, que tal vez se encuentre en el *querato-diagnóstico* de Levaditi y Harvier.

*Quest* y *Korbsch,* recientemente, han puesto a prueba el valor diagnóstico de las inyecciones subcutáneas de líquido céfalo-raquídeo procedentes de enfermos de encefalitis epidémica. En algunos casos, los citados autores, han obtenido una reacción cutánea caracterizada por una pápula roja, inyectando 0,1 de centímetro cúbico, de líquido recientemente extraído. Mollenhoff, últimamente, ha controlado las observacio-

nes de Quest y Korbsch, y concluye declarando sin valor esta reacción.

## TRATAMIENTO

La historia del tratamiento de la encefalitis epidémica se confunde con la de las enfermedades infecciosas, en general, y con las del sistema nervioso, en particular. La terapéutica específica constituye, hasta el momento actual, un problema irresoluble: existen, sin embargo, interesantes y valiosas tentativas, de las cuales nos ocuparemos en el curso de este capítulo. Siguiendo el orden cronológico, en harmonía con nuestros conocimientos bibliográficos, Netter, señala, desde la iniciación de la epidemia encefalítica en Francia, el siguiente método terapéutico, inspirado en consideraciones etiopatogénicas: en primer lugar, con el objeto de neutralizar el *virus* en los centros nerviosos, emplea un agente que, a falta de acción específica, está dotado de propiedades bactericidas y de afinidad neurotropa: este cuerpo químico es la *urotropina*, sustancia que, como lo ha demostrado *Crowe*, aparece en el líquido céfalo-raquídeo algunos minutos después de la ingestión, alcanzando su máxima concentración entre media y una hora. Netter recomienda dósis fraccionadas de este medicamnto por vía oral: este procedimiento asegura "la presencia prolongada de la urotropina en la cavidad aracnoidea". La dosis total en 24 horas es de dos gramos.

En conformidad con las ideas sostenidas por el autor citado, sobre la eliminación del virus encefalítico por las glándulas salivares, recomienda al lado de la urotropina, la infusión de hojas de *jaborandi*, cuyo objeto es activar la saliva, "favoreciendo la eliminación del virus adherido a las células ganglionares contenidas en las glándulas salivares". Para contrarrestar la acción deprsiva de la pilocarpina sobre el corazón, recomienda Netter la administración contemporánea de adrenalina, que, además, combatiría la astenia, frecuente en los encefalíticos, astenia consecutiva a la fijación del virus en las glándulas suprarrenales.

Por último, para estimular los medios generales de defensa del organismo, preconiza las *inyecciones de trementina*, conforme al método utilizado en las infecciones graves. La formación del *absceso de fijación*, en caso favorable, coincide con elocuentes manifestaciones antixénicas, como, por ejemplo, la presencia de mielocitos en la sangre, constatada por *Mozer;* testimonio, por lo menos, de la reacción de la médula ósea.

El empleo del absceso de fijación, primitivamente reservado a los casos graves, se ha hecho extensivo a todas las formas clínicas de la dolencia: la inyección debe ser practicada precozmente, pues la curación es tanto más rápida y segura cuanto más temprano se instituye este tratamiento. Se emplea 1 a 2 c. c. en el adulto y 1|4 a 1|2 c. c. en el niño; la inyección pue-

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

de repetirse hasta tres veces, con un intervalo de tiempo de 48 horas.

En el Uruguay, *Abente Haedo* ha recomendado el *sulfato de cobre amoniacal* al 4%, a la dósis de 0,04 a 0,08 diariamente por vía endovenosa. Haedo considera este tratamiento de elección en la encefalitis epidémica.

*Carnot* y *Blamoutier* recomiendan el *salicilato de soda*, por vía endovenosa; tratamiento que los autores estiman como el más eficaz, principalmente en la fase aguda de la encefalitis epidémica. Al principio, hacían uso de soluciones concentradas al 25 %, hasta alcanzar la dósis diaria de 4 a 6 gramos por día; posteriormente recomendaron la solución al 4% en agua destilada por ser menos esclerosa que la anterior; en fin, últimamente, los mismos autores, han reglado, por decirlo así, la técnica de las inyecciones intravenosas de salicilato de soda en la encefalitis. Aprovechando de las indicaciones de Bénard, Marchal y Bureau sobre las ventajas del empleo de soluciones saliciladas en suero glucosado, que permiten la introducción de altas dósis del medicamento en pequeño volúmen sin daño para las venas y sin síntomas de intolerancia, Carnot y Blamoutier recomiendan, actualmente, el uso de soluciones saliciladas y glucosadas al 1% según las indicaciones de Bénard y sus colaboradores. En la forma aguda y grave de la encefalitis, se inyectará, por vía venosa, desde el principio de los accidentes, dósis verdaderamente masivas, alcanzando 4 a 6 gramos y más, en dos o tres inyecciones por día; para auxiliar la medicación venosa, se puede prescribir el mismo medicamento por ingestión o por vía intramuscular. Las inyecciones endovenosas se continuarán durante mucho tiempo, teniendo en cuenta la acción lenta del salicilato de soda, y las recidivas de los síntomas, después de aparentes curaciones. En la encefalitis de gravedad mediana, se prescribirá, por vía venosa, dósis de 1 a 4 gramos, inyecciones que serán reforzadas por otras por vía intramuscular. Con este procedimiento, los autores han seguido casos que después de dos años y medio no presentaban manifestaciones de parkinsonismo, tan frecuente en esta enfermedad. Es de importancia práctica mncionar que "la inmediata ejecución del tratamiento, su continuidad, a pesar de la regresión de los síntomas, su repetición periódica, son, para los fines de la curación, más útiles todavía que la elevación de las dósis".

*(Continuará)*

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

# Prensa Médica Argentina

SOBRE LA INFECCION EN LAS ULCERAS GASTRO-DUODENALES.—La noción de la infección en la etiología de la úlcera gastroduodenal es muy antigua. Cruvelhier fué, sin duda, el primero en atribuir a la inflamación el origen del proceso, pero fué Letulle, seguido por Widal, Dieulafoy y otros, quienes insistieron sobre dicha etiología infecciosa de la úlcera simple, aunque sus opiniones no llegaron a apoyarse en hechos experimentales y clínicos convincentes.

Agote, en la Argentina, sostuvo, estudiando piezas operatorias, que la úlcera simple era de origen infeccioso. Lo mismo había aceptado Mathieu al establecer que la úlcera podía ser debida a la localización en la pared gástrica o duodenal de procesos infecciosos.

De un tiempo a esta parte esta cuestión ha sido removida. Los trabajos de los autores norteamericanos, iniciados por Rosenow, llegaron a llamar la atención del mundo médico, habiendo sostenido, el citado autor, que la úlcera es debida a la localización, consecuencia de una afinidad electiva por la pared gástrica, de gérmenes que se han desarrollado en focos que pasaron inadvertidos para el enfermo y para el médico. Esta infección focal" tendría su origen en los dientes, en las amígdalas, en los senos, en el apéndice, las trompas, etc. Rossler había considerado también a la úlcera como una "segunda enfermedad", que es la consecuencia de otra situada fuera del estómago y localizada principalmente en el apéndice.

De sus estudios, Rosenow llegó a deducir que el germen productor de la úlcera era un estreptococo, que pudo aislar, y que inyectado experimentalmente reproducía la lesión.

Christophe, que ha estudiado detenidamente este asunto, concluye en "la absoluta necesidad de hacer, de todos nuestros enfermos de ulcus, un examen detallado del punto de vista de los focos infecciosos crónicos, especialmente de las amígdalas, de los senos y de los dientes", creyendo, también, que es de estos focos de donde ha partido la infección causante de la úlcera.

Kopeloff ha estudiado la flora estomacal valiéndose del método de extracción fraccionada de Rehfuss, y ha deducido que la saliva es la causante de la contaminación del jugo gástrico. Impidiendo su deglución, el líquido gástrico tenía 32 gérmenes por centímetro cúbico, cantidad que se elevaba a 48.000 cuando aquélla era deglutida. En contra de lo que piensa Ramond, cree

Universidad del Perú. Decana de América

que no hay ninguna relación entre la acidez del jugo gástrico y su contenido en gérmenes.

Kirch y Stahnke estudian la acción del *oidium albicans* (muguet) en la producción del ulcus, que había sido considerado por algunos autores como capaz de ocasionarlo, y demuestran que este hongo no tiene ninguna relación con el origen ni con la evolución de las úlceras.

El estreptococo incriminado por Rosenow ha sido asimilado por Thierselin al enterococo por él descrito. El y otros observadores, como Lambret, Roux y Girault, aconsejan la intradermorreacción en el diagnóstico, y la vacunoterapia en el tratamiento de la úlcera, lo que también ha sido indicado, en la Argentina por Novaro, Solé, Galíndez y Bacigalupo y por Acosta.

Pero, llegados aquí, las opiniones se dividen. La escuela francesa, representada por Duval y sus colaboradores, encuentran que no siempre es posible demostrar la existencia de gérmenes en las úlceras crónicas, lo que explica los distintos tipos evolutivos de la enfermedad, y concluyen que la infección se agrega al proceso ya instalado, dando una serie de signos clínicos biológicos y anatómicos que sólo prueban la existencia de la infección, es decir, que se trata de *úlceras infectadas*.

Escudero hace un estudio de esta interesante cuestión apoyado en 24 observaciones y, en oposición a lo sostenido por Duval, nos habla de *úlceras infectantes*.

Varios son los signos clínicos que se han dado de la existencia de la infección para después demostrar su influencia en la evolución y en el pronóstico de la enfermedad.

La *fiebre* fué señalada por Soupault como signo de pronóstico cuando acompañaba a la hematemesis. Merece ser transcrito el párrafo que le dedica:

"En general, en la simple gastrorragia, la temperatura queda normal; cuando la pérdida de sangre es abundante, el termómetro marca algunos décimos de grado debajo de 36°5 (temperatura rectal). A veces se eleva a 37° y excepcionalmente a 37.5.

Pero nunca es pasada esta temperatura cuando no existen complicaciones. Esta ligera elevación de la temperatura, se la atribuye a la corrupción de la sangre en las vías digestivas, engendrando fermentaciones anormales; en todo caso, es efímera y no dura más que un día o dos a lo sumo. Si la fiebre persiste, o si se eleva por encima de 38° (temperatura rectal), es necesario temer complicaciones". Estas complicaciones eran, para Soupault, de orden peritoneal pero pudiendo llevar al enfermo a la muerte por caquexia; lo que le hace decir que "toda hematemesis, débil o abundante, que coincide con una temperatura superior a 38°, y que se mantiene por varios días, significa un pronóstico muy reservado", y más adelante, refiriéndose a la peritonitis séptica difusa que complica la úlcera sin haber dado el cuadro ruidoso de la perforación: "En esta forma, la peritonitis evoluciona sin ruido.... El pulso es pequeño y

rápido, la respiración rápida y difícil con un poco de movimiento de las alas de la nariz. La temperatura está por encima de 38.5 o 39°....

"Esta forma peritoneal puede observarse sola, pero la hemos visto coincidir varias veces con hemorragias de abundancia variable, cuyo pronóstico agrava considerablemente. Al principio, los síntomas generales son ocultados por los de la hemorragia, pero éstos, en lugar de ser seguidos de una convalecencia rápida, se extienden, se alargan y se agravan aún de más en más, al mismo tiempo que la fiebre se instala y aumenta gradualmente de importancia. En resumen, cuando se ve en el curso de una hematemesis instalarse una fiebre elevada y persistente, un poco de hinchazón del vientre, taquicardia y obnubilación intelectual, es necesario sospechar una perforación y establecer un pronóstico funesto, a menos de que la situación del enfermo permita todavía una intervención quirúrgica".

Riegel, antes que Soupault, había sostenido también que "la fiebre no pertenece al ulcus"; que "cuando un enfermo atacado de úlcera tiene una elevación de temperatura la causa está en una complicación"; y que "un aumento súbito de la temperatura con un estado de colapso que aparece al mismo tiempo, debe hacer pensar en una hemorragia".

Loeper señala la fiebre como indicio de una extensión del proceso inflamatorio y su valor, junto con otros signos, para hacer prever una perforación gástrica.

Jacob la atribuye, cuando es pasajera, a errores de régimen o a la constipación, pero cree que cuando es continua y elevada, en la ausencia de tuberculosis pulmonar, hay que pensar en la infección séptica del ulcus.

Duval, con la colaboraón de Roux, de Moutier y de otros, ha sostenido, el valor de la fiebre y de la leucocitosis, unidas o no a los signos clínicos constituídos por la crisis dolorosa, la hematemesis, la resistencia epigástrica, etc., como exteriorización de la infección desarrollada o exacerbada en el proceso ulceroso.

Han señalado dos tipos fébriles distintos: a veces se trata de una febrícula prolongada que pasa inadvertida si no se la busca deliberadamente, y que persiste mientras dura una recrudescencia de los dolores tardíos; otras veces son accesos francos, muy pasajeros, acompañados también de recrudescencia de los síntomas dolorosos y seguidos, en ciertos casos, de una hemorragia.

Esta fiebre había sido ya observada y estudiada por Lorenz, para quien puede ser debida a una afección intercurrente, a una complicación del ulcus (hemorragia, peritonitis) o no tener una explicación clara, aunque pudiera atribuirse a una infección de la úlcera.

Duval y sus colaboradores atribuyen a esta fiebre un origen único: la infección de la úlcera. A ella también inculpan

las complicaciones postoperatorias, sean ellas locales (peritonitis, perigastritis, etc.), sean a distancia (procesos sépticos de pulmón, septicemias, flebitis, etc).

Escudero ha observado en sus enfermos también dos tipos febriles: "empujes entre 37 y 38° que duraban dos o tres días y que se repetían cada tanto o no se repetían; y accesos febriles que duraban horas o un día para repetirse de tarde en tarde o no repetir".

La investigación de la *leucocitosis* ha sido hecha por Duval y por Girault, habiendo encontrado, con frecuencia, una cifra de leucocitos que era superior a la normal. Según ellos, esta hiperleucocitosis es una de las reacciones biológicas que, unida a la intradermorreacción positiva al enteroestreptococo, atestigua la infección en las úlceras. Encuentran que la tasa elevada de los leucocitos, con polinucleosis, se halla especialmente en las viejas úlceras.

Esta leucocitosis, estudiada también por Escudero, le ha llevado a concluir que "es un síntoma frecuente en los períodos agudos de los ulcerosos y muy frecuentemente febril".

Solé se adhiere al concepto de la escuela de Duval y, como él acepta que los signos clínicos (reacción dolorosa gástrica, fiebre, etc.) y biológicos (leucocitosis, intradermorreacción) atestiguan que la infección ha complicado la úlcera, opinión concordante con la de Ceballos.

---

En conocimiento de los antecedentes relatados, Juan Raúl Goyena y Jorge Thenon (*La Semana Médica*, N° 19, Buenos Aires, 1926) han compulsado el archivo de historias clínicas del Instituto Modelo de Clínica Médica, en el cual han sido tratados muchos ulcerosos, realizando un estudio estadístico y clínico de aquellos casos en que se ha estudiado el estado sanguíneo y el cuadro térmico. En 66 observaciones han estudiado la relación que ha habido entre la fiebre, la leucocitosis, la intervención operatoria y la fórmula leucocitaria, encontrando que *sobre 66 casos,*

| | | | |
|---|---|---|---|
| 37 | Con leucocitosis, es decir, . . . . . | | 56,06 % |
| 29 | Sin leucocitos, vale decir, . . . . . | | 43,93 „ |
| Con fiebre (incluída fiebre postoperatoria) . . . . | | 56 | 84,84 „ |
| Con fiebre y leucocitosis . . . . . | | 32 | 48,48 „ |
| Con fiebre anterior a la operación . . . . | | 12 | 18,18 „ |
| Con fiebre postoperatoria . . . . . | | 20 | 30,30 „ |
| Con fiebre sin leucocitosis . . . . . | | 24 | 36,36 „ |
| Fiebre anterior a la operación . . . . . | | 4 | 6,06 „ |
| Fiebre sólo postoperatoria . . . . . | | 20 | 30,30 „ |
| Sin fiebre . . . . . | | 10 | 15,15 „ |

Universidad del Perú. Decana de América

| | | |
|---|---|---|
| Con leucocitosis | 5 | 7,57 „ |
| Sin leucocitosis, | | 57,57 |

Con leucocitosis y fiebre:

| | | |
|---|---|---|
| Polinucleosis | 8 | 12,12 „ |
| Linfocitosis | 14 | 21,21 „ |
| Linfocitos y polinucleosis | 10 | 15,15 „ |

Leucicotosis sin fiebre:

| | | |
|---|---|---|
| Polinucleosis | 0 | |
| Linfocitosis | 4 | 6,66 „ |
| Linfocitosis y polinucleosis | 1 | 1,51 „ |

Con respecto al tipo febril presentado por los enfermos, han encontrado:

1. Casos con pequeños empujes febriles (37,2 a 37°8) de uno o dos días de duración.

2. Casos con fiebre postoperatoria, efímera o prolongada (hasta 38°9).

3. Casos con fiebre prostoperatoria de tipo séptico seguidos de muerte (complicaciones pulmonar o peritoneal).

4. Casos con fiebre postoperatoria de tipo séptico (hasta 40°5) seguidos de curación y sin complicaciones viscerales.

5. Un caso con fiebre irregular de tipo séptico (hasta 40°2) anterior a la operación, sin otras complicaciones viscerales.

Como Escudero, no han observado la febrícula sostenida de que hablan Duval y sus colaboradores.

El cuadro estadístico precedente demuestra que se ha hallado, respecto al estado sanguíneo:

1. Casos sin fiebre ni leucocitosis, en algunos de los cuales la peritonitis crónica adhesiva demostró la inflamación.

2. Casos con fiebre, sin leucocitosis (la hipertermia era moderada), en algunos de los cuales se comprobó un proceso inflamatorio perigástrico con adherencias.

3. Casos sin fiebre en ningún momento y con leucocitosis.

4. Casos con ambas manifestaciones, entre los que hay algunos que sólo tenían leucocitosis anterior a la intervención quirúrgica y que tuvieron fiebre elevada, a veces prolongada y con complicaciones, lo que atestigua que la leucocitosis sanguínea es un exponente de la infección que se exacerba como consecuencia del traumatismo operatorio.

En otros casos sólo existía ligera fiebre con leucocitosis anterior a la intervención y, después de ésta, la hipertermia fué elevada y persistente.

5. Predominancia acentuada de la linfocitosis.

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

# Noticias

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA: NUEVA MESA DIRECTIVA.—La Asociación Médica Argentina, en la asamblea general ha elegido para el período 1926-28 la siguiente mesa directiva: presidente, Dr. Carlos Bonorino Udaondo; secretario general, Dr. Manuel Luis Pérez, director del Consejo de Publicidad, Dr. Julio C. Galán; tesorero, Dr. Enrique M. Pueyrredón; tribunal de honor, Drs. Pedro Escudero, Eliseo V. Segura, Enrique Finochietto, Alberto Peralta Ramos, Bernardino Maraini.

CONGRESO ARGENTINO DE PROFILAXIS ANTITUBERCULOSA.—En la última reunión realizada por la Comisión organizadora de la Conferencia Nacional de Profilaxis Antituberculosa, en la ciudad de Córdoba, se ha resuelto que esta reunión sea de carácter panamericano e invitar a los especialistas extranjeros.

Fueron aprobadas también las bases del Congreso, acordándose designar presidentes honorarios al presidente de la República, al gobernador de la Provincia, intendente municipal, y rectores de las Universidades argentinas, a todos los cuales se les pasarán las comunicaciones correspondientes.

SEPTIMO CONGRESO MEDICO LATINOAMERICANO.—De acuerdo con la resolución del anterior certamen celebrado en la ciudad de La Habana, en 1922, el séptimo Congreso Médico Latinoamericano se reunirá en México, bajo los auspicios del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

La importante asamblea se reunirá el 15 de marzo del año próximo, y la Comisión organizadora del certamen ha quedado integrada por las siguentes personas:

Presidente, Dr. Manuel Gea González; vicepresidente, Dr. Fernando Ocaranza; secretario, Dr. Eliseo Ramírez; tesorero, Dr. Gonzalo Castañeda, vocales, Drs. Jesús González Urueña, Ulises Valdés, Francisco Bulman, Rosendo Amor, Francisco de P. Miranda, Tomás G. Perrín, Ricardo Cicero, general Enrique C. Osornio, Jorge José Manuel Puig Casauranc, Francisco Lisci, Conrado Izábal Iriarte, Salvador Bermúdez, Jenaro Escalona, Juan Manuel Noriega, general Francisco Castillo Nájera, coronel Vicente Ramírez, José Torres Torija, Alfonso Ortiz, Gastón Melo, Luis Santamaría, ingeniero Miguel A. de Quevedo, y D. I. Alfonso Gastéllum.

La Comisión organizadora designará las Comisiones locales que deben funcionar en cada uno de los países latinoamericanos

Universidad del Perú. Decana de América

y las subcomisiones de los diversos Estados de la República Mexicana.

Las Comisiones locales estarán facultadas para nombrar las subcomisiones que juzguen necesarias en cada uno de los países de su jurisdicción.

El Congreso estará integrado por los delegados oficiales de los Gobiernos de las naciones latinoamericanas que acepten la invitación del Gobierno mexicano; los representantes de las corporaciones científicas invitadas por la Comisión organizadora, por las Comisiones locales o por las subcomisiones; los médicos, veterinarios, ingenieros y abogados de todos los países latinoamericanos.

Las secciones en que se distribuirá el personal del Congreso, son las siguientes: Biología General, Anatomía y Fisiología Normales y Patológicas, Histología y Embriología; Microbiología y Parasitología; Higiene y Demografía; Patología, Clínica y Terapéutica Médicas; Medicina Tropical; Neuropatología y Psiquiatría; Pediatría, Puericultura y Eugenesia; Dermatología y Sifilografía; Patología, Clínica y Terapéutica Quirúrgicas; Oftalmología y Otorinolaringología; Andrología y Urología; Obstetricia y Ginecología; Fisioterapia, Electrología Médica y Radioterapia; Medicina Legal y Deontología; Odontología; Medicina Veterinaria; Farmacia e Historia de la Medicina en América Latina y Pegadogía Médica.

## Sociedades Médicas

RESUMEN *de la comunicación presentada por el Dr. Honorio Delgado (Médico Jefe del Servicio del Asilo Colonia "Víctor Larco Herrera") a la Sociedad Peruana de Psiquiatría, sobre el "Bismuto-Yatrén" en el tratamiento de la sífilis del sistema nervioso.*

En los 10 casos en que ha empleado el "Bismuto-Yatrén", ha practicado previamente el tratamiento por las fiebres (paludismo, nucleinato de soda, Phlogetán o vacunas de Besredka) y por el salvarsán y el mercurio, y en algunos además extracto de glándula de tiroides. Siempre ha usado simultáneamente las ampollas A y B poniendo una, dos o más series de 12 inyecciones dobles (por vía venosa e intramuscular) sin más inconveniente que la gingivitis en un caso, al finalizar la segunda serie de inyecciones. Señala un caso—aparte de los diez cuya historia presenta—en que las inyecciones producían inmediatamente diarrea incoercible, lo que obligó a abandonar el tratamiento. Advierte que en ese caso no se intentó usar pequeñas dosis crecientes. En cambio, señala el caso de uno de los enfermos curados, V. P., Tabo-Parálisis, que reacciona siempre violenta y peligrosamente, y en cuyos músculos se enquista siem-

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

pre el aceite gris, que tolera admirablemnte el Bismuto-Yatrén. El resultado conseguido con el Bismuto-Yatrén es tan halagador en estos casos que el comunicante lo considera como el desiderátum en la cura de la neurosífilis tratada por las fiebres. El exámen de estos resultados en comparación con los alcanzados por los otros medios en casos así mismo tratados por los agentes piretógenos—de cuya terapia el comunicante tiene más de 5 años de práctica—patentiza la excelencia del Bi-Yatrén. El cuadro siguiente permite esa comparación en un total de 32 casos de neurosífilis tratados por el Dr. H. Delgado.

| | Tratados *con* Bi-Yatrén | | Tratados *sin* Bi-Yatrén | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Casos | % | Casos | % | Casos | % |
| Remisiones completas | 7 | 70 | 8 | 36.37 | 15 | 46.89 |
| „ incompletas | 2 | 20 | 8 | 36.37 | 10 | 31.24 |
| No modificados favorablemente | 1 | 10 | 2 | 9.09 | 3 | 9.35 |
| Muertos | 0 | 00 | 4 | 18.18 | 4 | 12.50 |
| Total de casos | 10 | | 22 | | 32 | |
| Parálisis general | 8 | | 18 | | 26 | |
| Tabo-parálisis | 1 | | 1 | | 2 | |
| Sífilis cerebral | 1 | | 1 | | 2 | |
| Demencia precoz | 0 | | 2 | | 2 | |

La modificación de las reacciones serológicas después de la administración del Bi-Yatrén son igualmente satisfactorias. En dos de los casos ha sido dado comprobar el efecto de otros preparados de bismuto (Neo-Trépol y Bismophanol) con el del Bi-Yatrén, con ventajas para este, manifiesta en la gran modificación serológica; mientras que el bismophanol, en uno de los casos J. R. no fué capaz de contener el aumento de las células, de 47 por milímetro cúbico a 150 (con 73% de linfocitos) *el Bismuto-Yatrén baja este número a 8 por milímetro cúbico (7 linfocitos)* a más de atenuar la albuminosis y la globulinosis. El otro caso E. R. es más notable: El Neo-Trépol no logra modificar las reacciones—todas fuertemente positivas—mientras que el Bi-Yatrén hace todas negativas, incluso la R. W. El análisis del líquido Céfalo-Raquídeo, practicada después de dos meses más de la última inyección, fué verificado en 7 casos de los 10 tratados por el Bi-Yatrén. En los 22 casos tratados sólo por otros agentes el número de constataciones serológicas ulteriores ha sido muy limitado, por lo cual no es posible establecer comparación entre ambos grupos a este respecto.

El cuadro siguiente expresa, sintéticamente, el resultado de las investigaciones serológicas en los 10 casos tratados por el Bismuto-Yatrén:

| | |
|---|---|
| Modificación favorable de las reacciones | 7 casos |
| R. Wassermann negativa después del tratamiento | 5 „ |
| No modificadas las reacciones favorablemente | 0 „ |
| No constatadas las reacciones después del tratamiento | 3 „ |

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

Universidad Nacional de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú

# Enfermedad de Ayerza

Por el Dr. PEDRO ESCUDERO
*Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires*

*(Continuación)*

Arrillaga, desde 1922, sostiene que la esclerosis primitiva de la arteria pulmonar constituye el cardíaco negro; este autor comete un error doble: 1°, llama *cardíaco negro* a enfermos que no pueden ser cardíacos; no lo son por el solo hecho de llevar la esclerosis de la arteria pulmonar y sí sólo cuando desfallecen del corazón, y en este caso no son "cardíacos negros" en el sentido que Ayerza diera a esta expresión; 2°, olvida que la esclerosis primitiva de la arteria pulmonar es una afección bien conocida desde 1865 y que no necesita nueva denominación.

*Nosotros denominamos enfermedad de Ayerza a la concomitancia de la sífilis bronquial con la esclerosis y eritrosis moderada.* Este cuadro clínico, y anatómico fué descubierto por nosotros, y lo denominamos enfermedad de Ayerza en honor al que fué nuestro maestro y que habiendo descubierto *un episodio* (faz asistólica, "cardíaco negro") nos ha permitido ahondar el estudio de la enfermedad.

Sintetizado nuestro criterio de la enfermedad de Ayerza, pasamos a su estudio clínico.

## ESTUDIO CLINICO

Nosotros consideramos que la enfermedad de Ayerza presenta dos etapas distintas, que se suceden insensiblemente:

1° Período bronquial.

2° Período cardíaco.

*Primer período, o período bronquial.*—No ha sido individualizado por ninguno de los autores que se han ocupado de la enfermedad. Estos sólo se reducen a manifestar que entre los antecedentes del enfermo figuran bronquitis a repetición, hecho éste sobre el que había insistido Ayerza. En cambio, Arrillaga afirma la existencia de "cardíacos negros" sin síntomas ni fenómenos pulmonares; ya hemos demostrado el error que esto significa. La enfermedad es de larga duración y evoluciona como una bronquitis crónica sin significación particular. Su

lesión anatómica corresponde a la sífilis bronquial, con peribronquitis esclerosa; no siempre evoluciona en forma pura y con frecuencia se mezcla a la sífilis pulmonar.

Los tratados que se ocupan de la sífilis pulmonar refieren *la cianosis* entre los síntomas posibles, sin darle la importancia y la significación que nosotros le damos. Spangenberg dice a este respecto: "la cianosis no es un signo frecuente ni tampoco es más significativo que en las diversas lesiones pulmonares, que a su vez manifiestan la insuficiencia de la hematosis". Patiño Mayer se expresa en estos términos: "la cianosis ha sido advertida en la sífilis del pulmón; es rara, pero se concibe su presentación ante las lesiones anatómicas antes explicadas, capaces de producir mala hematosis".

Los futuros cardíacos negros de Ayerza tienen su sífilis bronquial con los síntomas clásicos: brotes agudos y a repetición, permanencia de tos moderada y húmeda casi constantemente, respiración ruda general, ligero enfisema, expectoración ora mucosa, ora purulenta.

Presenta eritrosis discreta de los labios y de las fauces, más pronunciada cuando permanecen en decúbito dorsal; esta eritrosis se localiza por mucho tiempo en la cara y se acompaña de una resonancia del segundo tono pulmonar, indicio de la hipertensión arteriopulmonar que se inicia.

En este período hay discreta eritrocitosis. Los rayos X descubren una esclerosis peribronquial y algunas veces signos de mediastinitis.

Cuando han pasado muchos años de este proceso, es fácil descubrir la enfermedad en su faz bronquial: sífilis pulmonar, hipertensión de la pulmonar, exteriorizada por la resonancia del segundo tono pulmonar y moderada hipertrofia del corazón derecho. Hay moderada eritrosis y se comprueba poliglobulia o eritrocitosis.

Cuando no se está advertido, se lo cataloga como simple bronquitis crónica; si se llega a diagnóstico, se afirma sífilis bronquial o sífilis broncopulmonar a forma cianótica. Spangenberg en su libro, estudiando esta forma de sífilis pulmonar, transcribe los casos de Maillart y de Bard; pero la observación de Chappet es un caso evidente de enfermedad de Ayerza en el primer período de nuestra clasificación; la autopsia que se transcribe es su comprobación.

Cuando transcurre un tiempo largo y el enfermo nota disnea, entra en el segundo período, el del cardíaco; a partir de este momento la cianosis se añade a la eritrosis; la eritrocitosis es permanente, el hígado se congestiona y adquiere el aspecto particular que todos conocemos.

No siempre evoluciona en la forma dicha. A veces, la localización sifilítica es predominante en el pulmón; se establecen bronquiectasias numerosas o se instala ua sífilis pulmonar en cualquiera de sus formas: gomosa, esclerosa o esclerogomosa. En este caso, el enfermo es preponderantemente pulmonar y

se diagnostica sífilis del pulmón, tal cual sucedió con la observación XLIX de Spangenberg.

Analizando los casos publicados, se nota toda la gama de manifestaciones de la sífilis broncopulmonar; en nuestra observación II, cuyo estudio histológico fué publicado por el Dr. R. C. Cabred, había predominancia de lesiones arteriales sobre las bronquiales; éstas se reducían a bronquiectasias de los bronquios menores con esclerosis peribronquial; en cambio, Elizalde ha hecho el estudio de un caso en que había focos de bronconeumonía crónica; y el mismo autor hizo el estudio histológico del caso citado de Spangenberg, en el cual había gran predominio de la localización pulmonar; otras veces existen lesiones pulmonares discretas, pero evidentes.

Queremos, además, dejar establecido este hecho, no mencionado aún, que la *sífilis heredada es una etiología a menudo insospechada en la enfermedad de Ayerza,* tema que no me es posible abordar en este sitio.

Tiene gran importancia el diagnóstico de este período, puesto que es posible llegar a detener o retardar su desenlace. El diagnóstico de este período podrá hacerse basándose en los síntomas siguientes: tosedor crónico de los llamados bronquiales crónicos, si son jóvenes y presentan síntomas de esclerosis peribronquial, habrá que sospechar la posibilidad de una enfermedad de Ayerza en latencia. Para afirmarla, se buscará: resonancia del segundo tono, permanente, no modificable por la respiración, eritrosis discreta de los labios, lengua y fauces, moderada hiperglobulia.

Podrá hallarse una hipertrofia derecha moderada confirmable únicamente a los rayos X, y no siempre a la electroradiografía; en nuestro caso que publicamos, a pesar de no haber hipertrofia derecha, existe una dilatación evidente de la pulmonar. Aquí deseo dejar constancia de la sugestión del profesor Merlo (E. V.), que me la ha trasmitido verbalmente: la diferencia entre una pulmonar dilatada a los rayos y no hallada en la autopsia; diferencia no mencionada aún en los cardíacos negros y que podría explicarse por una dilatación funcional de la pulmonar.

La esclerosis obliterante de la pulmonar, las bronquiectasias de los bronquiolos, las bronconeumonías y a repetición, las arteritis de las arterias brónquicas y los gomas son manifestaciones de una sífilis activa que es posible detener con un tratamiento intenso y bien dirigido.

*Segundo período o período cardíaco.*—Ayerza y los autores argentinos que se han ocupado de los cardíacos negros no han hecho distinción de las diversas etapas porque pasa el enfermo. Nosotros consideramos que este período tiene dos etapas evolutivas diferentes:

1ª Etapa de compensación cardíaca.

2ª Etapa de enfermedad cardíaca.

Ayerza descubrió la segunda, el *cardíaco negro,* y los autores que le han seguido no sólo no han modificado nada de lo dicho por él, sino que siguieron considerando a la faz hiposistólica, o segunda etapa, como lo más importante de esta entidad clínica.

Y resulta que el "cardíaco negro", la etapa del desfallecimiento del corazón, la que más ha llamado la atención de todos los autores, es la menos característica, la menos importante, la más difícil de distinguir de las otras asistolias derechas. En cambio, la etapa de compensación cardíaca, cuando el enfermo continúa haciendo una vida casi normal y *presenta el máximum de síntomas que lo caracterizan,* no ha llamado la atención de Ayerza ni de sus discípulos; durante esta etapa no puede llamarse "cardíaco negro", porque no es negro (es decir, no tiene cianosis, color borra de vino), ni es cardíaco, como lo veremos dentro de un instante.

Y esta deficiencia en el estudio de la enfermedad, que hicieran Ayerza y Arrillaga, ha creado un falso concepto no sólo en el país, sino fuera de él. Todos afirman que el cardíaco negro tiene cianosis, desconociendo que la cianosis es un síntoma banal que corresponde a todas las insuficiencias derechas, y ello ha contribuído a que se emplee la expresión "cardíaco negro" para designar el cuadro clínico de los pulmonares crónicos que terminan por su corazón.

Arrillaga es quien más ha contribuído a propagar este error; la mayoría de sus trabajos se titula "esclerosis de la arteria pulmonar" y coloca entre paréntesis el término negro". Es que Arrillaga confunde las dos etapas de evolución que nosotros describimos, y en los estudios que ha publicado mezcla los síntomas de la primera con los de la segunda etapa.

Además, Arrillaga comete el error de llamar "cardíacos" a enfermos que no lo son; los enfermos con esclerosis primitiva de la pulmonar sólo son cardíacos cuando desfallecen de su corazón, y cuando este episodio aparece, no presentan el cuadro clínico que Ayerza describiera en 1901.

La expresión "cardíaco negro" sintetiza el cuadro clínico que presentan los pulmonares crónicos cuando mueren por su corazón derecho, pero no es sinónimo de la enfermedad de Ayerza, error en que caen los autores argentinos, españoles e ingleses que tratan del tema. Puede haber cardíacos negros sin enfermedad de Ayerza, y esta última sólo aparece como cardíaco negro en el episodio final, el menos importante y el menos característico de toda su evolución.

Comenzaremos por describir la etapa segunda, de enfermedad cardíaca, etapa final de la enfermedad; durante ella la expresión *cardíaco negro* es realmente feliz, porque se está en presencia de un cardíaco asistólico con color borra de vino, pero que es difícil o imposible distinguir de los asistólicos derechos de origen pulmonar.

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

*Segunda etapa, enfermedad cardíaca, cardíaco negro.*—Es el cuadro que describiera Ayerza en 1901 y que ha sido repetido por todos los autores; durante esta época el enfermo es un cardíaco que se ve obligado a guardar reposo y a tratarse. Pueden considerarse como asistolias totales; como todo cardíaco mejora varias veces de estas asistolias, hasta que al fin cae definitivamente. Todas las causas capaces de aumentar el trabajo del corazón: esfuerzo, enfermedades agudas pulmonares, etc., provocan la aparición de esta etapa del cardíaco negro.

En este período, a los síntomas de desfallecimiento del corazón derecho: cianosis, disnea, taquicardia, galope derecho, congestión hepática, se añaden los síntomas de desfallecimiento del sistema periférico y corazón izquierdo: edemas, ascitis, congestión de las bases pulmonares, oliguria, etc.

El examen descubre:

*Síntomas banales de asistolia:* Edema de los miembros, ascitis, congestiones viscerales, oliguria, congestión de las bases pulmonares, decúbito sentado obligatorio, etc.

*Síntomas de asistolia derecha:* Cianosis pronunciada, que se exagera con la tos, al decúbito dorsal y los esfuerzos, disnea, galope derecho, congestión del hígado, taquicardia, tensiones bajas o normales y con tensión diferencial casi normal.

*Recrudecimiento de los fenómenos pulmonares:* Tos persistente, expectoración mucopurulenta, afebril.

Se añaden a ellos otros síntomas, que por orden de frecuencia e importancia, son los siguientes:

1° *Somnolencia,* síntoma puesto de relieve por Ayerza y por nosotros; no es constante, pero sí muy típico; los enfermos dormitan con facilidad extraordinaria en cuanto se sientan, cuando quedan callados aun cuando la conversación no es muy animada. A un caso nuestro del Hospital Rawson, los compañeros de sala le habían puesto el mote de dormilón, porque había que despertarlo aun a las horas de comer. Un enfermo que tenemos en asistencia nos vino a ver únicamente por la facilidad con que se dormía, aun estando en conversación.

2° *Dolores* preesternales o de la región precordial con irradiación al cuello; han sido descritos como angina hipercianótica.

3° *Cefaleas,* a veces más intensa de noche y en decúbito dorsal; no es un síntoma constante, puede sospecharse que obedezcan a congestiones meníngeas.

4° *Mareos,* en general pequeños, fugaces, pero persistentes; raramente vértigos.

En realidad, estos síntomas no tienen valor diagnóstico definitivo, porque pertenecen unos a la hiperglobulia, otros a la asistolia derecha, pero ellos cobran valor cuando es posible descubrir los síntomas típicos de la enfermedad que corresponden a la primera etapa.

*Primera etapa, o de compensación cardíaca.*—Durante ella los enfermos pueden trabajar y raramente solicitan asistencia,

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

siendo posible hacer el diagnóstico con toda precisión. Comprende tres grupos de síntomas:

1° Síntomas pulmonares.
2° Síntomas cardioarteriales.
3° Síntomas hemáticos.

Para hablar de la enfermedad de Ayerza, es indispensable la coexistencia de estos tres grupos sintomáticos: la ausencia de uno de ellos autoriza a rechazar la enfermedad, como veremos al hablar del diagnóstico.

*Síntomas pulmonares.*——Creemos inútil insistir; tanto los síntomas funcionales, (tos, expectoración sanguinolenta o mucopurulenta, dedos hipocráticos, dolores torácicos), como los físicos, denotan la existencia de una localización de la sífilis, heredada o adquirida, sea en los bronquios menores, sea en el pulmón conjuntamente. La radiografía es un elemento importante.

La tos es escasa y permanente, la expectoración abundante por las mañanas, se hace muy moderada por el día; en los períodos de estado se modera tanto, que el enfermo no la nota, perdura aun en verano.

*Síntomas cardioarteriales.*—Los enfermos acusan:

*Disnea:* Es el primer síntoma en aparecer mucho tiempo antes que el enfermo la acuse, es decir, que es particularmente objetiva. En el enfermo de la observación VII tenía 36 respiraciones por minuto durante el sueño. Pasados los períodos asistólicos que hemos referido, la disnea permanece como síntoma duradero; rara vez los enfermos dejan de tenerla:

El examen descubre:

*Integridad de la circulación general y del corazón izquierdo:* ausencia de congestión de las bases pulmonares, pulso regular, de frecuencia y de tensión muy próxima a la normal.

*Congestión pasiva visceral moderada:* fondo de ojo con las venas muy ingurgitadas; congestión renal (ligera albuminuria sin cilindruria, oliguria discreta) y del aparato digestivo; síntomas difusos de dispepsia sin perturbación de la motilidad gastro intestinal, inapetencia, tendencia a la constipación.

*Esclerosis obliterante o estenosante de la arteria pulmonar,* que se traduce por la hipertensión de la pequeña circulación; resonancia del segundo tono pulmonar, hipertrofia muy pronunciada del ventrículo derecho, dilatación e hipertrofia de la aurícula de este lado.

*Tiene gran importancia determinar esta hipertrofia derecha.* Con frecuencia la percusión no puede trazar los límites del corazón por el enfisema pulmonar que frecuentemente tienen estos enfermos. Los rayos X tienen un valor insustituible: la telerradiografía, el ortodiagrama en posición frontal y en las oblicuas derecha e izquierda, determinan el tamaño global, pero a menudo es imposible decidir del tamaño real del ventrículo derecho. La proyección horizontal del corazón por el procedimiento de Sahatschieff, de Sofía, da elementos de juicio fundamentales. Nosotros denominamos *planimetría del corazón*

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

a la medición de la proyección normal del corazón en sus planos horizontal y vertical; en estos enfermos se halla siempre aumentada.

La electrocardiografía es un elemento importante de juicio; la preponderacia ventricular derecha acusada por el trazado aclara todas las dudas; además denota la hipertrofia de la aurícula derecha por una *P* muy alta y duradera, dato éste que en los casos de duda servirá de elemento de diagnóstico. La electrocardiografía acusa, además, las perturbaciones de ritmo muy frecuentes en estos enfermos: bloqueo de la rama izquierda, bloqueo de arborizaciones, etc.

La esclerosis de la pulmonar se acompaña frecuentemente de la dilatación de la porción extrapulmonar de la arteria, como fué puesto por primera vez de manifiesto por mí en 1905. Ha sido descubierto a los rayos X por Poselt en 1908, quien demostró que el lado izquierdo de las radiografías presenta de arriba a abajo las curvas siguentes: la primera de la aorta, la segunda de la pulmonar dilatada, la tercera está formada por el borde del ventrículo, que se confunde con el de la aurícula; como el ventrículo izquierdo queda reducido a un apéndice del derecho, es a éste que corresponde en realidad la tercera curva del lado izquierdo. Estos datos fueron repetidos por Arrillaga en su tesis, donde aparece una magnífica radiografía. A menudo la dilatación de la pulmonar constituye une verdadero aneurisma.

Durante esta etapa de compensación, aun cuando esta última sea completa, la disnea objetiva perdura, así como una moderada frecuencia del pulso. Cuando se está a punto de romper la compensación cardíaca la taquicardia sube de 90 a 100 pulsaciones y la disnea se vuelve subjetiva.

*Síntomas hemáticos* (*).—Se dice con frecuencia que los cardíacos negros tienen cianosis; creemos que es una expresión inadecuada. En los períodos de compensación cardíaca los enfermos tienen *eritrosis*, color rojo-cereza de las manos, pies, labios, nariz orejas: color rojo escarlata de la lengua, fauces, mucosa nasal, rectal, fondo de ojo con la retina apizarrada, venas ingurgitadas y las arterias bien visibles. El resto del cuerpo es normal. Raramente la eritrosis es generalizada o extendida en límites mayores que los expuestos.

En invierno, en los períodos en que se inicia la insuficiencia cardíaca derecha, la eritrosis se vuelve *eritrocianosis;* el co-

(*) Designamos con el nombre de "eritrosis" la coloración rojo cereza de la piel y de las mucosas, por oposición a eritrodermia que significa color rojo encendido de la piel únicamente. Decimos "eritrocianosis" cuando la eritrosis toma un aspecto azulado por adición de la cianosis. Empleamos el término "eritrocitosis" (por semejanza a leucocitosis, Türck) para designar el aumento del número de hematíes normales, maduros y es equivalente a poliglobulia o policitosis. El término eritremia y su concepto se definen más adelante.

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

lor rojo-cereza se vuelve rojo-azulado y se extiende a toda la cara y a los miembros inferiores. Si la insuficiencia cardíaca derecha se acentúa, se establece la *cianosis*, color borra de vino, o como dijera Ayerza, se vuelven negros; cuando el enfermo mejora, todo vuelve al estado de iniciación.

Opinamos diferentemente a lo que dicen Ayerza, Arrillaga y los autores argentinos; el cardíaco negro no tiene cianosis como síntoma propio, es un síntoma añadido a la eritrosis y que *exterioriza la insuficiencia ventricular derecha.*

Otro síntoma fundamental es la *eritrocitosis* o *poliglobulia;* no concebimos la enfermedad de Ayerza sin ella. Se inicia desde muy temprano, en el primer período, o período bronquial de nuestra clasificación; es *permanente y progresiva* y le da un sello particular a la enfermedad. En los períodos de iniciación llega a seis millones, para alcanzar fácilmente de siete a nueve millones por mm3. No hay regeneración perturbada, y sí sólo una regeneración fisiológica, traducida por una discreta policromatofilia y muy raros eritrocitos nucleados. Se acompaña, por lo general, de ligero aumento de los glóbulos blancos, raramente pasan de 20.000 mm³ y no presentan formas inmaduras ni primordiales.

Esta hiperglobulia debe ser averiguada en varios puntos del cuerpo y en la circulación venosa general sacada por punción de una vena grande (cefálica o basílica); en los casos de duda sólo se tendrá en cuenta este último dato. Los asistólicos con cianosis tienen hiperglobulia en los puntos congestionados (pies, manos), pero no existe en la sangre obtenida de la piel del muslo ni de la circulación general.

La *eritrocitosis es un fenómeno medular* y no está en relación con el color de la piel. El caso 8° con eritrosis moderada tiene 8.800.000 glóbulos rojos en la circulación venosa general; en cambio, presenta el enfermo ficha número 806: tiene algunos caracteres que lo aproximan a la enfermedad de Ayerza con eritrosis discreta y generalizada, en cambio, tiene 5.275.000 glóbulos rojos en la circulación venosa general. Esta otra enferma, ficha número 949, con una eritrosis muy pronunciada, con muchos caracteres que la aproximan a la enfermedad de Váquez tiene 9.250.000 glóbuos rojos en la circulación venosa general. En cambio, el enfermo de la observación IV tenía 4.800.000, a pesar de una cianosis generalizada, y la enferma de la observación V, seguida cuatro años en mi servicio con cianosis permanente por asistolia crónica derecha, presentaba épocas de hipoglobulia.

No tienen valor para el diagnóstico la cianosis aislada ni las hiperglobulias moderadas obtenidas en los miembros congestionados; estamos en desacuerdo con Arrillaga cuando dice: "aun cuando la cianosis sea sólo discreta y no exista poliglobulia, no podemos desechar la posibilidad del diagnóstico". Para nosotros no hay cardíaco negro sin hiperglobulia.

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

Tenemos aún poca experiencia de la hematología de la enfermedad de Ayerza; se acompaña siempre de valores altos de hemoglobina y la resistencia globular se halla conservada, tanto en la sangre total como en la desplamatizada. No se encuentran hemolisinas ni aglutininas. Poco sabemos de la viscosidad sanguínea y de la circulación capilar.

## EVOLUCION

Todos los casos que llegan al segundo período, faz cardíaca, terminan con la muerte en un plazo que raramente excede de tres años desde los primeros síntomas de la asistolia derecha.

Evolucionan como los asistólicos derechos: galope, hígado congestionado, disnea, cianosis, ascitis. Raramente el corazón izquierdo participa en el cuadro; sólo lo hace al final de la evolución. Mueren, sea por ruptura de la pulmonar dilatada (un caso), por enfermedades pulmonares intercurrentes, particularmente la bronconeumonía aguda, o por asistolia total.

## ETIOLOGIA Y PATOGENIA

En 1911 sosteníamos la etiología sifilítica de los cardíacos negros; sólo teníamos razones clínicas: habíamos averiguado sífilis en la esposa de un caso estudiado por nosotros. La primera comprobación histológica se debe al americano Scott Warthin, quien en 1917 demostró la arteritis sifilítica de la pulmonar en un caso publicado como enfermedad de Ayerza y que no lo aceptamos como tal, según lo hemos dicho anteriormente.

En 1920, Elizalde comprueba espiroquetas en un caso que tenía además manifestaciones evidentes de sífilis pulmonar; ésta es la segunda comprobación cierta de la etiología sifilítica.

El estudio clínico parece confirmar este modo de pensar; siempre hemos considerado que las lesiones bronquiales crónicas con bronquiectasias y esclerosis peribronquiales son manifestaciones de sífilis, así como las esclerosis pulmonares extendidas, en quienes no se comprueba tuberculosis.

Biológicamente es posible demostrar sífilis en los cardíacos negros; la reacción de Wassermann es, por lo general positiva con o sin reactivación. Las lesiones anatómicas halladas en los informes histológicos de Elizalde afirman también por esta etiología.

Opinamos que la heredosífilis tardía desempeña su papel en muchos casos. Este es un tema que tenemos en estudio.

No hay la menor duda de que la sífilis juega un papel preponderante, si no exclusivo, en la etiología de las lesiones bronquiales de la enfermedad de Ayerza; no puede demostrarse si tal etiología es la causante de la esclerosis de los vasos pulmonares terminales que siempre existen en estos enfermos. Algunas consideraciones clínicas llevan al ánimo esta convicción:

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

1ª La concomitancia con las lesiones sifilíticas bronquiales.

2ª La rareza extrema de las lesiones aisladas de la pulmonar y su frecuente etiología sifilítica.

3ª La frecuencia de la sífilis en la enfermedad de Ayerza.

La *patogenia* de la enfermedad es de más fácil interpretación. La hipertrofia derecha, que llega a límites tan grandes como para transformar el ventrículo izquierdo en un apéndice, responde con toda seguridad a una hipertrofia de defensa, puesto que la estrechez de los vasos pulmonares va haciéndose lenta y gradualmente. En 1911 hacíamos una comparación entre el corazón hipertrofiado izquierdo de las esclerosis renales, y el derecho de la enfermedad de Ayerza; tienen caracteres clínicos tan parecidos que no resulta aventurado creer en la misma patogenia.

El ateroma de los grandes y medianos vasos pulmonares no repercute sobre el corazón derecho en forma que pueda despertar síntomas que lo acuse, y está por elucidarse si el ateroma puede extenderse a los pequeños vasos y originar un obstáculo serio a la circulación pulmonar tal como para hipertrofiar el corazón derecho. Este es un problema de anatomía patológica.

Tampoco se han hecho estudios de histología respecto al músculo cardíaco mismo, como para poder explicar su hipertrofia sin causa pulmonar mecánica. Se han descrito hipertrofias derechas en la estrechez congénita de las venas pulmonares, sin lesión de la arteria pulmonar. Se ignora si puede existir una seudo hipetrofia derecha sin lesión pulmonar, como existe en el ventrículo izquierdo sin lesión renal.

A veces hemos visto desfallecimientos bruscos del ventrículo derecho sin justificación aparente: no siempre el examen del músculo cardíaco explica estos desfallecimientos irremediables del ventrículo derecho de los cardíacos negros. La *miocardía* de Laubry tal vez puede explicarlo; últimamente se le ha localizado más con el nombre de miocardía derecha.

Se acepta que la hipertrofia del ventrículo derecho responde siempre a lesiones de la circulación pulmonar; por eso tiene un valor muy grande para el diagnóstico de cardíaco negro de Ayerza la comprobación de la hipertrofia derecha.

La *eritrocitosis* de reacción fisológica es otro de los síntomas constantes; se establece muy lentamente y se afirma que responde a la misma lesión pulmonar. Nada se ha hecho al respecto y se ignora si la hiperglobulia obedece a una disminución del poder hematósico de los glóbulos rojos, si a la lesión pulmonar, o a otra causa que estimule la hiperproducción de glóbulos rojos normales.

Como lo hemos dicho anteriormente, el cardíaco negro tiene eritrosis y no cianosis; no siempre la cianosis, aun muy marcada, se acompaña de eritrocitosis; uno de nuestros casos tenía un color azul en toda la mitad superior del cuerpo, podía ser tomado por cardíaco negro de Ayerza, sin serlo; pues bien, sólo tenía 4.800.000 glóbulos rojos.

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

Otro hecho que ha escapado a los que se han ocupado de cardíacos negros de Ayerza es que la eritrocitosis es anterior a la eritrosis y a la que damos valor preponderante para el diagnóstico. La eritrocitosis o hiperglobulia es constante y creciente en la enfermedad de Ayerza; en ello se distingue de los cardíacopulmonares, que se acompañan de cianosis con ligera hiperglobulia transitoria. El ejemplo más acabado lo hallamos en nuestra observación V, seguida cerca de tres años en nuestro servicio; era una vulgar cardíaca negra: tenía fenómenos bronquiales viejos, cianosis constante de la cara y manos, asistolia derecha; sin embargo, no presentó nunca hiperglobulia, o lo hizo con hiperglobulias muy marcadas y transitorias. La autopsia demostró no ser un caso de enfermedad de Ayerza.

Nosotros hemos dividido a la enfermedad de Ayerza, desde el punto de vista hemático, en tres períodos diferentes:

1° Período aneritrocitósico o de esclerosis bronquial; no hay eritrosis ni eritrocitosis.

2° Período eritrocitósico o arterocardíaco; hay eritrocitosis y eritrosis.

3° Período hiposistólico, cardíaco negro; hay eritrocitosis y eritrocianosis.

## Noticias

CRUZ ROJA ARGENTINA.—El Consejo Directivo del año 1926, está constituído en la siguiente forma: presidente, Dr. Julio R. Garino; vicepresidente, Dr. Angel H. Roffo; secretario, Sr. Pedro L. Lalanne; prosecretaria, Srta. María Barilatti; tesorero, Sr. Pedro Bidondo; protesorero, Dr. Angel M. Jiménez; vocales, general, Severo Toranzo, Dr. Roberto M. Dodds, vicealmirante Vicente E. Montes, Sra. Leonor D. de Dickinson, Sra. Manuela Vedia de Molina, Dr. Alberto Viñas y Dr. Francisco de Veyga. Direcciones: de Escuelas, Dr. Nicolás Lozano; de Hogares, Dra. Cecilia Grierson; de Administración y Personal, Sr. Nicolás de Urquía, y de la Cruz Roja de la Juventud, profesor F. Julio Picarel. Delegados del P. E. Dres. Abel Zubizarreta, Gregorio Aráoz Alfaro, Horacio Beccar Varela, Gregorio S. Tejerina y Felipe Justo.

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)*

Si los resultados del tratamiento salicilado en las formas agudas de la encefalitis epidémica son generalmente satisfactorios, por el contrario en las *secuelas* éstos son mediocres. En el tratamiento de las secuelas, Paulian ha utilizado el salicilato de soda, pero asociado a la autoseroterapia intraraquídea; medios que este autor considera como los únicos eficaces en el tratamiento no sólo de las secuelas y formas crónicas sino de la encefalitis epidémica en general.

Entre los medicamentos químicos, citaremos el *mercurocromo 220*, empleado por J. W. Visher, al 1% y a la dosis de 0,01c por inyección endovenosa. Los resultados han sido rápidamente satisfactorios y no se presentan reacciones desfavorables.

Mann ha obtenido buenos resultados con la *acriflavina*.

Roch, en un trabajo reciente, propone el uso de *inyecciones intraraquideas de caseína*. Este autor parte del hecho que existe entre la sangre y el líquido céfalo-raquídeo una barrera fisiológica: la "barrera hemato-encefálica" de Stern y Gautier, que impide el pasaje o penetración de anticuerpos y ciertos medicamentos a la cavidad aracnoidea, y por consiguiente a los centros nerviosos. Es sabido que la inflamación de las meninges disminuuye la impermeabilidad fisiológica; pues bien, Roch se propone "provocar intensionalmente una meningitis aséptica", y, con tal objeto, se sirve de una solución de caseína al milésimo. Paralelamente a la reacción meníngea, producida por la inyección intraraquídea de caseína, Roch ha constatado notable aumento de la permeabilidad meníngea al nitrito de soda.

Si en las formas parkinsonianas graves el tratamiento ha sido nulo, en las formas agudas letárgicas la mejoría de los síntomas tuvo lugar desde la primera inyección.

Roch cree que la acción benéfica de sueros y sustancias medicamentosas introducidas en el canal raquídeo se debe al aumento de la permeabilidad meníngea que éstas producen, favoreciendo el pasaje a la cavidad aracnoidea de las sustancias protectrices del organismo contra la enfermedad.

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

La terapéutica biológica de la encefalitis epidémica ha realizado algunos progresos, pero no ha logrado, todavía, la solución del problema de la curación de tan temible enfermedad. Mencionaremos los principales métodos puestos en práctica.

En primer lugar, citaremos los *procedimientos serológicos*, inaugurados por Mouriquand, Bourges y Marcadier, en cuyas manos no han dado resultado satisfactorio. Brill ha empleado la *autoseroterapia* sin obtener curaciones; sin embargo, últimamente, Paulian la recomienda entusiastamente. La técnica que sigue es la siguiente: suero sanguíneo, recojido en condiciones de esterilidad absoluta, inactivado a 56° durante media hora; luego, es inyectado en el canal raquídeo, en cantidad de 10 a 15 cc. previa extracción de líquido céfalo-raquídeo en cantidad igual a la del suero empleado.

El *suero de convalecientes* ha sido, como en la poliomielitis, empleado en el tratamiento de la encefalitis epidémica. Stern lo recomienda en cantidad de 50 a 80 c. c. y más. En 40% de sus observaciones no se presentaron secuelas y la mejoría fué rápida. Sin embargo, algunos autores condenan su empleo como peligroso, pues en la dificultad actual de precisar la duración de la infección encefalítica, el suero de convalecientes sensibilizaría frente al virus, tal como algunos experimentadores han podido confirmarlo en el conejo.

Aprovechando de la reciente conquista terapéutica del choc, provocado por medio de sustancias orgánicas y metales coloidales, algunos autores han propuesto la *proteinoterapia* (inyecciones de leche, de peptona, proteínas bacterianas, etc., etc.) con resultados contradictorios.

Tremolieres y Gardére, dicen haber conseguido magníficos resultados, en casos de excepcional gravedad, produciendo un intenso choc vásculo-sanguíneo inyectando endovenosamente *oro coloidal*. Los citados autores concluyen diciendo: "el choc coloidal es, pues, susceptible de modificar en sentido favorable y de una manera casi inmediata una infección ya localizada en los centros nerviosos"; sin embargo, es menester tener en cuenta los riesgos que este método hace correr al enfermo: en tanto que no sea posible graduar sus efectos, la coloidoclasoterapia continuará siendo un método curativo de excepción.

Recientemente, A. Marie en un interesante trabajo sobre la *malariaterapia en psiquiatría*, hace mención de los ensayos de este método terapéutico, hoy en boga en patología nerviosa, en el tratamiento de la encefalitis epidémica crónica; la aplicación de la malariaterapia se inspiraría, principalmente, en la observación de casos con manifestaciones crónicas y secuelas postencefalíticas tratados con buen éxito por la *piroterapia*. Es verdad que no hay completo acuerdo sobre el modo de acción de la malariaterapia (¿hipertermia, hiperleucocitosis, antagonismo microbiano, o acción sobre el tejido nervioso y vasos?), pero el hecho evidente es que ejerce acción favorable en algunos casos; así lo han manifestado Aguglia y D'Abundo

Universidad del Perú. Decana de América

en el Congreso de Neurología italiano en 1923. Sin embargo, la malariaterapia en la encefalitis epidémica no ha adquirido, todavía la importancia de un verdadero método terapéutico, tal como sucede, por ejemplo, en la parálisis general.

Los métodos biológicos, como decíamos, no han resuelto el problema de la curación de la encefalitis, pero es indudable que se progresa en esta vía tan fecunda en otros sectores de la patología.

Sicard recomendó, desde el principio de la epidemia encefalítica en Francia, su "vacuna pedúnculo-estriada": emulsión en suero fisiológico de papilla nerviosa de las regiones peduncular y estriada, filtrada al Chamberlend F. y calentada a 55°; se empleó en inyecciones de 1 a 2 cc. diariamente, por series de 12 a 15. Este tratamiento estada indicado particularmente en las formas prolongadas de la encefalitis, a tipo insómnico o de rigidez. Respecto a los resultados obtenidos con esta vacuna no tenemos a la fecha datos concretos.

Levaditi, a quien se debe importantes investigaciones experimentales en la encefalitis epidémica, ha concebido la posibilidad de emplear el virus de la encefalitis, convertido en "virus fijo" merced a sucesivos pasajes en el conejo, a manera del virus rábico, y aplicarlo al hombre en inyecciones intraraquídeas. Levaditi y Poincloux han preparado el "virus-vacuna" partiendo del virus encefalítico del primero de los autores, en colaboración con Harvier, descubierto, como sabemos, en 1920. Este virus, como hemos dicho, mantenido por pasajes en el conejo, continúa siendo activo para este animal, pero es inofensivo para los monos superiores. Los mencionados experimentadores han visto, después de una o dos inyecciones de "virus-vacuna" intraraquídea, desaparecer los fenómenos principales y mejorar el estado general.

A pesar de las objeciones de Netter y Guillain sobre el empleo raquídeo de la vacuna (casos de edema, hemorragias del neuro-eje, etc.), Poincloux defiende calurosamente esta vía por varios motivos, entre los cuales los principales son: primero, está demostrado que la inoculación de dósis elevadas de virus fijo encefalítico no produce encefalitis en el animal sensible (conejo, por ejemplo) si se utiliza vías distintas de la raquídea; segundo, en los animales inmunizados no se puede demostrar las propiedades neutralizantes de los humores frente al virus; mientras que el neuro-eje destruye el virus encefalítico *in vitro e in vivo*. Por consiguiente, Poincloux concluye en la existencia de una inmunidad local, tisular, del sistema nervioso. De allí, deriva el interés de utilizar la vía nerviosa en el tratamiento por la vacuna.

La multiplicidad de aspectos clínicos de la encefalitis y la variedad sintomática obligan a hacer una terapéutica de indicaciones, al lado de le terapéutica general de la enfermedad, que debe ocupar siempre el plano principal. Sería, desde luego, objeto de un trabajo muy extenso puntualizar dichas in-

Universidad del Perú. Decana de América

dicaciones: sin embargo, consideramos útil señalar las principales, es decir aquellas que el médico se ve obligado a recurrir frecuentemente.

Entre las diskinesias, las *mioclonías* son muy frecuentes en la encefalitis, al punto de constituir por sí solas entidades clínicas. El tratamiento de estos trastornos motores ha sido bien tratado por Pierre Marie y Bouttier. Partiendo de la idea directriz que hay ciertas sustancias que actuando sobre la placa motriz terminal ejercen acción frenadora sobre el músculo, han recomendado el *bromhidrato de cicutina* al 1 o|oo, siguiendo el consejo de Berthoud.

La técnica es la siguiente: después de constatar la integridad funcional del riñón y del aparato circulatorio, se emplea el primer día, 1|2 milígramo; y, luego, auméntase las dósis progresivamente hasta alcanzar 3 a 4 milígramos al día. Al término del quinto día se suspende el medicamento 3 o 4 días, para continuar en seguida, en la forma arriba indicada. Los resultados han sido satisfactorios.

Si se acepta con Marie y Bouttier, que las mioclonías benefician del bromhidrato de cicutina, podemos afirmar que pueden ensayarse en el tratamiento de estos trastornos todas aquellas sustancias que ejercen acción ya sobre las terminaciones nerviosas motoras propiamente dichas, ya sobre la región mioneural o sustancia receptiva, como llama Langley a aquellos puntos de transición entre la sustancia nerviosa y la muscular.

Se ha utilizado en las mioclonías el *sulfato de magnesia*, en inyecciones subcutáneas, intramusculares e intravenosas. El mecanismo de acción de esta sustancia no es del todo conocido: según Führer, actuaría en parte por la vía periférica como el curare, pero, también, "por un mecanismo central como los narcóticos".

Fundándose en el origen central de las mioclonías, algunos emplean medicamentos de acción lentículotropa. El *luminal*, a dosis medianas, nos ha parecido eficaz en una de nuestras observaciones.

El tratamiento del parkinsonismo postencefalítico es muy importante desde el punto de vista práctico, dada su frecuencia entre las manifestaciones tardías y rebeldes de la enfermedad. Poniendo aparte el tratamiento general de la afección (urotropina, salicilato de soda endovenoso, autoseroterapia intraraquídea, virus-vacuna, etc., etc.), hay una serie de indicaciones que llenar.

El tratamiento sintomático del parkinsonismo postencefalítico se confunde con el de la parálisis agitante, de la cual el primero, como hemos ya manifestado, no constituye sino una modalidad más etiológica que anatomo-clínica. Así, *Charcot* conocía muy bien la acción "simplemente paliativa" del bromhidrato de hiosciamina sobre los fenómenos de orden motor, especialmente el temblor. Este medicamento se emplea a la dó-

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

sis de 1|2 milígramo hasta 3 milígramos, progresivamente. A dósis más elevadas produce trastornos digestivos, vértigos y, sobre todo, sequedad muy penosa de las fauces. "Se ha observado—dice Meige—que los medicamentos cuya ingestión determina vértigos parecen actuar eficazmente sobre el temblor". Hecho curioso que para Renzi constituye un argumento a favor del origen encefalítico del síntoma. Estudios recientes, sin embargo, invalidan esta suposición. En nuestro concepto, la explicación del vértigo puede encontrarse en las relaciones anatomo-fisiológicas entre el aparato vestibular y los núcleos de Deiters y de Bechterew, los cuales forman parte, a su vez, del gran sistema estático de Strümpell.

La *hioscina*, alcaloide isómero de la hiosciamina y de la atropina, goza de las mismas propiedades que todos los alcaloides de las solanáceas. Se prescribe en gránulos, a la dósis de 1|4 de milígramo; se comienza con un gránulo y se aumenta progresivamente hasta alcanzra 3 o 4 al día según la tolerancia individual. Se recomienda no suspender bruscamente la medicación.

A. Thomas recomienda el siguiente método terapéutico en el parkinsonismo postencefalítico: 1°, contra la rigidez, la salivación y el insomnio, la *escopolamina-morfina;* la escopolamino se administra en inyección subcutánea a la dósis inicial de 1|4 de milígramo, que progresivamente se eleva a 1 milígramo por día; en adultos vigorosos, se puede elevar la dósis a 2 milígramos 2°. Contra el estado ansioso recomienda el *gardenal* a la dosis de 0,10. 3°. Contra la astenia, el *arsénico* y la *estricnina.*

Se ha recomendado, también, en este síndrome el *sulfato neutro de duboisina*, en inyecciones o gránulos a dósis muy pequeñas, 1|5 de milígramo hasta 1 milígramo, progresivamente y por 24 horas.

Bing recomienda en lugar de escopolamina y de duboisina, el *veratrum viride:* 3 o 4 gotas, tres o cuatro veces al día, en una solución mucilaginosa concentrada.

La acción de los medicamentos enunciados es eficaz pero efímera, razón por la cual es necesario administrarlos por años; sin embargo, es prudente ordenarlos durante veinte días al mes y el resto hacer una cura arsenical, por ejemplo, tal como recomienda Bing. Con este sistema no se han observado intoxicaciones.

Se ha recurrido a algunos procedimientos, que bien pueden calificarse de ingeniosos, a fin de prolongar la acción de ciertos alcaloides. Paulian y Brauner han conseguido prolongar la acción de la hioscina combinando su empleo con el sulfato de magnesia. Los mencionados autores consideran a estos dos cuerpos como lentículotropos, de donde derivaría su acción terapéutica en las afecciones que tienen como substractum anatómico el núcleo lenticular. El método en referencia consiste en inyecciones por vía raquídea de 1 a 2 cc. de una solución

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

de sulfato de magnesia al 25%, y, trascurridos algunos minutos, la hioscina por vía subcutánea; con esto se consigue: 1° acortar el tiempo trascurrido entre la inyección de hioscina y el efecto consiguiente; y, 2° prolongar dicho efecto.

Algunos síntomas tenaces, rebeldes al tratamiento, como el insomnio postencefalítico merecen mención. Lust, después de hacer una revisión de los medicamentos puestos en juego contra la agripnia de los encefalíticos, propone los medios *piretógenos*. Lust observó que las inyecciones de leche determinaban un sueño profundo sólo cuando producían alta elevación térmica. La prueba contraria pudo verificarse: si en el curso del sueño provocado se administraba una sustancia hipotérmica, el sueño cesaba al mismo tiempo que descendía la temperatura. Lust, en vista de este hecho tan singular, se inclina a creer que "el centro hipotético del sueño está inmediato al centro térmico de la región subtalámica".

# Osteo-mielitis sifilítica del cúbito. Artritis aguda del codo

Por el Dr. CARLOS VILLARAN

*Profesor de la Facultad de Medicina de Lima*

La señora N N. de 50 años, ingresó al Servicio el 3 de abril de 1923 para curarse de una lesión que tenía en su brazo derecho desde hacía un año más o menos.

Los que vieron a esta enferma el día de su llegada al Hospital apreciaron la condición lamentable en que se encontraba. Una enorme tumefacción deformaba el miembro, interesando principalmente la región del codo; avanzaba sobre el tercio inferior del brazo y en mayor extensión todavía sobre el antebrazo. El aspecto era el de un proceso flemoso, la piel estaba enrojecida, lustrosa y caliente. Se quejaba de dolor constante que se exageraba a la menor presión y se hacía intolerable cuando se pretendía movilizar la articulación del codo.

En la parte posterior del antebrazo, por detrás del cúbito, habían dos ulceraciones grandes, profundas, que ponían a descubierto pequeñas porciones de un hueso desperiostado, rugoso, sin brillo, de color amarillo grisáceo; era el aspecto del hueso que marcha a la necrósis. En las zonas vecinas la piel se encontraba desprendida formando bolsas de un pus espeso y verdoso que salía de las heridas a la menor presión desprен-

diendo un olor nauseabundo. Había fiebre y una alteración del estado general en relación con un proceso infeccioso bastante serio.

La exploración con el estilete demostraba que las lesiones del cúbito iban mucho más lejos de lo que aparecían a la simple vista; todo el tercio superior del hueso inclusive el olécrano se hallaba seriamente afectado.

La imposibilidad en que se encontraba la enferma para producir el más insignificante movimiento activo al nivel del codo; la agudeza de los dolores al menor intento de movilización pasiva; el hecho de que la referida articulación se encontrara rodeada por la tumefacción flemosa que a su nivel había alcanzado el mayor volumen; la circunstancia de que el olécrano que forma parte del esqueleto articular estuviera profundamente afectado, etc., eran junto con la grave repercusión sobre el estado general del enfermo, motivos sobrados para diagnosticar una artritis supurada y justificar la operación de urgencia que inmediatamente practicamos.

Por una extensa incisión media pusimos a descubierto el tercio posterior del cúbito y vaciamos las bolsas purulentas que a su nivel se encontraban. Continuando esta incisión hacia arriba pasamos por detrás del olécrano y atravesamos después la masa músculo-tendinosa del triceps llegando hasta la paleta humeral: la articulación fué abierta y dió salida a cantidad de pus. El examen con la sonda acanalada nos hizo sentir las superficies articulaciones despulidas y rugosas. Concluimos la operación colocando un grueso dren intra-articular. Los fenómenos flemonosos locales mejoraron rápidamente así como el estado general de la enferma. Sin embargo, la artrotomía del codo por una incisión posterior única no es de ordinario una operación suficiente y en nuestra enferma el drenaje se hacía mal, para mejorarlo practiqué dos días después otras dos incisiones a lo largo de las gotieras látero-olecranianas y conseguimos así una completa evacuación del pus con lo que la artritis aguda entró en franca curación.

El estudio de esta enferma me parece interesante desde varios puntos de vista. No es discutible, desde luego, que nos hemos hallado frente a un proceso agudo de la articulación; los síntomas referidos bastan para demostrar ese diagnóstico que fué además comprobado por la operación. Es de notar excelente aspecto de las heridas y su coloración rosada: no sale ya por ellas pus ni producto patológico alguno después de 10 o 12 días de vaciar una gran colección purulenta.

Cómo puede calificarse de agudo un proceso que remonta a un año y que ha ocasionado lesiones que se extienden a una tercera parte del cúbito? La explicación se encuentra en la manera como ha evolucionado el proceso. Veamos la historia clínica:

El mal comenzó hace un año por dolores en el codo y en la rodilla, estos últimos desaparecieron pronto sin dejar

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

huellas; en cambio los dolores del codo se acompañaron de hinchazones. Es importante el sitio en que la enferma localiza sus lesiones iniciales y al que ella llama codo; señala siempre la parte posterior del cúbito por debajo del olécrano; le he hecho varias veces la misma pregunta y su respuesta es siempre igual. Dolores e hinchazones no le impedían mover la articulación habiendo podido continuar en su ocupación de lavandera. La afección continuó evolucionando y dió lugar a ulceraciones de la piel y a formación de trayectos fistulosos, la enferma aplicaba diversos apósitos y seguía moviendo su brazo sin tener que interrumpir el trabajo. Hace 15 días más o menos las cosas cambiaron sustancialmente, sintió vivos dolores, imposibilidad para mover el codo, el brazo se puso flemoso, apareció fiebre, etc., estos fenómenos se acentuaron rápidamente viéndose en la necsidad de ingresar al Hospital.

Se ha tratado, según esto, de una artritis aguda sobrevenida como complicación de un proceso osteítico crónico que se desarrollaba desde hacía un año en una zona vecina a la articulación. Esta osteítis del cúbito fué la primera en aparecer, no tuvo al principio repercusión alguna sobre el codo, pero abandonada a su propia suerte continuó evolucionando formó abcesos y fístulas y extendiéndose después al olécrano llegó a abrir la cavidad articular que quedó así expuesta a la infección o quizás infectada desde ese mismo instante. Si se examinan con el estilete las lesiones del olécrano, se ve que el instrumento penetra profundamente en el hueso y lo atraviesa; ha habido, pues, un camino expedito para la penetración de los gérmenes de la supuración.

---

El segundo problema que debemos resolver se refiere a la naturaleza de la afección primitiva. Hagamos un recorrido de los procesos más corrientes para ver cómo clasificamos el que lleva esta enferma y comencemos por la osteo-mielitis y la tuberculosis.

La osteo-mielitis puede determinar complicaciones articulares muy diversas, desde simples reacciones de vecindad que apenas perturban el funcionamiento articular o reducen escasamente los límites de su mobilidad, hasta las artritis sobreagudas que aparecen conjuntamente con la osteomielitis y que se deben a la situación intra-articular del cartílago de crecimiento, como pasa, por ejemplo, al nivel de la articulación coxo-femoral dentro de la cual está situado el cartílago que une la cabeza con el cuello de fémur así como también el cartílago en Y del hueso coxal.

Pero artritis agudas de origen osteo-mielítico puede sobrevenir aún en casos en que el cartílago de crecimiento es extra-articular, porque si bien es cierto que la osteo-mielitis se pro-

Universidad del Perú. Decana de América

paga de preferencia hacia la diáfisis del hueso también puede algunas veces destruir en mayor o menor extensión la barrera que ofrece el cartílago dia-epifisario y avanzando el mal llegar hasta la cavidad articular.

No pensamos, sin embargo, que el proceso de que adolece la enferma debe clasificarse de osteo-mielitis—me refiero a la osteo-mielitis aguda clásica—en primer lugar, porque esta enfermedad es muy rara en las personas de edad avanzada; la mayor parte de las veces que en ellas se observa no es otra cosa que una recrudencia de un proceso que aparecido en la juventud ha permanecido latente por muchos años.

Pero la principal razón que nos asiste para dudar de la naturaleza osteo-mielítica de la enfermedad, es el aspecto de las lesiones óseas; hecha excepción del olécrano, no hay en toda lo porción diafisaria afectada, bien extensa, un solo sitio en que se encuentran esas oradaciones o aberturas de trayectos intra-óseos que son tan corrientes en las osteo-mielitis que abiertas al exterior se mantienen fistulizadas; es posible en tales casos penetrar con el estilete dentro del canal medular encontrándose además de pus y granulaciones, el hueso poroso, delesnable y con secuestros. La superficie misma del hueso no presenta el aspecto de las lesiones osteo-mielíticas; no vemos ese periostio engrosado, rojizo, fácilmente desprendible que en continua actividad osteo-genética acrecienta el volúmen del hueso y oculta los secuestros que al principio fueron más o menos superficiales.

Hay sobre la superficie del cúbito zonas de un amarillo grisáceo que atestiguan un trastorno de nutrición y nos indican una posible necrósis; pero ese mismo aspecto es diferente del que se observa en la osteo-mielitis; en el caso que estudiamos la lámina externa del hueso está gruesa, rugosa, fija, sin delimitación precisa entre la zona enferma y las partes sanas vecinas. En la osteo-mielitis esta misma lámina externa toma una coloración amarfilada, se adelgaza, se limita rápidamente de las porciones sanas y se convierte en un secuestro móvil que ya sea que se elimine inmediatamente o que invaginado por el tipo de nueva formación lo extraigamos de la profundidad mucho tiempo después, siempre nos exhibe una superficie perfectamente lisa que permite reconocer su origen superficial.

Poco frecuente es la tuberculosis que comienza y se extiende en la diáfisis de los huesos largos; de ordinario el proceso asienta en el tejido esponjoso de la epífisis y marcha de preferencia hacia la articulación; de allí la frecuencia de las osteo-artritis tuberculosas. Me parece oportuno recordar que algunas veces la tuberculosis epifisaria que sólo se había revelado por síntomas poco marcados, puede, penetrando en la articulación producir una artritis que simula por su intensidad, la artritis aguda: sin embargo, aun en estos casos el proceso no llega a adquirir esa gravedad marcada que tanto por

Universidad del Perú. Decana de América

los fenómenos locales como generales caracterizan las artritis produccidas por los gérmenes de la supuración. La evolución de estas artitis a bacilo de Koch, es, por otra parte, enteramente inversa a a observoción ne nuestra enferma; los fenómenos agudos retroceden más o menos pronto para pasar al estado crónico, no hay necesidad de operaciones de urgencia, ni en caso de realizarse éstas puede obtenerse una curación rápida como la que se ha conseguido en la enferma que es objeto de este estudio.

Pero si las consideraciones que preceden permiten desechar la idea del origen tuberculoso de la artritis, queda siempre por discutir la posbilidad de este origen para la osteítis primitiva. Acabamos de decir que no es corriente la tuberculosis diafisaria a no ser en los pequeños huesos largos, metacarpianos y falanges, en los que reviste una forma especial llamada "espina ventosa" que es una tuberculosis muy atenuada. Con ser rara la tuberculosis diafisaria existe sin embargo, sólo que el aspecto de las lesiones no cuadra con el que se observa en nuestra enferma. Las osteítis tuberulosas son de ordinario de tipo rarefaciente, verdaderas osteítis descalcificantes que adelgazan el hueso; comienza el proceso por el lado de la médula y se propaga hacia afuera cuando llega al periostio lo desprenden por acumulación de pus o de masas fungosas.

Si las lesiones están en comunicación con el exterior sale por las aberturas de las fístulas pus y fungus, a veces pequeños secuestros. La exploración con el estilete puede conducirse a través de largos trayectos hasta la superficie denudada del hueso; la zona desperiostada es generalmente pequeña; el contacto del instrumento da la sensación de un hueso poroso, areolar, a veces hay fístulas en el hueso mismo, el estilete las atraviesa y llega al canal medular lleno de fungosidades y de pus. Como se ve por la descripción que antecede, las lesiones que tiene nuestra enferma no corresponden a un origen tuberculoso.

Los problemas diagnósticos que plantea esta enferma hace necesario apelar a diversos recursos. En primer lugar, la reacción de Wassermann porque las lesiones óseas que presenta tienen mucha semejanza con las lesiones sifilíticas; después, el tratamiento antiluético con neosalvarsán, aunque la reacción resultara negativa y, por último, la radiografía, porque con ella se puede contribuir a la solución del problema pendiente y fijar la línea de conducta del tratamiento definitivo.

Los tres medios de exploración puestos en práctica han coincidido para establelcer la naturaelza sifilítica de la osteítis. La reacción de Wassermann, ha sido fuertemente positiva. La radiología muestra un engrosamiento considerable del cúbito con su superficie irregular y una fuerte condensación del tejido óseo que casi ha hecho desaparecer el canal medular. Sólo al nivel del olécrano hay enrarecimiento y destrucción parcial del hueso. También se ven las irregularidades que ya habíamos com-

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

probado sobre las superficies articulares. No sólo el cúbito está lesionado sino también el radio; en una buena extensión de este hueso hay un proceso de osteítis condensante análogo al del cúbito y por consiguiente de la misma naturaleza.

El tratamiento por el Neosalvarsán combinado con inyecciones mercuriales produjo un resultado inmediato admirable, todas las lesiones entran en pronta curación; las ulceraciones antiguas comenzaron a cicatrizar rápidamente y el hueso que se hallaba muy alterado tomó aspecto normal dejándose cubrir por los tejidos superficiales. La terapéutica antiluética hizo la cicatrización completa de las lesiones en tres semanas próximamente.

## Prensa Médica Argentina

HERNIA ESTRANGULADA CON PERFORACION INTESTINAL EN UN NIÑO DE UN MES. ¿REDUCCION ESPONTANEA?.—La patología infantil, en lo que atañe a las causas y formas de la oclusión intestinal, tiene, indiscutiblemente, sus características. Particularizándonos con la forma de obstrucción originada por el estrangulamiento herniario, bien se puede decir que este serio accidente no constituye un episodio muy frecuente en medio del gran número de niños herniados que la infancia presenta a la observación. Por este motivo, la observación de los Drs. Carlos Lagos García y Armando J. Grosso *(La Semana Médica,* N° 18.—Buenos Aires 1926) es interesante, tanto más por la evolución muy rara seguida por el proceso mismo en lo que se refiere a la aparente o real reducción espontánea de la incarceración.

La historia clínica es la siguiente:

Nombre: E. V. Edad: 1 mes. Sexo: masculino. Fecha de entrada: 17 de febrero de 1926. Fecha de salida: Falleció el 18 de febrero de 1926.

*Diagnóstico.*—Hernia estrangulada. Perforación intestinal.

*Antecedentes hereditarios y personales.*—Padres sanos. Alimentado a pecho. Hace dos días el niño comienza a gritar, notando la madre entonces que la bolsa derecha estaba hinchada. Desde entonces, el niño no mueve el vientre. El primer día de enfermedad el niño tiene vómitos (uno solo), no se repitió en los días siguientes. Hoy en la madrugada tuvo una deposición con sangre.

*Estado actual.*—Trátase de un niño en muy malas condiciones, mal nutrido, con facies ojerosa, intranquilo por momentos, y como "aburrido" otros. Su enfermedad localizada en el vientre se exterioriza en esta forma: abdomen globuloso, timpanizado, con ansas diseñadas, aunque sin contracciones visibles,

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

Bolsas de color morado, especialmente la derecha. La palpación del abdomen, muy dificultada por la dilaltación, no permite recoger datos. La de las bolsas hace encontrar ambos testículos en su lugar. En el funículo derecho hay una pequeña tumoración resistente y espesada dada frecuentemente por el cordón espermático puede seguirse hasta el anillo inguinal. Examinada al trasluz la bolsa derecha, si bien menos transparente que la izquierda, es translúcida.

*Diagnóstico.*—Resumiendo: Se trata de un niño que comenzó con tumefacción de la bolsa derecha, dolor, vómito y constipación. Los vómitos ceden en seguida, pero el estado del niño no mejora. El estado actual de las bolsas no revela hernia estrangulada y los demás síntomas son de obstrucción intestinal.

La interpretación del caso es compleja. El líquido en el funículo derecho y el empastamiento del mismo hace pensar en un hidrocele inflado. Los demás elementos en una obstrucción. Al analizar los síntomas de la obstrucción, vemos que hay pocos elementos en favor de la invaginación: el abdomen está muy distendido y las ansas diseñadas, lo que en esta edad no se ve nunca en las invaginaciones. La interpretación la damos entonces en esta forma: los signos de obstrucción se presumen relacionados con una estrangulación herniaria, pues el empastamiento funicular, cohonestado con el dato observado por la madre y relatado por terceros, del aumento de volumen del escroto derecho se relaciona con la existencia posible de una hernia inguinal estrangulada, reducida en masa.

Hácese, pues, diagnóstico de estrangulación intestinal por hernia inguinal, con probable reducción en masa.

*Operación* (febrero 17 de 1926).—Anestesia: Cloroformo. Se incide sobre el conducto inguinal y se llega al cordón espermático, que está tumefacto y congestionado, pero sin equimosis y sin contener elemento extraño a su contenido normal. Abierto longitudinalmente, compruébase la persistencia del conducto peritoneo-vaginal, limpio. Se reconstruye la fibrosa y se prolonga la incisión cutánea hacia el abdomen, haciendo una laparotomía paramediana derecha. El anillo inguinal no permite el pasaje del dedo meñique. Se incinden planos superficiales, el recto anterior del abdomen se reclina hacia adentro, se punza peritoneo, se incinde y por la brecha sale líquido citrino y materia fecal sin olor. Agrandando la incisión, vése un ansa de delgado limpia, sin exudado, y debajo de ella, en plena fosa ilíaca derecha y frente al anillo inguinal derecho interno, un ansa ílea esfacelada, doblada en dos como caños de escopeta, de color violáceo, con adherencias entre sus paredes y ulcerada en su extremo, por donde fluye materia fecal. Limpieza del foco. Resección de 10 cms. de íleon. Sutura doble término-terminal. Drenaje.

*Postoperatorio.*—El niño fallece por la noche, sin haber variado su estado.

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

Ante el cuadro de oclusión intestinal en un niño de meses, es seguramente, en una invaginación en lo primero que el médico pediatra piensa, y por cierto que hay motivos para ello. Las estadísticas todas y la del Servicio de Cirugía del Hospital de Niños de Buenos Aires muestran que la edad predilecta para la invaginación intestinal aguda es aquella que está por debajo del año alrededor de los seis meses, de modo que se afirma que por debajo del año la oclusión intestinal aguda es 90 veces sobre 100 la obra de una invaginación intestinal.

Admitida así por todos la gran predominancia que en lo que se refiere a frecuencia tiene la invaginación, en los menores de un año, sobre las demás formas de oclusión, véase cuáles son dentro de ese 10 % restante las otras formas de obstrucción que pueden también presentarse.

Desde un punto de vista general la oclusión intestinal en la infancia, puede ser debida a cuatro clases distintas de causas o factores capaces de originar rémoras u obstrucciones en el recorrido intestinal.

Es en una primera clase, la más amplia, que caben aquellas obstrucciones en que la esencia o causa prima de la traba está dada por un vicio de conformación que directa o indirectamente predispone a que el tramo intestinal, en un punto de su recorrido, pierda su luz y circulación, originándose una oclusión. En la segunda clase van incluídas aquellas otras causas obstruyentes de naturaleza inflamatoria y que por sí solas pueden actuar, determinando la obstrucción intestinal. En una tercera engloban los factores tumorales o neoplásicos; reservando la cuarta clase para aquellas otras obstrucciones donde un cuerpo extraño—parásitos, semillas, etc.—originan directamente la oclusión en la luz del intestino.

Las obstrucciones por vicio de conformación congénita priman en la infancia, razón por la cual las fallas constructivas de su arquitectura anatómica no tardan, en manifestarse—cuando son graves—en las primeras horas de la vida extrauterina.

Al lado de estos vicios congénitos de conformación que constituyen una traba absoluta e insalvable para la circulación intestinal, hay que mencionar las estrecheces congénitas de ciertas partes del tramo digestivo—en las atresias relativas del intestino grueso, en las estrecheces del recto, por ejemplo—en las cuales basta que actúe una causa nimia para que la obstrucción se origine.

Fuera de estos vicios de conformación del intestino que directamente producen la oclusión intestinal, las deformidades congénitas pueden también, indirectamente, contribuir a la realización de ese accidente. Tal es el caso de la persistencia de procesos que no involucionaron a su debido tiempo, y que por sus relaciones con la masa intestinal pueden oponerse a su tráfico regular y fisiológico. Y así un divertículo de Meckel persistente o un proceso vagino-peritoneal con su hernia correspondiente, pueden mnuchas veces atentar contra la luz y cir-

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

culación intestinal, originando obstrucciones. La misma invaginación aguda, tan frecuente en la primera infancia, cuando en su patogenia se demuestra un largo excesivo del mesenterio, constituye también una variedad o clase de obstrucción ocasionado por una mala configuración congénita.

Las obstrucciones intestinales debidas a causas de naturaleza inflamatoria se presentan también en la infancia, dado que el peritoneo del niño no permanece inmune a muchas infecciones. Los dos focos de esta índole más frecuentes en la edad infantil son, seguramente la tuberculosis y la infección peritoneal originada por la apendicitis.

Es aún entre las obstrucciones de naturaleza o esencia inflamatoria que caben aún aquellas observaciones—raras, por cierto—donde la producción o iniciación del proceso flogístico es menester retrotraerlo hasta la misma vida intrauterina, y en los que si bien la eclosión del síndrome se origina en los primeros meses o años de vida autóctona, la causa de la obstrucción es, sin embargo, congénita; tal es el caso cuando una brida engendrada como consecuencia de una peritonitis fetal viene recién a convertirse en traba o lazo constrictor después de un cierto tiempo de vida extrauterina.

La coexistencia de factores congénitos e inflamatorios en la patogenia de una obstrucción intestinal se presenta también en la infancia cuando a consecuencia de la inflamación o infección de un resto embrionario o fetal, que hasta entonces no constituía una traba u obstáculo que atentara en contra del tráfico intestinal, se convierte entonces en un verdadero impedimento. Vaya como ejemplo, la oclusión intestinal engendrada por un trozo de canal onfalomesentérico inferior hasta entonces se convierte en una brida tironeante u ocluyente que compromete la luz del tramo intestinal.

En la eclosión del síndrome le obstrucción intestinal en la infancia existen los factor que los autores llaman ingestivos.

La obstrucción intestinal en los niños por factores ingestivos, vale decir, por elementos que han entrado por la boca, se observa algunas veces. Los alimentos ingeridos escapando a toda digestión, pueden por su cantidad constituir un verdadero bolo que interrumpe la circulación intestinal. Los ascárides, cuando su número es considerable, y cuando entre ellos forman un ovillo, así como las semillas, cuando han sido tragadas en una muy gran cantidad, llegan a formar pelotones capaces de engendrar toda una obstrucción intestinal.

La observación relativa—estragulamiento herniario—entra en la categoría de las obstrucciones intestinales producidas por factores congénitos. En efecto, por la edad del enfermo, la hernia inguinal existente tiene un origen congénito y ella está condicionada por la persistencia de un proceso vagino-peritoneal. Sabida es la frecuencia que asumen en la patología congénita infantil los procesos hereditarios de la región inguinal. La her-

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

nia inguinal derecha, en primer término, luego la hernia inguinal izquierda, en tercer término la hernia inguinal doble, constituyen en los servicios de cirugía infantil la afección quirúrgica más a menudo observada. La hernia inguinal es bastante más frecuente que la hernia umbilical, que ocupa segundo término, siguiendo luego, en orden de presentación, la hernia crural, la cual constituye ya una verdadera rareza en la infancia.

No obstante la gran cantidad de hernias inguinales y umbilicales en la edad infantil, la estrangulación no constituye, en proporción, un accidente que se presenta a menudo. La estrangulación infantil tiene una marcada predilección por el sexo masculino y casi siempre los estrangulados con hernia inguinal son niños de pocos meses o años de edad.

La historia clínica del enfermito responde al cuadro que en los niños de pocos meses de edad presentan oclusiones intestinales originadas por la invaginación. En efecto, después de una iniciación con dolor "en que el niño comienza a gritar", sucede un período de constipación durante el cual se produce "un vómito" y luego más tarde "una deposición con sangre". A este trío sintomático tan sugestivo—dolor, vómito y deposición sanguínea—se agregan otros síntomas generales y locales que si bien comunes a las distintas formas de la obstrucción intestinal, tienen sin embargo, a veces, ciertas modalidades que bien interpretadas pueden ayudar en el diagnóstico de la variedad de oclusión.

La falta de un tumor abdominal palpable bajo la forma de un "boudin" aleja, pero no imposibilita, la existencia de una invaginación intestinal. Es necesario recordar la dificultad que se tiene en algunos casos de invaginación, para poder apreciar un "boudin' escondido debajo del reborde costal o aun en el centro del vientre, cuando la dilatación intestinal hace poco menos que imposible una palpación profunda, siendo menester la anestesia general para obtener la certeza de que existe el tumor cilíndrico constituído por el intestino invaginado e invaginante. El hecho de que "la palpación del abdomen, muy dificultada por la distensión, no recoge datos", no bastaba, por cierto, para desechar en absoluto la probabilidad de una invaginación.

Fué en el examen de la región inguinal, que se obtuvo un dato que fué para el diagnóstico de decisiva importancia. Examinando la región inguinal derecha, se pudo por la palpación, reconocer "una pequeña tumoración resistente y espesada dada francamente por el cordón espermático, que puede seguirse hasta el anillo inguinal". Este hallazgo, coincidiendo con un síndrome de oclusión intestinal, hizo la idea de una anterior hernia inguinal estrangulada que se hubiera reducido en masa. En ese sentido se orientó el diagnóstico y la intervención quirúrgie efectuada que mostró hernia inguinal estrangulada reducida expontáneamente.

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

# Academia Nacional de Medicina

(*Continuación*)

—En sesión del 21 de enero de 1902, se discutió la influencia que en la marcha de la tuberculosis puede tener la coexistencia de la infección verrucosa. Aunque se emitieron muy diversas opiniones, tanto en el sentido de la agravación de la fimatosis como en el de la atenuación de sus síntomas más molestos, la mayoría se inclinó en el sentido de considerar como desfavorable, y de mal pronóstico, el que un tuberculoso contraiga la verruga peruana; lo que está de acuerdo con la fisiología patológica de ambos procesos, que modifican sustancialmente la vitalidad de los elementos de la sangre.

—Apoco de haberse introducido en la terapéutica la preparación *606* de Ehrlich-Hata, y teniendo en cuenta las enseñanzas que fluyen del estudio de la geografía médica y de la epidemiología de la Enfermedad de Carrión, sus características clínicas y anatómo patológicas, y el buen éxito obenido por la nueva preparación en el tratamiento de algunas enfermedades generales por protozoarios, el doctor Arce emitió la opinión de que estaría justificado el empleo de este nuevo preparado farmacéutico tanto en la forma verrucosa de esta enfermedad como en la Fiebre grave de Carrión. El preopinante rememoró, con este motivo, sus ideas otrora expuestas de que el germen de la verruga es casi seguro sea un protozoario, debiendo también existir algún insecto chupador que sea el que trasmite el padecimiento del hombre enfermo al hombre sano. Estas concepciones las ha fundamentado el doctor Arce, en la siguiente observación: debiéndose verificar algunas reparaciones en el puente de Verrugas del Ferrocarril Central, lugar en que reina la Enfermedad de Carrión, y queriendo los dirigentes de la obra adoptar alguna medida que evitara la propagación del mal entre los trabajadores, accedieron a la indicación hecha por el doctor F. Graña para que éstos bajaran a pernoctar en Chosica, en vez de hacerlo en el sitio del trabajo. Desde que se llevó a la práctica esta medida, cesaron de presentarse los casos de Verruga entre los peones que laboraban en el puente, lo que probaba que el agente vector del germen patógeno sólo actuaba en la noche; y, por analogía, con lo que acontece en la trasmisión de otros flajelos, podía asegurarse la intervención de un insecto en la propagación de la Verruga. Estas ideas, no obstante de que hasta ahora no se ha descubierto al referido insecto, se las aceptan, ya como verdades definitivamente adquiridas en la historia nosográfica de este proceso morboso.

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

Esta nueva medicación para la Enfermedad de Carrión, propuesta por el doctor Arce, fué aceptada en sus términos generales, en espera de su confirmación clínica.

—Un médico de la marina mercante alemana que pasó por Lima a mediados de 1912, quizo conocer las enfermedades propias del Perú y para ello fué llevado por el doctor Merkel al Hospital *"Dos de Mayo"*, en donde en el servicio del doctor Arce tuvo oportunidad de ver unos verrucosos que eran tratados por el Salvarsán. Este médico refirió al doctor Merkel los incidentes acaecidos a un marinero alemán, que después de viajar por la quebrada del Rímac adquirió el paludismo y la verruga; enfermo que vuelto a Hamburgo, tuvo un segundo ciclo febril y una nueva erupción de verrugas, y que sirvió para los estudios realizados por el doctor W. von Hase, publicados en la *Munchener Medizinische Wochenschrift*, en los que se probaron los siguientes hechos:—"1° Que el suero de su sangre (la del "enfermo) no aglutinaba el bacilo paratífico *B*, como aseveró Biffi, "ni los bacilos tífico ni paratífico *A*"; —"2° Que en el verrucoma "el tejido vascular presenta alteraciones celulares que demues- "tran que la enfermedad corresponde al grupo de las causadas "por los *Clamidozoos*, pues en algunas de las dichas células hay "inclusiones como las que se ven en los estados patológicos "provocados por el indicado protozoario";—"3° Que el ve- "rrucoma es inoculable, a menos por frotamiento, reproduciéndose la neoplasia sin reacción general en el término de treinticinco a cuarenticinco días, que se disminuyen a dieciocho "cuando el germen ha sido exaltado por una primera inocula- "ción en otro mono".

Autor de esta importante comunicación, hecha en 24 de mayo de 1913, fué el doctor Merkel, quien llamó la atención hacia las enseñanzas que para los experimentadores peruanos podían derivarse de estos estudios; que desgraciadamente no han recibido la correspondiente confirmación después.

—Un entomólogo del Estado, el doctor Townsend, anunció a la Academia, por intermedio de la Dirección de Aguas del Ministerio de Fomento, haber descubierto la presencia de un *Phlebotomus* en las zonas verrucosas de la quebrada del Rímac; insecto chupador que él supuso era el trasmisor de la Verruga peruana. Como las observaciones del doctor Townsend carecieran de verdadera orientación científica para el objeto indicado, la Academia resolvió esperar que aquéllas se verificaran bajo el control de los profesionales designados para el caso por el despacho de Fomento: observaciones que nunca llegaron a efectuarse, de modo que el problema de individualizar al insecto trasmisor de la Verruga, no pudo resolverse entonces, y aún permanece insoluble.

—Bajo el rubro de *"Primeras tentativas de inmunización en la Verruga peruana"*, los doctores J. Arce, R. Ribeyro y D. Mackehenie, presentaron, en la sesión del 20 de abril de 1914, una comunicación en la que expusieron, en síntesis, las experiencias que habían verificado en los conejos para estudiar la

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

resistencia del virus verrucoso y apreciar el grado de inmunización que se puede obtener con el virus calentado y con el virus glicerinado.

Como resultado de la experimentación bien minuciosa que han efectuado, y que detallan en la referida comunicación, arriban a la siguentes conclusiones:

a)—Tratándose de la resistencia del virus verrucoso, dicen: "Que el poder virulento del germen verrucoso, puede destruir-"se por la calefacción a 56° y por la acción de la glicerina"; y

b)—En lo que se refiere a la inmunización, se expresan así: "1° Que la inoculación de productos verrucosos no virulentos, "suscita en los conejos reacciones humorales de inmunización; "—2° Que la inmunización regional se adquiere más fácilmente "que la general; —3° Que puede conferirse al conejo sólida in-"munización, tanto por la vía intratesticular, como por la piel; "—4° Que la inmunización puede obtenerse con productos ate-"nuados por la glicerina o muertos por la acción del calor; —y "5° Que parece preferible despertar la formación de sustancias "inmunizantes, mediante varias inoculaciones avirulentas". Y terminan su interesante comunicación, con el siguiente párrafo: *"Concretando lo anteriormente expuesto, podemos afirmar: que "hemos llegado a inmunizar una especie animal contra la ino-"culación virulenta de la verruga".*

Es por demás sensible que no se hayan continuado tan interesantes experimentos, pues en verdad sería de gran provecho para la ciencia y para la humanidad doliente, si se llegara a perfeccionar la inmunización contra la verruga en condiciones de poderla aplicar al hombre. Aunque no se me oculta la verdadera causal de este receso en tan proficua y meritoria labor, me permito exortar a los doctores Arce, Ribeyro y Mackehenie para que prosigan los experimentos que con tanto éxito emprendieron en 1913.

—Una modalidad especial de la verruga, su asociación con otro proceso morboso, motivó la comunicación que hiciera el doctor Arce, en la sesión del 13 de julio de 1923, sobre un caso de *Icteria Hemolítica crónica congénita, complicada con la Verruga peruana.* El preopinante, después de historiar correctamente y minuciosamente el caso, de demostrar que nada ha faltado en el "paciente, de lo que constiuye el cuadro clínico de la *icteria hemolítica crónica congénita,* según concepto actual de ese síndrome; de insistir en que la verruga fué de la especie benigna de aquella endemia, con anemia simple y brote verrucoso franco y abundante; termina con la siguiente consideración: "La historia que comentamos, hace ver que entre la ictericia "y la verruga se han producido ciertas influencias, que han mo-"dificado, en más o en menos, algunas de las manifestaciones "de ambos procesos. Así, la anemia que en el período eruptivo de "la verruga benigna no complicada, se mantiene siempre por en-"cima de 3.000,000 de glóbulos rojos por mm.c., en el caso de "nuestro enfermo ha persistido en límites inferiores, debido,

Universidad del Perú. Decana de América

"sin duda, a la actividad constante del proceso ictero-hemolí-"tico. En cambio, la resistencia globular que está muy dismi-"nuída en la icteria hemolítica crónica congénita, al punto de "constituir una de sus características más importantes, se ha "mantenido normal—si bien es verdad, no se hizo la prueba "con eritrocitos desplasmatizados, como quieren Widal y sus co-"laboradores en tales casos— debido, sin duda, a la influencia "de la verruga eruptiva que aumenta la resistencia globular. "—Cabe también aquí, que el tipo hematológico simple de la "anemia de M no ha sufrido alteración, ni ha manifestado ten-"dencia al tipo pernicioso, a pesar de la acción simultánea de "los agentes patógenos correspondientes".

—Otra observación clínica del mismo autor, el profesor Arce, se refirió a un caso de *Verruga Maligna*, del que hizo las debidas consideraciones en la sesión del 10 de agosto del mismo año:—de orden clínico, la presencia, en gran abundancia de las bartonelas, patognomónicas de la verruga peruana, la comprobación de las alteraciones que son propias de la anemia perniciosa y la determinación fatal, inevitable en un proceso que destruye tan profundamente los elementos vitales de la sangre; —y, de orden epidemiológico, el hecho de haber contraído el paciente esta enfermedad después de haber pernoctado en Chosica.

*B)—FIEBRE DE MALTA.*—Correspondió al doctor Rebagliati hacer, en la sesión del 10 de junio de 1921, algunas consideraciones sobre esta tan molestosa pirexia. El preopinante hizo muy juiciosas apreciaciones sobre la etiología y las formas clínicas que había tenido oportunidad de observar en Lima. En la discusión que se suscitó con tal motivo, participaron entre otros académicos, el Prof. Pardo Figueroa, que rememoró un caso que se complicó con síntomas de intoxicación del sistema nervioso, una toxi-frenia con ideas de persecución contra el médico asistente, y que tratado por la auto vacuna, previo diagnóstico bacteriológico, murió después de la tercera inyección que provocó una reacción muy violenta;—El Prof. Corvetto, manifestó que en algunos casos considerados como de Fiebre de Malta, él había encontrado bacilos de Koch en los esputos de los enfermos, por lo que se preguntaba sí en tal coyuntura se trataba de error de apreciación bacteriológica, o de tuberculosis fácilmente adquiridas por el debilitamiento generado por la infección melitocócica. Las apreciaciones del Prof. Corvetto, inducirían a catalogar a los pacientes con fiebre de Malta entre los enfermos tuberculizables.

*(Continuará)*

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

# Bibliografía

TRAITEMENT DU DIABETE par le Dr. Pedro Escudero. Un vol. in 8.—*Norbert Maloine, editeur.*—París. 1926.—30 franccos.

El eminente profesor de clínica médica de la Facultad de Buenos Aires expone en este interesante libro, el ooncepto integral en el tratamiento de la diabetes, en virtud del cual se suministra al enfermo toda clase de alimentos, sin reducciones preconcebidas, y siempre adaptados a las necesidades de cada paciente.

Cada enfermo tiene su régimen particular, que es necesario buscar, y con el que es posible mantenerlo agliocosúrico constantemente. En la obra se dan las reglas precisas para calcular este régimen diabético, así como las indicaciones para la administración de la insulina, aquella arma maravillosa, cuando se la maneja convenientemente.

Hay que celebrar que la obra del profesor Escudero haya sido traducida al francés, a fin de que se divulguen las buenas producciones médicas de la América hispana, que hoy ofrece astros de primera magnitud como el profesor bonarense, cuya obra presentamos al público peruano.

PERCIS ELEMENTAIRE D'ANATOMIE DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE par le Dr. P. Roudaux.—Un vol. de 824 pages.—*Masson et Cie., editeurs.*—París 1926.—28 fr.

Este libro ha sido escrito para el aprendizaje de las obstetrices, de ahí el conjunto de datos sobre patología genital y obstétrica. Pero fuera de esto, contiene nociones de higiene y terapéutica elementales, que lo hacen servir para una revisión rápida en caso de examen.

En esta quinta edición de la obra de Roudaux, hay tal conjunto de conocimientos, que puede recomendarse a las enfermeras, con la seguridad que lo harán con provecho indiscutible.

LA TRANSFUSION SANGUINE par le Dr. Dupuy de Frenelle.—Un vol. de 116 pages.—*Editeur: Le Livre de France.*—París.—1926.—6.60 fr.

La transfusión sanguínea es cosa que debe ingresar a la práctica diaria; de ahí el sinnúmero de libros sobre la materia, pero ninguno tan claro como el del Dr. Dupuy de Frenelle, que ha dado la vuelta al mundo.

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

El capítulo de las indicaciones es muy completo, lo mismo que el de los peligros, en el cual se enumeran medios simples para evitarlos.

El formato es muy práctico, las figuras muy bien hechas y la presentación pintoresca. Es un librito que puede recomendarse.

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES COMPOSES ARSENICAUX ET LES PREPARATIONS BISMUTIQUES par les Dres. Lacapere et Ch. Laurent.—Un vol. de 342 pages.—*Masson et Cie., editeurs.*—París. 1926.—16 fr.

Este libro alcanza la cuarta edición, hecho que atestigua su bondad. En efecto, contiene una exposición completa del tratamiento actual de la sífilis, tal como debe deducirse de la experiencia universal.

La medicación mercurial, el tratamiento por los arsenobenzoles y los compuestos bismúticos, se encuentran muy bien descritos, particularmente en lo que se refiere a dosis.

El Dr. Lacapere ha hecho una obra enjundiosa, pues, describe con mucho tino los accidentes, completando la parte clínica con la descripción de la técnica del diagnóstico de la avariosis.

En fin, la profilaxia y la heredosífilis, son los últimos capítulos de este libro, didáctico y claro, como todos los que proceden de los maestros del hospital San Luis de París.

LES PRICIPALES POSITIONS UTILISEES EN RADIOGRAPHIE par les Drs. L. Delherm et Kahn.—Un vol. de 252 pages.—*Norbert Maloine, editeur.*—París. 1926.—25 fr.

En esta obra están consignadas todas las nociones que permiten al radiologista interpretar los resultados de un examen radiográfico.

En la primera parte se hace la descripción de las principales posiciones usadas en radiografía, exponiéndose las precausiones que hay que adoptar en cada caso particular. Se detalla la posición de Hirz para la radiografía del cráneo, la posición de perfil para la radiografía de la columna cervical, de la cadera y de la vesícula biliar.

Los resultados obtenidos, constituyen la segunda parte, y las principales indicaciones, la tercera, siendo esta la más completa e instructiva.

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

# Enfermedad de Ayerza

Por el Dr. PEDRO ESCUDERO

*Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires*

*(Conclusión)*

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los casos clásicos, aquellos que tienen los tres grupos sintomáticos: pulmonares, cardioarteriales y hemátosicos son fáciles de diagnosticar. Hay, sin embargo, *formas incompletas*, que pueden tornar muy difícil el diagnóstico. Tal pasa con los enfermos que permanecen constantemente en el primer período de nuestras clasificación o período bronquial, pero que tarde o temprano presentan síntomas leves de desfallecimiento cardíaco.

Estos enfermos que no presentan eritrocianosis, que tienen apenas los labios morados, la lengua y fauces ligeramente cianóticas, tienen hiperglobulia y una moderada hipertensión de la pulmonar, que unido a fenómenos bronquiales crónicos justifican el diagnóstico de enfermedad de Ayerza; pero como no presentan el cuadro completo del período de estado de la enfermedad, los denominamos *formas incompletas o de transición.*

Tal pasa con una observación que presenta el cuadro acabado de la sífilis bronquial, muy seguramente de origen hereditario, tiene labios, lengua y fauces morados, ligera cianosis de la nariz y de la punta de los dedos, seis millones de glóbulos rojos, resonancia del segundo tono pulmonar, y una dilatación moderada, pero evidente, de la pulmonar, sin hipertrofia del ventrículo derecho.

En principio, tiene el cuadro acabado, puesto que tiene ligera disnea de esfuerzo, pero no es el cuadro definido y le falta el color borra de vino, la eritrocianosis, que caracteriza el período hiposistólico de la enfermedad de Ayerza.

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

Pero existen enfermedades que pueden llegar a simular a la perfección la enfermedad de Ayerza; en tales casos, se impone extremar los medios de investigación para llegar al diagnóstico. Cinco son los grupos de afecciones que pueden simular la enfermedad que por orden de importancia son los siguientes:

1º La esclerosis primitiva y solitaria de la arteria pulmonar.
2º Los cardiopulmonares crónicos y algunas afecciones del pulmón.
3º Los casos combinados.
4º La estrechez mitral.
5º Las eritrocitosis.

Los estudiamos aisladamente.

1º—*La esclerosis primitiva y solitaria de la arteria pulmonar.*—Decimos solitaria para diferenciarla de los casos en que se acompaña de arterioesclerosis generalizada, asociada a menudo a la esclerosis renal.

La arterioesclerosis solitaria del pulmón tiene dos grupos de síntomas:

1º Síntomas cardioarteriales.
2º Síntomas hemáticos.

Pueden ser iguales a los hallados en la enfermedad de Ayerza. Ya hemos demostrado el error de Arrillaga al considerar a estos enfermos como "cardíacos negros".

El diagnóstico puede dificultarse aún por el hecho de que *tienen tos y expectoración mucosa,* provocada por la congestión pasiva del pulmón. La diferencia estriba en que no tienen sífilis bronquial ni pulmonar, y por lo tanto, no se descubre con los rayos X esclerosis pulmonar ni tienen síntomas clínicos ni antecedentes pulmonares importantes.

La tos no es síntoma constante ni frecuente, a juzgar por las publicaciones de los autores. Hay además una diferencia fundamental: los enfermos de Ayerza son pulmonares primitivamente, mientras que en los esclerosos solitarios de la pulmonar, la tos, cuando aparece, es al final; en éstos la *disnea* es el primer síntoma que aparece, en los enfermos de Ayerza la *tos* abre la escena.

La esclerosis primitiva y solitaria, enfermedad bien conocida, es una enfermedad rara, sólo existen publicados 20 casos que han sido analizados por Gamma.

En los casos publicados no se habla si tienen o no eritrocitosis, pero sospechamos que no puede faltar; por eso afirmamos que tienen los mismos síntomas cardíacos y hemáticos de la enfermedad de Ayerza.

El diagnóstico diferencial se basa en lo siguiente: en la enfermedad de Ayerza a la lesión obliterante de la pulmonar se añade la lesión crónica bronquial que siempre se pone de manifiesto; cuando este elemento clínico no existe, puede afirmarse que se trata no de un enfermo de Ayerza, sino de una

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

esclerosis primitiva de la pulmonar. La tos escasa y moderada que acompaña a esta afección es posterior al cuadro cardíaco y no tiene valor, comparado con la lesión crónica bronquial de la enfermedad de Ayerza.

2°—*Pulmonares crónicos con esclerosis pulmonar secundaria.*—El diagnóstico diferencial es posible siempre, aunque muy a menudo se torna difícil; él no deberá intentarse frente a las complicaciones agudas pulmonares, porque el diagnóstico carece de la precisión necesaria, la disnea, la cianosis y los signos cardíacos se exageran en forma tal, que su valor interpretativo pierde todo valor.

El diagnóstico diferencial entre falsos y verdaderos casos de enfermedad de Ayerza presenta dos faces distintas, según que él deba establecerse durante o fuera de los períodos de asistolia; para su mejor comprensión, hacemos su estudio separadamente.

*Fuera de los períodos asistólicos:* La esclerosis secundaria que acompaña a los procesos crónicos del pulmón no añade ningún síntoma, cuando ella se limita a placas de fibrosis o ateroma de las ramas grandes y medianas. Cuando ella invade gran parte del árbol arterial, puede presentar cianosis de la cara y miembros, sin eritrocitosis, refuerzo del segundo tono pulmonar, indicio de la hipertensión de la pequeña circulación, dilatación de la arteria pulmonar averiguada a la radioscopía y ligera dilatación del corazón derecho.

El diagnóstico no se hará esperar: en la enfermedad de Ayerza la hipertrofia al corazón derecho es tan pronunciada, que no puede pasar desapercibida a la investigación radiológica y a la electrocardiografía; ésta denuncia, además, la hipertrofia de la aurícula por una *P* muy alta; se añade la presencia de hiperglobulia constante y pronunciada. La auscultación no agrega ningún signo diferencial.

*No damos valor diferencial a la dilatación del arco de la pulmonar para diferenciar estas dos formas;* ella indica lesión de la parte extrapulmonar y acusa una hipertensión de la pequeña circulación, cuestiones éstas que pueden encontrarse indistintamente en la esclerosis primitiva y secundaria de la pulmonar.

*Durante los períodos de asistolia:* Durante este período todos los enfermos pueden ser denominados "cardíacos negros", tanto las asistolias derechas de los pulmonares crónicos, como las asistolias de los enfermos de Ayerza. La denominación es propia a todos ellos: son asistólicos con cianosis más o menos pronunciada, es decir, son "cardíacos" y son "negros".

Ayerza creyó que el cuadro que descubriera en 1901 era propio y característico de la esclerosis secundaria del pulmón, afirmando él y sus discípulos que ello constituía una entidad mórbida particular. Ya hemos demostrado el error de esta creencia.

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

Nosotros hemos demostrado que el "cardíaco negro" es sólo un episodio, faz terminal, de lo que nosotros denominamos enfermedad de Ayerza; que tal episodio no tiene nada de característico y que por lo tanto puede haber: *cardíacos negros sin enfermedad de Ayerza, y enfermedad de Ayerza sin episodio cardíaco negro.*

Durante la faz *cardíaco* negro, asistolia derecha de los pulmonares y de los enfermos de Ayerza, la diferencia entre ambas enfermedades puede establecerse, pero suele ser muy difícil, porque en realidad son procesos muy vecinos con diferencias de grados: en ambos predomina la sintomatología de la insuficiencia ventricular derecha, pero hay pequeñas particularidades que pueden hacerlos distinguir.

El cardíaco negro de Ayerza anuncia su asistolia en la forma siguiente: la disnea se hace subjetiva, se instala taquicardia, y la eritrosis se hace eritrocianosis, otras veces color borra de vino. El examen descubre poco: cuello sin ingurgitación venosa, hígado grande y ligeramente dolorido, a veces ruido de galope netamente derecho ,que se resiste a la medicación. Si en estas condiciones hay poliglobulia muy alta, averiguada en la circulación venosa general y se acompaña de un electrocardiograma con predominancia ventricular derecha y *P* alta de hipertrofia auricular, se podrá asegurar un cardíaco negro de Ayerza.

En cambio, los *cardíacos negros por afecciones broncopulmonares crónicas* suelen tener caracteres particulares: ingurgitación venosa del cuello, pulso venoso, soplo tricuspído, hígado muy grande y muy dolorido. Pero en muchos csaos habrá que esperar que pase la asistolia para establecer la diferencia.

*Los pulmonares crónicos* sin lesión secundaria de la pulmonar inducen a menudo en error: la cianosis y el antecedente de su lesión pulmonar crónica puede hacer pensar en una enfermedad de Ayerza.

El asma crónico es la que más se presta a esta confusión; en realidad, los enfermos de Ayerza no son asmáticos, aunque algunos tienen antecedentes de esta enfermedad. La enfermedad de Ayerza tiene bronquitis crónica, dilatación de los pequeños bronquios, esclerosis peribronquial y pulmonar: son, por lo tanto, tosedores crónicos.

El diagnóstico es siempre fácil, los asmáticos crónicos tienen dilatación del corazón derecho, pero no hipertrofia, no tienen hiperglobulia o la tienen muy moderada y transitoria. Estamos convencidos que algunos de los casos publicados como cardíacos negros de Ayerza no lo son en realidad; tal pasa con la observación VII de la tesis de Arrillaga: asmático viejo con cianosis y una hiperglobulia moderada; no hay allí ningún elemento positivo para sostener el diagnóstico. Nosotros publicamos dos pulmonares crónicos que pudieron ser tomados

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

por cardíacos negros de Ayerza y que la autopsia demostró lo contrario.

La *antracosis* puede simular una enfermedad de Ayerza. Morse publica cuatro casos seguidos de autopsia; presentaban tos crónica, expectoración mucopurulenta, a veces sanguinolenta, cianosis particularmente pronunciada en la mitad superior del cuerpo, inyección conjuntival e hiperglobulia. La autopsia demostró la ausencia de hipertrofia ventricular derecha y de lesión de la pulmonar. El autor americano, que no conoce bien la sintomatología, dice: "de nuevo encontramos el síndrome cianosis, disnea, policitemia con síntomas torácicos debidos a antracosis extensa y que no pueden distinguirse de la verdadera enfermedad de Ayerza". Si hubiera sabido que a sus enfermos les faltaba el síndrome hipertensión de la pulmonar y la hipertrofia derecha, habría hecho el diagnóstico fácilmente.

3°—*Los casos combinados.*—Hay casos en que el diagnóstico diferencial queda reservado al estudio histológico. Tal es el caso publicado por Warthin; un enfermo que tenía una esclerosis primitiva de la arteria pulmonar originaba síntomas hemáticos y cardioarteriales, padecía de asma bronquial crónico que así venía a completar el cuadro de la enfermedad de Ayerza, nombre con que fué publicado. Sin embargo, este mismo enfermo había sido referido por Smithies como un tumor del mediastino.

Teóricamente, es fácil sospechar las combinaciones capaces de simular un cardíaco negro, entre otras, la asociación con la esclerosis renal.

4°—*La estrechez mitral.*—Se sabe de muchos años atras que la estrechez mitral produce una hipertensión de la pulmonar que origina una esclerosis del vaso. Estos casos pueden semejar una enfermedad de Ayerza, porque al final añaden tos, originada por congestión hipostática de los bronquios y del pulmón.

Esta afección ha dado margen a una abundante y rica bibliografía. Creemos excusado entrar en detalles; el diagnóstico diferencial se basará en la presencia de la estrechez mitral, que siempre es posible poner en evidencia.

5°—*Las eritrocitosis.*—Para evitar toda confusión, deseamos definir el alcance de los términos empleados, y seguimos en esto a Ferrata y Di Guglielmo, que aceptan la terminología creada por Tük. Por analogía con las *leucemas*, se denomina *eritremias* a los procesos primitivos de la médula que se acompañan o no de aumento de glóbulos rojos, pero que tienen constantemente en circulación formas inmaduras y primordiales de la serie roja. Por semejanza con las *leucocitosis*, reservamos el término de *eritrocitosis* para designar el aumento numérico de los glóbulos rojos en ausencia de toda perturbación en la génesis de los hematíes; sólo es posible comprobar en la circulación formas inmaduras: policromatofilia, eritrocitos nucleados. Son sinónimos de eritrocitosis: poliglobulia y policitemia.

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

Decimos que hay *eritrosis* cuando la piel y las mucosas adquieren un color rojo cereza constante; *eritrocianosis* cuando le color es rojo azulado, rojo vinoso; *cianosis* cuando el color es netamente azulado oscuro.

Como lo hemos dicho en otra oportunidad, consideramos que la enfermedad de Váquez es una *eritrocitosis*, con ritrosis y *esplenomegalia;* eritrocitosis seguramente secundaria, como también acepta Warthin. Disentimos de la terminología empleada por Parkes Weber, quien reserva el término de policitemia (primarias) a lo que llamamos eritremia.

Los autores argentinos no han profundizado la naturaleza de la eritrocitosis en la enfermedad de Ayerza; Warthin y Parkes Weber cree que ella es debida a la estrechez de la pulmonar. Este último afirma que es una enfermedad frecuente en la raza judía y no acepta la sífilis como causa única. No hay trabajos que puedan decidir por una causa o por otra, desde que se ignora si estos enfermos tienen o no reducción del poder hemátósico de los eritrocitos; lo que puede asegurarse es que tienen *plétora vera,* es decir, aumento de la masa total de sangre circulante.

En otra oportunidad hemos expuesto nuestra opinión; creemos que se trata de una poliglobulia medular por estímulo primitivo sobre la hematogénesis. Estos enfermos presentan poliglobulia en el período bronquial de nuestra clasificación, cuando aun no hay hipertrofia derecha, y por lo tanto, no puede existir la esclerosis obliterante de la pulmonar. Esta eritrocitosis tiene muchos puntos de contacto con las eritrocitosis que acompañan a otras eritrosis (enfermedad de Váquez, Arnstein, Giesbock, Von Del Castello) en las cuales no puede atribuirse la causa a la estrechez pulmonar.

La enfermedad de Ayerza no puede confundirse con ninguna eritrocitosis, desde que es la única eritrosis con eritrocitosis que se acompaña de lesiones pulmonares crónicas y esclerosis obliterante de la pulmonar; sin embargo, W. S. Lucas confunde dentro de las eritremias 4 casos de enfermedad de Ayerza.

## RESUMEN

En 1901 Ayerza descrribió con el nombre de "cardíaco negro" la faz asistólica de un enfermo pulmonar crónico, cuya característica era la hipertrofia ventricular derecha y la hiperglobulia; en 1905, Escudero describe su anatomía patológica y demuestra que ella se caracteriza por la esclerosis generalizada de la arteria pumonar; en 1912 Arrillaga comprueba las ideas de Escudero mediante el estudio histológico.

En 1911, Escudero sintetiza su modo de pensar: la enfermedad se origina por la concomitancia de dos enfermedades: la sífilis de los bronquios y la esclerosis obliterante de la pulmonar. En 1912, Arrillaga generaliza en su tesis el concepto

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

de Ayerza: el "cardíaco negro" se origina por la esclerosis secundaria a procesos crónicos del pulmón. Este concepto ha sido aceptado y es sostenido actualmente por la mayoría de los autores argentinos.

En 1920, Scott Warthin publica un caso que denomina enfermedad de Ayerza, en quien se demuestra la esclerosis primiva de la arteria pulmonar de origen sifilítico. En 1920, Elizalde demuestra la existencia de espiroquetas en los bronquios y paredes de la arteria pulmonar de un cardíaco negro.

En 1922, Arrillaga abandona las antiguas creencias de Ayerza y sostiene que los cardíascos negros tienen por base anatómica la esclerosis primitiva de la arteria pulmonar, que la lesión pulmonar no es constante ni indispensable, que cuando existe es de la misma etiología y hace más rico el cuadro clínico ,y que puede haber cardíacos negros con la sola esclerosis primitiva de la pulmonar.

Escudero demuestra el doble error de Arrillaga: 1°, el llamar "cardíaco negro" a enfermos que no son cardíacos, tal cual pasa con los portadores de la esclerosis pulmonar, que sólo se hacen cardíacos cuando desfallecen de su corazón; y en este caso no presentan el cuadro clínico descrito por Ayerza con el término "cardíaco negro"; 2°, que la esclerosis primitiva y solitaria de la arteria pulmonar es una afección conocida de muchísimos años atrás, que tiene su sintomatología y anatomía patológica cerradas a toda discusión y que no debe bautizarse con nuevos nombres. Escudero demuestra asimismo que la esclerosis de la pulmonar secundaria a afecciones crónicas del pulmón es una afección conocida desde un siglo atrás, y que no se explica, como quieren Ayerza y sus discípulos, la hiperglobulia ni la hipertrofia predominante del ventrículo derecho.

Escudero describe con el nombre de *enfermedad de Ayerza* la concomitancia en el mismo enfermo de: la sífilis bronquial, la esclerosis estenosante u obliterante de la pulmonar acompañadas de eritrosis moderada y eritrocitosis alta. Bautiza así el cuadro anátomoclínico descubierto por él, en homenaje a su maestro Ayerza y en mérito a que éste describiera un episodio terminal o asistólico que llamó "cardíaco negro".

Escudero describe la enfermedad de la manera siguiente: *primer período o período bronquial:* los enfermos presentan la sintomatología de la bronquitis crónica sifilítica con hiperglobulia y muy moderada eritrosis; no presentan hipertrofia ventricular derecha. *Segundo período o período arteriocardíaco* con sus tres grupos sintomáticos: broncopulmonar ya descrito), arteriocardíaco (hipertensión de la pulmonar, hipertrofia ventricular y auricular derechas e integridad del corazón izquierdo y de la circulación general) y hemático (hiperglobulia y eritrosis).

Durante el segundo período puede presentar dos etapas: la etapa de compensación con la sintomatología ya descrita y

Universidad del Perú. Decana de América

la etapa de descompensación o de la asistolia o de cardíaco negro; episodio éste que fué descrito por Ayerza en 1901. Este episodio es el menos importante, el menos característico, puesto que se confunde con el período terminal de todos los pulmonares crónicos que mueren por su corazón. De modo que puede haber cardíacos negros sin eenfermedad de Ayerza y enfermedad de Ayerza sin cardíaco negro.

El diagnóstico diferencial debe hacerse: en el *primer período* con las bronquitis crónicas, enfisema, asma y sífilis pulmonar, de la que se diferencia por su hiperglobulia. En el *segundo período* habrá que diferenciarla: 1°, de la *esclerosis pulmonar secundaria a procesos pulmonares,* de la que se diferencia por la hipertrofia derecha y la hiperguobulia constante y sostenida que caracteriza a los enfermos de Ayerza en cualquier período; en los períodos de la asistolia la confusión puede existir, pero aparte que ambas asistolias se diferencian como ha sido dicho en el texto, siempre será posible poner de manifiesto la hipertrofia derecha por los rayos X y por la electrocardiografía; 2° *de la esclerosis primitiva y solitaria de la pulmonar,* porque ésta no tiene antecedentes bronquiales y le falta la esclerosis bronquial y pulmonar de los enfermos de Ayerza; 3°, de la *esclerosis secundaria consecutiva a la estrechez mitral,* porque siempre será posible poner de manifiesto esta lesión; 4°, de algunas enfermedades crónicas del pulmón, antracosis, sífilis pulmonar, porque éstas no tienen hipertrofia derecha; 5°, de las *eritrocitosis* (enfermedad de Váquez, etc.) y de los casos asociados fácil será llegar a diagnóstico.

La etiología es seguramente sifilítica en la mayoría de los casos; la lesión bronquial con pequeñas ectasias, la esclerosis peribronquial y las grandes esclerosis pulmonares son seguramente sifilíticas. La lesión estenosante de la pulmonar ha sido demostrada sifilítica por los estudios histológicos de Warthin y Elizalde; queda por averiguar si otras etiologías pueden orinar la lesión arterial. Escudero cree que la sífilis hereditaria tardía juega un papel importante en su etiología.

La enfermedad puede quedar estacionaria en el primer período y dar margen a formas incompletas o frustradas; cuando llega al período de cardíaco negro la terminación es obligada en un tiempo que oscila alrededor de tres años.

En el primer período un tratamiento antisifilítico y sintomático de su bronquitis puede detener el mal, en el segundo período el esfuerzo del médico se reducirá a retardar el desenlace, que siempre es obligado.

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

# Distribución geográfica de las leishmaniasis en el Departamento de Amazonas

Por el Dr. BUENAVENTURA BURGA

*Leishmaniasis dérmica o úta*

La uta existe en el departamento de Amazonas en los pueblos y haciendas situados en los valles en las márgenes del río Uctubamba, en el tercio medio de su longitud, y en las quebradas que desembocan en este río, en el tercio referido. En el origen y en la terminaión del Utcubamba no se conoce la uta.

Recorriendo el Utcubamba desde su origen, por su margen derecha, la uta comienza a observarse desde el pueblo de Zuta, siguiendo como lugares utosos los pueblos y haciendas del Chillo, Magdalena, Condechaca, playa de Quipachacha, Rojascucho, El Pueblo, Hachamaqui, Caclic, La Coca, San Pablo, playas de San Carlos, Shipasbamba y Jazán. En la hacienda Hidalgo no existe la uta, a pesar de que está dentro de la zona utosa, rodeada de lugares utosos.

En la margen izquierda comienzan los lugares utosos en el pueblo de Lopecancha, siguiendo los pueblos y haciendas de Celcas, Tingo, Sunipampa, Ponaya, Sargento, Burgos, Juárez, hacienda Uctubamba, La Paccha, Angulo, Shañico, Tincas (playas), Chosgón (playas), Jamalca (playas), Limoncillo y Lóngate, donde existe en ambas márgenes hasta su desmbocadura en el Marañón.

Al respecto, el río Utcubamba se puede dividir en tres zonas: la primera, *donde no existe la uta,* que comprende desde el origen de este río hasta los pueblos de Zuta y Lopecancha; la segunda, *que podríamos llamarla zona utosa,* que comprende desde el límite N. de la zona no utosa hasta las haciendas de Jazán y Lóngote; y la tercera, la zona palúdica y anquilostomiásica, que abarca desde el límite N. de la zona utosa hasta el Marañón.

La demarcación de la uta se limita a la anchura de los valles. Así pues, la uta ya no existe en los pueblos y haciendas situadas en las faldas a dos kilómetros de distancia y por encima de 100 metros de altura sobre el nivel de este río.

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

La primera zona es de clima frío, con una altura media de 2,800 metros. En cuanto a su topografía, son extensas llanuras y faldas donde se siembra trigo, cebada, maíz, lentejas, papas, ocas, ollucos, etc.

La segunda zona es de clima templado, con una altura media de 2,000 metros. Son valles profundos y anfractuosos, protegidos por cerros elevados. Producen caña de azúcar, yuca, café, algodón, plátanos, etc.

La tercera zona tiene un clima cálido, su altura media es de 1,000 metros. Son valles bajos pero despejados y muy fértiles. Producen algodón, caña de azúcar, arroz, tabaco, cacao, café, variedad de frutas, etc.

Algo que llama la atención es que desde el punto donde comienza a presentarse el paludismo, desaparece la uta; y algo más, refieren muchas personas que han padecido de uta, que cuando han contraído el paludismo han sanado de la uta.

Respecto a las formas clínicas observadas, la más común evoluciona de la siguiente manera: consecutivamente a la picadura de mosquito, se forma una manchita roja que provoca escosor vivo. Con el trascurso de los días, la piel se eleva, se tumefacta y se forma una pápula que al cabo de un cierto número de días se rompe y se ulcera. Esta úlcera progresa y cuando llega a su completo desarrollo adquiere formas y dimensiones variables. Son úlceras a saca-bocado, con bordes engrosados, tumefactos, duros y cortados a pico, de color rojo oscuro. En el fondo la ulceración es granulosa vegetante, de color rosado, semejándose a la superficie de la mora; segrega un líquido sero sanguinolento unas veces y purulento otras, según esté o no contaminada por gérmenes secundarios.

Afecta las partes descubiertas, pies, manos, cara. Es indolora y de curso crónico. (Véase la fotografía N. 1).

## LEISHMANIASIS DE LAS MUCOSAS O ESPUNDIA

He tenido ocasión de observar algunos casos de espundia, procedentes de las márgenes del Utcubamba, de la zona utosa, de las que muy ligeramente voy a dar cuenta, reservándome para después completar estas observaciones.

*Historia clínica.*—Abraham Jáuregui, de veinticinco años de edad, agricultor, natural de Chachapoyas, de constitución fuerte; refiere: que el padre murió hace ya muchos años, con neumonia; que la madre es sana; que es único hijo; que no recuerda haber padecido de enfermedades anteriores; que hace cinco años fué en busca de trabajo a la hacienda "La Paccha" situada a

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

orillas del río Utcubamba, en la zona utosa; que a los cinco meses de su estada en este sitio, le apareció un grano pequeño en el ala izquierda de la nariz, que le causaba un gran escosor que le obligaba a rascarse; que después de algunos días se formó una vesícula que con el rascado se rompió y se originó una úlcera, la que ha ido creciendo, tomando progresivamente la mejilla y el resto del ala hasta llegar al borde; de allí ha avanzado al interior de la nariz, radicándose las ulceraciones en el tabique nasal, permaneciendo así cierto tiempo hasta que



Fot. Nº 1.—*Lesión utosa en el pie*

ha caído parte del tabique. Que después de algún tiempo ha sentido ardores en la garganta, alguna dificultad para la deglución y que la voz se le ha puesto ronca y baja. Que así ha estado mucho tiempo curándose con pomadas a base de tártaro emético, óxido de zinc, gárgaras de cocimiento de coca, etc. Que hace dos años se presentaron unos granos en el dedo pequeño del pie derecho, transformándose en vesículas y luego en vegetaciones verrucosas húmedas, propagándose gradualmente a los dedos, a los lados interno y externo del pie, al talón, región dorsal y gran parte de la planta, quedando libre una pequeña zona de la planta del talón con la que se apoya para caminar.

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

Que hace cinco meses aparecieron en la rodilla derecha unos granos que siguieron la misma evolución que los del pie, abarcando gran parte de la rodilla.

*Examen del enfermo.*—Es un enfermo con un estado general relativamente bueno, a pesar de su larga enfermedad. Lo que a primera vista llama la atención es el aspecto de la na-



Fot. Nº 2.—*Manifestaciones dérmicas de espundia*

riz, cuyo dorso y los pómulos se encuentran en un mismo plano. El tabique en su totalidad ha desaparecido, trayendo como resultado el aplastamiento y caída del dorso de la nariz hacia abajo, afectando la forma de un pico de loro. En el surco naso-labial hay una fuerte depresión, formada a expensas del labio superior, que ha atraído al labio, dejando al descubierto parte de los dientes. (Véase fotografías Nos. 2 y 3).

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

Al examen de la boca se nota la cicatrización en parte de lesiones anteriores, subsistiendo nódulos ulcerosos en la región membranosa y ósea del paladar. La úvula ha desaparecido totalmente. El paladar se encuentra retraído y rugoso. La laringe funcionalmente está afectada. La voz la tiene ronca y baja.

*Examen del pie.*—El aspecto que presenta es como si se hubiera cubierto el pie con una sustancia extraña; está totalmente deformado; no existen indicios de los dedos, ni de las uñas.



Fot. Nº 3.—*Las lesiones del miembro inferior con más detalle*

Se nota una transición brusca entre la neoplasia que sobresale y la piel que sigue, que es de aspecto normal. En el dorso tiene un aspecto singular; se ven vetas blanco amarillentas, que partiendo de diversos puntos se entrecruzan circunscribiendo islotes un tanto sobresalientes, formados de un tejido granuloso y rosado. (Véase fotografía N. 3). Cuando el pie se levanta cae gota a gota un líquido claro y transparente.

En la región maleolar externa tiene un aspecto diferente; la neoplasia afecta la forma de verrugas redondeadas del tamaño

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

y forma de los arvejones, perfectamente limitadas por surcos profundos y cubiertas por una epidermis delgada y lustrosa.

En la rodilla derecha presenta una producción neoplásica de la misma naturaleza que de la del dorso del pie, que abarca parte de la rodilla.

La pierna derecha la tiene dura y edematosa, afectando una forma cilindroidea.

Los ganglios del cuello y los de la ingle están hipertrofiados.

Como se ve, este enfermo ha adquirido el mal en la hacienda "Paccha", situada en el Utcubamba, y su enfermedad ha evolucionado siguiendo tres período: primero, el de comienzo o sea la lesión inicial cutánea; segundo, el de invasión de las mucosas; y tercero, el de generalización o sea la aparición de brotes de espundia en regiones de la piel, más o menos lejanas del chancro inicial.

El tratamiento empleado ha sido por las inyecciones intratravenosas de tártaro emético al uno por ciento, en días alternados. He comenzado con una dosis de tres centímetros cúbicos y he ido aumentando gradualmente hasta llegar a diez centímetros. Desgraciadamente he tenido que suspender el tratamiento por habérseme agotado la solución de tártaro. Los resultados han sido por demás satisfactorios; los nódulos ulcerosos de la mucosa nasal y bucal han cicatrizado. Las lesiones del pie y de la rodilla están aplanándose.

No sé si estoy en lo cierto al afirmar que se trata de un caso de espundia; me inducen a hacer este diagnóstico, la marcha de la enfermedad y el éxito del comienzo del tratamiento por el tártaro.

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

# Academia Nacional de Medicina

*(Continuación)*

*C)—FIEBRE BILIOSA HEMOGLOBINURICA.*—Se han comunicado a la Academia las observaciones correspondientes a tres casos de este interesante procesos febril:—una por el Prof. Quesada, referente a un sujeto venido de Trujillo, en evolución del mal, que estalló en esta ciudad, ofreciendo el cuadro sintomático clásico de la pirexia;—y, dos por el Prof. Arce, asistidos en su servicio del Hospital "Dos de Mayo". En el debate que se suscitó con motivo de estos últimos; el Dr. Rebagliati insistió en el hecho de que el germen descubierto por Noguchi, y calificado como específico de la fiebre amarilla, es saprófito en muchos cuyes, por lo que su presencia podría ser atribuída a una inoculación, no siendo posible disipar la duda sino en el caso de que se descubra el germen en la sangre;—y, el Dr. Are hizo presente que aún no había uniformidad para aceptar la especificación del germen de Noguchi, para la fiebre amarilla: especificidad negada desde un principio por el Dr. Mario Lebredo, de La Habana. En la segunda comunicación, el Prof. Arce formuló las siguientes conclusiones:

"Primera. El caso que hemos estudiado corresponde, por "sus antecedentes, sus síntomas, signos físicos y evolución, a "la fiebre biliosa hemoglobinúrica específica, es decir entera-"mente distinta a la hemoglobinúrica ordinaria y a la hemo-"globinuria causada por la acción tóxica de la quinina, con las "cuales se ha confundido y se confunde aún esta pirexia".

"Segunda.—Demuestra también esta observación, la exis-"tencia endémica de la biliosa hemoglobinúrica en nuestra cos-"ta, con los mismos caractéres epidemiológicos observados "antes, esto es rara en Lima y frecuente en los departamen-"tos del Norte".

"Tercera.—Ignorándose cuál es el agente o virus productor "de la fiebre biliosa hemoglobinúrica, es indispensable tener "siempre presente la posibilidad de su presencia, cuando se tra-"ta de diferenciar las pirexias biliosas que grasan o aparecen "en los valles y quebradas de la costa. El caso observado por "el Dr. Quesada, revela que al lado de la fiebre amarilla, que "se asegura existe en la provincia de Trujillo, coexiste, sin "lugar a duda, la fiebre biliosa hemoglobinúrica".

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

*D)—AFECCIONES PARASITARIAS DEL PULMON.*— El Prof. Corvetto ha hecho dos comunicaciones sobre estas raras enfermedades del aparato respiratorio. Una, en la sesión del 1º de julio de 1921, referente a un caso de *Hemoptisis parasitaria de Oriente debida al Paragonimus Westermanni;*—y, la otra en la reunión del 30 de diciembre de 1921, en que se trató de un enfermo portador de una *Equinococia pulmonar.*

Por lo que hace al primero, el que ofreció el cuadro de la Paragoniniasis pulmonar, la afección fué diagnosticada por los esputos hemoptoícos, por el examen microscópico del esputo, por la lenta evolución del proceso y por la profesión del paciente, ingeniero mecánico de la armada, que con seguridad había ingerido los gérmenes del parásito al comer mariscos crudos, como tenía la costumbre de hacerlo, y como lo efectúa casi a diario la gente de mar. El conferenciante se extendió en la biología del parássito, describiendo sus ciclos evolutivos en los organismos de varios crustáceos; conociminto que explica el modo como llega la enfermedad a desarrollarse en el hombre; expuso sus ideas sobre el tratamiento por el tártaro emético, que consideró muy eficaz; indicó la conveniencia de no ingerir sino bien cocidos los cangrejos, las langostas, etc; y, recordó las observaciones anteriores de los Drs. Barton, Arce y Orrego.

Al reseñar el segundo caso, el Prof. Corvetto, recordó que con éste son doce los casos de quistes hidáticos localizados en los pulmones que ha tenido oportunidad de observar, e insistió sobre la necesidad de formular un acertado diagnóstico diferencial con la tuberculosis pulmonar. Los que tomaron parte en la discusión, manifestaron la urgencia de adoptar las más eficaces medidas de policía sanitaria animal para detener la marcha creciente de la equinococia entre nosotros.

El Prof. Arce, en las sesiones del 31 de octubre de 1910 y del 9 de enero de 1919, leyó, en cada reunión, una historia clínica sobre un caso de Distomíasis pulmonar, presentado preparaciones microscópicas del esputo, que contenían el parásito, y haciendo muy juiciosas consideraciones de orden etiológico.

*E)—SIFILIS.*—Con el título de *Salvanoterapia de la Sífilis.—Doce años de práctica del Salvarsán,* hizo el Dor Merkel, en la sesión del 31 de enero de 1923, interesante comunicación sobre este trasacendental tópico. El autor divide en dos etapas los esfuerzos hechos para curar la sífilis: *la era del mercurio y la era del salvarsán.* Apenas esboza lo referente a la primera, que considera ya en total abandonado, desde que se ha perfeccionado la administración de la preparación de Eher-

Tratando de la segunda, de la era del salvarsán, que dice lich-Hata.

debería mejor *denominarse era científica,* considera como bases fundamentales del progreso realizado, los cuatro siguientes des-

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

cubrimientos:—a)—el del *Spirochaeta pallida;* b)—el de la suero reacción;—c)—el del salvarsán;—y, d)—el del ultramicroscopio, de decisiva importancia en el tratamiento abortivo.

En seguida, relata cuanto se ha hcho para conseguir la *esterización magna;* menciona todos los diversos derivados del salvarsán introducidos en la práctica; comenta las opiniones emitidas por los más acreditados experimentadores; y, termina la primera parte de su trabajo, con las siguientes conclusiones: "I.—El salvarsán es hasta hoy el remedio más eficaz con- "tra la sífilis, sin que podamos pasarnos de él. II.—El alt-sal- "varsán, el neo-salvarsán, el natrium-salvarsán, el hidrargirio- "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 cualida- "des inherentes al arsenical elegido. Todos son igualmente efi- "ces, 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 mix- "to, en qu se alternan o cambian o mezclan los arsenicales y "los mercuriales: cuenta con la mayoría de la opinión pero "sus partidarios comienzan a disminuir. IV.—Nuestros trata- "mientos 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 genera- "les. VI—La Piroterapia (Fiebertherapie), tiene por objeto evi- "tar el terciarismo nervioso. VII.—El sistema que indica *Fin- "ger,* Miriónsalvarsán, basado en procesos de inmunización, ha "demostrado ser, por lo menos, tan activo como el mercurio- "salvarsán, sin que éste goce de las especiales propiedades in- "munizadoras de aquel. VIII.—La alergización cutánea, como "factor de activa inmunización, es tan importante para el por- "venir del sifilítico, que en algunos creen que se ha hecho ne- "cesario tenerla 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 con- "siderada como prueba de curacción radical. X.—Científicamen- "te es, hoy, imposible establecer la seguridad de la existencia "de la curación radical".

En la segunda parte, se ocupa sucesivamente de la acción terapéutica del salvarsán, de las reacciones, de las dosis y del tratamiento abortivo. Sus asveraciones las apoya en casos tratados durante doce años de práctica; y, cuanto al último punto, el tratamiento abortivo, cree haberla conseguido en dos enfermos atendidos durante las primeras faces de la dolencia, cuyas historias, publicadas en la prensa profesional, le sugirieron estas conclusiones: "I.—La sífilis es radicalmente curable,

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

"cuando el remedio *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 ca- "sos, mediante la supresión del chancro ya al termocauterio, "ya con su completa excisión".

Lo relativo al tratamiento abortivo de la sífilis constituye una de las más arduas preocupaciones de los sifilógrafos, que desean, pues, como es lógico, que las grandes adquisiciones hehas en la terapéutica de esta terrible enfermedad, se traduzcan en verdaderos resultados prácticos para los pacientes. Las ideas del Dr. Merkel al respecto, coinciden con las que expuso el Prof. Speroni, de Buenos Aires, en el Sexto Congreso Médico Latino Americano, en La Habana, en 1922.

F).—*LEISHMANIASIS y BLASTOMICOSIS.*—Las investigaciones de laboratorio y las observaciones clínicas realizadas últimamente sobre este tópico, han aclarado por completo uno de los puntos más oscuros, hasta hace pocos años, de la patología tropical. Las úlceras fagedénicas de los países cálidos, los botones de oriente, el lupus, la uta, la espundia, etc., etc., son denominaciones que pertenecen ya a la historia. Descubierta la Leishmania, el agente causal de todos estos procesos, que otrora se los suponías radicalmente distintos, se puede con seguridad filiar bien los casos que se presenten, ya que el resultado del examen microscópido disipa cualquiera duda, y permite instituir el tratamiento verdaderamente curativo.

Como quiera que las contribuciones hechas sobre esta materia al V Congreso Médico Latino Ameriano, fueron patrocinadas por la Academia, hay derecho para considerarlas como ofrendadas a esta corporación. Por eso paso a sintetizarlas por orden cronológico de presentación, a la Academia y al Congreso.

La primera, presentada a la Academia, por el Prof. Arce, en la sesión del 30 de noviembre de 1912. Se refirió a un caso de Espundia, que el mencionado profesor observó y atendió en su servicio del Hospital "Dos de Mayo". Con motivo de esta comunicación se hicieron muy juiciosas y atendibles consideraciones sobre la naturaleza del proceso, sobre su distribución geográfica, etc., por los Drs. Denegri, Odriozola, Arce, Merkel, Avendaño, y otros que intervinieron en el debate. No se pudo llegar a uniformar las opiniones sobre la verdadera naturaleza del mal: todavía se divagaba entre sífilis, tuberculosis, etc.; no obstante de que A. Laverán y Nattan Larrier, en 13 de marzo de 1912, habían demostrado que la "espundia tan bien des- "crita por nuestro colega el Dr. Escomel, tiene por agente una

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

"leishmania" (1); y que el Prof. Arce autor de la comunicación, en oficio dirigido al Presidente de la Comisión Organizadora del V Congreso Médico Latino Americano, en 13 de noviembre de 1912, decía que, en su opinión, la espundia es una leishmaniasis.

Con fecha 13 de enero de 1913, el Dr. Edmundo Escomel, envió desde Arequipa una comunicación al Prof. Arce, presidente de la Sección de Medicina Tropical del Congreso Médico, en la que exponía: que en 1911 había tenido oportunidad de encontrar en casos de úlcera oriental la *Leishmania Americana var. flajelada,* por primera vez observada en el Perú; que también había aislado y tipificado la *Leishmania trópica var. Americana de Laverán y Nathan Larrier,* o mejor denominada *Leishmaniosis Amer. var. Espundia de Laverán y Nathan Larrier*; y, que no obstante de que hasta ahora no había podido comprobarlo experimentalmente, sospechaba que la Uta era también producida por una Leishmania.

El prof. Carlos Monge, durante su permanencia en Londres presenció y participó en los trabajos efectuados por el Dr. Wenyon, Protozoologista de la Escuela de Medicina Tropical de Londres, mediante los que se comprobó, en esa notable Escuela, que la Espundia es una Leishmaniasis de la piel. Así lo comunicó, el Dr. Monge en informe oficial el 30 de abril de 1912.

En la sesión del 12 de julio de 1913, el Prof. Arce dió lectura a una comunicación que en la misma fecha había dirigido al señor Presidente de la Comisión Organizadora del V Congreso Médico Latino Americano, participándole la buena nueva de que los Drs. Rebagliati y Gastiaburú, que laboraban por encargo de la Sección de Medicina Tropical, en sus investigaiones sobre le etiología de Uta habían encontrado parásitos del género Leishmania, perfectamente caracterizados, en una lesión ulcerosa radicada en el labio inferior de un enfermo; agregando que los experimentadores, en el respectivo oficio, reclamaban la prioridad de este interesante hallazgo. Con este motivo, el Prof. Arce puso en conocimiento de la Academia, que el Dr. Vélez López, de Trujillo, le había escrito en 3 de enero de 1913, sobre el mismo asunto: la presencia de la leishmania peruviana en los frotis de las ulceras utosas, tanto en los que le hubo proporcionado el Dr. Rebagliati, como en los que había obtenido directamente de un enfermo; planteando también la cuestión de la prioridad de este hallazgo.

El Prof. Arce, agregó que la Sección de Medicina Tropical había acordado reconocer la prioridad para las investigaciones de los Drs. Rebagliati y Gastiaburú.

---

(1)—Contribución al estudio de la *Espundia,* por A. Laverán y Nathan Larrier.—"La Crónica Médica" de Lima. Año XXIX. Nº 561. Mayo de 1912.

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

Con motivo de esta comunicación, el Dr. Merkel, en la sesión del 21 del mismo mes, disertó extensamente sobre la uta, el lupus y el botón de Oriente; analizó las relaciones recíprocas de estas lesiones, entre sí y con la tuberculosis; presentó una enferma con lesiones utosas en la nariz y en el antebrazo, y tuberculosis en el pulmón y también enseñó una preparación microscópica en la que se apreciaba una de las primeras faces evolutivas del ciclo de la reproducción de la leishmania; y concluyó negando la autonomía nosológica de la Uta; declarando que para él los casos señalados como de Uta, o corresponden al Lupus o al Botón de Oriente; y, que le leishmania presentada como generadora de la Uta, no es otra probablemente que la leishmania de Wright, generadora del Botón de Oriente.

La discusión que siguió a la exposición del Dr. Merkel, se resintió de la misma incertidumbre que caracterizó a la que se promovió el 30 de noviembre de 1912, cuando el Prof. Arce historió el caso de Espundia ya referido. Nos hallábamos en ese entonces todavía en período de transición, en lo relativo a nuestros conocimientos sobre las leishmaniasis de la piel.

El Prof. Avendaño recibió, a mediados de 1912, enviada por el Dr. Ismael Anchorena, que entonces residía en el Cerro de Pasco, una contribución para el V Congreso Médico Latino Americano, que debía reunirse el año siguiente de 1913. Era la historia clínica de un enfermo portador de una verruga miliar (discreta) y de una úlcera utosa en el pómulo izquierdo; lesiones ambas que se yugularon por completo, mediante la siguiente medicación:—aplicaciones locales de Salvarsán, a la lesión ulcerosa, e inyecciones intramusculares de cacodilato de soda. Dos fotografías del paciente, tomadas antes y después de la curación, acompañaban a la comunicación.

Manifestaba el autor, que esta medicación se le había sugerido, el tener conocimiento de los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de la verruga apirética por las inyecciones intra musculares de alta dósis de cacodilato de soda; y el haber llegado a su conocimiento que algunos autores habían empleado, con recomendable éxito el *tratamiento local de los chancros blandos y duros por el polvo de Ehrlich.* Manifestando que deseaba se pudiera comprobar la eficacia de este tratamiento, en otros casos, reclamaba, como era natural, la prioridad de la administración de los arsenicales en la curación de la Uta.

El Prof. Avendaño, dió cuenta de este trabajo en la sesión del 2 agosto de 1913.

En la sesión del 5 de setiembre del mismo año, el Dr. J. Voto Bernales, comunicó a la Acaddemia la curación de un caso de Uta por medio de las inyecciones intra venosas del *"606"*. Se acordó enviar este trabajo a la Sección de Medicina Tropical del Congreso Médico.

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

Con relación a las *Leishmaniasis,* se presentaron al V Congreso Médico Latino Americano las siguientes comunicaciones:

—La uta en las provincias de Santiago de Chuco y Otuzco, por el Dr. Manuel Bringas Campos (de Santiago de Chuco).

—La uta y la espundia, por el Dr. Edmundo Escomel (de Arequipa) —La uta y la espundia al parecer ofrecen caracteres distintos, constituyendo dos entidades nosológicas de muy cercano parentezco entre sí.

—Tratamiento de la uta por el cloruro de sodio, por el Dr. Leonidas Samanez (de Andahuaylas). Empleando como tratamiento local, una mezcla previamente tostada de bicloruro de mercurio y albúmina, supone el autor que se forma cloruro de sodio naciente, que actúa sobre la úlcera utosa determinando su curación. Recomienda la medicación como específica de la uta.

—La uta en el departamento de Cajamarca, por el Neptalí Pérez Velásquez (de Cajamarca).

—La leishmaniasis del dermis en el Perú. Las formas clínicas, por el Dr. Carlos Monge M.—Razones de localización anatómica, justifican considerar dos variedades clínicas: de la piel y de las mucosas; describe de la primera, las formas seca o botonosa, ulcerosa y mixta.

—La Uta peruana, por el Dr. Antúnez (de Huaraz).

—Tratamiento médico de las leishmaniasa del dermis, por el Dr. Guillermo Almenara (de Lima).—Recomienda la administración del neosalvarsán en inyecciones intra venosas, combinado con un tratamiento local y un régimen higiénico apropiado.

—Las leishmaniasis dérmicas del Perú, por el Prof. Julián Arce (de Lima).—La uta, la espundia, el tiac-araña, la jucuya son modalidades clínicas que corresponden a especies diferentes del género leishmania Deja constancia de que desde 1910 ha sostenido que estas afecciones eran probablemente generadas por estos protozoarios.

—La Uta, su fusión en la tuberculosis cutánea y en el botón de oriente, por el Dr. Felipe Merkel (de Lima).—Ya se han expuesto las ideas de este autor.

—Algo sobre epidemiología y profilaxia de la Uta, por el Dr. Juan Urcia Cazorla (de Lima).—Acepta que la Uta es una leishmaniasis, y teniendo en cuenta la despoblación de las regiones en que grasa este mal, insiste en la conveniencia de organizar una profilaxis provisional consistente en la educación del pueblo por medio de una cartilla, en la que se les manifieste el peligro de los insectos, de los pántanos, etc.

El Prof. Arce en la sesión del 24 de junio de 1921, historió un caso, con presentación del enfermo, de leishmaniasis del maleolo izquierdo, de las fosas nasales, de la boca, etc., procedente de la montaña del Pangoa. Al verificar el examen microscópico de los productos patológicos, en busca de la leish-

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

mania, sólo se encontró un blastomiceto, lo que inducía a considerar el caso como de blastomicosis; pero en exámenes posteriores fué posible hallar la leishmania, confirmándose así la sospecha que tuvo el Prof. Arce desde que el enfermo ingresó a su servicio. El preopinante, aprovechó de la oportunidad para recomendar a los investigadores, que, en casos parecidos, se extremen las búsquedas de la leishmanias antes de pronunciarse en el sentido de la blastomicosis; y, como es indudable que en este enfermo, la lesión cutánea ha precedido en aparición al compromiso de la mucosa, se cree autorizado para formular estas conclusiones:—"1ª En la generalidad de los casos las "lesiones de las mucosas se producen cuando aún existe la le-"sión cutánea inicial, es decir, que aquellas son el resultado "de una auto-inoculación.—2ª. Las lesiones leishmaniásicas de "la mucosa nasal u oral que se asegura son producidas conse-"cutivamente a una lesión cutánea ya curada, en años antes, "son excepcionales, si es que realmente existen, pues, en nues-"tro concepto, en tales casos o el enfermo no se ha dado cuen-"ta del momento en que comenzó la lesión mucosa, que es casi "siempre de principio y marcha lenta, crónica e indolente o "hay error en los datos suministrados por el enfermo, o, en "fin, el interrogatorio ha sido deficiente.—3ª. Dada la benig-"nidad y fácil curabilidad de la leishmaniasis cutánea, fuente "y origen de la leishmaniasis mucosa, cuya carácter crónico y "casi incurable la hace de pronóstico reservado, es indispen-"sable tratar precoz y enérgicamente la úlcera inicial, con las in-"yecciones endovenosas de tártaro emético, a la vez que se "mantiene aquélla constantemente cubierta por medio de "apósitos adecuados, para impedir que el enfermo lleve con "sus uñas contaminadas el virus a la mucosa nasal u oral; "y, 4ª. La profilaxis de las leismaniasis de las mucosas exige, "además, el tratamiento específico preventivo de toda úlcera, "erosión o grano sospechoso, que se produzca en la piel du-"rante la permanencia de los sujetos en las regiones endémicas".

El Prof. Arce, en nombre de los Drs. Pedro Weiss y Héctor M. Rojas y Sr. Alberto Guzmán Barrón, miembros de la Expedición médico científica al Madre de Dios, dió cuenta de un caso observado por estos señores, en el Hospital Goyeneche en Arequipa, de *Espundia calificado como Blastomicosis, en el que han encontrado leishmanias.* Con motivo de esta observación los autores hacen presente que existen razas de leishmanias tártaro resistentes: dato muy importante para el tratamiento de esta penosa dolencia.

*(Continuará)*

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

# Noticias

EL MIEDO AL BROMURO.—¿Por qué se tiene miedo al bromuro? Porque produce mala impresión de absorver este medicamento que el público cree destinado a los neuróticos y también porque se teme la acción depresiva del bromuro de potasio y los accidentes que este producto suele causar; en la revista general muy documentada que él consagra a la medicación bromurada, el Dr. *J. Peyrus (Sud Medical et Chirurgical,* 1925) insiste muy particularmente sobre el gran interés que hay, tanto para el enfermo como para el médico, escoger un bromuro de sodio excesivamente puro, tal como el que constituye la base del Sedobrol Roche. En efecto, el bromuro de sodio es infinitamente menos deprimente que el bromuro de potasio e incorporado a un extracto de caldo vegetal concentrado aclorurado como el sedobrol, obra de un modo mucho más eficaz en todos los casos tan numerosos donde un síntoma nervioso indica la necesidad de una medicación calmante, de la cual el enfermo ignora exactamente el principio activo y que puede presentársele como una especie de valeriana más activa, sin olor desagradable y sin mal gusto. El Dr. *Peyrus* indica igualmnte la posibilidad de dar el bromuro bajo esta forma a los niños, sin inconveniente alguno, y demuestra además que administrado así, el sedobrol obra muy eficazmente, sobre todo en las dispepsias debidas a la hiperestesia del plexo solar, en la múltiples afecciones cardiovasculares, en las litiasis biliar, en todas las toses espasmódicas, en las diversas neurosis, en una palabra en todos los casos en donde existe un síntoma nervioso imponiendo una midicación sedativa y calmante; menos tóxico que el bromuro de potasio, menos depresiva que el bromuro de amonio,—y pudiendo darse bajo forma de sedobrol, en solución muy diluída y muy caliente, favorable a la absorción gástrica,—de este modo el bromuro de sodio viene a ser el medicamento calmante de empleo, por decir así, diario—y es siempre perfectamente soportado.

CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTUDIOS SOBRE PROBLEMAS SEXUALES.—La Sociedad Internacional de problemas sexuales se está ocupando en la organización del primer congreso internacional de estudios sobre problemas sexuales, que ha de tener lugar en Berlín durante los días 11 a 15 de octubre de 1926. En él han de tomar parte los sexuólogos más eminentes y se tratará de la influencia de la vida sexual sobre las diversas ramas de la cultura y de la ciencia humanas; de todas sus relaciones con los factores sociales, económicos, sanita-

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

rios, jurídicos y morales, tales como medicina en general y biología; el problema de los carácteres sexuales; las cuestiones jurídicas, por ejemplo, las de la criminalidad, entre las que se cuentan la criminalidad de la mujer como ser sexual y de la juventud púber; las relaciones de la vida sexual con la antropología, etnología y sociología; las cuestiones sobre la política de población, disminución de nacimientos y eugénica, pedagogía, psicología, psicoanalisis, así como la cuestión femenina. Los problemas más principales serán tratados por relatores, en parte con correlatores u oradores críticos determinados de antemano, dejando otras cuestiones a la discusión libre.

Se ha reconstituído la Sociedad internacional de investigación de problemas sexuales, después de la guerra.

VISITA DEL PROFESOR PIERRE DELBET.—El profesor Pierre Delbet, catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de París, vendrá a América permaneciendo durante unos tres meses, tiempo que aprovechará para dar conferencias en Brasil, Uruguay y Argentina.

EL PRIMER CONGRESO PANAMERICANO DE LA TUBERCULOSIS.—En la siguiente forma ha quedado constida la comisión organizadora del primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis, que, auspiciado por la Universidad de Córdoba (Argentina), deberá efecuarse en esa ciudad en octubre del año próximo; doctor Juan F. Cafferata, presidente de la comisión organizadora, presidente de la primera conferencia argentina de tuberculosis; doctor Clemente Lazcano vicepresidente, decano de la Facultad de Medicina; doctor José M. Pizarro, tesorero, director del hospital Rawson; vocales: doctores Antonio Nores, Benjamín Galíndez, Fernando Torres, doctor Benigno Portella, doctor Antonio Roballos, secretarios, docores Ramón A. Brandán, Antenor Ney y Gumersindo Sáyago.

El congreso abarcará el problema de la tuberculosis en toda su amplitud, su aspecto médico, social, económico y biológico. Podrán adherirse los gobiernos, instituciones científicas, de beneficencia, los médicos, la prensa y todas aquellas instituciones particulares de los países de América que directa o indirectamente tengan relación con el problema de la tuberculosis.

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

# El primer caso de tricomonosis vesical descrito en el Perú

por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

Tiempo ha que tuvimos el agrado de presentar los primeros casos de tricomonosis intestinal y vaginal observados en el Perú; después describimos las tricomonosis dentaria y hepática; hoy la suerte nos obsequia un hermoso caso de tricomonosis vesical, con sus caracteres típicos.

Se trata de una señora diabética, N. de D., de 60 años de edad, que sufre desde hace tiempo de glicosuria, habiendo llegado en ocasiones, a tener hasta 80 gramos de azúcar por litro de orina.

Padece de catarata diabética y de vitíligo. Posee prurito vaginal, casi sin secreción en esta zona del cuerpo.

La señora orina uniformemente turbio cada vez que lo hace, siendo su orina homogénea desde el principio hasta el fin de la micción.

Hecha reposar se deposita un sedimento blanquecino pulverulento, que fácilmente se mezcla con el resto de la orina, si se vuelve a agitar.

Examinada la orina acabada de emitir, se observan con el microscopio innumerables tricomonas vivos, leucocitos en abundancia, con predominio de polinucleares, y una que otra célula vesical. No se descubren elementos ureterales y renales que la puedan enturbiar, ni bacterias tampoco.

Es muy curioso advertir que la *escasa secreción que se puede obtener de la vagina, no tiene tricomonas vivos,* no obstante de que de modo constante es infectada por la orina que la empapa en cada micción.

Demás está decir que la orina sacada con sonda tiene los mismos caracteres microscópicos, que aquella que se obtiene por simple micción.

Por consiguiente, se trata de un caso de *protozoosis únimente vesical.*

En una palabra, la enferma sólo se queja de que su orina sea siempre turbia y que tenga que orinar con más frecuencia de lo que lo hacía antes.

*Examen en fresco.*—Tan luego como se pone la gota de orina al microscopio, se advierten innumerables tricomonas,

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

tanto en estado de actividad intensa como más o menos deformados a causa de muerte expontánea.

Su aspecto difiere a primera vista del tricomonas intestinalis, cuyos movimientos bruscos, activos, con desplazamientos intermitentes de la espícula, se destacan con nitidez.

El tricomonas urinario tiene un cuerpo más homogéneo, sus granulaciones protoplásmicas más finas, su espícula es más delgada y menos movible; con frecuencia su traslación es un movimiento de rotación al rededor de su eje, marchando uniformemente hacia adelante; sus flagelos, de tiempo en tiempo, se detienen y, por lo menos, uno de ellos se dirije hacia atrás, en busca de la membrana ondulante, en la que se apoya y hace un movimiento parecido al de la limpieza de una espada en la gamuza que la abrillantará, para volver a su situación primaria. En este movimiento los flagelos entran en un pequeño y rápido reposo, permitiendo sin embargo su visión muy clara, aún sin coloración.

La membrana ondulante sólo alcanza a la mitad o a la tercera parte del cuerpo del protozoario y se mueve con una muy grande actividad, representando en esta especie uno de los principales sino el más importante elemento motor del animal.

Al lado de esta forma que es típica, existen otras que representan a los parásitos en estado de más o menos degeneración.

Así, se les ve ostentando un ensanchamiento anterior que se continúa gradualmente con una cola arqueada y de más en más deformada en que la espícula está casi rígida o sin movimiento activo.

Otros hay cuya parte posterior se ha redondeado por pérdida de la espícula.

Otros, cuya espícula se marca por un pseudo-flagelo delgado y curvo.

Otros, en fin, cuya espícula, reblandecida, principia a segmentarse.

En cuanto a los flagelos, son dos, en la mayoría de los protozoos, unidos en uno solo en el sitio de su inserción, o mejor, un flajelo sale del cuerpo del protozoario, el que se divide pronto en dos, bastante largos. Sus movimientos son activos; uno de ellos tiene gran tendencia a dirigirse hacia atrás, por cuya razón parece más pequeño.

Algunas veces uno de los flagelos es en realidad más corto que el otro y, cosa curiosa, éste se termina por un pequeño ensanchamiento puntiforme, en vez de adelgazarse en su terminación como su compañero.

En veces hemos visto los dos flagelos de talla reducida y terminados por estos ensanchamientos puntiformes que se acaban de señalar.

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

En ocasiones, el flagelo es único, ya sea por el ensanchamiento a la manera de un monadiano; ya concluye adelgazándose de más en más.

En veces el tallo del flgelo se divide muy lejos del cuerpo del protozoo, mientras que en otros casos lo hace desde su inserción misma, dando la visión de dos flagelos en lugar de uno.

Otros parásitos se destacan con tres flagelos, ya libres desde su nacimiento, ya unidos en su base en un solo tronco; no es raro comprobar cuatro flagelos sean por pares, sean unidos al nacer.

Otros parásitos, sobre todo si la preparación permanece algún tiempo a la temperatura ordinaria, se les ve menguando su vitalidad, por manera que sus flajelos van moviéndose con menos energía cada vez, hasta ver salir el *puñetazo flajelar por debajo de una tela elástica, como si representara los últimos esfuerzos de un boxeador groggi.* Se observa entonces un impulso que brota del protoplasma del tricomonas que empuja la envoltura sin romperla y que va perdiéndose de delante hacia atrás del parásito, repitiéndose estos movimientos con mayor lentitud cada vez hasta que se puede verlos desaparecer, quedando del parásito un cuerpo redondeado que hemos considerado como los quistes del animal y que algunos autores no aceptan como tales, sin que nosotros llegásemos a comprender por qué la naturaleza hubiese privado sólo a este grupo de animales la virtud de la forma de resistencia, concedida a sus demás homólogos.

Las formas que acabamos de describir se observan tanto en fresco como después de hacer actuar el líquido conservador de protozoos.

Los protozoarios mueren antes de las tres horas de haberlos dejado entre lámina y laminilla en el ambiente del laboratorio, o sea a 18 grados de temperatura. Mezclados con una gotilla de trementina, mueren todos en menos de 10 minutos.

Conservados en sus propios orines, *azucarados* y *ácidos,* en la estufa, a 37 grados, perecieron todos más o menos a las 12 horas, siendo de observar que en ese caso la orina se había tornado alcalina.

*Examen con fijación y coloración.*—Esta ha sido difícil, pero como el número de protozoos es considerable, fué posible hacer una extensión rápida y tenue de la orina, con fijación inmediata por los vapores de bromo y por el ácido ósmico.

La coloración se ha hecho por la hematoxilina férrica, por el Giemsa y por el Leishmann, mientras que los flagelos han sido puestos en estudio con toda claridad por el colorante de Klaussner.

Por estos medios ha sido posible ver con toda nitidez el protoplasma del protozoo, compuesto de dos clases de granulaciones, finas las unas, más visibles las otras, correspondiendo éstas a los gránulos cromáticos.

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

El gran núcleo situado en la parte anterior del cuerpo del protozoo se unía al blefaroplasto por su respectivo filamento cromático.

La membrana ondulante es pequeña y apenas alcanza a ocupar el tercio anterior del cuerpo.

Del blefaroplasto emerge un flagelo que se divide pronto en dos, raras veces en tres y aún en cuatro ramas. En veces nacen a la vez de dos flagelos que se subdividen en otros dos a poco de haber nacido.

El *axostilo* es poco visible y mucho más delgado que el *tricomonas intestinalis,* lo que explica la poca movilidad de la espícula que lo termina, la cual se angosta rápidamente, y es muy poco granulosa.

El tamaño más frecuente del tricomonas, alcanza entre 30 y 40 micra de longitud, comprendiendo la espícula que no llega a diez micras.

Los flajelos, ya son del tamaño del aminal, ya más largos; esto constituye la regla.

*Tratamiento.*—Empleando para la vejiga, la terapéutica que instituímos hacen años para el intestino, las encías, o la vagina hemos obtenido la confirmación más completa de la eficacia de la sencillísima terapéutica, que con tanto éxito trasladamos otrora del laboratorio a la clínica, consistente en el ataque del tricómonas por la esencia de trementina.

Para esto hemos realizado asépticamente una inyección intra vesical compuesta de:

Cuatro cucharadas de agua estéril.

Una yema de huevo (1) que se bate con 25 a 30 gotas de esencia de trementina y 10 gotas de láudano.

Esta inyección se hizo durante 3 días consecutivos, dejándola en la vejiga el mayor tiempo posible.

El resultado no se dejó esperar; después de la tercera inyeción no se volvieron a ver tricómonas en la orina, que recuperó su transparencia, quedando sólo la poliuria de la diabetes.

La albúmina desapareció con el parásito y la reacción que provocaba.

*En resumen:* Hemos descrito el primer caso de protozoosis vesical encontrado hasta hoy en el Perú.

El parásito tiene los caracteres del *trichomonas vaginalis.*

Vive en la vejiga de una diabética cuya orina es ácida y con abundante glucosa; no obstante de salir de la vejiga en cantidades increíbles, no es cutivable en el mucus vaginal de la enferma.

El parásito muere cuando la orina va sufriendo la fermentación alcalina, aun cuando se la conserve en la estufa a 37

(1) La yema de huevo tiene la cualidad de quitar las propiedades irritantes de la esencia de trementina.

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

grados e instantáneamente cuando se le pone en contacto con esencia de trementina entre lámina y laminilla.

No ha dado otros síntomas clínicos sino piuria y polaquiuria moderadas.

El tratamiento trementinado intravesical, tuvo el éxito rotundo, rápido y específico contra este protozoario como cuando se instala en las encías, en el intestino o la vagina.

---

# Leucoplasia bucal y cancer de la lengua

Por el Dr. CARLOS VILLARAN

*Profesor en la Facultad de Medicina de Lima*

Uno de mis colegas del Hospital de "Santa Ana" ha tenido la bondad de confiarme el cuidado de enferma que muestra proceso quirúrgico muy importante aunque poco frecuente en nuestra clientela hospitalaria formada exclusivamente de mujeres.

El pasado patológico de la enferma es algo cargado; ha tenido entre otras enfermedades, paludismo y neumonia; hace cuatro años le practicaron en este mismo Hospital una operación de histerectomía por fibroma; pero ni estas afeciones ni sus antecedentes hereditarios tienen relación con el proceso que hoy sufre y que está radicado en la lengua.

La historia de su enfermedad actual es la siguiente: hace como un año notó que su lengua se ponía roja y granulosa, salivaba continuamente; más tarde le aparecieron manchas blancas diseminadas sobre la cara dorsal y los bordes. Hace aproximadamente seis meses que comenzó a ulcerarse el borde izquierdo de la lengua y esta lesión no ha hecho sino aumentar desde entonces ocasionándole vivos dolores, que no sólo se han localizado en la zona afectada, sino que se han propagado en distintas direcciones y principalmente hacia el oído del mismo lado. Coincidiendo con el desarrollo de su mal aparecieron hinchazones a los lados del cuello y últimamente un poco de difiicultad para abrir la boca.

Se trata de una morena de constitución robusta, que ha estado dedicada hasta hace poco a su oficio de lavandera apesar de tener 59 años de edad. Su rostro revela sufrimiento y la dificultad con que habla se explica inmediatamente por la lesión que tiene en la lengua y que ella misma señala. Se aprecia por una inspección atenta que las regiones suprahioideas laterales hacen un ligero relieve, poco marcado, es verdad, pero sufi-

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

ciente para reconocerse al primer examen; la piel está normal y no hay ningún signo de inflamación. Tiene la enferma un poco de dificultad para abrir la boca, pero logra hacerlo bastante para que veamos sin esfurzo toda la parte afectada. Dos lesiones importantes se presentan a primera vista, lesiones que tienen un aspecto muy distinto y entre las cuales existe, sin embargo, una íntima relación; de un lado son manchas blancas diseminadas sobre la cara dorsal y los bordes del tercio anterior de la lengua, y de otro una tumuración ulcerada sobre el borde izquierdo; estudiemos atentamente una y otra.

Las manchas blancas fueron las primeras en aparecer, precedidas, según ha dicho la enferma, por un enrojecimiento con granulaciones. Son múltiples e irregulares, entre ellas la más característica es una que está situada cerca de la línea media y a corta distancia de la punta, de forma ovoidea y como de un centímetro en el sentido de su mayor longitud; todas estas manchas son de un color blanco lechoso, sus superficies son lisas y forman un ligero relieve sobre la mucosa lingual, no desaparecen restregándolas con un lienzo, tampoco son dolorosas. Su distribución es enteramente irregular, hay entre ellas zonas de mucosa lingual sana. Todos estos caracteres corresponden a la afección conocida con el nombre de *leucoplasia lingual.*

La leucokeratosis o leucoplasia es una enfermedad poco frecuente, sobre todo en las mujeres; se presenta de ordinario en las personas cuya edad oscila entre 40 y 60 años. Influyen en el desarrollo de este mal dos clases de factores: locales y generales. Entre los primeros se señalan todas las causas de irritación de la mucosa lingual, insistiéndose sobre todo, en la acción del tabaco; se ha llegado a designar a la afección con el nombre de "placas de los fumadores". En el segundo orden de factores se consideran ciertas enfermedades generales pero particularmente la sífilis. La reunión de ambas influencias tabaco y sífilis se halla con tanta frecuencia que se ha sostenido por algunos, que la leucoplasia es una afección sifiilítica provocada por el abuso del tabaco. Hay múltiples razones en contra de semejante afirmación, sin que nadie desconozca sin embargo, la influencia que tales factores tienen en la etiología del proceso que estudiamos. En el caso particular de nuestra enferma, la reacción de Wassermann ha sido negativa, no hemos encontrado entre sus antecedentes manifestaciones sifilíticas ni las hay en el momento actual. En cambio, la enferma ha abusado mucho del tabaco y tiene como causas de irritación lingual múltiples caries dentarias.

La leucoplasia es una afección propia de las mucosas de epitelio pavimentoso estratificado; se la observa por esto, no sólo en la mucosa lingual sino en muchos otros sitios; mucosa de los labios, mejillas, velo del paladar, ano, surco balano-prepucial, vulva, vagina, etc., y hasta en el interior de algunos órganos; laringe, vejiga, útero, recto, pero estas localizacio-

Universidad Nacional de San Marcos Biblioteca Lima-Perú

nes son verdaderamente excepcionales. Las lesiones anatómicas se caracterizan principalmente por la queratinización de las células epitelales del epidermis mucoso que toma un aspecto semejante al del epidermis cutáneo, hay, además, una abundante cantidad de gránulos de eleidina en las capas profundas del cuerpo mucoso de Malpighi que se encuentra más o menos espesado. En el córion domina un proceso de esclerosis. Se resumen las lesiones histo-patológicas diciendo: "hiperkeratinización del epidermis mucoso y esclerosis del córion".

La importancia que en Patología quirúrgica tiene la leucokeratosis deriva de la estrecha relación que hay entre esta afección y el cáncer. Se ha observado desde hace tiempo que en las personas que padecen de leucoplasia se desarrolla el cáncer con gran frecuencia; es muy variable el porcentage que indican los autores pero simpre muy elevado, y no se trata de la coincidencia de las dos lesiones en el mismo sujeto sino de la degeneración epiteliomatosa de la placa misma. Conocido este grave peligro el cirujano debe ser muy atento en el cuidado de los enfermos que sufren de leucoplasia; suprimir todas las causas de irritación; tabaco, dientes cariados, etc.; tratar la sífilis; aconsejar una higiene prolija, prohibir los tópicos fuertes, etc. Pero como estas mdidas terapéuticas que son al mismo tiempo profilácticas contra el cáncer son muchas veces insuficientes, se ha ido hasta proponer y practicar operaciones radicales y entre estas la decorticación de la lengua en toda su porción afectada.

Además de las placas blancas se ve en la lengua de esta enferma otra lesión mucho más importante y que es la causa de los sufrimientos que han determinado su ingreso al Hospital. Se trata de una ulceración extensa e irregular implantada sobre una masa tumoral que ocupa el borde izquierdo de la lengua; comienza a poca distancia de la punta y se avanza tres o cuatro centímetros hacia atrás, propagándose sobre el dorso hasta muy cerca de la línea media; por la cara inferior se extiende también pero sin invadir el piso de la boca. El aspecto de las ulceraciones es muy particular; los bordes son irregulares y gruesos, la superficie es anfractuosa y con excavaciones más o menos profundas debidas a la destrucción de los tejidos neoformados sobre los cuales asienta la úlcera; el fondo está cubierto de una secreción saniosa y con porciones de tejido esfacelado.

Palpando se aprecia perfectamente que toda la porción ulcerada descansa sobre una masa gruesa y dura que infiltra la lengua en una extensión un poco mayor que aquella que parece afectada a la simple vista. Esta parte del examen es algo dolorosa pero precisa hacerla del modo más atento procurando descubrir muy bien, por este medio, los límites del mal a fin de ajustar la conducta quirúrgica a un concepto exacto sobre la amplitud de las lesiones.

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

Después de examinar la lengua hay que observar cuidadosamente todas las regiones de la boca: sub-lingual, maxilares, bóveda palatina, pilares, velo, etc.; todas ellas están sanas en nuestra enferma, sólo hay que anotar las caries molares y principalmente de los que están en la vecindad de la lesión. Como trastornos funcionales se observan las dificultades para la masticación, la deglución y la fonación, muy explicables dado el rol importante que la lengua tiene en estas funciones y que no puede cumplirse por el dolor que sus movimientos le ocasionan. Hay que señalar además una abundante salivación que molesta mucho a la paciente por la dificultad que tiene para expulsarla; esta saliva se junta con los productos de la úlcera y expide un olor fétido. Entre las irradiaciones dolorosas debo llamar la atención sobre las que se propagan al oído; es frecuente comprobarlas en las lesiones de esta clase y se atribuyen al compromiso de la cuerda del tímpano que es un nervio que se anastomosa con el lingual y al cual pueden extenderse, por consiguiente, los procesos irritativos que afectan a este último.

Interesa de un modo especial en nuestra enferma examinar los territorios ganglionares que reciben los linfáticos de la lengua. La simple inspección hace ver ya una deformación de las regiones submaxilares, y palpando encontramos que efectivamente los ganglios están infartados. En el lado izquierdo son más numerosos, se aprecian en la parte anterior de la región supra-hioidea—sub-mentonianos—hay varios en la vecindad de la glándula sub-maxilar; lo que no puedo asegurar es, si existen o nó en la parte alta de la región carotídea, pero en la duda debo inclinarme a admitir su existencia y más tarde, operando, buscarlos cuidadosamente. Llamo la atención sobre los caracteres de estos ganglios; su forma es redondeada u ovoidea, su consistencia dura, son poco dolorosos, móviles, no interesan el tejido peri-ganglionar apesar de que su existencia remonta ya a algún tiempo; estos caracteres permiten descartar la idea de que se trata de un infarto puramente inflamatorio. En el lado derecho comprobamos también la existencia de alugnos ganglios sub-mentonianos y sub-maxilares con caracteres iguales a los anteriores, no podemos sentir si hay en la región carotídea.

Examinando los diversos órganos y aparatos de esta enferma los hallamos normales. El análisis de orina ha dado buen rsultado. La numeración globular muestra una ligera disminución de los glóbulos rojos—3.880.000 por 7.000 leucocitos—y la fórmula señala una exageración de los linfocitos 48 %. La reacción de Wassermann ha sido negativa.

Lo mismo que en muchos casos, el examen clínico es bastante en la enferma que estudiamos para establecer el diagnóstico de su afección: *epitelioma de la lengua;* para confirmarlo podríamos hacer un examen histo-patológico de una porción del tejido enfermo, pero prefiero reservar esta investigación para

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

más tarde pues creo que la intervención quirúrgica se impone con o sin biopsia. La existencia de una leucokeratosis anterior ese el primer fundamento de nuestro diagnóstico; hay ya he dicho una íntima relación entre la leucokeratosis y el cáncer lingual; las "placas blancas" se consideran como un estado precanceroso y está aconsejando que al primer signo que revele su degeneraión se intervenga radicalmente. En nuestra enferma no se trata ya de signos de posible degeneración sino de una neoplasia bien caracterizada: hay una masa gruesa y dura que se ha implantado en una porción de la lengua sustituyéndose al tejido normal o infiltrándolo profundamente. Como es de regla en los tumores malignos, esta tumuración no se limita netamente del tejido sano del órgano sino que por el contrario tiene límites imprecisos. La ulceración tiene los caracteres de la úlcera epiteliomatosa; sus bordes son gruesos, su superficie anfractuosa, roe los tejidos, los esfacela. Este doble carácter; neoformación que avanza infiltrando y úlcera que destruye los mismos tejidos neoformados, tiene un gran valor para el diagnóstico, así como también los infartos ganglionares y los caracteres que estos ganglios presentan. Por último la evolución del proceso tal como la ha referido la enferma corresponde al cáncer lingual.

Decía al comenzar que íbamos a tratar de una enfermedad poco frecuente en este Hospital, así es en efecto, el cáncer de la lengua es muy raro entre las mujeres; todas las estadísticas demuestran que el hombre paga un tributo mucho mayor a esta enfermedad. Como una explicación de esta diferencia puede darse el hecho de ser la leucoplasia el principal factor etiológico del cáncer lingual y de observarse con mucha mayor frecuencia en los hombres; las principales causas de la leucoplasia, la sífilis y el tabaco, explican a la vez su mayor frecuencia en el sexo masculino. Los demás factores que se señalan como predisponentes para el cáncer de la lengua son los mismos que se atribuyen al cáncer en general; ulceraciones crónicas, dentarias, tuberculosas, sifilíticas, cicatrices antiguas, neoplasmas benignos que no se extirpan oportunamente, etc. La edad es un factor importante; el cáncer de la lengua es uno de los más raros de encontrar en personas jóvenes, generalmente se presenta entre 40 y 60 años.

Es muy corriente—por lo menos en nuestros hospitales—que los enfermos de cáncer de la lengua acudan en busca de auxilio médico cuando su lesión está ya ulcerada y extendida, al punto de todo esfuerzo quirúrgico resulte inútil. Son, por el contrario, los estados iniciales del proceso los que urge reonocer a tiempo para dar al tratamiento las mayores probabilidades de éxito; conviene por este motivo conocer bien los distintos aspectos con que el mal se inicia.

Dos formas principales reviste el cáncer lingual en su comienzo: la intersticial y la ulcerativa. La primera comienza como un pequeño nódulo indoloro que se implanta en el espesor

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

mismo del órgano; en su crecimiento infiltra el tejido muscular y se aproxima a la línea media manteniéndose por algún tiempo separado de la superficie, la mucosa sin embargo es atraída hacia el tumor y pierde su movilidad. La palpación deja sentir una masa dura redondeada pero sin cápsula que la separe del parénquima lingual con la cual forma cuerpo, carece por consiguiente de toda movilidad dentro del órgano. Cuando ha adquirido cierto volúmen su adherencia a la mucosa se hace más íntima y poco después se ulcera, su aspecto es entonces igual al de la forma siguiente:

El cáncer superficial o ulceroso comienza generalmente sobre una placa leucoplásica; ésta se agranda, se indura, y se agrieta, convirtiéndose después en una úlcera, al mismo tiempo se induran los tejidos sobre los cuales asienta la lesión; el proceso crece poco a poco hasta adquirir un aspecto más o menos semejante al que presenta la enferma cuya descripción hemos hecho ya.

El cáncer lingual es un epitelioma de tipo pavimentoso que se presenta bajo las formas lobulada y tubulada; la primera es la más frecuente. La propagación se hace rápidamente por contigüidad y por vía linfática. por eso, cuando nos encontramos con un cáncer lingual debemos examinar atentamente todas las regiones vecinas y los grupos ganglionares en que terminan los linfáticos de la lengua. Los cánceres de la punta y de los bordes se propagan generalmente hacia el piso de la boca y pueden alcanzar el maxilar inferior; los que comienzan en la base se extienden por los pilares y el velo.

Los grupos ganglionares que corrientemente se afectan son los situados en las regiones supra-hioideas—sub-maxilares y submentales—y los de la cadena yugular interna en su porción comprendida entre el vientre posterior del digástrico y el omohiodeo. Es importante tener presente que la invasión ganglionar no sólo se produce en el mismo lado de la lesión sino que es muy frecuente el infarto de los ganglios del lado opuesto. Además, tanto unos como otros se afectan en una época precoz de la enfermedad. La comprobación práctica se tiene en esta enferma; su lesión cancerosa está bien limitada al lado izquierdo y sin embargo se hallan invadidos grupos ganglionares de los dos lados.

El pronóstico del cáncer de la lengua es, en general, muy grave, y lo hace más todavía la circunstancia de que los enfermos acuden al cirujano demasiado tarde; es corriente verlos por primera vez cuando sus lesiones han salido ya de la lengua pero se acompaña de grandes infartos ganglionares; las operaciones radicales en estas condiciones son casi imposibles y de allí que las recidivas se produzcan casi inmediatamente. El pronóstico es más favorable cuando la intervención operatoria tiene lugar en el principio inicial de la enfermedad y la operación comprende una ablación extensa de la lengua y de sus territorios ganglionares. Pero para que esta conducta

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

se extienda y mejoren por consiguiente los resultados definitivos, precisa diagnosticar la enfermedad de un modo precoz; la mejor manera de conseguirlo es apelar a la biopsia cada vez que tengamos la menor duda sobre la naturaleza de la lesión lingual; el resultado del examen microscópico nos permitirá, en algunos casos, intervenir oportunamente y obtener curaciones de larga duración.

No es oportuno que yo exponga ahora los diversos procedimientos operatorios que se emplean en el cáncer de la lengua, me limitaré a decir lo que pienso hacer con la enferma. Tanto el estado general como las condiciones locales de la lesión justifican que esta enferma sea operada; hemos examinado sus principales órganos encontrándolos en buenas condiciones; hemos hecho examinar su orina y su sangre obteniendo también resultados favorables. Localmente la lesión está limitada a la lengua, y si es cierto que hay infartos ganglionares en ambos lados, esto no constituye una contra-indicación operatoria.

Como preparación indispensable para la operación hay que comenzar por la desinfección de la boca; ya hemos encomendado a un dentista la limpieza de toda la dentadura y la extracción de los dientes cariados. En vez de dar un purgante la víspera de la operación, práctica que vamos abandonando ya en muchos casos, nos limitaremos a vigilar la exoneración diaria del intestino administrando laxantes suaves o simples enemas. Ordenaremos una alimentación sencilla pero suficiente y prescribiremos también, desde ahora, un poco de bicarbonato de soda preventivo contra los fenómenos de acidósis post-operatorios. La operación será practicada en dos tiempos; en el primero haremos la ablación de los ganglios de ambos lados y 8 o 10 días después la extirpación de la lengua por vía bucal.

Siguiendo el plan trazado, la intervención comprendió dos partes; en el primer acto operatorio extirpamos de uno y otro lado todos todos los ganglios infartados junto con las glándulas sub maxilares y el tejido celular que los rodeaba, ligamos además las dos arterias linguales. Empleamos la técnica aconsejada por Sebileau y descrita por Truffert (1). No sólo se encontraban afectados los ganglios sub-maxilares, sino también un importante ganglio carotídeo se hallaba comprometido en cada lado.

Conseguida la cicatrización se amputó la lengua por vía bucal procurando sobrepasar bastante la porción afectada. El resultado inmediato fué favorable y hemos tenido ocasión de ver a la enferma dos meses más tarde sin que presentara hasta entonces la más leve sospecha de recidiva.

---

(1) M. P. Truffet. Technique de l'exérése des ganglions sous-maxilaires. *Journal de Chirurgie*. Janvier 1923.

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

# Academia Nacional de Medicina

*(Continuación)*

G.—*ENFERMEDADES MENTALES.*—En el dominio de la medicina mental, se han contemplado en los debates de la Academia, las siguientes cuestiones:

El Prof. Honorio Delgado, médico del Asilo Colonia "Víctor Larco Herrera", de la Magdalena, comunicó a la Academia, en la sesión del 17 de junio de 1921, los resultados que había obtenido, en tres enfermos de su servicio, mediante el empleo del método que el Prof. Wagner von Jauregg, preconiza en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva; y que como se sabe, consiste en la inyección de medio centímetro cúbico o de un centímetro (según que la sangre conserve o no su fibrina) de sangre de un enfermo palúdico, en que actúe el plasmodium vivax, para provocar en los paralíticos, mediante la inoculación del hematozoario, el estallido de los accesos febriles que sea menester para modificar la marcha del proceso primitivo.

Las observaciones del profesor Delgado, que fueron comentadas por los Profs. Arce, Ribeyro, Paz Soldán y otros, no son tan convincentes como para prestigiar el procedimiento: tanto por su corto número, como porque el éxito completo sólo se obtuvo en un caso; no obstante lo qué se estimuló la labor de investigación del conferenciante, ya que, hoy por hoy, no se dispone de recurso alguno capaz de detener la marcha invasora de este terrible mal. Se insistió, lo suficiente, por algunos académicos acerca de la conveniencia y necesidad de ilustrar al público acerca de los alcances de esta medicación, para evitar comentarios capaces de dañar el prestigio de los que verifican estos estudios.

Los Prof. H. Valdizán y H. Delgado, presentaron, en la sesión del 8 de julio de 1921, un trabajo basado en tres historias clínicas de enfermos del Asilo Colonia de la Magdalena, en los que habían podido estudiar las *Manifestaciones psicosexuales en la demencia precoz:* trabajo en extremo interesante, en que sus autores analizaron los síntomas ofrecidos por los enfermos interpretándolos convenientemente.

Con motivo de una comunicación ofrecida, en la sesión del 22 de julio de 1921, sobre la *Demencia precoz,* desde el punto de vista de su etiología, patogenia y formas clínicas, se hizo presente, por los académicos partícipes en la discusión, la necesidad se formular un programa de Higiene Mental, en que se bosquejaría la profilaxis de esta penosa vesanía.

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

El Prof. Delgado, aprovechó del momento para disertar extensamente sobre el psíco-análisis en la referida enfermedad: la Demencia precoz.

El tratamiento de la Epilepsia por la Luminal, fué el tema que desarrolló, lucidamente y con gran acopio de datos, el Prof. Delgado, en la sesión del 10 de mayo de 1922. El preopinante expuso el resultado de sus observaciones verificadas en el Asilo Colonia de la Magdalena, desde hace tres años, que le han permitido comprobar que este medicamento ejerce favorable influencia en la marcha de este síndrome. El Prof. Pardo Figueroa y el Dr. Neuhaus, corroboraron lo dicho por el conferenciante; pero no dejaron de formularse en el debate, algunas reservas sobre esta nueva medicación, una vez que han variado sustancialmente los conceptos sobre la patogenia de la epilepsia.

Con todo, el Luminal continúa empleándose, parece que con evidente provecho, como recurso terapéutico en el mal comicial.

La Academia escuchó, con verdadera complecencia, en la sesión del 21 de abril de 1922, la ocmunicación que hizo el Prof. Delgado sobre *El dibujo en los alienados*. Dijo que ya tiene reunidas dos colecciones de dibujos hechos por los pensionistas del Asilo Colonia de la Magdalena, la primera de un millar que iba a remitir a la Comisión de Heidelberg, que estudia este asunto con verdadera devoción. Trató el punto con gran versación y mucha amenidad, demostrando cómo los dibujos traducen el conflicto mental de los sujetos, revelando muchas veces detalles muy interesantes de su pasado, y apartándolos de la reconcentración que les es tan dañina. Expuso, como dato en extremo curioso, que si el enfermo dibuja vigilado, en presencia del médico o del enfermero, lo hace con bastante corrección; pero si se le deja en libertad, o se le aplaude, enontrándose libre de la censura o de la represión, entonces dando rienda suelta a su imaginación, los dibujos versan sobre motivos más o menos erótios. Presentó muchos dibujos, interpretándolos y haciendo el psico-análisis de sus autores.

El miembro titular Dr. Carlos A. Bambarén, pidió, en la sesión del 25 de julio de 1923, que la Academia contemplara el serio y bien complicado problema de la *Asistencia de los toxicómanos*. Es bien sabido que la toxicomanía se propaga con alarmante rapidez, pese a la campaña emprendida para combatirla por las Ligas de higiene mental y por los estudiosos de la medicina social: de la medicina pública. Entre nosotros no está debidamente instalada la asistencia de estos desgraciados; pues al Asilo Colonia de alienados no pueden ingresar, porque a ello se oponen, por una parte, las disposiciones del reglamento del asilo, y por otra la larga tramitación que se exige para conseguir la admisión de un pensionista en el manicomio: y por lo que hace a su medicación en los domicilios particulares, es azás difícil, por no decir imposible. Qué

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

conviene hacer para salvar estas deficiencias es lo que deseó el Dr. Bambarén, que indicara la Academia. Discutido el tópico, en sus múltiples aspectos y teniendo en cuenta los medios de que se disponen en nuestros establecimientos hospitalarios, se aprobó por unanimidad la siguiente moción:—Que se haga presente a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima la conveniencia de crear en el Asilo de alienados, una sección para la estada y asistencia de los toxicómanos, en la cual regirán las disposiciones hoy vigentes en los otros Nosocomios; sección que será atendida por personal idóneo.

También se consideró la conveniencia de propiciar la implantaión, en los Hospitales urbanos, de servicios y consultorios-dispensarios para psicópatas que no necesitan acudir al Asilo de enagenados; lo mismo que el ingreso voluntario de los pequeños psicópatas a esa casa, y varios otros asuntos de la moderna técnica de la asistencia de la afecciones mentales: puntos todos estos que se acordó fueran estudiados por una comisión especial.

"El Prof. Honorio F. Delgado, presentó en la sesión del 22 de febrero de 1924, un estudio sobre el "Status Thymicolinphaticus", basado en dos observaciones de epilépticos en los que existía la anomalía constitucional timicolinfática. Para la finalidad de su trabajo, revisó el estado actual de los conocimientos sobre la fisiología del timo, la etiopatogenia del estado timicolinfático y el mecanismo de los accidentes que sobrevienen en los pacientes que ofrecen hipertrofia del timo, especialmente la muerte súbita: accidente que tiene gran importanciaa desde el punto de vista médico-legal".

H).—*LEPRA*.—Como quiera que la Lepra no es enfermedad muy freuente en el Perú, no es de extrañar que sólo en una vez, en la sesión del 2 de junio de 1924, se haya tratado de este proceso morboso en el seno de la Academia de Medicina. En ese día los Prof. Paz Soldán y Monge, prresentaron una comunicación sobre "La Lepra en el Perú", hecha con motivo de un caso observado en el Hospital de Santa Ana, en la que los autores se proponen preparar la contribución del Perú a la próxima Conferencia Americana sobre la Lepra, que se ha de reunir en Buenos Aires. Las conclusiones de la comunicación, unánimemente aceptadas por la corporación, fueron las siguientes:

1º El Perú es uno de los países en donde la lepra es excepcional.

2º Los pocos casos historiados, constituyendo focos, se refieren a la cuenca amazónica, principalmente en los puntos ribereños del gran río Ucayali; zona que por su escasísima población y su dilatada área no es la más a propósito para la diseminación de la enfermedad.

3º El caso historiado en esta comunicación, nos revela la existencia de la enfermedad en zona hasta ahora incriminada

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

como leprógena. Esta zona pertenece a la provincia del Dos de Mayo, del departamento de Huánuco, no lejos de las riberas del Huallaga.

4° Salvo el caso relatado por el Dr. Juan Voto Bernales, no existe en nuestra literatura médica ningún caso autóctono en Lima,

5° El caso comprobado por el Dr. Frasser, en Talara, hace pensar en la posibilidad de un foco leproso en la frontera vecina al Ecuador.

6° La rareza de la enfermedad en el Perú debe imponer al poder público, como labor urgente y patriótica, atender al aislamiento sanitario de los pocos enfermos existentes dentro del territorio de la República, siguiendo los consejos mundiales que piden para estos enfermos la piedad y la ciencia en su tratamiento, a fin de prevenir nuevos contagios y la posible difusión de la enfermedad.

7° La Academia Nacional de Medicina invita a los médicos nacionales a colaborar a la obra de establecer con exactitud el censo de la lepra en el Perú.

3.—*COMUNICACIONES DIVERSAS.*—En esta parte de mi exposición voy a indicar los títulos de las más interesantes comunicaciones hechas a la Academia, que no han sido ni mencionadas ni comentadas en los otros capítulos de esta reseña:

Un *caso de Epilepsia sifilítica o Jacksoniana,* con presentación de enfermo, por el Prof. Villar, en la sesión del 30 de octubre de 1897.

*Embarazo octópico tubario derecho,* que se abriró paso por la vejiga y la uretra, por la que se lograron extraer más de treinta entre huesos y fragmentos del esqueleto del feto, con un gráfico de las piezas extraídas.—Por el Prof. Matto, en la sesión del 18 de octubre de 1901.

—La *toxicidad del ácido bórico en enemas,* discutida en la sesión del 15 de diciembre de 1902, a propuesta del Prof. E. Lavorería. Se convino en que se abusaba mucho de este modo de administración del medicamento, apoyándose en su pretendida inocuidad.

—Un *caso de septicemia gaseosa.*—Por el Prof. Daniel E. Lavorería, en la sesión del 21 de abril de 1903.

—Un *caso de Enfermedad de Banti.*—Por el Prof. Ernesto Odriozola, en una de las sesiones del año de 1903.

—*Embarazo doble miomatoso y fetal.*—Panhisterectomía abdominal por el Prof. Pablo S. Mimbela, en la sesión del 19 de octubre de 1903.

—*Afrometría urinaria.*—Por el Sr. Alfredo Bignon.—"El grado afrométrico de una orina, es la cantidad de centímetros cúbicos diluída con agua corriente, a razón de 200 cc. por emisión horaria, necesaria para producir una espuma persistente durante media hora, en 100 cc. de licor acético (11 cc. de ácido cristalizable en un litro de agua corriente) después de una agi-

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

tación de un minuto.—En la orina normal, el grado afrométrico parece oscilar entre 1 1|2 cc. 3 1|2 cc.—Toda orina cuyo grado afrométrico, es menor de 1 cc. es sospecosa, y es probable que contenga trazas de albúmina". En la sesión del 7 de diciembre de 1903.

*Dosage de los sedimentos urinarios y su valor en la clínica.*—Por el Sr. Alfredo Bignon, en la sesión del 4 de enero de 1904.

—*Propiedades fisiológicas de la cocaína: su acción anestésica e influencia de los ácidos y de los álcalis sobre dicha acción.*—Por el Sr. Alfredo Bignón, en las sesiones del 18 de enero y 17 de febrero de 1904.

—*Acción terapéutica de los Rayos X sobre el epitelioma.*—Su buen resultado, comprobado con tres historias clínicas.—Por el Prof. Pablo S. Mimbela, en la sesión del 13 de junio de 1904.

—*Ureometro* ideado por el Dr. Carlos A. García, director de la Sección química del Instituto Municipal de Higiene, presentado por el Prof. Laborería, en la sesión del 23 de mayo de 1905. Aparato de gran utilidad práctica, resultado de la paciente laboriosidad de su autor, de fácil manejo y de gran precisión en sus resultados. La sección V informó exponiendo las excelencias de este aparato.

—*Usos terapéuticos del ácido fórmico y de los formiatos, y sus efectos sobre la fibra muscular estriada o lisa.*—Por el Prof. F. Almenara, en la sesión del 2 de octubre de 1905.

—*Filtración de las orinas turbias albuminosas.*—Por el Dr. Carlos Alberto García, en la sesión del 20 de agosto de 1910.

—Consultada la Academia de Medicina por la Inspección Municipal de Higiene, respecto a la conveniencia de utilizar personal femenino para las labores subalternas en los laboratorios de esa dependencia municipal; se acordó, en la sesión del 20 de febrero de 1911, que en sentir de la corporación no había inconveniente alguno para adoptar tal medida, pudiendo autorizarse el ingreso, como empleadas, de las mujeres, que tengan aptitudes para servir como ayudantes en el Instituto Municipal de Higiene.

—*Aneurisma parietal del corazón.*—Historia clínica leída por el Prof. J. Arce, en la sesión del 9 de enero de 1913, con presentación de la pieza anatómica respectiva.

—En los siguientes términos he dado cuenta, en otra oportunidad, de una interesante y novedosa comunicación del Prof. Odriozola:—"El Prof. Ernesto Odriozola, en sesión de 28 de octubre de 1918, presentó la historia de un caso curioso y excepcional que tuvo oportunidad de observar en su servicio del hospital "Dos de Mayo". Se trata de un sujeto de 42 años de edad, de profesión minero, que maneja los minerales de plata, plomo y cobre; y cuya dolencia se ha caracterizado por fortísimos dolores localizados en el vientre, alrededor del ombligo, matinales y rebeldes a todo tratamiento inclusive las inyecciones de morfina. Dice haber tenido antes de ahora cólicos clasi-

Universidad del Perú. Decana de América

ficados como hepáticos, designación que no encuadra en los que se observan ahora. Ni en los antecedentes, ni en el examen local, ni mediante la radioscopía pudo tenerse dato alguno algo ilustrativo. Mediante una laparatomía exploradora practicada por el Dr. L. La Puente, se extrajo del estómago un cuerpo (que presentó el conferenciante), del tamaño de un huevo de paloma, de lijera densidad, de color oscuro, que fué entregado al estudio químico del Prof. M. A. Velásquez, quien lo encontró formado por sangre coagulada y desecada".

—*Tuberculosis primitiva del bazo.*—Por el Prof. Oswaldo Hercelles, en la sesión del 22 de setiembre de 1919.

—*Un probable caso de espiroquetosis ictero-hemorrágica.*—Por el Prof. J. Arce, en la sesión del 28 de enero de 1921.

—*El procedimiento de Lo Mónaco en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.*—Por el Prof. Corvetto, en la sesión del 11 de febrero de 1921.

—*Meningitis cerebro espinal producida por el micrococus catarralis.*—Por el Prof. J. Arce, en la sesión del 10 de junio de 1925.

—*Taquicardia paroxística.*—Por el Prof. J. Arce, en la sesión del 9 de setiembre de 1921.

—*Neumotorax artificial.*—Por el Prof. Corvetto, en la sesión del 7 de abril de 1922.

—*Endocarditis subaguda estreptocócica.*—Por el Prof. Carlos Monge, en la sesión del 6 de julio de 1923.

—*Algunos casos de falsas apendicitis disentéricas.*—Por el Prof. F. Quesada, en la sesión del 23 de noviembre de 1923.

—*Eosinofilia, infección y vagotonía.*—Por el Prof. Max. González Olaechea, en la sesión del 4 de enero de 1924.

—*Traumatismo cráneo-encefálico con pérdida de sustancia óseo y materia cerebral.*—Por el Dr. Luis de La Puente, en la sesión del 1° de febrero de 1924.

—*Varias observaciones interesantes de fiebre tifoidea.*—Por el Dr. Carlos A. Bambarén, en la sesión del 28 de abril de 1925. —Insistió el autor en el género de alimentación a que había sometido a sus enfermos, análoga a la preconizada por el Prof. Marañón, de Madrid.

—*Papel patógeno del coli-bacilo.*—Por el Prof. Rebagliati, en la sesión del 4 de setiembre de 1925.

—*Insulina en las complicaciones quirúrgicas de la diabetes.*—Por el Prof. Max. González Olaechea, en la misma sesión.

—*Gonococia con localización cerebral, curada mediante inyecciones de Gluco-914.*—Por el Prof. Avendaño, en la sesión del 19 de setiembre de 1925.

La Academia Nacional de Medicina propició, en la forma más significativa y con el más fervoroso aplauso, la publicación del Diccionario de Medicina Peruana de que es autor el Prof. Valdizán; y al proceder así, no sólo prestó su aprobación a una de las más interesantes obras de nuestra bibliografía mé-

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

dica, sino también estimuló al autor y a los demás cultores de ciencia a laborar con tesón y con provecho por el progreso y por el lustre de la medicina patria.

4.—*DEFENSA DE LA INFANCIA.*—En dos ocasiones, en 14 y 18 de abril de 1902, a pedido del Prof. Almenara, y en 3 de octubre de 1910, por iniciativa del Dr. Eyzaguirre, se ha ocupado la Academia del muy serio problema de la *Mala calidad de la leche que se consume en Lima* y de su nefasta influencia para generar no sólo las enfermedades gastro intestinales, sino hasta la atrofia de infancia. Es de todos conocida la situación azás difícil que se crea para la madre que tiene que recurrir a la lactancia artificial, porque la sofistificación de la leche en Lima y poblaciones vecinas, ha llegado al colmo, a lo increíble. Como resultado de las discusiones habidas en ambos momentos, la Academia acordó hacer presente a las autoridades encargadas de velar por la salud pública, la obligación en que están de procurar detener la ola de inescrupuloso mercantilismo que informa la conducta de los que se dedican al comercio de la leche.

Felizmente, hoy por hoy, se ha modificado favorablemente la condición en que se verifica el expendio de la leche en la capital y sus suburbios. Al fin se han impuesto las sabias enseñanzas de la higiene.

—En la legislatura del año 1917, se produjeron algunas iniciativas encaminadas a establecer sobre bases científicas la defensa de la infancia. La Academia resolvió aprovechar el momento para formular un programa completo de asistencia y protección de la infancia, que sirviera de pauta, de ilustración, para las resoluciones que parecía estar dispuesto a dictar el Congreso en pro de la porción más delicada y digna de apoyo de la colectividad, de la niñez, de "la humanidad en flor".

Para ello, se encomendó de la confección del programa al Dr. E. L. García, cuya competencia en la materia es de todos conocida; y, se dispuso que se invitara, para su concurrencia a los debates, a las autoridades sanitarias, gubernativas y municipales, a los especialistas en pediatría, a los médicos representantes a Congreso, y, en una palabra, a todos los que quisieran aportar su contingente a esta obra de bien y de patriotismo. La discusión, por demás interesante y en extremo ilustrativa, se efectuó en las sesiones del 15, 19 y 26 de octubre y 7 de noviembre de 1917, aprobándose lasa conclusiones del estudio del Dr. García, cristalizadas en los siguientes votos:

"I.—La Academia Nacional de Medicina de Lima consi-"dera la mortalidad de la ciudad alta y reductible".

"II.—La mitad de las defunciones corresponden a las en-"fermedades llamadas evitables".

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

"III.—La intensidad de la mortalidad es regida por esas "enfermedades, siendo la primera infancia su mayor contri- "buyente".

"IV.—La defensa intensiva de la primera infancia es el "lado más accesible en un programa para lograr la disminu- "ción de nuestra mortalidad general".

"V.—Estas conclusiones pueden hacerse extensivas a to- "da la República".

"VI.—La educación y formación de verdaderas madres, es "la primera y más eficaz medida para disminuir la mortalidad "de la primera infancia en el Perú".

"VII.—Los poderes públicos deben implantar todas las me- "didas útiles para fomentar la lactancia materna".

"VIII.—Que se propague la institución de las *gotas de "Leche* con la mayor amplitud posible".

"IX.—Que se instalen *cocinas para lactantes* anexas a las "gotas de leche".

"X.—Que las *gotas de Leche* tengan forzosamente una di- "rección médica especializada, sujetando a la vigilancia de la "autoridad a los institutos particulares".

"XI.—Que mediante una legislación rigurosa pueda hacer- "se efectiva la vigilancia de la leche destinada a la alimenta- "ción de los lactantes".

"XII.—Que las cunas constituyen un accesorio de la de- "fensa infantil en determinadas condiciones, pero de ninguna "manera priman sobre las gotas de leche".

"XIII.—a).—Que se difunda por todos los medios posibles "la enseñanza de la puericultura en la República".

"b).—Que se obligue a las obstetrices a seguir un curso "de puericultura, con práctica en las gotas de leche y en los "hospitales de niños".

"c).—Que se cumplan las disposiciones legales que decla- "ran obligatoria la enseñanza de la puericultura en la ins- "trucción general femenina".

"d)—Que se cree en los hospitales cursos para la ense- "ñanza de cuidadoras de niños".

"XIV.—Que se funden premios de estímulo para las ma- "dres que alcancen la mayor supervivencia de sus hijos, como "consecuencia de la mejor observación de los preceptos de la "higiene".

"XV.—Que se establezcan primas y auxilios pecuniarios "para las madres que cumplan con el deber de amamantar a "sus hijos".

"XVI.—Que se verifiquen conferencias sobre estos temas "en los centros obreros, procurándoles la mayor difusión y re- "clamo posible".

"XVII.—Que se fomente la creación de instituciones en- "cargadas de la vigilancia domiciliaria del niño, recomendán- "dose como tipo las de las *Damas visitadoras de Manchester*".

Universidad del Perú. Decana de América

XVIII.—Que se de estricto cumplimiento a la ley sobre "ejercicio de la profesiones médicas, y a los reglamentos com- "plementarios correspondientes".

"XIX.—Que se construyan hospitales destinados exclusi- "vamente a la asistencia de los niños".

"XX.—Que se prodigue asistencia, y únicamente asistencia "médica, a los niños desde la iniciación de sus enfermedades".

"XXI.—Que se funde, por lo menos, una publicación pe- "riódica que se ocupe única y exclusivamente de las cuestio- "nes referentes a la asistencia de las enfermedades de la in- "fancia; periódico que se distribuirá gratuitamente a los mé- "dicos, y a las sociedades de beneficencia y demás corporacio- "nes oficiales de toda la República".

"XXII.—Que se invite a las sociedades de beneficencia, a "las municipalidades, a los médicos y a las sociedades obreras "a interesarse por estos votos".

"XXIII.—Que se generalicen y se difundan en la opinión "pública, los siguientes conceptos:

"a).—Que la tuberculosis es una enfermedad muy genera- "lizada, pero que es evitable y curable;

"b).—Que casi siempre se la adquiere por contagio; y

"c).—Que todas las personas deben considerarse sospecho- "sas de contagiosidad, para adoptar las precauciones que de- "dan al niño de su contagio directo o indirecto".

XXIV.—Que se emprenda seria y tenaz campaña antivené- "rea y antisifilítica, haciéndose la profilaxis de la trasmisión "de la sífilis por las nodrizas, y, que siempre se contemple "la posibilidad de la heredosífilis en el diagnóstico de las en- "fermedades de la primera infancia".

"XXV.—Que se establezca el mayor número de consulto- "rios gratuitos para la asistencia médica de los niños de las "clases pobres, en toda la República".

"XXVI.—Que se sanée la habitación y se construyan casas "sanas y baratas, teniéndose presente al adjudicarlas a los "necesitados, el fomento de la matrimonialidad y del hogar "honesto y estable".

La Academia al prestar su aprobación a estos votos, se preocupó preferentemente en hacer obra de vulgarización, tanto para el público como para los poderes constituídos, a fin de que pudieran orientarse por el verdadero sendero científico al dictar las leyes protectoras para la infancia.

Parece que se ha conseguido tan interesante finalidad, pues después de 1919, se han realizado grandes innovaciones en la benemérita obra de la protección a la infancia, cuya defensa se halla, hoy por hoy, bastante bien orientada.

*(Continuará)*

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

# Prensa Médica Argentina

ARTROPLASTIA TIBIOTARSIANA POR ANQUILOSIS OSEA.— La particularidad de que no es frecuente intervenir en una artroplastia por anquilosis ósea; la particularidad de que son reducidas las afecciones que toman esta articulación anquilosándola; la particularidad de que el porcentaje de estas afecciones, en relación a las otras articulaciones, es ínfimo; y la particularidad de que las anquilosis óseas por tuberculosis, que son las más frecuentes, tienen la indicación absoluta de la abstención operatoria, hacen que este caso de anquilosis del tobillo, consecutiva a una vieja osteomielitis de la vida complicada de artritis anquilosante, y tratado por artroplastía tibiotarsiana, sea interesante.

La enferma, antes de ser operada estaba con su articulación, inmovil, su marcha poco menos que imposible y, luego, una vez intervenida, su articulación recuperó la movilidad y la deambulación y la marcha se hizo fácil.

Este trabajo que fué presentado a la *Sociedad de Cirugía de Buenos Aires* por los Drs. Guillermo Bosch Arana y Oscar Ratto, estuvo acompañado con un film cinematográfico.

La enferma refiere que habiendo sido sana hasta la edad de trece años, comenzó en esa época sus padecimientos que le atormentaron hasta la fecha, acusando desde su iniciación fuertes dolores del tobillo proceso agudo, con temperaturas elevadas, que le ogligaron a la quietud más absoluta. Fué intervenida casi de inmediato, drenándose abundante y en forma prolongada, un proceso óseo de la tibia en su porción yuxta epifisaria que, con el tiempo, se complicó de una artritis tibiotarsiana,la cual fué drenada consecutivamente mediante descargas de ambos lados de la articulación. Este estado de supuración se prolongó con alternativas de mejoría y de retención, pasando el proceso del estado crónico, fistular. Felizmente, al finalizar su *tercer año de enfermedad*, las bocas fistulares se cerraron en forma definitiva, para no abrirse más. Contaba la paciente diez y seis años de edad. Desde ese tiempo comenzó nuevamente a caminar, notando, como era de esperarse, grandes dificultades, no sólo por sus tres años de inmovilidad horizontal, si que tambien, por la deformación del pié. Esta deformación, lejos de mejorar con la marcha, fué acentuándose insensiblemente en los ocho años consecutivios de crecimiento de la niña, y el día de la primera consulta, la marcha era defectuosa, dolorosa, incorrecta, contando a la sazón venticuatro años de edad.

Al examinar el estado local del miembro inferior izquierdo, se nota la articulación tibiotarsiana anquilosada en ángulo de 135°, abierto hacia adelante,con un antepié en rigidez metatarsiana,con pié cavo marcadísimo, con equinismo y valgus muy notable, al punto de que la línea de estática caía fuera del borde externo del pie. Cicatrices cutáneas, al nivel del tobillo, en su región interna, viciosas, fija-

das al plano óseo de la tibia y del maleolo interno; otras, del lado externo, que se situaban también sobre la pierna, y lo más digno de anotar: un espesamiento colosal de los huesos, tibia y peroné, englobando la articulación tarsiana.

La radiografía sacada para ver la lesión ósea, demostró fuertísima anquilosis ósea; en todo demostraba un proceso de osteomielitis, curada por completo, pero con una escuela: la anquilosis.

El estado funcional de la marcha, era desastroso, pues con una anquilosis tibiotarsiana de 135°, abierto hacia adelante, se comprenderá que la deambulación no fuese posible, y, además, porque las articulaciones del antepié se encontraban rígidas o inmóviles con *pie cavo* fijo. Si a estas consideraciones se agrega que, como consecuencia de la marcha defectuosa que la paciente efectuó durante los ocho años de su crecimiento,se instaló una tibia recurvatum hacia delante, se podrá dar idea de la fisiología y de la marcha de la paciente.

La operación consistió en una artroplastia, realizada con anestesia raquídea, por el procedimiento del modelaje óseo de ambas superficies, después de haber roto la sólida anquilosis, y la interposición de un colgajo de facia lata extraído de la misma enferma y del muslo derecho. El colgajo fué sacado con gran amplitud y doblado sobre sí en dos partes iguales, cubriendo sin dificultad, las superficies óseas modeladas de la tibia y el peroné. Hemostasia perfecta y colocación de un yeso liviano previa extensión para evitar la compresión del ingerto de fascialata. A los veinte días comenzó la movilización pasiva, masajes suaves y baños de calor a la cámara.

Los grandes beneficios de la intervención, no tardaron en hacer ce evidentes, ya que la enferma podía mover su tobillo a los cuarenta dias y levantarse para hacer sus primeros pasos. Sin embargo, las rigideces articulares del tarzo no se modificaron mayormente, no obstante haber pasado varios meses, y el pié cavo no mejoró su grado de concavidad, todo lo cual perjudicaba enormemente la marcha. Esta circunstancia determinó a realizar una intervención para corregir el pié, efectuándose la sección de la aponeurosis plantar retraída, con lo cual se redujo el cavismo y se mejoró su marcha.

Los resultados operatorios, después de seis meses, han sido altamente elocuentes : una radiografía sacada en esa fecha, demostró una interlínea articular que permite un juego articular libre,sin tendencia a la anquilosis. Se puede apreciar la neoartrosis con ligera forma articular, y la corrección del vagismo.

La enferma puede mover su tobillo dentro de un grado angular justripeciado en 15° en forma activa y de 25° en forma pasiva; movilidad bien satisfactoria para realizar una marcha natural dentro de su claudicación por el acortamiento del miembro. Es indiscutible quela tibia recurvatum, que acusa la enferma, tiene una buena participación en los movimientos deambulatarios, los que se verían mejorados si se corrigiese la inflexión. La paciente puede realizar caminatas largas sin sentir molestias ni gran cansancio.

Dr. Carlos A. BAMBAREN.

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

# Noticias

PRIMER CONGRESO PANAMERICANO DE LA TUBERCULOSIS.—Se anuncia para el mes de octubre del año 1927, la celebración en la ciudad de Córdoba (Argentina), del Primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis. En la circular distribuida con el objeto de dar a conocer las bases de esta justa científica, se expresa, entre otras cosas, lo siguiente:

«Si la tuberculosis es para todos los países del mundo uno de los más serios problemas médicos y sociales, lo es en particular para los países de América, en constante desarrollo y proceso de formación de las razas del porvenir.

«Con el propósito de intercambiar ideas, unificar la acción y aportar el mayor concurso de ciencia y experiencia para contribuir a la solución del problema y de aportarlo especialmente de los países que tienen con la República Argentina características semejantes e intereses comunes en materia de higiene social, surgió la idea de este Congreso, que al reunir en su seno a los colegas de las tres Américas para luchar contra un enemigo común, estrechará al mismo tiempo los lazos de confraternidad internacional.

«El hecho de ser éste un Congreso Panamericano no excluirá la presencia de los hombres que en otros países extranjeros hayan consagrado sus preocupaciones científicas al estudio de la tuberculosis y así la Comisión organizadora tiene el pensamiento de invitar a especialistas europeos, que podrán intervenir en sus debates y figurar como autorizados miembros del Congreso.

«El Congreso se realizará bajo los altos auspicios de las autoridades de la nación Argentina, de la provincia y de las universidades en particular de la Universidad de Córdoba y de su Facultad de Medicina, coincidiendo con la celebración del cincuentenario de esta última, lo que le permitirá contar en tan memorable fecha, con la presencia de ilustres representantes de la medicina, del país y del extranjero.»

EL PROFESOR GUSTAVO PITALUGA.—El doctor Gustavo Pittaluga, catedrático de Parasitología en la Facultad de Medicina de Madrid, miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina, ha aceptado la invitación para asistir a las sesiones del III Congreso Argentino de Medicina.

El Profesor Pittaluga es uno de los profesionales que más prestigio goza en España. Dedicado desde sus comienzos al lado del gran biólogo italiano Juan Bautista Grassi, a quien acompañó en algunas de las célebres campañas antimaláricas que aquel eminente sabio emprendiera, al estudio de las enfermedades tropicales, representa actualmente una autoridad indiscutida en la materia, con-

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

sultándosele muy a menudo en las materias de su especialidad, por autoridades y gobiernos. El doctor PITTALUGA es autor de un magnífico tratado de enfermedades tropicales y de otro de Hematología ambos justamente reputados. Designado por el gobierno español como jefe de la lucha antipalúdica en el Sur de España y colonias, los resultados de sus gestiones y labor en este sentido son ya ponderables. Forma parte el Dr. PITTALUGA del Consejo de Higiene de la Liga de las Naciones.

EL PROFESOR VITTORIO ASCOLI. — Se anuncia que el Profesor VITTORIO ASCOLI, catedrático de Clínica Médica de la Real Universidad de Roma irá a Buenos Aires, para dictar una serie de conferencias.

LIGA ARGENTINA CONTRA LA TUBERCULOSIS.—La última Junta Directiva está formada en la siguiente forma: Presidente, doctor GREGORIO ARAOZ ALFARO; Vicepresidente primero, doctor CARLOS BONORINO UDAONDO; vicepresidente segundo, doctor JUAN J. ARECHAVALA; secretario, doctor ANTONIO FILARDI; Tesorero, FEDERICO SANTA COLOMA; pro-tesorero, doctor ENRIQUE PUEYRREDON; vocales: doctor RAMON IRIBARNE, doctor FERNANDO CONI BAZAN, JULIO PICAREL, doctor TOMAS SOJO y ENRIQUE UDAONDO.

HOMENAJE A UN MEDICO PARAGUAYO. — El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de Asunción ha resuelto colocar en el hall de la Escuela de Medicina un busto de mármol del extinto Dr. MANUEL PEÑA, como un acto de homenaje a la filantropía del desaparecido profesional, popularmente conocido por el «médico de los pobres». El Dr. PEÑA asistió al Congreso Médico Panamericano reunido en Lima en 1913.

LIGA ARGENTINA DE PROFILAXIS SOCIAL. — La Junta Directiva ha quedado constituída así:

Presidente: ALFREDO FERNANDEZ VERANO; vicepresidente, PARIDES PIETRANERA; secretaria, ISABEL G. DE ESTRADA; tesorero, CONSTANTINO A. CONDE; vocales, ORESTE CALCAGNO, ALFONSO VON DER BECKE, LUCAS BENITEZ, JULIO R. DONISELLE, ANTONINO E. LUNA y P. E. MALVICINO.

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

# Injerto testicular del mono al hombre

*Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires.*

Por el Dr. RICARDO SPURR

*Profesor suplente de Clínica Genitourinaria en la Facultad de Ciencias Médicas. Director del Hospital Parmenio Piñero y Jefe del Servicio de Cirugía y Vías Urinarias.*

En la actualidad son hechos indiscutibles, verdaderas adquisiciones de la Cirugía experimental y aplicada, que todo organismo, ya sea masculino o femenino, se beneficia fisiológicamente con la inclusión o asimilación de una glándula sexual de la misma naturaleza. Es un hecho igualmente comprobado, que el organismo receptor obtiene beneficios de las hormonas glandulares, durante todo el tiempo que el injerto permanece vivo en el interior de los tejidos y mientras tanto los elementos que lo constituyen no sean destruídos, eliminados, reabsorvidos o esclerosados. Es también un hecho comprobado por la cirugía general, que en materia de injertos, ya se trate de huesos, piel, vasos, glándulas endócrinas, etc. que los homoinjertos tienen siempre muchas más probabilidades de éxito que los heteroinjertos, aunque entre estos últimos existan casos sorprendentes como aquel del profesor Legueu de injerto arterial de perro en la uretra del hombre. Pero es indudable que esta heterogeneidad disminuye si avanzamos en la escala zoológica con respecto a nuestra especie: hombre y mono, o entre especies vecinas: caballo y asno, conejo y liebre, perro y lobo, etc. Es para estos injertos entre especies vecinas que el Prof. Surau ha propuesto la denominación de *homeo-injerto* (homeo, parecido), el cual equivaldría por su valor al homo-injerto o sea el injerto entre seres de una misma especie.

Conocido es que los hetero-injertos entre especies alejadas fracasan por lo general, y su necrosis se produce por la diferencia del quimismo de los humores y tejidos, cuando no también de su constitución anatómica; tal sería lo que acontece, por ejemplo, en los injertos del perro al caballo. En cambio, los fenómenos observados en los homeo-injertos del mono antropoide al hombre, por Voronoff y su escuela, que cuenta con unos trescientos casos, han demostrado plenamente que dichos injertos conservan su vitalidad, que se traduce en resultados benéficos y prolongados.

Cierto es, que desde la época del primer injerto del mono al hombre practicado por Voronoff el 12 de junio de 1920 hasta la fecha, no median muchos años, pero al lado de los resultados observados, existe también la comprobación anatómica efectuada

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

por RETTERER, Profesor de Anatomía Patológica de la Escuela de Medicina de París, quien ha estudiado un injerto de chimpancé de 15 meses en un sujeto que permitió, con tal fin, ser reoperado por VORONOFF.

El resultado de dicho estudio fué comunicado por RETTERER a la Sociedad de Biología el 13 y 20 de octubre de 1923, llegando a la conclusión siguiente: «El éxito de los injertos de testículos de chimpancé se explica fácilmente, gracias a las afinidades zoológicas de los antropoides y del hombre; sus elementos y sobre todo los humores poseen propiedades, sino idénticas, al menos muy aproximadas». De tal suerte, el estudio histológico vendría a probar que el injerto testicular del chimpancé al hombre se comporta como si se tratara de un homo-injerto.

Por otra parte, es un hecho igualmente comprobado, que en los homo-injertos glandulares entre animales, no sólo es factible la vitalidad indefinida del tejido glandular injertado, sino también, que una vez asegurada su nutrición, los elementos que lo constituyen continúan su crecimiento en evolución ascendente, de tal modo que los tejidos jóvenes consiguen alcanzar su completa madurez, dando al organismo que lo alberga el fruto endocrínico de sus hormonas. Esto ha sido también comprobado por RETTERER, quien en una comunicación al Congreso internacional de Edimburgo, el 23 de julio de 1923, manifiesta: «que ha podido realizar el estudio histológico de injertos testiculares practicados en carneros y machos cabríos, que ha extraído mes a mes. En el primer mes nota una degeneración del epitelio de los tubos seminíferos que han desaparecido en gran parte, en cambio, el tejido intersticial se encuentra más abundante. Al cabo de algunos meses o un año el revestimiento epitelial no sólo se encuentra intacto, sino que ha aumentado y llenado por completo el interior de los tubos seminíferos, al punto de transformarlos en verdaderos cordones. «Bien más, un testículo extirpado a un cordero de seis meses y trasplantado en las bolsas de un viejo carnero ha continuado en su huésped su evolución progresiva para pasar del estado prepúber al estado de pubertad». Tal es lo que pudo comprobarse, por haber sido examinado una parte del testículo en el momento que sirvió para el injerto y de cuyo estudio resultó que presentaba el estado espermático, es decir, con tubos que tenían revestimiento epitelial, sin espermatides ni espermatozoides. Catorce meses después retirados algunos fragmentos del testículo injertado, el mismo histologista pudo constatar la presencia de «tubos llenos por pequeños nucleos y filamentos aplanados ovalares *teniendo todos los caracteres morfológicos y colorantes de las cabezas de espermatozoides.*»

Otra cuestión de capital importancia que es menester tener presente es la función endocrica de los testículos.

Ya en 1869, BROWN-SEQUARD, refiriéndose al aspecto físico de los eunucos, ponía en evidencia la relación de efectos que la castración producía en el tipo de estos sujetos, declarando: «Que los hechos demostraban claramente que los testículos producen en la sangre, sea por reabsorción de ciertos componentes del líquido fecundante, sea de otro modo, principios que dan la energía al sistema nervioso y probablemente a los músculos». Agregando: «Yo

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

siempre he creído que la vejez es en parte debida a la disminución de las funciones de los testículos». De ahí nació su idea de la opoterapia, pensando que podría restituir al organismo las substancias que le faltaban administrando productos obtenidos con preparados de glándulas similares de animales.

Estos efectos, que se notan en los eunucos, ya se trate de castrados durante su infancia o en plena pubertad, son, por otra parte, también observados en los animales que son sometidos a dicha práctica y vienen a demostrar la influencia que tiene la secreción interna de los testículos sobre todo el organismo, influencia que no sólo se pone de manifiesto por caracteres secundarios del sexo masculino, sino sobre cada una de las partes del cuerpo: cerebro, piel, huesos, músculos y demás tejidos. En una palabra las cualidades físicas o intelectuales del sujeto dependen tanto de la hormona testicular, como aquella que da los caracteres sexuales secundarios.

En observaciones que ha hecho VORONOFF en Egipto, en castrados a la edad de 6 a 7 años, le han demostrado la poca capacidad intelectual de estos sujetos, que presentan una bóveda craneana más pequeña que lo normal. De igual modo, los castrados en plena actividad sexual, por afecciones quirúrgicas, como la tuberculosis, no tardan en presentar manifestaciones de pobreza intelectual, como ser: difícil concepción de sus ideas o pérdida de la memoria y también disminución de sus fuerzas y resistencia orgánica. Luego la relación de causas a efecto, entre la depresión general del organismo y la desaparición de la secreción testicular no admite duda alguna.

Dentro de esta función endocrínica de los testículos, tenemos aún por dilucidar cuál es el rol que juegan sus elementos histológicos constitutivos en la producción de la hormona específica. Mientras algunos fisiólogos admiten que esta secreción interna es producida por los elementos del tejido conjuntivo intersticial, tal como lo interpretan BOUIN y ANCEL en su teoría clásica, otros, como GLEY y RETTERER, asignan dicha cualidad a las células seminales. Estos últimos autores no se explican cómo puede ser desempeñado el rol endocrínico por células de tejido conjuntivo, cuando en otras glándulas endócrinas son las células epiteliales a las que corresponde la función de la secreción interna, como pasa con la tiroides, suprarrenales o hipófisis. En cuanto a la doble función exócrina y endócrina que la célula seminal tiene que llenar, también afirman que esta doble función existe para otras células que como la célula hepática produce bilis o azúcar.

Los estudios de CHAMPY y PEZARD, en los batracios, pájaros y mamíferos, vienen a reforzar este modo de pensar: habiendo comprobado que los testículos de los animales por él estudiados en el momento del celo y durante los períodos de calma han presentado una notable disminución del tejido intersticial en la época del celo, que contrasta con las manifestaciones secundarias observadas en el macho. En cambio, durante la calma, el mismo tejido intersticial se encontraba siempre más desarrollado.

Queda, pues, en pié, una teoría frente a la otra; lo importante es que la hormona genital, que como toda hormona, al decir de CHAMPY, «es una substancia o propiedad especial de una substancia

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

que no se conoce materialmente, porque las células que la elaboran no presentan nada de particular» (Sexualité et hormones), se hace presente por sus caracteres secundarios en la pubertad, cuando las células seminales entran en función.

La supresión de los testículos antes de la pubertad trae como consecuencia la ausencia de la hormona, que ha de darle al sujeto los caracterese secundarios masculinos, como ha sucedido en nuestro enfermo, en el cual una orquitis doble produjo una doble atrofía glandular que equivale a la castración fisiológica.

La idea de practicarle un injerto testicular nació desde el primer momento que lo vimos. Debíamos hacer un injerto, pero, ¿de qué naturaleza? Un homo-injerto o un hetero-injerto de mono, según el método de VORONOFF, mejor dicho: un homeo-injerto.

Razones especiales impiden que podamos contar con testículos humanos, no por el hecho que ocasione mayor perjuicio al donante, puesto que sabemos que basta para la función la existencia de una de las glándulas, que por otra parte sufren una hipertrofia compensatriz cuando falta la otra, sino porque no basta el consentimiento del individuo, no estando autorizados los médicos para hacer mutilaciones de esta especie.

Obtener un testículo de un sujeto traumatizado, cuya muerte es eminente, tampoco estamos autorizados, porque la ley nos prohibe agregar una lección más a la que pueda presentar; y en tal caso no es siempre tarea fácil disponer en el momento lo necesario para practicar esta doble operación, con los detalles de técnica que requiere (reacciones biológicas previas, etc.). La bibliografía cuenta sólo con un caso del Dr. PRAT, de Niza.

Luego el homo-injerto en el hombre es actualmente impracticable.

El hetero-injerto de otros animales que no sean el mono sería negativo y equivale a desconocer en absoluto las leyes biológicas que deben tenerse presente en todos los casos.

Sólo nos queda el injerto de mono antropoide, como lo aconseja VORONOFF, o sea el homeo-injerto.

Entre estos antropides son el chimpancé, el gorila, el orangután y el cinocéfalo los que más se prestan para esta clase de intervenciones.

Como es natural, y vosotros comprenderéis, no soy autorizado en la materia para tratar aquí del parentesco biologico del hombre y el mono, que algunos autores pretenden demostrar. No obstante, es menester considerar que la embriología, la anatomía, las reacciones biológicas, la dentición de los monos, tiene cierta afinidad con la nuestra. Así SELENKA dice que es difícil distinguir un feto de mono de tres meses de edad de uno humano; aún hasta los cinco meses es materia difícil el reconocerlos. La dentición (32 piezas en el adulto), por su número y forma son iguales, sólo que los dientes del mono son más fuertes (HUXLEY).

La sangre del hombre tiene la misma composición (igual dimensión de glóbulos rojos e igual forma glogbular que aquella del mono); mientras que difiere en absoluto, con la de otros animales. El suero de conejo preparado con sangre humana no precipita ningún suero animal; sólo se produce precipitado abundante con la

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

sangre humana o la sanjre de mono superior. La conformación del encéfalo de antropoide, chimpancé, especialmente, es también parecida a la del hombre; en ambos el cerebelo se encuentra en un plano inferior y recubierto por los dos hemisferios cerebrales. En cambio, en los demás animales se encuentra proyectado hacia atrás.

Tiene también su importancia la edad del mono que ha de servir para el injerto. Los monos antropides tienen un promedio de vida semejante a la del hombre. VORONOFF cree que los chimpancés pueden ser útiles para el injerto desde la edad de 5 a 6 años hasta los 25 o 30 años; es preferible que sean jóvenes y que sus testículos tengan poco desarrollo y se encuentran en el período espermático.

Los chimpancés son monos difíciles de aclimatar y de precio muy elevado, no así la clase de cinocéfalo, cuyo costo es menor y que se adaptan bien a nuestro clima.

Es indudable que si el método VORONOFF no ha sido experimentado más ampliamente, se debe en gran parre a la falta o escasez de monos, tan difíciles de conseguir.

Desde hace cinco meses hemos tratado de adquirir el elemento indispensable para practicar nuestro injerto, y recién en el mes de marzo del corriente año (gracias a nuestro distinguido amigo y sabio maestro el Profesor Franck Soler, actual Director Interino del Jardín Zoológico de esta Capital), quien en atención al fin que nos proponíamos realizar, nos proporcionó un mono cinocéfalo Papio, que habita el Africa Occidental. De perfecto acuerdo con el Prof. SOLER, se construyó una jaula de alambre tejido de 90 centímetros y de forma cúbica; una caja de mayor tamaño, también de forma cúbica, con sus paredes de vidrio, sin piso, con techo de madera perforada por varios agujeros que podían obturarse con tapones de corcho, destinada a cubrir la jaula N°. I con el objeto de administrar el anestesia al mono.

Del estudio detenido que hicimos del método seguido por VORONOFF y su escuela, entre cuyos colaboradores se encuentra DARTIGUES, quien ha publicado un trabajo sobre «Technique Chirurgicale des Greffes Testiculaires du Singe a l'Homme», anotamos algunos detalles que no dejaron de llamarmos la atención y que pasaré a considerar:

1°. VORONOFF aconseja el injerto en la vecindad del testículo, ya sea en la cavidad vaginal o sobre la cara externa de la hoja parietal, por considerarlos mejor vascularizados y por consiguiente buen terreno para la prehensión del injerto.

2°. Ambas operaciones, la del hombre y aquella del mono, deben realizarse simultáneamente, en la misma sala de operaciones; la operación veterinaria por otro cirujano, el cual, una vez exteriorizado el testículo, espera que el primer cirujano seccione y tome de la glándula la porción que necesita para cada injerto.

La operación en el hombre la realiza por la vía escrotal, practicando dos incisiones, una a cada lado del rafe.

Refiriéndonos al primer punto que dejamos anotado, no nos explicamos por qué VORONOFF prefiere el injerto extratesticular por fuera de la hoja parietal de la vaginal y no lo practica en pleno testículo. Posiblemente, no será por vascularización, puesto que el

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

testículo se encuentra mejor irrigado por su propia serosa. No ha de ser por temor a las reacciones de la glándula, que son siempre fluxionarias y más bien favorecerían la prehensión; en cambio, la de la serosa y bolsas exponen al infarto y supuración. Tal es lo que hemos leído en algunas observaciones clínicas.

No existe temor alguno mientras se observe una técnica rigurosa, en hacer los injertos intratesticulares, tal como lo he practicado en nuestro enfermo.

Con respecto al segundo punto diré que no nos parece sea menester dejar la glándula de mono sujeta al cordón espermático hasta tanto el cirujano separe las porciones que han de servir para el injerto y las lleve personalmente de una mesa de operaciones a la otra, por más próximas que ambas se encuentren. No creemos que los tejidos que constituyen el testículo se encuentren en un grado inferior de vitalidad para ser injertados por breves minutos que se interrumpa su circulación. Preferimos practicar ambas operaciones por separado, en distintas salas contiguas. Primero extirpamos el testículo del mono, que se coloca en un recipiente con suero fisiológico tibio hasta el momento de dividir las porciones que serán injertadas; luego, de inmediato, la operación en el hombre. Entre una y otra no se tarda más de media hora.

En cuanto al tercer punto, consecuente con una práctica ya establecida y que siempre nos ha dado buenos resultados, no hacemos nunca incisiones escrotales, sólo en casos de necesidad. La piel de las bolsas se infiltra con mucha facilidad cuando no supura; los hematomas y derrames serosos son también frecuentes de observar, pudiendo malograr los resultados del injerto. Hemos exteriorizado ambos testículos por la vía suprapubiana.

*Operación.* — El día 30 de marzo del corriente año. Ayudantes, doctores Ciarlo, Sánchez Ruiz y Warschawsky.

Con los preliminares que se pueden imaginar, procedemos a la anestesia del mono con cloroformo. A la séptima ampolla de anestésico, después de un corto período de excitación, se consigue dormirlo. Inmediatamente, es colocado en una mesa de cirugía, inmovilizado y se continúa la anestesia. Previa toilet y desinfección del campo operatorio circundado de compresas se extrae el testículo, teniendo la precaución de comprimir la vena del cordón algunos instantes antes de ligar y seccionarlo. La operación dura cuatro o cinco minutos.

El testículo, colocado en un recipiente con suero fisiológico tibio, es llevado cerca de la mesa de operaciones donde se encuentra el enfermo, que ha sido convenientemente preparado por uno de mis ayudantes.

Cambiados nuestros guantes e indumentaria, practico la segunda operación. Incisión Pfannenstiel, exteriorización de los dos testículos, recubiertos por la vaginal. Se puede apreciar a simple vista y por la palpación, el grado de atrofia testicular. El derecho, una vez abierta la vaginal, aparece del tamaño de un poroto. Se secciona por su borde externo la albuginia y pulpa testicular hasta la vecindad del epidídimo. Se corta una porción de testículo de mono, del tamaño de 3 a 4 milímetros de espesor, 3 centímetros de largo por 2

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

centímetros de profundidad, en forma de tajada de melón. (Sabemos que el tamaño de los injertos no debe ser ni muy grande ni muy chico; cuando son grandes, se necrosan en el centro por falta de irrigación y si son chicos se reabsorven con facilidad). Lo colocamos entre las dos superficies del testículo seccionado y fijamos con puntos de catgut la albuginia del injerto a aquella del testículo. Luego hago una sutura de invaginación sobre la albuginia del testículo.

El testículo izquierdo recubierto por la vaginal parece de mayor tamaño, pero a la palpación se nota la existencia de un varicocele. Abierta la serosa, resulta de tamaño chico más que el adelfo. Procedemos de igual modo

Restituídos los testículos en las bolsas, incluyo en el tejido celular subcutáneo de la pared abdominal una porción de testículo de mono que anido y cierro con catgut. Este injerto lo efectúo por disponer de material abundante y en vías de ensayo.

*Resultado postoperatorio.* — La misma tarde de la operación la temperatura alcanza a 39°; siente gran dolor en ambos testículos. Se coloca bolsa de hielo e inyección de morfina.

Primer día: A la mañana, temperatura 38°5, pulso 120. Los testículos ha aumentado de volumen, no hay derrame vaginal ni edema de las bolsas. Tiene fuertes dolores que se irradian a la región inguinal.

A la tarde: 39°8, pulso 120. El enfermo se queja de mayor dolor. Tiene más tumefactos los testículos y cordones espermáticos. Se le hace otra inyección de morfina y se continúa con la bolsa de hielo.

Segundo día: A la mañana, 37°, pulso 100. Testículo izquierdo nada doloroso, menos tumefacto. Se diferencia y percibe bien el epidídimo. No hay derrame en la vaginal. Cordón espermático casi normal.

El testículo derecho es aún doloroso y presenta infiltración edematosa funicular.

A la tarde: 38°, pulso 100.

Tercer día: Proceso fluxionario en regresión. A la mañana, 36°5, pulso 85.

Testículo izquierdo, de tamaño adulto, no doloroso. Cordón espermático ídem.

Testículo izquierdo, un poco tumefacot aún, nada doloroso. Cordón espermático poco infiltrado y sensible a la palpación. En el sitio del injerto hipogástrico se nota una ligera coloración rosada de la piel, sin renitencia ni dolor. El enfermo continúa sin novedad hasta el sexto día, que se extraen los agrafes; la herida está bien cicatrizada. Los testículos nada de particular; cordón espermático derecho algo tumefacto.

El séptimo día siente el enfermo un poco de dolor en el sitio del injerto subcutáneo. Efectivamente, parece percibirse una ligera renitencia. Pensamos que ha sucedido lo que preveíamos, que dicho injerto sería reabsorvido o eliminado. Resolvemos continuar observando su evolución.

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

A los quince días, del lado de los testículos, nada de particular; el cordón espermático izquierdo perfectamente normal; el derecho algo infiltrado, pero no doloroso.

En la región hipogástrica, se nota una pequeña elevación en el sitio del injerto, fluctuante, casi indolora. Practicamos una punción y retiramos una pequeña cantidad de líquido amarillo siruposo.

En los días subsiguientes, parece que dicha colección tiende a reabsorverse.

*Resultados de orden fisiológico.* — El enfermo que era un sujeto frígido e impotente viril, comienza a tener las primeras erecciones al cabo de diez días de la operación.

Desde entonces esas erecciones se han repetido con una frecuencia de tres y cuatro veces por día. Son erecciones completas y duraderas. Su frigidez permanece aún invariable, como contraste con su virilidad, lo cual se explica porque el deseo sexual es un acto volitivo de orden intelectual y posiblemente la acción de las hormonas sobre el cerebro no se manifiesta tan prematuramente.

Hemos también observado en los últimos días un cambio favorable en el temperamento del enfermo, que nos hace suponer que sus condiciones intelectuales han mejorado.

Naturalmente, el tiempo dirá si los fenómenos anotados son durables y si el injerto ha de continuar vivo en los tejidos de su huésped, produciendo las hormonas que han de suplir aquellas de que carece nuestro enfermo. Lo cierto es que sometido por nosotros a tratamiento opoterápico e inyecciones de yohimbina, no conseguimos ninguna manifestación viril. En cambio, la acción del injerto del testículo de mono ha sido sorprendente.

La cirugía general será la destinada a decirnos mañana si los injertos glandulares tienen una acción real y prolongada; cuando se hayan experimentado ampliamente otros injertos de glándulas endócrinas, como ser: tiroides, suprarrenales, hipófisis, páncreas, etc.

### HISTORIA CLINICA

Julio G., 17 años, argentino (provincia de San Luis). Ingresa al Servicio el 18 de noviembre de 1925.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Nacido a término; lactancia materna. A los doce años contrae una parotiditis, y a consecuencia de ella le sobreviene una doble orquitis, con temperatura. Evoluciona sin mayor particularidad y sin hacer tratamiento alguno. Después que pasar su orquitis, advierte que sus testículos han disminuído más de la mitad. No ha sentido deseo sexual ni ha tenido erecciones ni contacto sexual.

*Estado actual.* — Sujeto de piel blanca, trigueña, mide 1.68 mts., de talla, escaso panículo adiposo. Esqueleto regularmente conformado. Sistema piloso no desarrollado en la barba, axila y demás partes del cuerpo, exceptuando en el pubis, donde se implantan en escasa cantidad y adoptando la forma triangular con la base superior de carácter femenino.

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

Cráneo: Oxicéfalo; mide de circunferencia 52 cms.; diámetro biparietal 10 cms.; diámetro frontooccipital 15 cms.

Aparato digestivo: Boca dientes bien conformados e implantados. Paladar ojival. Demás órganos nada de particular.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato circulatorio: Normal.

Aparato urinario: Normal.

*Organos genitales.* — Pene pequeño; no presenta malformaciones. Bolsas bien conformadas; a la inspección no se notan los testículos; a la palpación se perciben del tamaño de un poroto, de consistencia en ovillo de hilo. El epidídimo, de tamaño mayor, no presenta nada de particular. Los cordones espermáticos con sus elementos de aspecto normal.

En enfermo tiene hábito infantil y su estado intelectual denota retardo mental.

---

# Diagnóstico integral del sindrome diarrea

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL.

Dado el estado actual en que se halla la técnica de laboratorio para la investigación coprológica y los datos patognomónicos que suministra al clínico, el médico no debe prescindir de su auxilio para formular un diagnóstico específico en un caso de diarrea.

Cuantas diarreas de adultos tienen el mismo aspecto visual y, sin embargo, son debidas a causas muy diferentes y susceptibles de curar por terapéuticas muy desemejantes.

Sucede esto, por ejemplo, con diarreas verdes de niños, que se tratan por medios diametralmente opuestos, según sean ácidas o alcalinas.

Vamos a reseñar algunas diarreas, con sus diagnósticos exactos y sus tratamientos específicos, ocupándonos sólo de casos perfectamente averiguados, de aplicación práctica evidente y que debe conocer todo clínico.

Una larga práctica nos ha conducido a los resultados que vamos a enunciar.

## Diarrea no sanguinolenta de los lactantes

*Diarreas con reacción ácida.* — En lactantes que están sometidos a la alimentación materna o mixta, con buen aspecto general, las diarreas verdes o no, con o sin grumos, que al ponerlas en contacto con el papel de tornasol dan reacción ácida, el *tratamiento* debe,

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

ante todo y sobre todo, *no interrumpir*, como muchos los hacen indebidamente, la alimentación por el seno.

Prescríbase en esos casos cucharaditas de

Rp. Creta precipitada ..... 6 a 12 gramos
Mucilago de goma ..... 150 „

que se dan primero cada dos horas y que se van disminuyendo conforme va mejorando el niño.

Contra los dolores del ano y las escaldaduras que se observan en estas diarreas ácidas benignas de los lactantes, se aplicarán algodones empapados en agua de camomilla caliente (no quemar) y exprimidos, que se dejan varios minutos, espolvoreando con frecuencia, polvo de *mandioca* en las regiones escaldadas.

*Diarrea con reacción alcalina.* — Si no es atendida prontamente, presenta caracteres de gravedad que pueden llegar a la atrepsia y a la muerte.

Es la que deja azul al papel de tornasol que se pone en contacto con ella, tan luego como acaba de ser emitida.

Sea la diarrea con fiebre o sin ella, verde o amarilla, con o sin grumos, con o sin vómitos, con o sin depresión, el calomel constituye el *remedio cumbre*, que no debe trepidarse en administrar, desde los tres meses de edad del niño y lo más pronto posible.

El *tratamiento* que prescribimos y que da un 94 por ciento de curaciones cuando es prontamente aplicado, es como sigue:

*Primer día:*

Rp. Calomel (tantos centígramos como meses de edad tiene el niño).
Lactosa ..... 1 grm. o 0.50 grms.
Divídase en tres partes.

Rp. Lactosa ..... 50 o 100 gramos
Uso indicado.

Si el niño vomita, poner cinco minutos antes de dar el primer papel, un sinapismo proporcionado al estómago.

Dar un papel cada cuarto de hora en miel o en jalea.

Alimento: una cucharadita de lactosa en una gran tasa de agua hervida cada vez que el niño tenga sed.

Poner un lavado porporcionado de agua de camomilla con miel, a las dos de la tarde y otro a las cuatro de la tarde.

Envoltura caliente al niño. Aplicaciones calientes al vientre.

*Supresión completa del pecho y de todo otro alimento durante el día.*

*Segundo y tercero días:*

Rp. Acido láctico ..... 2 a 3 gramos
Agua destilada ..... 120 gramos
Jarabe de membrillo..... 30 gramos
Cucharaditas cada 2 horas.

Rp. Harina lacteada de Nestle.. 1 tarro
Rp. Harina de papa ..... 200 gramos
Uso indicado.

Se da Harina lacteada o la mandioca cada tres horas, con o Una lavativa a las dos de la tarde. Bastante abrigo.
Como bebida cocimiento de arroz, membrillo, linaza, goma y pan tostado, al deseo del niño.
Aplicaciones calientes al vientre.

*Cuarto y quinto días:*

Rp. Creta precipitada ..... 12 a 14 gramos
Mucilago goma..... 150 gramos
Cucharaditas cada dos horas.

El resto del régimen igual al anterior, excepto las lavativas que no se dan.
Se vuelve a la alimentación normal poco a poco y se van aminorando las cucharaditas, conforme el niño se alivia.
*Diarreas y vómitos de los niños con acetona o ácido diacético en la orina.* — En estos casos que son muy frecuentes se administran cucharaditas de:

Rp. Citrato de soda ..... 3 a 6 gramos
Agua destilada..... 120 ,,
Jarabe de azahar ..... 50 ,,

o mejor disolver en 150 gramos de agua una o dos tabletas de sacarina alternando con

Rp. Bicarbonato de soda..... 10 a 12 gramos
Agua destilada en la que se disuelve una o dos tabletas de sacarina..... 150 gramos
Cucharaditas.

Raras veces es necesario recurrir a la adrenalina o a la insulina, que dan muy buenos resultados en estos casos, así como en los adultos acetonúricos, con o sin glucosuria.
El primer día se observa dieta hídrica.
Desde el segundo o tercer día, si los vómitos han minorado, se administra:

Rp. Creta precipitada ..... 10 a 15 gramos
Mucilago de goma ..... 150 gramos
Cucharaditas cada dos horas.

A medida que el enfermo mejora se va disminuyendo la frecuencia de las cucharaditas.
Se administra leche y caldo de legumbres.

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

### Diarreas alcalinas de los ancianos

Existen diarreas que llevan a la tumba a muchos viejos y que dando reacción alcalina, sin acidosis urinaria y sin lesiones manifiestas del aparato digestivo, no obedecen en absoluto a los absorventes ni a los astringentes.

Estas diarreas alcalinas se mejoran maravillosamente y en breve tiempo con esta terapéutica:

Rp. Harina de papa ..... 250 gramos
Uso indicado.

Rp. Taka diastasa ..... 0.15
Para un papel H. N°. 20.

Rp. Acido clorhídrico oficinal
francés o al 1/3 ..... 1 gr. a 2 gramos
Acido láctico ..... 2 gr. a 4 gramos
Agua destilada ..... 120 gramos
Jarabe de membrillo ..... 30 gramos
Cucharadas.

Reposo del enfermo en la cama. Alimento: una mandioca en agua o en leche cada tres horas, tomando un papel antes de cada alimento y una cucharada después. Aplicaciones calientes al vientre. Cocimiento de arroz, membrillo, linaza, goma y pan tostado a voluntad.

Inyecciones de aceite alcanforado, según el estado de postración en que hubiese estado el enfermo anteriormente a esta terapéutica, con la que hemos visto verificarse verdaderas resurrecciones.

### Diarreas en las infecciones protozoaricas.

Es aquí donde el laboratorio no sólo es útil, sino absolutamente indispensable, pues el tratamiento de cada protozoo infectante es particular y específico, pudiendose volver las dolencias crónicas y aún mortales si no se las diagnostica oportunamente, o benignas y rápidamente curables si se las conoce desde sus primeros momentos.

*Disentería amibiana.*— Cualquiera que sea la forma de amiba que descubra el microscópio en una diarrea, debe ser eliminada por la terapéutica.

En la diarrea clásica por la *Entamoeba disentérica*, con evacuaciones muco-sanguinolentas, la emetina de Rogers es hasta hoy el tratamiento por excelencia, vulgarizado por Chauffard y Loepper y popularizado en Oriente por Petzetakis y otros autores, superior al de los arsenobenzoles, si se tienen las precauciones de aplicarlo bien.

Es indispensable preparar la inyección en el momento de aplicarla. Para esto basta disolver una de las pastillas de 0.02 de eme-

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

tina que preparan los droguistas en 1 o 2 cc. de agua, hacerla hervir e inyectarla cuando se entibie. — *Muchos fracasos atribuidos a la emetina se deben a que se la emplea en ampolletas, preparadas desde mucho tiempo atrás y cuyo poder terapéutico ha mermado en esta forma.*

Para un adulto debe emplearse la emetina desde el momento en que se diagnostica la disentería amibiana y salvo contraindicaciones especiales, debe usarse la vía intravenosa desde la primera inyección.

He perdido el temor a la emetina desde que hace muchos años trato enfermos en Arequipa, ciudad que está a 2,300 metros de altura sobre el nivel del mar, y en la que los corazones no se hallan en tan buenas condiciones como en las ciudades de la costa.

Subcutánea en los niños y en los tarados cardiacos, hipotensos, los efectos de la vía intravenosa se dejan sentir y son admirables desde la primera inyección.

En caso de temer los efectos depresivos de la emetina se puede añadir una pastillita de 0.01 a 0,02 de sulfato de esparteína a la de emetina, en el momento de prepararla para la inyección.

He hallado muy buena esta asociación, en particular en un caso resistente a toda terapéutica, aún a la emetinica subcutánea y a la arsenobenzólica. El retorno de la amiba era desconcertante, presentando al enfermo *un tumor de la fosa iliaca derecha*, semillero de amibas, que vertía en el intestino o en el torrente circulatorio, amibas que desesperaban al enfermo por las continuas recidivas.

Con fe en la eficacia de la emetina, le puse cuarenta inyecciones dobles de emetina y esparteína, las cuarenta intravenosas, a razón de una diaria.

El tumor, del tamaño de un puño primitivamente, se achicaba día a día, hasta que terminó por desaparecer y sólo varios días después de este hecho, suspendí la emetina, gradualmente, poniendo una endovenosa cada dos días, después cada tres días y así sucesivamente.

Hacen tres años del hecho y el paciente no ha vuelto a tener ninguna nueva manifestación de amibiasis, gozando de completa salud.

Después de este preámbulo, voy a exponer el tratamiento de la amibiasis intestinal, que me ha dado los mejores resultados en varios años de vasta experiencia.

1°. — Inyección de emetina 0.02.

2°. — Tomar una cucharada cada dos horas de:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Subnitrato de bismuto .... | 2 a 4 gramos |
| | Creta precipitada ..... | 12 gramos |
| | Polvos de Dower..... | 0.60 gramos |
| | Polvos de paulinia ..... | 0.50 gramos |
| | Mucilago goma..... | 120 gramos |
| | Jarabe de simaruba ..... | 30 gramos |

3°. — Poner noche y mañana:

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

a). — una lavativa de un litro de solución de protargol o de argirol, o de silvol, o de cargentos al 1/1000 que se disuelve inmediatamente y

b). — una segunda lavativa de cuatro cucharadas de agua hervida, 20 a 25 gotas de esencia de trementina, batidas con una yema de huevo y 15 a 20 gotas de láudano que se retiene lo más posible.

Alimentación: hidrocarbonada para los tres primeros días.

Aplicaciones calientes al vientre. Reposo. Como bebida, cocimiento de arroz, linaza, goma y pan tostado.

Las lavativas argénticas son excelentes, antiamibianas, casi específicas puede decirse, mientras que las segundas dan muerte e impiden el desarrollo en el recto y *S* iliaca de las infecciones secundarias que acompañan muy a menudo a la amibiasis.

Casi siempre en tres días el enfermo se halla en condiciones de realimentarse con huevos, leche, mandioca y carnes blancas. En este caso tomará una oblea de pepsina, diástasa y pancreatina después de los alimentos.

Raras veces se llega a diez inyecciones para curar una disentería amibiana y hacer desaparecer sus quistes.

Las inyecciones pueden hacerse después subcutáneas, alejándose más y más, a medida que llega la mejoría. Igual cosa ocurre con las lavativas, que después de tres días se harán sólo nocturnas; posteriormente se aplicarán cada dos noches, por último cada tres, para cicatrizar toda lesión rectal y aniquilar las amibas o los quistes que pudiesen aún quedar.

Con este tratamiento *se cura la amibiasis intestinal entre tres y cinco días.*

Las *amibiasis hepática, pulmonar, vesical, etc.* se curan con las inyecciones endovenosas de emetina, con las precauciones que acabamos de indicar.

*Disentería giardiásica.* — La giardiasis intestinal, no se cura con emetina, pero sí, administrando el estovarsol o el treparsol por vía bucal, preconizado por MESNIL, MARCHOUX, LOEPPER, BRUMPT, CASTEX, VACCAREZA, MAZZA, PARODI, y otros. Alimentación hidro-carbonada exclusiva y las lavativas trementinadas anteriormente descritas, previo lavado intestinal con cocimiento de ratania.

El rol benéfico de la alimentación hidro-carbonada para cambiar o combatir la flora intestinal, es indiscutible.

*Tetramitosis intestinal.*—El remedio por excelencia con el que hemos combatido la enteritis producida por el *Tetramitus Mesnili*, es el calomel, administrado el primer día a dosis purgante y los siguientes a dosis refracta. Régimen lácteo exclusivo, lavativas evacuantes primero y trementinadas después, hasta la desaparición de los protozoos de las heces.

*Tricomonosis intestinal.* — Hoy está ya aceptado que en ciertos casos, sobre todo en América, el tricomonas es tan patógeno, que, o bien mata al enfermo, o bien lo inhabilita por años con la enfermedad.

El tratamiento que describimos desde 1913, con la esencia de trementina fué el resultado de aplicar *in vitro* una serie de remedios

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

a preparaciones microscópicas frescas del tricomonas. La trementina los mataba en muy en breve plazo, así como el iodo al 1 por 1000.

Llevada la trementina a la ampolla rectal por medio de un enema, no sólo mata al tricomonas sino a la flora bacteriana variada que se presenta, ya acompañando al tricomonas, ya sin él, y que es causa de muchas diarreas rebeldes, rápidamente curables por aquella.

La *ampolla rectal es un reservorio de impurezas, estufa de cultivo favorable al desarrollo de las bacterias e intoxicador directo del hígado, por vía de las venas homorroidarias, y secundariamente del organismo en general;* así que la idea de dejar en esa ampolla una substancia inofensiva para el hombre y que destruye gérmenes y les impide su desarrollo, me parece bastante lógica.

Pruébalo el hecho de que la mayoría de los especialistas han consagrado dicho tratamiento como el más eficaz, más económico, más a la mano y más practicable en cualquier parte del mundo.

He aquí el sencillo tratamiento:

Rp. Emulsión de Franck ..... 150 gramos
o en su defecto mucilago de goma
Elixir paregórico ..... 8 a 10 gramos
Esencia de trementina .... 2 gramos
Cucharadas.

Rp. Láudano de Sydenham .... 10 gramos
Gotas N°. 1.

Rp. Esencia de trementina .... 20 gramos
Gotas N°. 2

Rp. Taka diastasa ..... 0.10 gramos
Para un papel H. N°. 15. Uso indicado.

*Instrucción:* Los tres primeros días tomar una cucharada cada dos horas.

Poner noche y mañana:

1°. — Una lavativa de un litro de decocción de ratania o de eucaliptus, que se devuelve toda inmediatamente.

2°. — Una segunda lavativa de cuatro cucharadas de agua hervida, una yema de huevo batida con 20 a 25 gotas de esencia de trementina y 10 a 15 gotas de láudano, la que se retiene lo más posible; si fuera necesario hasta las próximas lavativas. Son cuatro lavativas en todo cada día.

Como bebida usará cocimiento de arroz, con membrillo, linaza, goma y pan tostado.

Alimento: leche y mandioca de harina de papa. Tomará un papel antes de cada alimento para digerirlo bien y que el enfermo no se debilite.

Después de tres días el microscopio nos dirá si hay o no tricomonas, pues en la gran mayoría de los casos, con sólo este período de tiempo la curación es definitiva.

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

De no ser así, lo que es muy raro, basta con continuar la medicación, disminuyéndola poco a poco, hasta la completa curación.

En los rarísimos casos de tricomonas trementino-resistentes o de que un mal diagnóstico microscópico los haya hecho confundir con otros protozoarios, basta reemplazar la lavativa de decocción de ratania con una de:

Rp. Iodo metálico bisublimado. 1 gramo
Agua ..... 1000 gramos
Enema.

siguiendo el resto del régimen como se ha indicado, usando las lavativas una sola vez al día en vez de dos.

Los casos relatados son suficientes para llevar al ánimo del práctico la convicción más profunda de la necesidad que existe de recurrir al Laboratorio para diagnosticar científicamente una diarrea a fin de aplicar al tratamiento adecuado que sane rápidamente al enfermo y satisfaga la conciencia del médico.

---

# Academia Nacional de Medicina

(*Continuación*)

—5.—*MEDICINA SOCIAL, MEDICINA PUBLICA.*—La contribución de la Academia en las cuestiones del dominio de la medicina pública ha sido en extremo copiosa: casi todas ellas han sido sometidas a su deliberación por los poderes constituídos; en unas veces por consulta de las autoridades judiciales o administrativas, y en otras por iniciativa de sus asociados, lo cierto es que en los debates de la corporación se han contemplado los más trascendentales problemas de la ciencia sanitaria y de la ciencia médico legal. Se necesitaría de mucho tiempo y de gran espacio para poder reseñar, con abundancia de detalles, la participación que ha tomado la Academia, mediante su autorizada opinión y su ilustrado consejo, en la defensa de la salud pública, en la orrientación de los organismos sanitarios, en las severas decisiones del poder judicial, etc., etc.; por lo que sólo indicaré muy de lijero, y de modo sintético, los acuerdos adoptados, insistiendo sí en aquellos que requieren un comentario por su trascendental importania.

a).—Ratificar lo resuelto durante la época de la Academia libre, respecto a la dación de Reglamento General de Sanidad, cuyas principales disposiciones ya había formulado la Acade-

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

mia; y solicitar del Gobierno gestionara ante la Representación Nacional la aprobación de las conclusiones a que arribara el Congreso Sanitario celebrado en Lima en 1888.

b).—Formular, como en efecto se hizo, un proyecto de Higiene de las Escuelas y Colegios: primera iniciativa que a la larga sirvió para que el Gobierno interviniera de modo eficaz en el asunto, decretando a reunión en Lima, en 1899, de un Congreso de Higiene Escolar.

c).—Aprobar las bases para una científica represión del alcoholismo, indicando una serie de disposiciones administrativas que con mayores probabilidades de éxito podrían ponerse en práctica para combatir tan terrible azote. El Congreso no desestimó este consejo de la corporación, pues cuando en 1900 acordó el nombraminto de una comisión especial encargada de formular un proyecto de ley de represión del alcoholismo, acordó que fuera integrada por dos miembros de la Academia.

d).—Se discutió, en varias sesiones, y se aprobó un proyecto de reorganización de la asistencia pública, complemento necesario del que, a pedido de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, se formuló para reglamentar sus hospitales.

e).—A solicitud del Supremo Gobierno, la Academia dedicó su actividad a confeccionar una "escala de causas de invalidez y su respectiva definición y clasificación", que debía utilizarse para una revisión general de todas las cédulas de invalidez antes expedidas.

f).—Proyectada por el ilustrado juez de primera instancia de Lima, Dr. Emiliano Carvallo, la fundación de una *Morgue*, y solicitado el informe de la Academia sobre tan interesante iniciativa, pasó el asunto a estudio de la Sección IV: la que expidió un luminoso dictamen, que fué aprobado por la Academia, aplaudiendo y ampliando el proyecto, a fin de que esa nueva dependencia, tan importante para el correcto funcionamiento de un serrvio médico legal, pudiera satisfacer las exigencias de una buena administración de justicia y la enseñanza práctica de la medicina legal.

No obstante lo trascendental de la reforma en cuestión, ésta no pudo llevarse a la práctica sino en 1918 (diecioco años después), con el valioso concurso del Gobierno, de la Facultad de Medicina y de la Comisión que tuvo a su cargo la edificación y la organización de la Morgue, que había de reemplazar al inmundo local que antes desempeñaba las funciones de tal.

g).—Deseando el Concejo Provincial de Lima, laborar por la higiene pública, en ese entonces tan descuidada, formuló un proyecto de *Ordenanza a que se sujetarán las inhumaciones y exhumaciones*, que sometió a la consideración de la Academia, a fin de que ésta manifestara su autorizada opinión al respecto. La Sección IV, emitió el correspondiente informe, introduciendo algunas modificaciones sustanciales para que la

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

Ordenanza armonizara con las exigencias de la higiene y con el respeto a que tienen derecho los despojos humanos. Aprobado por la Academia el informe de la Sección IV, fué acatado por la corporación edilicia y puesto inmediatamente en vigencia.

h).—En 1892 el Sr. Intendente de Policía de Lima, quizo reglamentar la prostitución, como una de las tantas medidas que convenía poner en práctica para combatir la incesante y maléfica propagación de las enfermedades venéreas. Dos veces la Academia, por intermedio de su Sección IV, informó en el proyecto de Reglamento; la primera para introducir algunas modificaciones, que adaptaran la Ordenanza a los cánones de la ciencia; y, la segunda para refutar los argumentos del Sr. Fiscal de la Corte Suprema, que, en la Vista que se le pidiera, se mostró en todo opuesto a la mencionada reglamentación. A pesar de la buena voluntad de la autoridad política y de la opinión favorable de la Academia, no pudo llevarse a la práctica tan provechosa iniciativa; porque se le opusieron prejuicios infundados y pujos insustanciales de mentida moralidad.

i).—Informe de la Sección IV, expedido en julio de 1892, por orden del Ministerio de Guerra, en la solicitud del teniente coronel don Juan A. Valderrama, para que se le declare inválido en acción de guerra. Le Sección opinó porque no era procedente la solicitud.

j).—Informe de la Comisión especial formada por los Prof. Barrios y Matto, en la consulta hecha por el juzgado del crimen, sobre las causas que pudieron influir en el deceso de Patrocinio Cataño. La Comisión, en noviembre de 1892, no creyó que fuera sólo el traumatismo recibido, el causante del fallecimiento.

k).—Informe de la Sección IV, emitido a pedido de la Corte Superior de Lima, para decidir si la muerte de Manuel Justo pudo ser efecto de las contusiones que se encontraron en su cuerpo, una tarde que sufrió una fuerte intoxicación alcohólica. La Sección, en su dictamen, opina porque el fallecimiento de Justo fué consecuencia de una *hemorragia cerebral* dependiente del alcoholismo.

l).—El 1° de marzo de 1894, los Profs. Manuel C. Barrios y Antonio Pérez Roca, comunicaron a la Academia que, después de varios ensayos y diversas manipulaciones habían conseguido cultivar el fluído vacuno en terneras, y propagarlo así, de procedencia animal, a varios niños; alcanzando por primera vez, positivo resultado después de los insucesos obtenidos por otros experimentadores. Este brillante éxito de la labor de los Prof. Barrios y Pérez Roca, en un asunto de tanto interés para la profilaxis de la viruela y para la higiene pública, fué recibido por la Academia con justificado aplauso; no obstante lo qué, para comprobar debidaamente los resultados anunciados por los experimentadores, encomendó el estudio del pun-

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

to a una Comisión especial (Dres. J. M. Quiroga, G. Bravo, E. Arias Soto, B. Sosa, M. R. Artola, D. Matto, E. M. Chávez) que, hechas las investigaciones y comprobaciones del caso, expidió un luminoso dictamen en que se corroboraron todas las aseveraciones hechas por los citados académicos y se declaraba definitivamente implantada en el Perú la preparación y propagación de la vacuna animal.

Después de los estudios de los Prof. Barrios y Pérez Roca, se pudo ya instalar, con sujeción a las modernas orientaciones de la higiene, un magnífico y bien montado Instituto Nacional de Vacuna Animal, que más tarde se transformó en Instituto de Vacuna y Seroterapia; Instituto que en la actualidad constituye una de las mejores reparticiones de nuestro organismo sanitario, cuyos primeros esbozos se delinearon en los debates de esta corporación.

m).—Surgido un serio desacuerdo entre el Prof. R. Benavides y uno de sus clientes sobre pago de honorarios profesionales, y sometida la controversia al conocimiento del poder judicial, la Corte Superior de Lima solicitó de la Academia que dictaminara en el asunto. La Sección IV, que estudió el caso, emitió el correspondiente *Informe de Estimación* que concluía porque se declarase que era "justo y equitativo el reclamo del Dr. Benavides". Los tribunales de justicia (superior y supremo) desestimaron le opinión de la Academia, no obstante de haber sido aceptada por el Sr. Fiscal de la Corte Suprema, Dr. Araníbar, y vulneraron los legítimos derechos del Prof. Benavides, y en su persona los de todo el cuerpo médico nacional.

n).—Asegurada la provisión y propagación de la vacuna animal, en el Perú, mediante el establecimiento del correspondiente Instituto, quiso el Gobierno saber si era posible ensanchar el campo de su actividad, extendiéndolo a la fabricación de los sueros preventivos y curativos y de las otras vacunas, además de la de Jenner. Al efecto, se entabló ante la Academia la correspondiente gestión para que dilucidara el punto: que fué favorablemente resuelto, medianate la aprobación del dictamen emitido por la Sección III, que se efectuó en una de las sesiones del año de 1896. Escuchada, como no podía menos de serlo, la autorizada palabra de la Academia, muy pronto se transformó el Instituto Nacional de Vacuna en Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia, que desde entonces cumple su misión proveyendo al cuerpo médico de los sueros y vacunas que se requieren para la práctica profesional.

ñ).—Consultada la Academia, en 1897, sobre si era o no conveniente, para la salubridad pública, la ubicación del antiguo Lazareto de Maravillas, opinó, de acuerdo con lo puntualizado en el informe de la Sección IV, que contempló el tópico, porque era de urgente e inaplazable necesidad la demolición de ese establecimiento peligroso y su erección en

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

otro sitio adecuado, en donde debía construirse uno con sujeción a los preceptos de la ciencia sanitaria. ¡Cuántos años trascurrieron hasta que hubo un alcalde progresista (en 1910) que incineró esa pocilga, negación de toda higiene y estigma vergonzoso para la capital!

ñ bis).—Convencido el Gobierno de la necesidad de establecer en el Perú la enseñanza científica de la veterinaria, sometió, en 1899, a conocimiento de la Academia un proyecto de fundación de una *Escuela de Veterinaria*, como dependencia del Ministerio de Fomento, que debía otorgar título de suficiencia a los que terminaran los cursos respectivos. La Sección IV, que estudió el proyecto, informó aplaudiendo la feliz iniciativa del Gobierno, ya que se hacía indispensable proveer a la organización de tal dependencia, llamada a prestar grandes y positivos servicios a la ganadería nacional; pero, también hizo presente, que siendo la veterinaria rama muy importante de la medicina, y siendo requisito *sine qua non* para ejercer ramo alguno de la medicina en el Perú, la posesión de título de competencia expedido por la Facultad de Medicina; debía estudiarse cómo salvar esta dificultad, para armonizar la urgencia de tal instalación y los fueros de la corporación docente médica. La Academia aprobó el informe en la sesión del 18 de febrero de 1899.

Años después se inauguró la Escuela de Agricultura y Veterinaria, de la que egresan los ingenieros agrónomos, que hacen también allí el aprendizaje técnico para atender a las enfermedades de los animales.

o).—En dos ocasiones, a mucho intérvalo de tiempo una de otra, se ha contemplado en nuestra asociación el trascendental problema del *Saneamiento de Lima*. Se ocuparon del asunto: el Prof. Almenara, en 1901, que al asumir la presidencia de la Academia hizo una brillante disertación sobre el asunto; y, el Prof. Paz Soldán, que en la sesión del 21 de octubre de 1918, presentó una bien documentada comunicación al respecto. En ambas solemnidades, los conferenciantes coincidieron, como precisamente tenía que suceder, en los puntos radicales del asunto, en las bases fundamentales del problema.

En efecto: el Prof. Almenara, comenzó por hacer incapié en la falta absoluta de un organismo sanitario capaz de acometer la magna obra del saneamiento de la capital, y en la indiferencia de todos, autoridades y particulares que columbraban impasibles las desastrosas consecuencias de las continuas trasgresiones de los preceptos de la ciencia sanitaria; propuso como piedra angular del edificio sanitario, la creación de un Instituto Higiénico, que debía centralizar todas las actividades al respecto, constituído por siete Secciones (de microbiología y parasitología, de alimentos y bebidas, de salubridad general, de higiene de las colectividades, de higiene profiláctica general territorial e internacional, de higiene para

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

trasportes de caminos de fierro y navegación, y de estadística);—evidenció las pésimas condiciones en que se verificaba la provisión de agua potable en la ciudad, la defectuosa construcción y notable deterioro de los albañales, y la carencia de una adecuada pavimentación que pudiera satisfacer las exigencias de la higiene;—y, probó la nefasta influencia que todas estas deficiencias ejercían en el desarrollo y la propagación de las enfermedades infecto contagiosas, de preferencia la fiebre tifoidea, y en las elevadas cifras de la morbosidad y de la mortalidad.

La comunicación del Prof. Paz Soldán fué hecha en la sesión del 21 de octupre de 1918, y en ella principió por dejar definitivamente sentado que la obra del saneamiento era compleja, pero que sus primordiales factores estaban representados por la dotación de agua potable, la correcta instalación de los albañales y la pavimentación de la ciudad. En el curso de su peroración insistió en la deficiente legislación sanitaria municipal, cuya reforma se impone con indiscutible urgencia, para aunar los esfuerzos de todos los organismos sanitarios; y terminó formulando las siguientes conclusiones:

"1ª—El saneamiento de Lima, sobre la base de una refor-"ma completa de su suministro de agua potable, de su red de "alcantarillado y de su pavimento, es una obra impostergable, "necesaria y llamada a servir de punto de partida para nues-"tro progreso médico social y nacional".

"2ª—Para alcanzar el resultado perseguido de disminuir "nuestros índices obituario y morboso, es urgente reorganizar "la administración sanitaria de la capital, sobre la base de una "dirección superior única y un personal numeroso de ejecución".

3ª—Es así mismo indispensable revisar la legislación sa-"nitaria comunal, dándole un texto único y completo, que esté "en harmonía con nuestras necesidades sanitarias, nuestra rea-"lidad social y las adquisiciones científicas de la actual época".

"4ª—Este plan completo e integral: saneamiento, reforma "de la administración y de la legislación sanitarias, es el úni-"co que puede ofrecer la certidumbre de obtener la salubrica-"ción de Lima, reduciendo su mortalidad, mejorando las cifras "de su morbosidad y asegurando la salud y la vida de los ciu-"dadanos".

Las indicaciones hechas respectivamente por los Prof. Almenara y Paz Soldán, difieren sólo en pequeños detalles: consecuencia precisa del momento en que cada uno intervino; el primero, en 1901, cuando todavía estaba por formarse la conciencia de todas las colectividades, no obstante de que ya se había predicado con harta competencia y laudable tesón en pró de la higiene pública, y los organismos sanitarios existentes distaban mucho de corresponder a su finalidad; y, el segundo, en 1918, cunado ya existían la Dirección de Salubridad, el Instituto Municipal de Higiene, las Estaciones Sanitarias y otras

Universidad del Perú. Decana de América

dependencias encargadas de laborar por la buena higiene de las ciudades y de los individuos: producto de toda esta actividad de la propaganda efectuada durante tantos años por la prensa y las corporaciones médicas, que al fin realizaron el milagro de despertar la adormecida conciencia sanitaria de gobernantes y gobernados.

Ocupándome de la disertación del Prof. Almenara, en la Memoria de los trabajos del año académico de 1901-1902, dije lo siguiente: "Parece que las palabras del doctor Almenara "no han sido del todo desoídas, pues la corporación comunal, "inspirándose en ellas y siguiendo las oportunas indicaciones "de su ilustrado inspector de higiene, ha iniciado trabajos que "evidentemente redundarán en provecho de la población. Me- "recen mencionarse, el estudio hecho por uno de sus médicos "sanitarios (el Dr. Enrique León García) sobre la mortalidad "por la fiebre tifoidea en Lima; las conferencias dadas al pue- "blo por los médicos municipales sobre asuntos de higiene pú- "blica; y, el haber solicitado y contratado el concurso de un es- "pecialista (el Dr. Hugo Biffi) que muy pronto debe desa- "rrollar un plan general de saneamiento, para cuya ejecución "se inicia la idificación de las oficinas necesarias (el Instituto "Municipal de Higiene, que se instaló el 28 de julio de 1904)".

Después de las elocuentes palabras del Prof. Paz Soldán, hemos asistido a la realización de las grandes obras de saneamiento por tanto tiempo anheladas: abundante provisión de buena agua potable, correcta instalación de la red de alcantarillado, magnífico pavimento en las calles de la capital y ciudades vecinas, decidida protección a la infancia, lucsa contra los más terribles procesos infecto contagiosos, y, en una palabra, labor saanitaria constante y eficaz.

p)—En 26 de julio de 1901, la Sección IV de la Academia, informó en una consulta hecha por la Corte Superior de Lima, sibre si era posible la rotura expontánea del bazo. Motivaba la consulta la necesidad determinar la verdadera causa del fallecimiento de Rufina Aragón, en cuya necropsia se encontró una rotura de ese órgano, con toda probabilidad producida por un traumatismo de las paredes del vientre.

q).—Habiendo acordado la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, por iniciativa de dos de sus ilustrados miembros, la construcción de un moderno nosocomio que reemplazara al vetusto y antihigiénico Hospital de Santa Ana, se pidió en 11 de marzo de 1902, la opinión de la Academia sobre las características higiénicas de la obra y sobre su mejor ubicación. La Sección IV, que recibió el encargo de verificar el correspondiente estudio, emitió un luminoso y bien fundado dictamen, que fué aprobado en sesión de 4 de junio del mismo año y trasmitido a la Sociedad de Beneficencia el 11 del mismo mes. La Sección IV indicó como sitio muy conveniente para la nueva edificación, el local en que se levanta el recientemente inaugurado Hospital "Arzobispo Loayza".

La construcción de este hospital ha sido pesada y laboriosa; ha demorado muchos años; y, lo que es más sensible, no se han atendido todas las indicaciones que hiciera la Academia en 1902. Hay en el edifiio graves deficiencias, que ya hoy son irremediables, y que resaltan más en el grandioso conjunto del nuevo nosocomio.

r)—Sometida a la aprobación del Supremo Gobierno, la *Ordenanzas de vacunación y revacunación para la provincia de Lima,* proyectada por el H. Concejo Provincial, el ministerio del ramo, para proceder con sujeción a los dictados de la ciencia, resolvió oír la autorizada opinión de la Academia en asunto de tanta trascendencia.

La Sección IV, que hubo de informar en el asunto, emitió el correspondiente dictamen, aprobado en la sesión del 5 de junio de 1902, en que introdujo las siguientes modificaciones al proyecto primitivo:—"Que se especificara de modo pre-"ciso que la única vacuna cuya inoculación se autoriza, es la "vacuna animal;—que se restringieran los plazos preceptuados "para la vacunación y la primera revacunación;—que se acla-"rara lo relativo al certificado exigible para la matrriculación "de un almuno en las escuelas y colegios;—y, que la Ordenan-"za en cuestión rija en todas las ciudades y colectividades de "la República en que haya un facultativo que pueda encargarse "de la propagación del preservativo jenneriano".

Como se ve, la Academia quizo hacer extensivo el beneficio de la vacunación y revacunación a todo el territorio nacional; y, también aprovechó del momento para decir de la importancia de dictar una ley de declaración obligatoria de las enfermedades evitables.

s)—A pedido de la Corte Suprema de Justicia, la Sección IV estudió el proceso seguido con motivo de la muerte de Anastasia Flores, que se atribuía por las autoridades judiciales subalternas a los maltratos que había recibido. A la Sección IV no le fué muy difiultoso demostrar, y así lo aprobó la Academia en la sesión del 13 de agosto de 1903, que el deceso de la Flores se debió a una enfermedad, sin relación alguna con el traumatismo recibido, cuya naturaleza no se pudo precisar por falta de datos.

*(Continuará)*

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

# Noticias

PRIMER CONGRESO PANAMERICANO DE LA TUBERCULOSIS.— La comisión organizadora del Primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis que se reunirá en la ciudad de Córdoba (República Argentina) ha redactado las bases para las deliberaciones del congreso, cuyo texto es el que sigue:

El Congreso abarcará el problema de la tuberculosis en toda su amplitud: su aspecto médico, social, económico, biológico.

Comprenderá, por lo tanto, todo lo que relaciona con su etiología, anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, profilaxis. Su relación con otros problemas sociales, como la vivienda, el alcoholismo y la miseria. Los ingentes gastos que ocasiona a las naciones la hospitalización y tratamiento de los tuberculosos; las vidas útiles que se restan el capital humano perdido. Las consecuencias para la raza; la tuberculización creciente de la población, la herencia, etc.

Podrán adherirse los gobiernos, instituciones científicas de beneficencia, los médicos, la prensa y todas aquellas instituciones o particulares de los países de América, que directa o indirectamente tengan relación con el problema de la tuberculosis.

Las sesiones durarán seis días hábiles, comprendiendo la sesión de apertura y la de clausura. Comenzarán el lunes 10 de Octubre de 1927, por la mañana.

Durante la semana se realizará un programa de visitas a los hospitales y asilos y demás establecimientos hospitalarios u otros de interés en la ciudad de Córdoba y sus alrededores.

El Congreso se dividirá en tantas secciones como lo exijan el número de trabajos y los distintos temas.

Queda fijada en 10 pesos argentinos moneda nacional la contribución que deberán abonar los adherentes para figurar como tales y tener derecho a las publicaciones del congreso.

La comisión nombrará subcomisiones en aquellas ciudades del país o del extranjero que crea oportuno para que colaboren a sus fines.

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

# Influencia del Canal de Panamá en el desarrollo sanitario de América

*Comunicación al Congreso Pan Americano, reunido en Panamá, en junio de 1926.*

Por el Prof. L. AVENDAÑO

*Profesor de Medicina Legal en la Facultad de Medicina de Lima, Miembro asociado extranjero de la Societé Francaise d'Higiene de París Delegado de la Universidad Mayor de San Marcos,*

Siempre fué preocupación de los grandes pensadores y de los encumbrados políticos del nuevo mundo, romper la valla angosta, el Istmo de Panamá, que la naturaleza colocó en el centro de América para separar los grandes océanos, el Pacífico y el Atlántico. Se remonta a épocas prehistóricas, a 1534, los primeros estudios iniciados para la construcción de un canal en esa zona; idea que germinó en el cerebro de Alvaro de Saavedra uno de los compañeros de Balboa, que, como se sabe, atravezó el Istmo y descubrió el Pacífico en 1513.

Idéntico pensamiento tuvo el genial libertador Simón Bolívar, que durante la gesta emancipadora dedicó no poca parte de su actividad al estudio de tan trascendental problema.

Pero la idea sólo pudo convertirse en realidad, años más tarde, en 20 de enero de 1882, en que se emprendieron los trabajos para la excavación del Canal, bajo la dirección de Ferdinand de Lesseps, que gozaba ya de reputación mundial por haber llevado a buen término la construcción del Canal de Suez. No corresponde a la índole de esta disertación enumerar todas las peripecias sobrevenidas sucesivamente, que obligaron a la paralización de la obra en 1889; que determinaron la reanudación de los trabajos en 1894, después de la muerte de Lesseps, por la Compañía nueva del Canal de Panamá; otra tentativa hecha por los capitalistas franceses, que fracasó definitivamente en 1904, en que transfirieron sus derechos al Gobierno Americano. Este culminó la realización de tan laboriosa empresa, después de diez años y tres meses de no interrumpida faena,

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

en 1914. Desde entonces el Canal, con sólo la paralización habida en 1915, que duró siete meses, sirve de poderoso lazo de unión y de fecunda vía para el eterno recorrido de las corrientes comerciales entre los pueblos civilizados del mundo.

---

¿Cuál era la situación sanitaria del Istmo y de las ciudades de Panamá y Colón en 1882, cuando se comenzaron los trabajos por la primera Compañía Francesa?: la más terrible que es posible suponer. La insalubridad de esa región del planeta era proverbial; allí reinaban y se propagaban sin obstáculo alguno casi todos los grandes flajelos de la humanidad, la fiebre amarilla, el paludismo, en sus manifestaciones hipertóxicas, las fiebres tíficas y paratíficas, las helmintiasis, las dermatosis, y muchas otras enfermedades propias de los trópicos diesmaban a los moradores y los mantenían en permanente estado de debilidad adquirida, incapacitándolos para la dura faena de la lucha por la vida; la mala calidad del agua de bebida, la falta de albañales y la permanencia de las inmundicias y de los desechos de la vida diaria en el recinto de las ciudades o en sus alrededores, la carencia total de higiene urbana y domiciliaria, constituían otras tantas causas generadoras de excesiva mortalidad, en cuya cifra primaba la mortalidad infantil, y de desastrosas condiciones para la residencia del hombre en tan inhospitalario suelo. Añádase a todo, lo expuesto, la lujuriante vegetación tropical, la elevada temperatura ambiente, las lluvias torrenciales, la excesiva humedad de la atmósfera, las aguas estancadas en campos y lugares poblados; y se comprenderá el porqué inspiraba tanto terror a los habitantes de otros países el tránsito por el Istmo de Panamá.

Pero este mefitismo permanente, esta máxima insalubridad, no provenían exclusivamente de las condiciones telúricas y atmosféricas de la región: nó, la zona del Istmo, la futura Zona del Canal, era insalubre en grado superlativo porque allí se desconocían, en ese entonces, los más rudimentarios preceptos de la higiene; el clima, no obstante ser tropical, no era mortífero como lo suponían los hombres, doctos y profanos de esos tiempos; lo que ocasionaba tamaña letalidad y mantenía ambiente tan dañino, eran las transgresiones que a diario se cometían contra la ciencia de la salud. Cierto que en esa remota época, la higiene no había alcanzado, ni en América ni en Europa, el incomensurable progreso a que ha llegado en los momentos actuales; pero con todo, los dominios de la diosa Higeia, no eran tan restringidos como para consentir que hubiera territorio en la superficie del planeta, en que la vida del hombre estuviera constantemente amenazada por los agentes patógenos que pululaban a sus anchas, sin que se hiciera lo menor para intentar destruírlos. Sucedía en el Istmo y sus poblacio-

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

nes extremas lo que acontecía en la región montañosa de Loreto, en el Perú, en que sus habitantes, con indolencia musulmánica, soportaban los estragos de los males tropicales, sin preocuparse en lo menor por mejorar las malas condiciones de la localidad, porque estaban influenciados por el prejuicio de la insalubridad del clima. Estuve en esa sección territorial de mi patria en 1888 y años siguientes, en que tuve oportunidad de estudiar su patología especial, aún desconocida por completo entonces en el campo de la ciencia, y pude con tal motivo convencerme de que allá como ha sucedido en la Zona del Canal de Panamá, mediante la implantación de correctos organismos conformes con los modernos adelantos de la ciencia sanitaria, podía convertirse en residencia salubre, grata y provechosa para la humanidad (1).

No podían ser, pues, más desfavorables las condiciones sanitarias del Istmo cuando Lesseps, en 1882, acometió la grandiosa empresa de hacer desaparecer la barrera que se oponía a la expansión comercial de uno a otro confín del globo; y como ni siquiera se intentó mitigar, y mucho menos aniquilar, tanto génesis de infección, tanto elemento adecuado para la incubación de los infinitamente pequeños, propagadores de las más espantables plagas, era lógico que los procesos morbosos que grasaban de antaño en esa inhospitalaria zona, intensificaran su nefasta acción, ya que las grandes remociones del terreno secularmente inficionado tenían precisamente que exaltar la virulencia de los gérmenes patógenos. Así se explica la enorme mortalidad habida entre los trabajadores del Canal, que según la consigna mi apreciado colega y discípulo, el Prof. Carlos Enrique Paz Soldán en su interesante opúsculo *"El prodigio sanitario de Panamá"*, de cuya provechosa lectura he obtenido muy interesantes datos para esta comunicación, llegó a la aterradora cifra de 22,189, que correspondió a un coeficiente de 240 por mil. Esta mortalidad tan espantosa puede equipararse a la que acaeció en el Perú, allá por los años de 1872 y siguientes, cuando la construcción del Ferrocarril Central Trasandino, en que la fantasía popular expresó su asombro ante los estragos de la Fiebre de la Oroya (hoy científicamente denominada Fiebre de Carrión), diciendo que "cada durmiente de la línea representaba el cadáver de un peón": frase que también pudo aplicarse a lo sucedido posteriormente en la construcción del Ferrocarril Mamoré-Madera, en el corazón de la selva amazónica, en donde el paludismo, de forma gravísima, cegó innúmeras existencias. Hoy tanto en Iquitos como en la zona Mamoré-Madera las condiciones han variado, se han efectuado obras de saneamiento y se han salubrificado esos territorios.

(1) L. Avendaño.—*Apuntes sobre la patología del departamento fluvial de Loreto.*—Tesis para el doctorado.—Lima, 1891.

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

No había cambiado en lo menor el cuadro descrito, cuando se reemprendieron los trabajos, en 1894, por la nueva Compañía que se constituyó para continuar la obra interrumpida en 1889: la misma insalubridad, el mismo mefitismo, idéntico el reinado de las enfermedades trasmisibles, perversas, como antaño, las condicones para la vida. Pero en esta segunda etapa de la construcción del Canal, había la circunstancia agravante de que las proficuas enseñanzas de la higiene, ya empezaban a inspirar la política sanitaria de los gobiernos de muchos países de América, y también ya podía considerarse como iniciado el arraigo de tales máximas en la conciencia popular: máximas propaladas con recomendable tezón por las asociaciones y por la prensa médica del continente, por las colectividades que sin descanso han laborado y continúan laborando por el bienestar y la salud del pueblo. Antes de 1894, ante el peligro que representó la invasión del cólera asiático en las repúblicas australes, en 1887, el gobierno del Perú invitó a los demás países de América a una conferencia sanitaria, en la que debían establecerse las bases de la profilaxis internacional que había de defendernos de la importación de los flajelos exóticos. Con la concurrencia de los delegados de Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, se reunió en Lima, en las postrimerías de 1887 y comienzos de 1888, el Congreso Sanitario Americano: primera reunión de su género habida en la América Latina, y cuyas deliberaciones constituyen uno de los más hermosos y proficuos capítulos de la legislación sanitaria internacional en América. En esa docta asamblea, que prestigia por igual al gobierno que la convocó como a los profesionales que la integraron, se formularon reglas precisas, eficaces y científicamente concebidas para la organización de los servicios sanitarios en los países representados en la conferencia: resoluciones apoyadas en los postulados científicos bien conocidos entonces y que permanecen inconmovibles a pesar del tiempo transcurrido. Se habrá variado posteriormente el *modus operandi* de las prácticas sanitarias, se las habrá modificado para hacerlas menos engorrosas y menos gravosas para los particulares y para el comercio; pero los principios cardinales son los mismos, como que son la síntesis de las valiosas adquisiciones hechas por la higiene en esa época.

A poco de terminadas las labores de la conferencia habida en Lima, se reunieron en Río de Janeiro, en otro Congreso Sanitario Americano, los representantes de la República Argentina, Uruguay y Brasil. Motivó también la convocatoria de este congreso, la necesidad de establecer sobre bases científicas la profilaxia internacional contra los procesos infecto-contagiosos exóticos, cuya urgencia se había hecho sentir ante la importación del cólera asiático a que he hecho referencia. Como casi coincidieron las dos invitaciones de las cancillerías de Río de Janeiro y de Lima, los gobiernos de las repúblicas orien-

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

tales de la América del Sur aceptaron, como era lógico, la primera; y así se cimentaron a la par, en la costa del Atlántico y del Pacífico, las bases de la organización sanitaria, de las que había de derivarse en el futuro tantos beneficios para la salud pública; principalmente en el Brasil, en donde como se sabe, el genio de Oswaldo Cruz, realizó idéntico milagro al que se ha verificado en este privilegiado suelo que con tanta gentileza nos alberga en estos solemnes instantes.

Hay algo más: ya en 1894 se había efectuado el saneamiento de la Habana, obra de trascendental importancia y de grandes proyecciones para la salubridad del continente, que me cupo la satisfacción de comentar, como secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina de Lima, en la Memoria del año académico de 1902-1903, en los términos siguientes:— "Si alguna duda hubiera existido de los milagros que realiza "la Higiene, transformando por completo las poblaciones, cuan- "do se cumplen estrictamente sus sabios consejos, lo acaecido "últimamente en la Habana, sería suficiente para convencer a "los incrédulos. Han bastado cuatro años de labor inteligente "y enérgica, con recursos abundantes, para convertir a la ca- "pital de la Perla de las Antillas en una ciudad sanitaria mo- "delo, en la que han desaparecido la fiebre amarilla y demás "procesos graves de los trópicos, se ha aumentado notablemen- "te la población y se ha reducido a su cifra normal el coefi- "ficiente de la mortalidad. Pero eso se ha conseguido porque "allí se ha centralizado en un sólo cerebro y en una sola vo- "luntad la dirección de las obras a cuya consecución se ha de- "dicado también dinero sin tasa".

El fracaso, pues, en la construcción del Canal en las dos ocasiones que la tuvieron a su cargo los profesionales franceses, fué consecuencia precisa del poco interés con que se contemplaron los múltiples y complicados problemas de orden sanitario, que debieron estudiarse y resolverse previamente de acuerdo con las enseñanzas de la ingeniería sanitaria. No tengo la pretensión de negar, pues sería inconducente que lo pretendiera, que las incorrecciones administrativas y los fraudes cometidos por los dirigentes de la empresa, fueron factores de gran importancia en la catástrofe sobrevenida; pero es también indudable que era imposible la prosecución de una faena en la que por insalubridad del medio, los que aportaban el irremplazable contingente de sus músculos, cavaban a la vez la zanja para el Canal y la zanja para su sepultura. Son por demás sugestivas, al respecto, las siguientes palabras del Prof. Paz Soldán, en el opúsculo ya citado:—"La vida en el Tró- "pico, fácil, segura, no amenazada por la infección, he aquí "una conquista que casi puede afirmarse supera a la realiza- "ción de la obra del Canal interoceánico, cuya iniciativa se- "cular jamás pudo realizarse por causa precisamente de la in- "salubridad".

Universidad del Perú. Decana de América

Cuando el gobierno de los Estados Unidos de América resolvió tomar a su cargo la construcción del Canal, comprando las acciones de la Compañía Francesa y celebrando los correspondientes tratados, primero con Colombia y después con la naciente República de Panamá, su primera declaración—prescindiendo de las triquiñuelas de la política, que no tienen porqué preocuparme—fué, que resolvería lo más rápidamente que fuera posible el arduo e interesante problema sanitario en la Zona del Canal. La experiencia de los fracasos anteriores, por causa de insalubridad, había que aprovecharla; pues sus desasatrosas consecuencias fueron tan ostensibles y de tan graves proyecciones, que impresionaron bien dolorosamente a doctos y profanos. Era indispensable enmendar los malos rumbos antes recorridos, pues así lo exigían de consuno la ciencia y la civilización. No se debía iniciar trabajo alguno en el terreno, para proseguir las excavaciones suspendidas, sino después de haber destruído los gérmenes patógenos, haber asegurado abundante provisión de agua de buena calidad, haber construído la red de canales necesarios para el rápido e inocuo alejamiento y destrucción de todas las inmundicias: haber realizado, en una palabra, todo lo que era condición *sine qua non* para transformar esos campos de maldición y de muerte en un territorio perfectamente habitable, en donde la vida pudiera vivirse con el confort y la higiene de que se disfruta en los países más adelantados. Y como a este respecto participaron de idénticas aspiraciones los gobiernos de Panamá y de los Estados Unidos de América, la verificación de las obras de saneamiento fué una de las estipulaciones del Tratado Hay-Bunau-Barilla, en virtud del que los gobernantes de la Gran República del Norte se comprometieron a atender de preferencia al tantas veces mencionado saneamiento del Istmo y de las ciudades de Panamá y de Colón. La cláusula de ese Tratado que motiva el presente comentario, constituye un verdadero título a la consideración y al reconocimiento de las demás naciones del mundo de Colón; pues con su estricto cumplimiento, como lo culminaron los funcionarios del gobierno de los Estados Unidos de América, se contribuyó al bienestar de los nativos y de los transeuntes—una buena porción de la humanidad, por cierto—y se hizo desaparecer ese tétrico foco de infección: ludibrio de la América y escarnio de la civilización. No era posible que en pleno siglo XX, se mantuviera en olvido en esta parte del nuevo mundo las sabias y fecundas enseñanzas de la ciencia sanitaria, que ya estaban beneficiando a la humanidad en otras regiones del planeta.

Se encomendó la dirección de los trabajos de saneamiento, como única autoridad, sin control ni restricción alguna, a un espíritu selecto, un hombre de voluntad de fierro y de indiscutible competencia para ello: el general Gorgas, que ostentaba como exponente de su preparaión para la obra que iba a

Universidad del Perú. Decana de América

ejecutar, el saneamiento de la Habana por él practicado, y que poseía ampliamente la cultura científica indispensable para la correcta aplicación de los preceptos de la ciencia sanitaria. "Cuando el gran William G. Gorgas, dice el Prof. C. E. Paz "Soldán, tomó a su cargo la tarea ciclópea de asegurar la sa- "lud y la vida a los trabajadores del Canal, no tuvo que in- "ventar nada, ni arrancar con la luz del genio, al arcano de "la ciencia sus secretos: le bastó con aplicar cuidadosamente "los hechos bien averiguados en sanidad pública y con regis- "trar y compulsar fidelísimamente los resultados de tal apli- "cación".

Daría inusitada extensión a este trabajo, si relatara con abundancia de detalles lo que se hizo durante la construcción del Canal, por el personal que actuó bajo la sabia dirección del General Gorgas, y posteriormente en todo el recorrido de la Zona del Canal por las autoridades correspondientes: máxime cuando esa meritísima labor es ya bien conocida por los intelectuales de ambas Américas y ha sido magistralmente descrita por el Prof. Paz Soldán, en su notable estudio tantas veces citado. "El Prodigio Sanitario de Panamá". Por eso me limito a ratificar, que en ambas etapas del saneamiento en referencia, no se omitió ni se omite en la actualidad, tanto por los organizadores de la campaña como por sus ejecutores, ni el más nimio detalle, ni la más pequeña minucia, cuya finalidad haya contribuído o contribuya a mantener en todo su esplendor el reinado de la diosa Higiea.

Para el objeto que persigo en esta disertación, es suficiente que ceda la palabra al Prof. Paz Soldán, cuando sintetiza los móviles que han inspirado la organización de los servicios, tanto en sus comienzos como en la prosecución de la lucha contra la insalubridad y los provechos obtenidos como resultado de la labor realizada:—"El plan norteamericano al em- "prender y consumar la empresa gigantesca de asegurar la sa- "lud pública en el Istmo, tuvo, pues, tres capítulos esencia- "les:—1° Sanear el medio a fin de prevenir el desarrollo de las "enfermdades trasmisibles o de otra índole, lo que consiguie- "ron con la magnífica organización de sus medios de adminis- "tración sanitaria, que hemos puntualizado;—2°. Asistir, y con "la doble preoupación de la cura y de la profilaxia, a los en- "fermos existentes o que pudieran existir, para lo cual monta- "ron sus primeros hospitales, transformándolos en instrumentos "médico sociales;—y, por último, 3° Prevenir la importación de "gérmenes pestilenciales exóticos, colocando a las puertas del "Canal sus dos servicios de cuarentena marítima, y sometiendo "al tráfico de naves y pasajeros a reglas inspiradas en las ense- "ñanzas de la epidemiología". Cuanto al segundo punto, se expresa allí:—"La maravillosa reducción de los coeficientes de "mortalidad que estos cuadros evidencian (los cuadros estadís- "ticos que acompañan al trabajo), trayéndolos de 49,89 a 8,17: "de 65,82 a 21,29; y, de 49,48 a 14,17 por mil en la Zona del

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

"Canal y en las ciudades de Panamá y Colón, respectivamente, "gracias a una cuidadosa administración sanitaria, permiten "economizar hoy, 1924, una pérdida de vidas superior a 5,000 "almas, porque si las condiciones que reinaban en 1905, fecha "en que iniciaron los americanos su gigantesca empresa, continua- "ran aún, en vez de morir 2,000 personas, como han muerto en 1922, "hubieran fallecido no menos de 7,000. Es así como la demo- "grafía ofrece su testimonio en favor del genio de la raza yan- "qui, a la que se debe este verdadero milagro sanitario".

---

Del saneamiento del Istmo, de la construcción del Canal y de la política sanitaria seguida por las autoridades correspondientes en la Zona del Canal y sus ciudades extremas, se han derivado grandes proyecciones para la higienización de algunos territorios en América.

Terminada la construcción del Canal y entregado al tráfico de todas las banderas, se organizaron inmediatamente las correctas instalaciones higiénicas de todos conocidas: instalaciones y oficinas sanitarias que funcionan sometidas al control de la División de Saneamiento y bajo la sabia dirección de un higienista competente, suprema autoridad en la materia, cuyas decisiones no admiten apelación alguna y se cumplen con rigurosa exactitud. Así, centralizada la acción de la autoridad en materia de higiene, ha quedado asegurado el funcionamiento de lo que con justicia se considera como *"el prodigio sanitario de Panamá"*.

La salubricación de la Zona del Canal, con su completa y científica organización sanitaria, vino a sumarse a las obra de higienización ya efectuadas en algunas importantes ciudades de la América Latina: México, Habana, Río de Janeiro, Montevideo, Buenos Aires, la edificación de la ciudad modelo de La Plata, etc., etc.; obras de higienización que han contribuído a reducir de modo efectivo los índices obituarios y mejorar las condiciones de la vida en el Continente; hermosas conquistas que son la consecuencia obligada a la labor de los cultores de la ciencia de la salud en América, que constantemente han aunado sus esfuerzos para esta proficua labor común, principalmente a partir de 1905, cuando ya se trabajaba con todo ahinco en la excavación del Canal; año en que se reunió en Washington la primera Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas, hasta la séptima Conferencia, que en el último año sesionó en La Habana.

Pero la misión de los funcionarios de la Zona del Canal no había terminado con el saneamiento tan cumplidamente llevado a término, tenían aun algo interesante en qué preocuparse: convertir al Canal en una barrera infranqueable para los gérmenes pestilenciales exóticos, defendiéndolo de la im-

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

portación de los agentes patógenos; y, cautelar los grandes intereses de diverso género vinculados al tráfico por esta vía interoceánica. Para ello precisaba que la influencia de la Sanidad de Panamá, pudiera hacerse extensiva a aquellos países de América que aún no habían instalado o perfeccionado sus organismos sanitarios; porque conviene recordar que las máximas de la higiene, en lo que va corrido del presente siglo y desde las últimas décadas del anterior, han sido y son perfectamente conocidas por los cultores de la medicina en todos los países de América. Lo que les falta a estas nacionalidades es política sanitaria oficial convenientemente orientada, para aunar el cumplimiento de los severos preceptos de la ciencia con los intereses del comercio y de los particulares. El Prof. Paz Soldán insiste sobre este punto capital, al comentar una de las finalidades de la Conferencia Sanitaria Internacional reunida en esta ciudad en febrero de 1924, expresándose como sigue:— "Y digo que esto revela desconocimiento psicológico, porque "imaginan los norteamericanos que la situación de insalubri- "dad de los puertos suramericanos que miran al Pacífico, se "debe a la ignorancia en que estamos sobre la forma eficiente "de realizar la obra saneadora, y no a los factores políticos, "preponderantes en todos estos países y que son el mayor obs- "táculo a la obra efectiva de su mejoramiento sanitario".

Para conseguir este objetivo, era necesario: o extremar el rigor de las medidas de previsión contra las procedencias marítimas de aquellos puertos en que existen endémicamente enfermedades trasmisibles capaces de infectar la Zona del Canal; o procurar la internacionalización de los servicios de la Zona, haciendo que coadyuven a su finalidad las organizaciones respectivas de los demás países, de preferencia los de la costa occidental de la América del Sur, donde algunos flajelos endemo-epidémicos continuaban ejercitando su nefasta acción al amparo de la insalubridad. La primera medida tenía precisamente que ocasionar incalculables perjuicios al comercio mundial e inutilizar la obra de bien realizada con la excavación del Canal:—a decir verdad no podían conciliarse la existencia de una amplia comunicación interoceánica, que acorta las distancias para el tráfico mundial, y la interrupción de este tráfico por la ejecución de inevitables cuarentenas de mayor o menor duración. La segunda, en cambio, ofrecía indiscutibles ventajas: procurar la verdadera solidaridad para la conservación de la salud en todo el continente americano, practicando el verdadero ideal de la higiene moderna: el bienestar del hombre en todas las épocas de su existencia y en todos los lugares que le sirven de albergue.

Fué así como mediante el establecimiento de funcionarios sanitarios adscritos a los Consulados de los Estados Unidos de América, en los puertos de la costa occidental de Sud América, cuya principal misión era vigilar el estado sanitario de

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

los puertos de origen de los barcos que debían llegar a la Zona del Canal y proporcionar a la Sanidad de éste los datos necesarios para la adopción de las correspondientes medidas, en caso de que el navío fuera portador de patente sucia, se inició la benéfica obra de la internacionalización de las prácticas de la profilaxia sanitaria marítima. Los países cuyas procedencias tenían que ser calificadas como sucias, comenzaron a preocuparse con más detención que otrora, en la proficua obra del mejoramiento higiénico para salvaguardar los intereses de su comercio y librarse de intervención extraña en asuntos de régimen interno. Con todo, y a pesar de haber variado de modo notable las condiciones sanitarias de la costa occidental de la América del Sur y en los países ribereños del Mar Caribe, de 1914 a la presente, es innegable que todavía hay muchos y muy importantes problemas por resolver.

En efecto, con la valiosa y oportuna cooperación de la Fundación Rockefeller y de algunos funcionarios de la Zona del Canal, y de las autoridades sanitarias locales, se ha conseguido en la costa occidental de la América del Sur y en las del Mar Caribe, lo siguiente:—la eradicación de la fiebre amarilla del puerto de Guayaquil, convirtiéndolo de excesivamente peligroso, como lo era para los puertos y poblaciones norteñas del Perú. en una localidad limpia de tifus icterodes;—la extinción definitiva del mismo flajelo en Piura y ciudades vecinas del norte del Perú, a donde los gérmenes eran importados del foco de Guayaquil: extinción conseguida mediante la campaña que se libró en los departamentos de Piura, Lambayeque y La Libertad, durante la última incursión habida en 1918 y siguientes: conquista de gran valor en el campo de la salubrificación de América, que ha permitido librar al comercio de las innúmeras trabas que antes embargaban su evolución. También han sido de provechosos resultados: la lucha contra la uncinariosis, en la que se ha conseguido éxito muy apreciable en las repúblicas centro americanas; y, los estudios que aún se continúan para lograr extinguir la plaga de la lepra.

Pero como aún hay, como queda dicho, mucho que corregir, las autoridades sanitarias del Canal, deseando que en esta labor de excepcional importancia participaran los países directamente interesados, sugirió al gobierno de esta floreciente República de Panamá, la convocatoria a una "Conferencia de las Autoridades de Cuarentena Marítima de la Costa Occidental de la América del Sur"; asamblea que se reunió en esta ciudad, en 1924, con la asistencia de los delegados del Ecuador, Perú, Chile, Panamá, la Oficina Sanitaria Pan Americana y la Sanidad del Canal. En esa Conferencia, cuyos debates fueron por demás interesantes, se adoptaron muchas y muy importantes resoluciones que permitirán llevar a cumplido término la internacionalización de los servicios sanitarios en América. Al efecto: se formularon preceptos eficaces y equitativos para la

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

Universidad Nacional de San Marcos Biblioteca Lima-Perú

defensa de la salud pública y para la mejor práctica de las cuarentenas;—se resolvió recomendar "a los países interesados "la creación de un Consejo Internacional de Sanidad y Obser- "vadores Sanitarios con sede en Panamá, presidido por un re- "presentante designado por la Oficina Pan Americana de Sa- "nidad: Consejo que estará formado por miembros designados "por cada gobierno de América, y cuya finalidad será estudiar "y observar las medidas sanitarias puestas en práctica y los "progresos realizados, a fin de que los gobiernos informados "sobre el particular puedan dar todas las facilidades necesa- "rias al comercio y a la rapidez de las comunicaciones";—re- solvió, igualmente, recomendar a los países signatarios pro- cedan al saneamiento de sus puertos para colocarlos "en las "mejores condiciones sanitarias dentro del menor tiempo po- "sible";—aprobó que la fumigación de los buques se efectúe de preferencia empleando el cloruro de cianógeno;—que las fumigaciones periódicas de los barcos, hechas con el objeto de matar a las ratas, se realice siempre que sea posible estando el buque en lastre; se recomendó la solidaridad sanitaria del Istmo, acordando que debía ser suficiente la obtención de una sola patente de sanidad en el Canal de Panamá, para los bu- ques que por él atraviesan;—y, por último, se aprobó el siguien- te voto propuesto por la delegación peruana:—"La Conferencia "Sanitaria de Panamá reconoce que para extinguir la peste bu- "bónica en sus focos es absolutamente indispensable centralizar "su campaña profiláctica en la sola autoridad del Estado por "sus órganos competentes".

La obra de la Conferencia Sanitaria de Panamá, muy vas- ta y de grandes proyecciones para el porvenir sanitario de América, ha sido confirmada y ampliada por la Sétima Con- ferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas, que se reunió en La Habana el año anterior, de cuyas resolu- ciones sólo quiero en este momento recordar por su excepcio- nal importancia, la dación del Código Sanitario Pan America- no, que una vez en vigencia contribuirá a la unificación de la política sanitaria en todas las naciones de América.

---

Cuán hermoso es el porvenir sanitario que se presenta para la América—que ya debe dejar de denominársela la joven Amé- rica—pues la magnitud de sus progresos realizados en materia de higiene son tales, que superan a lo que en la misma mate- ria se ha hecho en el viejo mundo. Las preocupaciones por la higiene datan de muy antiguo entre los pensadores de Amé- rica: en mi patria, en el Perú, el gran Unánue, el verdadero padre de la medicina en el nuevo mundo, se expidió a este respecto con notabilísima competencia y gran clarovidencia. En lo que va corrido de la vigésima centuria y en los últimos años

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

del siglo decimonono, se ha laborado con tesón y con provecho para usufructuar en beneficio de las colectividades los incesantes progresos de la ciencia de la salud. La enseñanza de esta importante rama de la medicina, se efectúa desde la niñez hasta los períodos más avanzados en la existencia del hombre, en las escuelas, en los liceos, en las universidades, en los institutos especiales, en las asociaciones médicas y en la prensa científica y política en cuyas columnas se hace permanente obra de vulgarización;—la reunión periódica de congresos y conferencias sanitarias en las grandes ciudades del continente mantienen siempre encendido el fuego sagrado del culto a la diosa Higiea, y laboran para conseguir que las prácticas higiénicas sean iguales en todos los países, provocando así la unificación de los servicios sanitarios;—mediante el saneamiento de las urbes y de los campos, se han transformado las condiciones de la vida, no sólo en las grandes ciudades sino también en los pequeños centros poblados;—debido a la labor de organizaciones sanitarias y a la munificencia de altruistas instituciones, que generosamente contribuyen con cuantiosos elementos a la obra común, se ha logrado aniquilar por completo algunos flajelos endémicos, se lucha eficazmente contra la importación de las plagas exóticas, se estudia a conciencia la patología autóctona y se mejora la situación social y económica de las clases populares: hoy amparados por leyes protectoras; y, finalmente, el ministerio de salubridad es un organismo que va aclimatándose en la constitución de los gobiernos de América.

El nuevo mundo se prepara, pues, científicamente y socialmente a recibir el cetro del orbe, que ya no pueden sostener con el brillo de antaño las vacilantes manos de la Europa cáduca; y, que siguiendo el ciclo evolutivo que ha recorrido desde los albores de la existencia del hombre, llegará en plazo más o menos largo, a nuestras ubérrimas y fastuosas comarcas. En este grandioso porvenir, le corresponde un lugar espectable a la República de Panamá, que con la construcción del Canal ha influenciado de modo apreciable la higienización del Continente.

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

# Programa para la campaña antivenérea en el Perú

*Presentado a la Conferencia Nacional Antivenérea*

Por el Dr. GERARDO ALARCO
*Coronel de Sanidad del Ejército Nacional*

La realidad médico-social, se aprecia, entre otros modos, por la estadística; los guarismos de la morbo-mortalidad humana atestiguan el índice morboso y letal de las dolencias y reflejan el valor de las medidas que la ciencia médica pone en manos del hombre, para aminorar las causas de su desfallecimiento y aniquilación.

Desgraciadamente, entre nosotros, la estadística demográfica es todavía una aspiración por realizar; no porque falte personal preparado, ya que Rómulo Eyzaguirre nos libra con su saber, de esa deficiencia, sino, porque, al igual que en todo el mundo, se llegarán a estimar numéricamente las fluctuaciones humanas, después que se conozcan con perfección las cifras agropecuarias, por ejemplo.

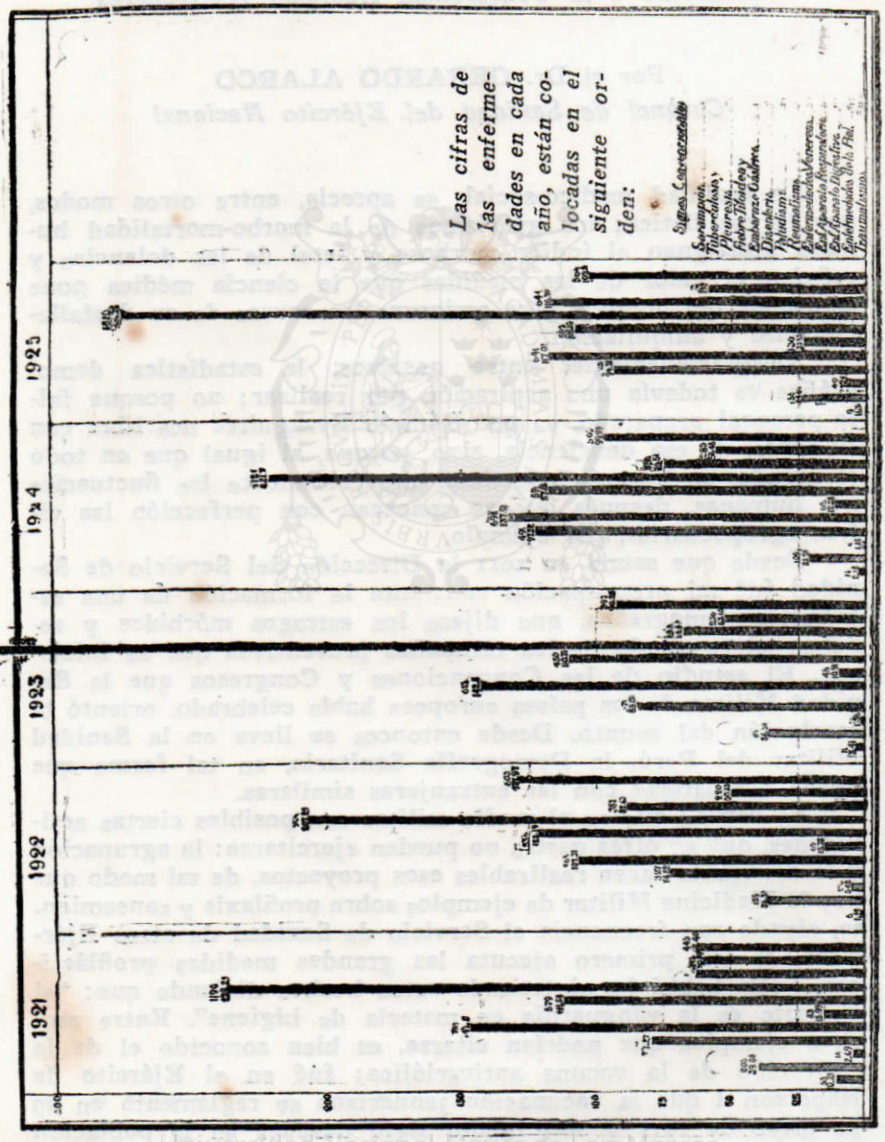
Desde que asumí en 1911 la Dirección del Servicio de Sanidad fué mi preocupación constante la formación de una estadística demográfica, que dijese los estragos mórbidos y señalase el resultado de las campañas preventivas que se iniciasen. El estudio de las Convenciones y Congresos que la Sanidad Militar de los países europeos había celebrado, orientó la resolución del asunto. Desde entonces se lleva en la Sanidad Militar del Perú, la Demografía Sanitaria, en tal forma que puede compararse con las extranjeras similares.

Es verdad que en el medio militar son posibles ciertas actividades, que en otras partes no pueden ejercitarse: la agrupación y la disciplina hacen realizables esos proyectos, de tal modo que hoy la Medicina Militar da ejemplos sobre profilaxis y saneamiento, siendo con frecuencia el Servicio de Sanidad de otros Ejércitos, el que primero ejecuta las grandes medidas profilácticas. León Labbé ha sintetizado estos hechos diciendo que: "el Ejército es la vanguardia en materia de higiene". Entre muchos ejemplos que podrían citarse, es bien conocido el de la aplicación de la vacuna antivariólica: fué en el Ejército de Napoleón I que la vacunación jenneriana se reglamentó en 29 de mayo de 1811 y sólo medio siglo después en la población civil.

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

Se ha dicho que la demografía médico-militar se basa en datos concretos y esto es cierto, porque de un lado se tienen los efectivos y del otro, la morbosidad y mortalidad.

Como la Estadística Médica del Ejército se hace de acuerdo con las Convenciones y Congresos celebrados en Budapest, Madrid, Berlín y París de 1904, 1903, 1907 y 1909, respectivamente, es posible comparar los datos de los distintos ejércitos y apreciar la bondad de las medidas preventivas a fin de generalizarlas, doquiera se las necesite.

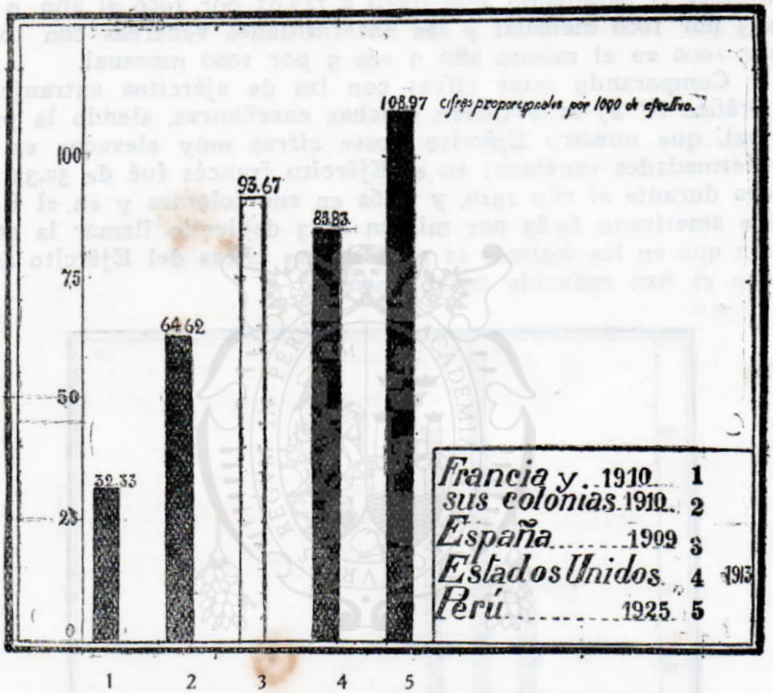



Gráfica Nº 1.—*Enfermedades de mayor morbosidad en el Ejército durante los años 1921-1925*

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

La Sanidad Militar ofrece cifras demográficas de 15 años consecutivos, segura de que es el único Instituto de su género en el país, que puede ofrecer tal conjunto estadístico.

Bien se comprende, después de lo dicho, la importancia de la demografía médico-militar, que suscita dos consideraciones fundamentales: 1º La necesidad de un Censo de la República para establecer sobre bases sólidas la estadística sanita-




Gráfica Nº 2.—*Morbosidad por enfermedades venéreas en diversos Ejércitos*

ria de la Nación; 2º La utilidad que pueden reportar las cifras del Ejército para apreciar, por inducción, el monto total de las enfermedades venéreas en el Perú.

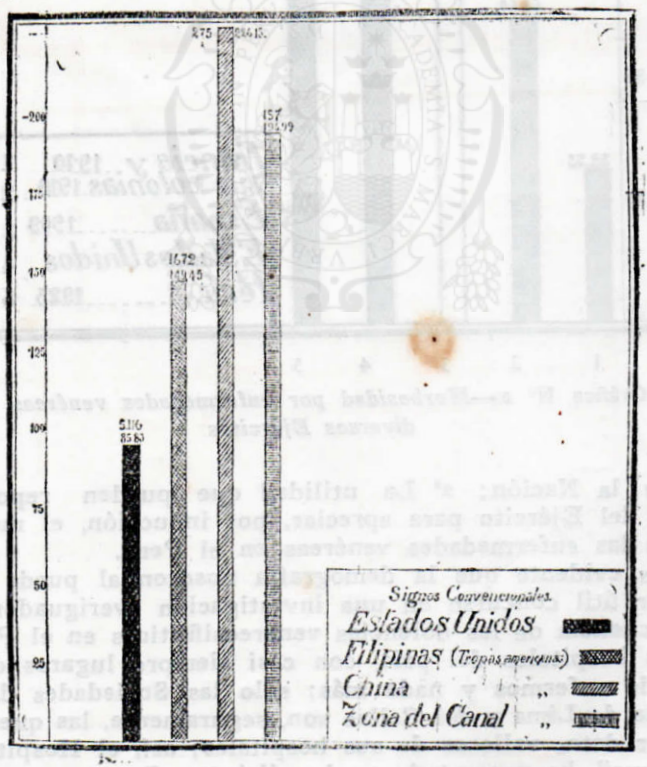
Es evidente que la demografía nosocomial puede y debe prestar útil concurso en una investigación averiguadora sobre la frecuencia de las dolencias venereosifilíticas en el Perú, pero los hospitales del país, con casi siempre lugares de curación de enfermos y nada más; sólo las Sociedades de Beneficencia de Lima y del Callao son, seguramente, las que pueden ofrecer datos valiosos de sus hospitales; así, el Hospital "Dos de Mayo", ha presentado en los últimos años de 1923 y 1924, cifras científicamente obtenidas, sobre la frecuencia de las dolencias luéticas y venéreas, y el Servicio Ernesto Odriozola

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

del mismo nosocomio, ha expuesto que cerca del 30 % del total de los pacientes que ha tratado han presentado enfermedades de etiología o naturaleza avariósica.

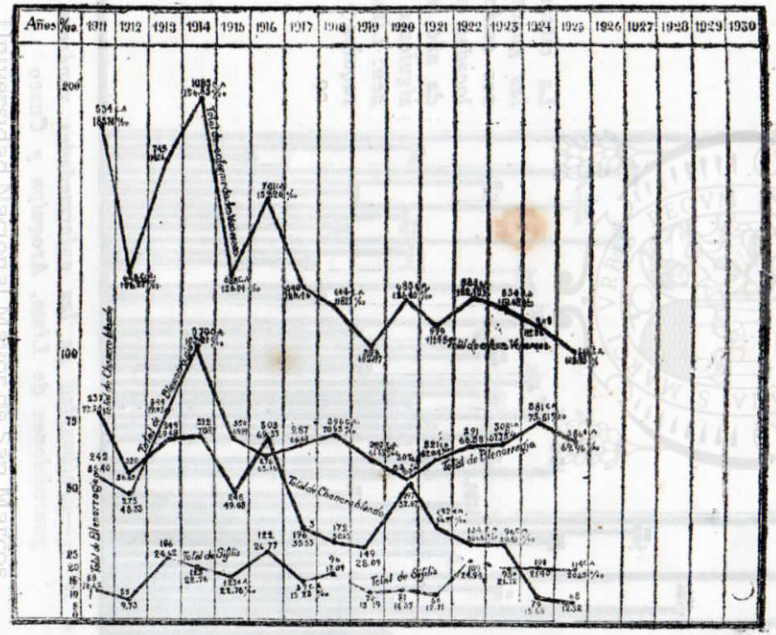
Estudiando las cifras demóticas de los 15 años últimos en el Ejército, (gráfica N° 1) se encuentra que la grippe y las enfermedades del aparato respiratorio son las que tienen mayor frecuencia, ya que en 1925 alcanzaron a 275.28 por 1000 al año, lo que equivale a cerca de 23 por 1000 mensual; siguen después el paludismo, que llegó a 117.07 por 1000 al año, o sea 9.75 por 1000 mensual y las enfermedades venéreas con 108.19 por 1000 en el mismo año o sea 9 por 1000 mensual.

Comparando estas cifras con las de ejércitos extranjeros, (Gráfica N° 2) se obtienen muchas enseñanzas, siendo la principal, que nuestro Ejército posee cifras muy elevadas en las enfermedades venéreas; en el Ejército francés fué de 32.33 por 1000 durante el año 1910, y 64.62 en sus colonias y en el Ejército americano 85.83 por mil en 1913 debiendo llamar la atención que en los últimos 11 años dichas cifras del Ejército amecano se han reducido notablemente.

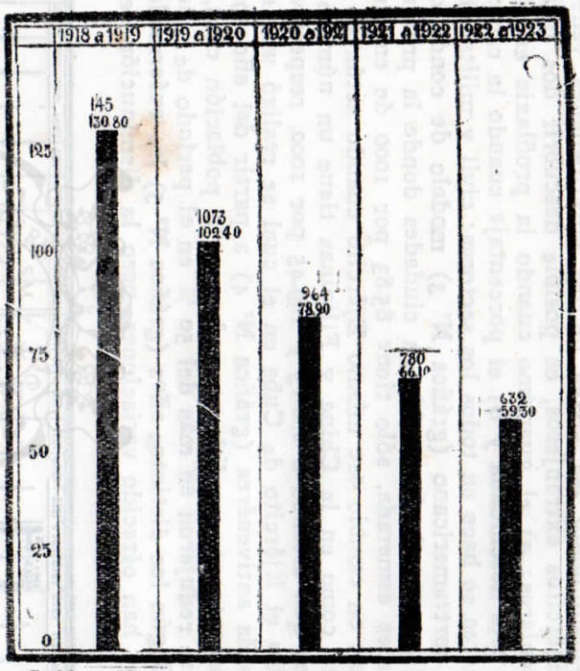



Gráfica N° 3.—*Morbosidad por enfermedades venéreas del ejército norteamericano en el año 1913*

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




Gráfica Nº 5.—*Morbosidad total y parcial de las enfermedades venéreas en el ejército del Perú*




Gráfica Nº 4.—*Morbosidad por enfermedades venéreas en el Ejército de Cuba*

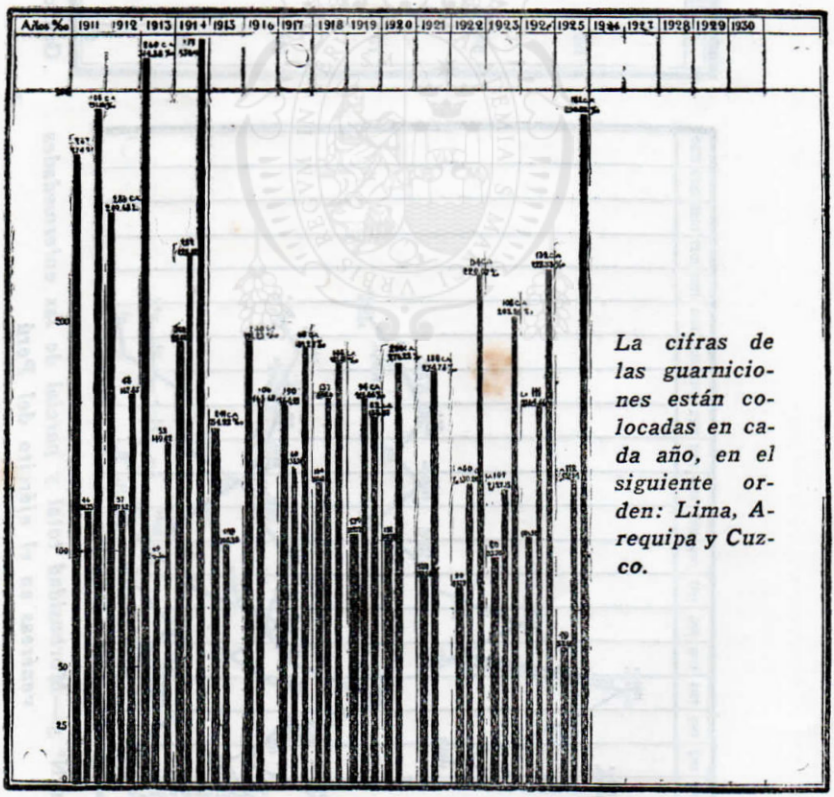


Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Examinando las cifras de las enfermedades venéreas en los Ejércitos extranjeros, es posible descubrir dos incidencias particulares: *a*) el guarismo cuando la profilaxia en el medio civil está descuidada y *b*) el porcentaje cuando la campaña antivenérea se hace en todos los sectores: civil y militar. El Ejército norteamericano (gráfica N° 3) modelo de condiciones higiénicas, cuando hace vida en ciudades donde la profilaxia venérea es esmerada, sólo tiene 85.83 por 1000 de enfermos venéreos, en cambio ese mismo Ejército cuando actúa en guarniciones como en la China y Filipinas tiene un número de venéreos que alcanza a 226.15 y 149.45 por 1000, respectivamente.

En el Ejército de Cuba en el cual se realizó una enérgica campaña antivenérea (gráfica N° 4) a partir del año 1918, conjuntamente con medidas tomadas en la población civil, las cifras se redujeron en más del 50 % en el período de cinco años.

Según los distintos años (gráfica N° 5) las enfermedades venéreas han ofrecido variaciones, pero la disminución se ha he-



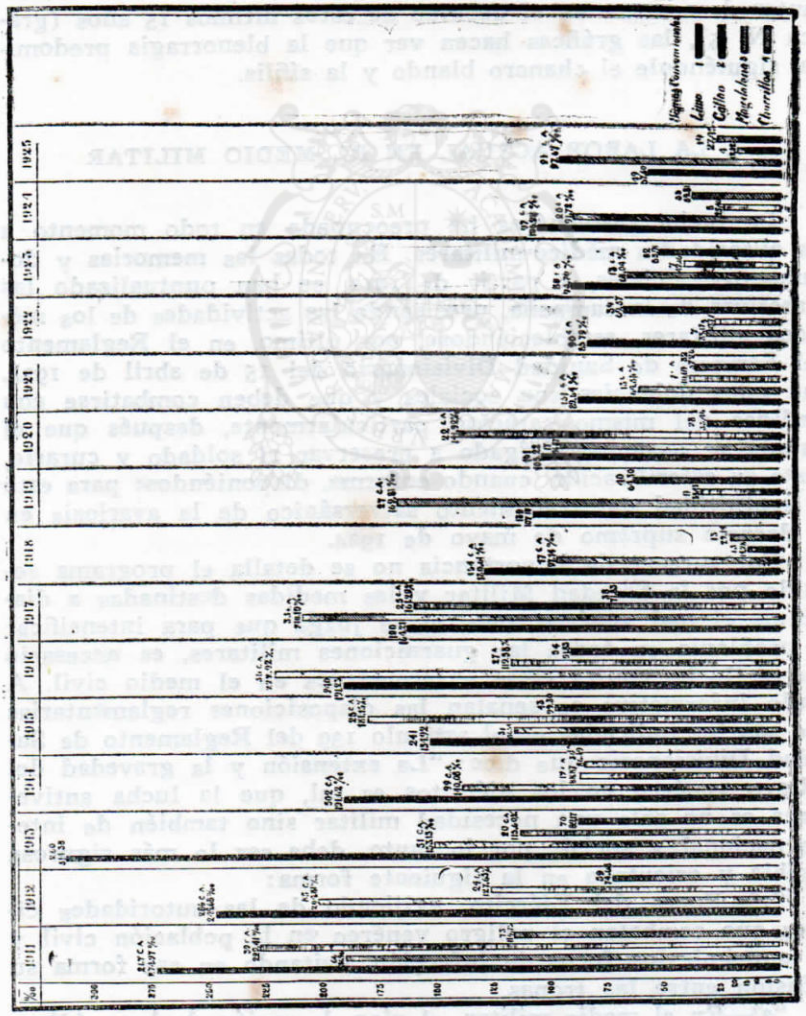

*La cifras de las guarniciones están colocadas en cada año, en el siguiente orden: Lima, Arequipa y Cuzco.*

Gráfica N° 6 — *Morbosidad de las enfermedades venéreas en las guarniciones de Lima, Arequipa y Cuzco*

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

cho manifiesta en relación con el esfuerzo sanitario desarrollado por la sanidad civil y por la policía y con la situación económica de sus diversas dependencias; así el Ejército que en el año 1911 tuvo 185.76 por 1000 o sea 15.41 por 1000 mensual, ha visto reducirse esta cifra en el año 1925 a 102.21 por 1000, o sea el 8.5 por 1000 mensual.

Según las distintas guarniciones militares (gráfica Nº 6) las enfermedades venéreas tienen una frecuencia variable; entre nosotros es el Cuzco la guarnición con más enfermos de esa naturaleza, pues la estadística da 290.52 por 1000 durante el año 1925; siguen Arequipa con 131.14 por 1000, y Lima con 57.60 por 1000; en las dos primeras no hacen campaña antive-



Gráfica Nº 7.—*Morbosidad por enfermedades venéreas en algunas guarniciones en la II División*

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

nérea las autoridades sanitarias civiles; los servicios antivenéreos recién se han implantado en Arequipa. Los resultados obtenidos en el Ejército son satisfactorios, cuando realizan campaña antivenérea las autoridades sanitarias civiles; a partir de 1911, se notan algunas oscilaciones marcadas cuando ha disminuído por cualquier causa la vigilancia de la prostitución; las cifras de venéreos de las guarniciones de Lima, Callao, Magdalena y la Escuela Militar han disminuído apreciablemente (gráfica N° 7) si se toman las cifras extremas, así Lima que tenía en 1911, 274.97 por 1000, en 1925, sólo tuvo 57.60 por 1000 y la Escuela Militar de 116.75, bajó a 27.45 por 1000.

Las formas de las dolencias venéreas también son interesantes de conocer en el decurso de estos últimos 15 años (gráfica N° 5), las gráficas hacen ver que la blenorragia predomina, siguiéndole el chancro blando y la sífilis.

## I. LA LABOR ACTUAL EN EL MEDIO MILITAR

La lucha antivenérea ha preocupado en todo momento a las autoridades médico-militares. En todas las memorias y documentos oficiales, a partir de 1911, se han puntualizado las directivas de la campaña, precisando las actividades de los médicos militares, estableciéndose, por último, en el Reglamento del Servicio de Sanidad Divisionario del 15 de abril de 1924, que estas dolencias son sociales y que deben combatirse con medidas del mismo carácter, particularmente, después que el Estado se reconoce obligado a preservar al soldado y curarlo, hasta su esterilización cuando enferma, disponiéndose para esto la gratuitidad del tratamiento salvarsánico de la avariosis en el decreto supremo de mayo de 1924.

Por carecer de importancia no se detalla el programa seguido por la Sanidad Militar y las medidas destinadas a disminuir el mal venéreo, pero si se juzga que para intensificar la profilaxia en todas las guarniciones militares, es necesario que se luche contra estas enfermedades en el medio civil. A título informativo se señalan las disposiciones reglamentarias que son las indicadas en el artículo 139 del Reglamento de Sanidad Divisionario que dice: "La extensión y la gravedad del peligro venéreo en los ejércitos es tal, que la lucha antivenérea es no sólo una necesidad militar sino también de interés nacional y social; por lo tanto, debe ser lo más rigurosa posible y orientada en la siguiente forma:

"1°—Fuera del Ejército, exijiendo de las autoridades civiles que combatan el peligro venéreo en la población civil y así suprimir los focos de infección, evitando en esa forma su difusión entre las tropas.

"2°—En el medio militar, el plan de acción de los médicos militares comprenderá las orientaciones siguientes:

Universidad del Perú. Decana de América

a)—Educación individual.—La educación antivenérea será dada a los individuos de tropa (clases y soldados) por medio de carteles y conferencias, lecciones objetivas (linternas de proyecciones); cuando sea necesario se darán las conferencias en el respectivo idioma del soldado. Para comprobar si han entendido los consejos, los médicos harán preguntas a los clases".

"A los oficiales, en la Escuela Militar, se les dará una instrucción especial, pues, el buen resultado de la lucha contra las enfermedades venéreas en el Ejército, depende de su buena instrucción higiénica.

"Los médicos militares recibirán instrucción especial dada por el especialista del Ejército.

"b).—Medidas profilácticas.—Destinadas a preservar al hombre sano aplicando los siguientes métodos: distracciones, espectáculos honestos, locales de distracción, etc.; vigilancia de los focos de infección, práctica de medios preservativos que se enseñarán y pondrán a disposición del soldado, tales como *locales sanitarios para lavados*, estuches sanitarios con los elementos necesarios para una desinfección inmediata etc."

"c).—Medidas relacionadas con los enfermos.—Estas son: diagnóstico precoz; aislamiento de los contagiosos,, tratamiento por los medios más modernos y eficaces, en servicios especializados; vigilancia ulterior de los enfermos".

d).—Profilaxia social.—Por medio de consejos especiales en los casos de licenciamiento en plena curación, señalándoles, los dispensarios civiles en los cuales pueden completar su tratamiento.

"Se prohibirá la salida del cuartel a los venéreos, en período de contagio; así como el licenciamiento de los sifilíticos sin previa esterilización".

La mayor parte de las anteriores medidas se han ejecutado; tenemos la cartilla destinada a instruir al soldado sobre el peligro venéreo, los programas que deben desarrollar los médicos de los regimientos para instruir al soldado, los de las conferencias dictadas en la Escula Militar destinadas a ilustrar a los futuros oficiales del Ejército, usamos los afiches distribuídos en los cuarteles, poseemos lavatorios sanitarios para practicar lavados post-coito; recomendamos la aplicación de la pomada de calomel, fórmula de Metchnikoff-Gaudoin, y los lavados uretrales; proporcionamos tratamiento gratuito a todos los enfermos, aún de salvarsán, y no se licencia al sifilítico sin previa esterilización. Falta preparar una película destinada a ilustra al soldado sobre el peligro venéreo, así como generalizar a las guarniciones más alejadas las medidas ya implantadas aquí.

Creemos que estas disposiciones que rigen en el Ejército, son fácilmente aplicables en la Marina, así como en la policía, con las cuales podrá obtenerse grandes ventajas para dicho personal.

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

## II. LO QUE CONVIENE HACER EN LA LUCHA CONTRA LAS DOLENCIAS VENEREAS

Pero la Sanidad Militar no queda satisfecha con todo lo enumerado, quiere que en el país se haga la lucha contra estas dolencias con un plan único, bien convencida que en caso de guerra, desde la movilización, las medidas del medio militar se aplicarán al resto de la colectividad, porque el Ejército es una parte de la Nación en armas, que en un momento dado puede comprender a los que todavía no combaten, y como no se va a esperar esa eventualidad luctuosa para aceptar planes uniformes, desde ahora presenta un plan general de lucha antivenérea, que sería el que regiría en caso de movilización.

El Comando militar en ese caso asume casi todas las funciones administrativas y por este motivo tiene que dar las normas de la lucha sanitaria civil en la zona en que actúa, ya que resultarían inútiles todos los esfuerzos para aminorar las pérdidas de los efectivos por dolencias venéreas, si las poblaciones no cuidasen la salud sexual de sus componentes, con esmero y rigidez.

En el citado caso de una movilización, la Sanidad Militar se vería obligada a proponer al comando el desarrollo del plan siguiente, que comprendería:

A.—Educación del público sobre el peligro venéreo.

B.—Profilaxia de las enfermedades venéreas.

C.—Tratamiento de las enfermedades venéreas y aislamiento en caso necesario.

A.—*Educación del público sobre el peligro venéreo.*

1.—*Educación sexual desde* la Escuela.

2.—Enseñanza por medio de conferencias, cartillas, lecciones objetivas: carteles, proyección de vistas de enfermos, cintas cinematográficas *ad hoc,* piezas de cera de enfermedades venéreas, etc.

3.—*Papel educador* de la prensa.

4.—*Personal de propaganda:*

Médicos departamentales.

Médicos titulares.

Médicos sanitarios.

Médicos de Beneficencia.

Sociedades: Cruz Roja; Liga de Higiene y Profilaxia Social.

Organizaciones religiosas de influencia local.

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

Médicos o jefes de fábricas, talleres, haciendas, etc.

5.—Instrucción sexual y profiláctica de las prostitutas.

B.—*Profilaxia de las enfermedades venéreas.*

1.—Cumplimiento de la ley antialcohólica.

2.—Difusión de las distracciones colectivas (cultura física, deportes, espectáculos honestos, etc.).

3.—Colocación de carteles con instrucciones preventivas en los prostíbulos y pensiones.

4.—Tratamiento profiláctico gratuito y oportuno en los Dispensarios antivenéreos a toda hora del día y de la noche.

5.—Vigilancia de la prostitución. Inspección sanitaria de las prostitutas y de los locales habitados por ellas.

6.—Supresión, hasta donde sea posible, de la prostitución clandestina.

C.—*Tratamiento de las enfermedades venéreas y aislamiento en caso necesario.*

1.—*Dispensarios antivenéreos,* en las principales poblaciones.

2.—*Casas de Salud* para las prostitutas, en las capitales de Departamento.

3.—*Pabellones anexos a los hospitales,* para el tratamiento gratuito de los venéreos, así como su reclusión mientras sean contagiosos; existirán también salas de paga.

4.—*Tratamiento obligatorio* de todos los enfermos hasta su curación completa; controlándosela por los medios científicos más aceptados.

5.—*Unificación de los tratamientos* para garantía de los enfermos y eficacia de la lucha.

6.—*Tratamiento obligatorio de la heredo-sífilis:* Consultorios de niños en las maternidades, casas de niños abandonados y delincuentes. Servicio médico escolar.

7.—*Consultas para mujeres embarazadas y lactantes.* Tratamiento de la sífilis pre-natal.

8.—Facilitar la venta de *medicamentos a precio de costo.*

9.—*Establecer Laboratorios* para el diagnóstico precoz de las enfermedades venéreas.

10.—*La elección de especialistas* para los puestos será por concurso o dentro de una terna de especialistas solicitada a la Facultad de Medicina.

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

## III.—LA LIGA NACIONAL ANTIVENEREA

Para la realización del plan bosquejado, es necesario organizar la "Liga Nacional Antivenérea", destinada a combatir las enfermedades sociales provenientes de una vida sexual irregular.

Tendría por objeto orientar la campaña contra las enfermedades venéreas de acuerdo con el plan aprobado en la Conferencia Nacional Antivenérea.

Su personal estaría integrado por representantes de las instituciones públicas y privadas y de los Institutos de carácter médico social que directa o indirectamente tengan que hacer en la lucha contra las enfermedades sociales.

Sus órganos directivos podrían ser:

La Junta Consultiva y el Comité Ejecutivo en la capital, y los Comités Departamentales y Provinciales en el resto del país.

El plan de labores comprendería un programa mínimo desarrollable en el plazo de dos años y de preferencia en las poblaciones de Lima, Callao, Mollendo, Arequipa y Cuzco, así como en otras, de acuerdo con las exigencias sanitarias de las diversas regiones del país.

Esta Liga asumiría el encargo de organizar las futuras Conferencias Nacionales antivenéreas, en las que se daría cuenta de la labor realizada, por las distintas dependencias del Estado y gestionaría la renta necesaria para el cumplimiento de su programa.

La Junta Consultiva y el Comité Ejecutivo elegirían en su primera reunión sus autoridades respectivas.

Formarían la Junta Consultiva: Representantes: de la Academia Nacional de Medicina, de la Facultad de Medicina, del Colegio de Abogados, de la Sociedad Peruana de Cirujía, de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja, del Círculo Médico, de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, uno de los Directores de los hospitales y un Juez Correccional en lo criminal.

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

Formarían el Comité Ejecutivo: el Director de Salubridad Pública, el Inspector y el Director de la Sanidad Militar, el Jefe de la Sanidad Naval, el Presidente de la Comisión de Hospitales de la Beneficencia Pública de Lima, el Jefe de la Asistencia Pública, el Jefe del Sifilicomio, y el Jefe del Servicio de Sanidad de la Guardia Civil.

CONCLUSIONES

Como resumen de lo anteriormente expuesto, formulo los siguientes votos que someto a la Conferencia Nacional Antivenérea:

Que es conveniente insistir en la declaración que sostiene que la campaña antivenérea debe comenzar por la educación sexual desde la escuela.

Que para formar la conciencia pública sobre la materia, es necesario divulgar y vulgarizar los conocimientos de las cuestiones sexuales, haciendo enseñanza objetivada.

Que hay que encausar científicamente la colaboración de la prensa y del personal e instituciones médico-sociales, para la obra antivenérea.

Que las prostitutas exigen una peculiar instrucción sexual de acuerdo con las disposiciones sanitarias vigentes en nuestro país.

Que se declare que la campaña antialcohólica contribuye a la obra de profilaxia antivenérea.

Que las distracciones para la colectividad, deben aumentarse, señalándose en cada caso particular, los peligros de las enfermedades venéreas.

Que en los dispensarios antivenéreos debe hacerse el tratamiento profiláctico gratuito y oportuno, a toda hora del día y de la noche.

Que mientras exista la prostitución, y se la tolere, debe ejercerse vigilancia sanitaria de las prostitutas y de los prostíbulos.

Que conviene que los Poderes Públicos se esfuercen por aumentar los medios que contribuyan a suprimir la prostitución clandestina.

Que el tratamiento de los enfermos venéreos exije que existan: Dispensarios Antivenéreos en las principales poblaciones y puertos, casas de salud para las prostitutas en las principales capitales de departamento y pabellones dedicados exclusivamente en los hospitales al tratamiento gratuito y obligatorio de los enfermos durante el período contagioso.

Que urge establecer control científico de los enfermos venéreos.

Que es necesario que se uniformen los métodos o procedimientos curativos, a fin de que la terapéutica gane en eficacia.

Que hay que difundir entre los médicos el conocimiento de los estigmas de la heredosífilis, con el objeto de que siempre se haga, y oportunamente, el tratamiento conveniente.

Universidad del Perú. Decana de América

Que como la vigilancia de las gestantes, permite el tratamiento de la sífilis prenatal, se recomienda multiplicar las consultas para mujeres embarazadas.

Que a fin de contribuir al tratamiento de todos los enfermos se debe liberar de impuestos a las drogas usadas en el tratamiento de las enfermedades venéreas.

Que los Laboratorios deben contribuir al diagnóstico precoz de las dolencias venéreaas y sus técnicas de investigación deben uniformarse, particularmente en lo que se refiere a la reacción de Wassermann, de acuerdo con lo dispuesto por el Comité de Higiene de la Liga de las Naciones.

Que es conveniente estimular el desarrollo de la especialidad venereológica, a fin de que sólo los que posean capacidad técnica reconocida, desempeñen los puestos de los distintos organismos sociales de la cruzada antivenérea.

Que se cree la "Liga Nacional Antivenérea" que centralizará la lucha contra las enfermedades venéreas, de acuerdo con el contenido de las conclusiones aprobadas en esta Conferencia.

## Prensa Médica Argentina

LA TUBERCULINA EN EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DEL REUMATISMO DE PONCET. — Salvo raras excepciones, el reumatismo de Poncet es considerado por la mayoría de los observadores como una afección rara y difícil de curar.

Para su diagnóstico no se cuenta la medicina moderna — dicen los clásicos — con ningún recurso que permita establecer con seguridad precisa el diagnóstico causal, etiológico. Todo se reduce a conjeturas, por lo común de caracter clínico, a una que otra prueba de probabilidad y ninguna de certidumbre.

Los datos clínicos establecen una ley de posibilidad; se fundan en los conmemorativos que el enfermo proporciona de carácter personal: antiguos procesos bacilares localizados en los ganglios del cuello y de los que se conservan cicatrices perpetuas, lesiones pulmonares curadas por una larga permanencia en la montaña, pleuresías con derrame serofibrinoso, etc.

Otras veces las circunstancias sospechosas las establecen los vecinos del enfermo: una hermana bacilosa evolutiva, el padre tuberculoso, que murió cuando el enfermo era niño aún, etc.

Pero la posibilidad puede ser engañosa.Por eso se recurre a la cutidermorreacción a la tuberculina, que torna lo posible en probable. Pero es la coincidencia tan frecuente, y por otra parte, es tan común la reacción positiva en todos los adultos, que esta probabilidad es realmente muy problemática.

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

Lo mismo puede decirse de la ligeras alteraciones que la observación directa puede descubrir en un vértice pulmonar, en los ganglios perihiliares, etc. No puede por ello establecerse ninguna certidumbre.

Por lo demás los fenómenos atribuibles a la toxiinfección bacilar pueden ser tributarios tanto de una lesión pulmonar no evolutiva, aunque sí tóxica y activa humoralmente, no tisuralmente, como del foco oculto de donde parten las toxinas que han engendrado el reumatismo en estudio.

Ninguna otra fuente de información existe. Pocos han recurrido a la prueba de Koch inyectando una fuerte dosis de tuberculina que exacerbando el proceso daría la clave del origen del mal. Pero la prueba no se ha empleado con fín diagnóstico en estos casos; además se la teme, y con razón, dados los perjuicios que puede acarrear y los peligros a que expone.

El médico, pues, en general, no hace el diagnóstico de reumatismo de Poncet, sino por rara casualidad, por excepción, y lo que es peor, a veces solo después de comprobar el fracaso de una variada multitud de agentes terapéuticos cuyo empleo justifican la tardanza del diagnóstico y explican la gravedad de las consecuencias patológicas que el enfermo concluye por sufrir.

Sin embargo, otra conducta es necesaria, ante todo por dos pricipales razones: la primera porque *el reumatismo de Poncet es muy frecuente*, y la segunda *porque el tratamiento tuberculínico de las ultrapequeñas dosis es sumamente eficaz*, como curativo y como preventivo de otras alteraciones y complicaciones inherentes al proceso mismo y a su causa.

El Dr. Juan José Viton (*La Semana Médica*, N°. 21. Buenos Aires 1926) dice desde 1925, "*que el reumatismo de Poncet es tan frecuente dentro de los "reumatismos" como la tuberculosis pulmonar lo es entre las afecciones toráxicas*". Esta afirmación se refiere sobre todo a las formas subagudas y crónicas, pero no excluye que las formas agudas cuenten con un alto porcentaje.

Llevan al diagnóstico las circunstancias clínicas que rara vez el médico pesa con exactitud o descuida por completo. Por eso no adquieren importancia los conmemorativos personales o de familia, y como de la observación directa del paciente no puede deducirse que exista una lesión pulmonar activa, se desprecia la presunción si se la hizo, sin recordar que es justamente una caracterísitca de las lesiones pulmonares concomitantes del reumatismo de Poncet, su poca apariencia de actividad, cuando no su aspecto disimulado, *larvadísimo*.

En muy contadas ocasiones el reumatismo evoluciona al mismo tiempo que lo hace una lesión activa extra-articular, y en estos casos es por lo común una serosa la que manifiesta su principal lesión. Por eso se ve coincidir al reumatismo Poncet con pleuresías sero-fibrinosas, con pericarditis secas agudas y en dos ocasiones ha visto evolucionar una endocarditis mitral que el enfermo traía cuando su primera consulta. Pero en todos estos casos se descubre por lo común anomalías respiratorias de un vértice pulmonar o la existencia de adenopatías hiliares gruesas, con manifestaciones que evidencian

Universidad del Perú. Decana de América

un proceso de actividad local. Pero cuando no hay estos indicios, es necesario sospechar el Poncet, ante el fracaso de la medicación salicilada, ante la tendencia del mal a recidivar, ante la tendencia a la anquilosis que muestran las articulaciones afectadas.

*La tendencia a la cronicidad* es otro indicio del origen tuberculoso del proceso, por eso todo reumatismo agudo que se transforma en crónico es muy probablemente un reumatismo tuberculoso.

La idea difundida, excluyente, de que el verdadero reumatismo es errante y ataca sucesivamente muchas articulaciones no es exacta; el reumatismo más probablemente de origen bacilar puede afectar el mismo caracter. Y si bien es cierto que al cambiar de una articulación a otra el Poncet puede dejar rastros y rigideces significativas,es también verdad que en muchos casos no deja nada, quedando en perfecta libertad y sana la articulación recientemente atacada.

A las sugestiones diagnósticas anotadas, se podrían agregar la anemia roja, la leucocitosis mononuclear, la disminución de la fibrina sanguínea. El elemento fiebre no tiene ninguna significación, pues seguirá el ritmo del mal, y por lo mismo podrá afectar todos los tipos y marcar todas las alturas que la enfermedad original es capaz de producir.

En este terreno dudoso y ambiguo que crea la clínica un solo criterio permite dilucidar el problema que plantea el diagnóstico etiológico y ese criterio lo da la tuberculina en dosis ultrapequeñas.

Si las dosis no reunen esta condición, son perjudiciales y exacerban todo el cuadro en estudio.

Si las dosis son ultrapequñas, los resultados son reveladores y es tan grande el cambio favorable que experimenta el enfermo y el proceso, que constituye esta mejoría una verdadera prueba de certidumbre.

Merecen una mención muy especial los efectos que produce la inyección de tuberculina en dosis apropiada. Se podría decir por la franqueza con que se manifiestan y hasta por el grado de intensidad que afectan, que son casi patognómicos.

Aparecen por lo común después de transcurridas las primeras cinco a ocho horas, y desde entonces siguen constantemente en aumento; luego de transcurridos algunos días, dos, tres o cinco los sufrimientos vuelven a insinuarse y desaparecerán otra vez si la inyección terapáutica se repite. Esta conferirá al enfermo una más larga y más acentuada mejoría y así seguirán acentuándose los efectos cada vez más a medida que las inyecciones se repitan, avanzando la cura. Los efectos se consolidan a medida que el tratamiento continúa.

En todos estos resultados no se nota siempre la misma intensidad.

Puede decirse aque uno de los fenómenosmás salientes es la *eutoria* que la inyección provoca, que no parece solo depender de la mejoría de los dolores, desde que aveces ella se adelanta a la sedación de los mismos.

Al mismo tiempo, o muy poco después, se nota un *alivio* de los *sufrimientos articulares* y una mayor movilidad *del segmento enfermo*. El sueño mejora prontamente y es de llamar la atención cómo él viene a reemplazar a los largos insomios dolorosos que hasta unas horas

Universidad del Perú. Decana de América

antes de la inyección castigaban al pobre enfermo, con una constancia y persistencia despiadadas.

Juntamente el *apetito vuelve*, con el cual la alimentación se puede hacer reparadora. En consecuendia, el enfermo *aumenta de peso*, mejora su color, readquiere una mayor libertad de movimientos y de acción, porque las tumefacciones articulares se reabsorben y los dolores se van.

Si la temperatura acompañaba a estos sufrimientos, declina primero em pujada al principio por cada inyección y luego desaparece por completo.

La sangre readquiere su equilibrio globular y su tenor normal de hemoglobina.

Es tan evidente esta feliz acción de la tuberculina, que se la podría llamar específica del reumatismo de Poncet. Los otros reumatismos permanecen inmóviles ante su empleo, sean blenorrágicos, sifilíticos, infecciosos, o el misterioso de Bouilland, que hasta hoy no se cuenta con una causa definitiva.

Constituye este resultado mejorativo o curativo la base de un verdadero tratamiento de prueba, merced al cual puede clasificarse como de origen tuberculoso al reumatismo que así aparece tan obediente a esta medicación especial. Constituye así una verdadera prueba de certidumbre y como tal debe ser empleada.

Promete una mejoría que luego al continuarse su administración se trueca en sanación, erigiéndose por eso mismo en base del mejor tratamiento del reumatismo de Poncet y de todas sus complicaciones locales o generales.

Dr. Carlos A. BAMBAREN

## Notas Terapéuticas

EL SALICILATO Y YODURO DE SODIO POR VIA ENDOVENOSA EN EL TRATAMIENTO DEL REUMATISMO.—En "The Therapeutic Gazette", de mayo 15, 1926 se informa muy favorablemente sobre la inyección intravenosa de solución de Salicilato de Sodio y de Yoduro de Sodio.

Esta revista refiere una carta publicada en *"The Lancet"*, diciembre 19 de 1925, por el Dr. F. J. W. Porter, del British Royal Army Medical Corps. en la cual da cuenta que durante varios años ha usado el Salicilato y Yoduro de Sodio, en inyeciones intravenosas, en el tratamiento del reumatismo y otras afecciones. Dice que no se produce generalmente ninguna reacción a consecuencia de la inyección, que algunas veces hay ligera sensación de frío, después de media hora, que desaparece en pocos minutos. Nunca ha observado trombosis. La mejoría después de la inyección es rápida y a veces dramática. En un caso de ciática aguda, dos minutos después de la in-

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

yección el paciente pudo pasear al rededor de su dormitorio. Dos días después se notaba una cierta resistencia a la presión en cierto sitio del trayecto nervioso que desapareció después de una segunda inyección; al cuarto día el paciente jugaba "golf". Un médico que sufrió de ciática durante seis meses fué tratado con una sola inyección, y media hora después el dolor había desaparecido y no volvió más. Otro caso de ciática de cuatro años se curó con dos inyecciones.

Porter y otros médicos están usando este método.

Sabemos que la casa Mulford de Filadelfia pondrá en venta estas inyecciones.

TRATAMIENTO DE LA AGITACION EN LOS ENFERMOS MENTALES.—Los resultados extremadamente interesantes obtenidos por el Dr. *Rone, (Tesis de Lyon,* 1925), vienen a confirmar las conclusiones de las numerosas experiencias publicadas sobre el *Somnifene* en la terapéutica neuro-psiquiátrica *(Crouzon, Laigne-Lavastine Claude, Baudouin, Camus, Anglade, Perrens, Robin Pavlovitch, Quercy,* etc.); especialmente la tesis de *Dodard-des-Loges,* donde se resumen los resultados obtenidos por *Cestan, Riser y Laborde,* quienes han utilizado el Somnifene en más de 2.000 casos.

El *Somnifene* es un medicamento excesivamente manejable, se ha podido hasta decir que era el más manejable de los hipnóticos; puede ser administrado por vía bucal, bajo forma de gotas (que permite dar a cada uno la dosis óptima), por vía intramuscular y por vía endovenosa. En los casos de insomnio o de exitación nerviosa ligera, la vía bucal es la vía preferible; pero en los lugares especializados (casas de salud, asilos públicos y privados), las vías intramuscular y endovenosa se encuentran a menudo indicadas, sea para combatir accesos de excitación episódicos en degenerados, en alcohólicos, en enfermos atacados de confusiones mentales, ya sea para prevenir el desarrollo de un delirio agudo en los maníacos muy agitados; sea también para permitir una alimentación por medio de la sonda nasal, efectuar una punción lumbar, una operación de cirugía menor, practicar un examen biológico completo; como igualmente para facilitar un transporte del servicio hospitalario al asilo. El autor prefiere, en estos casos, utilizar la vía endovenosa a la dosis variable de 2 a 5 c. c. De este modo ha obtenido siempre resultados muy satisfactorios y ha podido comprobar que el *Somnifene* presentaba un efecto regular y rápido y un mínimum de toxicidad. Este es un sedante hipnótico poderoso y perfectamente bien tolerado, el cual puede además prestar los más señalados servicios hasta en el deliruim tremens *(Quenee)*, y en el estado de mal epiléptico *(Rimbaud)*.

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

# Necrología

DOCTOR GOMEZ SANCHEZ.—A los 82 años de edad ha dejado de existir el doctor Julio Gómez Sánchez.

El extinto, que fué hijo del distinguido hombre público, Dr. Evaristo Gómez Sánchez, se recibió de médico en 1872, habiendo celebrado en 1922 sus bodas de oro como tal, con cuyo motivo, en el Hospital "Santa Ana", se le rindió justiciero homenaje.

El Dr. Gómez Sánchez concurrió al combrate del 2 de mayo de 1866, por lo que fué condecorado y declarado benemérito a la patria. Durante la guerra de 1879 actuó como cirujano en el trasporte de guerra "Oroya" y prestó diversos y patrióticos servicios. Asistió después a las batallas de San Juan y Miraflores, mereciendo ser ascendido a cirujano de primera clase.

Como profesional supo distinguirse por su bondad y espíritu caritativo, que se extremó en beneficio de las clases desvalidas, que sentirán profundamente su muerte.

# Noticias

LIGA ANTICANCEROSA.—Se ha organizado la Liga Anticancerosa. La siguente Resolución suprema la reconoce oficialmente.

Vista la solicitud que precede, de la Comisión Permanente para el Control del Cáncer, de la Sociedad Peruana de Cirugía, en la que pide se reconozca oficialmente a la Liga Anticancerosa que se ha organizado por dicha Comisión y se le den las facilidades necesarias para el éxito de las labores que va a emprender;

Teniendo en consideración:

Que es de gran importancia para la profilaxia del cáncer la existencia de una institución que se encargue de propagar las nociones de higiene relativas a esa enfermedad y de poner en práctica los medios de orden social que puedan contribuir a evitar los daños que ella ocasiona, colaborando así a la campaña anticancerosa iniciada por el Estado;

Se resuelve:

Reconócese oficialmente a la "Liga Anticancerosa" fundada por la Comisión Permanente para el Control del Cáncer, de la Sociedad Peruana de Cirugía..

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

# Necrología

DOCTOR GOMEZ SANCHEZ.—A los 82 años de edad ha dejado de existir el doctor Julio Gómez Sánchez.

El extinto, que fué hijo del distinguido hombre público, Dr. Evaristo Gómez Sánchez, se recibió de médico en 1872, habiendo celebrado en 1922 sus bodas de oro como tal, con cuyo motivo, en el Hospital "Santa Ana", se le rindió justiciero homenaje.

El Dr. Gómez Sánchez concurrió al combrate del 2 de mayo de 1866, por lo que fué condecorado y declarado benemérito a la patria. Durante la guerra de 1879 actuó como cirujano en el trasporte de guerra "Oroya" y prestó diversos y patrióticos servicios. Asistió después a las batallas de San Juan y Miraflores, mereciendo ser ascendido a cirujano de primera clase.

Como profesional supo distinguirse por su bondad y espíritu caritativo, que se extremó en beneficio de las clases desvalidas, que sentirán profundamente su muerte.

# Noticias

LIGA ANTICANCEROSA.—Se ha organizado la Liga Anticancerosa. La siguente Resolución suprema la reconoce oficialmente.

Vista la solicitud que precede, de la Comisión Permanente para el Control del Cáncer, de la Sociedad Peruana de Cirugía, en la que pide se reconozca oficialmente a la Liga Anticancerosa que se ha organizado por dicha Comisión y se le den las facilidades necesarias para el éxito de las labores que va a emprender;

Teniendo en consideración:

Que es de gran importancia para la profilaxia del cáncer la existencia de una institución que se encargue de propagar las nociones de higiene relativas a esa enfermedad y de poner en práctica los medios de orden social que puedan contribuir a evitar los daños que ella ocasiona, colaborando así a la campaña anticancerosa iniciada por el Estado;

Se resuelve:

Reconócese oficialmente a la "Liga Anticancerosa" fundada por la Comisión Permanente para el Control del Cáncer, de la Sociedad Peruana de Cirugía..

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

El Ministerio de Fomento dispondrá lo conveniente para que se preste a dicha Liga las facilidades que sean necesarias para el buen éxito de sus labores.

LIGA NACIONAL ANTIVENEREA.—Como consecuencia de la Conferencia Nacional Antivenérea y por iniciativa del Servicio de Sanidad Militar, se ha creado la Liga Nacional Antivenérea. He aquí la Resolución suprema expedida:

El Presidente de la República:

Considerando: que entre las enfermedades evitables que existen en la República, las del grupo venéreo, que no sólo atacan al individuo, sino que repercuten sobre su descendencia, con grave peligro para la raza y la nacionalidad, constituyen males que es preciso evitar con el mayor empeño;

Que a la propagación de esas enfermedades contribuyen factores de orden social que, por su índole, escapan a la esfera de acción de las reparticiones oficiales de Sanidad y asistencia social como lo ha demostrado la experiencia en otros países y cuyo control y corrección sólo pueden conseguirse con la colaboración de las "Ligas" u otras instituciones análogas, constituídas por personas dotadas de sentimientos patrióticos y altruistas, que les permitan orientar sus actividades filantrópicas en ese sentido;

*Decreta:* Créase, con el nombre de "Liga Nacional Antivenérea", una institución de sanidad y beneficencia, dedicada a la acción y la propaganda antivenérea.

"La Liga Nacional Antivenérea" procederá a contrarrestar las causas que favorecen la prostitución; a la campaña contra el proxenetismo; a la orientación de la juventud hacia la cultura física y las distracciones colectivas y espectáculos honestos, que la aparten del peligro venéreo; a la asistencia y protección legal de las jóvenes seducidas y abandonadas, así como de las menores expuestas a la perversión y el vicio y ralizará la propaganda antivenérea y la difusión de las nociones de profilaxia de las enfermedades de ese grupo.

La "Liga Nacional Antivenérea" contará con el apoyo y auxilio oficiales que sean necesarios para que pueda llenar sus fines.

La "Liga Nacional Antivenérea" será dirigida por un Comité Central. Dicho Comité Central designará comités deparmentales, que actuarán como instituciones filiales del primero, en el resto de la República, pudiendo formar parte de de éstos las señoras.

El Comité Central, que estará constituído por el personal que ha formado el Comité Ejecutivo de la Conferencia Nacional Antivenérea, formulará los estatutos y el reglamento que deben regir su propio funcionamiento y los presentará al Gobierno para su aprobación.

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

# Probables relaciones etiológicas del keratocono con la miopía

Por el Dr. LUIS A. CHAVEZ VELANDO

El Kerotocomo o ectasia cónica de la córnea, es la miopía corneana por dilatación del pola anterior del ojo, análoga a la miopía axil por dilatación del polo posterior. Y la analogía no se limita, a esta situación simétrica de una y otra ectasia, sino que se la encuentra también en su evolución y en su probable etiología.

Durante mi permanencia en La Paz (Bolivia) en dos cortas temporadas que en total hacen diez meses, observé un número considerable de miopías, muchas de ellas graves. Para descubrir las causas de este hecho he verificado un estudio comparativo de la miopía en las ciudades de la meseta boliviana, La Paz y Oruro, con el desarrollo que este mismo vicio de refracción tiene en las ciudades de Cochabamba y Arequipa análogas entre sí. Las cifras que sintetizan esta comparación son estas:

Sobre el número total de ametropias observadas se tiene en La Paz y Oruro, 72.16 o|o de miopías; en Arequipa 59.88 o|o, y en Cochabamba 41 o|o.

Respecto de la evolución de las miopías hacia las formas complicadas graves de más de 9 D., tenemos estos porcentajes significativos:

Sobre el total de ojos miopes, eliminando las pequeñas miopías corneanas astigmáticas de menos de 1 D., se han observado: en La Paz y Oruro el 23.12 o|o de miopías graves, en Arequipa el 8.90 o|o y en Cochabamba el 10.53 o|o.

Estas cifras son suficientes para demostrar el desarrollo excepcional que adquiere la miopía en el Altiplano boliviano situado a cerca de 4,000 metros altura sobre el nivel del mar.

El contraste resulta todavía más notable si se comparan, Oruro situado en el Altiplano a 3,694 metros de altitud, con la vecina Cochabamba situada en un valle trasandino a sólo 2,575 metros de altura. Los porcentajes de las miopías sobre el total de vicios de refracción observados son estos: en Oruro el 88.89 o|o, y en Cochabamba el 41 o|o.

Al lado de esta enorme frecuencia de miopes llamóme la atención el número relativamente considerable de keratoconos que tuve que operar.

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

He buscado en los diferentes autores, estadísticas que den idea del grado de frecuencia del Keratocono en los diferentes países, pero no he encontrado una sola. Refiriéndome, por tanto, a mi sola experiencia, tenemos que durante los cinco años que he asistido a muchas clínicas oftalmológicas de Europa y Estados Unidos, no he visto operar un solo caso de Keratocono, y en los diez meses que he permanecido en La Paz he intervenido en 11 ojos atacados de esta ectasia. En Arequipa, en 18 años que ejerzo la profesión, sólo he visto una persona del lugar con Keratocono en un solo ojo, y he operado a una monja francesa atacada también en un solo ojo.

Estos datos me parecen suficientes para poder afirmar la frecuencia excepcional que el desarrollo del Keratocono adquiere en el Altiplano boliviano.

Esta concomitancia de desarrollo considerable de las dilataciones de los polos del globo ocular en el mismo medio miopígeno, constituye la primera analogía entre el Keratocono y la miopía.

El análisis minucioso de todos los posibles factores de la miopía en las ciudades del Altiplano boliviano, en comparación con Arequipa y Cochabamba, me han llevado a la conclusión de que la única diferencia esencial entre estas poblaciones, que pueda explicar la evolución grave de las elongaciones miópicas en La Paz, es la mayor altura de la meseta andina y el grado actinométrico considerable del espectro solar en esta altura.

Estudiando la acción biológica de la luz sobre el órgano de la visión, se ve los profundos cambios físico-químicos que determina en la sensible estructura de la retina-coroides; las lesiones graves, destructivas que aparecen en esas membranas cuando la luz que las hiere es muy intensa; la intensificación considerable de los fenómenos anteriores cuando la luz que penetra a los medios transparentes del ojo es rica en ondas actínicas de pequeña longitud; la acción nociva que las radiaciones luminosas intensas tienen sobre la evolución de las miopías fuertes y de donde puede deducirse la posible influencia de aquellas en la iniciación del proceso miópico.

Es cierto que contra la gran intensidad luminosa y contra la riqueza excesiva en rayos violetas y ultra-violetas, el ojo tiene sus medios de defensa, ya por absorción selectiva de las ondas actínicas por la rica red vascular sanguínea de la coroides, ya por absorción total en el pigmento del iris y de la coroides, o bien por la absorción de las pequeñas ondas del ultra-violeta en la córnea, cristalino y vítreo; pero la clínica nos demuestra que ésta defensa es relativa y tiene sus límites, como se ve en los casos graves de deslumbramiento y en los que me ha sido dado observar en La Paz casi en las condiciones normales de la vida.

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

Esta defensa actínica de las membranas profundas del ojo tiene, además, otro enemigo peligroso venido, no precisamente del exterior, sino nacido en el seno mismo de los medios transparentes oculares. Me refiero a los rayos secundarios que se originan en la córnea, cristalino y vítreo por transformación de las ondas actínicas que llegan a ellos. La fluorescencia que adquieren aquellos tejidos transparentes bajo la acción de las ondas espectrales, no es otra cosa que esa luz secundaria o rayos secundarios. Ahora bien, los fenómenos de *sensibilización óptica* que producen muchas sustancias fluorescentes sobre las placas fotográficas, han tido también observados en los organismos animales. Entre muchos casos y refiriéndonos sólo al organismo humano, tenemos la dermatosis conocida con el nombre de *hidroa vacciniformis*, que es debida a la sensibilización de la piel por la hematoporfirina contenida en la sangre. En la oscuridad esta sustancia no tiene ninguna propiedad nociva; pero si se hace actuar la luz, entonces ella produce radiaciones secundarias abióticas, destructivas, que ocasionan la formación de pequeños focos de gangrena en el tegumento externo expuesto a las ondas luminosas.

Si aplicamos los adelantos sorprendentes de la ciencia sobre la energía radiante al estudio de la acción de la luz sobre el órgano visual, tendremos que modificar las ideas simplistas que se tenían hasta el presente sobre aquella acción. La refracción de los rayos luminosos por el sistema dióptrico ocular y la formación de las imágenes sobre la pantalla retiniana a la manera de una cámara fotográfica, constituyen sólo una parte del fenómeno y la más sencilla. Además de ésta refracción a través de la materia, existen otros fenómenos más íntimos, relacionados con la constitución electrónica de los átomos. Las ondas electro-magnéticas, según sea su longitud en relación con los edificios atómicos, pasarán inalterables por ellos, o bien chocarán con los electrones a los que comunicarán su energía. Esta nueva energía cinética comunicada a los sistemas electrónicos se manifestará de diversos modos: o en forma calorífica, o en energía química determinando la formación de nuevos átomos y moléculas, o por último en variadas ondas electro-magnéticas que son los rayos secundarios a que nos referimos más arriba. Es así como en el seno mismo de los medios transparentes pueden nacer radiaciones altamente nocivas que determinarán trastornos en esos mismos tejidos (córnea, cristalino, vítreo), o en la pantalla retino-coroidea. Y he aquí como la absorción selectiva de las ondas actínicas, calificada como propiedad defensiva, puede convertirse por la incorporación íntima, molecular, de trazas de algunos cuerpos extraños a la masa misma de la córnea, del cristalino y del vítreo, en fuente de radiaciones abióticas, capaces de causar reacciones inflamatorias y lesiones estructurales como las que originan la miopía y el keratocono. La llamada *siderosis* del globo ocular,

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

causada por la presencia de cuerpos extraños de hierro o acero, con todo su cortejo de reacciones inflamatorias *asépticas* violentas que pueden ir hasta la perforación expontánea del ojo, me hace la impresión de ser un caso particular de *sensibilización* o *anafilaxia óptica*, debida a la incorporación molecular íntima de aquellos cuerpos extraños convertidos en un sesquióxido de hierro o en sales solubles. Si los cuerpos extraños de oro, de plomo, de granito, de vidrio, no originan esa misma reacción inflamatoria, es porque siendo inalterables por los líquidos oculares, no llegan a incorporarse molecularmente a los medios transparentes y no determinan así la formación de rayos secundarios nocivos.

Este análisis de la acción biológica de la luz, hecho con el auxilio de las nuevas adquisiciones de la físico-química, abre un campo nuevo e interesantísimo a las investigaciones futuras y plantea la revisión completa de nuestras ideas sobre la etiología de muchas afecciones oculares, muy en especial la miopía y el Keratocono.

Ya he señalado que la única característica distintiva del medio miopígeno de La Paz, es su mayor riqueza actínica por la gran altitud en que se encuentra. Si a ésta característica agregamos todos los hechos físico-biológicos que acabamos de enumerar a la lijera, así como las enseñanzas de la clínica que muestran que las lesiones ectásicas que constituyen el Keratocono y la miopía típica axil, están localizados precisamente en los dos polos que sirven de entrada y de pantalla para las radiaciones luminosas, tendremos que convenir en que se nos impone como conclusión lógica el rol etiológico de las ondas del espectro solar en el desarrollo del Keratocono y de la miopía.

Ambas ectasias miópicas, corneana y posterior, tienen una evolución análoga: se inician en temprana edad, progresan durante la época del desarrollo y se hacen estacionarias generalmente a los 22 ó 25 años de edad. En los casos graves el Keratocono continúa avanzando después de esta edad, la pared corneana se adelgaza a su máximum, se infiltra y hasta se ulcera en su vértice, y en los casos serios puede producirse hasta la infección del globo y una uveitis que ocasiona la pérdida completa de la visión como lo he observado en un caso. Del mismo modo en la miopía axil, la ectasia en vez de quedar estacionaria a los 22 o 25 años, continúa avanzando en los casos graves, se hacen visibles al oftalmoscopio las lesiones miopígenas de corio-retinitis central y, por último, pueden sobrevenir complicaciones serias de inflamación del vítreo y de desprendimiento de la retina que ocasiona la pérdida de la visión.

Podría preguntarse porqué la luz actínica o muy intensa sólo determina estas lesiones ectásicas en un cierto número de ojos y no en todos. La respuesta es fácil: no todos los ojos

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

son iguales, como no lo son todos los estómagos, ni todos los hígados. Sabemos que no hay enfermedades sino enfermos. Así el poder de absorción de los rayos ultra-violetas varía de un cristalino al otro, no es el mismo en la juventud y en la vejez; y en cuanto a las radiaciones secundarias que constituyen la anafilaxia óptica, ellas guardan estrecha relación de causalidad con la crasis sanguínea, factor que es esencialmente variable con los individuos, con el estado de salud o de enfermedad.

Existen además otras lesiones del polo anterior del globo ocular que hablan en favor de la acción patógena de la luz. Ellas son la *pinguécula* y el *pterigión*, neoformaciones excepcionales en los países de latitud elevada, es decir, de pobre actinismo; y de frecuencia enorme en los países tropicales que reciben una radiación solar muy rica en rayos químicos. La pinguécula y el pterigión no vendrían a ser más que la reacción defensiva del globo ocular contra las radiaciones ultra-violetas, pues el pterigión con sus numerosos vasos sanguíneos tiene que absorver selectivamente gran cantidad de ondas de pequeña longitud. Esa misma vascularización defensiva se observa en las partes de la piel que quedan expuestas a la ación de la luz en las ciudades de gran altura como La Paz.

La antigua teoría mecánica que consideraba a la miopía como un simple problema de resistencia de la pared ocular, que podía ser vencida en determinada sircunstancias por los esfuerzos de acomodación y de convergencia, debe ser rechazada en absoluto. La miopía es una enfermedad, una esclero-coroiditis que debilita a la pared ocular, la cual por el sólo efecto de la tensión normal del globo se distiende y dilata cada vez más. Lo que llamamos miopía no es un síntoma de la verdadera enfermedad que debe llamarse *coroiditis miopígena*. Decimos sólo coroiditis porque ésta implica, en realidad, la participación de la esclerótica y de la retina, o lo que es lo mismo de toda la envoltura ocular.

Del Keratocono debemos decir lo mismo. La teoría mecánimca que atribuía a un aumento de la tensión, o a la falta de contensión de los párpados, *la ectasia forzada de una córnea normal, sana*, es inaceptable. El Keratocono debe ser considerado como una enfermedad, como una keratitis insidiosa, esencialmente crónica, que debilita la resistencia elástica de la membrana, la cual cede ante la tensión normal del ojo.

Y tanto al Keratocono como a la miopía debemos considerarlos como enfermedades esencialmente funcionales, es décir, que es el ejercicio de la función visual misma puesta en juego por la luz la que ocasiona, mediante un mecanismo patogénico físico-químico complejo, el proceso inflamatorio crónico y degenerativo que debilita a los dos polos del globo ocular y da lugar a su ectasia.

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

Sintetizando todo lo dicho respecto de que la luz muy intensa o muy actínica, como pasa en el Altiplano boliviano, debe ser considerada como la causa primera o esencial del Keratocono, como debe serlo de la pinguécula, del pterigión y de la miopía, vamos a formular esta nueva teoría etiológica en los siguientes términos:

*La luz intensa, sobre todo la que es rica en radiaciones actínicas, constituye la causa primera de las lesiones parenquimatosas, todavía no precisadas, que debilitan la resistencia elástica de la córnea y preparan su estasia cónica o Keratocono, bajo la acción de la simple tensión ocular normal.*

---

# La Universidad de Lima y la futura Universidad Bolivariana

*Discurso pronunciado en el momento solemne de la consagración de esta idea en Panamá*

Por el Dr. L. AVENDAÑO
*Profesor de Medicina Legal y Delegado de la Universidad de Lima*

La Universidad Mayor de San Marcos de Lima, asiste alborozada a esta por demás significativa ceremonia, en la que la Universidad Bolivariana, nacida como culminación del sublime ideal de un ilustre panameño, el digno presidente del actual Congreso Pan Americano, Dr. Octavio Méndez Pereira, y auspiciada su fundación por el Tercer Congreso Científico Pan Americano, reunido en Lima en 1924, se incorpora hoy entre las más encumbradas instituciones docentes del Continente. El advenimiento al mundo de la realidad de este nuevo organismo educacional, se produce en momento en extremo propicio: cuando se cumple una centuria del día memorable en que el vidente e inmortal Simón Bolívar, reunió en esta histórica ciudad a los representantes de las naciones americanas que acudieron a la llamada que les hiciera el padre de las nuevas nacionalidades, para cimentar sobre bases inconmovibles, no sólo la grandeza sino también la fraternidad en el mundo de Colón: ¡hermoso sueño, por cuya verificación se ha luchado y se continúa luchando por los espíritus selectos, sin haberlo conseguido aún por desgracia a pesar del siglo trascurrido; y,

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

también cuando accediendo a la gentil invitación que a toda la América ha hecho el gobierno de esta progresista nación, nos hemos congregado, venidos de todos los confines de América, los delegados de los pueblos y los representantes de los intelectuales de las repúblicas americanas, para participar en el justo regocijo de nuestra hermana menor.

La Universidad Mayor de San Marcos ostenta como uno de sus más preciados blasones el ser la más antigua del Continente, el *alma mater* de sus similares de toda la América, pues fué erigida por Real Cédula, dada en Valladolid, el 12 de mayo de 1551, por S. M. el Emperador Carlos V, en su nombre y en el de su madre la Reina Doña Juana, y creada "con los mismos privilegios, franquicias y libertades que la Universidad de Salamanca". La creaación de este instituto de cultura superior prueba de modo indiscutible, que los monarcas de España, en esa remota época, cuando aún no estaba definitivamente establecido el régimen administrativo de sus colonias, se preocuparon en dotarlas de un centro científico que irradiara luz poderosa para iluminar el sendero que debían recorrer sus moradores en busca de la verdad y del bien. Y en efecto, en todas las etapas de su existencia, contando primero con la protección de la Corona, allende los mares, y de sus representantes en la Ciudad de los Reyes, y después con la de las autoridades republicanas, ha cumplido acertadamente con su trascendental finalidad y contribuído como factor de capital importancia al progreso político, social, cultural e intelectual de todas las agrupaciones humanas, grandes y pequeñas, doctas e indoctas, no sólo en el Perú sino también en las demás secciones del nuevo mundo. Los provechos obtenidos en el cultivo de las artes y en la ilustración de las jóvenes generaciones, con el funcionamiento de la Universidad de Lima, no obstante sus escasos recursos y los prejuicios de esos tiempos, fueron poderoso acicate para querer extender esos beneficios a las demás naciones de América, en cuyas grandes urbes se fundaron otras academias universitarias, que paulatinamente se constituyeron en otros tantos areópagos para el culto del saber en América, que con el correr de los años han llegado a ser las grandiosas universidades americanas del presente siglo.

Allá en los pretéritos tiempos del virreinato, cuando la influencia de la cultura de la madre patria era la única que dominaba en la organización y en el funcionamiento de la Universidad de Lima, era lógico que predominara el sentimiento religioso, el espíritu teocrático. La Universidad de Lima se fundó a solicitud de fray Tomás de San Martín, primer Provincial de la Orden Dominica en el Perú; funcionó durante veinte años en el Convento de Santo Domingo, cuyos priores de la Orden fueron los rectores del Instituto, hasta que fué secularizada por Real Cédula dada en Madrid por S. M. Don Felipe II el 30 de diciembre de 1571. Pero no obstante su secularización, en la enseñanza continuaron predominando las dis-

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

ciplinas teológicas y el escolasticismo; los maestros eran los frailes de los conventos y los profesionales vestían hábito talar; predominio del elemento monástico que no sólo se limitaba a las cátedras de teología, filosofía y afines, sino que se extendía a las áridas y poco atrayentes asignaturas de las ciencias médicas, de las que fué profesor, en las de Prima y de Vísperas de Medicina y en la de Método de Galeno, entre otros, el clérigo Dr. Juan de Avendaño y Campoverde;—los trabajos académicos de los aspirantes a los grados universitarios se escribían en Latín; y, la colación de los grados, la imposición del *birrete*, se efectuaba en el recinto de los templos con mayor ritualidad religiosa que científica.

Pero con tan acentuada apariencia de subordinación al fanatismo del medio ambiente, lo cierto es que entre los universitarios limeños de fines del siglo décimonono, se incubaban los más grandes ideales, los más levantados propósitos por el progreso de la humanidad; y, que poderosamente sugestionados por la transformación habida en los ideales y en las aspiraciones democráticas de las masas populares, sobrevenida como secuela obligada de la Revolución Francesa de 1792 y siguientes, que tan rudo golpe asestó a la autocracia, poseían el incesante anhelo de sacudir el pesado yugo de la dominación española. El grito de libertad, lanzado el primero por Manco Túpac Amaru, continuado en 1814 por el brigadier Pumacahua, inmolado en Umachiri, secundado por Zela, el Cura Muñecas y otros, y culminado por San Martín, y Bolívar repercutió hondamente en los claustros universitarios del Continente y de modo singular en los de la Real y Pontificia Universidad de San Marcos. Maestros y discípulos rivalizaron en entusiasmo y fervor patriótico; las aulas se quedaron vacías, la propaganda libertadora se llevó a cabo con la palabra y con la acción; el manejo del fusil y de la lanza embargaron las actividades que otrora se ejercitaban con el libro y en los torneos universitarios; y, los que hasta entonces no se habían preocupado en ser sino maestros eminentes, galanos oradores con todo el gongorismo y el peripatetismo de la época, y se habían adiestrado exclusivamente en las justas del saber, se convirtieron en sagaces políticos, en grandes administradores, en valerosos soldados que se batieron como leones en el campo de batalla, o que lucharon con idéntico ardor en el incruento y accidentado campo de la política.

De la Universidad de San Marcos salieron a participar en las gloriosas lides por la libertad, Unánue, uno de los prominentes campeones de la gesta libertadora, Llanos y Laredo, Luna Pizarro, Pezet, Pérez de Tudela, Tafur y otros cien. El más eficaz y al mismo tiempo de los más activos colaboradores de San Sartín, para preparar su entrada a Lima, y la subsecuente proclamación de la independencia de mi patria, fué el Dr. Francisco Javier de Luna Pizarro, rector del Colegio de San Fernando (Escuela de Medicina,), que más tarde había

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

de ser encumbrado político y príncipe de la Iglesia Peruana.

Obtenida la autonomía nacional, las instituciones oficiales fueron paulatinamente encausando sus actividades por el sendero de la normalidad; pero como quiera que los disturbios intestinos acarrearon como precisa consecuencia la ninguna estabilidad de los gobiernos, poco pudieron hacer éstos para contribuir al progreso y al mejoramiento de la Universidad. Cierto que ésta con sus propios recursos y dirigida por esclarecidos varones, continuaba cumpliendo su augusta misión de ilustrar a las juveniles inteligencias orientándolas hacia el sacerdocio, la abogacía o la medicina; pero la lucha doctrinaria iniciada y sostenida con exagerado ardor, a mediados del siglo XIX, entre conservadores y liberales, conducidos los primeros por el sabio y virtuoso Bartolomé Herrera y los segundos por el genio de José Gálvez, no dejaron de influir para esterilizar la actuación del claustro universitario. Dueños del gobierno y de la actividad política los corifeos del partido liberal, uno de sus primeros actos fué reorganizar la Universidad, reformándola de modo que dejara de ser el vetusto y arcaico organismo de los tiempos coloniales, para convertirlo en un verdadero núcleo de estudio, de experiencia y de propaganda científica, en el que ya se comenzó a hacer algo más que instruir a la juventud, pues se principió a educarla para las luchas por la vida en las asociaciones de diverso género, en la organización de las variadas colectividades y en el manejo de la cosa pública. Bajo tales propósitos se cumplió la reforma del año de 1856, refrendada por el Gobierno del Mariscal Castilla, pero que fué la obra magistral de mi sabio maestro José Casimiro Ulloa, el secretario fundador de la Facultad de Medicina de Lima.

Después de 1856 se continuó en la meritoria obra de colocar a la Universidad en las condiciones las más adecuadas para que cumpliera correctamente con su interesante finalidad; y a tal objeto se encaminaron las reformas de 1860, de 1875, de 1901, etc., etc. La Universidad dejó de ser una fábrica de doctores y de profesionales, para iniciar la fecunda tarea de preparar a sus alumnos en todas las disciplinas que es necesario conocer para seguir con provecho el vertiginoso progreso de las ciencias y de las artes; la observación y la experimentación se encargaron de guiar a las jóvenes inteligencias en la resolución de trascendentales problemas de derecho, de sociología, de ciencias exactas, de política, de legislación, de medicina pública, que habían de producir un mejor conocimiento de las exigencias vitales del organismo social y una mejor comprensión del modo de encausarlas por la buena senda; la labor de los maestros y de los discípulos se expandió por fuera de los muros de los recintos universitarios; para ir a prodigar sus enseñanzas a todos los que han tenido y tienen voluntad para aprovecharlas, creándose así la extensión universitaria que ha forjado tan poderoso eslabón entre los que laboran con el fós-

Universidad del Perú. Decana de América

foro de su cerebro y los que lo hacen con el esfuerzo de sus músculos, produciéndose así el equilibrio funcional entre los diversos componentes del agregado social; se ha creado institutos especiales para algunas disciplinas antes comprendidas entre los estudios generales; se ha ensanchado el campo de acción de algunas facultades universitarias, organizando cursos superiores para diversas actividades de la vida diaria, sin el requisito del grado doctoral; y, se ha llegado a reconocer el derecho que asiste a los personeros de la Universidad de tomar parte activa, con el verbo o con la acción, en todas las manifestaciones de la vida nacional.

En esta nueva vida de las Universidades, segura y provechosamente recorrida por las de las tres Américas, no le corresponde el último lugar a la de Lima: nó: la Universidad de San Marcos, al igual que algunas de sus hermanas del Continente, no embargante las profundas conmociones que han experimentado, endógenas y exógenas, de carácter interno y de proyecciones internacionales, ha renacido como el fénix de sus cenizas; y, hoy se presenta lozana y vigorosa ocupando el espectable lugar que le corresponde por su glorioso abolengo, por su historia pletórica en provechosas enseñanzas y por su actuación presente, cuyos beneficios se proyectan en todos los órdenes de la vitalidad nacional.

En estos momentos en que las Universidades son organismos poderosos y de indiscutible influencia en la existencia de los individuos y de las colectividades, germinó la idea de fundar en esta ciudad una nueva Universidad, la *Universidad Bolivariana,* poniéndola bajo la advocación del generador de grandes nacionalidades en Sur América. Para acertar su erección se aprovechó del momento propicio de haberse congregado en Lima, en 1924, los personeros de toda América, tanto para conmemorar el centenario de la gloriosa batalla de Ayacucho, que consolidó la libertad de todo un mundo, como para concurrir a las interesantes reuniones del Tercer Congreso Científico Pan Americano, que sesionó en Lima en esos días. Lanzada la iniciativa, como queda dicho por el Dr. Octavio Méndez Pereira, fué acogida con unánime entusiasmo y patrocinada por los intelectuales de este hemisferio, como correspondía a un proyecto de tanta trascendencia para su porvenir científico.

La Universidad Bolivariana ubicada en esta ciudad, que legítimamente considérase como el centro del Planeta, será el más potente foco de irradiación científica y artística que coadyuvará a consolidar la fraternidad intelectual que hace tiempo une a los cultores de la ciencia en América.

A ella convergerán los frutos del estudio y de la experimentación de todas las Universidades del nuevo mundo; valiosas adquisiciones que serán trasmitidas a la juventud por los maestros de esas mismas Universidades; y, después de depuradas y controladas por los estudiosos de la nueva institución, que tendrán a su cargo la importante tarea de unificar y per-

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

feccionar la ciencia americana, que tan alto nivel ocupa en el concierto científico del orbe, se la difundirá por todo el Continente, reafirmándose así el indestructible lazo de unión ya existente entre todos los intelectuales de este hemisferio. Es de tan honda repercusión para el porvenir de América el acto de la inauguración de esta Universidad, que han procedido con todo acierto los organizadores del actual Congreso al resolver que esta solemnidad se realice en las especialísimas condiciones apuntadas al comenzar la presente oración:—cuando estamos reunidos los voceros de todas las Universidades americanas para conmemorar uno de los más grandes fastos de la historia de nuestras potentes nacionalidades.

Señores:—Fué en Lima, en la bella y riente ciudad del Rímac, en donde me cupo la gloria de ver la luz primera y en donde se conservan con religiosa veneración las tradiciones de nuestro común abolengo, que hace varios siglos se fundó la más antigua Universidad de América;—fué en esa misma urbe, que se acojió con fraternal abrazo a los intelectuales que deliberaron en el Tercer Congreso Científico Pan Americano, reunido coetáneamente con la conmemoración del hecho de armas que selló definitivamente la independencia de América, que se dió vida a la gran Universidad Bolivariana;—y, es a la Universidad Mayor de San Marcos de Lima, mi querida *alma mater*, que hace medio siglo nutre mi espíritu y satisface mi sed de saber, a la que se la ha discernido la alta honra de derramar en la frente de este nuevo organismo, el agua lustral que ha de vivificarla y asegurarle cuanta prosperidad le deseamos de lo íntimo de nuestro corazón de americanos.

---

# Neurofibrosarcoma cavernoso del plexo braquial

*Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires*

Por el Dr. ALEJANDRO CEBALLOS

P. C. de M, se senta y nueve años, viuda. Hospital Policlínico (La Plata). Servicio del Dr. Molla Villanueva.

*Antecedentes familiares.*—El padre murió siendo joven, sin que recuerde la causa. La madre falleció por cancer del seno. De cuatro hermanos que fueron, sobrevive sólo la enferma de la historia.

*Antecedentes individuales.* — Nacimiento normal. En la primera infancia enfermó de coqueluche. A los once años se infectó la cara por carbunclo. A los trece años entró en la pubertad, y a los 51 en la me-

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

nopausia. Se casó a los veintinueve años y no ha tenido hijos ni abortos en veinticinco años de matrimonio. Su salud ha sido inalterable hasta la fecha de su enfermedad actual.

*Antecedente traumático.*—A los veintiún años cayó de un caballo y fué pisada por el casco del animal en el seno izquierdo. No hubo reacción local, ni fractura de costillas, ni ninguna otra lesión apreciable. Durante algún tiempo sufrió de dolores en esa región, pero desaparecieron difinitivamente en cuatro años. No recuerda otro traumatismo.

*Enfermedad actual.* — Hace un año y medio comenzó a sentir molestias en la región del hombro izquierdo. Era una sensación de tironeamiento doloroso del deltoides, permanente pero de intensidad variable, que le dificultaba los movimientos del brazo, sobre todo la extensión y la elevación, al extremo de hacerla imposible. La enferma atribuyó eso al reumatismo. Ni la compresión del muñón de la espalda, ni los masajes calmaron sus sufrimientos.

Al poco tiempo de comenzar esos dolores y en ocasión de pasar la mano por la región supraclavicular izquierada notó la presencia de un pequeño tumor que al ser comprimido le causó la sensación que le podría causar una corriente eléctrica que corriera desde el hueco de la axila hasta la mano. El dolor extensivo seguía por la cara interna del brazo y, según expresión de la enferma, como si esa corriente se propagara por dos cables y señala el trayecto del mediano y del cubital. Terminaba esta sensación en la mano causándole temblor intenso y de grandes oscilaciones. Luego quedaba en la trayectoria del dolor una sensación de adormecimiento permanente. La duración de ese episodio era de dos minutos y se repetía cada vez que comprimía el pequeño tumor que espontáneamente era indoloro. El tironeamiento doloroso del deltoides fué desapareciendo paulatinamente.

En las *regiones posteriores del brazo y antebrazo* y en la región del dorso de la mano no había sentido las molestias con sensación de eletricidad.

Un año después del comienzo de su enfermedad ingresa a un hospital, donde le hacen una reacción de Wassermann, que fué negativa. El tratamiento mercurial también fué negativo.

En esa época comienza a sentir una sensación de hormigueo en la región pectoral izquierda, en poco tiempo se convierte en dolor permanente, sin que existiera trayecto doloroso entre la masa muscular y el tumor. La presión y el movimiento del músculo eran indiferentes al dolor.

Un mes después de su ingreso al hospital, la enferma notó la pérdida progresiva de la fuerza en su mano izquierda, y la reducción del volumen de la eminencia tenar. No sufrió hemicránea.

Al mismo tiempo fué atacado el brazo izquierdo de sensación de frio que duró dos meses, y le obligó a usar abrigo local. Luego a esa frialdad sucedió una sensación de calor que presiste todavía.

*Estado actual.*— El día en que fué examinada la enferma se quejaba de haber tenido tres accesos dolorosos de diez minutos de duración al nivel del tumor supraclavicular como si le introdujeran un clavo en ese punto. Ese dolor no se irradiaba a los nervios del brazo. En ese momento al hablar se nota que la voz se altera rápidamente tomando un tinte ronco y ligeramente bitonal. Ella dice que éste fenó-

Universidad del Perú. Decana de América

meno se ha presentado sin estar resfriada y desde el comienzo de la enfermedad, durando hasta un cuarto de hora. Desaparecía ese fenómeno espontáneamente. (Irritación por vecindad del recurrente.)

Se queja de calambre y sensación de calor permanente en la cara interna del brazo; la anterior del antebrazo, palma y dorso de la mano y en la región pectoral izquierda. El dolor es punzante.

*Examen de la enferma.*— Mujer de estatura mediana, en buen estado de nutrición y aspecto general. La abertura palpebral izquierda está ligeramente reducida respecto a la derecha. La mejilla y comisura labial están algo caídas. No hay anisocoria y las pupilas reaccionan normalmente a la luz y a la acomodación.

Se palpan algunos ganglios en ambos lados del cuello de escaso volumen; el examen del tórax no acusa nada de particular.

En el hombro izquierdo se vé y se palpa el deltoides más reducido que el derecho; el biceps está adelgazado y el mismo proceso de atrofia ha interesado la eminencia tenar, al apretar el brazo izquierdo en los trayectos del mediano, radial y cubital se provoca dolor.

En la parte media del hueco supraclavicular se observa un levantamiento no muy acentuado que rechaza hacia afuera las fibras más posteriores del deltoides.A la palpación se nota una masa redondeada, dura, lisa, del tamaño de un huevo de gallina, que llega hasta dos traveses de dedo por encima de la clavícula; por delante se insinúa un poco bajo el esternocleidomastoideo; por detrás llega a un centímetro por delante del borde del trapecio; su límite inferior escapa a la exploración, porque se oculta bajo la clavícula.

El tumor no late y se consigue desplazarlo ligeramente pero en tales manipulaciones no es posible insistir porque se despierta mucho dolor.

La presión sobre el esternocleido, el trapecio y el pectoral izquierdo, es dolorosa. La presión por encima del tumor no atenúa el dolor que provoca la palpación del mismo.

Examen de la sensibilidad. Existe analgesia en casi la totalidad del hombro y brazo izquierdo, en la cara posterior del antebrazo y en el tercio superior de la cara anterior del mismo y en el dorso de la mano.

La sensibilidad tactil está casi abolida en los mismos territorios excepto en alguno que otro punto del antebrazo en que está disminuída.

Con el brazo derecho puede levantar una pesa de cinco kilogramos, lo que no consigue con el izquierdo. Al dinamómetro marca diez kilogramos con la mano derecha y no mueve la aguja con la izquierda. La fexión del brazola pronación y supinación, normales.

Las radiografías no ofrecen nada de particular. Lo mismo que los diferentes análisis que se practicaron. No presenta otros tumores semejantes en el resto el cuerpo.

Diagnóstico: Tumor del plexo braquial; se formuló el diagnóstico de tumor desarrollado a expensas de las cédulas de la vaina de Schwann (probable).

Operación, noviembre de 1925: Con la cooperación del Dr. Curechet, se practica bajo anestesia local. Se infiltraron los pares cervicales y el plexo braquial. Infiltración de la piel en todos los límites

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

del triángulo supraclavicular. Cabeza en extensión y vuelta del lado sano.

Se traza una amplia insición que parte tres centímetros por debajo de la apófisis mastoides, costea el borde posterior del esternocleidomastoideo, hasta la clavícula a cuatro centímetros de la articulación esternoclavicular y ahí se traza otra que forma ángulo con la anterior y costeando el hueco se extiende hasta cuatro centímetros por dentro del acromio,se diseca el colgajo angular hacia atrás y arriba, se pone al descubierto el homoioideo.

Se incinde la aponeurosis cervical media, se rechaza hacia abajo el m. h. i. y aparece el plexo braquial.

El tumor tiene una forma ovoidea, de consistencia desigual, pero sin fluctuación, y separa las ramas del plexo entre sí y es difícilmente movible. Se consigue disecarlo de las adherencias musculares y penetrando en su cápsula propia es enucleado; dos pequeños filetes nerviosos parecen constituir un pedículo en el polo superior y otro en el inferior.

El eje del ovoide tumoral coincide con el de la dirección del plexo. En la disección se ha respetado todas las ramas nerviosas.

Se repone la clavícula y se sutura el periostio a la rama del subclavio para darle fijeza al hueso. Se sutura la piel con crin y se inmoviliza el hombro.

El postoperatorio es normal. Cura *per primam.*

*Informe histopatológico del Dr. Jakob.*— Se observa inmediatamente por debajo de una túnica fibrosa laxa y bastante vascularizaca, restos de un tejido nervioso en gran parte totalmente destruído, pero en algunas zonas, conservando se estructura fibrilar parcialmente, sobre todo en las capas más superficiales, pero en todas ellas sepresentan los núcleos muy alargados y hacia adentro se disuelve el tejdo nervioso para dar lugar a un tejido fibroso mucho más vascularizado. Dicho tejido presenta más hacia adentro un aspecto francamente fibrosarcomatoso. Los núcleos fusiformes predominan, pero aparecen otros irregulares y en algunos nidos se observa también células gigantes con una trama celular perinuclear que recuerda los elementos gliomatosos (formación de células monstruosas seudogliomatosas.) La pate central de la tumoración está ocupada por numerosos vasos dilatados y confluentes en forma de un tejido telangiectásico cavernoso.

La formación fibrosarcomatosa parece descender más bien de los elementos interfasciculares del endoneuro y no de los elementos de la vaina de Schwann, que parece sucumbir en la tumoración.

La enferma ha sido examinanda recientemente,abril 26 de 1926. La clavícula se ha consolidado, presentando sólo un espesamiento al nivel del extremo izquierdo de la sección. Los movimientos de flexión y extensión del brazo se hacen con mayor lentitud que normalmente. La elevación del hombro es por ahora imposible. La atrofia muscular es menor, los movimientos de la muñeca y de los dedos de las manos son normales. aunque algo lentos. Este retardo de los movimientos lo atribuyo al largo tiempo que ha estado vendada y a la falta de masajes. La sensibilidad térmica, tactil y dolorosa es completamente normal. Los dolores han desaparecido completamente.

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

Los músculos tienen su tono normal.

*Síntesis.* — El neuroma del plexo es poco frecuente, lo es más el de los troncos nerviosos aislados.

El neuroma que hemos relatado puede considerarse como un neuroma *diferenciado*, desarrollado a expensas de los elementos nerviosos y del tejido conjuntivo. Secundariamente ha sufrido la transformación maligna, como ocurre con bastante frecuencia en los neuromas simples.

La evolución es relativamente benigna, pero los dolores que ocasiona, su posible degeneración y la facilidad de las metátasis hacen indicada la operación. En la mayoría de los casos se puede extirpar fácilmente el tumor, porque, aunque sea maligno por el examen histológico, conserva su cápsula propia,lo que permite la enucleación. Sólo en los casos en que la operación significara la resección del nervio, que es lo peor que puede hacerse, debe abstenerse teniendo en cuenta la larga evolución y los pocos trastornos generales que ocasionan y entonces el tratamiento consistiría en los medios paliativos en la aplicación de rádium o en las inyecciones de alcohol en los troncos nerviosos, atacados de neuritis.

La enferma que comento fué operada anteriormente, ignoro por quién, y no se logró extirpar el tumor; la causa, a mi juicio, está en que el cirujano no resecó la clavícula.

La resección de la clavícula en forma temporaria asegura un amplio campo y se puede obtener posteriormente su completa consolidación, como lo muestran las radiografías sacadas y en las que es difícil distinguir la clavícula operada de la sana.

## Prensa Médica Argentina

A PROPOSITO DE FIBROMAS PREVIOS.— Dentro del grupo de los tumores alojados en la excavación — causantes de serias distocias — ocupan un importante lugar fibromas previos. La obstrución pelviana que ellos ocacionan puede ser parcial, o total, momentánea o definitiva (muy rara vez), no pudiéndose aseverar, en realidad, cuál de estas variedades es de pronóstico más reservado.

Ni el tamaño, ni el lugar de implantación, ni la época en la que se lo descurre, pueden dar una medida exacta de su importancia.

Dadas las sorpresas que esta clase de tumores suelen ocasionar hay que ser más mesurado en las apreciaciones, y sumamente reservado en cuando al pronóstico.

El interés de esta cuestión estriba, no ya en el estudio completo de su frecuencia, sintomatología, diagnóstico, etc., sino, más bien, en su evolución, y los más importante aún, en la conducta a seguir frente a los distintos casos.

Este tipo de fibromas ya sean de implantación segmentaria, y más aún si se trata de pediculados, puede emigrar de la pelvis en el

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

transcurso de los últimos meses del embarazo, momentos antes del parto, y aun durante el trabajo mismo.

Para los primeros, es gracias al alargamiento del segmento inferior, sobre todo para los casos de implantación anterior, que dicha ascención se produce; claro que este mecanismo es mucho más raro durante el trabajo, como fácilmente se comprende.

Frente a una fibroma previo, ¿qué conducta se debe adoptar? Durante el embarazo, no debe haber discrepancia. La regla será no tocar el tumor y esperar el trabajo; se deberá intervenir solamente por una complicación seria (necrobiosis, dolores, compresiones etc.) se recurrirá a la laparotomía seguida, según el tipo clínico, de la miomectomía o histerectomía.

Durante el trabajo de parto, y bien entendido que éste no se tentará jamás con un tumor bloqueando la excavación, tres procedimientos existen para solucionar el problema:

El rechazamiento manual del tumor, maniobra que puede ser fácil, sobre todo si es pediculado, de pequeño volumen y de implantación posterior. Esta conducta se la acepta únicamente para casos de excepción, en los que se tiene la impresión de que colocando a la parturiente, en posición de Tredelemburg y con mano suave, el tumor puede ascender.

Otra conducta sería la de la intervención quirúrgica, por vía baja, en casos de fibromas del cuello o pólipos, que tienden a hacer saliencia por las vías naturales, casos raros en los que se comenzaría por extirpar y terminar luego con el parto.

Será, pues, a la intervención por vía alta a la que se dará siempre preferencia, extrayendo el feto por sección cesárea, y a continuación el tumor, aisladamente (miomectomía), lo que constituye el ideal, o en bloc con la matriz mediante histerectomía subtotal, según las circunstancias (fibromas infectados, posibles dificultades de hemostasia etc.)

El trabajo del Dr. Julio Bazan se acompaña de 4 historias clínicas y fué presentado a la sociedad Argentina de Obstetricia y Ginecología.

Dr. Carlos A. BAMBAREN.

UTILIDAD DE LAS INYECCIONES DE EXTRACTO DE CUERPO AMARILLO EN LAS HEMOPTISIS Y EN LAS REACCIONES MENSTRUALES DE LAS TUBERCULOSAS.— Prerovsky, de Bratislavia, ha llamado la atención sobre el evidente efecto hemostíptico del extracto acuoso del cuerpo amarillo administrado por vía venosa o subcutánea. Señalaba el hecho que esa substancia carecía de la referida acción cuando se la administraba por vía bucal. La hipercoagulabilidad máxima ha sido alcanzada del tercero al quinto día después de dosis cotidianas de 2 c. c.; pero el cuerpo amarillo empieza a actuar una media hora después de la inyección, y la hipercoagubilidad así provocada dura de diez a diez y ocho horas, desapareciendo recién al sexto u octavo día. La reiteración de la dosis hace disminuir la acción estíptica, y por ese motivo el extracto del cuerpo amarillo constituye un tratamiento de elección en los estados hemorragíparos.

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

El referido extracto actúa de un modo especial sobre la sangre capilar más bien, que sobre la sangre venosa.

El Dr. Antonio Cetrángolo (*La Semana Médica* N°. 22, Buenos Aires 1926) ha usado las ampolletas de extracto del cuerpo amarillo en inyecciones intramusculares en repetidas ocasiones, y en la gran mayoría de los casos, por no decir en todos, siempre ha obtenido excelentes resultados. Los productos usados han sido el cuerpo amarillo Biol y la lutéina. La inyección no produce mayor dolor y puede repetirse cada veinticuatro horas. No es inoportuno llamar la atención sobre este medicamento, que puede ayudar a tratar este accidente tan molesto y que en las mujeres acompaña a veces de un modo pertinaz a la función menstrual. El autor ha ensayado también, las inyecciones de cuerpo amarillo, como medicación preventiva contra los accidentes que en las tuberculosas se producen en el momento de las reglas.

En la actualidad aplica una inyección cada cuarentaiocho horas, empezando ocho o diez dias antes de la fecha probable de la aparición del flujo menstrual. Los resultados obtenidos han sido buenos en la mayoría de las veces y si bien en las primeras ocaciones la menstruación no pasaba sin provocar algún ascenso térmico, ya no se producían con la intensidad con que se presentaban en los períodos anteriores, ni aparecían los esputos hemoptoicos.

E. Leuret y Caussimon han puesto de manifiesto la influencia que tiene la función del cuerpo amarillo en la patogenia de las fiebres menstruales de las tuberculosas.

Para estos autores, la reacción menstrual en la mujer sana se producirá según el siguiente esquema:

a) Período premenstrual.

Maduración progresiva del cuerpo amarillo que conduce al hiperovarismo.

Vasodilatación progresiva general.

Hipertiroidia que se acentúa paulatinamente.

Aumento de la temperatura.

b)En el momento del flujo :

El cuerpo amarillo maduro segrega en su plenitud.

La vasolilatación general conduce a la hemorragia.

La vasoconstricción pulmonar refleja comienza.

Oscilación de la tención arterial. Hipertensión; más tarde hipotensión.

Hipotiroidia, eliminación de las hormonas tiróideas.

Descenso de la temperatura.

c) Durante el flujo menstrual:

Los fenómenos precedentes alcanzan su máximo durante la primera parte.

Degeneración paulatinamente acentuada del cuerpo amarillo.

Vasoconstricción progresiva que conduce a la cesación de la hemorragia.

Ascenso progresivo de la tensión arterial.

La glándula tiroidea vuelve a su funcionamiento normal.

d) Todos los fenómenos precedentes vuelven a la normalidad al finalizar el flujo o al día siguiente.

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

En las tuberculosas, Leuret y Caussimon dividen las reacciones menstruales en dos tipos de buen pronóstico. En las primeras, el hiperovarismo es más intenso (el ovario es la más sensible de las glándulas internas a las toxinas tuberculosas), las reacciones vasomotoras son más acentuadas, el hiper e hipotiroidismo son más evidentes, la instabilidad térmica es la regla, del mismo modo que las modificacione de la temperatura. En las segundas, es decir, en las de mal pronóstico, todos los fenómenos precedentes se acentúan y toman un caracter verdaderamente patológico.

Los referidos autores emiten para explicar estos hechos la hipótesis de que las reacciones son debidas, ya sea a una secreción exagerada o persistente del cuerpo amarillo, cuya degeneración que debía comenzar con la aparición de la hemorragia, se hace mal o tardíamente, o por causa de una eliminación incompleta de los productos glandulares a través de un emuntorio menstrual insuficiente.

De admitirse la primera hipótesis, se podría explicar la utilidad de las inyecciones de cuerpo amarillo en la profilaxia de las reacciones menstruales, suponiendo que actuarán desembilizando el organismo de la secreción del cuerpo amarillo. Se podría admitir igualmente, de acuerdo a las investigaciones de Prerovsky, que la mayor coagulabilidad producida por él, sería un obstáculo a la producción de congestiones perifocales, a cuyo nivel, como lo piensa Leuret y Caussimon, se producirían el origen de las septicemias bacilares que tan funesta influencia tienen en la evolución de las tuberculosas.

Cualquiera que fuere el mecanismo que se acepte como verdadero, el hecho real es que las inyecciones de cuerpo amarillo pueden prevenir las referidas reacciones, y así tal vez pueda dejar de decirse con Sabourin que muchas tuberculosas mueren por sus reglas.

Dr. Carlos A. BAMBAREN.

ESTASIS DUODENAL EN LA ULCERA DEL ESTOMAGO Y DUODENO.— Es extraordinaria la frecuencia del *éstasis duodenal*, en la úlcera gástrica y duodenal. No se trata de los grandes éstasis, por megaduodeno, estado final de un misno proceso, sino de los pequeños o éstasis moderados, pero no por eso menos molestos y trascendentes. En realidad, entre uno y otro, no hay más diferencia que la del grado obtenido por la lesión.

El gran sindrome, a gran retención y con duodeno gigante ha sido objeto ya de importantes estudios.

El doctor Delfor del Valle (hijo) sólo se ocupa del *pequeño éstasis* o *éstasis inicial*. (*Sociedad de Cirugía* de Buenos Aires, Mayo 1926).

El examen sistemático y seriado de las úlceras gástricas y del duodeno, demuestra, en gran número de ellas, un retardo evidente al tránsito duodenal, que en algunos llega a la franca retención. Teniendo en cuenta que la comida opaca recorre las cuatro porciones del duodeno en cinco a ocho segundos, este órgano no debe dar a la pantalla, en condiciones normales, *sombra persistente*.

Las radiografías en serie, son el mejor elemento de diagnóstico.

He aquí el procedimiento que sigue: Ingestión inmediata. Sacar luego tres radiografías con *cinco* minutos de intervalo. Espera de me-

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

dia hora y luego sacar otras tres radiografías con cinco minutos de intervalo. Es difícil que con estas séis películas se pueda omitir el diagnóstico. Por lo general el éstasis se revela ya con las tres primeras.

En doce observaciones de úlceras gastroduodenales comprobadas con la operación, se ha podido sorprender desde el simple resto hasta la repleción sacciforme.

En la operación ha comprobado el órgano, móvil, distendido en su porción suprainframesocólica, con formación de pequeña bolsa prevascular mesentérica.

La proporción de frecuencia no parece estar influenciada por la ubicación del ulcus.

La frecuencia del éstasis no puede establecerla por el momento en cifras, pues su investigación deliberada es reciente; la considera muy grande, tal vez más de la mitad.

El fenómeno es de capital importancia por su frecuencia y porque puede dar la clave de enigmas etiopatogénicos.

Finalmente, contribuye, a dar elementos fundamentales para la elección de los dos tratamientos quirúrgicos que actualmente se disputan el campo de la terapéutica quirúrgica, la gastroenterostomía y la gastrectomía.

Considera que esta última operación da mejores resultados por la oclusión duodenal que realiza, puesto que todo ectásico duodenal sufre cuando ingiere, es decir, cuando su duodeno trabaja, lo que constituye una fuente de reflejos estimulantes e inhibitorios sobre el estómago y el píloro y una agresión permanente de tipo toxinfeccioso, contra estómago, hígado, vías biliares y duodeno mismo.

Dr. Carlos A. BAMBAREN.

SOBRE ALGUNOS CASOS DE CANCERES SIGMOIDORECTALES INTERVENIDOS POR LA VIA ABDOMINOPERINEAL.— Con motivo de cinco historias clínicas de enfermos portadores de neoplasmas de segmento sigmoidorrectal, que fueron operados siguiendo la vía combinada abdóminoperineal, el Dr. Alberto Gutierrez (*Sociedad de Cirugía de Buenos Aires*, Mayo 5 de 1926) hace las siguientes consideraciones:

En cuanto a anestesia, fué empleada bien la general clorofórmica, bien raquídea, esta última efectuada *baja*, inyectando la cantidad de doce centígramos de novocaína en dos centímetros o cuatro de agua destilada.

Esta última anestesia fué bien tolerada, permitiendo llevar a cabo todas las maniobras del tiempo intraabdominal. Ha usado la incisión mediana imfraumbilical.

En las dos primeras intervenciones, después de haber ejecutado el tiempo abdominal, se pasó al perineal *sin ocluir* la cavidad abdominal con el objeto de completar por ella la movilización cólica, si fuera necesario.

En los últimos casos se ha procurado despegar al máximun el recto de la cara anterior del sacro, con el objeto de simplificar el tiempo perineal y evitar la vuelta al abdomen.

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

La movilización amplia abdominal constituye casi la clave de la operación.

Cuando el despegamiento rectal no ha sido efectuado en forma amplia el tiempo perineal se hace mucho más dificultoso, pues la movilización rectal no se hace tan bajo el control de la vista como por el abdomen y se corre el riesgo de abrir el intestino y que el contenido de este se derrame en el espacio pelvirrectal.

En uno de los casos, en el que había gran reacción inflamatoria de tipo lardáceo al rededor de la ampolla rectal, al pretender aislar ésta mediante maniobras digitales, se abrió dando salida a materia fecal en pequeña cantidad.

En el tiempo perineal hay que ir al ras del coxis, sobre su superficie anterior, *sin perder* el contacto con ello, hasta empalmar con la zona movilizada en el tiempo abdominal. La tijera curva es muy buena para ello. Debe ir como comiendo o pelando, por decir así al coxis y al sacro. La parte más trabajosa de despegar es la que se relaciona el extremo libre del coxis.

El ano definitivo ha sido siempre ejecutado en la fosa ilíaca, izquierda, en unos casos en pleno músculo recto izquierdo, después de haber hecho experimentar al colon una torsión sobre sí mismo con el el objeto de hacerlo continente; en otros en la musculatura ancha, recurriendo en estos casos a la disociación de las fibras musculares.

Chalier, Schwartz y Montor, aconsejan practicar un ano *mediano* en vez de lateral. Sostienen que ofrece la ventaja de acortar en algunos minutos la operación, ya larga, y de tener toda felicidad para abocar el colon en un punto cualquiera de la incisión mediana, aun en los casos en que el colon sigmoideo sea corto o se presente fijo.

Hay ventaja en la ejecución del ano lateral. Es tan pequeño el lapso de tiempo que se pone en disociar la masa muscular y exteriorizar el cabo cólico lateralmente, que no vale la pena tener en cuenta unos minutos más que pueda durar el acto operatorio para dejar de hacerlo así.

Aun dejándolo ocluído por espacio de uno o dos días , es conveniente alejarlo de la herida operatoria para evitar la contaminación de la misma.

En todos los casos intervenidos se ha aislado la herida operatoria sirviéndose de una buena fracción de makintosch esterilizado, el que se fijaba a la piel, algo por fuera de la incisión, mediante adhesol.

Después de haber sido colocado el apósito sobre la herida, la recubre con dicha tela impermeable.

Una vez abierto el ano, estando bien fijada la tela, es difícil que atraviese hasta el otro lado la materia fecal. Si la sección intestinal se hace alta, es más fácil hacer el ano lateralmente que en la línea mediana.

En condiciones normales el colon ilíaco, se encuentra bien hacia la izquierda de la línea media en relación con el flanco y fosa ilíaca izquierdos y no con la línea media.

Para llevarlos a la línea media necesítase más longitud de colon. Al desplazarlo hacia ella puede quedar tirante y dar lugar a su esfacelo.

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

Cuando la S ilíaca no tenía mucha movilidad o carecía de ella, se ha tenido en un tiempo preliminar, que recurrir a su movilización, seccionando el peritoneo parietal sobre su borde externo.

La sección de la misma o del colón descendente se ha efectuado con el bisturí entre dos ligaduras circulares, colocadas en el intestino y hechas con seda gruesa.

Los extremos tocados con yodo se han envuelto en un dedo de guante, colocado como aconseja Emett Farr, el cual se sujeta después con una buena ligadura circular al cabo cólico.

En esta forma queda completamente aislado el cabo inferior, que es el que queda metido en la pequeña pelvis, entanto se lleva a cabo el tiempo perineal.

La peritonización de la pelvis es de capital importancia. Cuando la serosa abunda, no ofrece ella mayores dificultades, pero cuando escasea, puede quedar una brecha, que si se conserva la matriz, puede ser ocluída mediante la superficie posterior de ésta.

Dr. Carlos A. BAMBAREN.

# Academia Nacional de Medicina

*(Continuación)*

t)—El Dr. Manuel O. Tamayo, en la época en que fué director del Instituto municipal de higiene, por encargo especial que le hiciera la corporación municipal, propuso la adopción de algunas medidas encaminadas a mitigar los estragos de la fiebre tifoidea en Lima y poblaciones vecinas, entre las qué figuraba la purificación del agua potable por medio del sulfato de cobre.

En la memoria de los trabajos de la Academia en 1910, dije a este respecto lo siguiente:—"El cuerpo comunal quizo "conocer la opinión de la Academia, antes de proceder en asun- "to tan estrechamente vinculado con la salud de la población, "y demandó el dictamen facultativo de la corporación. Para sa- "tisfacer el pedido del municipio y presentar el correspon- "diente informe, se nombró una comisión compuesta de los "Drs. Velásquez y Aguayo, el Sr. Bignon y el que habla".

"La discusión del informe, bien detenida y por demás ilus- "trativa, se efectuó en cuatro sesiones y terminó acordándose "trascribir al Concejo, la siguiente conclusión:—"Resulta, pues, "que el empleo del sulfato de cobre en la cantidad propuesta "por el Dr. Tamayo, es ineficaz; y, si se le usa en proporción "suficiente, da mal sabor al agua y es peligroso, por lo que "esta Comisión opina en el sentido que no debe emplearse el "sulfato de cobre en la purificación del agua".

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

El Concejo Provincial acató lo acordado por la Academia, y desestimó, en esta parte, el informe del Dr. Tamayo.

u)—El Sr. Juez de primera instancia de las provincias Urubamba y La Convención, solicitó su jubilación apoyándose en la causal de enfermedad incurable y acompañando al efecto cuatro certificados médicos. Como quiera que la Corte Suprema encontrara poco precisos los certificados en referencia, acordó que se solicitara la opinión de la Academia de Medicina. La Sección IV, que informó en el asunto, arribó a las siguientes conclusiones, que fueron aprobadas en la sesión del 2 de julio de 1906:—"Por todo lo expuesto, la Sección IV es de "sentir que se diga al Supremo Gobierno:—que en el expedien- "te no hay elementos bastantes para precisar la verdadera na- "turaleza de la enfermedad que aqueja al Sr. Dr. Ponce de "León;—y, que es conveniente que el interesado sea recono- "cido pericialmente por un especialista en oftalmología".

v) Realizado, en la madrugada del 26 de abril de 1906, en Lima, un emocionante asesinato perpetrado por un sujeto de reconocidos hábitos alcohólicos, el juez de la causa, a pedido del defensor del reo, "solicitó el dictamen ilustrativo de la "Academia, pidiendo que se le informara sobre el grado de "responsabilidad de los delitos cometidos bajo la influencia del "alcoholismo, y que se estableciera la verdadera doctrina al "respecto". Estudiado este interesante caso por la Sección IV, y contemplada la cuestión jurídica en la amplia forma en que fué planteaada, se pudo probar: que el agente era un sujeto amoral, antiguo afiliado al culto de Baco, pero que por algún tiempo había suspendido las libaciones diarias; que la más insignificante dosis de alcohol provocaba en él la explosión de un violento ataque de *embriaguez patológica,* que lo colocaba en transitorio estado de enagenación mental; y que, durante uno de esos accesos fué que cometió el delito por el que se le juzgaba. Desde el punto de vista de la imputabilidad del delincuente, la Sección opinaba en el sentido de que el homicidio había sido ejecutadao con las características de los crímenes cometidos por los alienados; y el hechor quedaba como tal, comprendido entre las excepciones puntualizadas en los incisos 1. y 7. de los artículos 8 y 9 del código penal entonces vigente.

De acuerdo con lo opinado por la Sección IV, y aprobado por la Academia, el enjuiciado fué absuelto de culpa y pena y puesto en libertad; pero pronto volvió a caer en las garras del alcoholismo y a cometer otro hecho delictuoso: lo que debía lógicamente suceder, ya que se devolvió al seno de la sociedad a un sujeto que, si bien no era imputable por el delito cometido, sí era un elemento peligroso e inadaptable para el agregado social.

Felizmente en el nuevo Código Penal, ya se dispone lo conveniente para evitar la repetición de tales anomalías.

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

w).—Como quiera que, siguiendo la corriente de mercantilismo que informa los actos de la humanidad en el momento actual, no pocos profesionales han acudido, y aún continúan acudiendo, a la prensa política para publicar, a guisa de reclamo, los casos atendidos en su práctica diaria: procedimiento éste contrario a los severos preceptos de la moral médica, el Prof. Arce propuso a la Academia que se tomara algún acuerdo, de orden moral, encaminado a detener esta perniciosa propaganda. Contemplado el asunto en varias sesiones consecutivas, se adoptó, en la del 3 de octubre de 1910, la siguiente orden del día:

"Con motivo de que en algunas publicaciones que con "frecuencia se hacen respecto a intervenciones quirúrgicas, se "indican los nombres de las personas y la naturaleza de enfer-"medades que no deben ser reveladas; la Academia, después de "detenida discusión, se pronunció en el sentido de que: es un "deber profesional cautelar el secreto médico, y es por con-"siguiente de alta conveniencia, no publicar ni autorizar la "publicación de los nombres de los enfermos operados a la vez "que las operaciones en ellos practicadas".

x).—Convencida la Academia de que no podía hacerse profilaxis efectiva contra los procesos morbosos infecto-contagiosos, mientras no estuviera incorporada en nuestra legislación sanitaria la declaración obligatoria de las enfermedades evitables, se preocupó constantemente en hacer activa propaganda en tal sentido. Es por eso que repercutió muy desfavorablemente en el seno de la corporación, la gran resistencia que encontró, en la cámara alta, el respectivo proyecto que el Gobierno sometió a la aprobación del Congreso: resistencia que obligó a dejar la iniciativa en estado de aplazamiento indefinido.

Como el Gobierno insistiera en el asunto enviando a las Cámaras, en 1910, un nuevo proyecto algo modificado con relación al anterior; la Academia aprovechó de la oportunidad para ocuparse del tópico y discutir nuevamente el asunto. Después de un correcto y sostenido debate, se aprobó, en la sesión del 14 de noviembre de 1910, la siguiente moción de orden del día:—"La Academia Nacional de Medicina, declara que es ur-"gente la promulgación de una ley que obligue a la declaración "de las enfermedades infecto contagiosas; y que la decla-"ración debe ser solidaria para el médico asistente y para el "jefe de familia en cuyo domicilio se asiste el enfermo".

Al fin, después de larga y penosa gestión, el 23 de noviembre de 1916 se promulgó la ley N° 2348, que ha sido reglamentada en varias ocasiones, para adoptar sus preceptos a las necesidades sanitarias de la colectivdad y a la eficiencia de los recursos disponibles.

y).—La Dirección de Fomento, en mayo de 1911, solicitó de la Academia la formación del arancel a que se refiere el Art. 18 de la Ley de responsabilidad por accidentes del trabajo, expedida en 20 de enero de 1911, artículo que a la letra dice lo sigiente:—"Cesa la obligación del empresario relativa

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

"a la asistencia y curación del obrero, entregando para tal fin "la cantidad que según la naturaleza del accidente, señale el "arancel que al efecto dictará el Poder Ejecutivo, en armonía "con lo dispuesto en el título III sobre indemnizaciones".

Estudiado el asunto por la Sección IV, informó ésta en el sentido de ser imposible la formación de tal arancel, demostrando con claridad meridiana, que no era lógico establecer relación alguna, entre el gasto que origina al empresario la asistencia médica y farmacéutica del accidentado, a que lo obliga el Art. 14, de que dicha obligación termina una vez que el damnificado se halle, por declaración o informe del facultativo, comprendido en algún caso de incapacidad, y, el desembolso que representará, para el mismo empresario, el pago de las indemnizaciones según que la incapacidad sea absoluta y permanente, parcial y permanente, absoluta y temporal, o parcial y temporal. La Sección adujo argumentos convincentes para probar, que lo que se propusieron los legisladores, para salvaguardar los intereses del obrero, fué que hubiera una tarifa que regulara el importe de los servicios profesionales, en el caso de que el médico fuera designado por el accidentado, conforme a lo dispuesto en el Art. 15 de la ley.

Como consecuencia de la expresión hecha, la Sección IV formuló la siguiente conclusión:—"Que el Poder Ejecutivo so- "licite del Congreso la derogación del Art. 18 de la Ley de 20 de enero de 1911"; conclusión que mereció la aprobación de la Academia, en la reunión habida el 12 de junio de 1911.

Con todo, no fué escuchada como debió haberlo sido la opinión de la Academia; y, después de algún interregno, durante el gobierno del Sr. Billinghurst, la Comisión que éste nombrara para proyectar los diversos reglamentos derivados de la Ley de accidentes del trabajo, confeccionó el mencionado arancel, que ignoro si ha sido posible ponerlo en vigencia.

La Academia sostiene su primitiva opinión, y cree que debe efectuarse la derogatoria propuesta en 1911.

z).—Un particular, el Sr. Dr. José Demetrio Tello, se presentó a la Academia solicitando que ésta emitiera su opinión sobre el valor médico-legal del protocolo de la autopsia de su señor hermano don Juan de la Rosa Tello, que falleció en Bambamarca el 14 de setiembre de 1912, víctima de los maltratos que le fueron inferidos, por mano agena, según el decir del interesado; y sólo puso a disposición de la Sección IV, encargada de practicar el estudio respectivo, el protocolo de la autopsia y algunos datos consignados en el recurso.

En la conclusión que entonces formulara la Sección IV, que fué sancionada por la Academia, se dijo lo siguiente:—"Co- "mo corolario de los razonamientos puntualizados en los pá- "rrafos anteriores, y teniendo en consideración la fuerte hi- "pertrofia del hígado y del bazo que encontraron los peritos "en el cadáver del Sr. Juan de la Rosa Tello, es muy posible "que el traumatismo haya sido la causa determinante de la ro-

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

"tura del bazo que ocasionó la muerte del referido Sr. Tello. "De qué naturaleza fué el agente traumático, y cuándo actuó "para producirle tan grave lesión, es algo que no podrá deter- "minarse sino mediante el estudio detenido de todas las pie- "zas del proceso".

El interesado, persiguiendo el descubrimiento de la verdadera causa de la muerte de su señor hermano, consiguió que el juzgado de 1ª instancia de la provincia de Hualgayoc, solicitara de la Academia su informe ilustrativo en este grave problema médico-legal, remitiendo para los fines consiguientes los cuatro voluminosos legajos que constituían los actuados.

Sometida nuevamente la consulta a conocimiento de la Sección IV, se produjo el correspondiente dictamen que recibió la aprobación de la Academia en la sesión celebrada el 4 de octubre de 1915. En el informe, después de haberse analizado minuciosamente todos los documentos corrientes en autos; de compulsar los síntomas presentados por el agraviado, desde el día 9 de setiembre en que se le infirieron los maltratos, hasta las primeras horas del día 14, en que falleció; y, de discutir si la rotura del brazo fué expontánea o se debió a los traumatismos sufridos por el occiso, se arribaron a las siguientes conclusiones:—"1ª El Sr. Juan de la Rosa Tello, "murió a consecuencia de la rotura del bazo;—2ª Dicha rotura "fué consecuencia precisa y resultado inmediato de los trau- "matismos (maltratos) que le fueron inferidos a partir de la "mañana del día 9 de setiembre de 1912".

a. 1).—El 12 de julio de 1912 fué encontrado, en un despoblado de la provincia de Moyobamba, el cadáver del Sr. Eliseo Reátegui Pinedo, con huellas evidentes de haberse producido el deceso por un disparo de arma de fuego. Iniciado el correspondiente juicio criminal, el defensor del reo planteó algunas cuestiones médico legales, cuya dilucidación recabó de la Academia de Medicina el juzgado de primera instancia, por intermedio de la Corte Superior de Iquitos. La Sección IV, después de compulsar los actuados, entre los que corría el dictamen de los empíricos que examinaron el cuerpo del extinto, propuso a la aprobación de la Academia la siguiente conclusión, que fué sancionada en la sesión del 28 de agosto de 1912:—"Eliseo Reátegui murió a consecuencia de la herida por "arma de fuego que recibió el día 12 de junio de 1911".

b. 1).—El 6 de diciembre de 1909, en la hacienda "El Tesoro", de la jurisdicción de Ascope, murió Lorenzo Calderón por efecto de un golpe que le asestara, con una palana (lampa), Genaro Cáceres. Como desde los comienzos del juicio que se inició con este motivo, surgiera la presunción de hallarse el agente en estado de enagenación mental, el Juez de 1ª instancia de Trujillo, pidió que aquel fuera examinado por una comisión de la Academia de Medicina. Como este examen era imposible verificarlo en la cárcel de Trujillo, donde estaba recluído el reo, se pidió su traslación al manicomio de Lima:

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

único lugar en que podía realizársele concienzudamente. Instalado Cáceres en el Hospicio de Insanos, fué observado por los Prof. Matto y Pardo Figueroa, comisionados al efecto por la Academia, los que después del estudio científico del caso, informaron formulando las siguientes conclusiones:—"1°. Que "Genaro Cáceres es un degenerado epiléptico, con tendencias "impulsivas y por consiguiente peligroso para la sociedad;— "2°. Que por tal motivo debe ser recluído en un manicomio;— "y 3°. Que por idéntica causa, es irresponsable del homicidio "cometido en la persona de Lorenzo Calderón, el 6 de diciem- "bre de 1909, en la hacienda "El Tesoro".

El informe recibió la correspondiente aprobación de la Academia, en la sesión habida ell 14 de setiembre de 1911.

c. 1).—En la sesión del 9 de octubre de 1913, se aprobó el informe expedido por los Drs. E. Pardo Figueroa y W. Mayorga, que fueron designados para absolver la consulta que hiciera a la Academia el Juez de 1° instancia de Lima, en un caso en que se presentó ante el juzgado la excepción de enagenación mental del acusado. La consulta versó sobre los siguientes:—si la herencia de la locura es efectiva en todos los enagenados; si el alcoholismo del enagenado puede sobre añadirse a la influencia hereditaria para generar la vesanía; y, la parte que puede corresponder a las fuertes impresiones de orden moral para el estallido de la enagenación mental, en un sujeto predispuesto. Las tres preguntas fueron contestadas en sentido afirmativo.

d. 1).—El Prof. Pardo Figueroa, que presidió la sesión habida en setiembre 17 de 1918, propuso que la Academia se pronunciara sobre "La alta mortalidad actual de Lima y sus causas". En la memoria correspodiente, hice sobre este punto, los siguientes comentarios:

"El debate iniciado con tal motivo fué por demás intere- "sante, pues si bien se puso de manifiesto que en el año en "curso habían aumentado notablemente las defunciones por pa- "ludismo, por las múltiples localizaciones de la tuberculosis, por "afecciones gastro intestinales de los niños y por otras varias, "haciéndose incapié sobre la influencia de la miseria y de las "desastrosas condiciones sociales impuestas por la guerra, en "el aumento de la letalidad; también se comprobó por los es- "tadígrafos presentes en la sesión, que las estadísticas de las "defunciones habidas en Lima, registradas en las oficinas del "Concejo Provincial y de la Beneficencia Pública, distan mu- "cho de ser la fiel expresión de la verdad".

"Como era imposible llegar a conclusiones precisas, care- "ciéndose del dato más importante para ello, el porcentaje de "la mortalidad, se resolvió solicitar los datos pertinentes en "las oficinas gubernativas, y en las del Concejo Provincial y "de la Sociedad de Beneficencia. A pesar de los esfuerzos he- "chos por la Academia ha sido imposible obtener los referidos "datos, pues las respuestas que se obtuvieron no fueron nada

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

"satisfactorias por lo que hubo de suspenderse el debate re-
"servándolo para mejor ocasión".

"La falta de estadísticas veraces y correctamente llevadas,
"constituyen un obstáculo poderoso para todas las especulaciones
"que se pretenda efectuar sobre higiene pública y demografía.
"Tiempo es ya de que los poderes públicos se convenzan de
"esta verdad, y que acatando el veredicto de las corporaciones
"técnicas organicen un completo servicio de estadística, diri-
"gido por personal idóneo y montado conforme a las exigen-
"cias de la higiene y de la época".

d.1).—"La declaración obligatoria de la tuberculosis", fué el tópico que se discutió animadamente, a iniciativa del Prof. E. Odriozola, en la sesión del 30 de setiembre de 1918. Se produjeron muy sugerentes argumentos favorables y adversos a esta importantísima medida de higiene pública; se hizo referencia a lo que se preceptúa en los códigos sanitarios de otras naciones de nuestro continente; se reconoció por los que participaron en el debate que la declaración obligatoria de la peste blanca ofrece innúmeras dificultades en la práctica; y finalmente se concluyó en que por ahora, lo más seguro era aceptar únicamente la declaración facultativa, restringida en los términos que se consignan en la Ley N° 2348, sobre declaración obligatoria de las enfermedades evitables.

e. 1).—El miembro titular Prof. Paz Soldán, en la sesión del 10 de febrero de 1919, sometió a la consideración de la Academia, una interesante cuestión: la referente al ejercicio de la medicina por los alumnos de la Facultad, que por designación o con el asentimiento de las autoridades sanitarias, desempeñan cargos que por disposición expresa de la ley sólo pueden serlo por los profesionales diplomados. El Prof. Paz Soldán aludió a las comisiones que con no poca frecuencia se encomiendan a los estudiantes de medicina para hacer campaña contra los procesos epidémicos y cumplir otras funciones sanitarias en las diversas circunscripciones del territorio nacional. El autor de esta reseña amplió, la indicación del Prof. Paz Soldán, haciéndola extensiva a los estudiantes de medicina que, sea como médicos o como inspectores sanitarios, ejercen la profesión en los vapores que hacen la carrera en nuestra costa. Se debatió este interesante asunto en más de una sesión; todos coincidieron en reconocer que se trata de un acto irregular, por decir lo menos, sólo justificable por la necesidad de combatir de algún modo las calamidades públicas; como maestro de medicina legal, expuse que esos actos constituían ejercicio ilegal de la medicina, consentido por el poder que tiene obligación de asegurar el cumplimiento de las leyes y resoluciones vigentes sobre ejercicio de la profesión; el Sr. Director de Salubridad, especialmente invitado al debate, declaró que ante la exigencia de satisfacer los justificados pedidos de auxilios médicos, que ha-

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

cían a su despacho las localidades azotadas por los flajelos epidémicos, no le quedaba otro recurso que enviar el personal disponible, ya que los profesionales diplomados rehuían aceptar tales encargos, sea por lo exiguo de la retribución o por lo precario del cargo;—el autor de la moción hizo incapié en la pavorosa condición de nuestra salubridad pública; y, en vista de la complejidad del problema manifestó que el asunto merecía muy detenido estudio.

Hubo de convenirse entonces, como aún sucede en la actualidad, en que todas las omisiones que se pusieron de relieve en el debate, dependen de la falta de organismos sanitarios departamentales y provinciales encargados de la labor de saneamiento en sus respectivas circunscripciones. Si esas instituciones, cuya organización se detalla en el proyecto de Código Sanitario, estuvieran ya en funciones, las ciudades grandes y pequeñas de todo el Perú, dispondrían de recursos propios, y no se verían obligadas, como hoy, a acudir a la oficina central, cuyo concurso tiene que ser cuando menos lento, sino es inoportuno a veces. Tal como se efectúan hoy estas labores se infringe la ley, se gasta mucho dinero y se alcanza poco provecho.

f. 1).—Habiéndose presentado, en la legislatura de 1920 a la Cámara de Senadores un proyecto encaminado a despojar a la enseñanza de la farmacia de su carácter universitario, privando a la Facultad de Medicina de la función que ha ejercido a este respecto desde tiempo inmemorial, y creando un nuevo organismo denominado "Escuela Nacional de Farmacia y Química", que debería actuar bajo el directo control del Ministerio de Fomento; el Prof. Paz Soldán, en la sesión del 13 de febrero de 1920, disertó extensamente sobre lo relativo a la enseñanza de esta rama de la medicina y al expendio de las drogas, haciendo resaltar los peligros que, para el aprendizaje y la práctica de la farmacia, entrañaba tal iniciativa. Dijo el Prof. Paz Soldán, que la Academia debía llamar la atención de los poderes públicos, para que encauzaran su actividad en el sentido de conseguir la más correcta transforción del régimen actual, perfeccionando la enseñanza, colocándola al nivel que lo exige el progreso de la especialidad y los grandes servicios que prestan a la colectividad los profesionales en el ramo de farmacia; pero que siempre debía la Universidad, continuar ejercitando su actividad docente en esta importante rama de la medicina. Predominó en el ánimo de la mayoría la conveniencia de que la Escuela de Farmacia funcionara en adelante fuera del patronato de la Facultad de Medicina, pero bajo la vigilancia y la dirección de la alta autoridad Universitaria: el Consejo Universitario y el Rector del Claustro.

Como resultado de las opiniones vertidas en el debate, se aprobaron las siguientes conclusiones, que fueron formuladas por el preopinante:—"1°. La Academia Nacional de Medicina

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

"declara, que la enseñanza de la Farmacia debe ser hecha con "plena autonomía, pero dentro del régimen universitario;—2°. "La Academia Nacional de Medicina declara, que la fiscaliza- "ción sobre el comercio de droguería, sobre la licencia para "la fabricación y expendio de específicos y sobre el ejercicio "de las profesiones afines con el arte de curar, es función del "Estado y más especialmnte de la institución encargada de ve- "lar por la salud pública y el progreso médico social del país, "y que por consecuencia, cree peligroso todo intento de en- "comendar esta función a instituciones docentes de cualquiera "otra índole".

Estos votos de la Academia Nacional de Medicina coinciden en todo con lo resuelto en el Consejo Superior de Higiene en 1917; pues en el proyecto de Código Sanitario formulado por ese cuerpo consultivo y enviado para su aprobación y revisión por el Congreso, se proponía que la vigilancia del ejercicio de las diversas ramas de la medicina correspondiera al Consejo de Higiene y no a la Facultad de Medicina, como lo dispone, hasta hoy, la ley de 28 de noviembre de 1888. El Consejo integrado por los personeros de la Facultad —el decano y los catedráticos de Higiene, Medicina legal y Química—comprendió que era llegado el momento de liberar a la Facultad de Medicina de esa obligación, incompatible con su misión docente y que no había podido desempeñar a conciencia en tanto tiempo, por haberle faltado los medios materiales de represión necesarios para luchar contra el charlatanismo; encomendándola al nuevo organismo oficial que debía entenderse con todo lo relativo a la salubridad de la República, y que la ejercitaría conforme a lo proyectado, por medio de una comisión *ad hoc*, en la que participarían: el Decano de la Facultad de Medicina, el Presidente de la Academia Nacional de Medicina, el catedrático de Medicina legal, un farmacéutico y un letrado, ambos miembros del Consejo. Se consideraron, en ese entonces asuntos de tan vital importancia, y se tuvo tanto optimismo para creer que podría muy pronto llevarse a la práctica esta reforma, que hasta se redactó el correspondiente reglamento para vigilar el ejercicio de las profesiones médicas: labor que fué encomendada al jurisconsulto Prof. Julián Guillermo Romero y al Prof. Avendaño.

El Código de Sanidad proyectado por el Consejo Superior de Higiene, duerme el sueño de los justos en el archivo de una de las cámaras legislativas.

*(Continuará)*

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

# Conferencia Nacional Antivenérea

Ultimmamente se ha runido un certámen nacional en el que se anunció el estudio de cuestiones de profilaxia venérea. La mayoría de los temas se trataron con mucha superficialidad, si se exceptúa el que presentó la Sanidad Militar; hubo alguno ininteligible.

Insertamos los votos o recomendaciones aprobados de acuerdo, casi todos, con las sugerencias de la Sanidad Militar.

1.—La Conferencia Nacional Antivenérea, considerando que es conveniente dar unidad a la dirección técnica de los servicios sanitarios, recomienda a los poderes públicos la creación del ministerio de Sanidad y Asistencia Social; en dicho ministerio existirá un organismo encargado de todo lo concerniente a la campaña antivenérea.

2.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda la creación de una Liga Nacional Antivenérea.

3.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda que para mejor aprovechamiento de los datos estadísticos se haga levantamiento del censo general de la república.

4.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda que los ministerios de marina y de gobierno adopten para la campaña antivenérea en las fuerzas de su dependencia, el plan presentado por el servicio de Sanidad del Ejército.

5.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que la campaña contra las enfermedades venéreas debe comenzar por la educación sexual desarrollada desde la segunda enseñanza.

6.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que es conveniente encauzar la colaboración de la prensa y de las personas e instituciones médico sociales, en la obra antivenérea.

7.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que la campaña antialcohólica contribuye eficazmente a la obra de profilaxia venérea.

8.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que como medio profiláctico importante debe orientarse la juventud hacia las distracciones colectivas (cultura física, deportes, espectáculos honestos) que la aparten del peligro venéreo.

9.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que es conveniente propiciar una tendencia hacia la unificación de los métodos curativos a fin de que el tratamiento gane en eficacia.

10.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que es conveniente difundir el conocimiento de los estigmas de la heredosífilis con el objeto de lograr un tratamiento oportuno y precoz.

11.—La Conferencia Nacional Antivenérea sostiene que es conveniente estimular el desarrollo de la especialidad venéreo-

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

lógica a fin de que sólo los que posean capacidad técnica reconocida en la materia desempeñen un puesto en los distintos organismos médico sociales de la campaña antivenérea.

12.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda se haga efectivo y se intensifique el servicio de inspección sanitaria de las nodrizas.

13.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda se intensifique la propaganda contra el peligro venéreo.

14.—La Conferencia Nacional Antivenérea acuerda solicitar se introduzca en nuestra codificación civil la prescripción del certificado médico para el matrimonio.

15.—La Conferencia Nacional Antivenérea acuerda solicitar se involucre en el articulado del Código Penal el delito de contagio venéreo como una entidad jurídica especial.

16.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que mientras subsistan las condiciones sociales actuales, la reglamentación de la prostitución es necesaria.

17.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que es conveniente intensificar las medidas contra el proxenetismo contribuyendo así a la lucha contra la trata de blancas.

18.—La Conferencia Nacional Antivenérea acuerda aprobar las siguientes conclusiones como medios indirectos de la campaña antivenérea: 1° que es necesario desarrollar entre nuestros jóvenes de ambos sexos un sentimiento profundo del honor personal, vigorizarles el carácter y despertarles la aptitud para el trabajo y el amor a éste, empleándose para ello una enseñanza objetiva, el ejemplo y la propia acción de ellos; 2° que es urgente amparar a los hijos menores de edad, castigando con pena de prisión o de multa a los padres que, condenados por decisión judicial a darles una pensión alimenticia, no cumplen voluntariamente con hacerlo durante tres meses; 3° que se autorice a las madres para cobrar las deudas a sus maridos cuando éstos, teniendo hijos menores, no cumplan sus deberes de familia.

19.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que es conveniente se estatuya legalmente el tratamiento obligatorio de las enfermedades venéreas.

20.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda que el tratamiento profiláctico de las enfermedades venéreas se haga gratuitamente, así como el curativo de las personas que comprueben carecer de recursos.

21.—La Conferencia Nacional Antivenérea acuerda solicitar se establezca legalmente la declaración numérica obligatoria de las enfermedades venéreas.

22.—La Conferencia Nacional Antivenérea acuerda solicitar se establezca legalmente el aislamiento obligatorio de aquéllos venéreos que determine el reglamento sanitario respectivo.

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

23.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda se establezca los 18 años como edad mínima para el ejercicio de la prostitución.

24.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda que para las mujeres que ejerzan la prostitución antes de los 18 años, se hagan efectivas las disposiciones del Código Penal, contempladas en el capítulo referente al tratamiento de menores.

25.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda se adopten todas las medidas para la protección legal de la joven, en especial las solteras seducidas y abandonadas.

26.—La Conferencia Nacional Antivenérea teniendo en cuenta que la postitución clandestina constituye la fuente más importante del contagio venéreo, recomienda se intensifique la campaña para reprimirla.

27.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que debe instituírse la investigación de la paternidad como un medio para evitar la prostitución.

28.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que la lucha contra el curanderismo constituye labor importante en la profilaxia venérea.

29.—La Conferencia Nacional Antivenérea declara que se debe ser enérgico en las medidas de represión de la pornografía en cualquiera de sus formas.

30.—La Conferencia Nacional Antivenérea recomienda la celebración de conferencias sobre enfermedades venéreas cada dos años.

31.—La Conferencia Nacional Antivenérea emite un voto de aplauso a los poderes públicos que han iniciado y que han prestado facilidades para la realización de este certamen.

## Notas Terapéuticas

EL DIETILISOPROPILALILBARBITURATO DE DIETILEMINA EN LOS ESTADOS PSICOPATICOS Y NEUROPATICOS.—El Dr. Dodard des Loges (*Tesis de Tolosa*, 1925) ha estudiado la acción de este barbitúrico en la Clínica del señor Profesor Cestán y trae una contribución importante al estudio de este hipnótico. Ya en 1924, los señores Cestán y Riser indicaron la acción neurotrópa del *somnifene*. Después, el señor Laborde, había observado las excelentes anestesias que permite obtener en el perro junto con la morfina. Más recientemente, el señor Riser ha señalado el resultado de la aplicación cotidiana (más de 3000 casos) de este medicamento en neuropsiquiatría, por vía bucal, intramuscular y endovenosa.

Universidad del Perú. Decana de América

Igualmente Rimbaud, Cestán y Sorel, han publicado los excelentes efectos del somnifene en el estado de mal epiléptico y Ramond en el tratamiento del delirium tremens. Dodard des Loges hace recordar también los trabajos tan interesantes de Anglade, Crouzon, Laignel-Lavastine, Claude, Levet, Marie, Quercy, Robin, Pavlovitch (París), Rone (Lyon), Boinniére (Bordeau), Trampol (Nancy), etc., sobre las múltiples utilizaciones en práctica neuropsiquiátrica, de este barbiturato de dietilamina, tan fácil de administrar, tan manejable y tan útil igualmente al médico práctico, bajo forma de gotas. El autor trae numerosas observaciones personales muy interesantes y concluye, que, por vía bucal, el somnifene se emplea con éxito de modo corriente en todas las formas de insomnio; por vía intramuscular, da en medicina mental resultados muy importantes en la terapéutica sistemática de los accesos de agitación prolongada; por vía endovenosa, es por excelencia, el sedativo heróico de la agitación y es un auxiliar precioso en la vida diaria de los asilos y en el transporte de enajenados. En fin, los clínicos que tienen gran costumbre de emplear este producto, no titubean en considerarlo, con los fisiólogos y los farmacólogos, como prácticamente desprovistos de toxicidad a condición de no exagerar las dosis, a condición también de vigilar el buen funcionamiento de los principales aparatos del organismo y de abstenerse de esta medicación, sobre todo a dosis elevadas, en los ancianos y los arterioesclerosos.

## Noticias

CIRCULO MEDICO PERUANO.—Esta institución he renovado su junta directiva para el período de 1926-27 con el siguiente personal:

Presidente, doctor Fortunato Quesada; segundo vice, doctor Ricardo Palma; idem segundo, doctor Alejandro Busalleu; secretario, doctor Nicolás Cavassa (reelecto); prosecretario, doctor B. Luis de la Torre; tesorero, doctor Juan Monteverde; bibliotecario, doctor Amador Merino Reina; vocales: doctores Jesús Hernández Gamarra, Luis Suárez, Alberto Toranzo, Almícar Armas Villanueva, Felipe Chueca y Fernando Wieland.

El presidente anterior, doctor Carlos E. Paz Soldán, ha presentado una extensa memoria sobre la marcha de la institución.

El nuevo presidente, doctor Quesada, ha trazado el programa que se propone desarrollar al frente de la institución, y entre otras cosas ha dicho:

"Traemos un ideal de elevación, de dignificación, y de honor. En nuestro esfuerzo colectivo, como en nuestro annhelo

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

personal, debemos marchar directamente hacia la conquista de un verdadero auge moral del médico en el país. La medicina requiere para su mejor desenvolvimiento social consideración, respeto, fe. Nadie nos la concederá en justicia si no damos muestras eficientes de merecerla.

Lo que más estrictamente conspira contra el establecimiento de este anhelo de ambiente superior y contra el desarrollo de la confianza y simpatía que lleva consigo, es la propaganda periodística excesiva y arbitraria, así como la solvencia y la tolerancia del charlatanismo y la superchería. El Círculo Médico ha de luchar de manera decidida porque desaparezcan ambas definitivamente.

La colectividad profesional legítimamente formada e instruída debe dar ejemplo de cordura y buen propósito frente al aspecto comercial de la medicina, mientras llega la hora feliz, que de seguro llegará algún día, en que nuestro arte sea convertido en un sacerdocio bien auspiciado y sólidamente respaldado. El aviso de la plancha trae clientela cuando propala con tal fin datos de conveniencia personal; pero rebaja la dignidad médica y pone al profesional en la fila de los anuncios de negocios. En general creemos que ofrecerse es inferior a ser buscado, y siguiendo el consejo de un gran maestro, pensamos que resulta mortificante la exhibición frecuente de las personalidades y en cambio encontramos hermoso descubrir el valor de una de ellas aquilatada bajo la sencilla cubierta de un hombre insaciable en el camino de la perfección y escéptico de sus propias cualidades y virtudes.

Tenemos la intención de insinuar la constitución de una sobria guía profesional en la que, conforme a ciertos avisos, discretos y honorables del presente, vayan clasificados por orden alfabético los nombres de los colegas, su especialidad, su dirección, las horas de su consulta y el número de su teléfono. Crearemos un modelo de plancha domiciliaria para ofrecerla sobre todo a los nuevos recibidos. Organizaremos en esta casa una oficina de informaciones médicas en la que el público demandante encontrará impreso en folletos ad-hoc, los datos de fechas de recepción, lugar de trabajo, clases de estudio, producción científica y títulos profesionales de todos los colegas de la república, copiando los originales garantizados que ellos mismos nos envíen según un cuestionario especial que se repartirá oportunamente. La misma oficina servirá para informar a los colegas y a los estudiantes de medicina sobre los programas cotidianos del devenir médico.

El Círculo abrirá una serie de investigaciones documentadas de aquellos explotadores de la buena fe nacional y requerirá de las autoridades de policía el auxilio conveniente para cerrar y perseguir los centros de desviación profesional asistidos por la ignorancia y por el furor de adinerarse a costa de la angustia humana con la máscara de misteriosas ciencias ocultas no tituladas.

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

Traemos un ideal humanitario, de asistencia benéfica y mejoramiento social. Antes que nada hemos de pensar en la humanidad que sufre, en nuestros hermanos enfermos. En esto estriba uno de los aspectos magníficos y grandiosos de nuestra reivindicación. El médico que se oculta sistemáticamente a las llamadas de las gentes en las horas aciagas del dolor, no cumple con su deber; salvo que haya renunciado a su misión o que él mismo sea presa de la enfermedad. El Círculo propondrá a los despachos pertinentes que se restablezca el servicio rentado de atención nocturna a domicilio.

La situación hospitalaria reclama una preferente atención de parte de todos nosotros. No sólo debemos darnos cuenta del estado actual de la asistencia social, sino que debemos aunar nuestros empeños a los de las instituciones que se ocupan de tales problemas. La creación de hospitales regionales en extensas zonas del territorio, desposeídas de albergues nosocomiales y la atención de los colegas encargados de prestar sus conocimientos y su tiempo a la asistencia hospitalaria gratuita, son cuestiones que deben preocuparnos hondamente. Es necesario también hacer campaña gremial en pro de la estandarización de los departamentos y del mejoramiento y selección del personal secundario, para hacer la asistencia hospitalaria cada vez más buena y también cada vez más científica.

La institución pedirá al gobierno y a las sociedades de beneficencia, que abran un escalafón médico, a fin de atender justamente al tiempo de servicios y a los méritos contraídos por los profesionales que les dediquen íntegramente su vida o buena parte de ella.

Iremos con nuestras nociones y nuestros consejos profilácticos y reparadores en busca de las masas ahitas de conocer las reglas para vivir mejor y evitar las calamidades de las dolencias. Reclamaremos a este respecto el concurso de los elementos con que cuentan algunas instituciones y del entusiasmo nunca desmentido de nuestros elementos jóvenes y estudiantiles.

Deseamos insistir en que está bien que nos devanemos intensamente por el mejoramiento general; pero és justo que nuestros devaneos sean preferenciales por la prosperidad de la clase médica a la que tenemos a honra pertenecer. Todas las iniciativas serán tomadas en debida cuenta, conducidas con todo ahinco a su mejor efecto.

Traemos un ideal científico de culturación y producción. El médico ha de perseguir como único título de clase o supremacía el que le den sus trabajos, estudios y experiencias. El Círculo debe estimular por todos los medios posibles la colaboración científica de sus asociados y sembrar en su seno la semilla proficua de las nociones renovadoras y benéficas. En estos días desde luego, volverán a florecer aquellas conversaciones o conferencias que tanto ánimo comunicaron a este recinto anteriormente. A favor de la amable acogida dispensada

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

a nuestra solicitud por distinguidos compañeros, tenemos el agrado de anunciar que están ya comprometidos un buen número de ponentes que harán aquí competentes demostraciones sobre temas de interés general.

Los colegas encontrarán bajo este techo, además de estas sencillas lecciones habladas y suficientemente ilustradas, los motivos para rememorar y meditar sobre las cuestiones en estudio en los más adelantados centros científicos. Con tal objeto nuestra modesta y anciana biblioteca recibirá una trasfusión de libros nuevos, y lo que es más importante, contará desde pronto con la suscrición a las más destacadas revistas profesionales y de cultura general. Las finanzas de la institución permiten asegurar este egreso siempre que los colegas cumplan desde este mes con prestar sus cuotas de socios. Todo el material de lectura será inmediatamente clasificado, de modo que pueda ser útil y ventajosamente consultado por los lectores.

... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

Un hecho que marcará época en el desenvolmiento profesional peruano y elevará en mucho el grado de prestigio de los médicos nacionales, será a no dudarlo, la convocatoria y reunión de una conferencia, convención o congreso, como quierra llamársele de las actividades e inquietudes médicas del Perú. Tenemos el firme propósito de iniciar hoy la organización y llevar a cabo dentro de seis meses, la realización del Primer Congreso Nacional de Medicina, Cirugía, Higiene y Pedagogía profesional. Este congreso significará dentro del espíritu investigador y de elucubración científica que distingue a nuestra época, un movimiento inicial y básico capaz de parangonarse con las iniciativas y creaciones docentes del siglo diez y nueve. Los colegas que contribuyan con su buena voluntad y sus brillantes luces a esta feliz consecución, reportarán la satisfacción íntima e inmensa de asemejarse por su desinterés y su idealismo a los hombres que lanzaron simientes tan fecundas como la Escuela de San Fernando de ayer y la Facultad de Medicina de nuestros días. A los precursores de la libertad y de la docencia magnas han de seguir en esta centuria peruana los próceres del ideal y de la ciencia. Será una razón más de convivencia con esas dos instituciones matrices, que son la Academia de Medicina y la Sociedad de Cirugía, que nos consta han tenido también en mira este punto de vista. Será por otra parte la mejor manera de cimentar esta querida institución representativa del cuerpo médico nacional y la verdadera garantía de su proyección imperecedera en el porvenir por la abnegación, por el espíritu estudioso y por la inquietud científica.

INSTITUTO DE CULTURA ARGENTINOBRASILEÑO. —Con motivo de la visita que realizaron a la República Argentina, en el mes de junio del corriente dos hombres de ciencia

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

brasileños, los doctores Arturo Neiva y Pablo de Proenza, quedó constituído un instituto de cultura argentinobrasileño. Dicha entidad se propone estrechar los vínculos que unen a estos países de América cultivando las manifestaciones superiores del espíritu, en sus diversas expresiones: las ciencias, las artes y las letras, de manera de obtener, con este intercambio intelectual, entre el elemento pensante de la Argéntina y del Brasil, una comunión de los sentimientos que son exponentes del progreso sudamericano.

La comisión provisoria, encargada de los trabajos preliminares de organización, redacción de estatutos, etc. está integrada por los señores: doctor Angel H. Roffo, presidente; doctor Alfredo Colmo, vicepresidente; doctor B. Barbará, secretario; doctores Lorenzo E. Lucena, Alfredo Sordelli, coronel Juan F. Moscarda y señores R. N. Luque y César Sforza, vocales.

CURSO INTENSIVO SOBRE CANCER EN EL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL DE BUENOS AIRES.—Se ha organizado en este Instituto un curso intensivo sobre tumores, que se desarrollará de modo que comprenda esta vasta cuestión en todas sus manifestaciones. Comprenderá los siguientes temas:

*Biología y cáncer experimental*, a cargo del doctor A. H. Roffo.

*Diagnóstico del cáncer*, a cargo del doctor A. H. Roffo.

*Radiología, Radioterapia*, a cargo del doctor Juan Landaburu.

*Radiumterapia de la piel y mucosa*, a cargo de doctor G. Canjonquiéres.

*Radiumterapia en ginecología*, a cargo del doctor G. Capizzano:

*Cirugía del cáncer*, a cargo del doctor F. Carranza.

*Esofagoscopia y biopsias de tumores del esófago*, a cargo del doctor Cetrá.

*Tumores de las vías urinarias*, a cargo del doctor A. Astraldi.

*Tumores en dermatología*, a cargo del doctor M. Aberastury.

*Tumores del tubo digestivo*, a cargo del doctor O. Meabe.

# Bibliografía

SIGMUND FREUD.—Elogio de su vida y de su obra por el Dr. Honorio F. Delgado.—Lima 1926.

En elegante folleto, nítidamente impreso en los talleres gráficos de C. F. Southwell, ha aparecido desarrollada la cálida y sentida disertación del estudioso y culto siquiátra, Dr. Delgado, apología del maestro vienés y del sicoanálisis.

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

El 6 de mayo último cumplió 70 años el Dr. Freud, creador original en el terreno de la sicodinamia. Los peruanos espepecialistas en estas enfermedades del sistema nervioso quisieron con tal motivo exteriorizar su culto por esa eminencia de su complejo y obsecionante ramo, celebrando en la Academia Nacional de Medicina sesión solemne en homenaje del Maestro. Fué el Dr. Delgado en esa ocasión uno de los más elocuentes oradores, pero la estrechez del tiempo le impidió desarrollar debidamente su tema; el libro que vamos a comentar satisface ese deseo suyo.

El Dr. Delgado es un convencido y un prosélito del sicoanálisis; considera definitivos los resultados de la labor de Freud. Nadie como Delgado en el Perú ha dedicado tanto tiempo y esfuerzo a profundizar la concepción de Freud, y adueñarse de todos los detalles y proyecciones de esa novedosa y extraña concepción del siquismo humano; el dominio que posee del asunto le permite seguir a Freud paso a paso en su genial descubrimiento y desbordante de entusiasmo, hacer tabla rasa de las críticas y objeciones que casi universalmente se le dirijen.

Las premisas del sicoanálisis y sus consecuencias perturban por completo, hasta undirlas en la nada, nuestras viejas nociones basales de la personalidad, la responsabilidad y la moral, al excepticismo más absoluto; aceptando integralmente los postulados del sicoanálisis queda como evidente que el espíritu, valga el vocablo, se forma y encausa con las primeras impresiones recibidas por el niño, que gobernarán sus reacciones en el resto de la vida, y la educación de la segunda infancia, la incrementación de conocimientos del joven y del adulto, meros adventicios, influirán poco o nada en sus determinaciones: La fórmula síquica queda así definida en los albores de la vida, ningún esfuerzo posterior puede substancialmente modificarla. ¡Triste promesa para los educadores y para quienes se crean capaces de mejoramiento por la formación voluntaria de hábitos nuevos!

Hay más todavía. La función sexual, o mejor el instinto sexual, desarrollado o incipiente, lo último como valor preferencial pues ya sabemos cuanto importa para la escuela lo que pasa en el niño tierno, resulta ser la fuente única no sólo del determinismo y de la acción obedientes a lo subconciente, sino de las modalidades del aspecto exterior y de las pasiones: La alegría y la tristeza, la astenia nerviosa y la angustia, la violencia y la apatía son exponentes de irritaciones o vicios sexuales. Esta concepción resulta hiperbólica, pues, si en el terreno de las neurosis la hipótesis parece descansar en la realidad, en la observación de todos los neurosiquiátras; para el determinismo del hombre normal la teoría resulta demasiado demoledora, apaga el idealismo y encadena el progreso.

Las múltiples lecturas que hemos realizado sobre los temas freudianos, no nos han convencido; tal vez por hallarnos

Universidad del Perú. Decana de América

ya demasiado *sistematizados,* nos choca con exceso la teoría, que se nos antoja demasiado simplista y plena de generalidades difíciles de demostrar.

La vida del maestro Freud se sintetiza en la tenacidad del esfuerzo—que lo ha conducido a las cumbres del genio—y la lucha sin tregua en el campo de las ideas, estímulo poderoso para los caracteres fuertes como el suyo. Judío sajón, espécimen humano doblemente blindado por valores ancestrales contra la debilidad de espíritu, robusto de cuerpo y de costumbres sencillas, mantiene su cerebro intacto no obstante haber vencido ya catorce lustros. Por virtud hereditaria, por educación y por hábito nacional es perseverante: observar pacientemente e inducir con libertad son cualidades características de todos los hombres superiores de su doble progenie, que en el Maestro Freud se han sublimado; pero en su papel de delantero en el campo que explora, está expuesto a las quimeras del espejismo del lejano desconocido. Notables verdades ganadas por la observación ha cosechado en campo nuevo y apenas desbrozado; el sicoanálisis creado por él es ya medio positivo de diagnóstico y de tratamiento de las neurosis; pero sus generalizaciones tan amplias y desconcertantes necesitan todavía del tamis purificador del tiempo, que suele limitar los resultados de volaciones demasiado arriesgadas de la fantasía.

Genial, novedosa y encarnada en la realidad, como fruto, seguramente, de autoobservación, que cualquiera capaz de escrutarse libre y objetivamente puede en sí mismo comprobar, es el choque interno de impulsiones entre los elementos del determinismo que Freud llama el *yo, el ello* y el *super yo,* o en términos más accesibles, lo consciente, lo inconsciente o subconsciente y las normas de la educación y de la experiencia. Innegable es el influjo en todo acto de esos tres factores de volición; en el hombre normal y controlado predominan para crear la resultante el yo y el super yo; en los estados emocionales y en las neuropatías surge y domina lo inconsciente, lo remotamente ancestral, instinto brutal adormecido u otra forma de regresión a lo primitivo. Por eso el acto pasional entraña irresponsabilidad; por lo mismo el neurópata y el niño tienen por lo menos, responsabilidad atenuada.

Estos elementos de criterio y muchos otros pueden espigarse en el vasto campo de las adquisiciones que integran la obra de Freud; pero precisa especializarse mucho, polarizarse si se quiere, para seguir al Maestro y sus adeptos en todos los postulados que derivan de sus observaciones, mezclando valores positivos con simples posibilidades. Su concepción de la mitología prehistórica, de la génesis de la religiosidad humana y del culto son de originalidad rayana en la fantasía más atrevida. Sólo el tiempo puede discernir lo que debe quedar como definitivo de tantas elucubraciones, donde el genio se confunde en ocasiones con lo más ilógico y extraordinario.

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

El folleto del Dr. Delgado, exposición de la doctrina freudiana y de su génesis, con léxico abundante y preciso, tiene además de su valor intrínseco, la simpatía de las obras de amor, impregnadas de sinceridad y de fé; amor al sabio que buscó conocer y tratar personalmente, y amor por su obra cuyos resultados son para nuestro distinguido colega definitivos e inobjetables ante el rigorismo científico.—*Dr. B.*

ESTUDIOS SOBRE TUBERCULOSIS por el Dr. José Valdés Lambea. (Manuales Reus. Volumen XIII).—Madrid, *Editorial Reus, S. A.*, Preciados, 1 y 6, 1926.—Un volumen en 8° de 742 páginas más 32 planas degrabados.—10.50 pesetas.

Los *Manuales Reus de Medicina* cumplen con la necesidad para el Médico, sea cualquiera el orden de la especialidad a que se dedique, de seguir paso a paso la tendencia progresiva de la ciencia moderna. Respondiendo a esta finalidad que se han impuesto los redactores de los Manuales Reus, surge hoy a la luz pública unos *Estudios sobre tuberculosis* debidos a la autorizada cultura médica de D. José Valdés Lambea y prologados por el Dr. Verdes Montenegro. Es interesante dar a conocer, aunque sumariamente, el contenido de dicha obra, con cuya publicación se ha puesto la cultura médica española al nivel de todas las extranjeras en este tema tan debatido de la tuberculosis.

Empieza el volumen presentando el mecanismo de la infección tuberculosa y exponiendo después la herencia, el contagio y la predisposición tuberculosa. Hay un detenido estudio sobre el quimismo del bacilo de Koch y un interesante capítulo sobre los procesos tuberculosos generalizados con las tuberculosis de evolución aguda. Posteriormente se investigan, después de exponer el diagnóstico de esta enfermedad, los síndromes cardíacos de origen tuberculoso, las hemoptisis, la tuberculosis infantil, la tuberculosis en los viejos, la tuberculosis y el sistema endocrino, el reumatismo tuberculoso, la tuberculosis y la gripe, el tratamiento dietético, las tuberculinas y las medicaciones alcalina, germinicida y quimioterápica.

En los apéndices se estudian la reacción de Abderhalden, la reacción de fijación del antígeno, la colesterina y sus compuestos en la sangre de los tuberculosos, la nueva reacción de Wassermann en la tuberculosis, las reaccions fundadas en las variaciones de estabilidad del sistema coloidal hemático, la reacción de Moriz-Weiss y mil temas más de gran interés.

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

# Sobre la etiología del cáncer

*Relato a la Cuarta Conferencia sudamericana de microbiología e higiene*

Por el Dr. ANGEL H. ROFFO

*Director del Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires*

Dejando de lado el examen de las numerosas teorías e hipótesis enunciadas en las distintas épocas, que caracterizan por otra parte la evolución de la medicina, y tomando tan sólo en cuenta los trabajos realizados desde que se ha aplicado su estudio a la medicina experimental, se encuentra que la enormidad de los esfuerzos consagrados a su estudio, desde que Peyrhile iniciara hace más de siglo y medio las experiencias de transmisión de los tumores, han sido el origen de un sinnúmero de investivaciones experimentales, con un conjunto de resultados, hechos y observaciones, que si muchos de los cuales no han sido debidamente interpretados, han contribuído en cambio, como pequeños eslabones de la larga cadena experimental, a aclarar un tanto la nebulosa que encierra esta incógnita.

En el núcleo de trabajos producidos hay una idea predominante, y es que el cáncer es un producto del organismo que modifica completamente los humores y la constitución general, lo que, si para unos es una consecuencia, para otros encierra la causa de su génesis.

Es en relación con esto último que se encuentran, no sólo las teorías más modernas sino también los resultados de las determinaciones de química biológica y físicoquímica, que vienen a dar nuevamente actualidad a la teoría de los humores viciados.

Hay en esta producción dos clases de hechos que consirar: en primer término, los resultados cuya interpretación es aún dudosa y, en segundo, se encuentran aquellos que han traído una contribución que se puede considerar como definitiva.

Entre los primeros, y como uno de los factores que más se han investigado en la explicación de la génesis neoplásica, se encuentran los agentes parasitarios. No ha quedado así bacterio, parásito u hongo que no haya entusiasmado a su descubridor con el hallazgo del germen del cáncer, pero que el contralor experimental ha producido una nueva decepción.

No es mi propósito hacer un examen detenido de la enorme producción que señalan los trabajos comunicados a este respecto en tan largo período de tiempo; basta señalar que, si en este orden de ideas, se encuentran desde el simple cultivo del bacterio; la inoculación positiva (*micrococus neoformans* de Doyen); la producción de vacunas (el *mucus racemosus* de Schmidt); hasta los trabajos bien documentados de San Felice, con el *Sacaromises neoformans*, no existe un hecho experimental que pruebe categóricamente, ni el origen parasitario ni la contagiosidad del cáncer.

Todas las neoplasias desarrolladas por los pretendidos agentes, no han sido sino procesos inflamatorios desarrollados alrededor del cuerpo inoculado. Ahora bien, considerando las comunicaciones más recientes, me referiré a aquella en que Blumenthal anuncia haber aislado de los tumores humanos un bacterio con el que ha reproducido tumores malignos en los animales, preguntándose si estos microorganismos se pueden considerar como los agentes de los tumores desarrollados o son portadores de un virus invisible. El contralor experimental de este germen no se ha producido aún.

El año pasado, esta cuestión ha vuelto a preocupar la atención general con motivo de la comunicación de Gye y Bernard, quienes dicen haber aislado un germen perteneciente a un virus ultrafiltrable. Estos autores que han trabajado con el sarcoma de pollo y que, como bien se sabe, desde que Peyton Rous lo estudiara por primera vez en 1910, es producido por un virus filtrable en bujías de porcelana y resistente a la sequedad. En el trabajo de los autores ingleses habría una novedad para esta clase de experiencias; sería necesario para obtener la infección, la presencia de dos factores: el factor específico y un factor accesorio químico. En lo que se refiere a las experiencias con los tumores de mamíferos, ratas, lauchas y tumores humanos, el método consiste en substituir el virus de estos tumores por el sarcoma de pollo, filtrado y destruído por el cloroformo.

Como era natural, esta comunicación despertó todo nuestro interés, y en el contralor efectuado en el Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires hemos llegado a resultados contradictorios con aquellos de los autores mencionados, y que se pueden resumir como sigue:

Como investigación previa se ha determinado la virulencia y vitalidad del sarcoma de Rous que hemos utilizado. Fragmentos de estos sarcomas mantenidos en la heladera se han manifestado virulentos durante ocho días. Hemos comprobado esto en los cultivos y en las inoculaciones efectuadas en pollos, es decir, exactamente durante el tiempo de vitalidad que encuentra Gye, en sus cultivos. Por otra parte, este mismo material, conservado asépticamente a 36 grados de temperatura, no se reproduce por cultivos, ni afecta a los pollos después

Universidad del Perú. Decana de América

de doce horas de conservación. Véanse ahora los resultados obtenidos:

1° El virus del sarcoma de Rous se conserva hasta ocho días en los fragmentos de tumor sumergidos, tanto en el caldo indicado por Gye, como en el caldo peptonizado común:

2° Este virus se propaga al caldo de cultivo cuando se somete todo a un vacío de 12 mm.;

3° Que esa propagación no se produce cuando no se efectúa este vacío intenso, ni aun cuando el vacío es insuficiente;

4° Que la temperatura de 37 grados destruye el virus a las 12 horas de actuar.

5° Que hay relación entre la vitalidad del virus y la facultad del desarrollo del sarcoma en medio artificial de plasma homólogo;

6° Que el virus de Rous no se reproduce en el medio de Gye.

7° Que las siembras hechas con el virus de Rous filtrado en caldo de Gye, siguiendo el método de cultivo del autor, son siempre negativos.

8° Que los repiques de los tubos en los cuales se produjo propagación del virus de Rous a otros tubos con medio de Gye, fueron siempre negativos;

9° Que el virus de Rous se reproduce paralelamente con las células neoplásicas del mismo, cultivadas *in vitro*, conservando en las culturas su propiedad filtrable;

10° Que el cloroformo empleado en lo forma que hace Gye en sus experiencias, no modifica la virulencia ni la vitalidad del virus del sarcoma de Rous;

11° Que no puede demostrarse que en el sarcoma de Rous existan los dos factores que señala Gye;

12° Que los hechos observados con el sarcoma de Rous no se producen con el sarcoma de rata.

Los resultados anteriores demuestran que en el sarcoma de Rous los dos factores con que Gye supone que forma el virus, no se encuentran separados. No es posible demostrar que el sarcoma transmisible de rata pueda adquirir la virulencia, que su autor supone perdida después del envejecimiento, por la adición de extracto de sarcoma de Rous.

De nuestros trabajos con el sarcoma de rata podemos afirmar:

1° Que el tejido neoplásico de estos tumores no contiene virus filtrable;

2° Que fragmentos de estos tumores colocados en medios de cultivos hechos con la técnica de Gye, no dan al medio elementos capaces de producir por inoculación el tumor de rata blanca, mientras que pequeños fragmentos asépticos conservados en la heladera mantienen su vitalidad y son capaces de producir tumores hasta ocho días después;

3° Que este mismo tejido desarrollado en cultivos *in vitro*, produce tumores hasta ocho días después;

4° Que 37 grados de temperatura durante 24 horas son suficientes para inactivar toda vitalidad del tejido;

Universidad del Perú. Decana de América

5º Que este tejido, inactivado por el tiempo o la temperatura, por inoculaciones en ratas, no se reactiva por la adición de extracto de sarcoma de Rous.

Estos son resultados suficientes para señalar que en el trabajo de Gye no existe la demostración de la existencia de un agente cultivable capaz de transmitir los tumores, como tampoco demuestra el cultivo del virus filtrable del sarcoma de Rous.

Además de estos resultados negativos obtenidos en la experimentación minuciosamente desarrollada, siguiendo en un todo la técnica descrita por estos autores, ¿cómo explicar con éstos los resultados obtenidos con la transmisión de los tumores de animales, y aun en el hombre, para cuyo éxito es indispensable someterse a la ley de especificidad con las mismas condiciones y modalidades que exige el trasplante de los tejidos normales? Por otra parte, se sabe cuán exigente en asepsia es el injerto para el desarrollo, así como también la facilidad con que dan origen a tumores los cultivos *in vitro* de desarrollados en las mismas condiciones que los tejidos normales. Además, ¿a qué bacterio o parásito podría relacionarse este agente neoformativo, que para desarrollarse es tan exigente y que necesita no sólo que el animal sea de la misma especie sino aun de la misma raza?

Si esto fuera así, en realidad deberíamos suponer la existencia de tantos agentes parasitarios, no sólo de uno para cara cada especie de animal sino, también, uno para cada tipo de tumor. Los que han trabajado durante mucho tiempo con los tumores transmisibles de ratas, saben bien la facilidad con que se transmiten cuando se experimenta con animales de la misma especie y criadero, así como también cuánta es la resistencia que ofrecen cuando no se llenan estas condiciones, resistencia que sólo es posible vencer por un acostumbramiento que atribuyo al terreno y que sólo se consigue a través de varias generaciones de pasajes. En este sentido se debén interpretar los resultados obtenidos con los cutivos *in vitro* de tejidos neoplásicos, cuya experimentación se halla regida por los mismos principios que exigen los tejidos normales, y si alguna diferencia puede anotarse, ella se relaciona sólo con el medio nutritivo.

Queda, en consecuencia, la teoría clular como expresión de la proliferación anárquica, teoría que sostienen en la actualidad, el mayor número de autores en la explicación de la patogenia y desarrollo de los tumores malignos. Son muchos los conceptos que hablan en favor de esta teoría reforzada aun por la experimentación, aunque la causa íntima, el *primum movens* que lleva a la cancerización de la célula escapa todavía al contralor experimental. La iniciación del proceso, por un lado, y por otro la predilección que su desarrollo tiene por ciertos órganos y, sobre todo, la época de su iniciación en una edad determinada de la vida, coincidente con la aparición de alteraciones bioquímicas de los humores, dan mayor base a este modo de pensar.

Universidad del Perú. Decana de América

La explicación de este proceso plantea así dos cuestiones. En primer término, ¿se trata de una alteración primitiva biofuncional de la célula lo que la lleva a una metaplasia primero, anaplasia o crecimiento atípico después o es ello producto del terreno biológico alterado químicamente, ya por simple evolución o ya por causas externas? La tendencia actual es dar la mayor importancia a factores que dependen del terreno, en la preparación del cual se encuentra el llamado estado precanceroso, confundido muchas veces con la predisposición.

El mejor conocimiento de los tumores de los animales, el cáncer trasplantable de rata y el carcinoma producido por el alquitrán, han producido adquisiciones de valor en este capítulo de la oncología. De esta experiencia se desprende que en la transmisión de estos tumores es solamente la célula que da razón del proceso, cuyo trasplante debe hacerse de acuerdo con las leyes y condiciones que rigen el trasplante de los tejidos normales.

La experimentación con el cáncer producido por el alquitrán, ha puesto de nuevo al día el antiguo concepto de las irritaciones. En el desarrollo de estos tumores, con un proceso semejante a los humanos, hay manifestaciones premonitoras en los animales con todas las características de una intoxicación. Esto ha producido como consecuencia una diversidad entre las opiniones sobre el modo de actuar del alquitrán, que para muchos modifica previamente el terreno, facilitando así el desarrollo atípico de la hiperplasia con que se inician las lesiones precancerosas. Se ha incriminado, por Bayet, al arsénico como el producto modificador del medio, fenómeno que no hemos podido llegar a comprobar a pesar de las minuciosas investigaciones efectuadas, ya determinando este cuerpo en los animales tratados, así como también con las aplicaciones prolongadas. Pero es indudable que las modalidades observadas con los distintos alquitranes, la mortalidad grande que se observa en los animales en los primeros tiempos de su aplicación, las resistencias marcadas que presentan algunos individuos de la misma especie y la resistencia de los de especie distinta, aunque muy próximas; dan elementos de juicio para establecer que la modificación previa del terreno tiene importancia en el desarrollo del proceso.

Desde años atrás he orientado mis investigaciones estudiando, en su faz química, la modificación del terreno, siendo los resultados obtenidos suficientes para atribuir la mayor importancia, a la preparación del medio, en el desarrollo de la neoplasia al que debe agregarse un factor ocasional. En apoyo de esto, y dejando de lado otros factores bien conocidos, de edad y predilección de ciertos órganos, de acuerdo con su función, debe mencionarse como elemento de valor, la influencia que tiene la raza en el proceso, hecho confirmado no sólo en lo que se refiere a la oncología humana sino también en los animales. Los trabajos de Hoffman en Estados Unidos y de

Universidad del Perú. Decana de América

Ellis Barker en Inglaterra, de Otto Peiper en Alemania, señalan la rareza con que los carcinomas, en su verdadera aserción anátomopatológica, se desarrollan en las tribus salvajes, tanto en los negros de Africa como en los indios de América. En relación con este factor debo señalar una observación común en el país y que los clínicos confirman diariamente; y es la frecuencia con que el cáncer ataca a determinadas razas que forman nuestra población, especialmente a los vascos e irlandeses, a tal punto que no es exagerado decir que éstos son los que rinden el mayor tributo a esta enfermedad.

¿Es esto debido a un factor puramente racial, o va involucrado en ello condiciones que dependen del factor *modus vivendi*, en el cual tendría la mayor importancia su sistema nutritivo? Con estos hechos de observación humana, se puede relacionar lo que sucede en los animales y que adquiere el carácter de experimentación. En condiciones iguales, tanto de especie como de raza, se observa que si se cambia de medio, la proporción de tumores que se desarrolla se modifica también. Tan es así que desde las primeras investigaciones efectuadas en las ratas se ha tenido en cuenta para la transmisión por trasplante, no sólo la existencia del factor especie, sino aun la raza y familia. En este sentido, se observaba que los tumores de ratas desarrolladas en Berlín producían con dificultad tumores en las ratas de Copenhague. Existe además otro hecho de mucho interés para la cuestión que estoy analizando. Janovics refiere que las ratas berlinesas mantenidas en Conpenhague y que por una especie de adaptación iban presentando campos propicios para el desarrollo de los tumores de este país, perdían consecutivamente su receptividad para los tumores de Berlín. Un fenómeno semejante he observado con mis tumores de ratas, los que he remitido a Río de Janeiro y Montevideo y que encontraron resistencias en las ratas de esos países a pesar de desarrollar el 100 por ciento en las ratas de mi criadero.

¿Depende esto solamente de un factor racial o debe versé en el fenómno la acción del terreno modificado? Las experiencias confirmadas por Estard y Janovics dan razón a este último factor. Modificando la nutrición de los animales, llegan los autores también a modificar la proporción de los tumores desarrollados. ¿Es este terreno, producto de un metabolismo alterado, confundido con una predisposición individual, que no todos los sujetos sometidos a intoxicaciones crónicas, como el tabaco y el alcohol, desarrollen un carcinoma? Es por una causa semejante que no todos los animales alquitranados desarrollan tumores, y que especies aun muy próximas son muy refractarias? A la química biológica, a la que está reservado desentrañar el misterio que encierra la vida celular así alterada, dando la base para una terapéutica biológica, ya que una terapéutica local debe considerarse como una utopía.

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

Las investigaciones que he realizado en este sentido señalan en el canceroso modificaciones químicas y fisioquímicas, no sólo en el tumor sino en los humores.

En los trabajos que he realizado y tomando en primer término los que se relacionen con el equilibrio de ciertos iones, se aprecia la importancia que estos tienen en la regulación de los fenómenos biológicos y en especial con aquellos que se relacionan con el desarrollo y crecimiento de los tejidos. Refiriéndome al calcio y al potasio, se observa que es posible retardar o acelerar el desarrollo de los injertos neoplásicos, según que actúe uno u otro. Por otra parte, las determinaciones de Theis y Benedict señalan un aumento del potasio en la sangre de los cancerosos con tumores de rápida evolución, opinando Renault que un exceso de este metal o un déficit de calcio produciría un terreno favorable de las neoplasias malignas. En las determinaciones que hemos efectuado en tejidos en crecimiento activo, embrionario y neoplásico, tomando como tal a tumores de ratas que son los únicos que nos dan datos apreciables, ya que se puede relacionar su crecimiento con el contenido volutivo determinado, hemos obtenido resultados que señalan la importancia que el potasio tiene sobre el crecimiento. Basta señalar que la relación que existe entre el tumor y los tejidos de la rata, es de 1,5 y 0.56 respectivamente, por ciento de materia seca.

Un fenómeno parecido se observa con otro metal de propiedades semejantes, como es el zinc. Las determinaciones efectuadas, tanto en los tejidos neoplásicos como en los fetales, establece una graduación de acuerdo con su crecimiento; cuanto más activo es éste, tanto mayor es el contenido de zinc por ciento de materia seca. Estos resultados han sido confirmados por otra parte en los tejidos de cultivos *in vitro*, siendo evidente en las experiencias efectuadas, la acción inhibidora del magnesio y calcio sobre el desarrolo de los cultivos. Es así que, si con el cloruro de potasio, aun en soluciones muy concentradas, se obtiene un buen desarrollo, no sucede la mismo con el cloruro de calcio, siendo necesario llegar a diluciones muy altas, especialmente con el calcio, para poder obtener algún desarrollo. Si se comparan los resultados obtenidos con los tejidos normales y neoplásicos, se ve que esta diferncia se acentúa en estos últimos, apreciándose que el desarrollo se hace con diluciones por encima de uno por mil de cloruro de calcio, siendo posible el desarrollo del tejido normal con diluciones al 1 por 500. Estas difrencias se observan también con los cuerpos ternarios, especialmente con el glicógeno.

Pero damos especial importancia en este sentido al contenido de los lipoides. Las determinaciones que he comunicado, hace ya unos años, señalan un contenido mayor de lipoides en los tejidos neoplásicos sobre los normales y especialmente de la colesterina, han sido el punto de partida de una serie de experiencias que señalan en la célula un trastorno nutritivo,

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

que si no es causa, actúa por lo menos sobre el crecimiento. Como consecuencia de esto, he dedicado preferente interés al estudio de la colesterina, cuyos resultados trataré de resumir como sigue.

El tejido neoplásico presenta una hipercolesterinemia muy acentuada que está siempre por encima de 3 gramos por 100 de materia seca, llegando en algunos tumores a ser de 9 a 10 gramos por ciento. En determinaciones comparativas entre el tumor y el animal que ha desarrollado tumor, se encuentran contenidos de esta substancia en relación de 3 por gramos respectivamente. En las determinaciones efectuadas en órganos que, como la cápsula suprarrenal, se suponen colesterinógenos, se ve que la glándula de los animales con tumor tiene un contenido mucho mayor. De acuerdo con estos resultados se aprecia que no sólo hay una mayor fijación de la colesterina en los tejidos neoplásicos, sino que su metabolismo se halla regularizado por una actividad mayor de los órganos colesterinógenos. De estos resultados se desprende la posibilidad de una modificación en el desarrollo de la neoplasia, de acuerdo con una modificación en el tenor de la colesterina. A este efecto se han sometido aminales a una dieta descolesterinada y al suprimir así una fuente de colesterina, como es la exógena, se observa que el crecimiento de los tejidos del animal y especialmente del tumor, son influenciados. Es así que al iniciarse la dieta, el tumor que ha comenzado su desarrollo, se desarrolla con un crecimiento raquítico y en igualdad de tiempo no alcanza al volumen de los contralores, fenómeno que se acentúa si la dieta es iniciada unos días antes del trasplante.

¿Qué relaciones hay entre estos hechos experimentales y la oncología humana? Esta hipercolesterinemia neoplásica también se manifiesta en las distintas modalidades del proceso, refiriéndose unas al terreno y otras a la neoplasia en sí. Considerando al primero, se encuentran diferencias del contenido en el suero sanguíneo del neoplásico y del no neoplásico. La hipercolesterinemia del primero es siempre alta, llegando a cifras que están a veces por encima de 2 gramos. En el contenido del tejido neoplásico, la hipercolesterinemia es también concordante con la encontrada en las neoplasias de los animales.

Ahora bien, ¿esta modificación del terreno es previa y puede considerarse como un estado precanceroso? Las investigaciones que en este sentido he efectuado comprenden dos series: en la primera se encuentran las determinaciones llevadas a cabo en el suero de sujetos en la edad del cáncer y con lesiones precancerosas; y en la segunda, las determinaciones efectuadas en los tejidos con lesiones precancerosas.

En las determinaciones sistemáticas, realizadas en el suero de ratas, se aprecia que el contenido de colesterina aumenta con la edad. En el hombre los resultados son semejantes y si en el niño la cifra de colesterina está por debajo de 1 gramo, en el adulto y especialmente alrededor de los 50 años, es decir,

en la edad del cáncer, alcanza a 2 gramos. Más interesantes considero los resultados que nos han proporcionado las determinaciones efectuadas en la sangre de los enfermos con lesiones precancerosas. En este caso. la hipercolesterinemia es casi regla general, trátese de enfermos con lesiones de hiperqueratósis de piel, con leucoplasias del labio, en muchos de los cuales hemos encontrado cifras de 2 a 2,50 gramos por mil. Y en sujetos con enfermedad de Bowen, proceso considerado como precanceroso, se ha obtenido una hipercolesterinemia de 2,54 gramos.

Este aumento de la colesterinemia se manifiesta también de un modo categórico en los tejidos en crecimiento, que presentan lesiones precancerosas. Las determinaciones efectuadas en la piel normal han dado siempre alrededor de 0,30 de colesterina por 100 de m.s. Ahora bien; las determinaciones efectuadas en la piel con lesiones preepiteliomatosas, arrojan siempre un contenido de 3 a 5 veces mayor. Para dar una idea de este proceso, basta señalar las siguientes determinaciones efectuadas en un enfermo que presentaba lesiones preepitelicmatosas en la mano, en la cara, una de las cuales había evolucionado ya como un epitelioma. Como puede apreciarse, se ve bien una relación entre el contenido colesterínico y la evolución del proceso:

| | Por ciento m. s. |
|---|---|
| Piel sana del abdomen . . . . . | 0,296 |
| — con lesiones queratodérmicas del brazo . . . | 0,412 |
| — de la muñeca con lesiones precancerosas . . | 0,922 |
| Tejido de las lesiones preepiteliomatosas . . . . | 1,941 |

Es en apoyo de estas consideraciones sobre el estado canceroso y su riqueza en colesterina que debe mencionarse lo que se refiere a la evolución del embarazo, que produce en el organismo relaciones biológicas semejantes a las que provocan los tumores. Por otra parte, junto a una hipercolesterinemia propia a este estado, se observa que la evolución de un tumor maligno no es solamente extraordinariamente rápida, sino que también es frecuente observar la bilateralidad de las lesiones. Es un hecho conocido en clínica que si después de la extirpación de un cáncer de mama sobreviene un embarazo, no es raro observar la reaparición de un nuevo tumor en el otro seno, renómeno qu relaciono con el terreno químicamente modificado y especialmente con la hipercolesterinemia. Es en este sentido que las determinaciones efectuadas en los sueros de embarazadas señalan un aumento de colesterina que está en relación con el desarrollo del feto, llegando a 3 gramos por mil, para descender a la normal con la expulsión del mismo.

Para terminar y en relación con los hechos experimnetales anteriores quiero agregar dos palabras sobre algunas observa-

Universidad del Perú. Decana de América

ciones de la oncología humana. He citado la particular predisposición para el cáncer de dos razas: los vascos y los irlandeses, localizados preferentemente en los tubos digestivos y en la piel. Es bien conocido el género de alimentación de estos sujetos; nutrición a base de huevos, tocino, carne de cerdo y preparados con sangre, vale decir, una nutrición muy cargada de colesterina. Determinaciones efectuadas en el instituto, con distintos menús vegetarianos, vegeto-carnívoros puros, asignan a estos últimos las cifras más elevadas de colesrina y muy especialmente al sistema de nutrición de las razas de referencia. ¿Es esta colesterina de origen exógéno capaz de modificar el terreno y ser causa de esta predisposición racial? Sería aventurado ser afirmativos con los elementos de juicio que la experimentación proporciona hasta ahora; pero lo poco frecuentes que son los tumores en los sujetos salvajes, indios y negros, vida que supone una alimentaación frugal, especialmente con la alimentación descolesterinada, da a este factor una importancia nada despreciable, sino en la producción del proceso, por lo menos en su desarrollo.

Si a estas modificaciones del terreno, químicas y físico-químicas, se agregan otras que son un testimonio del metabolismo profundamente alterado, tales como el poder reductor aumentado del suero, las variaciones del anhídrido carbónico y del pH., se desprende la importancia que adquiere este factor en la preparación del medio, con el cual se relaciona el estado precanceroso, hacia cuyo conocimiento debe tender la investigación actual.

---

# La hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo en el paludismo

Por el Dr. JORGE V. REATEGUI

*Dedico este trabajo, con todo afecto, al Dr. Sergio Bernales.*

La hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo en los enfermos atacados de paludismo, sin sintomatología neurológica, es asunto que no lo han señalado ni los nosólogos en general, ni los tratadistas de medicina tropical en particular. Sin embargo, entre nosotros desde hace mucho tiempo, es dato semiológico que ha observado el Dr. Sergio J. Bernales del Servi-

cio del Dr. Daniel E. Lavorería del hospital "Dos de Mayo".

Antes de desarrollar el tema, conviene precisar cuál es la albuminosis que debe considerarse como normal.

Los autores no están de acuerdo en lo que se refiere al porcentaje de albúmina en el líquido céfalo raquídeo normal: unos señalan 0.15 centigramos como máximo, y así lo establece la escala que se usa en el Hospital "Dos de Mayo"; otros estiman la cantidad normal en 0.30 centígramos, y hay muy pocos en verdad que la hacen subir hasta 0.50 centígramos.

La cifra de 0.30 centígramos como la cantidad máxima que se encuentra en el líquido céfalo-raquídeo normal, tiene en su apoyo a la mayoría de los investigadores; entre los más modernos citaré a Heluin, (1) quien dice: "la albuminosis total del líquido céfalo-raquídeo puede considerarse como normal hasta 0.30 centígramos por mil; este es el límite máximo normal, cuando sobrepasa esta cifra debe llamar la atención".

Con el objeto de poseer una opinión personal sobre la cuestión, he realizado el estudio de 10 líquidos céfalo-raquídeo de sujetos normales, cuyo detalle va a continuación:

| | |
|---|---|
| Núm. 1.—Serina . . . . . | 0.12 por 1000 |
| Núm. 2.—Serina . . . . . | 0.25 por 1000 |
| Núm. 3.—Serina . . . . . | 0.20 por 1000 |
| Núm. 4.—Serina . . . . . | 0.19 por 1000 |
| Núm. 5.—Serina . . . . . | 0.15 por 1000 |
| Núm. 6.—Serina . . . . . | 0.22 por 1000 |
| Núm. 7.—Serina . . . . . | 0.15 por 1000 |
| Núm. 8.—Serina . . . . . | 0.25 por 1000 |
| Núm. 9.—Serina . . . . . | 0.19 por 1000 |
| Núm. 10.—Serina . . . . . | 0.20 por 1000 |

Por esta relación se verá que las cifras encontradas en los 10 sujetos normales, oscila entre 0.12 y 0.25 por 1000, y que el mayor número tiene albuminosis que sobrepasa a la cifra máxima, que se considera como normal en el hospital "Dos de Mayo"; sin embargo, bueno es advertir que nunca se ha hallado 0.50 por 1000, como señala Quinke.

Después de lo dicho, aceptamos que la cantidad máxima de albúmina del líquido céfalo-raquídeo normal es de 0.30 por 1000.

Nuestro trabajo se basa en el examen del líquido céfalo-raquídeo en 30 enfermos atacados de paludismo, consignando únicamente las observaciones de los pacientes que no tenían antecedentes de sífilis, y en los que además ha sido negativa la reacción de Wassermann practicada en el líquido céfalo-raquídeo.

---

(1) Heluin.—*Estudio de la hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo.*—"La Clinique".—París 1921.

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

En todos esos enfermos se encontró en la sangre hematozoarios, procediéndose únicamente después de esta comprobación al examen del líquido céfalo-raquídeo. Los hematozoarios encontrados correspondieron tanto al *plasmodium Malarie*, cuanto al *plasmodium Vivax* y *plasmodium Falciparum*, abarcando en consecuencia nuestras apreciaciones las formas benignas, las malignas y las perniciosas de esta enfermedad.

La investigación de la hiperalbuminosis se realizó en el líquido céfalo-raquídeo extraído a enfermos dentro y fuera del acceso palúdico; en algunos de estos enfermos la investigación se hizo antes de haberles administrado las sales de quinina, en otros después de haberles administrado esta medicación específica. En todos, absolutamente en todos, se encontró hiperalbuminosis.

Las cifras encontradas han oscilado entre 0.80, y 1 gmo. por 1000, en los enfermos que presentaban la forma hiperaguda; 0.75 y 0.90 ctgs. por 1000, en los que presentaban la forma aguda; y 0.60 a 0.70 por 1000, en la forma malárica.

En relación con la administración de quinina, no se han descubierto datos que hicieran pensar que la administración de la droga influye en algo sobre el dato encontrado.

Las cifras límites han sido de 0.40 a 1 gm. por 1000 que que fué la mayor.

He aquí, en resumen las cantidades de serina encontradas en los 30 casos de paludismo que se han estudiado, y las veces que se han obtenido las mismas cifras:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 gr. . . . . | en . . . . | 1 | caso |
| 0.95 . . . . . | „ . . . . | 1 | „ |
| 0.90 . . . . . | „ . . . . | 3 | „ |
| 0.80 . . . . . | „ . . . . | 7 | „ |
| 0.75 . . . . . | „ . . . . | 2 | „ |
| 0.70 . . . . . | „ . . . . | 6 | „ |
| 0.65 . . . . . | „ . . . . | 1 | „ |
| 0.60 . . . . . | „ . . . . | 4 | „ |
| 0.50 . . . . . | „ . . . . | 1 | „ |
| 0.45 . . . . . | „ . . . . | 2 | „ |
| 0.40 . . . . . | „ . . . . | 2 | „ |

Hemos deseado averiguar la duración de la hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo en los enfermos atacados de paludismo. Desgraciadamente no ha sido posible señalar el momento inicial, porque todos se hospitalizan en tiempo más o menos distante del comienzo de su enfermedad; por consiguiente, se ha presenado esta insalvable dificultad para apreciar la duración total de la hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo de esos enfermos, desde que faltaba el punto de partida.

Tampoco ha sido posible señalar la terminación de la hiperalbuminosis, porque esos enfermos: unos curados, otros ali-

Universidad del Perú. Decana de América

viados y los demás aparentemente sanos, han abandonado prematuramente el hospital, y por lo tanto sin que se les hubiese extraído otra vez líquido céfalo-raquídeo.

Las observaciones que se continúan haciendo en el servicio del profesor Dr. Lavorería, han de fijar de modo concreto, hasta donde sea posible, la duración de la hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo en los enfermos atacados de paludismo.

En todos los casos la *calidad* de la albúmina encontrada fué la serina, muy rara vez la globulina, a pesar de haber ensayado diferentes métodos para su investigación (Reacción de Pandy, y de Nonne-Appelt); en los raros casos positivos sólo se consiguieron vestigios, lo que quiere decir que la hiperalbuminosis del paludismo es dada en general por la serina.

El valor semiológico de la hiperalbuminosis del líquido céfalo raquídeo de los enfermos atacados de paludismo es asunto interesante. Corresponde seguramente a un proceso inflamatorio de las meninges, pues, aunque en general la cifra de albúmina que se ha encontrado no alcanzó las cifras de 2 a 8 grms. por 1000, que se señala corrientemente en las inflamaciones de las meninges, no puede dejarse de considerar como anormal la hiperalbuminosis observada en palúdicos y, comprendida por lo tanto dentro del enunciado que formula el profesor Sergent: "Hay aumento de la cantidad de albúmina en el líquido céfalo-raquídeo en todas las inflamaciones agudas o crónicas de las meninges"; Martinet (2) consigna la misma conclusión.

La inflamación de las meninges en los casos observados no tiene la fisonomía semiológica de las meningitis subagudas, ni aun de las agudas, sinó de inflamación meníngea mediana, si se quiere de una reacción meníngea aguda benigna, atendiendo principalmente a las cifras de albúmina encontradas. En efecto, los síntomas clínicos observados, nunca pusieron por sí solos de manifiesto la existencia de una reacción meníngea, pero la comprobación de la hiperalbuminosis, constituída casi totalmente por serina, comprueba su filiación patológica, la irritación meníngea.

En relación con la concurrencia de la hiperalbuminosis y la linfocitosis, nuestras observaciones han variado. En muchas no se encontró aumento de los linfocitos, ni de los polinucleares, es decir, que se constató disociación albúmino-citológica; en otras, hubo 4, 5, 6, 7, 8 y hasta 10 linfocitos por m. m. c. y también algunos polinucleares. Esta débil pleocitosis hablaría en favor de un proceso agudo, que insisto en calificar de mediano, comprobado también por el escaso número de polinucleares.

---

(2) Martinet.—*Diagnóstico Clínico.*—París 1924.

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

La disociación albúmino-celular no significa falta de reacción meníngea; pues, Bonorino Udaondo, de Buenos Aires, dice: "La débil reacción celular, no quiere decir que no haya reacción meníngea, pues se han citado casos de meningitis aún tuberculosa con ausencia de toda reacción celular, durante el curso completo de la dolencia"; se trataría en esos casos de procesos muy localizados de las meníngeas cerebrales, que no dejan pasar ningún elemento celular al líquido céfalo-raquídeo (3).

Heluin, ya citado, dice: "Hiperalbuminosis con hipercitosis simultánea, es siempre la manifestación de una reacción de las meninges. La hiperalbuminosis sola, sin hipercitosis simultánea es, ante todo, el resultado de una dificultad a la circulación del líquido, debido a aumento de un segmento medular (tumor) o a compresión extradural" y termina, "Como todas las fórmulas de clínica biológica éstas no son absolutas; así por ejemplo: en tres casos del profesor Sicard (de paraplegias en jóvenes) se encontró disociación albúmino-citológica, que en verdad no permaneció sinó durante algunas semanas".

Estas opiniones permiten afirmar, que en los palúdicos el líquido céfalo-raquídeo ofrece las pruebas inequívocas de las alteraciones meníngeas.

No he medido la tensión del líquido céfalo-raquídeo con el manómetro de Claude, pero sí se le ha apreciado objetivamente observado la forma como fluía durante la raquicentesis; en casi todos los casos el líquido céfalo-raquídeo salía durante la punción lumbar, a gota frecuente; algunas veces a chorro y en muy raras ocasiones a gota lenta; la tensión estaba generalmente aumentada en las formas cerebrales.

La hipertensión del líquido céfalo-raquídeo se explicaría por una hiperfunción del plexo coroides, durante el proceso palúdico, que da como resultado, aumento de producción del líquido, determinando por último hipertensión que puede llegar hasta producir edema cerebral, como menciona Manson. A este respecto dice lo siguiente: En el caso de Coma o convulsiones hay que tener presente también que un edema considerable del cerebro y el aumento del líquido céfalo-raquídeo, se han demostrado en casos fatales, en los que no pudo encontrarse ningún parásito esporulado en los capilares. En los casos comatosos que no se resuelven después de la inyección intravenosa; la punción lumbar con extracción de 20 cc. puede ser de gran alivio" (4).

Por lo demás, es cosa ya sabida que en todos los procesos morbosos acompañados de reacción meníngea, sean o no pasajeros, el líquido céfalo raquídeo, sale hipertenso, como su-

(3) C. Bonorino Udaondo.—*Estudio semiológico del líquido céfalo ráquídeo.*—Buenos Aires 1918.

(4) Manson.—*Enfermedades tropicales.*—Barcelona 1925.

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

cede en la hidrocefalia, en las crisis convulsivas de la epilepsia, etc.; hipertensiones producidas por un aumento de la secreción de líquido, originada a su vez por hiperfunción de los órganos encargados de su producción y que se alivian por la raquicentesis, como lo ha probado el Dr. Carlos A. Bambarén en un interesante estudio (5).

Para dar una explicación de la génesis de la hiperalbuminosis constatada en los enfermos atacados de paludismo, es indispensable recordar la anatomía patológica del paludismo en sus formas aguda, en las producidas principalmente por el *Plasmodium Falcíparum*, que son las que suelen terminar fatalmente. Las lesiones anátomo-patológicas del cerebro, consisten macroscópicamente en una intensa hiperhemia meníngea, y hemorragias puntiformes de la corteza; el cerebro aparece con color oscuro, casi de color pizarra, que puede variar hasta el pardo oscuro. Al microscopio los capilares cerebrales se encuentran llenos de glóbulos parasitados y de pigmento melánico; en el endotelio de los vasos hay acúmulo de células adventicias y conjuntivas, con algunas granulaciones de melanina. Otras veces se observa gran congestión difusa de los territorios vasculares del cerebro. Generalmente los endotelios de los capilares están degenerados, hinchados y vacuolizados. Pueden originarse verdaderos trombus y obstrucciones vasculares parasitarias (hemorragias puntiformes, por tensión intracerebral aumentada y alteraciones secundarias del tejido nervioso). Algunos investigadores han descrito verdaderos granulomas en el tejido nervioso, que explican como una manifiesta reacción subaguda o lenta, provocada por el paludismo maligno latente. Lesiones parecidas se hallan también en la médula. Las lesiones vasculares pueden llegar a verdaderos procesos de arteritis y flebitis crónica.

En el paludismo crónico se ha constatado proliferaciones perivasculares, neoformaciones y anastomosis capilares; infiltraciones perivasculares; puentes de tejido conjuntivo de la adventicia de los pequeños vasos; células plasmáticas en los espacios perivasculares; infiltraciones leucocitarias en la piamadre y grandes fibroblastos con inclusiones citoplásmicas, abundantes de pigmentos, de parásitos y aún de células endoteliales degeneradas; fenómenos focales o difusos de degeneración de las células nerviosas; hemorragias, etc.

Si bien no se ha estudiado la anatomía patológica en las formas agudas benignas, el mecanismo de producción del acceso es igual en ambos casos: esquizogonia, puesta en libertad de los merozoitos con todos los productos de desintegración de los glóbulos parasitíferos, e invasión de nueva serie de glóbulos

(5) Carlos A. Bambarén.—*Acción terapéutica de la raquicentesis en la cefalalgia con reacción meníngea.*—"*La Crónica Médica*".—Lima 1917.

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

rojos; por tanto, tenemos que aceptar que las lesiones anátomo patológicas tienen que ser semejantes, diferenciándose solamente en la intensidad de la reacción.

Las lesiones anátomo patológicas del paludismo, tanto en la forma aguda como en la crónica, ponen claramente de manifiesto que hay un verdadero compromiso del sistema nervioso central, de las mninges y de los vasos que los irrigan; se producen verdaderos procesos inflamatorios de estos órganos, todo lo cual daría como consecuencia la hiperalbuminosis del líquido cefaloraquídeo que se registra en esta dolencia.

El proceso flogócico que se produce en las meninges de los palúdicos sería debido a dos factores: en primer lugar, a alteraciones de los capilares por degeneración de los endotelios, debido a los acúmulos de glóbulos parasitados y de pigmento melánico, que pueden llegar a producir cerdaderas trombosis; y en segundo lugar, a las toxinas palúdicas que en cada acceso son conducidas por el torrente circulatorio. La barrera coroidea también sufre disminución en esta dolencia debido a la alteración que experimentan los endotelios de los capilares, como establece claramente la anatomía patológica de esta afección.

En conclusión, se puede decir que en el paludismo hay un proceso irritativo de las meninges, que es lo que determina la hiperalbuminosis.

La irritación meníngea así producida se acrecentaría posiblemente en cada acceso palúdico, si al iniciarse un ciclo esquizogónico, se determina una nueva reacción meníngea. Este proceso meníngeo muy bien puede llegar, en algunos casos hasta la cronicidad, determinando verdaderos compromisos del sistema nervioso central con el consiguiente cortejo de graves alteraciones, toda vez que la mayoría de los palúdicos abandonan el tratamiento al faltar el acceso, por creerse ya curados, para volver a ser nuevamente víctimas del mal, al cabo de algunas semanas o meses.

La gradación del proceso meníngeo no puede aún determinarse; los estudios que se hagan con más detenimiento aclararán este importante punto. Por el momento, puede quedar enunciado que la reacción meníngea que traduce la hiperalbuminosis del líquido céfalo raquídeo de los palúdicos, es debida a la presencia de gérmenes palúdicos y de desechos globulares en cantidades considerables, así como también al choque hemoclásico inicial del acceso palúdico.

La hiperalbuminosis del líquido céfalo raquídeo en el paludismo que se debe a un proceso irritativo de las meninges, se hace siempre aparente en clínica; por lo menos se manifiesta por la cefalalgia que es uno de los síntomas más frecuentes en los enfermos atacados de paludismo. Las náuseas, los vómitos, la raquialgia son innegablemente síntomas que corresponden a una reacción meníngea. Además, en algunos enfermos atacados de paludismo, en los que se constató hiper-

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

albuminosis del líquido céfalo-raquídeo se ha observado el signo de Kernig, rigidez de la nuca, constipación, fotofobia, exitación y delirio, síntomas que igualmente corresponden a una reacción meníngea.

## CASUISTICA

*Historia clínica N. 1.*—N. N. de 37 años de edad, natural de Jauja, procedente de la Avenida Leguía; de ocupación carpintero. Ingresó al hospital "Dos de Mayo" el 12 de marzo de 1926; tenía 6 días de enfermedad.

*Enfermedad actual.*—Relata el enfermo que el 6 de marzo al levantarse se sintió afiebrado, con malestar general, y "temblor a los husos" (palabras del paciente), pero que no obstante su estado general, fué a trabajar; regresó por la tarde en peores condiciones, pasando toda la noche completamente agitado. Se hospitalizó a los 6 días de enfermedad.

*Exámenes de laboratorio.*—Esquizonte de *Plasmodium Vivax*. Reacción de Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo: Negativa.

Examen del líquido céfalo raquídeo: (Después de haberle administrado quinina dos días). Cantidad 12 cc. aspecto normal, color cristal de roca, reacción alcalina; serina 0.70 por 1000; globulina vestigios; glucosa 0.53; urea 0.19; cloruros 7 gramos por 10000. Linfocitos 5 por mmc.; granulocitos 1 por m. mc.

Reacción de Wassermann en la sangre: Negativa.

*Evolución y tratamiento.*—El 12 de mayo por la mañana tuvo 36.2 de temperatura; por la tarde 38.2 acompañado de cefalalgia, malestar general, sudores profusos, que le pasaron después de algunas horas. Se le administró un purgante salino, y se le puso una inyección intramuscular de 1 gr. de quinina. El 13 por la mañana tuvo 36.4 de temperatura; por la tarde 39.6; hizo durante el día 4 deposiciones, y se le puso otra inyección de 1 gr. de clorhidrato de quinina. El 14 durante el día se mantuvo apirético, se le puso otra inyección de quinina de un gramo, por vía intramuscular. Se le hizo la punción lumbar, extrayéndose 20 cc. de líquido, que salió a baja tensión. Desde este día hasta el 27 del mismo mes, la temperatura se mantuvo entre 36° y fracción. Se le dió de alta el 28, a su solicitud.

*(Continuará)*

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

el médico regimentario lo envía al Hospital con la anotación "Erupción Acariforme-pruriginosa", ingresando al Servicio de Dermatología el 25 de julio de 1925 y ocupando la cama N° 9, donde lo atendemos.

*Examen clínico.*—(Practicado el 26 de julio de 1925).—El enfermo está conciente, en decúbito dorsal, tiene sus mucosas un tanto decoloradas y su piel pálida; buen estado de nutrición; el volumen del tronco predomina sobre el de sus extremidades, está apirético y se rasca incesantemente.

El aparato digestivo, circulatorio, respiratorio, génito-urinario, óseo y muscular no ofrece anomalías ostensibles.

La piel está pálida, engrosada, seca, áspera y es asiento de intenso prurito y de nódulos redondeados del tamaño de una lenteja, de color rojo pálido o amarillentos, culminados por costras hemáticas que dan al tacto la sensación de rallo fino; estos nódulos alternan con innumerables pequeñas cicatrices, leucodérmicas, retraídas y escoriaciones que testimonian la existencia de antiguas y recientes eflorescencias; éstas lesiones son universales y asientan principalmente en la cara de extensión de los miembros inferiores y superiores, cara posterior del tronco y del cuello; invaden ligeramente las caras laterales de los segmentos indicados, pero respetan generalmente la cara de flexión de los miembros y los espacios interdigitales.

El sistema ganglionar está universalmente tomado, hay micro-poli-adenopatía inguinal, crural, axilar, cervical y vegetaciones adenoideas faríngeas; no hay esplenomegalia ostensible.

Desde el punto de vista psiquiátrico: la percepción es casi normal; es distraído; asocia las ideas incoherentemente; la memoria anterógrada y retrógada están conservadas, pero un tanto disminuídas; su poder imaginativo refiere sueños familiares en los que aparece poseedor del paraíso perdido de su vida intra-uterina; su orientación cronopsíquica y alopsíquica están conservadas, pero disminuídas ligeramente; no revela ningún sentimiento altruista; sus instintos nutritivo, sexual y de dominio están disminuídos, no se interesa por cobrar las propinas devengadas y las que recibe las presta a sus compañeros, siendo notorio que con ellas puede comprar algunas de las prendas de uso personal que tiene deterioradas o adquirir algunas golosinas, etc.; justifica no tener cónyuge ni hijos, diciendo que todavía es muy joven (tiene 33 años de edad); su instinto sexual no lo revela, parece defenderlo; es abúlico, observa buena conducta, llegando a veces a irritarse; en su escritura no se advierten anomalías; es reticente, hipomímico y notoriamente hipo-afectivo. En resumen, presenta déficit mental.

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

*Análisis de Laboratorio:*

I.—Hematíes 4.8000,000 por m. m. c. Leucocitos 9,600 por m. m.c.

| | |
|---|---|
| Granulocitos neutrófilos | 67 % |
| „ eosinófilos | 6,5 |
| „ basofilos | 1,5 |
| Linfocitos | 21,5 |

II.—Reacción de Wassermann en la sangre débilmente positiva.

III.—Análisis de orina: normal.

IV.—Dosaje de Urea en la sangre: 0,36 grs. por 1000.

V.—En las heces hay huevos de Ascárides lumbricoides.

VI.—Segundo recuento de las células de la sangre, después de haber recibido 3 inyecciones de auto-suero.

| | |
|---|---|
| Hematíes ..... Leucocitos .... | 10,000 por m. m. c. |
| Granulocitos neutrófilos | 69 % |
| „ eosinófilos | 1 „ |
| „ basófilos | 0 „ |
| Monocitos | 6 „ |
| Linfocitos | 24 „ |

*Diagnóstico.*—En razón de la evolución crónica de este proceso pruriginoso, que ha repercutido universalmente sobre los ganglios afectándolos crónicamente; teniendo en cuenta la morfología y localización de las eflorecencias descritas en la cara de extensión de los miembros, los caracteres del tegumento que está engrosado, seco y áspero, se formula el diagnóstico de *Prúrrigo de Hebra.*

*Evolución y Tratamiento.*—Del 25 de julio al 2 de agosto se solicitaba al Servicio Dental la extracción de las abundantes piezas dentarias cariadas y la limpieza de las restantes.

El 2 de agosto se extrae por punción venosa sangre que dejamos coagular a la temperatura de Laboratorio; como el enfermo está ligeramente constipado y tiene lengua saburral, se prescribe 10 gramos de hiposulfito de sodio para tomar mañana y tarde, que se continúa durante 3 días consecutivos. El 3 de agosto decantamos el suero de la sangre extraída el día anterior, lo inactivamos a 36° C., durante media hora e inyectamos previo enfríamiento 2 cc. de suero así obtenido y por vía subcutánea.

El día 4 de agosto el paciente experimenta una mejoría tal que nos solicita alta creyéndose curado, el prurito ha disminuido, casi ha desaparecido.

El día 5 ponemos segunda inyección subcutánea de 2 cc. de auto-suero, que como la anterior no provoca reacción local, ni general.

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

El 8 y 11 se hace la tercera y cuarta inyección subcutánea de 2 cc. de autosuero. A raíz de la tercera inyección el prurito ha desaparecido y la piel libre de los nódulos pruriginosos y de las costras de rascado, tiende a tomar sus caracteres normales que favorecemos con baños generales tibios. El 29 ponemos una última inyección subcutánea de 6 cc de auto-suero, aunque ya no hay signos objetivos ni subjetivos y la piel está readquiriendo sus caracteres de humedad, elasticidad y suavidad normales. Retenemos al paciente hasta el 28 de octubre de 1925 en que sale de alta, curado.

*Historia clínica N° 2.*—Niño A. V. C., de 7 años de edad, mestizo, natural de Jauja; procede de Magdalena Nueva, 6 años 4 meses de enfermedad, viene a nuestro Consultorio el 30 de setiembre de 1926, por ser hijo de un oficial.

*Antecedentes hereditarios.*—Padre vive, tiene 35 años de edad, es ocasionalmente alcohólico y fumador moderado, el 12 de setiembre de 1924 es operado por el Dr. Quesada por apendicitis sub-aguda supurada; madre de 28 años, vive sana, acusando cefaleas discretas; en ambos padre perecen negativos los antecedentes luéticos y fimatosis, faltando datos sobre los diatésicos; el niño A. V. C. es el segundo de tres hermanos, de los cuales el primero y el segundo viven sanos y robustos; la abuela materna es reumática.

*Antecedentes personales.*—A. V. C. es fruto de embarazo a término y parto eutócico verificado en Jauja, ha sido gestado durante infección Neiseriana de ambos progenitores; ha sido alimentado por la madre desordenadamente y soportada hasta los 8 meses sin trastornos digestivos; ablactancia desde los 8 meses; la dentición se inició a los 8 meses acompañándose de dispepsia simple del tipo ácido; comenzó a caminar a los 2 años, ha revelado notable vivacidad mental en sus primeros años, que fué profundamente afectada simultáneamente al tratamiento anti-escabiósico al que fué sometido (perdió el uso de la palabra que después recuperó, quedando tartamudo); el instinto nutritivo era bien desarrollado habiendo llegado a presentar signos de hiper-alimentación. En sus antecedentes patológicos se anota parotiditis y adenopatías crónicas desde la edad de 1 año, sarampión a los 6 años, no ha sufrido viruela ni ha sido vacunado, niega otras infecciones, principalmente lues, fimatosis, exceptuando la enfermedad actual, ha sido sano; hay infección dentaria intensa y notable distrofia de las piezas dentarias, hay vegetaciones adenoideas e infección amigdalina, la faringe está inflamada y roja.

*Proceso actual.*—La madre del niño refiere que cuando éste tenía 8 meses comenzó a sufrir de la afección actual, iniciándose en forma de pápulas que compara a la picadura de chiche, generalmente redondeadas, de unos 8 a 12 milímetros de diámetro, que al principio son fugaces y después se organi-

Universidad del Perú. Decana de América

zan en nódulos de color pálido rojizo o amarillento, coronados por costras hemáticas, primero localizadas a las piernas y extendidas después a los brazos, tórax, abdomen, cuello y cara; este proceso desnutre intensamente al niño a quien la mamá aplica tópicos variados (lavol, pomada de Helmericbe, estoraxol, etc., etc.) durante 14 meses sin conseguir alivio. A los 2 años de edad (1921) el paciente es atendido por el dermatólogo N. N. quien opina que se trata de sarna "contagiada por algún perrito", prescribe baños sulfurosos, aislamiento del enfermo y rigurosa esterilización de su ropa; los baños sulfurosos provocan al niño reacción febril y edema generalizado que es combatido con baños de almidón, etc., pasa esta reacción y el mismo dermatólogo insiste en el tratamiento antiesbiósico durante 3 meses largos, al cabo de los cuales el niño queda en descanso durante 1 año. A los 3 años de edad (1923) el paciente y su familia se trasladan a Jauja, tierra natal de él y de su padre, allí el niño sin ningún tratamiento, experimenta mejoría durante los 6 o 7 primeros meses, al término de los cuales recidiva el proceso; después de 1 año de permanencia en Jauja, el niño regresa a Lima (1924), consultan con los doctores X, Y, Z, sucesivamente, los dos primeros opinan que se trata de Sarna e instituyen tratamiento antiescabiósico que trastorna al enfermo que pierde la palabra por algunos días, la recupera quedando tartamudo y siempre con su afección tegumentaria; el pediatra Z aplica al niño algunas inyecciones que tampoco logran aliviarlo, ni menos curarlo. En 1925 el niño ya tiene 6 años, es atendido por algunos herbolarios, cuyo régimen tampoco logra curarlo en el trascurso de varios meses, después de los cuales queda nuevamente en descanso. En julio de 1926 el Dr. Quesada le aplica algunas inyecciones endovenosas de salicilato de sodio que lo alivian; pero como el proceso recidiva, el Dr. Quesada tiene la bondad de recomendarnos al paciente para su tratamiento, enviándolo a este Hospital el 30 de setiembre de 1926.

*Examen clínico.*—(30 de setiembre de 1926).—El niño está conciente, de pie; su piel y mucosas están pálidas; su facies abotagada; pulso hipotenso, regular y su frecuencia de 92 al minuto, hay 20 respiraciones regulares y apirexia.

| *Datos relativos al enfermo A. V. C. de 7 años de edad* | | *Datos relativos a niño de 7 años, sano* | |
|---|---|---|---|
| Peso . . . . . | 20 kls. | Peso . . . . . | 23 kls. |
| Estatura . . . . . | 111 cm. | Estatura . . . . . | 115 cm. |
| Circunferencia de la cabeza . . . . . | 25,5 „ | Circunferencia de la cabeza . . . . . | 51 „ |
| Circunferencia toráxica media . . . . . | 58 „ | Circunferencia toráxica media . . . . . | 59 „ |

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

El aparato digestivo, circulatorio, respiratorio, génito-urinario, óseo y muscular no ofrece anomalías ostensibles.

La piel está pálida, engrosada, seca, áspera, intensamente pruriginosa y cubierta de nódulos más o menos redondeados, del tamaño de una lenteja, de color pálido o amarillento y culminados por costras hemáticas; estos nódulos alternan con numerosas cicatrices pequeñas, leucodérmicas, retraídas y escoriaciones que indican la existencia de antiguas y recientes eflorecencias; estas lesiones generalizadas, asientan principalmente en la cara de extensión de los miembros superiores é inferiores, cara posterior del tronco y cuello, invaden las caras laterales de los segmentos indicados, pero respetan generalmente su cara de flexión y los espacios interdigitales.

El sistema ganglionar está universamente tomado, hay micro-poli-adenopatía inguinal, crural, axilar, cervical y vegetaciones adenoideas faríngeas; no hay esplenomegalia ostensible.

Desde el punto de vista psíquico se nota cierto grado de ego-centrismo, el niño reclama que la mamá lo acaricie, despertando el resentimiento de su hermanito menor; pide que la mamá se acueste con él y que le remunere cada curación.

El reflejo óculo-cardíaco está invertido (hay 92 pulsaciones antes de la compreción ocular, 104 después).

El signo del facial de Chvostek, es negativo.

El signo del bicipital de Trousseau, es negativo.

*Exámenes de Laboratorio:*

I.—Hematíes 3.270,000 por m. m. c. Leucocitos 8,500 por m. m. c.

| | |
|---|---|
| Polinucleares neutrólos | 72 % |
| „ eosinófilos | 5 „ |
| „ basófilos | — „ |
| Formas de trancisión | 1 „ |
| Grandes monucleares | 12 „ |
| Mononucleares medios y linfocitos | 10 „ |

II.—Segundo recuento celular:

Hematíes 4.400,000 por m. m. c. Leucocitos 8,000 por m. m. c.

| | |
|---|---|
| Polinucleares neutrófilos | 65 % |
| „ eosinófilos | 4 „ |
| „ basófilos | 2 „ |
| Grandes mononucleares | 6 „ |
| Mononucleares medios | 10 „ |
| Linfocitos | 22 „ |

Hay anisocitosis.

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

V.—Reacción de Wassermann en la sangre: negativa.

*Diagnóstico.*—Se trata de proceso pruriginoso de evolución crónica; caracterizado por pequeñas pápulas rojo-pálidas que se organizan en nódulos igualmente pequeños, localizados en la cara de extensión de las extremidades, respetando generalmente su cara de flexión y espacios interdigitales; se acompaña de infarto ganglionar crónico y universal; a consecuencia del continuo rascado se originan en las zonas afectas pigmentaciones, cicatrices, engrosamiento, aspereza, dureza y sequedad de la piel. Diagnóstico: *Prurigo de Hebra.*

El diagnóstico diferencial con la *Sarna* se hace teniendo en cuenta que el proceso morboso respeta la cara de flexión de los miembros y los espacios interdigitales, cosa que no ocurre con la Sarna; por otra parte este proceso no sólo no ha beneficiado del tratamiento anti-escabiósico instituído, sinó que le ha sido notoriamente nocivo; además en más de 6 años de convivencia con sus hermanitos y demás familia nuestro enfermito no los ha contagiado, por lo cual descartamos que se trate de Sarna.

Otra posibilidad sería la *Heredo lues:* conociendo profesionalmente a los pregenitores del niño y en vista de la Reacción de Wassermann negativa en la sangre y la ausencia de estigmas heredo-sifilíticos, ponemos igualmente de lado esta posibilidad.

En tercer lugar, estaría el *Liquen urticado* que presenta eflorecencias y localizaciones semejantes a las que ofrece nuestro paciente, pero en el Liquen urticado faltan las alteraciones de los ganglios y la piel aparece con su espesor, delicadeza y blancura normales, las pápulas son grandes, verdaderos habones y francamente rojas y las costras son mucho más grandes que las diminutas del Prurigo.

Creo que este proceso no es susceptible de confundirse con *Eczema,* aunque en algún punto hay eczematización, porque un *pulex penetrans* parasitó a este niño en la región tibial derecha.

*Evolución y tratamiento.*—Los días comprendidos entre el 30 de setiembre y el 2 de octubre, el Gabinete Dental éxtrajo al paciente algunas de las varias piezas profundamente cariadas y notoriamente distróficas. El día 1° de octubre extrajimos al niño sangre por punción venosa, que quedó a la temperatura de Laboratorio; al día siguiente decantamos su suero, lo inactivamos a 56° c. durante media hora e inyectamos por vía subcutánea 2 cc. de suero así obtenido.

El 3, el niño ha experimentado mejoría, se rasca notablemente menos y está un tanto eufórico, lo mismo que el día 4

El 5 ponemos una segunda inyección subcutánea de 2,5 cc. de auto-suero a la cual sigue una más acentuada mejoría que progresa hasta el día 8 en que la piel se limpia de las costras hemáticas que la han cubierto largos años, los nódulos pruriginosos se aplanan un tanto, dando al tacto una sensación de

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

irregularidad poco manifiesta, en oposición a las irregularidades bien nítidas que el tacto y la vista nos hicieron percibir el día 30 de setiembre; los infartos ganglionares tienden a disminuir en volumen; este día pesamos al niño en las mismas condiciones que el día 30 de setiembre, constatando un aumento de 1|2 kilo (el 30 de setiembre pesa 20 kilos, el 8 de octubre pesa 20 y 1|2 kilos).

El 9 aplicamos la tercera inyección subcutánea de 2,5 cc. de auto-suero.

El 10 y 11 el niño está alegre y baila charleston activamente, la noche del 11 tiene tendencia al prurito, lo que indica que el niño es fuertemente emotivo y su sistema nervioso simpático es muy exitable, como lo prueba la acentuación de su reflejo óculo-cardíaco invertido (el 30 de setiembre hay 92 pulpulsaciones antes de la compreción ocular y 104 después; el 12 de octubre, ayer, contamos 108 pulsaciones antes de la compreción y 120 después de ella; estos reflejos han sido tomados más o menos en las mismas condiciones). Por este estado de hipertonia del sistema nervioso simpático, acuerdo con mi amigo Francisco Villagarcía tratarlo con sales de calcio, cuya absorción se favorece con ácido clorhídrico (indicamos Jarabe Dusart y 4 gotas de sol. al 1 por 1000 de ácido clorhídrico), baños tibios generales en la tarde y aplicaciones externas de ácido salicílico.

El 12 de octubre le aplicamos una cuarta inyección subcutánea de auto-suero a la dosis de 3 cc.

Tales son las dos observaciones del prúrigo de Hebra, tratadas con resultado con la autoseroterapia, en parte según la técnica preconizada por el Dr. Escomel, de Arequipa (Perú).

---

# Academia Nacional de Medicina

(*Continuación*)

g. 1).—Se hacía ya frecuente la corruptela adoptada por algunos profesionales extranjeros de ejercer la medicina, sin revalidar su título, haciendo caso omiso de las leyes y resoluciones que norman el ejercicio de la medicina en el Perú, que a la verdad era no sólo conveniente sino necesario que por la Academia se notificara al público y a los infractores de las leyes patrias, que su conducta merece el justificado calificativo de ejercicio ilegal de la medicina.

Así lo comprendió el Prof. Paz Soldán, que en la sesión del 16 de octubre de 1920, propuso y fué aceptado por la cor-

poración, que se hiciera presente a la autoridad competente la necesidad de castigar con pena de multa al facultativo, nacional o extranjero, que ejerciera su profesión sin haber adquirido título expedido por la Facultad de Medicina; única autoridad que en el Perú está capacitada para hacerlo.

h. 1).—Quiso el Prof. Paz Soldán que la Academia conociera el Código Sanitario que había redactado, por encargo especial que le hiciera el Gobierno, y que lo patrocinara con su alta autoridad y para ello, hizo una brillante exposición en la reunión habida el 5 de mayo de 1922. El conferenciante, inició su disertación con un lijero bosquejo histórico de lo hecho en el Perú en materia de legislación sanitaria, desde la memorable y lúcida actuación del sabio Unánue, que en 1º de setiembre de 1826, dictó un Reglamento *ad hoc*, que debía regir provisionalmente inter que se promulgara el verdadero Código de Sanidad, hasta el momento actual, en que el proyecto del preopinante espera la aprobación del cuerpo legislativo. Con este motivo rememoró la participación que tuvo la Academia Nacional de Medicina en la factura del Reglamento General de Sanidad, que se puso en vigencia en 1887; dijo, que a poco de fundada la Dirección de Salubridad, se nombró una Comisión integrada por los Drs. Arce, Odriozola, Matto, Agnoli, Abel Olaechea, M. V. Villarán, Solf y Muro y el ingeniero A. Guevara, para que proyectara un Código de Sanidad, que regulara la actuación de las autoridades en esta materia, y que como resultado práctico de las labores de esta Comisión, se obtuvo en 23 de noviembre de 1916 la dación de la ley de declaración de las enfermedades evitables; y, manifestó que en 23 de enero de 1920 recibió del Poder Ejecutivo, el honroso y trascendental encargo de formular el Código de Sanidad que ha de normalizar los procedimientos hoy un poco desorientados que informan la actividad de algunos de nuestros organismos sanitarios. Probablemente por un olvido, el Prof. Paz Soldán, no recordó la participación que en este asunto tomó el Consejo Superior de Higiene, que se tradujo en un bien meditado y completo proyecto de Código de Sanidad oportunamente elevado por el ministerio del ramo a conocimiento del Congreso: proyecto en el que se contemplaba la creación del Instituto Nacional de Higiene, la Reglamentación del ejercicio profesional, etc., etc.; y que, como muchas otras iniciativas referentes a cuestiones higiénicas, no ha merecido la preferente atención de las cámaras legislativas.

En seguida, el Prof. Paz Soldán, sintetizó la armazón de su Código, reseñando la diversa finalidad de las partes que lo constituyen, y que son las siguientes:—Tít. I.—Creación de la Secretaría técnica de sanidad; creación del Instituto nacional de higiene (con todos sus anexos: Hospital de aislamiento; Inspecciones centrales de sanidad, en número de seis—médico farmacéutica, asistencia social y protección de la infancia; sa-

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

nidad terrestre; ingeniería sanitaria; médico escolar, del trabajo y de la industria; y, sanidad marítima, fluvial y lacustre); y, personal del cuerpo de sanidad civil;—Tít. II.—Relaciones entre el servicio de sanidad y las corporarcions comunales y de beneficencia;—Tít. III.—Vigilancia del ejercicio de las profesiones médicas, y control por el Estado de la práctica farmacéutica y del comercio de drogas;—Tít. IV.—Servicio de Sanidad marítimo, organizado conforme a las estipulaciones de la Convención Sanitaria de Washington;—y, Tít. V.—Servicio de Sanidad terrestre, profilaxis de las enfermedades trasmisibles.

Terminada la comunicación del Prof. Paz Soldán, la Academia declaró que patrocinaba el Código proyectado, cuyos puntos cardinales habían sido tan magistralmente presentados, y que recomendaba al poder legislativo su inmediata aprobación.

i).—El Dr. Neptalí Pérez Velásquez, miembro de la Cámara de Diputados, presentó, en la legislatura de 1923, un proyecto estableciendo el matrimonio eugénico para los preceptores de las escuelas de instrucción primaria. Solicitado el informe de la Academia, fueron designados para estudiar el asunto, los Prof. Avendaño y E. L. García y el Dr. Larrabure, los que dictaminaron en el sentido de que debía aceptarse la iniciativa del Dr. Pérez Velázquez, pero haciéndola extensiva a todos los matrimonios que se celebraran en la República. La Academia, aprobado el informe de su comisión especial, declaró que era urgente y conforme con los cánones de la ciencia implantar el *matrimonio eugénico* obligatorio en el Perú.

j. 1).—La última solicitación que ha recibido la Academia para ocuparse en una cuestión del dominio de la medicina social, fué la que le hiciera la Liga Antituberculosa de Damas para que formulara el programa de una *Conferencia Nacional contra la tuberculosis* y procediera a su organización científica. Ocupándome de este delicado y trascendental asunto, dije en otra solemnidad lo siguiente:

"Quiso la Liga encauzar su actividad por el sendero tra-
"zado por la ciencia, comprendiendo que la lucha para que sea
"eficáz debe ser ajustada a las enseñanzas y a los preceptos de
"tisiología: rama de la nosografía que ha adquirido ya verda-
"dera independencia; y, para conseguirlo solicitó en 27 de ene-
"ro de 1923, el concurso de la Academia, pidiéndole que for-
"mulara la organización de una Conferencia Nacional contra la
"Tuberculosis de cuyas resoluciones debían derivarse sus fu-
"turos procedimientos. La Academia aceptó el pedido con el
"entusiasmo y la complacencia que es fácil imaginar, y, previo
"informe de los señores presidente y secretarios de la corpora-
"ción, Prof. Arce y Quesada y Dr. Bambarén, se aprobó en
"27 de mayo del mismo año, el programa de la Conferencia
"designándose a los profesionales, académicos o nó, que habían
"de encargarse de las ponencias respectivas. No obstante de
"que el programa estaba informado en estos tres postulados:

Universidad del Perú. Decana de América

"plantear las obras de previsión que conviene establecer; se-
"ñalar las pautas de la asistencia que exige el tuberculoso; y,
"estudiar la forma como debe hacerse la enseñanza profiláctica:
"la autoridad sanitaria, a la que la Liga sometió el asunto, de-
"sestimó la obra de la Academia, y declaró que no era llegado
"el momento de reunir la proyectada Conferencia. Le faltó pues
"a las distinguidas señoras de la Liga, el auxilio de la ciencia,
"explicándose así que tan loables esfuerzos se resientan de co-
"rrecta orientación".

Los acontecimientos posteriores han demostrado, que la Conferencia citada habría sido de positiva e indiscutible utilidad.

6.—*COMUNICACIONES OFRENDADAS POR VARIAS PERSONALIDADES.*—Además de las contribuciones hechas por los miembros titulares, ha habido oportunidad de escuchar en las actuaciones de la Academia, la ilustrada palabra de varios encumbrados cultores de las disciplinas médicas.

a).—A mediados de setiembre de 1889, llegó al Perú el Prof. Viault, de Burdeos, encargado por las corporaciones sabias de Francia de una importante misión científica; estudiar la influencia que sobre el organismo, y principalmente sobre la composición de la sangre, ejerce la presión barométrica de las alturas.

El Prof. Viault, verificó los estudios y las investigaciones correspondientes en la elevadas planicies de la cordillera en el Departamento de Junín, teniendo como ayudante al entonces estudiante de medicina, Sr. Juan M. Mayorga; y, terminada su misión, participó a la Academia los resultados obtenidos en la siguiente comunicación, que fué presentada en la sesión del 30 de diciembre de 1889.

"*Resultados experimentales obtenidos por el profesor Viault.*—Tengo la honra la comunicar a la Academia de Me-
"dicina de Lima, algunos de los resultados que he obtenido
"en los experimentos practicados por mí en las grandes altu-
"ras de la Cordillera. Estos experimentos se han referido a
"los gases de la respiración, a los gases de la sangre, a los pro-
"ductos de la combustión respiratoria, (Acido carbónico y urea),
"al análisis microscópico de la sangre, etc.; pero como la ma-
"yor parte de ellos exigen cálculos que no puedo terminar sino
"en Europa, me limitaré simplemente a comunicar a la Aca-
"demia el resultado de mis observaciones sobre la numeración
"de los glóbulos rojos de la sangre, observaciones practicadas
"con una presión atmosférica de 454 m.m. en el barómetro de
"Fortín, lo que corresponde aproximadamente a una altura de
"cerca de 4,500 metros".

"Puede suponerse *a priori* que la razón fisiológca de la
"aclimatación del hombre y de los animales en los lugares ele-
"vados con una atmósfera rarefacta, debe consistir o en el au-
"mento de la masa de la sangre, o en el aumento sólo de sus

"glóbulos, o en la proporción mayor de hemoglobina en una "misma cantidad de sangre y para una misma riqueza globu- "lar, o en una mayor capacidad de absorción de oxígeno, para "una misma cantidad de hemoglobina, o, por último, acceso- "riamente y en límite difícil de apreciar, en la disminución "de la necesidad de oxígeno que experimentan los tejidos; es "decir, en la disminución de las combustiones respiratorias "íntimas".

"¿Pero cuál de estas numerosas hipótesis era necesario "aceptar? He aquí lo que se ignoraba absolutamente".

"Pues bien, mis investigaciones demuestran que la parte "más importante en este fenómeno de aclimatación corresponde "al aumento del número de glóbulos de la sangre, aumento "algunas veces enorme y que aproxima al hombre aclimatado, "bajo el punto de vista de su riqueza globular, a la *llama*, el "animal por excelencia de las regiones elevadas de los Andes"

"Las siguientes cifras obtenidas por medio del *cuenta gló-* "*bulos de cámara húmeda graduada* de Malassez, no pueden "dejar duda al respecto".

| | *Glóbulos* |
|---|---|
| "En Lima, el 4 de octubre (víspera de mi viaje), "mi sangre contenía por milímetro cúbico . . . . | 6.000.000 |
| "En Morococha, el 19 (después de 15 días en la "sierra) . . . . . | 8.100.000 |
| "El señor Mayorga (id.) . . . . . | 8.300.000 |
| "C., mayordomo (después de 18 años en la sierra) | 12,000.000 |
| "M., arriero (después de 3 años en la sierra) . . . | 8.840.000 |
| "D., administrador . . . . . | 8.920.000 |
| "A., indio . . . . . | 8.960.000 |
| "Margarita, india . . . . . | 8.080.000 |
| "Ch., mayordomo . . . . . | 7.000.000 |
| "R. P., mozo de cocina, mestizo . . . . . | 7.770.000 |
| "R., italiano, en la Oroya . . . . . | 7.320.000 |
| "Señor Mayorga, el 27 de octubre . . . . . | 8.440.000 |
| "Mi sangre, el 27 de octubre . . . . . | 9.740.000 |
| "Perra joven vigorosa, que corre todos los días en "los cerros . . . . . | 10.300.000 |
| "Perra vieja, que permanece en una chacra . . . . . | 6.730.000 |
| "Llama macho . . . . . | 18.560.000 |
| "Gallo de un año, vigoroso . . . . . | 7.000.000 |

"Las dos cifras menores suministradas por la sangre del "hombre, ofrecen esto de interesante: que procede una de "ellas de un joven de 20 años llegado solamente hacía pocos "días a la sierra, proveniente de Panamá, donde hahía estado "ocho años y había tenido numerosos accesos de fiebre. Pre- "senta un tinte claramente anémico y acaba de tener, en "Morococha, un nuevo acceso de fiebre intermitente. La otra "cifra se refiere a un italiano que vive en la Oroya y que ofre-

Universidad del Perú. Decana de América

"ce la particularidad de ser atacado de *soroche* cada vez que "pasa la cordillera".

"Por manera, que por una simple exageración de la fun- "ción normal de la hematopoyesis es que el hombre y los ani- "males que habitan las alturas luchan contra el empobreci- "miento del aire en oxígeno".

"En virtud de la menor tensión de este gas, cada glóbulo "no puede tomar sino una cantidad menor de la que tomaría "al nivel del mar; pero como hay muchos más glóbulos el equi- "librio se restablece y la sangre contiene, en definitiva, la mis- "ma cantidad de oxígeno en las grandes alturas que en el mis- "mo nivel del mar".

"La *anoxihemia barométrica* no existe pues, o no tiene, por "lo menos, sino una duración muy corta, limitada a los pri- "meros días de permanencia en las regiones elevadas".

Estos estudios del Prof. Viault, que fueron comunicados a la Academia de Medicina de Lima antes que a las otras corporaciones científicas de Europa, tuvieron resonancia mundial; pues merced a ellos quedó definitivamente resuelto un importante problema de la fisiología de la sangre: se supo así que en las grandes alturas se produce una hiperglobulia, que asegura la conveniente provisión de oxígeno para el organismo.

Pero esta poliglobulia, como la llama el Prof. Pittaluga, puede hacerse patológica en las mismas regiones elevadas; convertirse en verdadero proceso morboso, que constituye la Eritremia, la Eritrocitosis o el Síndrome de Váquez: afección de la que la Academia tuvo oportunidad de conocer un caso comunicado por el Prof. Monge, en la sesión del 2 de junio de 1924, cuya descripción fué ilustrada mediante la reproducción en cera de la cara y las manos del paciente.

b).—Para incorporarse a la Academia de Medicina, en la categoría de Asociado libre, el Dr. Hugo Biffi Gentile, que como se ha dicho vino al Perú para organizar el Instituto municipal de higiene, ofrendó a la corporación una interesante memoria sobre:—*"Un nuevo método para el cultivo rápido de los microbios anaerobios estrictos"*, en la que después de hacer una juiciosa crítica de los conocimientos actuales al respecto, expuso con todos sus detalles el procedimiento que había inventado, insistiendo en que su base fundamental se apoyaba en "la eliminación completa del aire por medio de la ebulli- "ción, y en la mala conductibilidad del agua y en general de "los líquidos acuosos por el calor".

El mismo Dr. Biffi, presentó a la Academia una valiosa monografía que fué así comentada en una de las solemnidades de la institución:—"El Dr. Biffi ha hecho una interesante comunicación *"Sobre las aglutininas de la sangre humana y "la hematología de la enfermedad de Carrión"*, exponiendo "los conocimientos actuales acerca de este asunto; y añadien- "do el resultado de sus observaciones propias, entre las que

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

"deben considerarse como de gran valer las que se refieren a "las aplicaciones médico legales utilizables en el estudio de "las manchas de sangre".

"Antes que el Dr. Biffi, Wassermann y Schultze, utilizan- "do el método biológico, concebido merced a los estudios de "Bordet, indicaron un procedimiento práctico y bien sencillo, "para distinguir, desde el punto de vista médico legal, si una "mancha dada proviene de la sangre humana o de la de al- "gún otro animal. Pero nuestro ilustrado consocio va más le- "jos en sus estudios, pues ha llegado a probar que es fácil "distinguir la sangre de dos o más hombres distintos y esto, "aún en el supuesto de que la mancha sea vieja (a los 3 o 4 "meses de producida) y aunque los glóbulos se hayan tritu- "rado, deformado y aún reducido a simples granos".

"Fácilmente se comprende los grandes recursos de que "dispondrá el médico legista empleando el método propuesto "por el Dr. Biffi, el cual permitirá llegar a conclusiones pre- "cisas, no sólo tratándose de la diferenciación de la sangre hu- "mana y de otro animal—problema antes insoluble, cuando los "glóbulos se habían deformado por la acción del tiempo; sino "cuando se quería precisar la procedencia de la sangre en va- "rios individuos actores en un hecho delictuoso".

"Termina el Dr. Bffi su notable estudio, exponiendo al- "gunas consideraciones acerca de la hematología de la Enfer- "medad de Carrión. En párrafos bien concebidos, después de "comentar los trabajos de los Drs. Hercelles y Tamayo, describe "en detalle las investigaciones que han hecho; discute acerca "de la naturaleza de las granulaciones que se observan incluí- "das en los eritrocitos, principalmente desde el punto de vis- "ta de su vitalidad; y resume sus observaciones en las si- "guientes frases:—"Tanto en la fiebre grave de Carrión como "en la forma eruptiva, pueden encontrarse en la sangre periférica "glóbulos rojos nucleados; dentro de algunos eritrocitos se obser- "van corpúsculos especiales, cuya principal característica consiste "en colorearse intensamente con los colores nucleares; el diámetro "de los glóbulos rojos, varía de 4 a 12 micras, midiendo los "gigantes en término medio 9 micras y los microcitos 5 micras; "el suero de la sangre muy rico por lo general en aglutini- "nas, no tiene acción hemolítica apreciable sobre los glóbulos "rojos, del **hombre sano**".

Tuve la satisfacción de comprobar la exactitud del procedimiento del Dr. Biffi, en la investigación médico legal de las manchas de sangre; pues pude, en un caso práctico, diferenciar la sangre de dos sujetos complicados en un proceso criminal. Y además, es bien sabido, que este método biológico, cuyas primicias correspondieron a la Academia de Medicina de Lima, lo han estudiado y perfeccionado muchos experimentadores.

Por último, el Dr. Biffi hizo a la Academia otras dos muy novedosas y originales comunicaciones, en colaboración con

Universidad del Perú. Decana de América

el Dr. Ramón Ribeyro, en esa época director del Instituto de Vacuna y Seroterapia;—una sobre "Infección experimental de la llama (Auchenia llama) con el virus vaccinico", en la que expusieron los experimentos llevados a buen término para demostrar que puede utilizarse este animal para el cultivo y propagación de la vacuna jenneriana;—y, en la segunda intitulada "Apuntes sobre algunos nuevos medios de cultivo para las bacterias", relataron las investigaciones efectuadas para averiguar si se podía emplear como medio de cultivo, en la práctica bacteriológica, varios de los productos vegetales alimenticios que son propios del Perú, a saber: la papa amarilla, el camote, la lúcuma, la yuca y el coco.

c).—Una actuación bien solemne fué la incorporación como asociado libre del Dr. Rafael Fosalba, representante diplomático del Uruguay y vocero ante nosotros de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, quien dió lectura a una brillante disertación: todo un "Programa sintético "de investigaciones bio-sociales, en el que contempló impor- "tantes problemas de demografía, salubridad y asistencia social, "tanto más importantes cuanto que se han referido a los países "de la América latina, que tan necesitados se hallan de la co- "rrecta solución de estos problemas".

d).—Habiéndose impuesto la Junta Directiva de la Academia que el Prof. Peter Muhlens, del Instituto Tropical de Hamburgo y del Instituto Bacteriológico de Buenos Aires, proyectaba un viaje por la costa de la América del Sur, lo invitó para que ocupara la tribuna de la Academia y disertara sobre su especialidad: la patología tropical. En efecto, en la sesión habida el 13 de agosto de 1924, el Prof. Muhlens, desarrolló una interesante conferencia sobre "Sobre algunos progresos de la Medicina e Higiene Tropical y de la Guerra".

El conferencista, después de hacer una honrosa mención de los cultores peruanos de la Medicina Tropical, y recalcar las grandes conquistas obtenidas por el hombre en las otrora inhospitalarias comarcas de los trópicos en América, convirtiéndolas, merced a los asombrosos progresos de la higiene, en moradas cómodas y salubres en las que ha disminuído, en muy apreciable porporción, el porcentage de la mortalidad, se ocupó sucesivamente del estado actual de nuestros conocimientos, en terapéutica preventiva y curativa, de los siguientes procesos:—malaria, tifus exantemático, fiebre recurrente, lepra, disentería amibiana, tripanosomiasis, fiebre amarilla, anquilostomiasis y filariasis; refiriéndose a los debates habidos en los Congresos de enfermedades tropicales, especialmente al celebrado últimamente en Kingston, al que concurrió el Prof. Muhlens, que al terminar emitió los siguientes conceptos:— "Terminada mi conferencia, creo haber exhibido bastantes ejem- "plos de los enormes progresos de la Medicina e Higiene Tro- "pical y de los efectos del saneamiento general e individual "para la salud pública, el cultivo, la producción y exportación

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

"de los países tropicales y subtropicales. Es verdad, que dicen "los norteamericanos "Sanitation pays" (el saneamiento se pa- "ga). Sabemos hoy que hay países tropicales, por ejemplo la "Zona del Canal de Panamá tan perfectamente saneada, que "son por lo menos tan buenos para la salud como muchas re- "giones de las zonas templadas, con la condición que los in- "migrantes vivan según las reglas comprobadas en los países "cálidos, es decir, que no coman y beban demasiado y eviten "también todos los otros excesos. Pero hay también otras re- "giones tropicales hasta ahora completamente abandonadas e "insalubres".

"Para sanear estos países debemos fijar como resultado de "nuestras experiencias, las indicaciones siguientes:—1° Colabo- "ción internacional permanente de todos los países en el com- "bate contra las enfermedades infecciosas, sobre todo, contra "la malaria, disentería y anquilotomiasis que son los obstácu- "los más poderosos para la conquista y cultivo de las regiones "tropicales;—2° educación del pueblo en su modo de pensar y "vivir higiénicamente;—3° investigaciones sistemáticas, científi- "ficas y prácticas en Institutos y Laboratorios apropiados;— "4° preparación de un personal de ayudantes bien instruídos;— "5° fondos suficientes a los cuales deberán contribuir también "las grandes sociedades de Comercio y Agricultura del país; "—6° colaboración permanente de los órganos del Departamento "de Higiene de cada país con todas las autoridades civiles y "militares, con las grandes sociedades industriales y agrícolas, "así como con las escuelas y con toda la población. Cada hom- "bre bien educado e instruído puede y debe contribuir a la "salud pública, al bienestar de su familia y de su patria".

7.—*OBSERVATORIO METEOROLOGICO "UNANUE" Y LOCAL DE LA ACADEMIA.*—Han estado tan estrechamente vinculados estos dos tópicos, que lo más correcto es contemplarlos en el mismo capítulo.

Habiendo resuelto la Academia cuando era asociación libre, fundar el Observatorio Meteorológico *"Unánue"*, en la forma que lo he puntualizado en capítulo anterior, prosiguieron los trabajos preliminares, después de 1889, hasta que pudo realizarse su solemne inauguración oficial el 31 de julio de 1892; habiéndose levantado el correspondiente edificio en la parte posterior del Jardín Botánico ,orientado en dirección S. S. E., en terreno cedido por la Facultad de Medicina.

El Observatorio se instaló con el instrumental obsequiado por el Sr. José Unánue, habiéndose sufragado los gastos de la edificación con el contingente de todos los académicos, que abonaron su correspondiente cuota para ello. Tanto el local como el instrumental, satisfacían las exigencias de instalaciones de este género, pues se procuró que hubiera cuanto era necesario para la exactitud y corrección de las observaciones que debían practicarse. La dirección del Observatorio fué encomen-

Universidad del Perú. Decana de América

dada al miembro titular de la Academia Prof. Manuel R. Artola, y el nombramiento de jefe observador recayó en el doctor en ciencias Sr. Federico Remy, de reconocida competencia en la materia. Los cuadros de las observaciones se empezaron a publicar, con toda regularidad, en la prensa profesional, a partir de agosto de ese año.

Sólo durante siete años, hasta 1899, se deslizó tranquila y siempre provechosa la existencia del Observatorio "Unánue", pues habiéndose resuelto levantar el nuevo edificio para la Facultad de Medicina, en el mismo sitio en que se hallaba ubicado el Observatorio, hubo urgente precisión de trasladarlo a otro lugar; ya que la colocación de la primera piedra para el local de la Facultad debía realizarse, como en efecto se efectuó, el 3 de setiembre de 1899.

No he de relatar con abundancia de detalles las vicisitudes que sobrevinieron para el Observatorio a partir de esa fecha; sólo me limitaré a recordar, que merced a las activas gestiones del Prof. Villar, que en ese entonces ejercía la presidencia de la Academia, se logró instalar provisionalmente esta dependencia en un ángulo del mismo Jardín Botánico, el que se halla vecino al Laboratorio de Química y Bacteriología, y se consiguió que el Congreso votara, por ley de 21 de noviembre de 1899, en el Presupuesto General de la República una partida de Lp. 1.200.0.00, para los gastos que demandara la construcción del nuevo Observatorio; y, que la excesiva demora, tanto para conseguir que se entregara la indicada suma, como para encontrar un local adecuado para la nueva instalación, retardaron en demasía su erección definitiva.

Esta al fin pudo realizarse, venciendo innúmeras dificultades, puntualizadas en los siguientes párrafos que copio de mi Memoria presentada como Secretario perpetuo de la Corporación, en agosto de 1910; y que conviene sean bien conocidos, por los que se interesen en la marcha de las instituciones científicas en el Perú.

"Anunciaba en mi última memoria que era casi seguro que "el H. Concejo Provincial, cediera el área necesaria para la "construcción del nuevo Observatorio "Unánue", en la Plazue-"la de la Penitenciaría, hacia el N. del Instituto Nacional de "Vacuna. Esa cesión al fin se ha realizado a principios del "año 1904, después de las innumerables gestiones hechas no "sólo ante la Municipalidad de Lima, sino ante el Supremo "Gobierno y la Facultad de Medicina".

"En posesión del terreno la Academia mandó levantar los "planos para el nuevo edificio, en el que había de fabricarse, "además de las dependencias necesarias para el Observatorio, "aquellas en que debía instalarse la Academia; ya que se per-"sistía en abandonar el incómodo y vetusto local de San An-"drés, por otro moderno y con el confort necesario para la "institución. Aprobados los planos y celebrado el correspondien-"te contrato con el ingeniero señor Carty, se iniciaron los

Universidad del Perú. Decana de América

"trabajos el 27 de marzo de 1904, dedicándose a la obra la su-"ma votada por ley de 21 de noviembre de 1899, es decir once "mil quinientos soles, porque el Gobierno ordenó que se em-"plearan quinientos soles, de la cantidad cedida por el Con-"greso, en trasladar y armar el edificio provisional en que "funcionó el Observatorio y que se ubicó en el ángulo S. O. "del Jardín Botánico".

"Como era de esperarse, los fondos de que se disponía fue-"ron insuficientes, no sólo para terminar la parte cuya fabri-"cación se proyectó, sino para siquiera concluir la torre, sec-"ción la más importante para las observaciones meteorológicas. "Además surgieron serias desavenencias con el ingeniero cons-"tructor, respecto al cumplimiento de su contrato, diferencias "a las que recién se puso término en mayo de 1908, en que "mediante la celebración de un nuevo contrato, ha podido po-"nerse el edificio en las condiciones en que se halla: en estado "de que funcionen con decencia y comodidad la Academia y "su dependencia, el Observatorio".

"Pero antes de alcanzar este resultado ha soportado el Ob-"servatorio muy duras pruebas. Fué la primera, la supresión en "el presupuesto formulado para el año de 1907, de la partida "de ochenta soles, con que por espacio de catorce años sub-"vencionó el H. Concejo Provincial a la Academia Nacional "de Medicina, para el sostenimiento del Observatorio "Unánue".

"Casi en la misma época el Sr. Director del Observatorio "comunicó a la Academia, que el edificio provisional del Jar-"dín Botánico se hallaba en tal estado de ruina, que era pe-"ligroso ascender al sitio en que funcionaba el anemómetro "Como no fuera posible trasladarlo al nuevo local, cuya fá-"brica se habían suspendido, como queda dicho, se acordó so-"licitar de la Facultad de Ciencias el uso del mirador que exis-"te en su local para instalar ahí provisionalmente el Obser-"vatorio. Al efecto se iniciaron las gestiones el 19 de junio de "1906, efectuándose la traslación de los instrumentos, mue-"bles y demás enseres, pocos días después. En el recinto de la "Facultad de Ciencias ha permanecido el Observatorio hasta "octubre de 1908, en que definitivamente se le ha instalado "en este local (el de la Plazuela de la Penitenciaría), en don-"de como acabáis de verlo, está todo convenientemente arre-"glado".

"Después del fallecimiento del Prof. Artola, que durante "muchos años fué Director del Observatorio, se le reemplazó "con el Dr. Arce, que resignó el cargo en julio de 1910, des-"pués de haber prestado muy positivos servicios a la Institu-"ción. Ultimamente se ha nombrado al Dr. Federico Remy, "cuya presencia al frente de esa dependencia es prenda segura "de que convalescerá de los serios quebrantos que ha sufrido".

"El Prof. Artola no sólo era Director del Observatorio "Unánue", sino también jefe técnico del servicio metereoló-"gico oficial, centralizado en el Observatorio de la Academia,

"por suprema resolución de 27 de mayo de 1904. Muerto el "Dr. Artola, en 1908, lo lógico era haberse nombrado jefe de "ese servicio al nuevo Director del Observatorio "Unánue"; "pero el Supremo Gobierno designó para el cargo a un suje- "to extraño a la Academia, habiéndose así independizado de "hecho ambos servicios, ratificándose la separación mediante "una resolución suprema que se expidió después".

Apesar de los esfuerzos de la Academia, no pudo conseguirse que se reconsiderara esta inconsulta resolución; y desde entonces cesó de hecho el servicio metereológico oficial llamado a ser factor importante en los estudios metereológicos de nuestro país.

La Academia ha procurado siempre, dentro de las estrecheces de su tesoro, mantener en buena condición el material y el instrumental del Observatorio: para cuya provisión ha recibido, en muy contadas ocasiones y en cantidad por demás exigua, la protección oficial.

Entre los diversos estudios que se han verificado utilizando los datos acumulados en las observaciones diarias, merecen mencionarse: los del Dr. Francisco Aguayo, que fué por algún tiempo jefe del Observatorio, sobre la Temperatura de Lima y sobre la Humedad; y los del Dr. Federico Remy, que se ha ocupado en diversos tópicos de esta especialidad, en los Boletines del Observatorio, que se publicaron en varias ocasiones.

—Ya he dicho que la Academia tuvo local propio, hubicado en la calle de San Andrés, desde la época en que actuaba como asociación libre; local que le fué cedido por resolución legislativa de 14 de julio de 1886, en el que, como era lógico, continuó funcionando una vez elevada al rango de institución oficial. Con referencia a este asunto , dije lo siguiente en mi ya citada Memoria, en agosto de 1910:

"Fué preocupación constante de la Academia enagenar el "local de la calle de San Andrés, que se le cedió por resolu- "ción legislativa de 14 de julio de 1886, no sólo por las malas "condiciones del edificio, imposible de adaptar a nuestras ne- "cesidades, no embargante las serias reparaciones que constan- "temente se le hacían, sino también porque es conveniente re- "concentrar en un solo inmueble todas las dependencias de la "corporación".

"Como el Gobierno necesitaba ese local, para fabricar un "edificio *ad hoc* para otra institución oficial, fué fácil llegar "a un acuerdo, una vez que se iniciaron los correspondientes "preliminares por intermedio de la Dirección de Fomento".

"En efecto, después de haberse hecho la valorización del "inmueble, se dirijió la Academia al Supremo Gobierno en 10 "de noviembre de 1906 ofreciéndole en venta el mencionado "local en la suma de Lp. 1264.7.00, en que había sido tasado "por un ingeniero del Estado. Se dijo al Gobierno que ese "dinero se invertiría en continuar la edificación comenzada en "el local cedido por el H. Concejo Provincial; y que no bas-

"tando la referida suma para terminar la obra emprendida, se "esperaba que el Poder Ejecutivo le dispensaría su valiosa "protección, en la forma que fuera más práctica".

"El Gobierno accedió a lo solicitado por la Academia, y "expidió las supremas resoluciones de 23 de noviembre de 1906 "y de 1° de febrero de 1907, en las que se mandaba abonar a "la institución la dicha suma de Lp. 1264.7.00".

"Vendido el local, exigió el Gobierno su inmediata entre- "ga y como aún había que continuar la fábrica en la Plazuela "de la Penitenciaría, fué necesario preocuparse en buscar un "sitio donde depositar todas las existencias de la Academia. "La Sociedad Médica "Unión Fernandina", lo ofreció, y en "su local de la calle de Llanos, han estado los enseres de la "Academia hasta noviembre del año pasado (1909), en que se "los trajo a éste".

"Durante todo este tiempo, la Academia ha sesionado en "el local de la Dirección de Salubridad, galantemente puesto "a nuestra disposición por el miembro titular Dr. Arce, digno "jefe de esa dependencia gubernativa".

"En posesión del dinero, procedió la Academia a continuar "la edificación que se emprendió en mayo de 1908, después de "haber celebrado el correspondiente contrato escriturario con "el ingeniero Sr. Carty. Faltan aún algunos pequeños detalles, "cuyo cumplimiento se exigirá muy pronto; pero así como es- "tá el edificio, sin concluir el pabellón izquierdo, y faltándole "muchas obras de ornamentación, es un local cómodo, elegan- "te y bien fabricado".

Posteriormente se han efectuado las siguientes grandes modificaciones en el local de la Academia:—en 1913, la Comisión Organizadora del V Congreso Médico Latino Americano, cuya secretaría general funcionó en el recinto de esta corporación, acordó invertir la cantidad de *docientas libras peruanas* en arreglar el edificio para ponerlo en condiciones de recibir dignamente a los ilustres profesionales que concurrieron a esa Asamblea;—y, en 1922, por convenio celebrado el 19 de noviembre, entre la Academia Nacional de Medicina, el Círculo Médico Peruano y la Sociedad Peruana de Cirugía, por sus personeros los Prof. Julián Arce, Estanislao Pardo Figueroa, Pablo S. Mimbela, Ricardo Palma, Miguel C. Aljovín y Francisco Graña, se realizaron las nuevas edificaciones que han transformado por completo el local, convirtiéndolo en un albergue correctamente montado y que es, hoy por hoy, un decente recinto para las instituciones médicas nacionales.

8.—*CONGRESOS MEDICOS.*—El V Congreso Médico Latino Americano, que sesionó en Lima del 9 al 16 de noviembre de 1913, fué organizado por la Academia Nacional de Medicina, por haber delegado en esta corporación el encargo que recibieran los Prof. M. C. Barrios, Ernesto Odriozola y J. Arce, del Comité Ejecutivo del IV Congreso que se reunió en

Río de Janeiro en agosto de 1909. La Academia aceptó complacida tal delegación, y procediendo con toda actividad nombró la respectiva Comisión Organizadora, que en noviembre de 1913 se convirtió en el Comité Ejecutivo del Congreso: Comisión que cumplió su cometido con el brillante éxito ya conocido no sólo por nosotros sino también por los intelectuales médicos de toda la América Latina.

La Academia se ha hecho representar en los siguientes Congresos, entre los muchos que se han celebrado en América de 1884 a la presente:—III, IV, V y VI Congresos Médicos Latino Americanos;—II, VI y VII Congresos Médicos Pan Americanos;—I, II y III Congresos Científicos Latino Americano;—I, II y III Congresos Científicos Pan Americanos;—Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Buenos Aires, en 1910;—III Congreso Americano del Niño, reunido en Río de Janeiro, en 1921;—I Conferencia Americana sobre la Lepra, reunida en la misma ciudad;— y I Congreso Nacional de los Prácticos, en Río de Janeiro. También nombró delegados para el Congreso Nacional Anti-alcohólico, que se reunió en Lima en 1903.

9.—La Academia ha procurado mantener las más estrechas relaciones con todas las corporaciones médicas del orbe, y de modo especial con aquellas que actúan en la América. Su órgano oficial, el Boletín de la Academia, se remite a todas las asociaciones médicas del mundo; y si bien su publicación no se efectúa con la periodicidad que fuera de desear, porque así lo impone la situación económica, en sus columnas se refleja la actividad de la institución y el modo como contribuye al progreso de la ciencia, y de preferencia al cultivo de la medicina autóctona.

Se han recibido cordiales mensajes de salutación de las Academias de Medicina de Río de Janeiro, de México, de Caracas y La Habana; los mismos que se han correspondido con la mayor confraternidad.

—Preocupación constante de la institución ha sido incorporar a su seno a los más destacados elementos del cuerpo profesional, y por eso están inscritos en el rol de sus miembros correspondientes extranjeros las más connotadas personalidades de la medicina en América y en Europa. Y para un sabio de excepcional relieve, para el Prof. Santiago Ramón y Cajal, se le procuró un homenaje especial: el nombramiento de *Miembro de Honor*, que únicamente se ha otorgado a tan excelsa mentalidad.

En las actuaciones de la Academia se ha honrado debidamente la memoria de los profesionales que han sucumbido en la eterna lucha por la vida, dejando el recuerdo imperecedero de sus magníficas producciones, de su valiosa contribución al cultivo de la ciencia médica y de su labor altruista en beneficio de la humanidad. En las memorias de la secretaría per-

petua, se ha dedicado siempre un cariñoso recuerdo a los comprofesores que han caído en la brega incesante del sacrosanto ejercicio de la profesión. Y se ha rendido el homenaje de un sentido elogio necrológico a las prominentes figuras, a los astros de primera magnitud, como lo fueron Sebastián Lorente, Miguel E. de los Ríos, Manuel Odriozola, José Mariano Macedo, José Casimiro Ulloa, Leonardo Villar, Celso Bambarén, Hipólito Unánue, Alfredo Bignon, Ernesto Odriozola, José M. Romero, Charcot y el sabio entre los sabios, el inmortal Pasteur.

10.—Los premios de la Institución Bignon, se han distribuído con toda regularidad, cumpliéndose así la voluntad del otorgante, que como lo dijera en otra solemenidad, permitió a "la Academia, a los 22 años de existencia como organis-"mo oficial, poner en vigencia el Art. 27 de su reglamento y "cumplir con uno de los más importantes fines de su creación".

Se han defraudado por completo los anhelos de la Academia de ensanchar el radio de su acción en esta materia: otorgar otros premios de estímulo a la competencia y laboriosidad de los cultores de la medicina en el Perú. No han tenido eco entre los hombres pudientes, las siguientes palabras que pronuncié, en 1910 cuando dí cuenta como secretario perpetuo, de la donación hecha por nuestro esclarecido colega. "En nom-"bre de la Academia hago votos porque el Sr. Bignon tenga "muchos imitadores, y así podamos entrar de lleno en el úni-"co camino práctico para el cultivo de la ciencia; la equitati-"va remuneración del trabajo, una vez que han pasado, para "no volver más, los tiempos en que se adoraba a la diosa Glo-"ria sólo por el hecho de ser Diosa".

11.—La Academia ha cumplido con inscribir en un Cuadro de Honor, que se ostenta en su salón de actuaciones a los ciudadanos que de algún modo la han favorecido facilitándole los medios de cumplir con su importante finalidad. Son pocos, pero de encumbrada prosapia, los nombres allí consignados. Es posible, que algún día pueda aumentarse el número de los benefactores de la Institución.

---

Tal ha sido, sintéticamente reseñada, la vida de la Academia Nacional de Medicina de Lima, durante los cuarenta años recorridos, en los diversos períodos de su existencia, del 10 de noviembre de 1884 a idéntica fecha del presente año. Próximo este aniversario a la reunión del Tercer Congreso Científico Pan Americano, al que debían concurrir muy prestigiosas personalidades de la intelectualidad médica del continente—como efectivamente ha sucedido—, se postergó su celebración, con el laudable propósito de darle mayor solemnidad con vuestra concurrencia. Era muy natural, que al llegar vosotros a esta

Universidad del Perú. Decana de América

cita que hizo mi patria, en nombre de la ciencia, a todos sus cultores en América, para laborar fraternalmente por el progreso de la rama de los conocimientos humanos que embarga nuestra actividad, las puertas de esta casa se abrieran de par en par, para recibiros con el más puro y desinteresado afecto, incorporáros en nuestro seno y haceros partícipes en nuestra faena.

Para ello era conveniente que conociérais lo que somos y lo que hemos hecho, cuál ha sido nuestra contribución a la obra de bien y de progreso que, con tan proficuos resultados, se realiza intensamente en América desde mediados de la pasada centuria, qué parte nos corresponde en la erección del majestuoso edificio de la medicina americana, cuyas bases cimentara Unánue allá por los años de 1792 y 1811, y que hoy deslumbra por su magnificencia, imponiéndose a la consideración y al respeto de los más encumbrados cultores de la medicina en el mundo.

El balance no deja de sernos algo favorable. En nuestros debates hemos contemplado muy serios problemas de nosografía médica y quirúrgica, de higiene y de política sanitaria, de medicina legal y de psiquiatría, de paidología, de materia médica peruana, etc. Los miembros de la corporación y no pocos extraños a ella, dominados por igual entusiasmo han aportado valiosas contribuciones, al estudio de nuestra patología autóctona en la que, como sabéis, tenemos la verruga peruana, bautizada con el nombre del mártir de la ciencia, de nuestro inmortal *Carrión*. Hemos desempeñado a conciencia nuestra misión de consultores de los poderes constituídos, ilustrándolos, de acuerdo con las enseñanzas de la ciencia, y sugiriéndoles la mejor solución posible en cuestiones de gran interés público y privado. Y, finalmente, hemos intervenido, con el consejo y con la acción, cada vez que ha hecho su funesta aparición algún proceso epidémico, a cuyo estudio hemos dedicado preferente atención, indicando lo que convenía hacerse en tan críticos instantes por las autoridades y por el vecindario.

Pero si la Academia de Medicina de Lima ha laborado hasta hoy, con toda la actividad que le ha sido posible desplegar, de acuerdo con los fines de su institución, en el futuro tendrá que esforzarse, al igual que las otras Academias médicas de América, para cumplir con una trascendental misión: la de conservar incólume y permanentemente encendido el fuego sagrado del amor al cultivo de la ciencia, de esa sublime abnegación sin la que no se concibe al hombre que trabaja, posponiéndolo todo, por la íntima satisfacción que produce en los espíritus selectos el descubrimiento de la verdad.

En esta época, en que el positivismo y el mercantilismo informan la casi totalidad de las acciones humanas; en esta época, de quiebra de no pocos de los valores morales que idealizaron la existencia en otros tiempos; en esta época, en que la lucha por la vida se hace cada día menos hidalga; en esta

Universidad del Perú. Decana de América

época, en que la desenfrenada vulgarización de la medicina, digo vulgarización y no divulgación, hecha hasta por algunos profesionales, la ha hecho descender de su encumbrada grandeza para que sea menospreciada y menoscabada, en sus fueros, por el vulgo; en esta época, finalmente, en que se ha llegado—parece un sueño—a la industrialización de la medicina, arrastrada a ello por la incontenible transformación de los principios que norman el funcionamiento del organismo social; es necesario que los que comulgamos en el ideal del cultivo de la ciencia, que realizamos nuestra paciente y silenciosa labor con prescindencia de las influencias extrañas, tengamos un refugio honesto, digno de ser reverenciado como el augusto templo del saber. Esa es la principal finalidad que corresponde, hoy por hoy, a las Academias de Medicina en América. Serán el arca santa en que se salven del naufragio, de la vorágine que también pretende arrancar nuestros puros intentos de continuar alcanzando todo lo noble, todo lo bueno, todo lo grande que ha de satisfacer los anhelos de nuestro espíritu.

En seguida se levantó la sesión.

Dr. JUVENAL DENEGRI, presidente.

Dr. *Carlos A. BAMBAREN*, Dr. *Gmo. FERNANDEZ DAVILA*
secretarios.

# Notas Terapéuticas

EL SEDOBROL COMO TRATAMIENTO HABITUAL EN LAS PSICOSIS PERIODICAS.—Muchos enfermos rehusan los medicamentos de gusto desagradable o simplemente pronunciado, no solamente por repugnancia gustativa o por simple negativismo, sino también por temor de envenenarse, y en cambio lo aceptan cuando el gusto del medicamento está enmascarado: tal sucede con el *Sedobrol.*

El Dr. Viollet *(Práctica Médica Francesa,* 1926) que lo utiliza desde hace mucho tiempo, refiere un caso particularmente instructivo: enferma soltera, atacada de psicosis periódica, tratada por el autor desde hace 14 años; la enferma viene padeciendo esta efermedad desde la edad de 18 años y ha sido necesario internarla 7 veces; la paciente ha pasado la edad de la menopausia que se manifestó a los 53 años y provocó una crisis de depresión seguida de agitación. Al principio se le dió bromuro de sodio que rehusó muy pronto, luego sedobrol que ha aceptado fácilmente desde hace dos años; los resultados

Universidad del Perú. Decana de América

han sido buenos y los estados de agitación y hasta de depresión reducidos al mínimo; tres emociones muy vivas, causas habituales de las crisis, han sobrevenido después de estos dos años sin ocasionar accesos. La periodicidad de los accidentes ha dejado el campo a una tranquilidad muy apreciable.

Esta medicación por el sedobrol es interesante, no solamente por su gusto agradable que disimula el insoportable gusto del medicamento, sino también por la constancia en su acción y la ausencia de bromismo. A conclusiones parecidas han llegado Roux, Sacaze, Peyrus, para quienes presenta ventajas indiscutibles desde el triple punto de vista fisiológico, práctico y psíquico.

En efecto, la solución de sedobrol es isotónica, atraviesa rápidamente el estómago y no ejerce ninguna acción secundaria nociva sobre la mucosa gástrica; la dosificación y la administración se ven excesivamente simplificadas, la comprobación de los efectos terapéuticos es simple y el gusto muy agradable; esta forma facilita el empleo del bromuro de sodio y los enfermos lo aceptan siempre, lo cual es excesivamente importante desde el punto de vista práctico. En fin, desde el punto de vista psíquico no deja de ser interesante poseer un producto del cual se tiene completa seguridad y además se sabe que cada tableta contiene extracto de caldo vegetal concentrado aclorurado y un gramo de bromuro de sodio purísimo; por consiguiente, un medicamente que se administra al enfermo sin que éste se dé cuenta del principio activo que le ha sido ordenado, pudiéndosele aún decir que se trata de una especie de valeriana sin olor y muy agradable al paladar.

El *sedobrol* da excelentes resultados no solamente en múltiples casos de patología digestiva y cardiovascular, sino también en los síntomas nerviosos de cualquier naturaleza que sean, ya obedezcan a una afección hepática, intestinal urogenital o bien a una excitabilidad anormal del sistema nervioso, al agotamiento nervioso, a las ideas fijas, a la hiperideación, en las crisis de neurosis con agitación, insomnios, palpitaciones en los delirios diversos, como igualmente, en las jaquecas, en todas las afecciones espasmódicas muy dolorosas, convulsiones, tos ferina, asma, en el eretismo genital, en todas las hiperestesias, así como en la epilepsia y en las psicosis periódicas; es sobre esta última e importantísima indicación del sedobrol que Viollet acaba de insistir particularmente en el interesante trabajo analizado.

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

# Bibliografía

LES PARANOIAQUES par le Dr. Genil-Perrin.—*Norbert Maloine, editeur.*—París 1926.—30 fr.

Esta obra representa el estado actual de una cuestión de clínica psiquiátrica, y el desarrollo de un vasto capítulo de psicología individual y social, que interesa a todo el mundo.

En la primera parte se estudian los delirios de interpretación, dándose los razgos característicos del gran paranoiaco de Manicomio. En la segunda, se define la constitución paranoide, analizándose las deformaciones psíquicas de muchos sujetos con los que se choca a cada paso.

Genil-Perrin demuestra que en el paranoico delirante, como en el paranoide constitucional, existen los cuatro elementos cardinales que los tipifica: sobrestimación del yo, desconfianza hostil del ambiente, falsedad paradógica de la crítica e inadaptabilidad social.

La tercera parte de este libro está consagrada al estudio de los paranoides utípicos: erotómanos, reformadores, inventores, autodidactas, hipocondriacos, etc. La cuarta, estudia las reacciones del paranoiaco y de la colectividad, desentrañándose la multitud de singularidades mentales, en ciertos elementos de originalidad y aún de superioridad intelectual.

Como se vé el libro es muy interesante y conviene su lectura a todos los que quieran penetrar en los secretos de la conducta. y en el porqué de ciertas reacciones individuales.

EL DELITO DEL ABORTO. PROBLEMA MEDICO-LEGAL Y SOCIAL por el Dr. Guillermo Fernández Dávila.—Lima, 1926.

De título sugestivo y de interés máximo, es el contenido de este libro que ha publicado el profesor auxiliar de Medicina Legal, que comparte con el maestro Avendaño la docencia de la cátedra de la Facultad de Medicina.

Luis Jiménez de Asúa, el brillante maestro de Derecho Penal de la Universidad de Madrid, prologa y relieva el trabajo del Dr. Fernández Dávila, que no pudo tener mejor padrino y más encumbrado comentarista.

Cinco partes abarca el opúsculo: Definición y concepto médico del aborto; historia y legislación sobre el aborto; del aborto provocado criminalmente; del aborto provocado científicamente, y de la represión del aborto.

La conceptuación médicolegal del hecho se encuentra claramente expuesta en la primera parte, sirviendo de introducción

obligada a la segunda, que expone la evolución histórica del concepto y la legislación comparada. La tercera parte es la más importante, pues, se ocupa del aborto provocado criminalte, siguiendo después el estudio del aborto provocado científicamente.

El trabajo finaliza con estas palabras: "el aborto provocado, sin justificación científica alguna, es un delito castigado por la ley, execrado por la sociedad, vituperado por la conciencia".

Permita el autor que unamos nuestras felicitaciones a las muchas que debe haber recibido con motivo de la publicación de este trabajo, tan lleno de sugerencias, tan pletórico de datos y tan a propósito para polemizar.


# TONOMALARE

Específico contra la malaria (Paludismo) y sus anemias consecutivas que posee la gran ventaja sobre todos sus similares, de estar compuesto a base de Arsenoferratina — fabricada con la Ferratina del Profesor Schmiedeberg — feliz combinación orgánica de albuminato de hierro y arsénico.

**TONOMALARE** obra eficazmente en los casos palúdicos agudos, ligados a la actividad parasitaria.

**TONOMALARE** obra óptimamente en las formas crónicas del Paludismo ligadas al parasitismo naciente.

**TONOMALARE** domina los síndromas caquécticos post-palúdicos, ya por su influencia sobre el parasitismo, ya por la eficacia en general sobre la actividad defensiva del organismo y en particular sobre los órganos hemopoiéticos.

**TONOMALARE** es presentado en la forma de tabletas recubiertas de azúcar para ocultar el sabor amargo de la Quinina.

**FABRICANTES: C. F. BOEHRINGER & HIJOS—MANNHEIM (Alemania).**

**Dr. O. WAGNER** Agente, suministra muestras
**Droguería Inglesa** — LIMA CASILLA 888

# GUIA LASCANO

De todas las profesiones, inclusive los médicos.
*110,000 direcciones*
*NUÑEZ 265*
*APARTADO 1971 — TELEFONO 3673*

# La encefalitis epidémica, especialmente en el Perú

Por el Dr. LUIS D. ESPEJO
*Jefe de Clínica en la Facultad de Medicina*

*(Conclusión)*

## II

## LA ENCEFALITIS EPIDEMICA EN EL PERU

Diversas circunstancias, que no creemos oportuno puntualizar, nos impide hacer el estudio exhaustivo de la encefalitis epidémica en el Perú. Nunca nos han parecido más verdaderas que esta vez las palabras del profesor Ricaldoni, de Montevideo, que, desde luego, las hacemos nuestras: "la búsqueda bibliográfica se convierte en tarea ingratísima y desesperante".

El presente trabajo no pretende, pues, ser la expresión genuina de la realidad encefalítica: se contentará, tan sólo, con trazar las líneas generales del proceso, a través de las sucesivas epidemias que ha sufrido el país, muy especialmente la ciudad de Lima. Las fuentes de información nacional las hemos hallado en el medio nosocomial, en las publicaciones médicas y en nuestra clientela particular.

Casi al año de la aparición de la encefalitis epidémica en la América del Sur, en agosto de 1919, el Dr. Carlos Monge comunicaba a la Academia de Medicina de Lima el primer caso de dicha pandemia en el país. Tan interesante observación presentaba los caracteres propios de la encefalitis epidémica, entonces llamada letárgica: perturbaciones del sueño, oculares y del tono muscular; alteradas funciones mesocefálicas que constituyen, hasta el presente, la triada sindrómica de la referida enfermedad. La comunicación del Dr. Monge despertó la curiosidad científica al punto que se pretendió demostrar la existencia otrora de la encefalitis en Lima. Sin embargo de tal presunción, no existe en la bibliografía médica nacional, que hemos consultado, ninguna prueba fehaciente de tal acerto.

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

El año 1920, el profesor Dr. Ernesto Odriozola publicó en "Anales de la Facultad de Medicina de Lima" una interesante observación, titulada *"Sobre un caso de encefalitis letárgica"* El enfermo que ingresó al servicio de nuestro malogrado maestor, en el Hospital "Dos de Mayo", en 5 de junio de 1919, presentaba el cuadro clásico de la forma letargo-paralítica, con manifestaciones encefaloplégicas, testimonio de la difusión del proceso a través de "la superficie pedúnculo bulbo-protuberancial". Este caso terminó por muerte súbita.

Lo verdaderamente interesante en esta observación es, a nuestro juicio, la constatación, por vez primera en el país, de un caso de encefalitis epidémica con manifestaciones difusas de orden nervioso, expresión del carácter extensivo y serpiginoso de la dolencia.

Casi contemporáneamente a la observación del Dr. Odriozola, el profesor Julián Arce dió a conocer, desde las páginas de "La Crónica Médica", un caso de encefalitis de forma a predominio letargo-paralítico, con manifestaciones profusas de la enfermedad. Con tal motivo, el Dr. Arce hizo una exposición de los conocimientos que se tenían entonces sobre la enfermedad de Von Economo-Netter.

En 1920, el Dr. M. González Olaechea, publicó, también, sus primeras observaciones en "Anales de la Facultad de Medicina de Lima". Los tres casos estudiados por el Dr. Olaechea se referían a las formas letargo-paralítica, miotónica y delirante respectivamente de la encefalitis. En esté trabajo el autor hizo algunas importantes disgresiones sobre el diagnóstico del síndrome letárgico.

La mayor parte de los casos publicados el año 1920 se refieren a observaciones del año anterior. A cuatro se reducen los casos publicados, y todos ellos presentan invariablmente el síndrome letargo-paralítico, considerado entonces como clásico de la encefalitis, por este motivo calificada letárgica, y exclusivo de esta singular morbosis.

Es muy posible que el desconocimiento de la enfermedad y la multiplicidad de formas monosintomáticas y frustradas fueran causa de que la encefalitis se la reconociera *rara avis*. Parece demostrar esta aserción el hecho de la aparición inusitada de enfermedades nerviosas, tales como la Corea de Sydenham y otras, al mismo tiempo que la encefalitis. Dado el carácter proteiforme de la encefalitis es de suponer que ésta se manifestara bajo aspectos engañosos y aberrantes.

En 1920, en primavera e invierno, la encefalitis que había persistido durante los meses de estío en forma esporádica, puede decirse, ofreció una verdadera recrudescencia épidémica. La enfermedad adoptó formas clínicas diversas, predominando, sin embargo, el tipo algo-mioclónico como lo demuestra el interesante trabajo del profesor González Olaechea intitulado "Encefalitis Epidémica" que vió la luz el año 1921. El número de casos recojidos por nosotros en dicho año 1920, es de 14; en-

tre estos merecen mención algunos casos de *hipo epidémico*, observados por los Drs. Olaechea y Hercelles, y algunos por nosotros.

En junio de 1920 tuvimos oportunidad de observar un caso muy interesante, cuya historia clínica pasamos a referir.

N N., de 30 años de edad, natural de Lima, de raza blanca, de antecedentes crapulosos, y sin datos patológicos de importancia, ingresó al Hospital "Dos de Mayo" en junio de 1920.

Al interrogarlo, declaró que habiendo pasado la noche entregado al culto de Venus y a excesivas libaciones sintió, repentinamente, profundo malestar. Abandonó el lenocinio, y notó, después, camino de su casa, que "veía doble los objetos". Sorprendido y temeroso llegó a su domicilio, se acostó, y se quedó luego dormido profundamente. Después no recuerda lo ocurrido los días siguientes; pero, por referencias familiares, supimos que estuvo dormido cuatro días consecutivos. Este sueño, de apariencia normal, fisiológico, sin delirio, tranquilo, era interrumpido brevemente cuando se le estimulaba con cierta energía. En veces, despertaba para realizar imperiosas necesidades vegetativas, para pronto, caer, nuevamente, en hipersomnia. Lentamente salió de este estado narcoléptico, y, al parecer, recobró la normalidad. Sin embargo, experimentaba astenia, y observaba que en las posiciones extremas de la mirada veía doble los objetos. Como continuara en este estado varios días, resolvió ingresar al Hospital "Dos de Mayo", solicitando, para el efecto, una cama en el servicio médico de pagantes de dicho establecimiento. Días después, como las circunstancias económicas no le permitieran continuar en el aludido servicio, solicitó su traslación al servicio "Santa Ana", donde tuvimos oportunidad de seguir el caso.

Al exámen, llamaba la atención, en primer lugar, el aspecto de la cara: fijeza (*figée* de los franceses), inmovilidad de las facciones; lentitud de los mivimientos palpebrales y oculares, y cierta "obstinación de la mirada" que imprime, como dice Ricaldoni, el aspecto de "máscara vigilante". Tan extraña expresión llamaba la atención de los demás enfermos.

En resumen, todo revelaba en nuestro paciente, la existencia del *síndrome bradiquinético:* movimientos lentos, penosos; palabra, igualmente, perezosa, fonasténica. Las funciones intelectuales como adormecidas, recordando la *letargia mental de Ely;* en fin, la marcha pausada, difícil, recordando la de los polineuríticos.

El examen del aparato ocular reveló lentas reacciones a la luz y a la acomodación, no había diplopia ni extrabismo.

La reacción del líquido céfalo-raquídeo fué normal. La reacción de Wassermann, en la sangre, igualmente negativa.

Teniendo en consideración la marcha clínica de la enfermedad y la ausencia de factores etiológicos capaces de explicar el síndrome motor descrito, creemos que este caso debe estimarse como una *forma miotónica de encefalitis epidémica,* de acuerdo con la descripción hecha por vez primera por Claude.

Es indudable que ha habido en este caso compromiso de los centros encefalíticos que presiden los movimientos automáticos, involunrios, y de los núcleos de los nervios oculares.

Fué imposible seguir la evolución del caso, pues el paciente abandonó el hospital en pleno estado *miotónico.*

La epidemia del año 1921, de acuerdo con nuestra estadística nosocomial, fué benigna. El número de casos recojidos por nosotros fué de 5, con ningún caso fatal. La enfermedad adoptó diversas formas clínicas: algica, hemiplégica, letárgica, etc.

De este año, data una interesante observación, extraída del historial del servicio "Ernesto Odriozola" del hospital "Dos de Mayo" de los Drs. Voto Bernales y Bambarén; observación que nos han sugerido algunos comentarios anatomoclínicos.

La historia clínica es la siguiente:

S. P., de 25 años de edad, de raza india, empleado, ingresó al servicio 'Ernesto Odriozola" el 31 de diciembre de 1921, ocupando la cama N° 35.

*Antecedentes personales.*—Sin importancia.

*Enfermedad actual.*—El mes de julio de 1921 comenzó a experimentar *adormecimientos (parestesias) en los miembros correspondientes al lado izquierdo del cuerpo y, luego, en la mitad izquierda de la cara, acompañados de temblor localizado al mismo lado del cuerpo.* Días después, "comenzó—dice el paciente—a encogerse la mano izquierda y la pierna del mismo lado se puso como muerta". Así las cosas, hasta el mes de octubre que ingresó al Hospital Militar de "San Bartolomé" obligado por el cuadro toxi-infeccioso que presentaba: cefalalgia, quebrantamiento general, vómitos, etc., etc. Allí permaneció diez sin conseguir alivio; abandonando, luego, el hospital para tornar a su domicilio. Estuvo curándose cerca de un mes en su casa, logrando restablecerse un tanto, al punto que ingresó al servicio de la policía. Pero, al término de pocos días, recidivó la cefalalgia que se prolongó hasta el mes de diciembre, fecha en la cual internóse nuevamente en el hospital de San Bartolomé; allí permaneció algunos días sin obtener beneficio alguno, razón que lo obligó a pedir "alta". Estuvo en su casa cerca de veinte días, y el 31 de diciembre ingresó al servicio de los Drs. Voto Bernales y Bambarén en el Hospital "Dos de Mayo".

Al ser interrogado el enfermo, declaró que la última vez que estuvo en su casa, notó que veía doble los objetos; esta diplopia se presentó súbitamente y con carácter intermitente. Además, manifestó que había tenido *somnolencia acentuada,* de manera que dormía noche y día.

*Examen del enfermo.*—El aspecto general del enfermo revela sufrimiento; está asténico, exteriorizando su estado general por medio de frecuentes quejidos. La respiración es anhelante. La lengua es sa-

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

burrosa en los bordes y roja en el centro, contrariamente a lo observado en la lengua tífica. Al exámen del abdómen, se constata dolor en la región epigástrica; el hígado y el bazo normales. De lado del aparato respiratorio, se nota: dolor en el hemitórax derecho y espectoración de aspecto muco-purulento. De lado del aparato circulatorio, se nota: pulso hipotenso, latiendo 60 veces por minuto.

El estudio del sistema nervioso suministra los siguientes datos:

Sensibilidad superficial conservada. Se queja de dolores que radican en la cabeza, desde la frente hasta la región occipital. Se constata esbozo de Kernig; no hay rigidez de la nuca. Los reflejos abdominales y cremasterianos normales. Los reflejos tendinosos están disminuídos. El examen del fondo de ojo no revela nada anormal. El examen del líquido céfalo-raquídeo es normal. La reacción de Wassermann es negativa. No hay bacilo de Koch en el esputo. El análisis de orina es normal.

El paciente fué sometido, durante su estadía en el servicio, al tratamiento urotropínico.

La evolución del caso fué favorable. Los trastornos sensitivos, así como el cuadro toxi-infeccioso desaparecieron. Sólo persistió la bronquitis crónica.

El enfermo abandonó el hospital el 3 de febrero del año 1922.

El síndrome que presentó el mencionado enfermo, revela, evidentemente, el compromiso del pedúnculo cerebral en sus porciones anterior y posterior. Efectivamente, analizando la historia clínica se constata la existencia de trastornos de la sensibilidad en la mitad izquierda del cuerpo y de la cara, asociados a hemiplegia ligera del mismo lado izquierdo. Este síndrome sensitivo-motor se completa, posteriormente, por la participación del óculo motor común en el proceso anatomo-patológico. Es evidente que dada la sintomatología, arriba apuntada, y la afinidad del virus encefalítico por el pedúnculo cerebral, las lesiones, en el presente caso, han radicado en el pié y calota pedunculares. En efecto, los trastornos sensitivos se explican por el compromiso de la cinta mediana de Reil; el hemitemblor, por la alteración del pedúnculo cerebeloso superior; la hemiplegia, por la lesión, en este caso superficial, de la porción central del pedúnculo, correspondiente al haz piramidal. Se trata, en resúmen, de un síndrome complejo: de una parte, de un *síndrome de Benedickt*, incompleto, por ausencia de hemiocorea-atetosis, consecutiva a lesiones del núcleo rojo, en este caso indemne; y, de otra, de un *síndrome de Weber*.

Dada la evolución favorable del referido caso, es muy posible que las lesiones hayan sido de naturaleza inflamatoria y, por consiguiente, banales; aunque, no es raro que casos de aparente evolución benigna presenten recidivas o pasen a la cronicidad, después de un período, más o menos largo, de engañosa duración.

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

Consideramos observación muy importante la siguiente, pues se trata, en nuestro concepto, del primer caso de *parkinsonismo postencefalítico* entre nosotros. Los casos de parkinsonismo que conocemos son frustrados o incompletos.

He aquí nuestra observación:

A. S., de 41 años de edad, italiano, de profesión escultor, procede de Lima, y vive en la calle de Cajamarca.

En agosto de 1921 concurrió al "Consultorio Médico" del Hospital "Dos de Mayo", donde tuvimos la oportunidad de observar el caso. Nos refiere que su infancia ha sido completamente sana, no habiendo padecido de enfermedad alguna. Hace veinte años tuvo un "chancro", que fué tratado por un empírico. Ha sufrido de paludismo en varias épocas, siendo la última en 1918.

Su enfermedad actual data del año 1920; nos refiere que tuvo "la enfermedad del sueño", denominación dada por el público entonces a la encefalitis epidémica; confundiendo, de esta manera, esta dolencia con la tripanosomiasis africana.

La enfermedad se inició con fiebre, quebrantamiento general, y gran somnolencia, síntomas que lo obligaron a solicitar servicios profesionales. La hipersomnia fué tan intensa y prolongada que, según declaración de la familia del paciente, duró al rededor de treinticinco días. En esta época lo atendieron varios facultativos.

El enfermo no establece nexo alguno entre los trastornos actuales y los anteriores, y cree que su condición actual obedece a "debilidad del sistema nervioso", consecutiva a preocupaciones morales.

Al interrogarlo, nos dice que el síntoma principal y más molesto es el insomnio, agripnia rebelde a toda terapéutica.

El semblante del paciente revela indiferencia y cierta fijeza de los rasgos fisonómicos, a tal punto, que durante la conversación no se observan esos múltiples y sutiles movimientos que animan el semblante del interlocutor.

La marcha es lenta, y se nota cierta paresia del miembro inferior izquierdo. El exámen del aparato de la visión nos permite constatar la parálisis de la accomodación con conservación del reflejo pupilar a la luz (inversión del reflejo de Argyll-Robertson).

El análisis del líquido céfalo-raquídeo dió el siguiente resultado: albuminosis: 0,365 por mil; y 3 linfocitos por mm3. La reacción de Wassermann fué negativa. La reacción de Wassermann en la sangre, fuertemente positiva el mes de enero de 1921, fué negativa en agosto mismo año.

Como el enfermo nos manifestara que el insomnio constituía el síntoma más rebelde de la dolencia, prescribimos el luminal asociado al lactato de calcio, medicación con la cual conseguimos excelente resultado.

Ignorábamos el paradero y el destino que había seguido el mencionado enfermo, cuando un día del mes de noviembre del año 1925 nos sorprendió, en nuestro consultorio particular, la visita de un pa-

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

ciente que presentaba la actitud y la marcha características del Parkinson o Parálisis agitante.

Interrogado, respondió por Alejo Silvestre, y, desde luego, lo reconocimos. La persona que lo acompañaba nos dijo, entonces, que después de haber concurrido durante algunos meses al hospital, sin conseguir curación definitiva, solicitó los servicios de varios facultativos, pero que todo esfuerzo había resultado infructuoso, pues la enfermedad avanzaba inexorablemente.

Al examen, pudimos comprobar la existencia de un *verdadero síndrome bradiquinético:* debilidad, lentitud y poca frecuencia de los movimientos, temblor manifiesto, principalmente en los movimientos (movimiento intencional); palabra lenta (fonastenia): *facies* inexpresiva (*figée*, de los autores franceses). La bradiquinesia se hacía manifiesta. cuando se ordenaba al enfermo la ejecución de un movimiento determinado: esforzadamente se iniciaba este, pero, en medio de su excursión, se detenía, para adoptar una verdadera actitud catatónica. Este fenómeno recuerda la braditeleocinesia o "detención fotográfica" del movimiento (Hesnard y Verger).

El estado pisiquico del paciente denotaba cierta depresión global; pero conservaba, sin embargo, un juicio más o menos cabal de su estado de salud. Puede decirse que, en general, tenía una "viscosidad motriz y psíquica", para emplear la expresión consagrada por Hesnard.

La evolución del parkinsonismo postencefalítico ha sido, como sucede en la mayoría de los casos, muy lenta, prolongada; después de cerca de tres años de iniciación del aludido síndrome, el enfermo permanece en estado pseudo-paralítico, con pérdida casi absoluta del automatismo, sin que las diversas medicaciones hayan modificado permanentemente dicho estado.

El caso clínico que acabamos de describir, someramente, se presta a una serie de interesantes comentarios más de orden etiológico que anatomo-clínico. Efectivamente, en los antecedentes patológicos del enfermo se encuentra un "chancro" cuya naturaleza sifilítica parece confirmada por la reacción de Wassermann practicada en enero del año 1921. Ahora bien, cabe preguntar si es la lués la causa del síndrome mesocefálico, con sus dos grandes manifestaciones letárgica y parkinsoniana. Aunque las investigaciones de Lhemitte y otros observadores han demostrado la existencia de síndromes estriopalidales de naturaleza sifilítica, aboga en favor de la encefalitis epidémica, en nuestro caso, el hecho de haber transcurrido un largo período de latencia entre las manifestación letárgica y el síndrome parkinsoniano, hecho observado comunmente en la Encefalitis epidémica, así como la iniciación del proceso encefalítico con el síndrome propio de las enfermedades infecciosas: fiebre, malestar general, etc. Es verdad que faltan, en este caso, investigaciones biológicas seriadas, de gran valor probatorio, pero, no es rara la coincidencia de la sífilis y la encefalitis epidémica. De todos modos no existen

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

razones decisivas que nos obliguen a excluir este caso del grupo de la patocronia encefalítica.

En cuanto al asiento de las lesiones que han determinado el parkinsonismo, éstas residen en el sistema del automatismo superior o complejo (Hesnard y Verger), cuyos centros principales se encuentran en el mesocéfalo.

Al año de 1920 se refieren las observaciones del Dr. Valdizán sobre *"Psicosis postencefalíticas"*. Consecutivamente a manifestaciones agudas de la enfermedad, el Dr. Valdizán ha constatado trastornos psíquicos muy variados por su forma e intensidad. En la convalecencia de un síndrome letárgico, ha anotado "apariencias externas de introversión"; en otro caso, diagnosticado erróneamente absceso cerebral, constató, en la declinación de la dolencia, confusión mental: "la enferma estaba globalmente desorientada; el interrogatorio provocaba reacciones mímicas y fonéticas de angustia, provocadas por las dificultades de reconexión con la realidad". En otro paciente, en la declinación de la letargia, observó "un cuadro neurósico polimorfo: instruído el paciente respecto a la frecuencia de las secuelas nerviosas de la enfermedad que ha sufrido, ha edifiificado sobre la base de este imperfecto conocimiento, la seguridad de que su encefalitis deberá pasar en revista todos sus órganos y todas sus funciones". Además, se advierte cierto "tono hipocondriaco", ajeno, probablemente, al proceso encefalítico; se entrevée, por último, "la presencia subconsciente de un conflicto sexual"..

Por último, refiere el Dr. Valdizán el caso de una chiquilla de nueve años que, en el período de declinación de una encefalitis de tipo letárgico, presentó trastornos de origen mental de tipo confusional, de corta duración y con restitución completa del psiquismo.

Ante los numerosos casos que ofrecen manifestaciones psicopáticas postencefalíticas, cabe preguntarse si estas son imputables, enteramente, al virus encefalítico; o bien, como lo advierte Beriel, la encefalitis sensibilizando, por decirlo así, el sistema nervioso, fragilizado anteriormente por motivos diversos, favorece el desarrollo de perturbaciones mentales. Es natural suponer que las dos contingencias son posibles. El hécho es que en el curso de la encefalitis epidémica se ha constatado síndromes psiquiátricos, de más o menos complejidad y aspectos aberrantes.

La epidemia del año 1922 se caracterizó por el poliformismo que adoptó la encefalitis epidémica: formas álgica, letárgica, confusional, meningítica, hemiplégica, hipertónica, etc. etc. En medio de esta multiplicidad de aspectos clínicos, llamaron la atención dos casos, observados por el Dr. González Olaechea: uno de *oftalmoplegia total externa*, en un niño de catorce años, de evolución favorable; y, otro de forma

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

*mioclónica con queratitis fictenular,* que evolucionó, igualmente, hacia la curación.

Esta última observación es de gran importancia por las consideraciones etiológicas que suscita. En efecto, la aparición de manifestaciones herpéticas en el curso de la encefalitis epidémica confirma las investigaciones experimentales respecto a la existencia de un grupo mórbido: las *ectodermosis neurotropas o epiteliosis neurósicas,* que obedecerían, probablemente, a un virus de la misma naturaleza, diferenciándose entre sí según el grado de afinidad y virulencia.

El mismo año 1922 fué descrito por el Dr. Gonzalez Olaechea el primer caso de confusión mental de origen encefalítico.

De julio a diciembre de 1922 se presentaron numerosos casos de encefalitis epidémica, algunos de los cuales tuvimos oportunidad de observar en el Hospital "Dos Mayo".

En el archivo del servicio "Ernesto Odriozola" del Hospital "Dos de Mayo", puesto a nuestra disposición por nuestro amigo y colega el Dr. Carlos A. Bambarén, hemos encontrado la siguiente observación, que se presta admirablmente a algunas consideraciones de orden etiopatogénico.

A. O., de 18 años de edad, peruano, agricultor, procede de la hacienda "Inquisidor".

*Antecedentes hereditarios:* sin importancia.

*Antecedentes patológicos:* ha tenido viruela, sarampión, tifus y neumonía; gripe en diversas épocas. Dice haber tenido Enfermedad de Carrión (verruga). Niega enfermedades venéreas. Ha hecho uso inmoderado del alcohol.

*Enfermedad actual.*—Hace ocho días comenzó a sentir cefalalgia intensa fronto-orbitaria, que se agudizaba en las tardes; cefalalgia acompañada de fotofobia. Cuatro días después. apareció *diplopia.* Ha tenido *insomnio.*

*Examen clínico.*—La inspección general revela *estado indiferente,* facies deprimida. Se observa *bléfarotic* del ojo derecho (¿mioclonía?). La motilidad excéntrica del ojo está conservada. Las pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación; son isocóricas.

El exámen de los diversos aparatos revela los siguientes síntomas positivos: *Aparato respiratorio:* disminución del murmullo vesicular en el vértice derecho; hay broncofonía; tos y espectoración. *Aparato circulatorio:* pulso pequeño, hipotenso, ritmo regular, 54 pulsaciones. Se escucha un refuerzo del segundo ruido en el foco pulmonar. De lado del sistema linfático, se constata la existencia de una *micropoliadenopatía inguino-crural.* El *aparato digestivo* ofrece los siguientes síntomas: lengua saburrosa, hiperestesia abdominal, gorgoteo en la fosa ilíaca derecha y cuerda cólica; hay constipación intestinal. Nada de particular presenta el aparato génito-urinario. El exámen del aparato de la locomoción demuestra la existencia de *tibias rugosas,* cierta *espasticidad de los miembros inferiores, particularmente* ostensible en los movimientos activos. Se observa, en veces, movimientos expon-

Universidad del Perú. Decana de América

táneos de los pies. El examen de la sensibilidad permite apreciar *hiperalgesia generalizada.* Hay exageración de los reflejos patelares, cremasterianos y abdominales. Los signos de Kerning y Bruzinski son positivos. El signo de Babinski es negativo. Reflejo óculo-cardíaco positivo. Hay insomnio. Examen del fondo del ojo, normal. Numeración y fórmula hemo-leucocitaria normales. *Reacción de Wassermann en la sangre negativa.* El examen del líquido céfalo-raquídeo ofreció los siguientes caracteres: aspecto límpido, cristal de roca; reacción alcalina; serina, 0.10 por mil. No hay globulina; glucosa 0,285; linfocitos 304 por campo. No hay granulocitos. No se encuentran gérmenes. *Reacción Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo fuertemente positiva.*

El paciente falleció pocos días después de su ingreso. No se indica la causa inmediata de la muerte.

El diagnóstico fué: encefalitis epidémica, forma meningítica.

El cuadro clínico nos sugiere algunas consideraciones importantes.

Es de anotar en la historia clínica algunos signos evidentes de afección luética, y, sobre todo, la existencia de la reacción de Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo, fuertemente positiva. Estos datos nos hacen sospechar la intervención de la sífilis en el proceso mórbido que estudiamos.

Podría aducirse, desde el primer momento, con cierto criterio, que dada la extrema difusibilidad de la sífilis en la patología humana, no es extraño que la encefalitis epidémica se desarrolle en un terreno luético, y podríase señalar observaciones extranjeras a favor de esta idea, tales como las de Jeanselme y de Achard, entre otras; pero, consideramos útil e instructivo tratar de dilucidar la etiología del caso que comentamos.

Se ha dicho que "un diagnóstico particularmente delicado es aquel de la sífilis mesocefálica"; y, algunos autores de notoriedad, como Achard, señalan como carácter propio de la evolución de los accidentes sifilíticos su aparición progresiva y gradual. Así dice el mencionado autor: "ellos progresan (los accidentes) y se extienden a la manera de una mancha de aceite"; y, a continuación, agrega: "en tanto que en la encefalitis se vé muchas veces atenuarse y aún desaparecer en algunas horas o en algunos días ciertos síntomas". Se puede decir, citando las propias palabras de Achard, "que la evolución de los fenómenos mórbidos es el guía más seguro para el diagnóstico".

Se considera, por la mayoría de los autores, que la agrupación caprichosa de los síntomas y el carácter "móvil, parcelario y disociado" de los trastornos constituye la característica de la encefalitis epidémica. Efectivamente, no se puede negar que tan singular evolución imprime un sello "sui géneris" a la encefalitis epidémica, pero puede decirse desde ahora, no constituye carácter exclusivo de la enfermedad de Economo-Neter. Al respecto, Guillain, en reciente trabajo so-

Universidad del Perú. Decana de América

bre esta interesante cuestión, refiere casos de sífilis con trastornos metencefálicos y mesencefálicos simulando la encefalitis epidémica, en dichos casos los síntomas aparecieron y desaparecieron en breve lapso.

En medio de esta dificultad diagnóstica cabe recurrir a las investigaciones biológicas, que en veces adquieren gran valor probatorio. La reacción de Wassermann tiene, incuestionablemente, elevada significación en el diagnóstico de la sífilis, sobre todo si es fuertemente positiva en el líquido céfalo-raquídeo. En la encefalitis la reacción de Wassermann suele presentarse débilmente, pero carece de la intensidad y frecuencia que en la lúes. En todo caso, como medio de ratificación diagnóstica debe recurrirse a la reacción del benjuí coloidal en el líquido céfalo-raquídeo: positiva en la sífilis, "es siempre negativa en la encefalitis epidémica" (Guillain.)

Otro medio diagnóstico, un tanto inseguro, es la disociación albúmino-citológica en el líquido céfalo-raquídeo (Sicard), observada en la sífilis; reacción que se opondría, en cierto modo, a la disociación cito-albuminosa (Bernard) constatada, frecuentemente, en la encefalitis. En efecto, Guillain ha observado fuerte pleocitosis en la sífilis; por consiguiente, esta reacción cito-química no costituye argumento decisivo de diagnóstico. En armonía con la opinión de la mayoría de los autores, creemos útil insistir en la necesidad, en casos dudosos, de un examen seriado del líquido céfalo-raquídeo, pues como ya lo hemos expresado en otra parte de este trabajo, la evolución cito-química del mencionado líquido tiene gran valor diagnóstico en la encefalitis epidémica.

Consideramos importante citar, con motivo del diagnóstico del presente caso, lo que dice Piery respecto a la *granulia meníngea:* "Sobre las meninges el brote granúlico discreto se revela por una violenta cefalalgia, un estado meningítico, sin que halla meningitis. Se observa monoplegias, hemiplegias transitorias, trastornos oculares pasajeros, exageración de los reflejos, etc. Todos estos trastornos son temporales, fugaces, móviles; hay alternativa de mejoría y de agravación; después, finalmente, todo entra en orden y el brote se termina por resolución. Todo esto no dura sino algunos días y no conduce a la meningitis tuberculosa clásica". ¿Esta descripción no corresponde a la evolución, observada frecuentemente en la encefalitis epidémica?

Teniendo en consideración las circunstancias arriba indicadas, creemos que la naturaleza del caso, cuya historia pormenorizada hemos hecho, es muy difícil de establecer sólidamente, pues carecemos de pruebas biológicas decisivas. No debemos olvidar la advertencia de Guillain: "las encuestas más minuciosas y las investigaciones biológicas más completas se imponen siempre antes de concluír en la existencia de un caso de encefalitis". Y, el profesor Ricaldoni, de Montevideo, dice

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

al respecto: "No se dispone todavía de un criterio biológico específico, que, suficientemente maduro, como para ser aplicado en la clínica, permita el diagnóstico exacto en los casos dudosos, dándonos, al fin, un medio fácil y seguro de establecer el verdadero balance de la Encefalitis".

Observación interesante, igualmente, es la siguiente, récogida en el archivo del servicio "Ernesto Odriozola" del Hospital "Dos de Mayo". Héla aquí:

Demetrio Ramírez, de 48 años de edad, procedente de Lima, agricultor, ingresa al servicio el 11 de agosto de 1922, y ocupa la cama Nº 30.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Ha tenido siete hijos a término, de los cuales han muerto tres; los cuatro restantes viven y son sanos. Su mujer ha tenido tres abortos.

En la infancia ha sufrido de viruela, sarampión y coqueluche. En la adolecencia ha padecido de ataques epileptiformes y de paludismo. En la edad adulta, ha tenido reumatismo articular agudo, varias veces; gripe en diversas épocas, neumonía y enteritis. Es alcohólico.

*Enfermedad actual.*—Hace dos meses fué atacado, repentinamente, de quebrantamiento general, cefalalgia y fiebre moderada. Luego, tuvo *diplopia* y estrabismo convergente; insomnio y delirio. Permaneció en este estado medicinándose en su domicilio, y como no encontrara alivio ingresó al Hospital "Dos de Mayo", al servicio "San Pedro", donde permaneció tres semanas; como no encontrara, tampoco, mejoría volvió a su domicilio. En esta época el aspecto de la enfermedad era el siguiente: tenía *hipertonía generalizada, facies rígida, inexpresiva,* el insomnio había disminuído; la constipación era pertinaz.

Al ingresr al servicio "Ernesto Odriozola", presentaba el siguiente cuadro clínico: *inspección general:* desarrollo proporcionado, actitud indiferente; estado de nutrición regullar; facies característica, inexpresiva *(figée).*

De lado de la cabeza se consignan los siguientes datos: cráneo mesocefálico; percusión dolorosa; el aspecto general de los ojos revela oclusión incompleta del párpado superior derecho y *epífora;* la motilidad de los ojos está conservada, se observa, sin embargo, ligeras sacudidas nistagmiformes en los movimientos asociados a la convergencia; las pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación; la visión está disminuída.

El aspecto de la lengua es húmedo y saburroso; hay infección dentaria. En la faringe se constata que el pilar posterior derecho se mueve menos que el izquierdo; hay *disartria.* La audición está disminuída.

Nada de particular en los otros aparatos de la vida vegetativa.

El examen del sistema nervioso demuestra diversos trastornos, cuya relación es la siguiente: deambulación a pequeños pasos, con amplia base de sustentación. Signo de Fournier positivo. Retropulsión positiva. Estación unipedal imposible. Reflectividad: signos de Gordon

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

y Oppemhein positivos, más acentuados del lado derecho. Babinski negativo. Ligera clonia del pie. Reflejos cutáneos: los abdominales inriores abolidos, los demás normales.

No hay incontinencia de orina.

La numeración globular y la fórmula hemo-leucocitaria no indican nada de particular. La reacción de Wassermann en la sangre se negativa.

Se diagnostica encefalitis epidémica.

El exámen de la historia clínica revela, evidentemente, la existencia de un proceso de naturaleza infecciosa; proceso bien pronto seguido de manifestaciones nerviosas, reveladoras del compromiso del nervio óculo motor externo (estrabismo convergente por parálisis del recto externo de los ojos) y de la corteza cerebral (delirio).

Al cabo de algunas semanas de enfermedad, desaparecieron algunos de estos signos y otro se atenuaron para ser reemplazados, a su vez, por nuevos síntomas, expresión, estos últimos del compromiso del tono muscular y del ataque de varios nervios craneanos. Veamos cuales son las probables lesiones que la encefalitis epidémica ha producido en este caso.

Además de los trastornos cortinales, a los cuales nos hemos referido ya, que denuncian alteraciones simplemente funcionales, es evidente que el virus encefalítico ha causado lesiones inflamatorias, y por consiguiente reparables, de los nervios óculomotor-externo (parálisis de la convergencia), del facial superior (?) (epífora), del gloso-faríngeo (parálisis del pilar posterior) y del vago (disartria) en la zona bulbo-protuberancial. Estas parálisis son, probablemente, nucleares, dado el carácter parcelario de esta encefaloplegia. Parálisis asociadas y sucesivas que explícanse por la vecindad de los núcleos y fibras de los mencionados nervios; "carácter topográfico—muy común en la encefalitis epidémica—por islotes separados, que comprenden varios núcleos más o menos alejados" (Achard). En el caso actual las lesiones localizadas en la protuberancia se extendieron hacia el bulbo y el pedúnculo cerebral. Efectivamente, se observa que casi al mismo tiempo aparecen en el enfermo trastornos del tono muscular y parálisis parcelarias de varios nervios de sede bulbar.

Los trastornos del tono muscular se explican por la participación en el proceso del *locus niger*, situado en la calota peduncular; la hipertonía general y la facies *"figée"*, que apacieron en la segunda etapa de la enfermedad, son evidentemente testimonios de la lesión nígrica; conjetura que se funda en la existencia de perturbaciones de la marcha, consecutivas a alteraciones del equilibrio, que fácilmente se explican por la extensión del proceso anatomopatológico del *locus niger* al vecino *núcleo rojo*, que forma parte, como sabemos, del *sistema estrío-palidal-cerebeloso*.

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

Por último, hay compromiso, aunque leve, del haz piramidal; lesión que se traduce por la disociación de la reflectividad, propia de las alteraciones parcelarias de la vía piramidal (Vidal y Guillain). En resumen, se trata de un caso de encefalitis de forma pedúnculo-bulbo-protuberancial.

El año 1923 la encefalitis epidémica hizo de nuevo su aparición, ofreciendo múltiples aspectos clínicos; algunas manifestaciones crónicas de la enfermedad fueron constatadas. Aunque la epidemia alcanzó su acmé durante el invierno, como ocurre en las epidemias extranjeras, se observaron, sin embargo, casos más o menos aislados, en diversas épocas del año.

A continuación damos a conocer algunas observaciones que hemos recojido en los diversos servicios hospitalarios, algunas incompletas por diversas razones.

En enero de 1923 ingresó al servicio "Ernesto Odriozola" del Hospital "Dos de Mayo" el enfermo José Díaz Chávez, de 35 años de edad, natural de Lima, y ocupó la cama N. 52.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes patológicos personales.*—Refiere el paciente haber tenido fiebre tifoidea a la edad de veinte años, que le duró dos meses. En 1914, tuvo blenorragia que duró apenas tres semanas, y adenitis inguinal supurada, cuya duración fué de dos meses y medio. Dos meses después, tuvo una erupción en la región póstero-externa de la pierna derecha, que ha dejado huellas. Es de hábito alcohólico inveterado. Ha padecido de los ojos en dos ocasiones.

*Enfermedad actual.*—Refiere el paciente que hace dos meses y medio comenzó a sentir "desfallecimientos" en los miembros inferiores durante la marcha, desfallecimientos que esstaban acompañados de "hormigueos". En veces, sufría contracciones en ambas pantorrillas. Durante este tiempo libaba frecuentemente.

A partir de los últimos días de diciembre, la deambulación se ha hecho más difícil y penosa, imposibilitándolo para realizar sus labores. *La marcha ha adquirido carácter vacilante y los pies caen sobre los talones.* La marcha con los ojos cerrados es incoordinada. Con un solo pié es muy difícil: es casi imposible apoyándose sobre el pié izquierdo. Son estos trastornos de la marcha los que lo han obligado a ingresar al hospital.

El *exámen clínico*, efectuado en el mencionado servicio, dió los sigientes datos: desarrollo proporcionado, actitud indiferente; estado de nutrición bueno; presenta algunas cicatrices en la piel. Cráneo mesocefálico. Ojos normales; motilidad ocular bien conservada; nada de particular de lado de las pupilas. Aparatos respiratorio y circulatorio normales. El sistema linfático ofrece infarto ínguino-crural, Aparatos digestivo y génito-urinario normales. El aparato locomotor presenta los siguientes signos: extremidades inferiores con *tibias rugosas*, en forma de sable; se observan *movimientos expontáneos de los dedos de los piés*, especialmente en el derecho, de tipo *coreo-atetósico*. Las masas musculares de la región ántero-externa de la pierna derecha son

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

atacadas de movimientos mioclónicos. Las diversas formas de la sensibilidad están disminuídas, más en el miembro inferior izquierdo que en el derecho, desde el tercio inferior del muslo hasta el tercio inferior de las piernas, muy especialmente en la zona interna e inferior del muslo.

*Exámenes de laboratorio.*—La reacción de Wassermann, en la sangre y el líquido céfalo-raquídeo, negativa. El examen citoquímico dió el siguiente resultado: aspecto límpido, cristal de roca, sin tensión; alcalino; vestigios de serina; Pandy positivo; no hay glucosa; úrea, o,36 por mil; cloruros, 8 gramos; uno que otro linfocito, no hay granulocitos.

La evolución del caso, según los datos del servicio, fué la siguiente: "Los trastornos de la sensibilidad se atenuaron, al punto de desaparecer por completo, poco tiempo después. Los trastornos de la motilidad persistieron; en efecto, el trastorno motor más evidente es la marcha; marcha un tanto difícil por contractura de las masas musculares, principalmente notable de lado del miembro inferior derecho. Al dar la vuelta, el sujeto vacila. La marcha con los ojos cerrados es más difícil aún; el paciente experimenta incoordinación, y, en cierto momento, se detiene; hay pérdida del equilibrio, evidentemente, y trata de evitar la caída ampliando la base de sustentación. Se advierte, en veces, *movimientos del hombro izquierdo* y *mioclonías* de la mano del mismo miembro.

El enfermo se fatiga fácilmente en la marcha, y dice sentir contracción de los músculos de la pantorrilla derecha; a esta contracción sucede la relajación de dichos músculos, y, en veces, la claudicación de ambos miembros inferiores con la caída consecutiva.

El examen, practicado días después de su ingreso, suministró los siguientes datos: reflejo plantar manifiesto, reflejo cremasteriano perezoso, reflejos abdominales disminuídos. No hay Babinski, ni Oppemheim ni Gordon; no hay clonus de la rótula. Integridad de los esfínteres. Dinamometría normal.

El diagnóstico fué: encefalitis epidémica, forma extrapiramidal.

La interpretación anatomo-clínica del presente caso es muy delicada, pues carecemos de una catamnesis detallada y precisa, condición indispensable para la exacta apreciación de los fenómenos clínicos. Sin embargo, vamos a hacer algunas apreciaciones que consideramos justificadas.

Hay en este caso un elemento etiológico importante: el alcoholismo, agente determinante, probablemente, de la polineuritis mixta que presenta el enfermo. Abonan este acerto la evolución de la enfermedad, la incoordinación de la marcha (síndrome tabetiforme), consecuencia de los trastornos sensitivos y motores propios de la polineuritis, y un dato negativo de valor diagnóstico evidente; la ausencia de parálisis recto-vesical.

Es posible, igualmente, que durante el curso de esta polineuritis de causa alcohólica el sujeto haya adquirido la infección encefalítica; dolencia esta última que ha determinado los

Universidad del Perú. Decana de América

trastornos del movimiento automático. Trastornos del movimiento automático que en este caso se tradujeron por movimiento de tipo coreo-atetósico y mioclónico, y, más tarde, por espasmos musculares.

En harmonía con los conocimientos actuales sobre las funciones del cuerpo estriado es lógico suponer que los trastornos de los mencionados movimientos automáticos son debidos a lesiones de este gran centro motriz subcortical, principalmente del *neo-estriatum,* que constituye, como sabemos, un centro inhibidor y regulador de dichos movimientos.

Es posible que, dada la falta de sinergia de las mioclonías, así como su repartición caprichosa, las lesiones estriadas sean discretas en su topografía y comprometan en su integridad funcional y anatómica determinados centros o conductores extrapiramidales, cuyo conocimiento detallado se ignora todavía.

En mayo del mismo año 1923, tuvimos ocasión de estudiar un interesante caso de *encefalitis mioclónica de evolución crónica,* en el "Consultorio Médico" del Hospital "Dos de Mayo". La historia clínica es la siguiente:

S. G. de 32 años de edad, natural de Huancavelica, y procedente de Huancayo; ingresa al Hospital "Dos de Mayo" el 7 de mayo de 1923, y ocupa la cama N. 25 de la sala "Santa Ana".

*Antecedentes hereditarios:* sin importancia.

*Antecedentes personales.*—En la infancia ha tenido viruela; después su salud ha sido completa.

*Enfermedad actual.*—El 7 de mayo de 1923 se presenta al "Consultorio Médico" del Hospital "Dos de Mayo" un individuo de talla mediana, de constitución mediocre, en estado de hipermotricidad: movimientos mioclónicos de los músculos del cuello, y miembros superiores; movimientos rítmicos en número de 45 por minuto. Dada la importancia del caso, se hospitaliza al enfermo y ordenamos su ingreso a la referida sala "Santa Ana", donde ejercíamos el cargo de jefe de Clínica; sala en la cual continuamos tan interesante caso, en compañía del Dr. Mora Químper y del interno Sr. Carlos Cornejo Portugal.

La anamnesis dió los siguientes datos: A fines del mes de febrero, se sintió enfermo: experimentó malestar general, cefalea ligera; ignora si tuvo fiebre.

En los primeros días de marzo, estando en Morococha, sufrió intensa emoción, y en la noche de ese mismo día experimentó *violento dolor al cuello* en la región carotídea derecha; pocas horas después *el dolor se extendió a la nuca y a la región occipital del mismo lado y parte de la espalda.* Tuvo, igualmente, dolor de cabeza, e insomnio. En esta condición permaneció 3 días.

Al finalizar el cuarto día, notó con sorpresa que *el brazo derecho oscilaba bruscamente.* Tres días después *el movimiento mioclónico se extendió al brazo izquierdo.* Solicitado un facultativo, éste le prescribió unas cucharadas que atenuaron sus síntomas, durante tres

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

o cuatro días. Después los síntomas fueron atenuándose casi hasta desaparecer.

En abril, encontrándose en Huancayo, se reprodujo el cuadro clínico ya descrito. A los síntomas anotados, se añadieron *movimientos bruscos y rítmicos del abdómen.* Había constipación tenaz, que en una ocasión duró 11 días.

Poco tiempo después, notó que la *cabeza se inclinaba hacia adelante;* movimiento, probablemente, de defensa pues en esta posición el el dolor a la nuca se aliviaba.

Durante el viaje de Huancayo a Lima el movimiento de inclinación de la cabeza desapareció.

Durante su permanencia en el Hospital los dolores en el trayecto del plexo cérvico-braquial han desaparecido casi completamente. Al contrario, los movimientos de los miembros superiores y los resaltos mioclónicos de la nuca y cuello son bastante ostensibles. Observado detenidamente, se constata: movimientos de flexión de la cabeza sobre el tronco, movimientos de flexión, igualmente, de los antebrazos sobre el brazo correspondiente, a los cuales se sobreañaden ligeros movimientos de abducción de los dos miembros. Los antebrazos no llegan nunca a la relajación muscular completa; *conservan un estado hipertónico manifiesto.*

*Examen de los diversos aparatos.*—Exceptuando el aparato locomotor, el enfermo no presenta trastornos ostensibles de los diversos aparatos.

*Exámen especial del sistema nervioso.*—Aparato locomotor: el enfermo tiene movimientos clónicos, sincrónicos, de los miembros superiores, con los caracteres ya puntualizados. Sobresaltos de la musculatura del cuello, dorso y tórax. En veces, mioclonías de los rectos abdominales.

*Ligera parálisis facial derecha,* con desviación de la lengua al mismo lado. Signo de la pipa: positivo.

Marcha normal.

*Sensibilidad.*—Dolores de poca intensidad en el trayecto del plexo cérvico-braquial. Las demás formas de la sensibilidad, normales.

No hay Romberg.

*Reflectividad.*—Reflejos rotulianos retardados. Los reflejos de los miembros superiores no han podido investigarse por los movimientos mioclónicos. Los reflejos cutáneos, normales. No hay Babinski.

Reflejos pupilares a la luz y a la acomodación normales. No hay anisocoria. Movimientos del ojo, conservados.

Inteligencia conservada.

*Sueño.*—Insomnio los primeros días. Cuatro días después de su ingreso al servicio recobró el sueño.

Durante la permanencia del paciente en el servicio ha estado apirético.

*Exámenes de Laboratorio.—Orina:* nada de particular. *Líquido céfalo-raquídeo:* límpido, alcalino; vestigios de serina, no hay globulina. Glucosa, no hay. Urea, 0,25%; cloruros, 9 gramos. Examen ci-

Universidad del Perú. Decana de América

lógico: hay algunos linfocitos, no hay granulocitos; reacción de Wassermann, negativa.

*Evolución y tratamiento.*—Durante su permanencia en el servicio, no ha aparecido ninguna manifestación nueva de la enfermedad. Al contrario, los síntomas fueron cediendo, aunque lentamente.

El tratamiento fué el siguiente: urotropina, a la dosis diaria de 2 gramos, fraccionadamente; y luminal a pequeñas dósis (10 centígramos) en la noche, para atenuar los movimientos involuntarios y provocar el sueño.

Aliviado el paciente, solicitó "alta" el 3 de junio del año en referencia.

Es indudable que nuestro paciente fué acometido de un proceso infeccioso como lo demuestran los prodromos y el período de invasión de la enfermedad; síndrome infeccioso al cual asocióse luego el *síndrome álgico*, que precede frecuentemente, al síndrome mioclónico. El síndrome asociado algo mioclónico se ha generalizado, en este caso, del cuello y miembros superiores al tórax, y, luego, a los músculos del abdómen. Ha seguido, pues, una marcha descendente, contrariamente a lo observado en la forma mioclónica tipo Landry, de marcha ascendente y de evolución generalmente fatal. En nuestro caso, la enfermedad ha tomado carácter subagudo, con tendencia bien acentuada a la cronicidad. Con todo, es muy difícil preveer el porvenir del enfermo.

En cuanto respecta a la localización del proceso anatomopatológico, dada la distribución de las mioclonías, su carácter rítmico y la ausencia de atrofia y parálisis de tipo radicular, creemos que, en el presente caso, el proceso reside en el cuérpo estriado.

El mes de junio de 1923 ingresó al Servicio "Ernesto Odriozola" del Hospital "Dos de Mayo" el enfermo R. A. de 30 años de edad, procedente de Magdalena del Mar. He aquí, sumariamente, la historia clínica:

Refiere que hace un año, poco más o menos, tiene *sobresaltos musculares del músculo externo cleido mastoideo derecho.* No ha tenido fiebre, ni ningún otro síntoma fuera de la mioclonía citada.

El examen del líquido, céfalo-raquídeo fué normal. La reacción de Wassermann en la sangre negativa.

El paciente fué tratado con urotropina, por vía endovenosa y oral, y con escopolamina, hiosciamina y luminal.

Después de dos meses de tratamiento, el enfermo salió curado.

La lesión o trastorno funcional ha recidido, probablemente, en este caso, en la médula cervical.

El 9 de agosto de 1923 ingresó al servicio "San Roque" del Hospital "Dos de Mayo" el enfermo S. R., de 26 años de edad, natural de Lima, albañil, y ocupó la cama N. 41.

Su historia clínica es la siguiente:

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

*Antecedentes hereditarios:* sin importancia.

*Antecedentes personales.*—En la primera infancia tuvo sarampión; hace 8 años le atacó paludismo. Es de temperamento nervioso, irritable. Adolecente, sufrió una caída de un caballo que le ocasionó un traumatismo craneano sin conmoción cerebral consecutiva; traumatismo al cual atribuye el paciente su exditabilidad nerviosa. Niega infecciones venéreas.

*Enfermedad actual.*—Hace siete días, encontrándose en sus labores cotidianas, *sintió en el flanco derecho ligeras contracciones de los músculos que le provocaban sensaciones desagradables y ligeramente dolorosas;* al poco tiempo *estas contracciones se extendieron hasta el escroto,* pero solamente en el lado derecho, produciendo la *tracción brusca del testículo* correspondiente hacia arriba, con el consiguiente dolor. Las contracciones o mioclonías se hicieron muy frecuentes los días siguientes, y en seguida se extendieron a la musculatura del flanco izquierdo; las mioclonías, entonces, adquirieron carácter violento, rápido e irregular; en veces, las contracciones eran de tipo alterno. Los días siguientes fué observando el paciente la *progresión de los movimientos mioclónicos hacia los muslos, particularmente a los músculos rectos internos, y a los dedos de los pies (músculos extensores de los dedos).* El Enfermo ha estado apirético durante la estadía en su domicilio. Careciendo de recursos para medicinarse, resolvió ingresar al hospital.

El día 9 de agosto fué examinado por el Sr. Jorge Llerena, entonces interno del servicio mencionado, y anotó en la carta clínica los siguientes datos: "A la inspección, el paciente presenta la piel pálida y manchada, la conjuntivas oculares inyectadas y cierto grado de fotofobia. Siempre está con la cara cubierta, debido, probablemente, a este último síntoma.

"La pared anterior del vientre es presa de movimientos contráctiles, rápidos, involuntarios, pero de pequeña amplitud (convulsiones clónicas). Además de los músculos abdominales, también parece contraerse el diafragma, porque los movimientos respiratorios son entrecortados, produciéndose a veces ruidos guturales semejantes al hipo (crisis frenoglóticas). Las contracciones de los músculos abdominales son arrítmicas en ambas mitades del cuerpo. En raras ocasiones, fenómeno curioso, parece que una sola contracción, en forma de onda, recorriera toda la pared abdominal. Se observan, en veces, contracciones tónicas del cremáster, que mantienen los testículos suspendidos.

"En los muslos se ven, también, contracciones de los músculos, casi siempre sincrónicas; algunas veces las mioclonías son aisladas. Los músculos sartorios, por ejemplo, se contraen una veces sincrónicamente, y otras alternativamente.

"Los músculos de las piernas están permanentemente en hipertonía. Los dedos de los pies en extensión forzada. Los movimientos pasivos de las piernas ofrecen gran resistencia, por su espasticidad. Los movimiento activos son muy difícies de ejecutar.

"El *examen clínico* dió los siguientes datos: *Inspección general:* desarrollo normal; estado de nutrición, regular.

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

"Motilidad ocular, normal. Pupilas iguales y regulares. Reflejos a la luz y a la acomodación normales. Visión doble (diplopia).

"Olfación: sensaciones anormales; el enfermo siente olor a kerosene.

"El aparato respiratorio presenta estertores roncantes y sibtilantes, muy discretos en ambos pulmones, más perceptibles en el vértice derecho. La respiración es de tipo costo-abdominal, 32 respiraciones por minuto, interrumpidas por las contracciones de la pared.

"*Aparato circulatorio.*—De lado de este aparato se observa lo siguiente: pulso amplio y regular, de ritmo normal; 80 pulsaciones por minuto. Tensión arterial: máxima, 14; mínima, 9; diferencial, 5. Los ruidos cardíacos son de tonalidad y ritmo normales; no hay sonidos anormales. Arterias normales.

"Sistema linfático: infarto ínguino-crural y del cuello.

"*Sistema nervioso.*—Trastornos de motilidad. Han sido consignados ya en páginas anteriores.

"*Trastornos de la sensibilidad.*—La sensibilidad tactil exagerada (hiperestesia) en las zonas hiperquinéticas, abdómen y extremidades inferiores.

"*Hiperalgesia* en el territorio de los abdómino-genitales, especialmente del lado derecho. Sensibilidad profunda, particularmente muslar, muy exquisita en las masas musculares de las pantorrillas, en especial del lado derecho. Sensibilidad al calor y al frío, normales.

"*Reflejos cutáneos.*—Reflejos plantares abolidos: reflejos cremasterianos, muy disminuídos; R. abdominales superiores conservados; R. abdominales inferiores, igualmente, conservados.

"*Reflejos tendinosos.*—*R.* rotulianos exagerados en ambos miembros; aquiliano disminuído; los reflejos tendinosos de los miembros superiores están muy dismminuídos.

"*Esfínteres.*—La micción está retardada; el enfermo tiene que hacer esfuerzo para comenzar la micción, y durante ésta se interrumpe momentáneamente, fenómeno en relación con la contracción abdominal.

"La inteligencia es normal.

"Hay insomnio.

Los días que siguieron a su ingreso al mencionado servicio "San Roque" del Dr. Julián Arce, fué atendido con mucha solicitud, y tuvimos la oportunidad de observarlo, e insinuar algunas indicaciones terapéuticas, en ausencia del jefe del aludido servicio.

He aquí, detalladamente, las observaciones posteriores:

Agosto 10.

"El enfermo ha tenido anoche un sueño entrecortado. Acusa diplopia intermitente. Hay sialorrea. El vientre presenta contracciones mioclónicas muy discretas. Se constata la existencia de reflejos posturales, tal como la permanencia, durante algún tiempo, de la flexión del pie sobre la pierna.

"Como tratamiento se prescribe: poción bromurada con hidrato de cloral, urotropina, *per os*, y pequeñas dósis de luminal.

Agosto 11.

"La noche ha sido muy agitada; ha habido delirio, y se ha levantado varias veces de su lecho. Pulso: 90. Respiraciones: 28 al minuto.

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

Contracciones abdominales muy irregulares (contracciones alternadas de los músculos rectos y oblícuos). Tratamiento: inyecciones de urotropina, y luminal por vía oral.

Agosto 12 y 13.

"El paciente tiene contracciones, en número de 10 al minuto, de los músculos del abdómen. Ha delirado principalmente en las noches. En la mañana del día 13 el enfermo está muy soporoso, aletargado; contesta muy difícilmente los preguntas, y delira por instantes. Hay retención de orina, probablemente por espasmo del esfinter vesical. Ha defecado después de un enema.

"Las *investigaciones de laboratorio* han suministrado los datos siguientes:

*"Examen de orina:* nada de especial aparte vestigios de serina.

*"Dosaje de úrea:* 0,51 por mil.

*"Reacción de Wassermann:* en la sangre, negativa; od. en el líquido céfalo-raquídeo.

*Reacción de Wassermann:* en la sangre, negativa; id. en el líquido

*"Examen cito-químico del líquido céfalo-raquídeo:* Aspecto sanguinolento, albúmina, 0,25 por mil, globulina positiva, glucosa 0,40 por mil. El examen citológico revela leucocitos, células endoteliales en poca cantidad, glóbulos rojos abundantes.

"El enfermo fué retirado del hospital por su familia en estado grave, sin que nos fuera posible continuar la observación.

La interpretación del caso que acabamos de referir nos parece relativamente sencilla, pues se trata, evidentemente, de una *forma mioclónica clásica* de encefalitis epidémica. Efectivamente, la dolencia se inició con mioclonías en el flanco derecho del abdómen, que luego se extendieron al cremaster, determinando por contracción de este músculo la tracción brusca del testículo correspondiente. Luego, estos movimientos mioclónicos se extendieron ,al lado izquierdo del abdómen, y en seguida a los músculos de los muslos, especialmente a los rectos internos, y, por último, a la musculatura de las piernas (músculos extensores de los dedos). De otra parte, se observa trastornos de la sensibilidad (hiperestesia e hiperalgesia) y del esfinter vesical (retardo de la micción, retención de orina).

Del estudio de esta interesante observación, se deducé la existencia, en este caso, de un *proceso encefalítico con espécial localización medular,* pues el carácter extensivo de la mioclonias y su carácter arrítmico, así como los trastornos vesicales, testimonian la procedencia espinal de dichos fenómenos.

Hubiera sido nuestro deseo hacer un estudio estadístico completo de la Encefalitis epidémica en el Perú, pero, como lo hemos manifestado, las fuentes de información han sido muy restringidas. Además, nos hemos reducido a aquellas informaciones de carácter fidedigno: a las observaciones publicadas en las revistas médicas del país, a las historias clínicas recojidas en los servicios nosocomiales y a los casos que hemos tenido oportunidad de seguir en nuestra práctica civil. Hemos excluído los relatos, más o menos profusos, pero, tam-

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

bién, más o menos inverosímiles, de quienes nos afirmaban haber observado casos de genuina encefalitis epidémica, sin que a través de dichas historias encontráramos razones suficientes para afirmar el diagnóstico probable de tan curiosa enfermedad. Ninguna dolencia como la Encefalitis epidémica para hacer gala de mera de fantasía.

Resumiendo las observaciones de varios años—1919 a 1924 inclusive—hemos formado el siguiente cuadro, que, desde luego, solo permite dar una idea general de la Encefalitis epidémica en Lima.

ENCEFALITIS EPIDEMICA EN LIMA

| Año | | Formas Clinicas | Nº. de casos |
|---|---|---|---|
| | Marzo. | Forma. letargo-parálitica | |
| 1919 | Junio. | ,, ,, ,, | 4 |
| | Agosto | ,, ,, ,, | |
| | Octubre | ,, ,, ,, | |
| | Enero | ,, miotónica. | |
| | Febrero | ,, meningea | |
| | ,, | ,, álgica. | |
| | Abril | ,, letargo-mioclónica. | |
| | ,, | ,, letargo-paralítica. | |
| 1920 | Junio | ,, álgica. | |
| | ,, | ,, olgo-mioclónica. | 14 |
| | ,, | ,, algo-mioclónica y encefaloplégica | |
| | ,, | ,, letargo-miotónica. | |
| | Julio | ,, álgica. | |
| | Agosto | ,, coreo-letárgica. | |
| | Setiembre | ,, paralítica. | |
| | Octubre | ,, hipo epidémico. | |
| | ,, | ,, ,, | |
| | Abril. | ,, álgica. | |
| | Junio | ,, ,, | |
| 1921 | ,, | ,, ,, | 10 |
| | Agosto | ,, síndrome de Benedickt. | |
| | ,, | ,, parkinsoniana. | |
| | ,, | ,, Psicosis post-encefalítica (4 casos) | |
| | Enero | ,, de confusión mental | |
| | Julio | ,, meningitica. | |
| | Agosto | ,, hipertónica. | |
| 1922 | ,, | ,, álgica. | 7 |
| | Octubre | ,, Oftalmoplégica total ext. | |
| | Diciembre | ,, mioclónica y zona oftálmica | |
| | ,, | ,, coreo-atetósica. | |
| | Enero | ,, extrapiramidal | |
| | Marzo | ,, pseudo-esclerosis en placas | |
| | ,, | ,, encefaloplégica. | |
| | Mayo | ,, mioclónica crónica. | |
| 1923 | Junio | ,, ,, | 9 |
| | Agosto | ,, letargo-mioclónica. | |
| | ,, | ,, meningo-encefálica. | |
| | ,, | ,, miotónica. | |
| | Setiembre | ,, letargo-mioclónica. | |
| | Abril | ,, herpética. | |
| 1924 | ,, | ,, algo-mioclónica | 3 |
| | ,, | ,, nistagmus de tipo mioclónico predominante | |
| | | | Total 48 |

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

La totalidad de casos que figuran en nuestra estadística alcanza a 47 enfermos de encefalitis epidémica, con una mortalidad media de 13 %.

Por consiguiente, el índice de mortalidad entre nosotros ha sido sensiblemente menor que el observado en Europa y otros países de América. Naturalmente, esta cifra no tiene la pretensión de ser rigurosamente exacta por las razones anteriormente expuestas, pero puede ser estimada como verosímil.

---

# Sobre el tratamiento del Keratocono

Por el Dr. LUIS CHAVEZ VELANDO

El tratamiento del Keratocono puede ser óptico, médico y quirúrgico.

En el tratamiento o corrección óptica del Keratocono, no insistiremos, porque dada la forma cónica de la córnea es imposible remediar el defecto de refracción con lentes cóncavos esféricos o esfero-cilíndricos. Se han hecho tentativas a este respecto, pero sin resultado práctico alguno. Con lentes de 20 o más dioptrías, puede conseguirse que la acuidad visual, inferior por lo general a 0.1 mejore algo; pero este aumento es tan poco marcado que no valdría la pena imponer al enfermo el uso de esos lentes.

El tratamiento médico con los colirios que bajan la tensión (eserina, pilocarpina), partió del concepto mecánico de la enfermedad según el cual el Keratocono era una *córnea forzada*. Inaceptable este tratamiento por partir de un principio falso, sólo tiene importancia, como veremos después, desde el punto de vista del pronóstico del tratamiento quirúrgico.

De los métodos quirúrgicos sólo haré una ligera reseña, no deteniéndome sino en aquellos que la experiencia ha demostrado ser los mejores.

Podemos clasificar a las distintas intervenciones operatorias en tres grupos: 1°—los mecánicos que se proponen contrarrestar la dilatación de la córnea sin actuar sobre la estructura de ésta; 2°—los que buscan el restablecimiento de la debilitada resistencia corneana; y 3°—los métodos mixtos que actúan a la vez sobre la córnea misma y sobre la causa de la distensión de esta debilitada membrana, o sea la tensión ocular *normal*.

1.—*Métodos mecánicos.*—En primer término tenemos que citar al más simple de ellos: el vendaje ocular compresivo. Con este sistema sólo se consigue, cuando se le prolonga, un catarro conjuntival variable con los sujetos, congestión del

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

globo y hasta una iritis cuando la compresión pasa de cierto límite tolerable.

El *aplanamiento* del Keratocono por una tarsorrafía que se mantiene durante unos seis meses, procedimiento propuesto por A. Terson, no da resultados y parte, en cierto modo, de la idea inexacta de ser la debilidad de los párpados, en su rol de sostén del globo, la causa del Keratocono.

Mucha mayor importacia tienen por los resultados obtenidos las intervenciones destinadas a disminuir la tensión ocular (iridectomía, esclerecto-iridectomía), no porque se considere a ésta como el verdadero factor etiológico, sino como la causa mecánica secundaria que distiende a la córnea debilitada primitivamente. De este procedimiento nos ocupamos después detalladamente.

2.—*Procedimientos que buscan el restablecimiento de la debilitada resistencia corneana.*—Ellos se proponen la curación del Keratocono por la supresión de su verdadera causa: el adelgazamiento y pérdida de resistencia del tejido corneano.

Las técnicas puestas en práctica son variadas. Tenemos el método de Graefe, que cauterizaba directamente el vértice del cono con nitrato de plata, o bien principiaba por excindir con el cuchillo de catarata las láminas superficiales de la punta del cono para cauterizar luego el fondo con la piedra infernal. Critchett emplea la cauterización con el cuchillo del gálvanocauterio aplicado de plano sobre la punta del Keratocono; Valude se contenta con aproximar el cuchillo galvánico muy cerca del vértice, sin llegar a tocarlo. Otros cirujanos practican la excisión de un colgajo del Keratocono, ya central, para central o en la base del cono, según las preferencias de cada uno.

De todos estos métodos podemos afirmar que el que subsiste es la cauterización ígnea del vértice del Keratocono hasta obtener la perforación. Es el quo yo he empleado en buen número de casos, ya aislado o bien combinado de preferencia con la esclerectomía. Como los mejores resultados operatorios los he obtenido con este último método mixto voy a ocuparme de él con detalle, indicando las enseñanzas que he deducido de mi práctica personal.

*Método operatorio mixto del Keratocono.*—Este método consiste en atacar a los dos factores del Keratocono: a la causa primera, o sea el debilitamiento de la resistencia elástica de la córnea por medio de la perforación ígnea del vértice del cono, y después a la causa secundaria, o sea la tensión ocular normal mediante una esclerectoiridectomía.

Antes de entrar en materia conviene hacer algunas observaciones de carácter general.

El Dr. Terrien recomienda como coadyuvante el tratamiento general por medio de los extractos glandulares de cápsula supra-renal, etc. Todas las enfermas que he operado (sólo he tenido un caso en un hombre), han sido jóvenes, entre 18 y

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

25 años, de excelente estado general y perfecta salud, sin taras hereditarias ni adquiridas. Además en todas ellas el Keratocono ha evolucionado rápidamente en el curso de dos a tres años y sin que su iniciación hubiese podido atribuirse a enfermedad alguna general o local. En estas condiciones no he empleado ningún tratamiento general por no encontrar indicación para su uso.

Voy a describir ahora las dos intervenciones quirúrgicas separadamente, para precisar después en las conclusiones cuáles deben ser, según mi opinión, las reglas de conducta a que conviene sujetarse.

*Cauterización ígnea del vértice del cono.*—La técnica operatoria es de gran simplicidad: preparado el ojo convenientemente y colocado el blesfarostato, se fija el globo con la pinza y mediante la punta fina del galvano-cauterio ocular se cauteriza el vértice de la ectasia hasta que haga brusca irrupción el humor acuoso. Todo aquel que haya practicado esta operación en Keratoconos bastante desarrollados, habrá observado el espesor mínimo de la córnea, pues casos hay en no bien se apoya la punta roja del gálvano cuando la inmediata salida del humor acuoso hace ver que en ese punto la córnea había quedado reducida a una delgada película. Se comprende así cómo en estos casos sea muy posible que se efectúe la perforación del Keratocono bajo la presión de cualquier traumatismo, como pasó en el caso relatado en la Enciclopedia francesa de Oftalmología, de una mujer que resultó operada por ruptura accidental de su Keratocono, recobrando una muy regular visión.

Esta exigüidad del espesor de la córnea en los casos algo avanzados, así como la imposibilidad de poder calcular previamente aquel espesor, constituyen, para mí, dos escollos insalvables para todos los tratamientos de excéresis parcial de sólo las láminas superficiales, o de cauterizaciones parciales igualmente sin perforación.

Perforado el Keratocono la córnea se aplana completamente por expulsión de todo el humor acuoso, la cámara anterior desaparece y el iris viene a aplicarse directamente a la cara profunda de la córnea. Yo no he practicado en ningún caso, el *recubrimiento* conjuntival que indica el Dr. Morax, y las razones en que me apoyo se deducen de la marcha que siguó el proceso cicatricial reparador de la debilidad corneana. Coloco pues un simple vendaje oclusivo y lijeramente compresor.

El apósito lo renuevo diariamente para practicar una toilette minuciosa del ojo, pues en la mayoría de los enfermos la oclusión de los párpados es suficiente para provocar cierto grado de catarro conjuntival. Además de la toilette con *agua esterilizada,* instilo unas gotas de un colirio de argirol o de colargol.

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

Durante las curaciones vése al principio al humor acuoso salir por la pequeña abertura y, de consiguiente, la córnea *se mantiene aplanada.* La falta de oclusión de la abertura del Keratocono se prolonga durante un lapso de tiempo comprendido entre 10 y 20 días. El peligro de que esa abertura pueda servir de puerta de entrada a una infección creo que puede descontarse; al menos yo no he observado un solo caso. La práctica quirúrgica enseña que toda herida filtrante hacia el exterior no es propicia para trasmitir una infección de fuera adentro, esto es, en sentido contrario a la circulación del líquido que se derrama. Podría ponerse de ejemplo la frecuente paracentesis abdominal por ascitis. Sacad el trocar persiste muchas veces la salida del líquido, y, sin embargo, no se ha observado la infección de la cavidad peritoneal.

Esta fistulización de la córnea durante 15 a 20 días, constituye, por el contrario, una circunstancia favorable para conseguir la consolidación cicatricial de la córnea. Durante ese tiempo el proceso inflamatorio de neoformación conjuntiva determinado por la cauterización, se efectúa hallándose la córnea completamente aplanada y sin que la tensión del humor acuoso—que no existe—distienda a la débil pared corneana. Si, por el contrario, la perforación de la cámara anterior se cerrara rápidamente, ya de modo expontáneo, ya por la acción de un colgajo conjuntival, la acumulación rapidísima del humor acuoso volvería a dar a la córnea su forma cónica y la cicatrización se efectuaría siguiendo esa conformación. Hago esta afirmación fundado en los hechos que he observado, pues aún cuando la cámara anterior no principie a reformarse sino a los 15 o 20 días, vése en algunos ojos como la córnea va cediendo poco a poco a la tensión ocular hasta readquirir exactamente su primitiva ectasia, haciendo así necesaria otra intervención operatoria. He aquí un caso que extracto de mi libro de observaciones:

*Observación N°* 1.—Señorita C. R. P., 18 años, empleada de la oficina de telégrafos (La Paz). Keratocono en ambos ojos. Sin lentes sólo puede contar con los dedos de las manos a 4 metros de distancia. Con 20 dioptrías V 0.1. En diciembre de 1922 se hizo en el ojo derecho la perforación del vértice del cono. La cámara anterior no proncipió a reformarse sino a los 20 días, con una sinequia del borde pupilar inferior con la herida corneana. Pocos días después esa sinequia que iba estirándose gradualmente y formando como un tirante que se oponía a la dilatación de la córnea, se rompió expontáneamente por efecto de la acumulación del humor acuoso y la córnea principió a deformarse nuevamente, haciendo necesaria una esclerecto-iridectomía. Esta operación se practicó el 19 de enero de 1923, la córnea volvió a aplanarse y la cámara anterior ha conservado definitivamente una escasa profundidad. El 2 de febrero se hizo igualmente una esclerecto-iridectomía en el

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

ojo izquierdo. Pasado un mes de esta última intervención, la acuidad visual en ambos ojos era igual a 0.2 con esta corrección:

O. D. sph— 12
O. G. sph— 9

La operada lee perfectamente hasta los más finos caracteres. Se le ha vuelto a examinar después de un año y el resultado se mantiene inalterable.

Esta observación y otras análogas que podría citar, ponen de manifiesto la utilidad de que se mantenga la fistulización del Keratocono durante el proceso cicatricial.

Cuando la pérdida de la resistencia elástica de la córnea no es evcesiva y el vértice del cono conserva todavía un espesor suficiente, entonces la sola cauterización ígnea puede dar resultados excelentes. He aquí un ejemplo:

*Observación N° 2.*—Señorita M. F. P., 26 años, de buena salud. Hacen dos años leía bien los letreros del cinematógrafo y a partir de esa fecha principió a acortársele la vista sin causa apreciable. En el ojo derecho hay un Keratocono bastante desarrollado que impide toda visión útil, pues con 20 dioptría la acuosidad visual es muy inferior a 0.1. En el ojo izquierdo tiene un esbozo de ectasia corneana, lo que se aprecia bien a la esquianoscopia. Con 5 dioptrías sólo alcanza una acuidad de 0.5. A la exploración digital en el ojo derecho no había hipertensión, al contrario, el globo estaba blando.

El 9 de enero de 1923 se hizo la perforación ígnea del vértice del Keraocono en el ojo derecho. Dos meses después, en marzo, la acuidad visual de ese ojo *sin lente* era de 0.4. La enferma no aceptaba ninguna corrección óptica. Un año después el resultado se mantenía el mismo y el examen de la córnea no revelaba ninguna ectasia cónica.

Estas dos observaciones tipos demuestran que cuando se opera por perforación ígnea, los resultados se clasifican en los dos grupos siguientes:

1°—Si la consistencia elástica de la córnea no se ha perdido completamente y conserva su vértice un espesor apreciable, la perforación ígnea, sin recubrimiento conjuntival, a fin de que la fistulización se mantenga bastantes días, da resultados apreciables y hasta excelentes que se mantienen definitivamente.

2°—Si la pérdida de la elasticidad es muy acentuada y el vértice del Keratocono se halla reducido a una simple película, la perforación ígnea es impotente para devolver a la córnea su resistencia, aún cuando se haya prolongado la fistulización durante dos o tres semanas.

La primera observación pone de manifiesto que cuando fracasa la perforación ígnea, puede conseguirse la modificación del Keratocono mediante la trepanación de la esclerótica.

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

Esto demuestra que, aún cuando la hipertensión no es síntoma observado en el Keratocono, basta la tensión normal y a veces hasta cierto grado de hipertensión, como lo hemos visto en la 2ª observación trascrita, para determinar la ectasia cónica de una córnea degenerada en sus elementos elásticos. Pasemos, pues, a ocuparnos de ésta intervención operatoria hipotensiva.

*Esclerecto-iridectomía en el Keratocono.*—La conocida acción favorable que los mióticos tienen en la acuidad visual de los enfermos de Keratocono, constituye una prueba fehaciente de que la tensión ocular normal es la causa inmediata de la dilatación de la córnea. Esta constatación autoriza suficientemente a practicar la esclerectomía en el Keratocono.

La experiencia viene a confirmar esta deducción, y la obtención de una cicatriz filtrante del limbo esclero-corneano debe considerarse como la operación más importante y fundamental para corregir el Keratocono, puesto que la hemos visto dar mejorías ahí donde habían fracado la cauterización ígnea.

No siendo posible pronosticar el resultado que se obtendrá con la perforación al gálvano-cauterio, porque los dos factores del éxito o del fracaso, o sea el grado de pérdida de elasticidad y el grado de adelgazamiento no pueden diagnosticarse, es evidente que la prioridad entre las dos operaciones, esclerecto-iridectomía y perforación ígnea, corresponde sin vacilar a la primera. Procediendo así, es decir, primero por la cicatriz filtrante de la esclerótica, se evitará a muchos ojos la perforación ígnea, lo que tiene gran importancia para los enfermos. Así en la observación N. 1 ojo derecho tuvo que sufrir las dos operaciones, mientras que para el izquierdo bastó la esclerectomía. Copio a continuación la síntesis de otro caso clínico instructivo a este respecto.

*Observación N° 3.*—Señorita M. G., de 22 años de edad, excelente salud. Hacen 3 años que principió a observar la disminución de su potencia visual. Examinada, se constató claramente la deformación cónica de ambas córneas. La enferma manifestó que habían días en que su vista mejoraba, lo cual puede depender de variaciones de la tensión ocular.

Con 20 dioptrías la acuidad visual en el ojo derecho es inferior a 0.1, y en el ojo izquierdo es de 0.4. Se le instiló eserina y al día siguiente la paciente declaró que veía mejor. Y, en efecto, con la misma corrección de 20 D., la acuidad en el ojo derecho subió a 0.1, conservándose la misma en el izquierdo.

Estos datos me decidieron a practicar de hecho la esclerecto-iridectomía sin hacer primero la cauterización ígnea. En el mes de enero de 1922 se practicó la operación en los dos ojos. Un mes después, con sólo 15 dioptrías la acuidad en el derecho era de 0.2 y en el izquierdo de 0.4. Llamo la atención sobre el hecho significativo de que la esclerecto-iridecto-

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

mía mejoró sobre todo al ojo en que se había observado el efecto favorable de la eserina sobre la acuidad visual. Pasado un año examiné nuevamente a la operada y el resultado se mantenía inalterable.

Existe todavía otra razón para practicar primero la esclerecto-iridectomía, y es que cuando se hace la perforación ígnea del vértice del Keratocono, la cicatriz opaca que subsiste, obliga casi siempre a efectuar secundariamente una iridectonía óptica, qu se hará, naturalmente, siguiendo la técnica de la esclerecto-iridectomía. Luego, preferible es principiar por esta operación que puede ahorrar la cauterización.

La perforación ígnea tiene en los enfermos pusilámines la ventaja de su rapidísima y fácil ejecución, así es que no faltarán en la práctica casos en que, a pesar de las razones más arriba anotadas, se proceda primero con el galvano-cauterio.

Sintetizando las enseñanzas de todas estas observaciones tipos, podemos formular las siguientes reglas a manera de conclusiones:

1ª—Diagnosticado un Keratocono mono-ocular o bi-ocular, se determinará cuál es la mejor acuidad visual que puede conseguirse con los lentes más adecuados. Se instilará luego un colirio hipotenizante para observar su efecto sobre la visión.

2ª—Si la acuidad visual mejora con la eserina o la pilocarpina, se tiene la prueba de la acción favorable que ejerce la disminución de la tensión ocular y debe procederse a la esclerecto-iridectomía. Si los mióticos no mejoran la acuidad visual y el Keratocono no es muy desarrollado, puede principiarse por la perforación ígnea un poco paracentral para no hacer indispensable la iridectomía óptica.

3ª—Cuando la esclerecto-iridectomía o la perforación ígnea no den aisladamente resultados satisfactorios, deberán efectuarse las dos operaciones sucesivamente para sumar sus efectos.

---

# Sobre el cultivo in vitro del virus vaccinal

Por el Dr. RAUL FLORES CORDOVA

Prosiguiendo los experimentos sobre el cultivo *in vitro* del *"virus vaccinal"* que pusimos en conocimiento de la Academia, hoy tenemos el honor de comunicar el resultado de varias experiencias para determinar las mejores condiciones de temperatura y de cantidad relativa de linfa vaccinal y de tejido testicular glicerinado, en las que la multiplicación del virus vaccinal tiene lugar.

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

De las varias experiencias que hemos hecho sobre el particular, resulta lo siguiente:

1º que el porcentaje óptimo de linfa vaccinal y de tejido testicular glicerinado provocando *in vivo* una pulpa vaccinal abundante y virulenta oscila entre 1 o|o y 5 o|o de linfa vaccinal original (la linfa vaccinal en nuestro Instituto de Vacuna contiene una parte de costra vaccinal y dos partes de glicerina).

2º Que la temperatura óptima en que los cultivos a que hacemos referencia se efectúan, oxila entre 2 y 8 grados bajo cero.

---

La explicación de este último fenómeno, cuya importancia técnica y general es infinitamente más grande de lo que podría parecer *a priori*, es la siguiente:

El poder vaccinal de nuestros preparados, que nosotros interpretamos como de multiplicación de los gérmenes vaccinales *in vitro*, se desarrolla más fácilmente operando en las condiciones de temperatura indicadas, por razones cuya importancia ha sido puesta en evidencia por investigaciones experimentales recientes (de la Escuela Fisiológica Americana) consagradas a la conservación *in vitro* de los tejidos animales, estudios cuya interpretación personal nos parece demostrar, que la necesidad de actuar a baja temperatura, es impuesta no sólo por que de este modo se impide el desarrollo de gérmenes de contaminación, sino también, sobre todo y de manera predominante, por la necesidad de reducir a un mínimum posible los fenómenos de autolisis intracelular, que puesta en juego, provocaría rápidamente la destrucción de los tejidos y células que se trataba de conservar, oponiéndose así a la persistencia de fenómenos de actividad celular cuya importancia biológica capital han ya señalado los autores que han estudiado en el organismo las condiciones de vitalidad y sobre todo de reproducción de los virus citotropos. Interpretación general de acuerdo con las más recientes adquisiciones de la biología celular y que no se oponen con la noción personal desenvuelta por nosotros en una comunicación anterior, sobre el papel posible que en los fenómenos que estudiamos deben jugar las sustancias biotónicas, o genético-estimulantes, que en tejidos como el testicular, asiento, según la Histología nos enseña, de fenómenos nucleares de marcada intensidad, explican el por qué hemos podido obtener *in vitro*, cultivos de *virus vaccinal* en condiciones experimentales de sencillez extréma, pero a las cuales otros investigadores no habían podido llegar.

Hablamos también al comienzo de esta nota, de la importancia de la noción general que acabamos de bosquejar (importancia de los fenómenos de autolisis intracelular, en la técnica del cultivo vaccinal) fácil es comprender ahora, que resul-

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

dos óptimos, se obtendrán refrigerando rápidamente el tejido testicular que deberá servir para las manipulaciones, así como la glicerina, vasos y demás elementos que la técnica descrita reclama.

Deseamos también insistir sobre el hecho siguiente (cuya significación es de la misma naturaleza o concuerda estrechamente por lo menos con los hechos por nosotros anteriormente señalados), a saber que, efectuando inoculaciones vaccinantes sobre regiones de la piel de la ternera convenientemente preparadas, utilizando de una parte fragmentos del tejido testicular vaccinal y de otra parte pequeñas cantidades de la misma glicerina en que se baña este tejido, se obtiene en el primer caso, el desarrollo de pústulas costrosas y grandes y en el segundo, resultados casi siempre negativos. Hecho que si parece demostrar, que la multiplicación del virus vaccinal se efectúa en las células de los fragmentos de tejidos de nuestra preparación glicerinada, esto no disminuye en nada, el papel que posiblemente juegan las sustancias biotónicas a que tantas veces hemos hecho referencia, pues sabido es que los medios que contienen fragmentos de diferente tamaño y entre los cuales hay fragmentos infinitamente pequeños, que se agitan en un medio líquido que todo lo baña, hay fenómenos de adsorción física, de importancia y energía considerables y hasta estos últimos años apenas sospechada, que hacen que los fragmentos infinitamente pequeños a que hacemos referencia, sean enérgicamente fijados (adsorbidos) por los fragmentos mayores que en resumen son la consecuencia de fenómenos de electrización por influencia y de capilaridad eléctrica, que los medios de la naturaleza del que hacemos referencia son el asiento. (Algo semejante a lo que sucede en los filtros de porcelana de uso corriente, en los que los fenómenos de obstrucción mecánica, juegan en los fenómenos de filtración, un papel infinitamente menor, de lo que muchahs personas se lo imaginan).

# Academia Nacional de Medicina

## LA SEMANA MEDICA DE 1926

El día 22 de noviembre se realizó la inauguración del ciclo de actuaciones científicas, que desde el año 1925, a iniciativa del entonces presidente de la institución, doctor Juvenal Denegri, organiza nuestra primera corporación médica.

El presidente, doctor Leonidas Avendaño, inició la actuación con el siguiente discurso:

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

Señores:

Se inician hoy las labores de la "Semana Médica" de la Academia Nacional de Medicina. Es la segunda vez que van a efectuarse estas actuaciones, de provechosa finalidad, desde el punto de vista del cultivo de la ciencia y de la indiscutible influencia para estrechar y consolidar los lazos de la fraternidad profesional.

La Academia de Medicina de Lima tenía, precisamente, que adherirse al movimiento producido hace pocos años en otros centros del cultura médica, para la celebración de estos torneos, en los que los estudiosos de dentro y de fuera de la corporación aportan los resultados de sus investigaciones y de su experiencia para contribuir al progreso de la medicina y al lustre de la profesión; y, para ello inauguró el año último la celebración de la "Semana Médica" en la que colaboraron, en íntimo consorcio, los miembros de número de la institución y muy reputados y competentes prácticos, no enrolados aún en sus filas.

El brillante resultado alcanzado en 1925, obligaba a continuar la obra en el presente año académico: obra de bien y de extensas proyecciones, que permite a la Academia extender el radio de su acción, haciendo partícipes de sus trabajos a todos los que desean laborar con decisión y buena voluntad. Nada más grande, nada más noble que comunicar a los demás los resultados de la experiencia propia: el beneficio de la obra realizada se intensifica y acrece en proporción geométrica, puesto que lo utiliza gran parte de la humanidad. Se expresó con notable erudición Joseph de Rivilla Bonet y Pueyo, cuando en 1695, en sus *Desvíos de la Naturaleza o Tratado del origen de los Monstruos*, publicado en Lima, emitió el siguiente concepto: "Buelve a curar segunda vez el que escribe lo qué remedia. Son salud de los futuros las enfermedades de los pasados y se ennoblece notablemente la operación que después de aver sido ocurrencia, se haze exemplo, y aun más la que siendo exemplo merece hazerse rregla".

Todo nos autoriza para augurar que el éxito coronará, también en este año, nuestros esfuerzos; ya que en las reuniones que hoy comienzan van a contemplarse muy interesantes y novedosos problemas referentes a las diversas actividades de nuestra querida y sin par medicina.

**Lunes 22**

EL PROBLEMA HOSPITALARIO EN EL PERU por el Dr. Carlos E. Paz Soldán.

Se ocupó en la primera parte de lo que llama la Política hospitalaria, limitando su atención preferentemente al examen

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

somático de la cuestión, es decir, de las direcciones doctrinarias que deben normar la conducta de los médicos que obligadamente están llamados a intervenir en la resolución de estas cuestiones.

Indica que la política hospitalaria presupone dos órdenes de cuestiones: legislativas y doctrinarias y administrativas o comunes.

Para abordar estos dos aspectos, puso a contribución un conjunto importante de datos, afirmando como dogma fundamental y primario que el *hospital es al presente, el instrumento más perfecto de la higienización del País.*

Afirmó la necesidad, del tipo de hospital centralizado, vertical, que es el que tiende a generalizarse en todo él mundo, especialmente en ese gran país que marcha a la cabeza en materia de hospitalización: Estados Unidos.

En la segunda parte se ocupó de las cuestiones admistrativas e hizo con una serie de cifras estadísticas, el estudio de los resultados obtenidos en los hospitales de Lima, Callao y resto de la República.

ERITROCITOSIS por el Dr. Raúl Rebagliati.

Mencionó las particularidades clínicas, hematológicas y tepéuticas de la enfermedad de Váquez.

Rememoró los factores que influyen en la cantidad de glóbulos rojos de la sangre, puntualizando las causas que hacen variar esas cifras en patología humana.

CARIOSPASMO por el Dr. Santiago Sánchez Checa.

Historió un caso comprobado con los rayos "X".

Hizo un breve recuerdo de la etiopatogenia, señaló la frecuencia de la enfermedad según las estadísticas extranjeras é indicó el tratamiento a que conviene someter a estos pacientes. Ilustró su disertación con diapositivos y proyecciones.

**Martes 23**

SIMPATECTOMIA DE LA CAROTIDA EXTERNA EN EL TRATAMIENTO DEL OZENA por el Dr. Juvenal Denegri.

Fundamentó esta nueva técnica operatoria, que al realizar la denudación periarterial, logra una constricción activa sobre el segmento vascular operado, con un marcado aumento del régimen circulatorio, elevación de la presión arterial, aumento de temperatura en la región irrigada por la arteria y manifiestas modificaciones en la fórmula sanguínea.

El resultado terapéutico de la operación de Leriche en el tratamiento del ozena, vendría a dar apoyo a la explicación

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

etiopatogénica que sostiene una disfunción endocrinosimpática en la génesis de esta enfermedad.

Esta técnica dada a conocer sólo en noviembre de 1925, en la Sociedad de Rinología de los Hospitales de París, por los doctores Bergis y Astiriades, fué sólo publicada en los periódicos de la especialidad en mayo del año actual.

En julio realizó el Dr. Denegri la primera intervención; de entoces acá la he repetido en cinco casos con los mejores resultados.

Ejecutó la operación en una enferma que padecía de ozena desde hace varios años, en el espacio de 30 minutos.

INJERTO ARTICULAR DE PUTTI-CEBALLOS POR ANQUILOSIS DE LA RODILLA por el Dr. Fortunato Quesada.

Después de los trabajos iniciales de Murphy en esta cirujía reparatriz, Putti y Mac Ansland reforzaron en el Congreso de Londres el principio de movilidad y resistencia en las operaciones autoplásticas, reemplazando al viejo dogma de la solidez quirúrgica en las lesiones articulares de los miembros superiores. El cirujano del Instituto Rizzoli preconizó el injerto aponeurótico a colgajo libre; Ceballos, de Buenos Aires, hizo una lucida presentación de la técnica, mostrando sus excelentes resultados.

La técnica se sujetó a los siguientes tiempos:

Anestesia general con éter y hemostasia previa circular.

Primer tiempo: Incisión externa en gancho.

Segundo tiempo: Sección de la rótula, cuadriceps y tendón rotuliano.

Tercer tiempo: Desprendimiento de los elementos seccionados y exposición de la articulación anquilosada.

Cuarto tiempo: Divulsión de la articulación fémorotibial.

Quinto tiempo: Resección de los cartílagos tibiales y talla de los cóndilos femorales.

Sexto tiempo: Toma de un colgajo de la fascia lata en la porción externa y superior del muslo.

Séptimo tiempo: Aplicación del colgajo interponiéndolo entre las superficies articulares.

Octavo tiempo: Cierre de la articulación, dejando drenaje en dos puntos laterales.

Ha obtenido los mejores resultados en cinco casos, desde el primero practicado en setiembre del presente año.

DIAGNOSTICO CLINICO Y RADIOLOGICO DE LA BRONQUIECTASIA por los Drs. E. Encinas y Oscar Soto.

El primero estudió la parte clínica, puntualizando la sintomatología, la etiopatogenia y la anatomía patológica, haciendo proyectar en la pantalla figuras demostrativas de lo que había dicho; el segundo, el doctor Soto, trató el punto desde

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

el sector radiológico; describió la técnica del diagnóstico lipioiodado, gracias al cual se ha puntualizado mejor toda la semiología moderna. Hizo proyectar varios diapositivos que demostraron la nitidez de las observaciones.

LA CAPACIDAD VITAL por el Dr. Alberto Hurtado.

Estudió el asunto en relación con la ventilación pulmonar y el metabolismo basal. Refirió las cifras norteamericanas y las que ha obtenido en 17 personas normales.

Estudió después el valor semiológico de las variaciones de la capacidad vital, principalmente en la tuberculosis pulmonar y en las enfermedades del corazón.

TRATAMIENTO DEL BOCIO por el Dr. Carlos Monge.

Describió las distintas variedades del bocio, refiriéndose después a sus comprobaciones hechas en la hoya del Vilcanota en 1913.

Señaló después los caracteres clínicos del adenoma tóxico y de la enfermedad de Basedow, formulando en seguida las pautas del tratamiento médico y quirúrgico.

Hizo proyectar muchas gráficas demostrativas de la influencia del tratamiento por el iodo.

**Miércoles 24**

ESCORBUTO INFANTIL por el Dr. Rómulo Eyzaguirre

Después de hacer una ligera reminiscencia histórica de la enfermedad, se ocupó de las teorías que se han dado sobre el escorbuto, detallando la explicación que sostiene que la enfermedad es una avitaminosis. Enumeró los factores alimenticios y terapéuticos que pueden engendrar la enfermedad de Barlow y que conocidos pueden evitarse y combatirse.

Estudió después la frecuencia del escorbuto en diversos países y en relación con la clase de alimentación, relatando cinco observaciones interesantes que ha tenido oportunidad de seguir desde el año 1921.

Terminó haciendo consideraciones entre la alimentación farinácea y el escorbuto.

DIETA DE CARBOHIDRATOS por el Dr. Enrique L. García.

Inicia su disertación con el estudio de la *Ley del mínimo* formulada por el químico Liebig y la doctrina constitucional que sostienen los investigadores germanos para explicar los problemas de la Patología.

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

Después trató de la degradación que sufren las sustancias alimenticias y del metabolismo de los alimentos hidrocarbonados, refiriendo en seguida las transformaciones bioquímicas que sufre el glucógeno en el trabajo muscular.

Relató luego las comprobaciones que se han hecho en los niños sometidos a dieta hídrica durante 24 horas, indicando las variaciones que se comprueban en la sangre, según que se encuentren sanos o con fiebre.

Discutió la alimentación que había que suministrar al niño después de la dieta de hambre, toda vez que hay que reparar las perturbaciones de su metabolismo. Indicó la cifra de carbohidratos que necesita un niño y las clases que debe recibir, recomendando que se haga un suministro mixto.

Antes de terminar refirió varios casos clínicos y manifestó el propósito que había tenido al hacer su disertación procurando que la Junta de defensa de la Infancia favorezca el uso de los azúcares en la alimentación del niño.

**Jueves 25**

LA LEISHMANIOSIS AMERICANA por el Dr. Edmundo Escomel.

En este trabajo el investigador arequipeño, sostiene una vez más la individualidad de la uta y de la espundia, que dice son producidas por una Leishmania distinta de la que produce el llamado Botón de Oriente. Afirma la existencia de la blastomicosis, apoyado en las comprobaciones que se han hecho en diversos países americanos. Relata los caracteres diferenciales de esas enfermedades y puntualiza los resultados terapéuticos del tártaro emético.

CANCER GENITAL EN EL HOMBRE por el Dr. Felipe A. de la Torre.

Indica que los tumores malignos del aparato genital del hombre son bastante frecuentes; y que sólo últimamente se ha controlado la terapéutica por el examen continuado de los enfermos tratados.

Afirma que esta clase de neoplasmas fueron, como todos los de su género en otros órganos, tratados primero con medicamentos, sin que, como bien se comprende, se obtuviera ningún resultado positivo.

Que después la cirugía reclamó sus derechos, especialmente la que se llamó *cirugía de exigencia*, lo más radical en intervención quirúrgica para evitar las recidivas y lo más conservadora para respetar en lo posible el funcionamiento del órgano, pero que tampoco logró éxitos completos.

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

En la actualidad la asociación de la cirugía a los agentes físicos (Radioterapia) produce los mejores resultados.

Relata dos casos de larga supervivencia post-operatoria, que fallcieron de proceso morboso no canceroso.

TUMORES RAROS DEL CUELLO QUE INTERESAN AL MEDICO por el Dr. Fortunato Quesada.

Comienza justificando el título, tanto en lo que se refiere a lo poco común de esta clase de tumores, como el interés que precisamente, por esta misma rareza, merecen para el práctico.

Se ocupa primero de un *tumor del corpúsculo carotideo*, narrando una interesante historia clínica, la técnica y los resultados de la intervención que practicó con el doctor Wieland. El acto operatorio se realizó en medio de una serie de dificultades, que terminaron con la ligadura de la carótida primitiva.

En seguida disertó sobre un caso de *tiroiditis leñosa crónica* (enfermedad de Riedel), afección de la que se citan muy pocos casos en la bibliografía quirúrgica.

Por último, se ocupó de un caso de *Bocio aberrante tirohioideo*, observado y estudiado en el Hospital "Arzobispo Loayza" que operó con el mejor resultado.

**Viernes 26**

PARKINSONISMO ENCEFALITICO, por el Dr. Max. González Olaechea.

Estudió las lesiones del sistema nervioso que producen perturbaciones del tono muscular. Rememoró la anatomía y fisiología del mesocéfalo, que permite aclarar la comprensión de los trastornos nerviosos que caracterizan la enfermedad de Parkinson y los trastornos parkinsonianos de la encefalitis epidémica.

Presentó dos casos clínicos en los cuales la encefalitis fué parkinsoniana y aprovechando de estos enfermos, hizo la clínica, la patogenia y el tratamiento de la enfermedad.

CIRUGIA ABDOMINAL Y CIRUGIA DE FRACTURAS por el Dr. Luis de la Puente.

Realizó seis operaciones.

1ª—Hernia inguinal izquierda; cura radical con anestesia raquídea a la estobaina, 9 minutos.

2ª—Varicocele izquierdo; fiebectomia del cordón espermático, con anestesia raquídea a la estobaina, 7 minutos.

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

3ª—Hernia inguinal derecha; cura radical con idéntica anestesia, 9 minutos.

4ª—Colecistitis calculosa; colecistectomía ordinaria, con anestesia general al éter, 55 minutos. Fué muy laboriosa por las múltiples adherencias a la pared abdominal, al cólon transverso, al duodeno y al epiplón.

5ª—Fractura del femur en su tercio superior; ósteo-síntesis. Anestesia raquídea con estobaina, 50 minutos.

Igualmente muy laboriosa por la situación del trazo de fractura.

6ª—Osteo-sarcoma recidivante de la rodilla; amputación del muslo en su tercio medio; anestesia raquídea, 7 minutos.

SINDROME NEUROLOGICO DE ORIGEN PALUDICO, por el Dr. Juan Voto Bernales.

En un enfermo que tenía en su sangre el *Plasmodium falciparum* se presentaron trastornos nerviosos que pusieron en peligro la vida del paciente. Estos trastornos fueron de tipo polineurítico y desaparecieron con el empleo de quinina.

El doctor Voto Bernales hizo el diagnóstico diferencial con trastornos nerviosos de sintomatología parecida, para fundamentar su diagnóstico.

AUROTERAPIA DE LA TUBERCULOSIS por los Drs. J. Voto Bernales, Carlos A. Bambarén y Angel Maldonado.

Inició el trabajo el Dr. Bambarén refiriendo el interés mundial por encontrar un remedio para la tuberculosis y la importancia que tiene para nosotros el problema de la peste blanca, por su elevada morbomortalidad. Dijo que en el hospital "Dos de Mayo", durante el año 1925, se había asistido 1,066 tuberculosos, lo que corresponde a 12,75% del total de enfermos hospitalizados y que de 925 fallecidos 408 habían sido por dicha enfermedad, es decir, que el 42,85% de las defunciones corresponde a la tuberculosis.

Enumeró después las ideas directrices para encontrar un remedio de la tuberculosis, deteniéndose en la orientación quimioterápica, especialmente en el aurotiosulfato de sodio.

El Dr. Maldonado hizo un breve resumen del empleo del oro para combatir la tuberculosis, señalando la actualidad del tema con los estudios de Mollgaard de Copenhague. Estudió el aurotiosulfato de sodio, la técnica para su obtención, sus caracteres físicos y químicos, sus reacciones, sus propiedades al frente de los cultivos de bacilo de Koch, y las razones físicoquímicas que explicarían su capacidad quimioterápica. Dijo de sus estudios de indentificación con la "Sanocrisina" preparada por el Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires, que el Dr. Bambarén trajo de Buenos Aires, y presentó la sal cristalizada y

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

la microfotografía de esa cristalización. Terminó denominando al aurotiosulfato de sodio que ha preparado con el nombre de "Sanocrisol".

El Dr. Bambarén, en seguida, trató de las experiencias que se han hecho *in vitro*, en los animales y en el hombre sano para estudiar las propiedades de la Sanocrisina, así como de los ensayos en el hombre enfermo para puntualizar la técnica de su empleo. Recomendó las técnicas de Bogasson y de Sayé. Estudió después las reacciones producidas por el producto quimioterápico, especialmente los signos térmicos, cutáneos, digestivos, renales, focales y el shock tuberculínico; trató también de los efectos que produce el medicamento sobre él organismo tuberculoso, tanto sobre la nutrición, el peso y la temperatura, como sobre los signos locales, la roentgenoscopía, la espectoración, la sangre y algunas reacciones biológicas.

Enumeró después las opiniones vertidas por algunos observadores sobre la acción de la Sanocrisina en la tuberculosis pulmonar, lamentando que por no haber un solo criterio para el diagnóstico de las formas clínicas, era difícil comparar los resultados, pero que podía afirmarse que las lesiones caseosas benefician más que las fibrosas. Dijo que también se había empleado la Sanocrisina en las pleuresías y en el lupus, con muy buenos resultados. Discutió la génesis de las reacciones generales que produce la Sanocrisina, que según la mayoría es debida a un shock tuberculínico, y que otros consideran una intoxicación metálica: dijo que el tratamiento quimioterápico puede asociarse a la colapsoterapia, y terminó discutiendo el modo de acción del aurotiosulfato de sodio, que según Mollgaard es bactericida, dado su poder quimioterápico, y que en concepto de Feld actúa por poder catalítico, acelerando la autodigestión de las células epitelioides.

Por último, refirió los trabajos de Xalabarder con el tiosulfato de sodio, quien sostiene haber conseguido idénticos resultados, *in vitro* e *in vivo*, que con el aurotiosulfato de sodio.

**HEMOPTISIS NO TUBERCULOSA**, por el Dr. Max. Arias Schreiber.

Habla de tres casos de trastornos hemoptoicos, enflaquecimiento, tos, etc., y en los que se comprobó la ausencia de infección tuberculosa.

Fué el primero un caso de *quiste hidatídico del pulmón*, perfectamente evidenciado por la radioscopía y por el microscopio y por la marcha posterior de la dolencia.

Otro resultó un caso de *sífilis pulmonar* con reacción de Wassermann positiva.

El último fué un caso de *aspergilosis pulmonar*, cuya sintomatología copió muy fielmente una tuberculosis.

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

Manifiesta el conferencista la conveniencia de observar cuidadosamente a los hemoptísicos, para comprobar si éllas son debidas realmente a la tuberculosis, como es la regla, o a otra causa, como sucedió en los casos narrados.

TISIOGENESIS, por el Dr. Juan Francisco Valega.

Comienza indicando que va a ocuparse de morfogénesis de la tuberculosis, o mejor, de tisio-morfo-génesis.

Explica el por qué habla de *tisis* y no de tuberculosis; haciendo una ligera sinopsis histórica de este término para concluir que él ha sido injustamente abandonado, por el de tuberculosis, que sólo precisa un período del proceso infeccioso por el bacilo de Koch.

Habla de la teoría de Ashoff, por la que quiere asimilarse la tuberculosis, en sus formas de evolución, a la sífilis, estableciéndose así, los tres grados o períodos que son clásicos en esta última infección. Comienza, para apreciar esta doctrina, por presentar un cuadro comparativo entre la forma primaria de la tisis pulmonar y la forma de reinfección. Después de exponer los argumentos, concluye por declarar que no es posible establecer paralelo alguno entre las infecciones a bacilo de Koch y treponema pálido de Schaudinn.

Narra después la clasificación anatómica de Ashoff, que el orador cree sea mejor que la de Bard, aunque superponibles.

**Sábado 27**

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO por el Dr. Guillermo Fernández Dávila.

Comenzó por la definición académica y siguió con el concepto general y médico legal de la responsabilidad, que asienta en los postulados de la deontología.

Dijo que es asunto que se presta a discusión y que hay muchos que sostienen el concepto de la irresponsabilidad; con Morache sostuvo que el médico debe ejercer su profesión con el concepto de la responsabilidad.

Habló de los límites de la responsabilidad del médico y puntualizó los casos en los que el acto profesional cae en responsabilidad.

Enumeró en seguida los datos de legislación histórica y comparada, señalando el articulado de nuestros códigos civil y penal, que establecen la responsabilidad profesional.

Trató después de la responsabilidad social y de la responsabilidad legal.

Impericia manifiesta, negligencia inexcusable e imprudencia temeraria, fueron los tres factores que señaló para la responsabilidad culposa.

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

Refirió el acuerdo de la Sociedad de Medicina legal belga y señaló los diversos grados de responsabilidad.

La jurisdicción de los juicios fué otro de los temas que trató en su detallado estudio, así como las graduaciones de la responsabilidad y el interés de los dañados.

Trazó después el proceso psicológico que prepara una querella por responsabilidad médica y detalló los casos concretos de la responsabilidad quirúrgica, médica y forense en particular.

Concluyó estableciendo postulados terminantes al respecto.

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN EL PERU por el Dr. Leonidas Avendaño.

Comenzó haciendo una narración histórica del protomedicato, que fué la primera autoridad que vigiló y autorizó el ejercicio de la profesión entre nosotros, diciendo que en toda época no se ha cautelado correctamente el ejercio de la medicina, labor hoy muy necesaria por el avance del charlatanismo.

Dijo que siempre creyó que era inconveniente que la Facultad de Medicina tuviese a su cargo la vigilancia del ejercicio de la medicina y que estas ideas tubieron cabida en un proyecto de legislación sanitaria, redactado en 1917.

Se ocupó después del nombramiento de las comisiones de vigilancia de la Farmacia, de la Odontología y del ejercicio de la medicina y obstetricia y de la manera como han llenado su cometido.

Reclamó la necesidad de ordenar debidamente el ejercicio de la medicina, de acuerdo con las exigencias de los tiempos presentes y con los preceptos de la legislación positiva, sosteniendo que es a la Dirección de Salubridad Pública a quien crresponde esa labor, criticando la existencia de tres juntas especiales para vigilar la medicina, la farmacia y la odontología, cuando sólo debe haber una que estudie y contemple todos los problemas.

Trató en seguida del ejercicio de la medicina por los profesionales extranjeros, recomendando que se les restrinja la posibilidad de ejercer su profesión mientras no se nacionalicen y revaliden legalmente sus títulos.

Pidió el denuncio de los tratados vigentes que favorecen el ejercicio de los profesionales de algunos países que tienen convenios celebrados con el Perú.

Se ocupó también de la plétora de estudiantes en la Facultad de Medicina y de la desigual distribución de los médicos en algunas localidades.

La "Semana Médica" se clausuró con el siguiente discurso que leyó el Dr. Avendaño:

Señores:

Hemos llegado al término de la jornada. Hemos cumplido con rigurosa exactitud el programa que nos propusimos desa-

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

rrollar en esta semana médica. Y con el éxito obtenido debemos estar satisfechos, y, por qué no decirlo, orgullosos todos: la Academia que ha perseverado en los buenos rumbos iniciados en el año anterior, organizando este certamen de competencia y de laudable emulación; los distinguidos profesionales que han correspondido, y de modo brillante, a la llamada que se les hizo en nombre de la ciencia, aportando el valioso contingente de sus observaciones y de su experiencia y ofrendando contribuciones de indicutible mérito, harto novedosas algunas de ellas; y el selecto auditorio, que ha exaltado con su presencia la solemnidad de las reuniones y premiado con sus aplausos la lucida actuación de los campeones del saber. Para los primeros, el más sincero y efusivo agradecimiento en nombre de la corporación; y para el segundo, para el auditorio, la más cordial enhorabuena por el entusiasmo y por su desinteresada participación en nuestra fecunda labor.

Qué grandioso y qué sugerente es el conjunto que han presentado en esta semana los cultores de la medicina nacional: conjunto refulgente y variado, que prueba que tenemos medicina verdaderamente autónoma; que no desmayamos en el noble anhelo de mantener bien alto y con lucimiento el glorioso pendón de la Escuela de San Fernado; que poseemos obreros capaces de rivalizar con lumbreras de la ciencia; y que nos esforzamos por conservar y engrandecer la riquísima herencia que nos han legado los próceres, los fundadores de la medicina, patria, el sabio, el inolvidable Unánue, Tafur, Heredia, Miguel E de los Ríos, Manuel Odriozola, José Mariano Macedo, Ulloa, Villar, Aurelio León, Celso Bambarén, Lino Alaro, etc. y los continuadores de tan provechosa actividad Juan Castillo, Muñiz, Byron, Patrón, Ernesto Odriozola, Matto, Carrión, el mártir, y el héroe, y tantos otros que han allegado su grano de arena en la edificación del majestuoso edificio de la medicina patria.

Pero como tenemos obligación de no apartarnos de la buena senda, y procurar perfeccionarnos incesantemente, es ya oportuno que se piense en ensanchar el radio de acción de estos torneos, dando participación en ellos a todos los elementos aprovechables dispersos en el territorio nacional. Para ello, es necesario se lleve a la práctica la reunión de un congreso nacional de medicina; que se cristalice la idea varias veces esbozada en este recinto por los personeros de nuestras instituciones médicas.

Temas de estudio de nuestra patología autóctona existen muchos y de excepcional importancia; investigadores entusiastas y competentes, los hay y de muy buena cepa; ¿qué falta?, el elemento material, los recursos pecuniarios?; créo qué con un poco de tenacidad y otro poco de buena voluntad no nos será difícil conseguirlo. A la obra pues, distinguidos comprofesores de la Academia de Medicina, apreciados consocios del Círculo Médico y cultos y laboriosos colegas del gremio médico.

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

# INDICE DE MATERIAS


| | Pags. |
|---|---|
| Artropatía sifilítica tardía. Pseudo tumor blanco | 1 |
| Academia Nacional de Medicina 23 - 52 - 90 - 155 - 175 - 196 - 224 - 285 | 392 |
| Autosueroterapia en el tratamiento del prurigo de Hebra | 322 |
| Bibliografía ... 32 - 64 - 96 - 159 - 301 | 347 |
| Cultivo in vitro del virus vaccinal | 377 |
| Cáncer de la lengua y leucoplasia bucal | 189 |
| Conferencia nacional antivenerea | 294 |
| Cancer. Etiología del | 305 |
| Campaña antivenerea en el Perú | 245 |
| Diagnóstico integral del síndrome diarrea | 217 |
| Dosaje de las sales biliares | 13 |
| Exploración funcional de la médula ósea ... 3 - 33 | 65 |
| Enfermedad de Carrión. La reacción de Van den Bergh | 79 |
| Enfermedad de Ayerza ... 97 - 129 | 161 |
| Epilepsia en el seguro de vida | 110 |
| Encefalitis epidémica ... 116 - 140 | 349 |
| Hiperalbuminosis del líquido cefaloraquídeo en el paludismo | 314 |
| Injerto testicular del mono al hombre | 209 |
| Influencia del canal de Panamá en el desarrollo sanitario de la América | 233 |
| Leishmaniasis en el departamento de Amazonas | 169 |
| La Universidad de Lima y la futura universidad bolivariana | 270 |
| Noticias ... 126 - 139 - 183 - 207 - 232 - 264 | 297 |
| Notas terapéuticas ... 261 - 296 - 345 | 380 |
| Neurofibrosarcoma cavernoso del plexo braquial | 276 |
| Necrología | 263 |
| Osteomielitis sifilítica del cúbito. Artritis aguda del codo | 145 |
| Prensa médica argentina ... 121 - 150 - 205 - 258 | 279 |
| Relaciones etiológicas del keratocono con la miopía | 265 |
| Sociedades médicas | 127 |
| Semana médica | 379 |
| Toxicofilia, toxicomanía, venenos de la inteligencia | 73 |
| Tricomonosis vesical descrita en el Perú | 18 |
| Ulcera gástrica. Tratamiento quirúrgico | 41 |


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

UNMSM - BC
U D C



## INDICE DE AUTORES


| | | Págs. |
|---|---|---|
| Antoncich Roberto | 3 - 33 | 65 |
| Avendaño L. | 23 - 52 - 90 - 110 - 155 - 175 - 224- 196 - 233 -285 | 329 |
| Alarco Gerardo | | 245 |
| Bard Leopoldo | | 73 |
| Burga Buenaventura | | 169 |
| Bosch Arana Guillermo | | 250 |
| Ceballos Alejandro | | 276 |
| Chávez Velando Luis A. | 265 | 371 |
| Espejo Luis | 116 - 140 | 349 |
| Escudero Pedro | 129 | 161 |
| Escomel Edmundo | | 217 |
| Flores Córdova Raúl | | 377 |
| Guzmán Barron Eleazar | | 13 |
| Guzmán Barrón Alberto | | 79 |
| Goyena Juan Raúl | | 121 |
| Lagos García Carlos | | 150 |
| Roffo Angel H. | | 305 |
| Reátegui Jorge V. | | 314 |
| Spurr Ricardo | | 209 |
| Villarán Carlos | 17 - 41 - 145 | 189 |
| Viton Juan José | | 258 |
| Zotelo Eladio | | 322 |


**GUIA LASCANO** De todas las profesiones, inclusive los médicos.
*110,000 direcciones*
*NUÑEZ 265*
*APARTADO 1971 — TELEFONO 3673*

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