Medicina - Revistas - Perú
Revistas - Medicina - Perú

LA CRONICA MEDICA

APARTADO 2563 - LIMA, PERU

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

AÑO XLV. - 1928

SANMARTI y Cia.
— Impresores —

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

35201



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

La Crónica Médica
Año 45 - 1928

El paludismo y los accidentes del trabajo

Contribución al Primer Congreso Nacional de Medicina

Por el Profesor LEONIDAS AVENDAÑO

La lucha contra el paludismo se ha intensificado de manera muy ostensible en estos últimos tiempos, con la especialísima circunstancia de que cada día se procura darle mejor orientación práctica y científica. Son de tanta magnitud los daños de índole diversa que ocasiona la malaria en el mundo todo, que los gobiernos de los países cultos, persistiendo en la campaña sanitaria emprendida desde hace varios lustros para aniquilar este cruel flajelo de la humanidad, extreman hoy sus esfuerzos cumpliendo las indicaciones y ejecutando las obras de saneamiento recomendadas por los hombres de ciencia, médicos, higienistas, ingenieros sanitarios, demógrafos, sociólogos, etc., que con incansable actividad laboran en las clínicas, en los laboratorios, en las oficinas sanitarias, en los campos de experimentación, para poder solucionar favorablemente esta trascendental cuestión, en que se hallan comprometidas no sólo la salud individual y colectiva, sino también la economía nacional.

No pretendo ocuparme en alguno de los múltiples problemas, de carácter médico o higiénico, que tienen relación con la malaria y cuya finalidad se encamina a mitigar, hasta donde sea posible, los estragos de esta terrible endemia; no, mi objeto es estudiar un problema que únicamente puede resolvérsele en el terreno médico legal en el radio de mi especial actividad, y es: dilucidar si el paludismo, adquirido en ciertas y determinadas condiciones, puede ser considerado como un accidente del trabajo sujeto a indemnización.

Este tópico ha sido ya estudiado en otros países por muy competentes especialistas, y al abordarlo, poniendo a contribución lo que se ha hecho en otros centros científicos, voy a investigar si es compatible la declaración del accidente del trabajo motivado por el paludismo no sólo con los cánones de la ciencia, sino también con los preceptos de la legislación privativa en el Perú.

Está ya universalmente aceptado lo que debe entenderse por accidente del trabajo y su diferenciación de la enfermedad profe-

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

sional. El primero es un hecho súbito, violento e imprevisto que sobreviene al obrero o al empeado en el momento del trabajo o con motivo de la labor que ejecuta; la segunda, es un proceso que evoluciona lentamente, puesto que se debe a la penetración constante al organismo de sustancias tóxicas o pulverulentas o de emanaciones deletéreas, con las que se pone en contacto el obrero en las manipulaciones del trabajo: proceso cuya evolución puede preveerse y aun evitarse, mediante la suspensión del trabajo cuando se presentan lo síntomas iniciales de la enfermedad profesional. Ambos son consecuencia precisa, inmediata o remota, del trabajo; y, por eso se les considera como indemnizables por el patrón, por la entidad individual o colectiva, que contrata los servicios del obrero o del empleado.

Cuando recien se comenzó a legislar sobre este interesante tópico de medicina social, no se aceptaba que la enfermedad profesional constituyera un infortunio del trabajo; y, el concepto sobre el accidente era bien restringido, pues solo se reputaba como tal al accidente traumático, que determinaba lesión sangrienta o trastorno evidente del organismo, fácilmente apreciable por una observación ligera o poco minuciosa. Pero muy pronto se comprendió que tales restricciones no se conformaban con los ideales que informaron el proceder de los que iniciaron tan altruista campaña, y los que han legislado sobre la materia, marchando a la par de la incontenible trasformación que se realiza en el funcionamiento del organismo social, le han dado la gran amplitud que hoy tiene.

La legislación peruana a este respecto es por demás deficiente; pero conviene dejar constancia de que los intelectuales peruanos se han preocupado del asunto hace ya tiempo y en momento muy oportuno. En efecto: la primera iniciativa surgió en 1895, en la Facultad de Ciencias Políticas y Administrativas; fué continuada en 1901 por el Congreso Obrero reunido en Lima; recomendada, después, en sus memorias anuales por los señores presidentes de los tribunales de justicia; proyectada en el parlamento, en 1902 por algunos diputados; preocupación en seguida de los gobiernos de los señores Romaña Candamo y Pardo, de los que el primero nombró una comisión para que estudiara el punto, el segundo encomendó el estudio integral de la legislación del trabajo al profesor Manzanilla, y el último envió al Congreso los proyectos formulados por el citado jurisconsulto; tema de tésis para grados universitarios en las Facultades de Jurisprudencia, Medicina y Ciencias Políticas; contemplada con toda amplitud en los discursos académicos pronunciados en la ceremonia de apertura de la Universidad, en los años de 1905 y 1906; labor pedagógica del catedrático de medicina legal en la Facultad de Medicina desde el año de 1904, quien le ha dedicado siempre algunas lecciones, utilizando los casos prácticos que se han presentado, entre ellos dos acaecidos antes de la dación de la ley, en cuyos informes al poder judicial se trató el punto conforme a las modernas orientaciones; y ampliamente discutida en las cámaras legislativas, antes de la promulgación de la ley de 20 de enero de 1911. Y con todo esto, la ley es deficiente, como lo he dicho. No es este el lugar ni el momento oportuno para decir del porqué de tal deficiencia; limítome únicamente

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

a dejar constancia, de que la ley vigente dista mucho de ser el proyecto presentado por el profesor Manzanilla.

En la legislación peruana sobre esta materia, no se define el accidente del trabajo, pues tan sólo se preceptúa en el Artº. 1º. de la ley de 20 de enero de 1911, lo siguiente: "El empresario es responsable por los accidentes que ocurran a sus obreros y empleados en el hecho del trabajo o con ocasión directa de él". En el proyecto del Prof. Manzanilla, se definía el accidente en el artículo 2º., diciendo "Se entiende por accidente todo daño corporal que el empleado u obrero sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena". Esta definición, de grandes alcances, pués en sus términos también quedan comprendidas las enfermedades profesionales, faltándole no obstante el detalle de lo súbito, de lo violento que caracteriza al accidente, fué criticada por el doctor Ricardo Sauri, quien en 1909, presentó a la Facultad de Medicina para optar el grado de bachiller, una tésis denominada «*Los estados anteriores en los accidentes del trabajo desde el punto de vista médico legal*», resultando del debate habido en la ceremonia de la colación del grado, que la Facultad prestó su asentimiento a esta definición: "Se entiende por accidente, todo estado anormal inmediato o mediato que el obrero sufre con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena, resultante de la acción de una fuerza externa extraña al individuo", definición que intercalándole el vocablo *súbita*, entre *externa* y *extraña*, pudo ser aceptada por los legisladores e incluída en la respectiva ley, ya que hasta en el momento actual corresponde a la finalidad de la protección que se debe dispensar al obrero accidentado.

Tampoco hay en la legislación peruana precepto alguno referente a las enfermedades profesionales desarrolladas como consecuencia del trabajo y justiciables de indemnización; reparación ésta ya reconocida en las legislaciones de los demás países.

Y por último únicamente se acepta en la ley peruana como causa generadora del accidente que concede derecho a la indemnización a la violencia traumática como se desprende de los términos del artículo 2º., así concebido: "La responsabilidad establecida en el artículo anterior se aplica a las siguientes industrias: 1º. Producción o trasmisión de fuerzas eléctricas, de vapor, de gas o de otra especie que produzcan energía mecánica;..... 7º. Trasportes terrestres, marítimos, en los ríos o en los lagos, siempre que se hagan por tracción mecánica; 8º. Explotaciones agrícolas que empleen motores de una fuerza distinta a la del hombre, *sólo con respecto al personal expuesto al peligro de las máquinas*; 9º. Las empresas de muelle, de carga o descarga, con aparatos mecánicos movidos por fuerza distinta a la del hombre". Esta restricción no se apoya en fundamento alguno plausible, puesto que ya en 1911, fecha de la promulgación de la ley, era otro el concepto que del accidente del trabajo se tenía en el mundo científico; y por eso nuestros tribunales de justicia han tenido que sentar jurisprudencia práctica que no se armoniza con el texto de la ley. Siempre los buenos jueces, como lo dijera el doctor Eusebio Gómez, obligados a no cumlpir las malas leyes.

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

Es bien sabido que hay algunas enfermedades que solo reinan en determinadas localidades, en condiciones telúricas, atmosféricas y metereológicas especiales, y que se trasmiten al hombre por intermedio de un ser vivo, un insecto chupador infectado que inocula al organismo el gérmen, el agente patógeno del padecimiento. Tales son: la peste de Oriente, cuyo vehículo de trasmisión es una especie de pulga parásita de las ratas enfermas y que también pica al hombre; la fiebre amarilla, imposible de adquirirse sino es por la picadura del stegomia infectado; la verruga peruana o Enfermedad de Carrión, que también debe ser incluída en este grupo no obstante de que hasta hoy no se ha descubietro el insecto trasmisor, de cuya existencia ya no se puede dudar; el paludismo, cuyo protozoario generador el hematozario de Laverán, recorre los ciclos de su existencia en el organismo del anofele y en el del hombre, después de haber sido inoculado por el insecto; etc.

En la evolución de todos estos procesos morbosos, la penetración del gérmen al organismo humano se realiza conforme al siguiente mecanismo: 1°. el insecto trasmisor, que únicamente vive en zonas restringidas y en un medio telúrico ad hoc, necesita para infectarse chupar la sangre del hombre enfermo, por lo que solo se vuelve peligroso cuando existen focos del padecimiento, sean endémicos o epidémicos, pues si en la localidad en que suele aparecer el mal no hay enfermos el insecto se conserva inocuo: el stegomia es inofensivo si no ha chupado la sangre de un amarílico; inoculado el microorganismo generador del mal, continúa su evolución en el cuerpo humano y la enfermedad se desarrolla si las defensas de la economía no son bastante poderosas para destruir su virulencia pudiendo también exaltarse ésta en casos excepcionales en que se unen otras circunstancias. Hay, pues, en la génesis de estas singulares enfermedades, un cúmulo de circunstancias que concuerdan perfectamente con el modo como se produce un accidente del trabajo, y con los requisitos que para ello exige la ley respectiva. En efecto, a la observación se presenta lo siguiente: *a) estado anormal inmediato o mediato*, al proceso morboso cuyo cuadro sintomático se hace bien ostensible terminado el período de incubación, variable para cada uno de ellos; *b) que el obrero sufre con ocasión o como consecuencia del trabajo*, la enfermedad adquirida porque el obrero ha tenido que exponerse a contraerla al residir, transitoria o permanentemente y en las horas oportunas, en la zona en que se radica el padecimiento, porque así lo ha exigido el trabajo realizado, a saber: los territorios maláricos, para el paludismo; las zonas verrucosas para la enfermedad de Carrión, etc.; *c) el resultado de una fuerza externa extraña al individuo y de acción súbita*, la picadura del insecto que es un hecho violento inesperado, y la resultante de una fuerza que perfora la piel, para permitir la inoculación del gérmen, dinamismo externo y extraño al obrero que ha de sufrir las consecuencias.

Hay también otro grupo de enfermedades que son inoculables, cuyo gérmen se introduce al organismo por una pequeñísima solución de continuidad, una insignificante herida, una denudación de la piel, que se efectúa durante el trabajo o con ocasión del trabajo; en las que no siempre es posible reconocer la puerta de entrada de

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

agente patógeno, por lo que se puede correctamente asimilarlas a la trasmisión realizada por la picadura de un insecto. Tales son, por ejemplo: el carbunclo, que ataca a los operarios que manejan las pieles de los animales enfernos; el tétano, que complica las heridas grandes o pequeñas, que se pólucionan con la tierra en que vive el bacilo específico; la tuberculosis inoculable en una herida por intermedio del aire cargado de bacilos de Koch (1); etc.

Antes de aplicar estos postulados al caso especial del pal dismo, voy a rememorar algo de lo acaecido entre nosotros con la Enfermedad de Carrión y que demuestra con toda evidencia, la similitud que acabo de esbozar entre el modo como se propagan los dichos estados patológicos y se generan los accidentes del trabajo. Es bien sabido que la verruga peruana es endémica, desde tiempo inmemorial, en una buena extensión de la quebrada de Huarochirí, por donde baja el bullicioso Rímac y asciende atrevido y audaz el Ferrocarril Central Trasandino, del Callao a la Oroya. Desde que se comenzaron los trabajos para la construcción de la ferro-vía, en la parte infectada de la quebrada allá por los años de 1871 y siguientes, la verruga peruana ha ocasionado terribles estragos entre el personal dedicado a tal faena, produciéndose una espantosa mortalidad con la fiebre grave, que entonces comenzó a denominársele Fiebre de la Oroya, que la fantasía popular exteriorizó diciendo "que cada durmiente de la línea representaba un chileno muerto", porque entre los peones predominaban los de aquella nacionalidad; extragos que se han exacervado siempre que las contínuas reparaciones de la línea han determinado la aglomeración de trabajadores y de personal técnico extranjero en los sitios peligrosos. Hace ya algunos años que destruído el puente de Purhuay por los rebeldes que se habían alzado en armas contra el gobierno constituído, hubo urgencia de proceder a su reconstrucción y para efectuarla la empresa del Ferrocarril hizo venir de Estados Unidos de Norte América una brigada de operarios expertos en la materia. A poco de iniciados los trabajos comenzaron los obreros a caer víctimas de la verruga por lo que alarmado el Superintendente del Ferrocarril, que lo era el señor Eguren ante la marcha invasora del flajelo y ante la reparación pecuniaria que significaba cada hombre muerto en tales condiciones, acudió al profesor Graña, a la sazón al servicio de la Empresa por delegación de la Dirección de Salubridad, en demanda de alguna medida que remediara tan grave situación. Inclinado el profesor Graña a aceptar por analogía la existencia de un insecto chupador que inoculara la verruga; y suponiendo que ese insecto sólo debía atacar al hombre en la noche, aconsejó que todo el personal que trabajara en el puente de Purhuay, pernoctara en Chosica, a fin de librarlos de los ataques de los maléticos insectos. Desde que se adoptó esta medidia precautoria, no volvió a presentarse un caso de la enfermedad entre esos sujetos, prestándose así un positivo servicio a la Empresa y a los trabajadores; y adquiriéndose, además, conocimiento de gran valer en la

(1). — L. AVENDAÑO — Sur un ulcére tuberculeux survenu par inoculation accidentelle. — Publicada en los Etudes Experimentales et Cliniques sur la Tuberculosse, sous la direction de Mr. le Prof. Verneuil. — París 1888.

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

biología de animaluco intermediario, puesto que se probó con toda evidencia que al igual que el anófele solo pica al hombre en la noche después de la puesta del sol. ¿Los empleados y obreros que contraían la verruga en las labores del Ferrocarril Central, no eran víctimas de un accidente del trabajo?: huelga la respuesta ante los hechos relatados limitándome a equiparar su alejamiento de los focos de origen de la endemia a los aparatos protectores que los reglamentos respectivos ordenan se instalen en las máquinas industriales puesto que su finalidad es la misma de precaver un posible accidente.

El paludismo en el Perú, como sucede en todos los países tropicales, es endémico en gran extensión de su territorio, en las llanuras cultivadas de la costa, en las profundas quebradas que avanzan hacia los contrafuertes de la cordillera, en la enorme sábana de las selvas amazónicas, en una palabra, en todos los lugares en que existen las condiciones telúricas y atmosféricas propicias para la vida de los anófeles. En las *jalcas*, las planicies de la cordillera, en las grandes alturas, la malaria es completamente desconocida. Y en los territorios en que reina a diario, o con inusitada frecuencia, hay algunos, en los que la enfermedad reviste excepcional virulencia, presentándose a las veces exacervaciones epidémicas Fácilmente se comprende que los nativos de la puna, sufrirán indefectiblemente los ataques de los zancudos infectados y contraerán el paludismo cuando descienden a las zonas maláricas de la costa o se trasladan a la inmensa región de la selva: salvo que se les someta a una severa profilaxia individual, no muy factible cuando se trata de grandes colectividades.

Me parece que ya está bien probado por lo expuesto en uno de los párrafos anteriores, que existe completa similitud entre el mecanismo de la producción de un accidente del trabajo y el modo como se radica en el organismo humano la infección malárica con todas sus desastrosas consecuencias; hecho súbito, violento, la picadura del insecto; verificada ésta en el acto del trabajo, desecación de pántanos, drenage de terrenos inficcionados, etc.; o con ocasión del trabajo, residencia en las zonas palúdicas de los individuos oriundos de territorios indemnes, etc., que viven allí por imperativo del trabajo; picadura que inocula la malaria, produciendo perturbación funcional que puede ser transitoria o permanente, paludismo agudo, paludismo de reinfección, caquexia palúdica, lesiones viscerales, etc.

Fácilmente se comprende que no todos los casos de paludismo contraídos por los obreros en las zonas maláricas, han de ser incluídos precisamente entre los accidentes del trabajo; no, pues como lo preceptúa claramente la ley, es requisito *sine qua non* que el paludismo se adquiera durante el trabajo o con motivo del trabajo. Y a este respecto la diferencia capital estriba en el hecho de que no son igualmente vulnerables a los ataques del hematozoario, el obrero nativo o antiguo residente de los territorios palúdicos, que aquel que se traslada de una población indemne a otra localidad infectada en donde tiene noventa por ciento de probabilidades de contraer el padecimiento. Rememoraré como dato ilustrativo lo que acontece en algu-

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

nas haciendas de la costa,en que se cultiva la caña de azúcar,el arroz, el algodón, etc., en las que el paludismo es endémico o al menos en muchas de ellas, y en donde con motivo de la crónica escasez de brazos, los propietarios de los fundos tienen que recurrir a peones extraños a la localidad, peones oriundos de los pueblos más cercanos de la sierra. Estos jornaleros serranos son víctimas propiciatorias del paludismo, desconocido en sus punas, y que solo lo adquieren por el hecho de habérselos traído a trabajar en las zonas maláricas de la costa; y con ocasión del trabajo, pues tienen obligatoriamente que residir y pernoctar en los sitios peligrosos. No sucede lo mismo con los peones residentes de antiguo en esos sitios peligrosos, pues éstos pueden sufrir el padecimiento, trabajen o no trabajen en el fundo. Si a los primeros se les pudiera alejar en la noche fuera del lugar en que trabajan para ponerlos a cubierto de las picaduras de los anófeles, se les libraría también de sus terribles asechanzas. Es el caso de la Enfermedad de Carrión, ya contemplado en párrafo anterior.

Puede también suceder que se contraten obreros, cualesquiera que sea su procedencia, para trabajos notoriamente peligrosos en zonas, cuyo mefitismo revista caracteres graves: desecación de pantanos, grandes remociones de terrenos permanentemente infeccionados desde tiempo inmemorial, construcción de vías férreas como aconteció en el Ferrocarril Mamoré-Madera entre cuyos trabajadores hubo tanta mortalidad por el paludismo, como la ya citada por la verruga en nuestro Ferrocarril Central, etc., etc., y entonces es indiscutible que el paludismo contraído por los que allí trabajan y residen es legalmente un accidente del trabajo. Si la enfermedad evoluciona sin complicación, y no pasa de un paludismo primario, y yugulable mediante el tratamiento clásico, entonces sólo hay incapacidad para el trabajo mientra se restablece el paciente, que tendrá derecho a la correspondiente indemnización y a la asistencia profesional, sea cualquiera la ley a que se acoja, la del riesgo profesional o la de la lucha contra el paludismo; pero si sobrevienen la caquexia o las lesiones viscerales consecutivas a la infección primaria o a las reinfecciones sucesivas, entonces procede la declaración, según los casos, de *incapacidad parcial y permanente* o de *incapacidad absoluta* y *permanente*.

Hay en nuestra jurisprudencia práctica—en el ramo militar—una ejecutoria que concuerda en todo con las ideas expuestas, ya que la declaración de invalidez por actos del servicio en los militares, es perfectamente asimilable a la declaración del accidente del trabajo en los obreros y empleados, conforme a las prescripciones de la ley. Actuaba, en 1905, como sargento mayor de sanidad en la sección Técnica del Servicio de Sanidad Militar y Naval, y en el desempeño de mi cargo tuve que informar en la solicitud de un señor teniente coronel de ejército, que pedía se le declarara inválido por haber adquirido en el servicio una nefritis de marcha crónica, de pronóstico grave, que lo incapacitaba por completo para continuar activamente en la carrera militar. Estudiado el caso pude comprobar que la marcha de la enfermedad que aquejaba al interesado, había sido la siguiente: nombrado en comisión del servicio al departamento de Cajamarca, tuvo que permanecer por muchos días en la vega del Río de la Magdalena, una de las quebradas más fustigadas por el paludismo en nues-

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

tra costa. Allí contrajo la citada enfermedad, que rápidamente y a pesar del tratamiento empleado se hizo crónica, pasó al período terciario, el de las localizaciones viscerales, comprometiendo seriamente el riñón y generando una nefritis hidropígena. Establecida con toda claridad la relación de causalidad entre la permanencia obligada, por acto del servicio, del paciente en la región malárica y la enfermedad adquirida, cuya secuela indiscutible era la nefritis existente, informé en el sentido de que procedía la declaración de invalidez; y así lo decretó la superioridad, que estimó debidamente los fundamentos científicos del dictamen. El profesor Nerio Rojas y el doctor José C. Belbey, de Buenos Aires, relatan en los siguientes términos un caso idéntico, acaecido en la República Argentina. "Si no por la ley de accidentes, en un caso de pensión a la viuda de un militar, conforme a la ley 4707, el procurador general de la nación, oída la opinión favorable de la sanidad militar, aceptó que el paludismo contraído en Salta, adonde el oficial porteño fué y permaneció por exigencias de su cargo, falleciendo después por *caquexia palúdica*, encuadraba dentro de los casos legales, de "fallecidos a consecuencias de accidentes o enfermedades contraídas en el servicio o en actos del servicio". La pensión fué otrogada en la forma reclamada" (2).

———

Lo que se ha escrito sobre este interesante tópico por los especislistas que se han ocupado del sunto, está consignado y debidamente comentado en el estudio de Rojas y Belbey que acabo de mencionar.

Borri, Rameri y Carnelutti, en Italia, y Loubat, Forgue y Jeanbreau, en Francia, fueron de los primeros en aceptar la completa similitud que existe entre el modo como se generan algunos procesos patológicos, trasmitidos por los insectos chupadores o por inoculaciones accidentales y el cómo se originan los accidentes del trabajo. Los autores italianos han discutido el significado que debe darse a la frase *causa violenta* que tipifica al accidente del trabajo, y entre ellos «tiende a predominar el concepto de Borri que no exige el «traumatismo» concreto y corriente, y acepta también la «causa concentrada», eficiente, aún «sin tener los caracteres vulgares de la violencia física», pero capaz al «desarrollarse en el organismo en forma imprevsita y rápida», de determinar estados patológicos. Dentro de este concepto están comprendidas las «causas violentas de orden «virulento», como la peste, el carbunclo, el tétano, la fiebre amarilla y la malaria. Según el ilustrado profesor de Florencia, campeón de esta doctrina, la «cuestión elegante del paludismo como accidente del trabajo, debe ser en ciertas condiciones, resuelta afirmativamente, pues no hay diferencia entre la pequeña solución de continuidad por donde entra el carbunclo el tétano o la peste y la picadura del anofele que inocula el paludismo» (3).

(2) — Nerio Rojas y Jose C. Belbey — *El Paludismo como accidente del trabajo.*—Comunicación al III Congreso Nacional de Medicina.— Buenos Aires, 1926.

(3). — Rojas y Belbey — Obra citada.

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

Forgue y Jeanbreau, dicen a este respecto lo siguiente: «Pero toda enfermedad, toda afección, cuyo desarrollo o agravación se genera por un hecho accidental debidamente comprobado, pertenece a la categoría de los siniestros indemnizados por la ley: por ejemplo, la neumonia a consecuencia de la caída en el agua fría en el momento del trabajo, el carbón inoculado a un obrero que maneja pieles contaminadas, la sífilis que contrae un vidriero al usar el tubo insuflador contaminado por un camarada que tiene placas mucosas en la boca» (4).

Estas ideas han sido ya favorablemente acogidas en algunas naciones; y, en lo que se refiere especialmente al paludismo, ya se le acepta como accidente del trabajo, siempre que el obrero lo contraiga en las condiciones apuntadas. En Italia, hay ya jurisprudencia práctica sobre este asunto, como lo prueba un fallo judicial de la Corte de Turín, en el que se declaró que la «infección malárica» con efectos permanentes de debilidad orgánica, «contraída por un marinero que ha debido permanecer en zonas maláricas viajando en la nave en la cual trabaja, constituye infortunio sucedido en ocasión del trabajo». (Torino, 31 de octubre de 1921. — *Giurisprudenza italiana*, 1921, 1.999). Carnelutti opina del mismo modo, pero declina la responsabilidad hacia los médicos, cuando dice: «y si ellos responden que verdaderamente estas enfermedades son debidas a la acción rápida de un micro-organismo penetrando en el cuerpo humano, no sé cómo y porqué se deberá negar el infortunio» (Carnelutti, *Infortuni sul lavoro*). Hay también sentencias expedidas en Francia y en Alemania, que han reconocido la obligación de indemnizar la sífilis, la peste bubónica, el carbunclo, etc. contraídos en las condiciones ya expuestas.

En Francia, Forgue y Jeanbreau consideran al paludismo entre las lesiones, dolencias y enfermedades justiciables de indemnización; y, al efecto, en la nómina correspondiente se consignan las siguientes tasas de incapacidad: «XXXII.—Maladies exotiques.— Paludisme chronique con lesiones viscerales 20 a 40%. — Cachexie palustre 40 a 60%.—Cachexie palustre avec détérioration profunde de la constitution 60 a 90%» (5).

Rojas y Belbey, convienen en que el paludismo debe ser considerado como accidente del trabajo, en conformidad con los estudios y los fallos ya mencionados, que discuten y amplían, y con los términos de la ley argentina sobre accidentes del trabajo. Dicen que hasta hoy no se ha presentado reclamación parecida ante los tribunales argentinos, pero como lo lógico es que surjan muy pronto, dada la evolución que experimentan los problemas de orden social, es conveniente adelantarse a los acontecimientos y estar convenientemente orientados para cuando sea necesario intervenir: — aducen muy juiciosos razonamientos para justificar la semejanza que debe aceptarse entre las infecciones carbunclosas y pestosas, con ejecutorias favorables en la jurisprudencia práctica argentina y la infec-

(4). — FORGUE et JEANBREAU — *Guide pratique du medecin dans les Accidents du Travail.* — París, 1924.

(5). — FORGUE et JEANBREAU — Obra citada.

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

ción malárica; — rebaten las posibles observaciones, de que no pueda determinarse con precisión el momento en que se produce el acto violento de la inoculación del agente patógeno, y de que el paludismo pueda constituir un riesgo genérico y no un riesgo específico; y, exponen las razones en que se apoyan para aceptar que el paludismo pueda generar un accidente del trabajo, tanto como hecho inicial, como concausa, sea cuando el paludismo adquirido contribuye a la rápida o fatal evolución de otro proceso morboso ya existente.

¿Procede en el Perú la declaración de accidente del trabajo causado por el paludismo, teniéndose en cuenta la letra y el espíritu de la ley vigente, es decir en conformidad con lo preceptuado en la ley de 20 de enero de 1911? no procede, por las razones que ya he esbozado y sobre las que voy a insistir:

1°. — Porque como quiera que en la ley peruana no se define el accidente del trabajo, la apreciación de cada caso particular queda librada al concepto que del asunto se forme el juez y al criterio de su conciencia, que por muy correcta que se la suponga, se resistirá a considerar como accidente del trabajo una simple, vulgar enfermedad, tan generalizada en el Perú y que ataca a todos, grandes y chicos, ricos y pobres, obreros del músculo y del cerebro, etc., etc., y cuyas manifestaciones distan tanto del accidente tal como se le concibe por los extraños a la medicina. Para desarraigar este prinicio hoy existente hasta cierto punto justificado, es necesario e inaplazable que haya una definición legal del infortunio del trabajo, sobre la que pueda fundamentarse la opinión de los peritos en cada caso particular, proporcionando los elementos precisos para la función del criterio de conciencia en el juez; y

2°. — Por que en la tanta veces citada ley se reconoce — como ya lo he dicho — como indemnizable al accidente cruento, sangriento, eliminándose de sus beneficios, cuando se trata de las explotaciones agrícolas, al personal que no maneja las máquinas, es claro que los jueces actuarán con estricta sujeción a los preceptos legales al declarar infundada la demanda de un peón de chacra, pongo por caso que reclama indemnización por los daños que le ha ocasionado el paludismo contraído en el fundo en que trabaja y en las condiciones contempladas en los párrafos anteriores.

Esto demuestra la urgencia de revisar la ley en vigencia, cuyas disposiciones no se conforman con las modificaciones que a diario y en el mundo todo se efectúan en la legislación del trabajo. Si en 1911, en que se la promulgó era deficiente en alguno de sus artículos y de imposible aplicación en otros — como hubo oportunidad de demostrarlo con toda amplitud en el estudio que hizo la Academia Nacional de Medicina, a pedido de la Dirección de Fomento, del artº. 18 de la ley, estudio que demostró la imposibilidad, conforme a los cánones de la ciencia, de formular el arancel a que se refiere dicho artículo, — tal deficiencia como es lógico, se ha acentuado hoy y se continuará acentuando, mientras más se postergue el con-

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

cienzudo estudio y la prudente modificación de la legislación del trabajo en el Perú.

Es de desear que no se repitan los incidentes que esterilizando la honrada actuación de algunos espíritus selectos influyeron poderosamente en la dación de una ley tan defectuosa.

Como término del presente trabajo someto a la consideración del Congreso la siguiente conclusión:

—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es urgente la modificación de la ley de 20 de enero de 1911, pues tal como está concebida no corresponde a la finalidad de la equitativa reparación de los accidentes del trabajo; debiendo encomendarse la solución de este importante problema de organización social a una comisión especial elegida por el Congreso Nacional e integrada por personeros de las instituciones médicas nacionales.

La nueva ley alemana sobre enfermedades venéreas

Texto y comentario de la disposición legal que rige en Alemania desde el 1°. de Octubre de 1927

Por el Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA
Profesor de Medicina Legal y Toxicología en la Facultad de Medicina

Al Doctor Estanislao Pardo Figueroa, Senador de la República y Presidente de la Primera Conferencia Nacional Antivenérea, Lima 1926, y de la «Liga Nacional Antivenérea». Con todo respeto y afecto.

Con fecha 22 de Febrero de 1927 el «Boletín Oficial del Imperio» inserta a páginas 1431 y 1433 el texto completo de la nueva ley que la República de Alemania ha dictado el 18 de febrero del mismo año, en la lucha contra las enfermedades venéreas, y que ha comenzado a regir desde el 1°. de Octubre de 1927, derogando todas las anteriores legislaciones sobre la materia, en especial las disposiciones del Decreto de 11 de Diciembre de 1918 y el Reglamento sobre asistencia de venéreos en el Ejército de fecha 17 de Diciembre del mismo año de 1918.

Este avanzadísimo paso que la nación alemana dá en la lucha contra este nefastísimo grupo de dolencias humanas, constituye el ejemplo más palpable de lo que este peligro representa y de lo enérgico y terminante que deben ser las medidas que se implanten para combatirlas con eficacia. El estudio de esta ley ha sido largo y la-

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

borioso, y algunos de sus párrafos, el 7°. por ejemplo, dieron lugar a encendidas discusiones. Por fin, el acuerdo ha dominado y la ley se presenta conteniendo el máximun de disposiciones sobre la materia.

Nosotros que modestamente, desde este rincón de América, laboramos en igual sentido, y procuramos poner nuestro granito de arena con igual finalidad, sentimos el máximo orgullo al ver como nuestras ideas coinciden con aquellas que la gran nación alemana ha legislado. En la "Ira. Conferencia Nacional Antivenérea", que bajo el alto patronato del Gobierno peruano se reunió en Lima en los meses de Agosto y Setiembre del año próximo pasado, desarrollamos la Ponencia Oficial sobre «Los problemas legales en la lucha antivenérea» y publicamos las conclusiones que nuestro criterio sugería como finalidad de ese trabajo, la mayor parte de las que se oficializaron en los Votos a que arribó este Certámen.

Y no podía ser de otra manera; las ideas que nosotros recogimos eran aquellas que flotaban en el ambiente y que decían de la labor larga y tesonera a que llegaban todos los que a esta clase de estudios se dedicaban. No tuvimos otro mérito sino el de condensarlas y de presentarlas adaptándolas a nuestro medio, dentro de la obligada limitación a que nos constreñía la capacidad cultural de nuestro pueblo. En algunas conclusiones fuimos, con todo, algo avanzados; así nos objetaron los que nos honraron con su crítica. Pero de ello no nos arrepentimos, pues son los vislumbres de Idealidad a que siempre debemos aspirar, que tardarán en llegar, pero que llegarán, magüer que a ello se opongan todos los conservadorismos.

Y punto final. Pasamos a continuación a insertar íntegramente el texto de la Ley Alemana, acotando cada párrafo con los comentarios que ellos nos sugieren, en armonía con las conclusiones del trabajo nuestro, a que anteriormente hemos aludido.

« Parrafo 1°.—*En esta ley son consideradas como enfermedades « venéreas, la sífilis, la gonorrea y el chancro, independientemente de « las partes del cuerpo en que aparezcan los síntomas de estas enfer- « medades* ».

Este párrafo no merece mayor comentario; se indica que son dolencias venéreas, para los efectos de la ley, las que comprenden la triada venusina. Nosotros igualmente consideramos a las tres entidades, y en la 1ª. conclusión de la 1ª. parte, decimos: «Toda persona afecta de una enfermedad venérea (sífilis, blenorrágia o chancros blandos), ...

....

Parrafo 2°.—*El individuo que padezca de una enfermedad « venérea contagiosa y tenga conocimiento de esto o deba suponerlo « por las circunstancias, tiene la obligación de someterse al tratamiento « de un médico titulado en la República de Alemania. Los padres, tu- « tores u otras personas con deberes educacionales, están obligados a « velar por el tratamiento médico de sus tutelares que estén atacados de « una enfermedad venérea* ».

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

« *El tratamiento de menesterosos que no pueden pretender asis-*
« *tencia médica de otra índole, o a los que una asistencia médica basada*
« *en un seguro puedan traer desventajas económicas, será reglamentado*
« *a fin de que se lleve a efecto con bienes públicos* ».

Se trata en este párrafo de uno de los tres factores de lo que nosotros nos permitimos llamar «El Trípode Legal Sanitario», es decir, del *tratamiento obligatorio*, muy similmente glosado en la conclusión de la primera parte de nuestra ponencia: «Toda persona « afecta de una enfermedad venérea, está *obligada* a solicitar *trata-* « *miento* médico de manos de un *profesional autorizado por la ley,* « o, si sus recursos no lo permiten, presentarse en un consultorio de « *asistencia gratuita*».

Es así como se contemplan las tres importantes cuestiones: a) — la obligación de tratamiento; b) — que dicho tratamiento debe serlo por profesional legal; y c) — que en caso de no tener recursos, debe hacerse el tratamiento gratuito por el Estado.

La ley alemana trata, más que de una obligación legal, de un deber, pues no señala castigos para los omisos. Pero, el imperativo con que establece esta taxativa, es de un rigor concluyente y sin que se preste a duda alguna.

« Parrafo 3º. — *Los problemas sanitarios que fueran suscita-*
« *dos por esta ley, serán desarrollados por autoridades sanitarias, que,*
« *en lo posible, lo harán de acuerdo con los Consejos de Enfermedades*
« *Venéreas, Oficinas de Asistencia y otros organismos de previsión*
« *social. Los agentes de la policía de orden y de bienestar están obli-*
« *gados a velar por la fiel ejecución de las reglamentaciones sanitarias*
« *y de previsión social, especialmente en lo referente a la atención de*
« *menores de edad por los organismos de previsión* ».

Pone este párrafo toda la alta autoridad en la vigilancia del cumplimiento de la ley, en entidades superiores sanitarias, dejando a la policía solamente el papel de observadores de su fiel ejecución, coadyuvando por su mejor desarrollo, pero sin convertirse en «policía moralizadora», que no le incumbe.

Entre nosotros, se ha creado a sugerencia de la indicada Conferencia de 1926, la «Liga Nacional Anti-venérea» que mantiene el principio de autoridad y de orientación en todos los problemas antivenéreos.

« Parrafo 4º.—*La autoridad sanitaria respectiva puede solicitar*
« *de las personas que infundan inminentes sospechas de estar atacadas*
« *de enfermedades venéreas y tengan probabilidades de propagar el*
« *contagio, un certificado médico,— sólo en excepciones justificadas*
« *un certificado extendido por un médico nombrado por la autoridad*
« *sanitaria respectiva,— sobre su estado de salud, o puede exigir que*
« *se sometan al examen del médico respectivo. A indicación del médi-*
« *co examinador, estas personas pueden ser requeridas de presentar*
« *frecuentemente estos certificados de salud* ».

«*Siempre que sea necesario para evitar la propagación de la enfer-*
« *medad, las personas atacadas de males venéreos o que caigan bajo*

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

« *la sospecha de propagar el contagio, pueden ser sometidas a un tra-*
« *tamiento curativo, y aún ser internadas en un establecimiento para*
« *este fin* ».

« *No se considerarán los denuncios, cuyo denunciante sea desco-*
« *nocido. El que inculpe a persona determinada de estar atacada de*
« *un mal venéreo, será sometido a un interrogatorio verbal, y solamente*
« *se seguirá el denuncio en caso de existir sospechas suficientes que ha-*
« *gan probable lo sostenido por el denunciante* ».

« *En caso de no bastar las medidas indicadas en los párrafos*
« *1 - 2, se autoriza el empleo inmediato de la fuerza pública* ».

« *Las intervenciones médicas de las cuales dependa inminente-*
« *mente la vida del paciente, sólo pueden efectuarse con el consenti-*
« *miento de este último; la declaración del Gobierno indica las inter-*
« *venciones médicas que se consideran* como «con peligro de vida ».

Es éste uno de los más importantes artículos de la ley que nos ocupa; se refiere a lo por nosotros llamado «el trípode legal sanitario» y que comprende: el tratamiento obligatorio, la declaración obligatoria y el aislamiento obligatorio. Las conclusiones de la 1ª. parte de nuestro trabajo contemplan este triple aspecto legal: el *tratamiento obligatorio*, en la conclusión 1a. que ya hemos transcrito; la *declaración obligatoria*, en la conclusión 2a. al decir: "Toda persona que, por cualquier motivo, tenga conocimiento de la en-
« fermedad venérea de otro sujeto, y sepa igualmente que no se
« somete a un tratamiento científico, está obligada a formular su denuncia, verbal o escrita, ante la autoridad sanitaria respectiva»; y el *aislamiento obligatorio* en la conclusión 3ª. que a la letra dice:
« Las personas que afectas de una dolencia venérea, eludan, por
« varias circunstancias, el tratamiento de su afección, o no escuchen
« los consejos de su médico, así como los venéreos que puedan ser
« un peligro especial de contagio (prostitutas, soldados, marineros,
« etc.) serán obligatoriamente aislados, mientras se realiza su tra-
« tamiento, hasta que queden libres de la posibilidad de conta-
« gio ».

En virtud de la ley alemana, el Estado se declara abolicionista, tratando de lograr los resultados que no pudo obtener de la reglamentación de la prostitución. Como dice el «Artzliche Mitteilungen» de Leipzig en el comento de esta ley: «La inscripción y el exa-
« men periódico de las prostitutas no condujeron al fin deseado
« pues muchas de éstas se substraían al examen, y las prostitutas
« ocasionales no pudieron ser habidas. Bajo esta ley, aún los hombres
« sospechosos pueden ser retenidos y sometidos a un tratamiento.
« La ley no perjudica a los enfermos cuidadosos y conscientes,
« pues a lo sumo les exije la presentación de un certificado médico
« y haciéndolo la Ley no los vuelve a molestar ».

Fueron estas conclusiones las más objetadas en nuestro trabajo; se habló de la libertad individual aunque no se compulsaban los intereses de la colectividad, puestos aquí en peligro. La ley alemana ha pasado sobre estas consideraciones, pues comprendía que legislaba en bien de los más, aunque ello irrogara perjuicio para los menos; quien elude la ley, cae dentro de ella.

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

« Parrafo 5º.— *El que cohabitare, padeciendo de una enfermedad venérea contagiosa y tenga conocimiento de esto o deba suponerlo por las circunstancias, es penado hasta con presidio de 3 años, siempre que el Código Penal no ordene penas mayores*».

«*Tratándose de cohabitación entre esposos o novios, no se iniciará la persecución judicial, sino por denuncia. En caso de ser el inculpado pariente del denunciante, se permitirá retirar el denuncio* ».

« *El período de persecución penal termina a los seis meses* ».

Tal el párrafo que contempla el arduo y discutido problema legal del «Delito de contagio venéreo», y que fuera motivo de la disertación de la parte 4ª de mi Ponencia, que sintetizara entre otras, con la siguiente conclusión: «La contaminación venérea constituye « un delito, perfectamente definido, según los principios jurídico-« penales, y, por lo tanto, se le debe involucrar en el articulado de « nuestro Código Penal».

La legislación alemana, sútil y precisa en este punto, no sólo indica castigo para el que dañe a otra persona mediante el contagio, sino también al que le exponga al peligro del contagio. Elabora doctrina, igualmente, respecto al contagio en el matrimonio, requiriendo solamente el denuncio de parte perjudicada. Por último, establece un plazo de prescripción de seis meses para este delito, acorde con los dictados de la Ciencia, pues los síntomas de la sífilis aparecen a las 3 o 4 semanas, muy raras veces más; y los de la blenorragia son evidentes a los pocos días. Este período debe contarse, desde luego, a partir del día de la cohabitación contagiosa.

« Parrafo 6º. — *El que teniendo conocimiento de estar atacado por una enfermedad venérea o debiendo suponerlo por las circunstancias, contraiga matrimonio sin haber puesto en conocimiento de la otra parte, antes del casamiento, de la existencia de su enfermedad, será penado con presidio hasta de 3 años*».

« *Se iniciará la persecución sólo con motivo de un denuncio* ».

« *El período de persecusión penal termina a los 6 meses* ».

Plantea este párrafo otra discutida cuestión, que desarrolláramos nosotros en la parte IIIª de nuestra Ponencia; la cuestión del «Certificado médico prematrimonial», que igualmente discutiéramos en estos últimos días en conferencia sustentada en el «Círculo Médico Peruano».

La ley alemana no estatuye, al menos en esta disposición legal, terminantemente la obligación del certificado pre-nupcial; pero, ya haciendo repartir folletos ilustrativos en las Oficinas del Registro Civil, o ya estableciendo responsabilidad para el médico que no impone su criterio para postergar un enlace u opone su voto para la realización del mismo, legisla indirectamente hacia esta finalidad. Por lo demás, en el mismo Berlín, se han establecido últimamente Oficinas municipales, para la consulta potestativa de la eugenesia matrimonial. El terreno se prepara, pues, de manera lenta y se labora hacia este ansiado deseo, hoy contemplado y legislado en lo referente a los males venusinos.

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

« Parrafo 7°. — *El tratamiento de las enfermedades venéreas « y enfermedades o afecciones de los órganos sexuales, sólo es permi- « tido a los médicos aprobados en la República de Alemania. Queda « prohibido todo tratamiento que no sea personal o directo (cura a dis- « tancia) o todas las conferencias, literaturas, láminas o esquemas « que den indicaciones o consejos para el tratamiento propio indivi- « dual del enfermo* ».

« *El que contraviniere las disposiciones del inciso I, de este pá- « rrafo, efectuando un tratamiento en contraposición a los allí men- « cionados, o incitare a un tratamiento semejante ya sea en público, « o mediante la distribución de escritos, láminas o indicaciones, aun- « que sea secretamente, será penado con prisión hasta de un año y « multa, o con una de estas dos penas* ».

«*Será castigado a igual pena el médico que tratare las enfermeda- « des indicadas en el inciso I° en forma no permitida* ».

« *Es permitida al enfermo la elección de médico, y puede tam- « bién cambiar de facultativo, siempre que no suspenda el tratamiento « durante el período del contagio*».

Fué este párrafo el que más resistencias encontró, y por el que la dación de esta ley ha demorado. Parece que en Alemania constituía una lucrativa industria la referente a la asistencia de los veneréopatas por personas sin título para ello, es decir, haciendo el ejercicio ilícito de la profesión.

Nosotros insistimos mucho sobre esta cuestión, al desarrollar la IIa. parte de nuestro programa. La conclusión Ia. es terminante al respecto: "La atención de las dolencias venéreas, debe ejecutarse « exclusivamente por profesionales autorizados por la ley; la ne- « fasta intervención del curandero debe castigarse severamente, tal « vez con más rigor que su actuación en otras afecciones».

La ley alemana es terminante y apunta hacia la finalidad de restringir y reprimir los desmanes del charlatanismo, del anuncio inmoral y aún de la auto-terapia, que tantos malos resultados ha producido. Nosotros quisimos ser más rigurosos al respecto, pues propusimos la necesidad de la especialización venereológica, o, por lo menos, la suficiente capacidad y experiencia para tratar esta clase de males; aún a espaldas de un diploma legal, un médico nulo o mal preparado para intervenir en estos casos, es tan pernicioso como el empírico, que tal vez actúa con definida experiencia.

«Parrafo 8o.—*El que haga un exámen o tenga en tratamiento « médico a un enfermo venéreo, debe instruirlo sobre la enfermedad « de que padece, su poder de contagio y la penalidad de los tratamien- « tos indicados en los párrafos 5 y 6, y debe entregarle un folleto des- « criptivo autorizado oficialmente*".

«*En caso de no ser el enfermo lo suficientemente consciente para « comprender el peligro del contagio, debe dársele la instrucción, y « también hacerle entrega del folleto descriptivo, a la persona encarga- « da de la salud del enfermo*".

El conocimiento perfecto de los peligros que el mal venéreo acarrea, es de suma necesidad, pues los efectos de la ley no podrían surtir todo su rigor y su ejemplaridad, si no se conoce el deber que

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

se infringe, la obligación que se elude. La culturización y vulgarización en tal sentido constituyen, por lo tanto, la base sustantiva para que la ley rinda los efectos apetecidos. Las sanciones, además, no podrían ejecutoriarse, si el penado indica que no ha podido obrar conforme a la ley, por no conocer la ley. En tal sentido nadie mejor que el médico consultante o tratante, para realizar esta labor educacional, que precisamente beneficiará en los resultados del tratamiento.

Nosotros también sostuvimos este importante principio; y así en la conclusión 4a. de la parte IIa. decíamos: "Corresponde al « médico tratante el dar al paciente la educación respecto a su mal, « haciéndole comprender las graves consecuencias que las afecciones venéreas pueden determinar, tanto sobre su misma persona, « cuanto sobre las personas que conviven con él, y aún sobre su « descendencia. Esta labor educativa y la persuación que de ella « se obtenga, será mucho más intensa al tratarse de sujetos en vís« peras de contraer matrimonio, y cuando se refiera a personas que « por su especial dedicación, se hallan más en inminencia de propa« gar sus dolencias».

«Parrafo 9o.—*El médico que asista a un enfermo venéreo con « peligro de contagio, informará a la Autoridad sanitaria designada « en el Párrafo 4o., cuando el enfermo se sustraiga al tratamiento y « a la observación médica, y cuando a causa de su oficio o de sus rela« ciones personales, ponga en serio peligro de contagio a otras perso« nas*».

«*La más alta Autoridad Gubernativa del lugar, puede disponer « que este aviso se dé, en vez de a la Autoridad sanitaria, a un Consejo « para Enfermos venéreos. En caso de no obedecer el enfermo a las « indicaciones del Consejo, éste dará parte del hecho a la Autoridad « Sanitaria*».

Tiende este párrafo a perseguir a aquellos que voluntariamente eludan el tratamiento médico y se sustraigan de la vigilancia y de los consejos que el facultativo tratante ejerce sobre ellos; el acusado es prevenido, en esos casos, por escrito o verbalmente por la autoridad sanitaria respectiva, en vista de la denuncia del respectivo médico, y si aún persiste en no curarse, es obligado a someterse al tratamiento curativo. Rige en especial este párrafo para aquellos pacientes venéreos que por especiales circunstancias exponen seriamente a sus semejantes al contagio.

En nuestro trabajo se contemplaba este punto en la conclusión 6ª. de la misma parte IIª. : «Igualmente están obligados a denunciar « nominalmente a todos los venéreos que, por una razón cualquie« ra, abandonan el tratamiento o desoigan los consejos dados; so« bre todo cuando se tenga la evidencia de que el sujeto es conta« gioso y de que propaga su infección ».

« Parrafo 10o. — *El funcionario o empleado de un organismo « sanitario, o de un Consejo, que, por razones de servicio, haya sido « informado de la enfermedad venérea, su causa u otros detalles, de otra*

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

« persona, y los divulgare, será condenado a multa o prisión hasta « de un año ».

« La persecución judicial sólo se inicia por acusación, pudiendo « también la Autoridad sanitaria hacer de acusador».

« La divulgación no es punible, cuando la efectúa el Médico de un « organismo sanitario o de un Consejo, a una Autoridad o a una per- « sona que tenga un interés sanitario justificado por ser instruida so- « bre la enfermedad del paciente».

Relacionado con el secreto profesional médico, este párrafo prescribe claramente como puede ser violado, sin ser punible; y ello tiende a establecer la confianza en el paciente, que precisamente encuentra en esta divulgación un pretexto para silenciar sus afecciones.

« Parrafo 11°.—*El que anunciare u ofreciere a la venta, en pú- « blico o por medio de escritos, aunque fuese secretamente, medios, « objetos o procedimientos para la curación o alivio de las enfermedades « venéreas, o expusiere estos medios u objetos en un lugar público, « será condenado a prisión hasta de seis meses y a multa, o a una de es- « tas dos penas.*

« Quedan exentos de pena, siempre que no hayan disposiciones « en contrario, los que anuncien u ofrezcan estos medios u objetos, en « periódicos científicos, médicos o farmacéuticos, y los médicos, botica- « rios o personas a quienes esté permitido el comercio con estos prepa- « rados ».

« Las conferencias, escritos, ilustraciones y esquemas que sólo « sean aplicaciones sobre las enfermedades venéreas, especialmente « sobre sus síntomas, están exentos de pena, siempre que no caigan « bajo las sanciones del párrafo 7°. ».

Tiene por finalidad este importante párrafo, el luchar contra la innúmera plaga de charlatanes, que ofrecen bajo forma de una propaganda nefasta, medios u objetos para curar o aliviar las dolencias venusinas; y tras de la que se acogen todos aquellos que tratan de ocultar sus males o menosprecian sus peligros. De otro lado, la industria inexcrupulosa, propaga infinidad de preparados, que si no ofensivos, son por lo menos inocuos, permitiendo la extensión y agravación del mal. Los profesionales deberán llamar la atención sobre la bondad y eficacia de ciertos productos, y aún, en varios países, se ha tratado de standarizar los procedimientos curativos.

« Parrafo 12°. — *El Gobierno Alemán, puede hacer depender el « comercio de medios y útiles destinados a prevenir las enfermedades « sociales, de un examen oficial previo, e impedir la venta de los objetos « que sean rechazados y declarados como no aptos para los fines que « persiguen. También puede tomar decisiones sobre exposiciones, « anuncios o propuestas sobre los medios u objetos, cuya venta haya sido « permitida. El que favoreciere la circulación de medios u objetos, prohi- « bidos a causa de lo dispuesto en el inc. 1, frase 1, será condenado a « prisión hasta de seis meses y a multa, o a una de estas dos penas. « Igualmente será penado el que contraviniere a una disposición tomada « en conformidad con la frase 2. del inc. 1. ».*

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

Con igual finalidad que el anterior párrafo, pero con más terminantes procedimientos y puniciones, pues se ha comprobado una inmensa mayoría de preparados de los llamados antivenéreos que no sólo son inapropiados para el caso, sino que «aumentan el peligro por la sensación de inmunidad del que los usa».Orientar, por lo tanto, al público, hacia los medicamentos más convenientes para el tratamiento de su dolencia, facilitando al mismo tiempo su adquisición, es tender hacia su más rápida y completa curación y hacia una disminución de riesgo de peligro que estas afecciones entrañan. De otro lado, las indicaciones de este párrafo combaten las publicaciones y recomendaciones exageradas, por lo general, muy perniciosas.

«Parrafo 13°. — *Será condenado a prisión hasta de un año, y « multa, o a una de estas dos penas, siempre el que Código Penal no « ordene mayor pena:*

« 1°.—La mujer que, padeciendo de una enfermedad venérea y « sabiendo esto, o debiéndolo suponer por las circunstancias, dé el pe- « cho a un niño ageno;

« 2°.—El que, teniendo a su cuidado un niño sifilítico y cono- « ciendo su enfermedad, o debiendo conocerla por las circunstancias, « lo deje amamantar por otra mujer que no sea su madre;

« 3°.—El que, teniendo a su cuidado un niño que padezca de una « enfermedad venérea, y conociendo su enfermedad, o debiéndola conocer « por las circunstancias, lo deje amamantar por otra mujer que no « sea su madre, sin haberla advertido de la enfermedad y sin haberla « hecho instruir verbalmente por un médico, sobre las precauciones « que debe tomar;

« 4°.—El que entregue a otros para su cuidado a un niño atacado « de enfermedad venérea y tenga conocimiento de la enfermedad y de- « biera tenerlo por las circunstancias ».

« Es permitido a una mujer sifilítica amamantar a un niño si- « filítico ».

Problema éste, contemplado magistralmente por el Prof. español Jimenez de Asua, en su trabajo «El delito de contagio venéreo y nutricio», complementa el problema venéreo en una de sus más terribles manifestaciones, y que es aquella derivada del contagio por la lactancia, en que la víctima es, por lo general, una pobre nodriza o una inocente criatura. La claridad de este párrafo y el inmenso interés que encierra, nos relevan de mayor comentario.

« Parrafo 14°. — *Sufrirá multa hasta de 150 marcos o prisión:*

1°. — La mujer que amamantare a un niño ageno, sin poseer un « certificado médico extendido poco antes de entrar ella en servicio, « que la acredite como libre de contagio venéreo;

« 2°. — El que tome a su servicio para la alimentación de un « niño, una ama, sin haberse cerciorado de si posee el certificado men- « cionado en el inc. N°. 1;

« 3°. — El que haga amamantar un niño, con excepción de casos « de emergencia, por otra persona que su madre, sin antes haber hecho

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

« *extender un certificado que compruebe que no hay peligro para la* « *mujer que amamante al niño* ».

Impone este párrafo nuevas y más importantes obligaciones a los médicos, por el exámen a que tiene que someter, ya al niño, ya a la nodriza, ya a los padres. Los casos denominados de "emergencia", deben, con todo, quedar reducidos, pues se desvirtuaría la acción de la ley.

«PARRAFO 15°.—*El Código Penal sufrirá las siguientes modifi-* « *caciones:*

1°.—*Al párrafo 180, se le agregarán los siguientes incisos 2 y 3:* « *Se considera prostitución especialmente al mantenimiento de un bur-* « *del u otro negocio de esta índole.—El que dé alojamiento a una per-* « *sona mayor de 18 años, sólo será penado merced al inciso 1., en casos* « *de existir explotación, seducción o inducción a la prostitución de* « *la persona albergada;*

2°.—*El párrafo 184, será ampliado en lo siguiente, que seguirá* « *al No. 3 : 3 A)–El que anunciare, ofreciere o expusiere públicamen-* « *te, medios, objetos o métodos para la prevención de enfermedades ve-* « *néreas, en forma que hiera las costumbres y la moral;*

3°.—*El párrafo 361 No. 6, queda con la siguiente versión: El* « *que públicamente incitase o se ofreciese a la prostitución hiriendo las* « *costumbres o la moral o molestando a terceros;*

4°.—*Al párrafo 361, se le agragará detrás del No. 6: 6A)–El que* « *habitualmente, con fines lucrativos, se dedique a la prostitución en* « *las cercanías de iglesias, escuelas y otros lugares frecuentados por* « *niños o jóvenes, o en habitaciones, donde residan niños o jóvenes en-* « *tre 3 y 18 años, o en una comunidad con menos de 15.000 habitan-* « *tes, donde las autoridades superiores del lugar hayan dictado dis-* « *posiciones referentes a la protección de la juventud y de la moral pú-* « *blica;*

5°.—*En el párrafo 362, inciso 3, frase 2, serán reemplazadas las palabras "en el caso del párrafo 361 No. 6" por las siguientes "en los* « *casos del párrafo 361 No. 6, 6A"; Queda prohibida la circunscripción* « *de la prostitución regentada, a determinadas calles o grupos de vi-* « *viendas*».

Dejamos la palabra, para comento de este párrafo, al «Artzli-« che Mitteilungen» de Leipzig: «Ha sido muy discutido el punto so-« bre la suspensión de la prostitución reglamentada. El futuro dirá, « si el nuevo método dá buenos resultados o nó. Se espera poder re-« ducir la prostitución con este sistema, pero existe la convicción « de que no podrá jamás ser abolida.—El sistema antiguo, del exá-« men periódico era insuficiente; las prostitutas evadían el exámen, « y la prostitución clandestina no pudo ser atacada y reprimida, « siendo que ésta es precisamente la más peligrosa.–Las casas de « prostitución no son consideradas ahora como más higiénicas. Al « contratio, se ha visto que las aisladas van hacia una ruina moral y « corporal completa, siendo casi imposible que vuelvan a la vida « tranquila y ordenada. Aunque la revisión se efectuaba escrupu-« losamente, no se pudo evitar que siempre hubiera mujeres enfer-

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

« mas entre las internadas. El consumo de alcohol, tan corriente en « estos centros, hacía olvidar toda la circunspección debida.—En « cambio ahora es necesario ayudar a las prostitutas a encontrar « asilo propio. Por esto, solamente es penado el que dá albergue con « el fin de conseguir lucros desproporcionados de la prostitución, « o el que incitare al arrendatario o huésped a la prostitución. En « el futuro no serán penadas las mujeres enfermas que voluntaria- « mente se pongan en manos de un médico para su tratamiento. « Solamente es punible la prostitución habitual cuando ofenda la « moral y las costumbres o cuando haya peligro para la juventud».

Es indudable, como opinamos en nuestra ponencia, que "el principio aholicionista, constituye la doctrina básica al respecto" y tiene que ser la fórmula del porvenir, o por lo meno, de los países de mayor culturación y preparados ya por una serie de etapas sucesivas anteriores. En tal sentido, no dudamos que el ensayo abolicionista en Alemania dé buenos frutos; y ello vendrá a precisar las pautas a seguir, en los países, que como el nuestro, inician los primeros pasos de legislación sanitaria al respecto.

«Parrafo 16°.—*Los reglamentos necesarios, para la ejecución « de esta Ley, especialmente en lo referente a la cooperación de las Au- « toridades y de los organismos de previsión social, serán dictados « por la Primera Autoridad. Los gastos originados por esta Ley, se- « rán regulados conforme al derecho territorial*".

«Parrafo 17°.—*Esta Ley entrará en vigencia el 1o. de Octubre « de 1927.—En la misma fecha, quedan derogadas las disposiciones « sobre enfermedades venéreas del 11 de Diciembre de 1918, y el Re- « glamento sobre asistencia a los enfermos venéreos en el Ejército, del « 17 de Diciembre de 1918*".

Tal la Ley, que contemplando el problema venéreo en sus múltiples y variadas facetas, pone la mayor novedad al respecto, nucleando todas las ideas y todas las aspiraciones, que, en diversos países del mundo y como fruto de las inteligencias más variadas, se habían puesto en el tapete de la discusión. Sin más comentarios, que los modestos anteriores, queremos concluir este artículo, transcribiendo los principales Votos que se aprobaron en la "Ia. Conferencia Nacional Antivenérea" y que dirán, a los espíritus bien intencionados, que en nuestro país se ha sabido abordar la cuestión con toda la amplitud e inteligencia que la cuestión merece, y que los hombres que en ese certámen laboraron, puesieron las bases de lo que, en un porvenir no muy lejano, tendrá que ser la legislación sanitaria respecto a enfermedades venéreas. Corresponde a la «Liga Nacional Antivenérea», actualmente en pleno funcionamiento y que preside nuestro inteligente y entusiasta profesional, el Dr. Estanislao Pardo Figueroa, el plasmar y hacer realidad estos Votos, que se coordinan notablemente con los párrafos de la Ley Alemana.

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

He aquí los votos de la Conferencia Nacional Antivenerea que mencionamos:

II.—Recomienda la creación de una "Liga Nacional Antivenérea".

V.— Declara que la campaña contra las enfermedades venéreas, debe comenzar por la educación sexual, desarrollada desde la segunda enseñanza.

VII.—Declara que la campaña antialcohólica contribuye eficazmente a la obra de profilaxia venérea.

IX.—Declara que es conveniente propiciar una tendencia hacia la unificación de los métodos y procedimientos curativos, a fin de que el tratamiento gane en eficacia.

XI.—Sostiene que es conveniente estimular el desarrollo de la especialidad venereológica, a fin de que sólo los que posean capacidad técnica reconocida en la materia, desempeñen puestos en los distintos organismos médico-sociales de la campaña antivenérea.

XII.—Recomienda se haga efectivo y se intensifique el servicio de inspección sanitaria de las nodrizas.

XIV.—Acuerda solicitar se introduzca en nuestra codificación civil la prescripción del certificado médico para el matrimonio.

XV.—Acuerda solicitar se involucre en el articulado del Código Penal, el Delito de contagio venéreo, como una entidad jurídica especial.

XIX.—Declara qe es conveniente se estatuya legalmente, el tratamiento obligatorio de las enfermedades venéreas.

XX.—Recomienda que el tratamiento profiláctico de las enfermedades venéreas se haga gratuitamente, así como el curativo en las personas que comprueben carecer de recursos.

XXI.—Acuerda solicitar se establezca legalmente la declaración numérica obligatoria de las enfermedades venéreas.

XXII.—Acuerda solicitar se establezca legalmente el aislamiento obligatorio de aquellos venéreos que determine el reglamento sanitario respectivo.

XXVIII.—Declara que la lucha contra el curanderismo constituye labor importante en la profilaxia venérea.

GUIA LASCANO

De todas las profesiones inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

Biblioteca Lima-Perú

Disentería amebiana en la infancia

Comunicación enviada al Quinto Congreso Pan Americano del Niño reunido en la Habana en Diciembre de 1927

Por el Dr. FELIPE CHUECA
Director del Centro de Puericultura del Barranco

Bien estudiada en el adulto la disentería amebiana, no lo ha sido tanto en el niño, sobre todo en el lactante, en quien para muchos autores no se presentaría jamás.

Para Nobecourt no existiría antes de un año; Marfán la reputa excepcional dentro de esta edad; Oliveiro, del Brasil, si bien la encuentra muy frecuentemente en los niños, nunca antes de un año y raramente entre uno y dos años; Lesage ha observado cuatro casos en niños menores de dos años, de los cuales uno tan solo de menos de un año (ocho meses).En fin, en toda la abundante literatura que poseemos, encontramos que unicamente Petzetakis, médico de Alejandría, difiere de esta opinión y consigna numerosos casos tanto en la segunda infancia como en los lactantes.

Nuestra práctica pediátrica nos ha dado ocasión para observar muchos casos de disentería amebiana infantil, entre ellos un número muy apreciable en los lactantes, lo que nos ha formado el criterio de que solamente la escasés de literatura médica al respecto, puede hacer que prevalezca el equivocado concepto de su rareza antes de los dos primeros años; esta consideración y lo demostrativo de nuestras observaciones, dan interés a la presentación en un estudio de conjunto, especialmente, desde el punto de vista clínico y terapéutico, que pueda proporcionar al médico práctico una noción cierta de su frecuencia, de su diagnóstico y de su tratamiento.

Sirven de base a tal estudio noventa y tres historias clínicas tomadas del archivo del Centro de Puericultura del Barranco, que sostiene la Junta de Defensa de la Infancia, en cuyos servicios trabajamos por más de tres años. Dejamos de lado, deliberadamente, gran número de otros casos en los que el diagnóstico ha sido dudoso y que no nos creemos autorizados a tomar en cuenta.

ESTUDIO CLINICO

Edad.—La enfermedad puede aparecer desde los primeros meses, teniendo como única condición para ser contraída la exposición al contagio; sin embargo, no es frecuente en los primeros meses, pues el niño alimentado al seno o con alimentos líquidos hervidos y casi completa-

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

mente aislado del medio exterior está generalmente libre de las formas habituales de contaminación del adulto, sin que por ello esté exento en forma absoluta de tal posibilidad cuando se encuentra en un medio infectado. A medida que avanza la edad el número de casos aumenta, siendo el porcentaje que corresponde al primer año lo suficientemente elevado para que el médico prevenido no pierda de vista la noción verdaderamente interesante de que en los centros en que la disentería amebiana es endémica, está lejos de ser rara en el infante y de constituír, como en los climas fríos o templados, curiosidades bibliográficas.

Hemos dividido los casos observados en un cuadro en que están clasificados por edades y en el que puede verse que si bien son excepcionales antes del tercer mes, se hacen muy numerosos después de esta edad. La cifra que corresponde a los mayores de dos años, es inferior a otras de las consignadas, pero ello se debe a que la clientela del consultorio está constituída casi totalmente por niños menores de aquella edad

ESTADISTICA DE 93 CASOS DE DISENTERÍA AMEBIANA, SEGÚN LA EDAD

Hasta el tercer mes	2
,, ,, sexto ,,	22
,, ,, primer año	15
,, ,, segundo ,,	37
Más de dos años	17
Total	93

ALIMENTACIÓN.—Es más frecuentemente en los niños alimentados artificialmente, no obstante encontrarse también en lactantes al seno.

MEDIO SOCIAL.—Nuestra estadística se basa en la clientela de un consultorio gratuito, frecuentado por elementos populares. En nuestra práctica civil hemos tratado algunos casos en niños de familias acomodadas y aún de elevada clase social, pero en corto número. Es indudable que las condiciones en que suele verificarse el contagio justifican la apreciación de que los niños de las clases sociales inferiores son los más atacados.

HABITACIÓN.—Los niños que habitan en poblaciones rurales están más expuestos que los de las ciudades, lo mismo que aquellos cuyas familias tienen su morada en arrabales, cercanos a campos de cultivo o atravezados por acequias vectoras de aguas contaminadas.

ESTACIONES.—La enfermedad se observa tanto en verano como en invierno, pudiendo, sin embargo, inferirse del estudio de nuestros casos, que especialmente en los cambios de estación se presentan pequeñas epidemias de casos nuevos y se agudizan los crónicos.

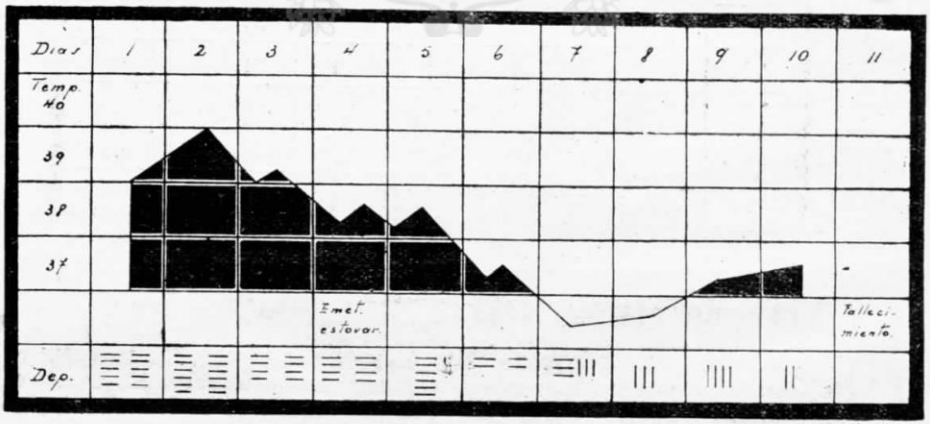
CONTAGIO.—Es muy posible que el principal medio de contagio resida en la vehiculación del gérmen por las moscas. Papel preponderante parece tambien tener el contagio directo y el producido por intermedio de personas de la familia infectadas o simples portadoras de gérmenes.

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

Formas clínicas

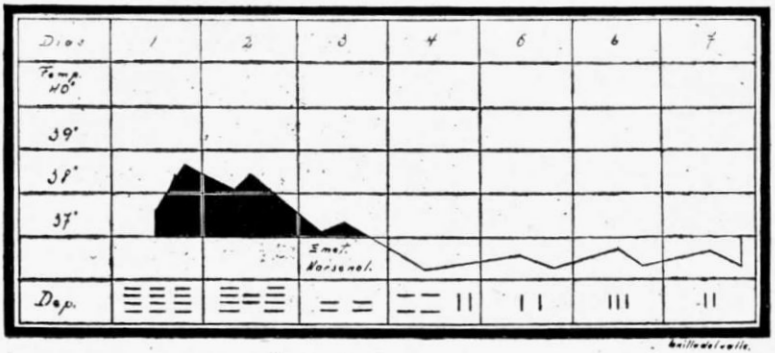
1.°—Forma aguda.—Esta forma no es la más frecuente. Puede ser precedida de algún prodromo de invasión, pero generalmente comienza bruscamente con fiebre de 39° o 40°. El pulso es rápido y blando y la respiración acelerada. El adelgazamiento rápido, los ojos hundidos, la sequedad de la boca y de la lengua, con las mucosas enrojecidas, denotan la deshidratación de los tejidos y, en una palabra, el serio ataque general de la economía. Las perturbaciones gastro intestinales se caracterizan por diarreas muco-sanguinolentas, dolores cólicos intestinales, pujos, y, accesoriamente, algunos vómitos en los primeros días. Las deposiciones son numerosas y pequeñas, formadas por mucosidades de coloración verdosa, con estrías sanguinolentas mezcladas a los excrementos. Otras veces, las menos, son abundantes y francamente sanguinolentas. Pueden ser tambien exclusivamente muco-sanguinolentas o muco-purulentas.

En el curso de la afección, si se instituye un tratamiento adecuado, los síntomas abdominales se modifican favorablemente; a veces desde la primera o segunda inyección de emetina, desaparece la sangre y disminuyen el pujo y los dolores, aminorándose las diarreas. Al mismo tiempo, cede la fiebre y el estado general se levanta pronunciándose la mejoría. El enfermo parece curado, pero si el tratamiento no se prolonga el tiempo debido sobreviene la reaparición de las diarreas y esporádicamente la sangre y el proceso tiende a pasar a la cronicidad. La muerte se produce por el hecho de complicaciones, que más adelante estudiaremos, o cuando la intoxicación es tan intensa que el organismo no puede vencer la infección y sucumbe por agotamiento. Obs. 1 y 2.



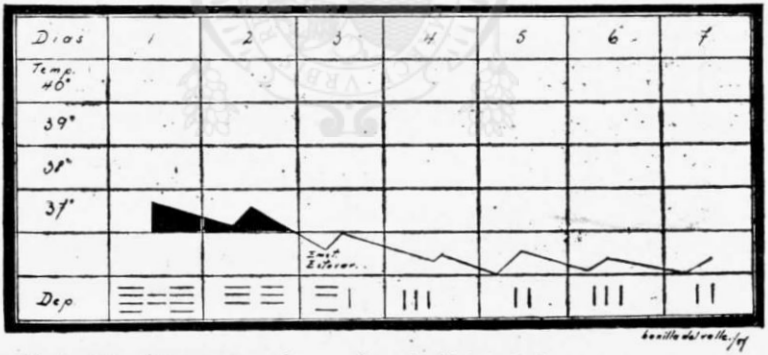
Obs 1.- Disenteria amebiana grave, niño de 2 años; forma aguda deposiciones diarreicas verdes y hemorragicas.

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



Obs. 2.- Disentería amebiana, curso benigno, niño de 2 años; forma aguda, deposiciones mucosanguinolentas, ; normales.

2.º—Forma sub-aguda.—Se presenta con alteración febril moderada, estado general bueno. La enfermedad parece que radicara casi exclusivamente en el tractus intestinal, las deposiciones más o menos numerosas, son mucosas o con ligeras estrías sanguinolentas. El examen microscópico de las heces demuestra la presencia de amebas. La evolución benigna y el tratamiento bien conducido, no tardan en producir la curación: en caso contrario se instala la forma crónica. Obs. 3.



Obs. 3.- Disentería amebiana, forma subaguda. Niño 1 año 5 meses.
Dep.- Mucosanguinolentas _, normales.

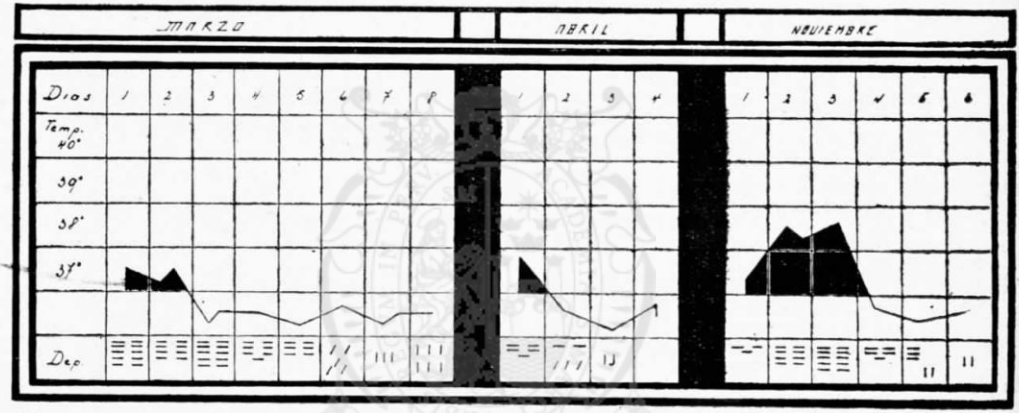
3º.—Forma Crónica.—Para antes del primer año, se presenta más frecuentemente a partir del segundo y tercero. Representa sin duda, en nuestro medio un notable porcentaje en las afecciones gastro intestinales, de los niños en estas edades.

Generalmente se encuentra en los antecedentes del enfermito un pasado rico en episodios patológicos gastro-intestinales, algunas veces una historia típica de disentería.

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

La temperatura normal o sub-febril, puede subir a 38° y 38°5 en las épocas en que la enfermedad se agudiza.

La diarrea es esporádica, alternando con períodos de normalidad y aún de constipación. Las cámaras son en número variable, generalmente 3 o 4 en el día, de consistencia pastosa o semilíquida, con mucosidades y estrías sanguinolentas, pero unas y otras pueden faltar y entonces solo una anamnesis bien conducida puede llevar a la vía del diagnóstico descubriendo datos, por vagos que fueren, de un proceso disentérico anterior. La investigación de amebas y quistes en las heces confirma el orígen de estas diarreas crónicas. Esta forma de disentería es de evolución prolongada y con frecuencia resiste a la emetina. Obs. 4.

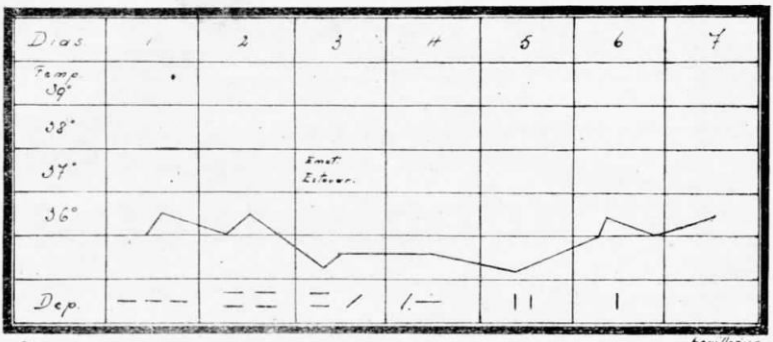


Obs. N° 4. Disentería amebiana, forma crónica. Comienzo a 1 año 6 meses. Dep. Mucosanguinolentas, ... benilladelvate ... malas.

4°.—Forma larvada.—En esta forma la disentería no ofrece su habitual carácter de enfermedad aguda, reviste al contrario un tal aspecto de benignidad, que las ligeras perturbaciones intestinales que la acompañan son atribuídas por los padres a la salida de un diente, a un trastorno alimenticio pasajero o a otra causa por el estilo; aún el médico sin darles mayor importancia, suele atribuirlas a leves faltas en el régimen alimenticio. Sin embargo, la noción de frecuencia, endemicidad, etc., pueden despertar la sospecha del pediatra induciéndole a investigar la presencia de amebas o quistes en las heces, responsables de tales trastornos.

Las evacuaciones en número de 2 o 3, verdosas, con algunas mucosidades, sin sangre, no ofrecen verdaderamente nada de característico. No existe movimiento febril. Ninguna luz se percibe sobre episodios disentéricos anteriores. Sólo la repetición de estas ligeras alteraciones intestinales, sin causa aparente, debe mover a la investigación microscópica de las heces, descubriendo su orígen amebiano. Obs. 5.

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



Obs. n°5.- Diarrea amebiana, forma larvada. Niño de año 3 meses. Dep. mucosas verdes—, normales con mucosidad, normales.

DISENTERIA AMEBIANA EN EL LACTANTE

Merece la amebiasis del lactante consideración aparte, pues, ninguna otra forma, como esta, pone más a contribución la perspicacia del médico para su diagnóstico.

Negada la existencia de disentería antes de un año por casi todos los autores, considerada por algunos como excepcional, aún en los países tropicales, nos parece que está lejos de ser tan rara en las regiones en que la enfermedad es endémica y que si sistemáticamente se hiciera la investigación microscópica de las heces en los casos de enterocolitis en niños menores de un año se encontraría la ameba frecuentemente como responsable de estas diarreas; no vamos a repetir lo expresado al respecto en la primera parte de este trabajo, pero si nos parece conveniente insistir en poner de manifiesto la necesidad de que cambie este concepto propagado por connotados pediatras en la bibliografía más al alcance de la mano del médico práctico.

De los 91 casos que hemos historiado en el centro de Puericultura del Barranco, 38 corresponden a menores de un año, sin excluir a los lactantes al seno, o sea, el 41.75%, y, estaban comprendidos dentro de esta misma edad el 50% de los casos comprobados por examen microscópico de las heces.

La forma común de la afección reviste los caracteres de una entero-colitis corriente, benigna; las evacuaciones más o menos numerosas, constituídas por materias en que predominan las mucosidades sanguinolentas, provocan tenesmo al ser expulsadas y el pujo, siempre presente, se manifiesta por mayor o menor grado de prolapso del ano.

La temperatura es normal o ligeramente febril; algunas veces fenómenos nerviosos, cierto grado de algidez, el rápido adelgazamiento de la criatura, prueban que se trata de un fenómeno patológico general aún cuando su localización particular tenga asiento de predilección en el tractus intestinal.

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

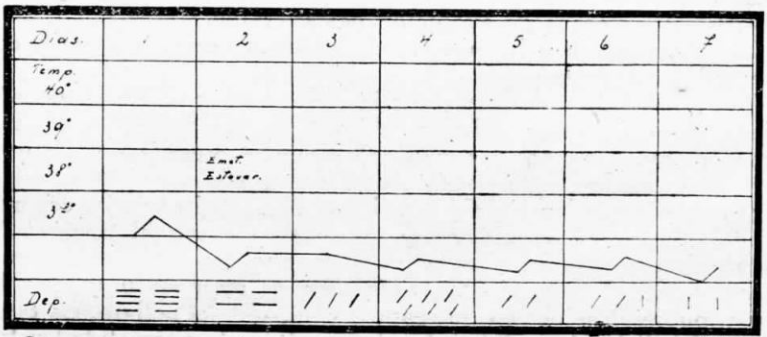
Las observaciones 5 y 6 corresponden a esta forma, cuyo diagnóstico no ofrecería gran dificultad si se tuviera presente la noción de la posibilidad de su existencia en el lactante y se ordenara más a menudo la investigación microscópica de la ameba en las deposiciones. En otras ocasiones afecta, simplemente, la forma de una diarrea común de niños al seno, con sus deposiciones verdes, con escasa cantidad de moco, y, entonces es difícil que acuda al espíritu del médico la idea de la disentería, si no escudriña en la anamnesis, descubriendo la historia de una disentería en un miembro de la familia del niño o una falta de higiene en la crianza que lo pongan en la verdadea pista del diagnóstico.

EVOLUCION.—COMPLICACIONES.—PRONOSTICO.

Evolución.—Hecho oportunamente el diagnóstico e instituído el tratamiento conveniente, desaparecen casi de inmediato el tenesmo, el pujo y la sangre; las diarreas, más persistentes, pierden sin embargo las mucosidades antes predominantes, disminuye el número de cámaras, el organismo deprimido en los casos graves, recobra su equilibrio y al cuarto o quinto día de tratamiento sobreviene la curación aparente. Si en estas condiciones se interrumpe el tratamiento, sin haberse asegurado la curación radical, la enfermedad permanece silenciosa durante algún tiempo, hasta que una falta de régimen, una infección intercurrente o una simple depresión orgánica, dan ocasión a que se encienda de nuevo, y la disentería se hace crónica. El período de silencio puede ser corto, pero frecuentemente se prolonga meses.

Convalescencia.—La convalescencia, corta y sin incidentes en los casos bien tratados se dificulta y alarga en los crónicos. Las perturbaciones gastro intestinales repetidas conducen a los niños más pequeños al raquitismo con todo su cortejo de debilitamiento orgánico y propensión a las afecciones intercurrentes.

Complicaciones.—En algunos casos se presentan complicaciones que no sólo perturban la marcha de la enfermedad sino pueden oscurecer el diagnóstico.



Obs. nº 6.- Disentería amebiana del lactante. Niño 4 meses 8 días. Alimentación natural.- Dep. diarreicas verdes —, verdes mucosas /, normales).

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

Una de nuestras observaciones corresponden a un caso de hematuria en el curso de una disentería. La enfermedad evolucionó en forma crónica durante cerca de tres años. La enfermita, de 5 años, es llevada a la consulta con suma irregularidad dificultándose la observación del caso que es considerado primero como una diarrea común. Nuevamente examinada, se descubre la presencia de sangre en las deposiciones pero habiendo resultado la investigación de amebas negativa y habiendo ocurrido una hematuria, nos abstenemos, a pesar de que el diagnóstico clínico nos induce a considerar el caso como de disentería, de implantar el tratamiento clásico desviándose momentaneamente nuestro criterio, pero días después insistiendo sobre nuestro anterior diagnóstico ordenamos una nueva investigación que esta vez demuestra la presencia de amebas y entonces la emetina y los arsenicales administrado conducen rápidamente a la suspensión de la hematuria y a la curación definitiva.

La albuminuria es una complicación que también puede presentarse.

Hemos tratado un caso de forma aguda grave en el que una complicación bronco-neumónica puso en peligro la vida del niño. Este caso tiene la particularidad de la corta edad del enfermo, que solo contaba 4 meses y 10 días. El examen microscópico había arrojado, además de las amebas, la presencia de tricomonas intestinales; las deposiciones mucosas eran francamente sanguinolentas desde el principio de la enfermedad; la curva térmica, notable por sus oscilaciones, apenas llegaba a apirexia, y cuando la disentería parecía dominada, remonta al mismo tiempo que se percibe un foco congestivo en el pulmón izquierdo que pronto toma todos los caracteres de una bronco-neumonia.

El abceso hepático, la más frecuente de las complicaciones de la disentería amebiana del adulto, puede también complicar la amebiasis infantil, y, aunque no podamos presentar ninguna observación personal, podemos citar una estadística de Castaigne y Simon en la que aparecen registrados 31 abcesos disentéricos, sobre 105 abcesos del hígado en la infancia. Sin embargo, consideramos que esta complicación, temible en el adulto, es rara en el niño.

La angina se presenta en ocasiones en el período inicial y la etomatitis en los casos de evolución desfavorable.

La endocarditis y la miocarditis son dos accidentes cardiacos que pueden presentarse.

Petzetakis, cita como la complicación si nó más frecuente más temible, la meningo encefalitis amebiana. No hemos observado sino un caso en que los síntomas meníngeos que se presentaron al finalizar la enfermedad, que terminó con la muerte del niño, podrían hacer presumir una localización de las amebas a nivel de los centros nerviosos. Esta observación, que presentamos con el número 1, corresponde a un enfermito atacado de una forma aguda grave, pero en quien el tratamiento había logrado imponer una notable mejoría, pudiéndose pensar que estaba conjurado el peligro. La temperatura febril había cedido, el pulso vuelto a la normalidad y las cámaras, si bien eran todavía frecuentes y diarréicas, habían perdido su característico aspecto muco-sanguinolento. De improviso

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

aparece una ligera rigidez de la nuca, el estado general se deprime, la mirada se fija y se presenta hipo. Al mismo tiempo las mucosas de la boca y de la faringe se secan y enrojecen, el niño experimenta suma dificultad para pasar el alimento y la apatía se hace cada vez más profunda. En fin, una nueva ascensión de la temperatura se presenta y el niño fallece al tercer día de iniciarse la complicación.

Pronóstico.—No participamos de la opinión de muchos tratadistas que estiman la disentería amebiana infantil más benigna que la del adulto, por cuanto en aquella no se presenta sino muy raramente la complicación hepática que ensombrese el pronóstico en la última; nos parece por el contrario que la mortalidad es, especialmente en el lactante, más elevada, ya por causa de alguna de las complicaciones estudiadas o ya por el depauperación orgánica, que esta enfermedad produce y que predispone a la implantación de otras afecciones.

Nuestra estadística no es tan numerosa que podamos basarnos en ella para juzgar con exactitud sobre la mortalidad infantil por disentería amebiana, pero algo deja presumir sobre la gravedad de la afección, el hecho de haber tenido dos decesos en las 93 historias clínicas reunidas.

TRATAMIENTO

La disentería amebiana infantil, como la del adulto, es una enfermedad aguda que tiende a la cronicidad, circunstancia que ha de tenerse en cuenta para implantar un tratamiento de ataque pronto y enérgico siempre seguido de otro de "entretien", suficientemente prolongado para obtener una curación radical.

No pudiéndose precisar en la mayoría de los casos, el momento exacto de la infección el tratamiento abortivo tiene poca cabida; además, en nada podría diferenciarse de un enérgico tratamiento de ataque. Por otra parte ¿cómo saber cuando un tratamiento es efectivamente abortivo? La desaparición rápida de los síntomas, la ausencia de amebas y quistes en las deposiciones, no indican ciertamente, que no han de presentarse nuevas manifestaciones de la enfermedad y que ésta ha sido realmente yugulada. Sea lo que fuere, lo que en todo caso interesa retener es que cuanto más precozmente se haga un buen tratamiento más seguridad hay de que no reaparezcan los accidentes y de obtener la curación.

El tratamiento preventivo ha sido ya propuesto pero sus resultados no están aún comprobados y han de ser por mucho tiempo todavía objeto de mayor estudio; sin embargo, la existencia de algunos casos en una familia o en una colectividad infantil, debe inducir a preacticar el examen microscópico de las heces en los demás niños y, aparte las medidas higiénicas que han de tomar los que viven en medios infectados, puédese como lo preconizaran Ravaut y luego Noc, Dall y Vincent instituir un verdadero tratamiento preventivo haciendo según el método del primero, tomar a los portadores de gérmenes, comprimidos o polvo de novarsenobenzol.

El mejor tratamiento de ataque es sin duda el de la emetina cuya acciónes obre las amebas es ínmediata; de preferencia debe usar-

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

se en el lactante en inyecciones subcutáneas y en el niño de más edad, en inyecciones intramusculares.

He aquí las dosis de emetina que hemos empleado en inyecciones:

DOSIS DE EMETINA EN LA DISENTERÍA INFANTIL

Edad	*Dósis diaria*	*Dósis total*
Hasta los seis meses	0 gr. 005	0 gr. 01
De 6 meses a 1 año	0 gr. 005	0 gr. 015
De 1 a 2 años	0 gr. 01	0 gr. 05
De 2 a 5 años	0 gr. 02	0 gr. 10

Nosotros hemos combinado siempre este tratamiento con la administración por vía oral de los arsenicales.

Es el estovarsol el que más corrientemente hemos usado, ya en comprimidos, ya en poción, en la forma siguiente:

DOSIS DIARIAS

De 1 a 2 años	0 gr. 10
De 2 a 3 años	0 gr. 15
De 3 a 5 años	0 gr. 25

Fórmula.

Estovarsol de 0 gr. 30 a	0 gr. 60
Goma adragante	0 gr. 10
Mucílago gomoso	60 grms.
Jarabe	15 ,,

Cucharaditas

Cada cucharadita pequeña contiene 0 gr. 02 a 0 gr. 04 de medicamento.

El novarsenobenzol, lo hemos empleado por vía bucal, en forma de comprimidos de narsenol, de 0 gr. 10, puestos en el comercio por Les Etablissements Poulen Fréres, y subdividiéndolos en porciones correspondientes a dósis semejantes a las del estovarsol.

En los niños muy pequeños, antes de un año, empleamos el benzonaftol, en lugar de los arsenicales.

El Yatren, 1 gr. en poción o en enemas, lo hemos usado en la intolerancia por la emetina.

El yoduro doble de emetina y de bismuto no nos parece muy bien tolerado por los niños.

Como medicamentos coadyuvantes tenemos costumbre de administrar una poción al sulfato de soda, por cucharadas, cada media hora o cada hora según la edad del paciente, a la dósis de 25 a 30 gramos, con lo que se consigue desalojar el intestino de sus glerosidades;

Sulf. soda	25 a 30 grms.
agua hervida	150
jarabe de grosella	30

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

El laxol u otro aceite de ricino aromatizado, dá buen resultado para el mismo objeto.

Los enemas de malva y de almidón contribuyen a desinflamar el intestino, actuando sobre los fenómenos dolorosos, el tenesmo y la fetidez de las deposiciones. Las cataplasmas de harina de linaza, laudanisadas o nó, ceden también los dolores abdominales.

Como enemas curativos hemos empleado el novarsenobenzol a la dósis de 0 gr. 10 por 50 gr. de agua y el Yatren 0.50 centrg. por 100 gr. de agua.

En resumen, nuestras curas de ataque las hacemos consistir en una serie de cinco inyecciones, en las dósis marcadas más arriba, asociadas a una poción de estovarsol o narsenol. Tenemos costumbre de repetir estas curas cada tres meses durante el primer año y, si ello es posible, dos series más en el transcurso del segundo año. Desgraciadamente, pocas veces hay la posibilidad de realizar un tratamiento completo, pues, los padres, engañados por la desaparición de los accidentes molestos y por el estado de normalidad de las heces, desatienden la prescripción de un tratamiento tan prolongado.

En las formas crónicas, comenzamos también el tratamiento por una cura de ataque análoga a la descrita y, cuando las amebas desaparecen, continuamos con el estovarsol que parece tener una acción más eficaz sobre los quistes, o con enemas de arsenobenzol.

El empleo de la emetina requiere prudencia y vigilancia por los accidentes tóxicos que puede provocar su acumulación. Estos consisten principalmente en taquicardia, hipotensión y arritmia, que indican una debilidad cardiaca; por ello es conveniente, a la menor alarma, la interrupción del tratamiento o la aplicación concomitante a la inyección de emetina, de aceite alcanforado o de algunas gotas de adrenalina. Estos accidentes son raros y pasajeros y el temor de que se produzcan no debe detener una cura, que para ser eficaz ha de ser integral.

Los arsenicales son bien tolerados en las dósis propuestas, solamente hemos visto en un caso, una salorrea abundante producida por el estorvasol, que cesó inmediatamente después de interrumpida su administración.

La amebiasis puede ser resistente a la emetina o a los arsenicales, o a ambas terapéuticas. Generalmente se trata en estos casos de enfermos insuficiente o defectuosamente tratados. Débese en estos casos repetir las curas con la mayor intensidad que el paciente pueda resistir y en el número suficiente para conseguir el éxito deseado, sin desesperar por los fracasos. Tomando las precauciones necesarias, no son de temer los accidentes tóxicos que hemos señalado, no hay pues interés en variar los tratamientos, que no surten con tal procedimiento mayor efecto.

A la ameba pueden asociarse otros parásitos intestinales que alargan la evolución de la enfermedad fomentando los síntomas disenteriformes. Nosotros hemos constatado un caso con abundantes tricomonas en las heces. Cada una de estas asociaciones son justificables de una terapéutica coadyuvante especial.

El rol de las insuficiencias viscerales como elementos perturbadores que entraban la acción terapéutica y prolongan indefinida-

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

mente la afección, puede ser descartado en el infante normal cuyos órganos poco ejercitados funcionan regularmente.

No podemos decir que exista un guía seguro para el tratamiento de la amebiásis. Si los signos clínicos pueden desaparecer en los primeros días persistiendo las amebas en las heces, estas, pueden, en cambio no encontrarse en claros síndromes disentéricos. La investigación microscópica de las amebas no puede ser útil sino cuando es positiva, en otro caso nada indica, pues la administración de un simple purgante de sulfato de soda, o cualquier otro método de reactivación puede provocar su aparición haciéndola fácil de constatar en exámenes posteriores y, aún cuando ello no pueda conseguirse, un tratamiento de prueba dá en ocasiones tan buenos resultados, que puede tomársele como un verdadero elemento de diagnóstico aún cuando la investigación tuviese resultado negativo.

En estas condiciones, no pudiendo ni los síntomas clínicos ni el exámen microscópico de las heces servir de guía fiel para el tratamiento, es necesario convenir con Ravaut, en que precisa atenerse a que la prueba del tiempo nos dé indicaciones sobre sus buenos resultados y no olvidar de prolongarlo suficientemente para evitar recaídas. A tal efecto débese completar la cura con el tratamiento que hemos llamado de "entretien", para el que habitualmente empleamos la vía bucal, administrando el estorvasol o el narsenol.

RESUMEN

La disentería amebiana en los niños, es una enfermedad endémica en Lima sobre todo en sus alrededores, y suele presentarse en forma de pequeñas epidemias.

La enfermedad, con unos casos reviste el aspecto de un proceso general septicémico, de comienzo brusco y movimiento febril intenso, y, en otros, de aparición incidiosa, en ambos con tendencia a la cronicidad.

Su pronóstico en la infancia es más serio que en el adulto, por su mayor porcentaje de mortalidad, la anemización de los sujetos, que puede ir hasta la caquexia, y la frecuencia de sus recaídas.

El tratamiento ideal es la emetina combinada con los arsenicales debiéndosele prolongar suficientemsnte para asegurar la cura radical.

La presentación en pequeñas epidemias autoriza la instauración de un tratamiento preventivo.

La investigación de la ameba en las heces, útil cuando es positiva, no debe imponer en caso de ser negativa el rechazo del tratamiento, bastando en nuestro medio la presencia de sangre en las heces para justificar su implantación.

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

Prensa Médica Francesa

RELACION DE LA CIRUGIA Y DE LA ROENTGENOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS SEMINOMAS.— AUBOURG y JOLY recuerdan los trabajos recientes mostrando desde el punto de vista histológico, radiológico y radioclínico, la acción de la irradiación sobre las células testiculares y sobre los seminomas. Clínicamente se observa 3 clases de enfermos: 1°. El testículo solo es afectado: después de la ablación quirúrgica, es prudente irradiar la cadena granglionar lumbo-aórtica; 2°. El testículo y los ganglios estan tomados: después de la estirpación del testículo se debe irradiar la cadena lumbo-aórtica; 3°. El testículo ha sido estirpado y hay recidiva inoperable, se debe practicar la roentgenoterapia. Los autores describen una técnica particular para cada uno de los 3 casos y presentan observaciones de cada clase con persistencia de buen estado general.

DOS OBSERVACIONES DE RIÑON POLIQUISTICO.— SEJOURNET comunica 2 observaciones: una de un lactante de 6 meses, el otro mujer de 31 años. En este último caso, hizo la nefrectomia a causa del volúmen del tumor y del número considerable de quistes. La enferma ha curado desde hace 2 años. Sin embargo el autor permanece partidario de la abstención operatoria en estos casos, a causa de la bilateralidad casi constante y a veces latente de las lesiones.

DOS OBSERVACIONES DE TUMOR DEL PANCREAS CURADOS POR ANASTOMOSIS BILIAR. — MORNARD presenta 2 casos de tumor pancreático con ictericia crónica que el cuadro clínico y el aspecto operatorio había hecho netamente diagnosticar "cancer". Los 2 enfermos operados, uno colecisto-duodenostomia, el otro colecisto-gastrostomia, estan curados hace 2 años. Se trataba de adenomas benignos.

A PROPOSITO DE PERFORACIONES DE ULCERAS GASTRODUODENALES.—MONCANY comunica 17 casos de perforaciones de úlcera gastro-duodenales operadas, con 15 curaciones y 2 muertes. Insiste sobre la necesidad de practicar la operación, cualquiera que sea el tiempo trascurrido después de la perforación y cualquiera que sea el estado del enfermo; la cirugía en estos casos da resultados a veces inesperados.

(*Societé des Chirurgiens de Paris.—1927*).

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

Prensa Médica Argentina

EL PROCEDIMIENTO COLORIMETRICO EN LAS AQUILIAS GASTRICAS por Gabriel Peco (*La Semana Médica.*— Buenos Aires, nov. 1927). — La observación experimental enseña que el rojo neutro se elimina de preferencia por las células gástricas productoras de ácido clorhídrico, y por lo tanto debe faltar en los procesos que afectan la integridad de las glándulas clorhidropépticas: sea por atrofia, gastritis, neoplasias, resección, etc.

Como se comprende estos hechos bien comprobados tendrían una importancia fundamental para separar la aquilias orgánicas de las funcionales y también para apreciar en las primeras el grado de destrucción glandular.

Las experiencias llevadas a cabo por el autor, en el servicio del profesor Escudero, lo llevan, en el momento actual, a las siguientes conclusiones: 1°. la aparición del rojo neutro en las aquilias gástricas no tendrá valor si hay reflujo biliar, pues se ha demostrado que este colorante se elimina por la bilis, aunque se cree que lo haga en menor cantidad y en retardo sobre la eliminación gástrica (hecho por comprobar); 2°. no se ha encontrado eliminación de rojo neutro en las anemias perniciosas; 3°. la mayoría de los autores se inclina a creer que tampoco habrá eliminación de rojo neutro en todo proceso que destruya la mucosa gástrica en su función clorhidropéptica, o en aquello en que la mano del cirujano extirpe esta porción gástrica; y 4°. hasta nuevas investigaciones la presencia de rojo neutro en una aquilia gástrica sin reflujo biliar, indicará su origen dispéptico o funcional, o por lo menos destrucción parcial del tejido glandular.

A PROPOSITO DE LA ICTERICIA DEL RECIEN NACIDO por el Dr. Francisco A. Deluca (*La Semana Médica.*— Buenos Aires, nov. 1927). — Esta enfermedad-síntoma se debe para el autor, a la transformación del pigmento hemoglobínico de la sangre extravasada por efecto del traumatismo del parto. Si dicha transformación se realiza lentamente por el organismo del recién nacido, la ictericia aparecerá; pero si los emuntorios lo eliminan masivamente, faltará el tinte amarillo de la piel, signo ostensible de la ictericia del recién nacido. Como en invierno el proceso de producción pigmentaria supera al de eliminación, por muchos motivos, el pigmento se acumula, explicándose así, porqué en esa época del año vemos en las maternidades un mayor número de recién nacidos presentando el tinte ictérico.

Este concepto etiopatogénico lo ha formado el Dr. Deluca después de varios años de observación, contando con abundante material clínico, auxiliado por exámenes de laboratorio, numerosas autopsias, etc.

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

Ningún autor ha explicado antes este mecanismo patogénico en la forma expuesta más arriba, enunciado el año 1921 por primera vez, y sólo Bang, de Copenhague, comparte en cierta manera del modo de pensar del autor argentino.

La ictericia del recién nacido ligada como está a una extravasación sanguínea consecutiva al traumatismo del parto, no puede ser considerada — dice el autor — como un estado fisiológico, sino como un fenómeno accidental, realmente patológico, que a fuer de frecuente, es a veces mortal, conforme ha podido demostrarlo en sus observaciones, determinando el asiento de la hemorragia y su magnitud, mediante la necropsia.

INFILTRACION EPITUBERCULOSA DE ELIASBERG Y NEULAND por los Dres. Alfredo Casaubon y Florencio Bazan (*La Semana Médica.*—Buenos Aires, nov. 1927). — Eliasberg y Neuland precisan el cuadro que ellos denominan infiltración epituberculosa con estas modalidades clínicas nada llamativas: niños siempre tuberculosos, comienzo lento, tos discreta, pérdida del apetito, repercusión poco marcada sobre el estado general, ausencia de fiebre o temperaturas subfebriles. Somáticamente, masisés del lóbulo superior, preferentemente derecho y respiración brónquica sin estertores. Nunca se encuentra bacilo de Koch, pero sí reacción tuberculínica positiva. Radiológicamente, sombra densa de todo un lóbulo pulmonar desde la raíz a la periferia. Característica fundamental es su tendencia expontánea a la regresión. En un plazo no muy largo, 9, 15 o 18 meses, va todo esfumándose lentamente y en camino inverso al inicial, es decir, de la periferia al centro. Vuelto todo a la normalidad solo quedan sombras ganglionares traqueobrónquicas visibles a la pantalla.

Los Dres. Casaubon y Bazan han seguido atentamente dos casos, uno por espacio de 20 meses, y otro que lleva 3 años de observación en la actualidad, cuyas historias copian por ser muy ilustrativas.

Las pocas autopsias realizadas hasta hoy, la investigación radiológica y la reacción focal a la tuberculina, concuerdan en que el proceso es específicamente tuberculoso; parece tratarse de lesiones desarrolladas alrededor del chancro de inoculación. El concepto patogénico de los autores se afirma por el hecho de acompañarse el proceso de manifestaciones ostensibles de tuberculosis en otros órganos (ganglios, huesos, etc.). Estas razones les inducen a rechazar en nombre de la clínica el criterio de infiltración inespecífica de Eliasberg y Neuland.

El diagnóstico diferencial debe hacerse sobre todo con la neumonia caseosa y con la infiltración gelatinosa, estado previo de la caseificación. También debe diferenciarse con los procesos bronco pulmonares crónicos, no tuberculosos.

El propóstico es por lo común benigno, pero no puede ser invariablemente favorable. Siendo una neumopatía activa y evolutiva, es aventurado afirmar rotundamente un final favorable.

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

Poco tiene que decirse del tratamiento por su expontánea tendencia a la regresión en la mayoría de los casos. Basta, según los autores, un régimen higiénico-dietético bien seguido, recalcificación y aceite de hígado de bacalao.

Dr. E. Ego-Aguirre

Notas Terapéuticas

ACERCA DE UN BUEN ANALGESICO HIPNOGENO.—En la escala de los medicamentos calmantes, el sedobrol representa sin duda la manera más cómoda, discreta y segura de apaciguar la hiperestesia nerviosa de cualquier origen y naturaleza que sea y el más activo y manejable de los hipnóticos.

El *allonal* (alilisopropilbarbiturato de dimetilamidoantipirina) es analgésico sedante y progresivamente hipnógeno, lo que indica su empleo en muchísimas circunstancias.

El Dr. Chausset (*Concours Medical*, N°. 9 París 1927) recuerda los servicios que presta en estomatología, en casos de abcesos, artritis alveolodental, en el período pre o postoperatorio, etc.; en medicina general: algias de todas clases, reumáticas, poliomeilíticas, causálgias, tuberculosis pulmonar y pleurítica con fuerte dolor de costado; en los cólicos hepáticos y nefríticos, en la polineuritis, tabes, neuralgia facial, otitis, sinusitis, zona; en neuropsiquiatría ha dado excelentes resultados en los ansiosos y los melancólicos, como también en las lesiones orgánicas profundas, en el cáncer, dando aquí una perfecta sedación del dolor; por consiguiente, puede con ventaja sustituir a la morfina y sus derivados.

El allonal puede usarse sin peligro pues su toxicidad es muy débil, lo cual ha sido demostrado por numerosos trabajos.

Noticias

PRIMERA CONFERENCIA LATINO-AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA y MEDICINA LEGAL.—La Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría, realizará este año la Primera Conferencia Latino-Americana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, que se efectuará en Buenos Aires, durante la segunda quincena de setiembre del año 1928.

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

Para la realización de dicha conferencia se designó una comisión que tendrá a su cargo la organización de los trabajos correspondientes.

Dicha comisión, en una de sus últimas reuniones, resolvió fijar como fecha de la conferencia la segunda quincena de setiembre de 1928, dirigirse a los decanos de las Facultades de Medicina de la América Latina, solicitándoles se sirvan constituir las comisiones locales con los profesores de las tres especialidades y miembros de las instituciones similares y pedir a los gobiernos que oficialicen esas comisiones y designen a su tiempo los delegados que hayan de concurrir a la conferencia.

CONGRESO INTERNACIONAL DE HOSPITALES.—En la reunión preparatoria que tuvieron en la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, de París, los representantes de diversas naciones, acordóse:

1º.—Nombrar un Comité ejecutivo internacional encargado de preparar un Congreso Internacional de Hospitales, que se efectuará en el mes de junio de 1929 en los Estados Unidos.

2º.—Formar este Comité, con dos delegados de cada país que toma parte en el Congreso, formando el núcleo del Comité los miembros presentes, cuyo Secretario General será el Dr. LEWINSKI-CORWIN, de New-York; reuniéndose dicho Comité por primera vez en el mes de marzo de 1928 en el domicilio de la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja en París.

3º.—Dar a este Comité toda clase de poderes para preparar los estatutos, reglamentos y programas del Congreso.

4º.—Invitar a los miembros del Comité a organizar cada uno en su país, un Comité nacional que servirá para asegurar el éxito del Congreso y para realizar los objetivos que siguen:

5º.—Limitar el número de cuestiones principales que se discutirán a los cinco asuntos siguientes:

a) Creación de asociaciones nacionales de los hospitales y de una asociación internacional de los mismos.

b) Temas de los hospitales públicos y de hospitales privados particulares.

c) El hospital como institución de tratamiento, como institución preventiva, como institución de enseñanza y como institución de estudio.

d) La formación del personal director, enfermeras y del personal auxiliar.

e) Los problemas financieros en la administración de los hospitales.

6º.—Dedicar una sesión a la discusión de las cuestiones especiales, tales como los problemas relativos a las instituciones psiquiátricas, las medidas destinadas a hacer comparables entre ellas las estadísticas de diversos hospitales, etc.

7º.—Pedir a los ponentes que dirijan sus manuscritos al secretario general seis meses antes de la apertura del Congreso, con el fin de permitir la impresión, la traducción y la distribución antes de la reunión

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

8º.—No permitir ningún voto durante el Congreso de las resoluciones hechas sobre las cuestiones técnicas discutidas.

9º.—Anexar al Congreso una exposición internacional.

10.—Cuando los programas del Congreso estén establecidos hacer que el Comité ejecutivo internacional, dirija invitaciones a los gobiernos y a las instituciones particulares de las naciones que tomen parte, al mismo tiempo que a la Sociedad de las Naciones y a los demás organismos internacionales públicos o particulares que les pueda interesar las cuestiones que atañen a los hospitales.

FALLECIO EL PROFESOR BRASILEÑO NASCIMENTO GURGEL.—El 1º. de Enero falleció en Río de Janeiro el notable médico brasileño Nascimento Gurgel, que acababa de regresar con la caravana de médicos compatriotas, que por su iniciativa visitaron Montevideo y Buenos Aires, en la segunda quincena del mes de diciembre último.

Este último hecho de su vida, trabajando por la vinculación de los profesionales de esa parte de nuestro Continente, ha dado lugar a que se exterioricen en forma inusitada las notas de dolor por su desaparición, especialmente en los países del Plata.

Entre nosotros la muerte de Gurgel ha sido muy sentida, por que tenía muchos amigos y admiradores, conquistados desde la primera visita que hiciese a nuestro país en 1913. Desde esa época pudo apreciarse sus grandes dotes intelectuales y la fluidez de su verbo, que cobraba el ardoroso bullir del trópico y las cadencias de la bella lengua de Camoens, al sostener con postura de tribuno las concepciones científicas más avanzadas.

Pero cuando la simpatía de Gurgel por las cosas del Perú se hizo manifiesta,fué cuando occurrió la desaparición del maestro Odriozola; Gurgel, en la Academia de Medicina de Río de Janeiro, pronunció una magnífica oración fúnebre, que tomó sus orígenes en las informaciones necrológicas que aparecieron en "*La Crónica Médica*".

En 1924 Gurgel volvió al Perú, representando de nuevo a su país en el Tercer Congreso Científico Panamericano que se reunió ese año en Lima. El médico brasileño, queriendo gozar de las fiestas del centenario de Ayacucho, vino días antes de la reunión del certámen mencionado, y todos pudieron apreciar las frases de admiración y de alegría que despertó en él nuestro progreso; las frases de cariño con que recordaba nuestros muertos y la búsqueda que hacia de los vivos, para "abrazarlos contra su corazón", como él decía.

Encontrándonos en Buenos Aires en 1926 y en las sesiones preparatorias del III Congreso Argentino de Medicina, tuvimos la grata sorpresa de ver a Gurgel; lo buscábamos en el salón de grados de la Facultad de Ciencias Médicas, cuando él nos divisó primero; de pronto oímos que del estrado donde estaban los asientos de preferencia se nos llamaba por nuestro nombre y se daba vivas al Perú; dirijimos nuestra mirada hacia ese sitio y ya Gurgel había bajado para abrazarnos en medio del enorme público de médicos que ocupaba el gran salón. Todos supieron entonces el afecto que Gurgel tenía para el Perú y con orgullo recibimos el abrazo de ese gran hombre, tocado por la gloria.

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

Gurgel ha muerto relativamente joven, a los 49 años de edad; era miembro titular de la Academia Nacional de Medicina de Río de Janeiro, donde ocupó situación expectable, muriendo con el cargo de orador oficial de esa institución. En la actualidad desempeñaba la presidencia de la Sociedad de Medicina y Cirugía de la capital carioca, y dictaba la cátedra de cirugía infantil y ortopedia en la Facultad de Medicina de Río de Janeiro. Era, además, miembro correspondiente de nuestra Academia Nacional de Medicina, institución que lo contaba como uno de sus más encumbrados asociados.

Una de las últimas manifestaciones de la simpatía que Gurgel ponía para las cosas del Perú, lo dió con ocasión del "Libro de Oro" que se prepara al profesor Leonidas Avendaño, por haber celebrado sus bodas de oro con la profesión médica; en la carta que ha dirigido al comité organizador de este homenaje, transparenta su amor al Perú y su aprecio por esta figura de nuestra medicina.

Tal, en síntesis, la personalidad del doctor Gurgel, con cuya desaparición la ciencia médica Americana pierde a uno de sus más ilustres cultores y el Perú a un leal amigo.—*Dr. Carlos A. Bambarén.*

Bibliografía

TRATADO DE SEMIOLOGIA Y CLINICA PROPEDEUTICA por los Dres. Gregorio Araoz Alfaro y Carlos Bonorino Udaondo. — 2 vol. con 2.200 páginas. — Segunda edición. — *Andrecta y Rey, Editores.*—Buenos Aires, 1927.

Entre los libros que honran a la literatura médica argentina, éste de Semiología y Clínica propedéutica, que dirigen los Dres. Araoz Alfaro y Bonorino Udaondo, profesor titular y profesor suplente del curso, respectivamente, es uno de los más notables, porque une a su didactismo un conjunto de datos científicos que lo hacen completo y acabado, podría decirse el mejor libro que se ha escrito sobre la materia.

El eminente maestro bonaerense, cuyas lecciones de introducción al curso, escuchamos en Buenos Aires, inicia la obra con la parte general, estudiando la ciencia y el arte del diagnóstico y los preliminares de la historia clínica; Bonorino Udaondo estudia la semiología del aparato respiratorio, consignando además de las cosas corrientes, la exploración radiológica del tórax, el estudio radiológico broncopulmonar con inyecciones intratraqueales de aceite iodado, la toracoscopía y laparoscopía, etc.; Manuel N. Novas se ocupa de la semiología del aparato circulatorio, señalando la importancia del diagnóstico radiológico de las afecciones cardiacas; Tiburcio Padilla trata de las modificaciones del ritmo cardiaco, ocupándose de todos los procedimientos gráficos para estudiarlas; Tulio Martini expone la semiología del aparato digestivo, puntualizando Bonorino Udaondo la esofagoscopía, la gastroscopía y la recto-

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

sigmoidoscopía; Martini trata de modo admirable el examen funcional de la víscera y su exploración radiológica; Rodolfo Vaccarezza estudia la coprología; Pedro J. Hardoy (prematuramente arrebatado a la ciencia) la semiología del hígado y de las vías biliares, que Bonorino Udaondo completa con la exploración radiológica; Bonorino Udaondo hace la semiología del páncreas y Araoz Alfaro en compañía de César Cardini, las alteraciones de las funciones intestinales.

La semiología del sistema nervioso está a cargo del profesor Bonorino Udaondo y en ella se hace derroche de erudición y proligidad en el estudio de los síntomas que puede ocasionar la perturbación de este sistema; el profesor Nerio Rojas se ocupa de modo particular de los síndromes del cuerpo estriado, de la apoplegía y el coma, de la afasia y los trastornos de la palabra y de la semiología psiquiátrica; la punción craneana de Pollack-Neisser está descrita por el Dr. Nicolás Romano; el estudio del líquido céfalo-raquídeo lo hace Bonorino Udaondo, con aquella competencia ya revelada en su magistral tesis del profesorado, que versó sobre el mismo tema; el electrodiagnóstico está a cargo de los Dres. Alfredo Lanari (hoy decano de la Facultad de Medicina bonaerense) y Alberto Marque; el estudio de las perturbaciones del sistema nervioso vegetativo o autónomo corre por cuenta del Dr. Pedro J. Hardoy, así como la semiología endocrínica; el metabolismo basal está descrito por el Dr. M. Pico Estrada; el examen de la sangre lo hace el Dr. C. E. Pico; la semiología del bazo el profesor G. Araoz Alfaro; la del riñón Carlos P. Waldorp; el examen de la orina el Dr. A. Pico; la bacteriología clínica el Dr. Rodolfo A. Vaccarezza; la exploración de la vejiga, próstata, uretra, órganos genitales masculinos, órganos genitales de la mujer el Dr. Bonorino Udaondo; el examen semiológico del ojo el Dr. Raul Argañaraz y la semiología otorinolaringológica el profesor Pedro L. Errecart.

Como se puede inferir por esta breve enumeración, este Tratado de Semiología es uno de los más completos; si falta algún tema es omisión del que hace esta presentación bibliográfica que sólo ha pretendido hacer conocer en el ambiente médico peruano esta producción científica argentina, que dice mucho de sus hombres de estudio y de su escuela médica, que cada día progresa más.

Los editores han hecho un trabajo aplaudible, porque las ilustraciones son abundantes y nítidas, favoreciéndose con esto el aprendizaje, porque esta obra es esencialmente para alumnos. En muchas escuelas médicas del continente ya se le ha adoptado como libro de estudio y ojalá lo sea lo más pronto entre nosotros; confiamos que los alumnos con el instinto maravilloso que los distingue lo pidan a nuestros libreros y éstos entonces busquen la obra en el mercado bonaerense.—Dr. Carlos A. Bambaren.

———

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

Aplicaciones terapéuticas del tubaje duodenal

Por el Dr. E. S. GUZMAN BARRON

Ex-asistente extranjero de la Clínica Médica del Prof. Chauffard

Desde que Einhorn demostrára ante la Sociedad Médica de Hospital Alemán de New York (1) la posibilidad de recojer en e hombre el líquido duodenal por medio de una sonda, las aplicaciones terapéuticas de la sonda duodenal despertaron grande interés.

Einhorn (2) en una serie de trabajos, se ocupa del empleo de la sonda en el tratamiento de las afecciones gastrointestinales y Vincent Lyon (3) con la aplicación práctica que da a los trabajos de Doyon y Meltzer, abre nuevo campo al empleo de la sonda.

APLICACIONES TERAPEUTICAS EN PATOLOGIA GASTROINTESTINAL

Grandes esperanzas se fundaron en la posibilidad de emplear la sonda duodenal en la terapéutica gastrointestinal, instilando directamente al duodeno los medicamentos en cuya benéfica acción se confiaba.

Jutte (4) que fuera el primero que tuvo la idea de servirse del tubo duodenal para realizar lavados del duodeno, utilizaba con tal objeto, ya sea jabón medicinal al 1% adicionado de cloruro de sodio al 14'5%, o una solución acuosa de sulfato de sodio y cloruro de sodio, ambos al 9 por mil, El recomienda el uso de 1500 c.c. en cada lavado, practicando al mismo tiempo un masaje abdominal.

Saterlie aconseja la instilación de 100 c.c. de una solución de nitrato de plata al 1 por 20000 en el tratamiento de las úlceras duodenales. Otros autores se han servido de la sonda para insuflar gases. Así, Aaron refiere casos de "fermentaciones y putrefacciones intestinales" que fueron favorablemente tratados por medio de insuflaciones de dos a cuatro litros de oxígeno, por día, a través de la sonda duodenal; Schmidt, recomienda las insuflaciones de anhidrido carbónico que serían dotadas de marcada propiedad analgésica. Aaron, en el mismo artículo (5) dice haber tratado casos de

1.— Einhorn.— New York Med. Record. 9 octubre 1909.
2.— Einhorn.— Duodenal tube and its possibilities, Filadelfia, 1917.
3.— Vincent Lyon.— Journ. of Am. Med. Assn. 27 Sept. 1919, p. 980.
4.— Jutte.— New York Med. Journ. marzo 16, 1912.
5.— Aaron.— New York Med. Journ. 6 dic. 1922.

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

disentería amebiana introduciendo a través de la sonda grandes dosis de ipeca, que así "actuarían directamente sin producir irritación de la mucosa gástrica".

En el tratamiento de las *lambliasis* se ha recomendado el empleo de instilaciones a través de la sonda, sea de neosalvarsán, trementina o stovarsol. Hollander dice haber tratado con éxito casos de lambliasis por medio de la arsefenamina alternada con lavados duodenales de sulfato de magnesia. La dificultad que se experimenta en el tratamiento de dichas parasitoozis, parece debida a que la infección lambliásica en dichos casos no solo ha invadido el tractus duodeno-yeyunal, sino que ha llegado a invadir las vías biliares, en especial la vesícula, como los estudios de Carnot, Libert y Gaehlinger (6), de Marcel Labbé, Nepveux y Gamba (7), en Francia; de Castex y sus colaboradores (8) en Argentina; de Westphal y Georgi (9) en Alemania, y de Smithies y Hemmeter (10) citados por Vincent Lyon, en Estados Unidos, han llegado a probar concluyentemente.

Einhorn (11) recomienda en el tratamiento de la *colitis ulcerosa crónica*, el uso de los lavados colónicos a través de sondas de mayor longitud que las duodenales y que al cabo de algunos días llegan hasta el ciego. Constatada la presencia de la sonda por la radioscopia se procede a las irrigaciones de las soluciones medicamentosas, empleándose por ej. en el caso de las *colitis* rebeldes, instilaciones de acriflavina a 1 por 2000 o mercurocromo al 0'5%. Hemos visto emplear este procedimiento a Gaultier, en el Hospital de Saint Antoine. No sabemos si los resultados ulteriores correspondieron a la actual mejoría de los síntomas experimentados por la paciente. Los enfermos no experimentan ninguna molestia ni cuando conservan la sonda, (dos a tres semanas) ni durante la extracción.

Se ha recomendado el uso del tubaje duodenal en el tratamiento de la *estasis intestinal crónica*, bajo la forma de amplias irrigaciones duodenales.

Hans Schneider (12) ha preconizado el tubaje duodenal en el tratamiento de las *helmintiasis*. El prepara una infusión de sen (5 gramos de hojas de sen en 50 c.c. de agua) e introduce 25 c.c. de la solución a través de la sonda duodenal; un cuarto de hora después inyecta por la sonda de un gramo cincuenta a dos gramos de extracto de helecho macho adicionado de extracto de corteza de granada, terminando con un lavado del duodeno con el resto de la infusión de sen.

Concluiremos éste capítulo, ocupandonos más extensamente de la *alimentación duodenal*, por ser la que mayores trabajos ha suscitado. Ella se realiza por medio de una sonda que se deja permanen-

---

6.— Carnot, Libert, Gaehlinger, París Med. No. 20, p. 457, 1925.
7.— Marcel Labbé, F. Nepveux y Gamba. Soc. Med. des Hop. de París, 27 nov. 1925, p. 1505.
8.— Castex y Galán. Arch. des Mal. de l'App. Dig. Junio 1926, p. 633.
9.— Westphal y Georgi.— Munchener Mediz Woch. N°. 33, p. 1080.—1923.
10.— Lyon.— Non surgical drainage of the Gall tract. pág. 418. Filadelfia 1923.
11.— Einhorn.— New York Med. Journ. 1923, pg. 214.
12.— Schneider.— Wiener Klinische Woch. 3 abril 1924.

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

te durante dos o tres semanas. En caso que ella se aplique al tratamiento de las úlceras gastro-duodenales, es necesario determinar la posición exacta de la oliva de modo que la úlcera sea sobrepasada por la oliva para evitar una irritación contínua que sería peligrosa. Una vez la oliva en posición correcta, se fija la otra extremidad por medio de una banda de esparadrapo, que aplica la sonda contra una de las mejillas; luego se cierra la extremidad sea con una pinza o por medio de un nudo, fijándola después en torno de la oreja. Todas estas precauciones son necesarias para evitar una tracción involuntaria o durante el sueño.

La alimentación duodenal se debe comenzar con gran prudencia, estudiando en cada caso la tolerancia del enfermo. En general se debe comenzar con 100 gramos de leche azucarada cada dos horas, la que debe ser absorbida lentamente, en el espacio de 15 a 20 minutos. Al día siguiente y si no hay ninguna contraindicación, se puede aumentar la cantidad a 200 gr., agregando luego en el día subsiguiente uno o dos yemas de huevo. A los tres o cuatro días se llega a la ración completa que consiste, según Einhorn, de ocho comidas por día, compuestas cada una, de un yema de huevo y leche azucarada, en un total de 200 c. c. Pueden también utilizarse sin temor de complicaciones, ligeras sopas conteniendo arroz, alverjas, avena, trigo. Las comidas deben ser tibias, tamizadas cuidadosamente y vertidas a través de un embudo, muy lentamente . Después de cada comida, se debe lavar la sonda con 30 a 40 c.c. de suero fisiológico para evitar fermentaciones. Durante estos tres o cuatro días en que se alcanza esta dieta máxima, es necesario que el paciente permanezca en el lecho. La higiene de la boca debe ser vigilada cuidadosamente, así como la de la faringe, por medio de contínuos lavados al agua oxigenada y toques con glicerina yodada. Pasados varios días, el paciente puede ser autorizado a levantarse. Damade (13) cita el caso de un paciente suyo, que mientras estaba en tratamiento, fué obligado a salir al campo; lo hizo llevando consigo su embudo y su crema alimenticia. Cuando a la hora reglamentaria el paciente se detuvo en una fonda para entibiar su crema, procediendo luego a su alimentación duodenal, grande fué la estupefacción que causó entre los clientes de la fonda.

Para combatir los cólicos postprandiales, que durante los primeros días son frecuentes, se debe emplear algunas gotas de tintura de belladona, diez minutos antes de la comidas, por la boca. Se debe evitar cuidadosamente la constipación, dando dos o tres veces por semana, a través de la sonda, 20 a 30 c.c. de una solución de sulfato de soda.

Es en el tratamiento de la úlcera gastro-duodenal donde más se ha empleado este método de la alimentación duodenal. Las estadísticas presentadas por Einhorn son de lo más halagadoras. Según él, las diversas gastritis, dilataciones gástricas con atonía, crisis violentas y repetidas de hiperclorhidria, además de la úlcera gastro-duodenal, pueden ser influenciadas favorablemente por éste método. Einhorn presenta (14) una estadística de 500 casos tratados de 1910

13.— Damade.— Journal Med. Franc. Dic. 1924, pg. 501.
14.— Einhorn.— Arch. des Mal. de l'App. Dig. Dic. 1920.

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

a 1917 con 90% de buenos resultados. Damade que emplea el método especialmente en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales dice haber observado la desaparición de nichos de Haudeck corto tiempo después de instituída la alimentación duodenal.

El tratamiento de las úlceras gastroduodenales tiene para nosotros un serio inconveniente práctico: sin contar los casos con estenosis orgánica y macroretención alimenticia en que prácticamente es imposible emplear la sonda, dichas úlceras nos ofrecen siempre cierto grado de estenosis funcional que disminuyen grandemente las posibilidades de la utilización de la sonda.

El método de la alimentación duodenal ha sido empleado en todas las afecciones gástricas graves que exigen absoluto reposo de éste órgano. Einhorn, (15) dice haber recurrido a él, en casos complicados de perforación gástrica o duodenal.

Carnot y Libert (16) han obtenido satisfactorios resultados en el tratamiento de los *vómitos incoercibles de la anorexia mental*, introduciendo cantidades importantes de leche por el procedimiento de Murphy. Paddock (17) ha tratado con igual éxito los *vómitos incoercibles de la preñez*, llevando a buen término el embarazo, en casos en los que sin el empleo de la alimentación duodenal hubiérase necesitado interrumpir el embarazo. Marcel Labbé (18) por su parte declara que en varios intentos de tratamiento de los vómitos incoercibles, ha visto siempre la sonda rechazada por las contracciones antiperistálticas, después de su penetración en el estómago.

Julius Friedenwald y Wiest (19), han usado la alimentación duodenal en la cura de la *atonía y la ptosis gástrica*.

APLICACIONES TERAPEUTICAS EN PATOLOGIA HEPATOBILIAR.

En anterior artículo nos hemos ocupado de la larga controversia que aún no concluye, entre los partidarios y los impugnadores de la teoría de Doyen sobre el mecanismo de inervación recíproca entre el esfinter de Oddi y la vesícula biliar, cuestión esencial cuando se trata de la aplicación del llamado drenaje medico. Recordaremos solo que nosotros pensamos, como los estudios de Chiray lo han demostrado, que la vesícula biliar no es mero vestigio anatómico, sino que posee dos funciones bien establecidas: concentración de la bilis hepática y contracción intermitente de sus paredes, regulada esta por el mecanismo de la inervación recíproca, ley fisiológica cuya generalidad ha sido brillantemente demostrada por los trabajos de Sherrington.

Icterias Infecciosas.—Cualquiera que sea la opinión que se sostenga en lo que se refiere a esta ley de inervación recíproca o ley

15.— **Einhorn.**— Med. Record. Nov. 1918.
16.— **Carnot** y Libert.— París Med. 10 abril 1922.
17.— **Paddock.**— Journ. of. Am. Med. Assn. Junio 1922, pag. 1927.
18.— M. Labbé, de Moor y F. Nepveux. Annales de Med. febrero 1925 , p. 177.
19.— J. Friedenwald y Wiest.— New York Med. Journ. 6 junio 1923.

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

de Doyon-Meltzer, la aplicación del tubaje duodenal en el tratamiento de las icterias infecciosas, es lógico, ya que la antigua ictericia catarral que Virchow creía ligada a una obturación del colédoco por el célebre "tapón mucoso", y secundaria a desórdenes intestinales ligeros, es más bien, como la escuela francesa lo ha demostrado brillantemente a la luz de los trabajos de nuestro maestro el Prof. Chauffard, de Lemierre, Abrami, Brulé, etc., una de las tantas complicaciones de la septicemia, que produciendo primero una hepatitis, va luego a extender la infección hacia las vías biliares. El drenaje biliar, está pues claramente indicado, puesto que así se contribuye a desembarazar tanto el parénquima hepático como las vías biliares, de los gérmenes que encierra. Los resultados obtenidos son de acuerdo con las expectativas fundadas.

Después que se ha procedido a examinar cuidadosamente el líquido duodenal valiéndose de la prueba de Meltzer-Lyon, tanto química como bacteriológicamente, se debe continuar con los drenajes cada dos días más o menos. Como exitante se emplea generalmente el sulfato de magnesia al 25% 70 c.c., a la temperatura de 38 grados, que serán introducidos lentamente. Quince minutos después se procede a un ligero sifonaje y luego se continua el drenaje por espacio de 4 a 5 horas. Las rutinarias reglas dietéticas en tales casos no serán alteradas.

En numerosos casos de icteria infecciosa que hemos tenido oportunidad de tratar en la Clínica del Prof. Chauffard del Hospital Saint Antoine, hemos podido notar los buenos resultados de tal tratamiento. La fiebre, a las 24 o 48 horas después del primer tubaje, ha comenzado a descender; los dolores abdominales y los de la región hepática han desaparecido en algún tiempo; la orina se ha aclarado; las heces han recobrado su aspecto normal; el apetito ha reaparecido; el estado general del paciente ha mejorado en menor tiempo que normalmente. Si consideramos como 25 días la duración frecuente de estos estados de icteria catarral infecciosa, por medio de este método creemos que se abrevia la mitad de dicho tiempo. En algunos casos es posible que no se llegue a obtener la bilis vesicular en el primer drenaje, pero después del segundo o tercer drenaje, esta bilis fluye abundantemente. Por medio del drenaje contribuímos a combatir los dos grandes factores que mantienen o prolongan la duración de este estado: la éstasis biliar y la infección.

Meakins (20), Hopkins A. H. (21), Jones C. H. (22), Vincent Lyon (23) nos presentan también observaciones afirmando el buen éxito que se obtiene por medio de este tratamiento.

Colecistitis.—Los estudios experimentales de Rous, Peyton y Mc. Caster (24) y las recientes observaciones de Chiray (25) van contribuyendo a disminuír el número de los partidiarios a outrance del tratamiento quirúrgico de las colecistitis, operándose así, co-

20.— Meakins.— British Med. Journ. 24 junio 1922, p. 983
21.— Hopkins A. H. — New York Med. Journ. 7 junio 1922, p. 710.
22.— Jones C. H.— Arch. of Int. Med. julio 1924, p. 60.
23.— Lyon, Su libro (10), pg. 451.
24.— Rous, Peyton y Mc Caster.— Journ. of Exp. Med. junio 1921, p. 731.
25.— Chiray, Leclerq, Milochevitch, Presse Med. 4 octubre 1924.

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

mo desde hace años en lo que a úlcera gastro duodenal se refiere, un serio cambio hacia la cirujía conservadora y el tratamiento médico.

Es imprudente pensar en el tratamiento médico de los *casos agudos* de *colecistitis*, o los casos de *empiema* de la vesícula, que sin demora requieren tratamiento quirúrgico. Sin embargo se puede tentar el tratamiento por el drenaje medical por medio de la sonda, en aquellos casos de colecistitis que complica tanto la fiebre tifoidea como otros estados infecciosos. Lyon cita en sus libros muchos de estos casos que han sido satisfactoriamente tratados.

Cuando se está en presencia de casos de *colecistitis subaguda*, de casos que forman el pasaje, entre estos y la colecistitis aguda, evidentemente que es solo el detenido estudio del caso en cuestión, la experiencia personal, las que deben decidir sea por la intervención o el drenaje medical. Lyon aconseja el empleo de la sonda duodenal, aún en los casos qen que se ha resuelto la intervención quirúrgica; este drenaje preoperatorio, combatiendo la éstasis biliar y la infección, disminuiría grandemente los peligros de la intervención.

La *colecistitis crónica*, la *atonía vesicular*, caen directamente bajo el dominio del drenaje medico, y es solo cuando dicho tratamiento ha fracasado, que se debe, en nuestra opinión, proponer la intervención quirúrgica. En este cuadro deben incluírse los casos de colecistitis acompañados de migraine, tan bien descritos por Chiray. Numerosos casos comprendidos en este cuadro hemos tenido oportunidad de tratar con resultado satisfactorio. Es cierto que se puede argüir, como Chabrol lo hace, diciendo que el efecto psicoterápico, es en dichos casos el único que se debe tener en cuenta. Es posible que tal suceda cuando se aplica el drenaje duodenal a estados patológicos digestivos mal definidos, que son englobados en el cuadro de la colecistitis crónica. Es sin duda dicho factor el que ha contribuído al entusiano de ciertos médicos que por poco llegan a considerar la sonda duodenal como panácea universal. La literatura médica nos ofrece numeroso material, en la que vemos los satisfactorios resultados obtenidos por el drenaje medico en estos casos. White (26), Lyon, Chiray, presentan interesantes observaciones de colecistitis favorablemente tratadas por este método.

Los casos de colecistitis considerados como extrictamente quirúrgicos, pero en los cuales es imposible practicar la intervención, sea por extricta contraindicación, o absoluta negativa del paciente, deben también ser tratados por éste método.

Es aconsejado también emplear el drenaje medical, como *tratamiento postoperatorio*, y Lyon recomienda proceder rutinariamente así. El relata el caso de una joven operada de colecistectomía y que a pesar de la operación, continuaba sufriendo angiocolitis; habiendo fracasado todos los tratamientos, se recurre al tubaje duodenal; al cabo de unos cuantos tubajes, su estado cambia completamente y ella alcanza a recobrar la salud, viéndose obligada solamente a proceder a un tubaje duodenal cada mes.

26.— F. W. White.— Boston Med. Surg Journ. 16 febrero 1922.

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

Smithies y Oleson, (27) habiendo examinado enfermos colecistectomizados, encuentran que gran número de operados continúan sufriendo de los mismos síntomas digestivos o hepáticos. Ellos refieren especialmente once enfermos operados de colecistectomía, de los cuales, cuatro casos de colecistectomía, un caso de colecistectomía más gastroenterostomía; un caso de colecistectomía, seguida de una segunda intervención por adherencias; un caso de colecistectomía en dos tiempos; un caso de colecistectomía más drenaje por absceso hepático; y tres casos de colecistotomía. En todos ellos procedieron a efectura el drenaje medico y los resultados fueron los siguientes: 6, completamente curados después de 7 tubajes; 3, mejorados después de dos drenajes; dos no se presentaron más, después del primer drenaje.

Colelitiasis.—No participamos de la opinión de algunos cirujanos, que al ejemplo de Moyniham, aconsejan la intervención quirúrgica, desde que se ha posado el diagnóstico de colelitiásis, aunque se trate de casos frustres, descubiertos por simples desórdenes digestivos o falsas gastralgias. Si ella es necesaria cuando la litiasis biliar va acompañada de una infección aguda de las vías biliares; cuando los cólicos hepáticos son frecuentes; cuando estamos en presencia de una litiasis coledociana o cuando la radiografía nos muestra la presencia de cálculos vesiculares o coledocianos, quedan para el tratamiento médico las demás formas clínicas de la litiásis biliar. Dicho tratamiento que ha sido brillantemente trazado por el Prof. Chauffard en su bello libro sobre La Litiasis Biliar, creemos que aprovecha poco del empleo de la sonda duodenal.

Sin embargo, los casos de colelitiásis en su período latente, las colelitiásis complicadas de colecistitis, pueden beneficiar del drenaje medical; y en algunos casos comprendidos en este grupo, hemos obtenido satisfactorios resultados. Es necesario proceder aquí con gran prudencia, por temor a producir cólicos hepáticos, que a veces sobrevienen después del tubaje. Así es preferible en dichos casos emplear como exitantes en la instilación duodenal, sea aceite de olivo o simplemente agua a la temperatura de 40 grados. Por medio del tubaje sería posible modificar la colecistitis concomitante; y el drenaje de la bilis hipercolesterínica de los litiásicos tal vez contribuiría a disminuir la posibilidad de precipitaciones colesterínicas en el interior de la vesícula, previniendo así la formación de nuevos cálculos. En realidad, muchos de los llamados cólicos hepáticos, son más bien agudas exacerbaciones de la colecistitis concomitante y es actuando sobre estos estados que el drenaje puede beneficiar.

Otros estados patológicos.— Lyon recomienda el empleo del tubaje duodenal en ciertos casos de *pancreatitis crónicas* en los cuales se sospecha que una infección biliar o duodenal contribuyen a mantener inalterable la pancreatitis, y en el tratamiento de los portadores de Bacilo de Ebert y bacilos paratíficos.

Aaron considera los casos de *artritis crónica* cuyo orígen no ha sido descubierto, como dependientes del drenaje duodenal; en

27.— Stepp.— Deutsche med. Woch. No. 43, p. 1190.— 1918.

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

dichos casos, dice él, haber encontrado un foco secundario sea en la vesícula biliar o en el tractus intestinal, habiendo sus pacientes recobrado la salud, merced a drenajes médicos de la vesícula asociados a irrigaciones transduodenales y colónicas y al uso de vacunas autógenas.

Digamos en fin que ciertos autores han sido llevados en su entusiamo, como siempre ocurre cada vez que un nuevo procedimiento sale a luz, a recomendar el uso de la sonda duodenal en casos de anemia perniciosa, clorosis, bocio exoftálmico, asma bronquial, ciática, arterioesclerosis, nefritis, cirrosis hepática, icterias hemolíticas, enfermedad de Banti. Una generalización tan prematura como absoluta ni puede ser admitida, ni merece ser discutida.

Formas del drenaje no quirúrgico de las vías biliares.—Lyon distingue dos formas del drenaje duodenal; *intermitente* y *contínuo*.

El drenaje intermitente es el único que nosotros hemos usado y su técnica ha sido descrita al hablar del tratamiento de la icteria infecciosa. Lyon preconiza el tubaje intermitente en los casos de colecistitis subaguda o crónica; en los casos de colelitiasis latente con inflamación catarral de las vías biliares sobreañadidas; en la colecistitis aguda que complica la fiebre tifoidea u otra enfermedad infecciosa; en la atonía de la vesícula biliar; en las obstrucciones del canal cístico por inflamación catarral intracanalicular; en los casos de colecistitis litiásicas graves complicadas de accidentes hepáticos que contraindiquen la intervención quirúrgica.

En el drenaje contínuo el paciente conserva la sonda durante todo el tiempo que dura el drenaje , como en los casos de alimentación duodenal. Las mismas prescripciones de higiene oral deben por consiguiente ser seguidas. Las reglas establecidas por Lyon son:

En la tarde que precede el tratamiento, administrar un enema simple. El día del tubaje, en la mañana, con el paciente en ayuno, lavar el estómago, sea con suero fisiológico o una solución diluída de permanganato de potasio.

Cada mañana administrar por el método de Murphy (gota a gota) un enema duodenal de 25 c.c. de solución de Ringer a la temperatura de 38°. En caso de constipación, añadir media cucharadita de sulfato de soda o una cucharadita de leche de magnesia.

Siempre que se considere necesario proceder a una estimulación del drenaje biliar, inyéctese lentamente 75 c.c. de la solución de sulfato de magnesia. Se puede seguir el drenaje de una desinfección con 100 c.c. de una solución fresca de silvol al 1 por 500, removiendo por sifonaje toda la cantidad que sea posible.

Para llevar a efecto el drenaje, se debe poner en comunicación la sonda con un frasco a dos bocas y recibir allí el líquido duodedenal, contínuamente, interrumpiendo solo durante las comidas.

A veces será necesario instilar ciertos medicamentos como la urotropina (30 centigramos en 30 c.c. de agua una a tres veces por dia), salicilato de soda (60 centigramos en 50 c.c. de agua, una a tres veces por día) mercurocromo (20 centigramos en 50 c.c. de agua), o cultivos de bacilo paraláctico.

En ciertos casos el tratamiento será combinado con la vacunoterapia de preferencia empleando las autovacunas preparadas con los gérmenes aislados de los cultivos de la bilis vesicular.

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

La alimentación será compuesta de sopas de vegetales o cereales, bien tamizadas; leche con crema, jugo de carne, huevos batidos. Esta comida en una cantidad de 180 c.c. cada vez, se da cada dos horas de 7 a. m. a 7 p. m. Lyon preconiza el tubaje contínuo en los casos de ictéria catarral, angiocolitis subaguda; en los casos de obstrucción coledociana por cálculo de tipo esfero-ovalar; en los portadores de gérmenes tíficos y paratíficos y en ciertas artritis crónicas. Prácticamente sostiene que sus indicaciones son las del drenaje quirúrgico, al que puede reemplazar con ventaja en las enfermedades de la vesícula sin obstrucción del canal cístico.

Como exitantes, es decir como colagogos, se emplea no solo las soluciones de sulfato de magnesia que es la solución recomendada por Meltzer, sino el aceite de ricino, a la dosis de 30 gr. y a la temperatura de 38°; la solución de peptona Witte, al 5 o 10% a la dosis de 30 c.c., introducida por Stepp (28) y muy en uso en los países de habla alemana y quien tuvo el mérito de recomendar el uso de la sonda duodenal en el diagnóstico clínico desde 1918. Ramond y Borceso (29), recomiendan el empleo de una mezcla de sulfato de magnesia y peptona, sugiriéndo aún el uso simplemente *per os* todas las mañanas en ayunas, en medio vaso de agua de Vichy tibia, del paquete siguiente: sulfato de magnesia desecado, 5 gr., peptona de Witte, 2 gr., polvos de regaliz, 2 gr., reduciendo la dosis a la mitad en casos de diarrea. Ellos dicen que este método produce un excelente drenaje biliar, evitando los inconvenientes de la introducción de la sonda duodenal.

De todas las modificaciones propuestas al empleo del sulfato de magnesia como exitante de la contracción vesicular y consiguiente flujo de la bilis a la cavidad intestinal, la que más interesante nos parece es la que se desprende de los interesantes estudios llevados a cabo en Francfort por Schondube (30). El ha probado en una serie de trabajos la acción electiva del lóbulo posterior de la hipófisis en la contracción de la vesícula biliar; esta acción parece más enérgica que la de todos los colagogos que hemos hecho mención. Una inyección intramuscular de esta substancia produce siempre un flujo más grande de bilis vesicular, si bien en ciertos casos esta acción aparece con más retardo que en los casos en que se emplea el sulfato de magnesia. Esta acción estimuladora de la contracción vesicular ejercida por el lóbulo posterior de la hipófosis, ha sido confirmada en Francia por Chiray, Lebon y Callegari (31).

Desde el punto de vista terapéutico esta adquisición es muy importante, porque así tal vez podremos tratar más eficazmente las extasis vesiculares de orígen atónico, estados al menos tan frecuentes como las éxtasis mecánicas ligadas a la pericolecistitis, a la estenosis o a los cálculos biliares. Schondube (32) en reciente articulo recomienda las inyecciones de pituitrina en el tratamiento de la

28.— Stepp y Duttmann.— Klin. Woch. 20 agosto 1923, p. 1587.
29.— Ramond y Borcesco.— Journ. des Praticens. 20 junio 1925.
30.— Schondube.— Klin. Woch. T. IV. No. 14 p. 640. 1925.
31.—Chiray, Lebon y Callegari.—Bull et Mem de la Soc. Med. des Hop. de París. T. XLII, No. 3, pg. 103, 1926.
32.— Schondube.— Deustche med. Woch. T. LII. No. 121 p. 486. 1926.

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

oclusión total aguda del colédoco con icteria pronunciada, en los casos de colecistitis en que la operación está contraindicada o rehusada por el enfermo. La cantidad de extracto a inyectar es de 16 centigramos de extracto seco en 10 c. c. de agua, inyección intramuscular a las 9 de la noche. Al dia siguiente a las 9 a. m. se introduce la sonda y se procede al drenaje.

Los estudios del Prof. Dixon de Cambridge (conferencias en Johns Hopkins Hospital, mayo de 1926) sobre la actividad creciente del extracto hipofisario durante el embarazo, el que llega a alcanzar su maximun de actividad al fin de dicho estado, y la frecuencia marcada durante la preñez de los cólicos hepáticos, nos aparecen así ligados bajo nueva luz, que solo queremos aquí mencionar, ya que su discusión nos aleja del cuadro que nos hemos trazado.

RESUMEN

1.— La sonda duodenal debe formar parte del arsenal terapeútico.

2.— Este método encuentra su mejor indicación en el tratamiento de las ictericias infecciosas.

3.— Se debe emplear la sonda en el tratamiento de la atonía vesicular, en cuyo caso las inyecciones de extracto de lóbulo posterior de hipófisis, parecen de gran valor, como exitantes de la contracción vesicular.

4.— El drenaje medico por la sonda presta colaboración en el tratamiento de las colecistitis sub-agudas y crónicas y de las colelitiasis en periodo latente, siempre que no haya obstrucción del colédoco.

5.— En el tratamiento de la úlcera gastro-duodenal puede ser empleada la sonda para procurar el reposo absoluto de la úlcera, en la administración de la alimentación duodenal.

GUIA LASCANO
De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

El fenómeno de la bacteriofagia de las bacterias patógenas

Por NESTOR A. MICHELENA

Departamento de Bacteriología, Patología y Medicina Preventiva. Loyola University— School of Medicine. Chicago, Ill. U. S. A.

Durante los últimos 10 años la atención médica ha sido atraída hacia el fenómeno de la Bacteriofagia. Muchos autores hacen notar el papel importantísimo que este fenómeno tiene con toda probabilidad, en el desarrollo de las enfermedades infecciosas.

El fenómeno fué señalado por primera vez por Twort (1). Este, observó que en las colonias de estafilococo, que se habían cultivado en agar, existían áreas translúcidas que cuando se transplantaban en agar fresco muchas de ellas no crecían y las pocas que presentaban signos de multiplicación y vida, eran transparentes como las anteriores. Si estas colonias se diluían en agua y se filtraban en bujías de porcelana, el líquido claro que filtraba poseía la misma propiedad de producir colonias transparentes cuando se añadía a un cultivo de estafilococos.

D'Herelle (2) dos años más tarde describió una reacción similar a la de Twort, en sus investigaciones con el bacilo de Shiga. Sus experimentos consistieron en cultivar en caldo las heces de los convalescientes de disentería bacilar. Después de 24 horas de cultivo, se filtraba en filtros que no permitían el paso de bacterias. El filtrado añadido a un cultivo en caldo del bacilo disentérico, poseía la propiedad de hacer transparente el cultivo después de unas horas de incubación a 37 grados. Si el contenido de este tubo era filtrado de la misma manera que el anterior, el filtrado poseía las mismas propiedades líticas pero en mayor concentración, que aumentaba progresivamente a medida que se repetían las filtraciones, es decir, que aumentaba el Bacteriófago. D'Herelle basado en este aumento de potencia del agente lítico, cuando pasaba por una serie de cultivos de bacilos de Shiga, concibió su teoría sobre la naturaleza del Bacteriófago; según ésta el Bacteriófago es un virus filtrante, ultramicroscópico, parásito de la bacteria. Este parásito, según D'Herelle, se multiplica a medida que se alimenta a expensas de la bacteria y a esta multiplicación se debe que después de

(1) Twort.—*The Lancet*-1915, 2, p.1241.
(2) D'Herelle F. — *Compt. rend. Acad. Sci.*—1917, CIXV 373.

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

pasar por una serie de cultivos recientes de la bacteria, el filtrado posea el agente lítico en mayor concentración.

Otros experimentos parecen demostrar que el Bacteriófago no es un simple parásito como lo considera D'Herelle. Las propiedades que posee la "substancia bacteriófaga" parece demostrar que realmente se trata de una substancia que actúa a manera de un fermento y no de un parásito, al que se deben los cambios líticos que ocurren en las bacterias.

Una solución de 1% de fluoruro de sodio, que es lo suficiente potente para destruír las bacterias, no afecta en lo menor al Bacteriófago; tampoco le es nociva una solución de 75% de glicerina.

Las temperaturas actúan sobre el Bacteriófago, como sobre los fermentos: una temperatura de 75 grados centigrados inactiva la "substancia bacteriófaga"; pero, si esta substancia inactivada se inyecta a un animal, determina la producción de anticuerpos, demostrando de esta manera una alteración toxoide, similar a la de las toxinas y lisinas.

Cuando el Bacteriófago se mezcla con nueve veces su volumen de alcohol, dá un precipitado que es soluble en agua fisiológica. Este extracto tiene todas las propiedades del Bacteriófago original; si se le inocula en un animal, produce antilisinas idénticas a las generadas como resultado de inyecciones con el Bacteriófago.

Todas estas propiedades inducen a creer con Bordet, que el fenómeno lítico es un proceso de autofagia. Según este autor, la desintegración de la bacteria puede considerarse como consecuencia de un cambio en el metabolismo de la nutrición de la bacteria producida por alguna causa externa. Bordet considera que como resultado de ese cambio del metabolismo se produce un cuerpo químico de propiedades líticas, el cual es responsable por la desintegración de la bacteria y a la vez es capáz de transmitir la misma acción a otras bacterias de la misma especie. La transmisibilidad en serie de la acción fágica, se considera, por los investigadores que favorecen la teoría de Bordet, como similar a la transmisión que se puede producir cuando teniendo una serie de tubos conteniendo sangre, se añade a uno de ellos una gota de sangre ya coagulada; en este tubo la sangre se coagula inmediatamente después de la adición; si de este se añade una gota al siguiente y así sucesivamente, se obtiene la coagulación inmediata de todos los tubos. Lo que causa esta transmisión en serie, es una substancia que se encuentra en la sangre coagulada y que actúa a manera de fermento.

Bordet y Ciuca (3) en 1920 demostraron que la "substancia bacteriófaga" podía ser obtenida no solamente de las heces sino también de la cavidad peritoneal.

Kuttner (4) obtuvo la misma substancia de extractos intestinales de glicerina y también del suero normal de conejos.

(3) Bordet y Ciuca, M.— *Compt. rend. Soc. de Biol.*— 1920.
(4) Kuttner, M.— *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.* 1920, 21.

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

Arnold (5) en 1923 logró preparar un Bacteriófago cuyas propiedades líticas eran mayores que el preparado por el método de D'Herelle.

De las aguas de los ríos Elba, Danubio, Sena, Támesis, se han aislado Bacteriófagos que producen lisis en muchas bacterias patógenas del estómago y de los intestinos. Todos los investigadores están de acuerdo que la presencia del Bacteriófago en las aguas de la superficie terrestre, indica el grado de polución de las aguas con materias fecales de animales.

Si las aguas superficiales realmente contienen un principio lítico tan potente, la acción de éste sobre las bacterias patógenas de dichas aguas, puede considerarse de gran importancia, desde el punto de vista de la salubridad pública.

Bordet y Ciuca (6) fueron los primeros que señalaron la presencia de una substancia anti-bacteriofágica en el suero de los animales inmunizados con el Bacteriófago. Estos autores observaron que si añadían el suero de estos animales a un cultivo de bacterias y Bacteriófago, éste no presentaba signos de poder lítico.

D'Herelle y Eleiva (7) repitiendo los experimentos de Bordet y Ciuca confirmaron los resultados de estos investigadores y además observaron que si estos cultivos en los cuales la acción del Bacteriófago se había neutralizado, se volvían a cultivar en caldo, las colonias presentaban despues de cierto tiempo signos de actividad fágica. Esto parece indicar que las antilisinas solamente retardan la acción de las lisinas del Bacteriófago.

El estudio de las propiedades antigénicas del Bacteriófago ha sido difícil, debido a que el Bacteriófago se encuentra mezclado con las proteínas procedentes de la desintegración de las bacterias. El suero de los animales inmunizados con las emulsiones del Bacteriófago y las proteínas de las bacterias desintegradas, contiene no solamente anticuerpos contra las lisinas del Bacteriófago, sino también aglutininas, precipitinas y amboceptores específicos de las proteínas de la bacteria usada.

Arnold y Weiss (8) consiguieron separar el Bacteriófago de las proteinas de orígen bacteriano. Después de estos experimentos se ha llegado a conocer que los únicos anticuerpos producidos por la "substancia bacteriofágica" libre de proteinas, son las antilisinas.

El estudio de la Bacteriofagia abre un vasto campo de investigación, que posiblemente trasformará la orientación del tratamiento de las enfermedades infecciosas.

(5) L. Arnold.— *The Jour. of Lab. and Clin. Med.*— St. Louis.VIII, - 222.
(6) Bordet et Giuca.— *Compt. rend. Soc. de Biol.* 1924, 84 p. 23
(7) D'Herelle et Eleiva.— *Compt. rend. Soc. de Biol.* 1924, 84, p. 719.
(8) L. Arnold and E. Weiss.— *The Jour. of Infc. Diseases.*— Vol.37, N., Nov. 1925, pp. 422-427.

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

Un caso de miasis cutánea

Presentado al Conversatorio del Hospital Militar.

POR EL DR. LUIS ARIAS SCHREIBER
Jefe del Servicio Urovenereológico del Ejército
Y FRANCISCO ESCUDERO FRANCO
Asistente del Servicio

Isaac P. L. de 20 años, indio, soltero, Procede de San Luis de Shuaro, con 1 año, 8 meses de servicio en el ejército, se encuentra desde hace diez días en Lima, formando parte del Piquete de la Escuela de Enfermeros de éste Hospital. Ingresa al Servicio el 12 de Agosto de 1927, ocupando la cama nº. 45.

Antecedentes hereditarios.—Padre, muerto de grippe; Madre. viva, sana, Cinco hermanos vivos y sanos.

Antecedentes individuales.—Pasado patológico sin importancia. Hace ocho meses ingresó al Hospital de Jauja, por traumatismo de la región clavicular izquierda.

Enfermedad actual.—Este sujeto en perfectas condiciones de salud aparentemente, ingresa con dos forúnculos en la región glútea derecha. A primera vista se observan las características clásicas de los forúnculos simples. Es así, como, rodeado de una zona inflamatoria del tamaño de una moneda de cincuenta centavos, se nota el centro acuminado y cianótico. Hay fluctuación ligera, más pronunciada en el que está localizado hacia arriba. Se hace el diagnóstico de forunculosis y se procede a la incisión. Practicada ésta, en el furúnculo superior, (A), llama la atención la escasez de secreción purulenta y la presencia en medio de un líquido sero-purulento, de una especie de "coagulo blanco sucio". Se seca con una gasa la herida y al separar ésta de la herida se pone de manifiesto, que dicho coagulo lo constituye una larva de mosca de 1,5 cm. aproximadamente. La herida se cubre con gasa aseptica seca. Interrogado el paciente al respecto manifiesta que hace cinco meses en Chanchamayo se le extrajo también "un gusano de igual forma y tamaño". Al día siguiente se incide el forúnculo inferior (B) pero no se encuentra larva y sí una abundante secreción francamente purulenta.

El exámen de la larva dá los siguientes caracteres:
tamaño: 1½ a 2. cm.
color: blanco sucio.
forma: ovoidea, de extremidades bien diferenciadas, la superior ancha y globulosa, cubierta de ligeras espinas, y la inferior adelgazada y lisa sin espinas.

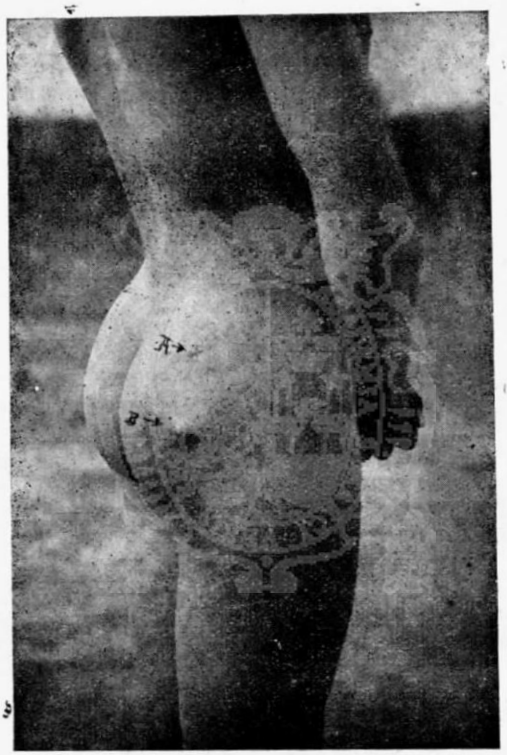
La presencia de la larva en éste absceso cutáneo, y los antecedentes del enfermo, los caracteres de la larva, el tiempo de la evo-

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

lución y las características de la lesión, hacen formular el diagnóstico de Miasis cutánea.

Las características arriba enunciadas identifican la larva con la de la *dermatobia cyaniventris*, que en América tropical es el repreentante patógeno de los braquiceros europeos.

Es bien conocido que la larva de estos braquiceros, puede vivir a expensas del hombre de diversas maneras; su parasitismo o



A y B. Localizaciones de la larva dermatobia

es facultativo o es necesario a su evolución interior. En el primer caso produce la Miasis cavitaria y la Miasis intestinal; en el segundo caso provoca la miasis cutánea.

Si entendemos por Miasis cutánea, la afección causada por e desarrollo en la piel o en el tejido conjuntivo sub-cuatáneo, de larva de dipteros de parasitismo obligatorio, comprenderemos fácilmente que sus aspectos clínicos serán variables según la localización, y según la larva productora del mismo.

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

Tres son las formas clínicas más frecuentes.

En ocasiones, son puntos dolorosos sub-cutaneos, muy vivos, que se desplazan, de manera contínua, dejando un trayecto marcado por una linea roja, que dura algunos dias. Cuando la larva va a salir, el dolor se localiza, se provoca una pequeña elevación inflamatoria, y por el vértice que se perfora sale la larva y un líquido sero-purulento. Es esta la forma clínica emigrante "*Rampante*" de los franceses o la "*Creeping eruptión disease*" de los ingleses, frecuente en Europa y provocada por larvas del género Hipoderma y del género Gastrophilus.

Otras veces, la larva produce un tumor inflamatorio desde el comienzo, pero como ella camina bajo la piel muchas semanas y a veces meses, va dando nacimiento en su trayecto a tumoraciones rojas, edematosas, fugaces que aparecen en puntos diversos. Sólo diez semanas después de éste recorrido dérmico, uno de aquellos puntos rojos, el último en formarse, se abre expontáneamente también como en la forma anterior y dá salida a una larva blanca. Es la forma clínica sub-cutánea o de "Tumores ambulantes"; la larva productora de éste cuadro clínico pertenece al género Hypoderma.

En fin, la tercera forma clínica, poco frecuente en Europa, y casi patrimonio de los climas tropicales de Sur-América, dá el cuadro morboso de la observación clínica referida, con forunculos espaciados y únicos, ya que las larvas no parecen efectuar migraciones e introducidas en un folículo piloso, forman a su alrededor un saco, con contenido sero-purulento o purulento, en los cuales evoluciona. Esta forma clínica es producida por las larvas del género *dermatobia*.

La dermatobia fué descrita por primera vez el año 1840 por Macquart. Vive en los climas tropicales, principalmente en la América del Sur. El insecto adulto es de color gris azul. Tórax amplio, de reflejos azulados y blancos. Abdómen brillante, alas color caoba. Su longitud es de 14 a 17 milímetros. Es curioso su modo de evolución: al experimentar la hembra la necesidad de la puesta, merodea por las cuadras de caballos y en lugar de depositar sus huevos sobre los pelos de estos animales, como la generalidad de estos insectos, pone sus huevos en hojas húmedas y en lugares húmedos alberge de ciertas especies de mosquitos o moscas, particularmente de los Stomoxis; los paquetes de huevos están incluidos en un cemento que al reblandecerse por la humedad se adhieren a la cara ventral del mosquito y así son transportados al hombre o a otros vertebrados de los que se alimenta el mosquito; las larvas se desarrollan en cinco o seis días abandonando al animal vector, en el momento que éste succiona al hombre, introduciendose en la piel al nivel de un folículo piloso, para continuar ahí su evolución. Estas distintas fases evolutivas tiene diversos nombres según las localidades: la primera muda se llama "Gusano macaco" en las Guayanas; la segunda muda que lo convierte en larva definitiva que aflora a la superficie se llama "Gusano de zancudo" en Venezuela, "Colmoyete"

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

Biblioteca Lima-Perú

en Guatemala, "Gusano moyoco" en Méjico, etc, etc. Desde la penetración en la piel hasta su salida, demora 35 a 74 días, según las experiencias realizadas en el perro por Neiva y Florencio Gomez.

La larva que obtuvimos en el último período de evolución fué llevada inmediatamente al Laboratorio del Hospital y colocada en la estufa a temperatura conveniente *entre carne cruda*, pero desgraciadamente murió antes de las doce horas, apergaminandose y ennegreciéndose.

Este caso es interesante por muchos conceptos; el paciente ha traído la parasitosis de la Montaña (San Luis de Shuaro); las observaciones publicadas entre nosotros son muy pocas, y el hecho referido tiene todas las exigencias de la comprobación clínica y parasitológica.

Perversión psicosexual y delincuencia

Por los doctores

CARLOS A. BAMBAREN y LUIS D. ESPEJO

El hecho delictuoso

El 21 de agosto de 1927, a las 7 de la noche más o menos, Hector B. que se encontraba como espectador en un "Cinema", se ofreció a cargar a la menor Raquel B. de 5 años de edad, que se encontraba de pié en el espacio comprendido entre él y la señora Teresa R. O., tía de la menor. En el curso de la función y teniendo en sus rodillas a la menor, realizó el siguiente acto:

Después de razgar con una cuchilla el calzón de la menor, introdujo el dedo índice de la mano derecha en la región de las partes genitales: "como al introducirle el dedo la referida menor desviaba las nalgas en distintas direcciones, para la eficacia de su propósito la tomó con la mano izquierda, la mantuvo sin movimiento y le introdujo, primero el dedo índice, y después el pulgar». Al penetrar la falanje de este dedo, la chiquilla lanzó un grito que atrajo la atención de la tía, quien inquiriendo lo que pasaba descubrió la maniobra de Hector B; éste al fijarse en su dedo pudo darse cuenta, que estaba con sangre y apreciando la gravedad del hecho que ha-

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

bía cometido, se dió a la fuga, siendo apresado dos cuadras después del local donde había realizado el acto.

Tal el hecho escueto, conforme con el atestado policial y con las declaraciones que formulase en su instructiva Hector B.

El certificado expedido por los médicos de Policía, dice lo siguiente: "Los infrascritos, médicos legistas, hemos reconocido en esta oficina, el día 3 del actual, a la menor Raquel B. de raza mestiza, de 5 años de edad, y certificamos: que presenta signos de pederastía pasiva reciente, constituída por una desgarradura del ano en su parte anterior, que se extiende por el periné hasta cerca de la vulva".—Lima, 27 de agosto de 1927.—(firmado) M. Pflucker.—Adrian Pastor.

Examen del encausado

Héctor B., es sujeto de 24 años, de 1.56m. de estatura, nacido en Mollendo, soltero, dedicado a faenas mecánicas. No ha tenido hijos.

En su pasado personal, hay datos de mucho interés: fué soldado en el Regimiento de Infantería N°. 9, desde 1918 hasta los primeros meses del año 1921. Encontrándose en el ejército y víctima del contagio mental, intentó un acto de bestialidad en su cuartel, imitando lo que hacían los clases y sargentos de esa unidad militar; desgraciadamente este intento de bestialidad, dió motivo para que la bestia le propinase una coz, contundiéndole el testículo izquierdo, y determinando un proceso inflamatorio que obligó a extirpar dicho testículo el año 1920.

Ha prestado servicios en el Escuadrón rural, durante los años 1925 y 1926; habiéndosele enviado a Recuay (departamento de Huaraz) recibió las solicitaciones apasionadas de una mujer que lo hizo pedir su separación del puesto; después de algunos meses de vida marital y no encontrándose capaz de satisfacer las exigencias sexuales de ese concúbito,—pues dice que desde la extirpación del testículo izquierdo, sus erecciones son incompletas,—se vino a Lima seguido de la mujer, que bien pronto lo abandonó por otro hombre que lograse colmar sus apetitos sexuales.

En su anamnesis no hay otro dato de importancia, si se exceptúa una Blenorragia; niega contagio sifilítico.

Intentando hacer la psicobiograma de Hector B. hemos estudiado su percepción, no encontrándole ni ilusiones, ni alucinaciones.

Explorando la memoria se descubre déficit y fallas. Siguiendo la técnica de Neumann se le pidió que repitiese series de palabras, no pudiendo pasar la prueba de la serie de cuatro palabras, sea que estas fueran concretas o abstractas

La atención no es muy sostenida, particularmente la que se designa intelectual; en el curso de la charla pueden sorprenderse las manifestaciones de fatiga. Profundizando los caracteres de la atención sensorial, utilizamos la prueba de Bourdon y la que permite apreciar el "campo de la atención".

De acuerdo con la prueba de Bourdon le ordenamos tachar una sola letra en un escrito; el resultado fué bastante satisfactorio. El campo de la atención se midió multiplicando en alta voz y sin dete-

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

nerse una serie de números; el resultado fué correcto porque el trabajo se realizó con bastante regularidad y rapidez.

En la esfera afectiva es fácil señalar en Hector B., un predominio de los impulsos de tipo psicomotriz y en relación con actos eróticos, como el que motiva su juzgamiento.

Los instintos de la especie han sufrido en nuestro examinado desviaciones bien marcadas: ha intentando actos de bestialidad y ejecutado la perversión que motiva este informe.

Sugestionable, con los caracteres de la imitación morbosa, en Hector B. existen las manifestaciones predominantes de este caracter. Durante su estadía en el ambiente cuartelario, no pudo librarse de la presión imitativa, pervirtiendo su instinto sexual.

Tratando de evaluar el desarrollo mental de Hector B. empleamos el esquema de los Tests por Bobertag tal como los señala Kretschmer en su "Psicología Médica"; el resultado fué que no pudo satisfacer las pruebas señaladas para los diez años de edad: indicó con corrección los puntos principales de una lectura, ejecutó satisfactoriamente la prueba de Ebbinghaus, que consiste en completar los textos que presentan lagunas, no pudo repetir seis nombres, individualizó todas las monedas que se le presentaron, siéndole imposible repetir 26 sílabas; por consiguiente, Hector B. es un atrazado mental; su edad somática no corresponde con su desarrollo psiquíco.

En lo que respecta al resto de su organismo, Hector B. es un sujeto que parece no haber alcanzado aún su completo desarrollo corporal. Está regularmente conformado, no tiene panículo adiposo abundante, las extremidades distales de sus miembros son un tanto graciles, es un microsómico según la clasificación de Livi y Zoia para apreciar la estatura, etc. Por todas estas razones nos inclinamos a pensar que corresponde al tipo picnico, de la clasificación que hace Kretschmer de las constituciones. Esta apreciación tiene mucho valor para la caracterización global de su persona, desde el punto de vista biotipológico.

Consideraciones criminológicas

Hector B, según hemos podido averiguar, tiene una hermana dedicada a la *prostitución:* mientras hizo vida de cuartel, estuvo sometido a la influencia omnímoda del ambiente gregario, que lo llevó a intentar la práctica de actos de *bestialidad*; ha sufrido la extirpación *de un testículo* y desde esa época, según refiere, *sus erecciones no son tan enérgicas* como lo eran antes, se encuentra en déficit genital; *su vida sexual ha sufrido quebrantos*, conociendo el abandono femenino; en los últimos tiempos (según declara) la esfera genital no ha dejado escuchar los imperativos del sexo; no ha realizado la homosexualidad, si se presta crédito a las protestas que ha formulado cuando le interrogamos sobre el particular.

Hector B. es un insuficiente mental; con pobreza ideativa; con atención débil; es sugestible; en su vida instintiva sobresalen las perversiones sexuales; en su carácter predominan los elementos instintivos, actuando por impulsiones; su expresión afectiva es un tan-

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

to ingenua, sometida a oscilaciones de conciencia, a estados crepusculares; se puede caracterizar su *personalidad* como *ingenua* y *dominada por los instintos primitivos.*

El acto realizado por Hector B. constituye un caso de *perversión psicosexual*; no se trata de "Pederastía" porque según la definición de Tarnowsky, universalmente aceptada, se conoce con este nombre a la perversión sexual que inclina los hombres a las personas del mismo sexo.

Esta diferencia entre *perversión sexual* y *pederastía* tiene su valor doctrinario y práctico, ya que es menester puntualizar el apelativo que corresponde a las diversas inclinaciones morbidas del instinto sexual y señalar, en cada caso concreto, la personalidad psicológica, de acuerdo con la forma clínica de la aberración genésica.

La pederastía es casi siempre una forma monomorfa de las perturbaciones psicosexuales; en cambio las otras aberraciones son polimorfas, pudiéndose presentar en un mismo sujeto las diversas variedades que se conocen.

Al realizar Hector B. el acto de perversión sexual por el que está encausado, procedió obedeciendo a sus impulsos, que solo toman carta de ciudadanía en los momentos crepusculares de la conciencia. Es únicamente en estas condiciones, que el torbellino psicosexual aberrante se enseñorea del autor, rotos los frenos de la conciencia y los factores educativos que canalizan la acción.

En el caso concreto de Hector B. y en sus similares, es posible pretender una explicación de estas perturbaciones de la esfera genital, uniendo los datos somáticos con el dinamismo psíquico.

Sostiene Tarnowsky en su bello libro "El instinto sexual y sus nifestaciones mórbidas", que la *eretomanía* casi siempre tiene una base anatomofisiológica, un debilitamiento de la potencia sexual. Trasladando este concepto a otro terreno, es posible usarlo en la explicación de las perversiones sexuales; los pervertidos sexuales adolecerían de insuficiencias genitales somatodinámicas. Hector B. es un monorquídeo, con insuficiencia genital, que lo ha llevado de modo incontenible a las perversiones psicosexuales, bien entendido que no está libre de factores degenerativos, tal vez de índole familiar, si se quiere explicar el ejercicio de la prostitución que hace su hermana.

Así consideradas las cosas, se llega al momento de apreciar el grado de la capacidad penal de H. B.; por su constitución fisiopsíquica, por la forma como se hace su dinamismo mental; por el sentido que ha tomado su actividad volitiva, especialmente en la esfera psicosexual, así como por la explicación que se ha dado a su perversión sexual, hay que convenir que se encuentra en estado permanente de peligrosidad; le corresponde más que pena medidas de seguridad.

Conclusiones

1°— Héctor B. es un deficiente mental, posiblemente un esquizoide o un esquizotímico.

2°.—Predominan en él los impulsos de la esfera psicosexual, que se manifiestan por perversiones sexuales.

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

3°.—Su capacidad penal es nula; se encuentra en estado permanente de peligrosidad.

4°.—Las medidas de seguridad en Establecimientos especiales, son las que corresponden a casos semejantes al que motiva el presente informe.

Prensa Médica Francesa

A PROPOSITO DEL TRATAMIENTO DE LAS PERFORACIONES DE ULCERAS GASTRO-DUODENALES.— M. R. Bonneau. En los casos en que la pilorectomía haya sido imposible y en los que se haya hecho solo una resección de la úlcera puede terminarse a veces la operación no por una gastroenterostomía sino por una piloroplastia que ensancha el orificio pilórico. El autor comunica una observación con resultados satisfactorios.

A PROPOSITO DE LA RAQUIANESTESIA EN EL ILEUS ESPASMODICO.— M. R. Bonneau piensa que la evacuación intestinal obtenida por la requianestesia no permite sentar la conclusión de que se trata de un ileus puramente espasmódico y que es preciso operar siempre. Presenta dos observaciones en apoyo de esta opinión.

GANGRENA PULMONAR; ABSCESO DEL PULMON. TORACO-NEUMOTOMIA. NEO-SALVARSAN. CURACION.— M. Petit de la Veilleon comunica un caso en el que la asociación de la operación y de un tratamiento específico por el neo-salvarsán produjo una curación rápida.

DOS CASOS DE PERFORACIONES APENDICULARES SIN SIGNOS PERITONEALES.— M. Lutaud comunica dos casos con absceso: uno con sección total del apéndice y el otro con una ancha perforación en la base; los dos casos evolucionaron sin ningún síntoma peritoneal.

LA CONSOLIDACION ACELERADA DE LAS FRACTURAS.—M. G. Leo presenta un informe sobre un trabajo de M. Ebrard (de Trouville); han empleado en 17 casos, con 82.5 %, de buenos resultados, un producto compuesto de sílice y de cal que favorece la calcificación del callo. Esta acción resulta de

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

los trabajos experimentales del Dr. Cietin sobre el papel que desempeña la sílice contenida en los tendones para la solidificación del callo, en el fin de la evolución de una fractura. Cuando esta terapéutica tiene éxito puede acortar la duración del tratamiento de un tercio o de la mitad.

TRATAMIENTO DE LAS GASTRORRAGIAS PROFUSAS.— M. V. PAUCHET declara que en las hemorragias por ulcus gástrico o duodenal (que deben ser siempre tratadas por la resección) el enfermo muere con frecuencia, algunos días después de la operación, por intoxicación debida a la reabsorción de la sangre acumulada en el colon. Después de haber practicado una cecostomía es necesario hacer una irrigación continua y abundante del colon para evacuar el hematoma.

EL CATETERISMO DE LOS CANALES EYACULADORES.—M. G. LUYS. Esta intervención está indicada: 1° en las estrecheces de los canales eyaculadores; 2° en las retenciones vesiculares cuando el masaje de las vesículas no produce efecto; 3° en los dolores de la eyaculación; 4° en la hemospermia; 5° en las eyaculaciones sin fuerza; 6° en las estrecheces congénitas de los canales eyaculadores; 7° en las epididimitis de repetición; y 8° sobre todo en la azoospermia. El autor dá la técnica operatoria de esta intervención.

UN CASO DE LUXACION DEL GLANDE Y DE LOS CUERPOS CAVERNOSOS CONSECUTIVA A UNA LIGADURA DEL PREPUCIO. OPERACION. CURACION.—M. MULLER. A consecuencia de una ligadura del prepucio, un niño de 8 años presenta una retención de orina con edema voluminoso de los órganos genitales y del bajo vientre. Sección de la ligadura 19 horas después. Al cabo de 5 días ancha escara de las bolsas. 5 semanas después se ve salir el glande por el orificio producido por la caida de la escara. Una intervención practicada 3 semanas después produce la reconstitución anatómica de los órganos genitales. (Bulletin de la Societé des Chirurgiens de Paris. Dcbre. 1927).

Prensa Médica Cubana

OBSERVACIONES ACERCA DE LA OCLUSION INTESTINAL por los Drs. R. Nuñez Portuondo y José S. Lastra. (*Vida Nueva* Habana, setiembre, 1927).

Es sin duda alguna la oclusión intestinal uno de los cuadros agudos de vientre de más gravedad con que tropieza el cirujano en

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

su práctica diaria, y la que proporciona las cifras más elevadas de mortalidad.

Diagnóstico precoz es el requisito indispensable de los casos agudos de vientre. En ninguna otra ocasión depende la vida del paciente tan directamente del primer médico que asiste al enfermo como en esta. Los síntomas del mal son tempranos en su aparición y una vez observados, autorizan la exploración quirúrgica.

Los autores sólo abordan en este trabajo los íleus mecánicos, que son los que entran de lleno en el dominio de la cirujía, sin pretender estudiarlos en detalle, pero haciendo hincapié en aquello que juzgan de importancia.

El dolor, el vómito, la detención del curso de las materias fecales y de los gases, y el balonamiento, son los síntomas que los autores consideran como los puntos básicos sobre los cuales reposa, el diagnóstico. Cada uno de ellos les merecen revisión especial, e indican el modo cuidadoso de investigarlos en todo caso sospechoso, bastando encontrarlos reunidos, para sentar un diagnóstico e indicar el tratamiento: la laparatomía.

Los Drs. Nuñez Portuondo y Lastra dan preferencia a la laparatomia mediana, amplia, bajo anestesia general al eter, desechando la raquianestesia, tan empleada por algunos cirujanos, porque disminuye considerablemente la tensión sanguinea al bloquear lonervios vaso motores, acción peligrosa en los que padecen de oclusión intestinal, que son por lo general hipotensos y predispuestos a shock.

Se culpa a la intoxicación como responsable de los accidentes graves observados en el curso de la oclusión intestinal, y hoy se admite, sin género de dudas, la toxicidad del contenido intestinal retenido, sobre todo cuando asienta en el duodeno, en cuyo órgano se forman a expensas de la bilis y jugo pancreatico, venenos clasificados dentro del grupo de las proteosas. Salta a la vista la importancia que tiene desembarazar el intestino ocluido del contenido tóxico, que pasando a la circulación producirá toda la serie de trastornos generales que completan el cuadro clínico de estos enfermos. Por tanto, creen los autores, que jamás debe reducirse en el vientre un intestino distendido por oclusión, pues el enfermo que comenzó con un cuadro de íleus mecánico puede morir de íleus paralítico. No basta pues suprimir la causa de la oclusión, sino que es necesario ayudar también al organismo a desembarazarse de la toxemia, lo que se consigue por medio del drenaje del intestino, dilución de las toxinas por medio de inyecciones de suero glucosado y fisiológico, lavado del estómago repetido, etc.

Desde que emplean la fistulización temporal del intestino en los casos avanzados, los Drs. Nuñez Portuondo y Lastra han visto mejorar notablemente sus estadísticas, y aún en los casos perdidos, la supervivencia ha sido más larga por lo que creen que es un recurso que no debe olvidarse.—E. E. A.

LOS ESTIGMAS SOMATICOS DE LA DEGENERACION. SU APRECIACION EN LAS RAZAS DE COLOR por el Dr. Israel CASTELLANOS (*Vida Nueva*, Habana, octubre 1927).

Biblioteca Central Pedro de San Martín
Universidad del Perú. Decana de América

Es costumbre corriente entre nosotros apreciar la individualidad mórbida por las desviaciones señaladas por los clásicos europeos como si el presunto degenerado criollo fuese un puro representante de las razas del viejo mundo. El procedimiento puede disimularse en los casos de observaciones que caen sobre blancos, pero no puede aceptarse igualmente para las razas de color. La noción del tipo antropológico es, pues, fundamental.

Hay que conocer—dice el Dr. Castellanos—el tipo étnico normal para referirse acertadamente al anormal o degenerado. La observación de los caracteres degenerativos carece de dificultades en los blancos, en los que las variantes y anomalías morfológicas demuestran inferioridad. Esos mismos caracteres, sin embargo. son normales en las razas de color por ser inherentes a su tipo étnico, considerándolos solo como degenerativos cuando aumentan su grado de intensidad.

En este trabajo se concreta el autor al estudio somático de la degeneración en la raza negra en los afro-cubanos como él los llama. El cráneo del negro afro-cubano tiene una capacidad menor lo cual hay que tener en cuenta al apreciar la microcefalia; la platicefalia no muy exagerada le es propia siendo una franca anomalía la acrocefalia. La frente es baja, estrecha y fugitiva, apreciándose como degenerativa cuando intensifica estos caracteres. Igual apreciación merece un seno frontal vigoroso. Los párpados y pabellones auriculares tienen también modalidades interesantes, que es preseciso investigar. La nariz muy platirrina es anómala, y en su apreciación no hay que olvidar que el prognatismo alveolar desmesurado, exagera esta característica; de la misma manera, este último sue le aparentar exageración debido a los labios gruesos, densos y macizos, propios de la raza negra. De ahí que el diagnóstico del prognatismo y progenismo, esto es, proyección de los maxilares y avance del maxilar inferior sobre el superior. El primero no excluye el segundo. El mentón tiene particularidades interesantes; la exageración del diámetro mento-alveolar, acompañado de prognatismo o sin él, es un carácter anómalo.

Por lo demás, en las cejas, en los ojos, en las órbitas, en la bóveda palatina, en el velo del paladar, en la úvula, en los dientes, en el tronco, en los miembros, como en sus funciones, la raza negra afrocubana presenta signos somáticos de desviación morfológica, cuando por factores patológicos o de otra índole, se separan del tipo normal de su raza, ofreciendo un tipo físico inferior en relación con su tipo étnico.

Ahora que los estudios de la constitución humana adquieren aplicaciones clínicas, por los esfuerzos de la escuela italiana y las contribuciones de la novísima escuela alemana, se encarece más el estudio del hombre en cada país respectivo.—Dr. E. E. A.

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

Notas Terapéuticas

EL BROMURO DE SODIO EN TERAPEUTICA.—Siempre que se deba cuidar el sistema cardiopulmonar o el aparato digestivo y cuando se teman fenómenos tóxicos (asma, afecciones cardiacas del periodo de eusistolia o de hiposistolia, insuficencia de la depuración urinaria etc.), el bromuro de sodio debe, según opinión general de los autores que lo han estudiado, preferirse al bromuro potásico; pero, naturalmente, es preciso emplear un bromuro de sodio purísimo, que pueda administrarse en solución suficientemente diluida. El *sedobrol*, según el Dr. Peyras (*Concours Medical.*—Paris N° 35, 1927) realiza el medio más seguro, elegante y discreto de hacer absorver el bromuro de sodio, en la inmensa mayoría de los síntomas nerviosos, en medicina general, en ginecologia, en urología, en las afecciones cardíacas, como igualmente en las enfermedades del estómago, hígado e intestino, en el mal comicial, las convulsiones, la corea, la laringitis estridulosa, la tos ferina, el eretismo genital, las palpitaciones, la dispepsia hiperesténica,

A la dosis de 1 a 2 tabletas al dia, disueltas en una taza de agua muy caliente, se obtiene un extracto de carne, de buen olor y gusto agradable, que se puede dar al enfermo sin que éste se dé cuenta que toma bromuro; todavía se le puede presentar el sedobrol como una infusión calmante cualquiera, cuando el paciente tiene, lo que no es raro, la fobia de la medicación bromurada.

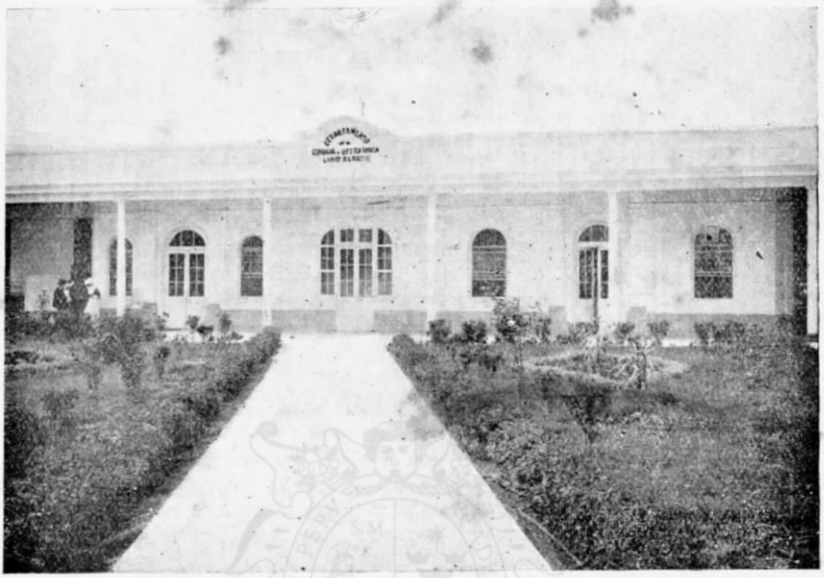
Noticias

EL NUEVO DEPARTAMENTO DE CIRUGIA OPERATORIA DEL HOSPITAL "DOS DE MAYO".— Desde el 1°. de Enero ha entrado en funciones un nuevo departamento de operaciones que se ha denominado "Lino Alarco", en recuerdo de aquel gran cirujano que en el último cuarto de siglo último empuñó el cetro de la cirugía en el Perú y durante muchos años fué el cirujano del Hospital "Dos de Mayo".

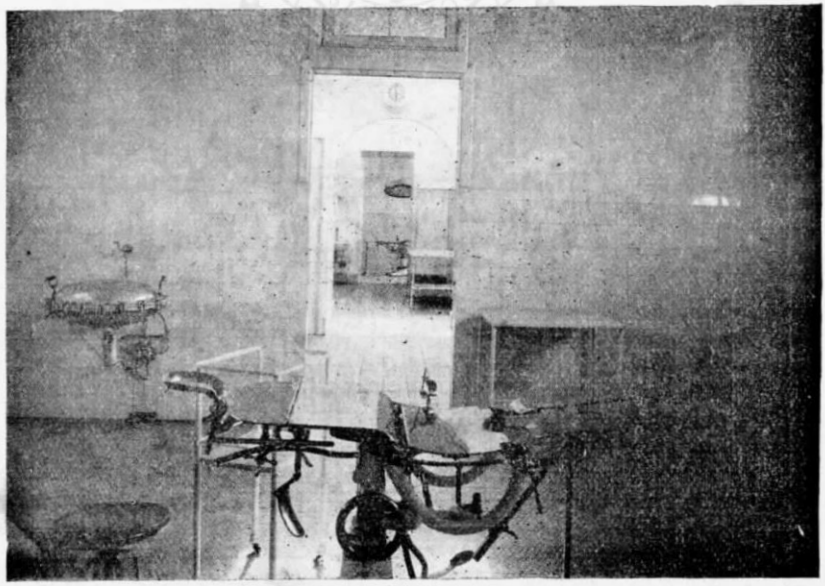
Posee el nuevo departamento: dos salas para operaciones asepticas, una para cirugía séptica, una para esterilización de instrumental y dos para anestesia.

A la entrada y en los extremos se encuentran los servicios de agua esterilizada, obsequiados al Hospital «Dos de Mayo» por el Dr. Luis de la Puente. Cada uno de los esterilizadores, consta de dos

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



Fachada del nuevo pabellón de operaciones del Hospital «Dos de Mayo»

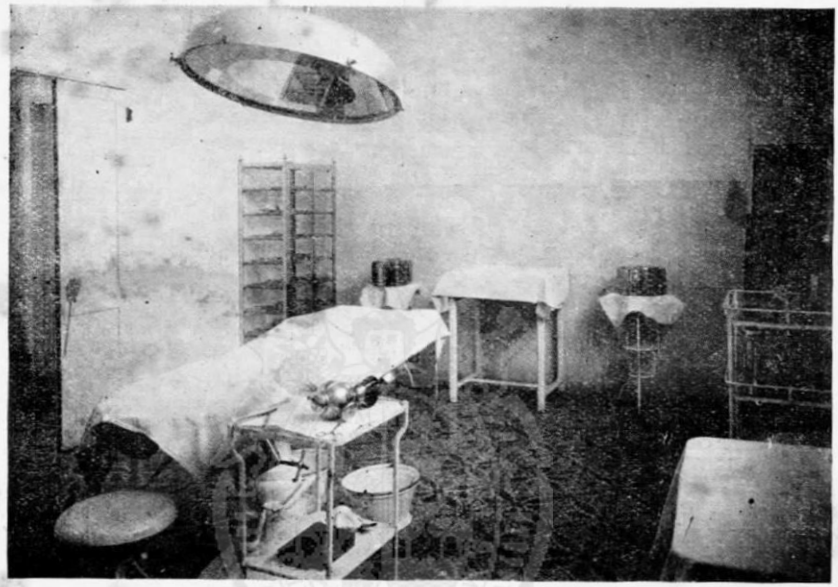


Sala de operaciones asepticas

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

cubos para agua esterilizada y de dos autoclaves por esterilizar 100 litros, respectivamente. El agua esterilizada se mantiene caliente, a la temperatura que se desee, por medio de corriente eléctrica.

Se pasa, luego, a las salas del arsenal quirúrgico y de anestesia. En cada una de ellas hay un servicio de tres lavatorios de agua esterilizada y uno de agua corriente. Los primeros, completamente modernos, funcionan por el sistema de pedales. Tienen, además, estas



Sala de operaciones septicas

salas tres roperos, varias vitrinas, dos estufas Pouppinel eléctricas y salita para la *toilette* del cirujano.

A derecha e izquierda de la entrada principal, quedan las dos salas de operaciones asépticas. En cada una de ellas hay una mesa francesa, marca Flicoteaux, Boutet y Co., de quince posiciones y una lámpara de alumbrado "Scialitique" de Barbier, Bernard y Turenne de París. Esta lámpara es un proyector, todo de espejos, con un foco eléctrico en su interior, que a la vez que da una luz clara y precisa, tiene la cualidad de evitar la sombra que las manos del cirujano puedan proyectar en el cuerpo del operado.

La Sala Séptica queda al lado derecho del pabellón, completamente independiente pero formando parte integrante de él. A su entrada, se ven dos esterilizadores norteamericanos, marca "Water-Hot", de quince libras de presión.

Con la inauguración de este nuevo departamento, se podrá practicar hasta veinte operaciones diarias en el Hospital "Dos de Mayo".

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

Bibliografía

HISTOLOGIA NORMAL por el Dr. Enrique Berdal.—Un vol. de 800 páginas.— *Editores Espasa - Calpe, S. A.*— Madrid. 1928.

Esta obra es de gran utilidad para médicos i estudiantes. La primera edición aparecida no hacen muchos años, venía con el propósito de servir a los primeros en sus dudas sobre Histología, i familiarizar a los segundos con los estudios de los tejidos, facilitándoles el conocimiento de las últimas novedades de una de las ramas de la Biología.

La acogida dada a este libro ha llevado a los editores españoles a lanzar una tercera edición del magnifico tratado del Dr. Berdal, en la que el traductor adiciona algunas notas y apéndices que completan la obra del eminente histólogo francés.

Todo el libro —que forma parte de la colección de manuales practicos de la Biblioteca Médico — Quirúrgica, se nos aparece como una obra fundamentalmente pedagógica. Pero, además de su aspecto didáctico, el autor ha ahondado algunos problemas, dando opiniones que acaso sirvan de mucho a los cultores de la Histología.

De entre los capítulos que la integran se destaca el que trata de la Célula, el que se ocupa del blastodermo, el que estudia el tejido nervioso, etc.

La obra que termina con un Apéndice sobre Técnica histológica, está muy bien presentada y fielmente vertida al español. Por su concisión y claridad es recomendable a cuantos interesen los estudios de anatomía microscópica.



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

Sobre un caso de enfermedad de Vaquez

Comunicación presentada a la Academia de Medicina

Por el Dr. CARLOS MONGE M.

Es perfectamente conocido el hecho de la prolongación de la hiperglobulia durante un cierto tiempo, en los individuos procedentes del Cerro de Pasco y, en general, de las localidades situadas en las altiplanicies de la Sierra. Lo es un tanto menos un síndrome que se presenta á menudo al llegar á esas alturas y al que se designa con el nombre de MACOLCA. En ciertas ocasiones, aparte las perturbaciones que, en la generalidad de los casos, ocasiona la altura, se siente dolores osteocopos agudísimos, mas manifiestos en las extremidades y, a veces, de tal intensidad, que la persona se vé obligada á guardar cama por algunos días. Es importante anotar que hay personas predispuestas á esta clase de manifestaciones y que, muchas veces, á cada nueva ascensión á esos lugares las manifestaciones dolorosas son mucho más acentuadas. No cabe duda alguna sobre el papel que la médula de los huesos debe jugar en su determinación y seguramente ha de ser labor del espíritu de investigación científica de los médicos de esas localidades la demostración concluyente de su verdadera causa.

De otro lado, era de sospechar la existencia de casos de la Enfermedad de Vaquez en lugares situados á 5.000 metros de altura sobre el nivel del mar, dado que ninguna causa patógena más aparente que la altura para excitar anormalmente la médula ósea. Y, en efecto, las informaciones que me ha sido dado recoger, en distintas oportunidades, me han puesto de manifiesto un síndrome caracterizado por dolores osteócopos, titulados reumáticos, de tal intensidad que obligaban á los enfermos á guardar cama y que solo mejoraban con el descenso á Lima; por la conservación del aspecto rojizo y congestivo de la cara no obstante una larga permanencia en la costa y por manifestaciones subjetivas, como mareos; todo lo cual es bastante para sospechar la posibilidad de un caso de Enfermedad de Vaquez.

Efectivamente, la historia clínica que acompaño es perfectamente concluyente respecto de la naturaleza eritrémica del enfermo en estudio. Y por eso no hemos vacilado en traerla á conocimiento de la Academia Nacional de Medicina, no tanto por lo que significa el reconocimiento de esta dolencia entre nosotros, cuanto para llamar la atención de los médicos de las localidades de las altiplanicies de la Sierra á fin de que investigaciones sistemáticamente conducidas nos digan respecto de la gravedad ó benignidad del mal entre nosotros y sepamos así las proyecciones que, para la vida de los que trabajan esas zonas, puede

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

tener un peligro de esa naturaleza. Sabemos de enfermos con síndromes como el que hemos enunciado que han venido á morir á la Capital y en el caso concreto de mi enfermo el regreso al lugar en el que contrajo el mal le está vedado, lo que en buenas cuentas significa una invalidez, por lo menos temporal. Urge pues que la legislación de trabajo tome en cuenta este problema. Tal es la finalidad médico-social de esta comunicación.

Historia Clinica.– Señor N. N. Edad 38 años. – Ocupación Ingeniero.–Estado Casado.–Peso 156 libras.

Sintoma Principal.–El enfermo llama la atención sobre el cambio de color de la piel y de la cara.

Historia Anterior.–No hay sífilis ni gonorrea. Nacimiento normal, algunas enfermedades de la infancia: sarampión, parotiditis, bronquitis, tifoidea á los 8 años, paludismo á los 11.

Historia Previa a la Enfermedad Actual.–En Setiembre de 1906 hizo un viaje á Huarochiri sintiendo á su llegada á ese lugar dolores agudos en las extremidades inferiores que fueron diagnosticados como reumatismo, viéndose obligado á regresar á la Capital donde necesitó dos meses para quedar enteramente bien. En Junio de 1909 se dirigió al Cerro de Pasco donde se estableció soportando en buenas condiciones, la permanencia en ese lugar. Los datos siguientes son tomados de una información escrita suministrada por el mismo: "Durante al año 1910 dormía muy poco, mejor dicho trasnochaba, llegando en los primeros meses del año 1911 al extremo de no acostarme sino una noche á la semana, algunas veces dos y durmiendo de día alrededor de dos horas. En este estado y trabajando un día de 7 á 10 a.m., pude notar á esta última hora que mi trabajo estaba completamente equivocado, comprobando al recobrar mi lucidez los errores que había cometido. Había trabajado inconcientemente. A partir de ese momento y durante algún tiempo hice vida normal. Instalado en Smelter á los siete meses fuí atacado nuevamente de reumatismo agudo quedando en cama durante tres días, sin poder mover ni el cuello. (Es de advertir que nuevamente en este ataque no presentó perturbación alguna en las articulaciones, reduciéndose la enfermedad á vivos dolores. N del A.) De regreso al Cerro volví á hacer vida de Clubman hasta el mes de Octubre de 1912 en que fuí presa de un fuerte dolor de cintura que no me permitía estar de pié, teniendo que hacer cama durante cinco días sin conseguir un rato de descanso: al finalizar estos cinco días de un momento á otro me sentí bueno y volví á mis ocupaciones como si no hubiera tenido nada. Un mes después contraje matrimonio volviendo á hacer vida ordenada; á pesar de este cambio, en el mes de Febrero de 1913 principié á sentir dolores nuevamente en los huesos, principalmente en las extremidades inferiores, atendiéndome el médico sin conseguir mejoría y recomendándome la venida á la Costa. Llegué á ponerme casi tullido, mejor dicho, tenía que usar dos bastones para caminar porque mis piernas no podían sostener mi cuerpo (mi peso había bajado de 163 á 131 libras, había perdido pues 32 libras). En esta condiciones salí del Cerro; al llegar á Matucana abandoné un bastón, en Chosica el otro y en Desamparados ya podía caminar perfectamente, quedándome solamente dolores en todos los huesos del cuerpo. Un mes estuve en Lima sin que desaparecieran estos dolores. Me dirigí á Huaca-

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

china, tomé aceite de hígado de bacalao y después de 65 baños regresé al Cerro, curado yá. No he vuelto á sentir esas mismas manifestaciones desde esa fecha, salvo algunas veces dolores en los huesos en las extremidades inferiores, así como si fuera cansancio á los que nunca dí mayor importancia. En los últimos tres años he notado el color amoratado de mi cara, persistente aun estando en Lima por temporadas de quince días; probablemente desde 1917 ya se manifestaba este color, pero no persistía en Lima. Hace cinco años un dentista me hizo notar la presencia en el fondo del paladar de una mancha de color vinoso. Durante los últimos años lo que más se notaba eran labios ojos y garganta congestionados. En el mes de Setiembre de 1923 principié á sentir mareos de muy poca duración y, á veces, repetidos, alternando con esto nublamientos de la vista que me impedían ver por un ojo y algunas veces por los dos, llegando el caso de permanecer durante cinco minutos ciego. El médico me recomendó venir á Lima lo que efectivamente hice para consultar un oculista quien me dió anteojos y me recomendó que me hiciera ver con un médico..... Después de quince días de permanencia en la capital sin sentir nada regresé al Cerro donde se volvieron á presentar los mismos fenómenos, desapareciendo nuevamente á mí regreso á Lima (Diciembre 1923)".

Hasta aquí esta insuperable descripción de un enfermo talentoso que describe su caso con la seguridad de un clínico. Conviene agregar, además, que profundizando en el interrogatorio se puede constatar que el enfermo ha sufrido de epíxtasis discretas, que sufre una sensación de desvanecimiento al sonarse ó en los esfuerzos bruscos, que los dolores osteócopos, de imprecisa localización para él, no lo han abandonado últimamente y que de vez en cuando se vé atacado de dolores generalizados mas agudos que lo obligan á un absoluto reposo, después de lo cual desaparecen para recobrar la normalidad de su vida, agitada por este conjunto de trastornos.

Exploracion Clinica.–El enfermo es un hombre de buena constitución, que ofrece, profundamente acentuado, el típico aspecto del sujeto procedente de la Sierra no obstante que hacen quince días que se encuentra en Lima. Efectivamente, llama la atención la coloración amoratada como él dice, rojo vinosa de la cara, mas acentuada en los pómulos, en el mentón y particularmente en las orejas. Las mucosas visibles participan igualmente del mismo sello, pues, tanto las aberturas nasales como el borde los labios ofrecen un tiente vinoso muy acentuado y, en cuanto á los ojos, se presentan enormemente congestionados con las líneas palpebrales que parecen verter sangre. Idéntica coloración se observa en la piel de las extremidades, particularmente de las superiores y no obstante que es visible el contraste entre la piel de estas regiones y la del cuerpo, puede apreciarse que los tegumentos en su totalidad ofrecen una tonalidad rojiza que el enfermo asegura no corresponde á la antigua coloración de su piel normal. Las ramificaciones de las venas son fácilmente perceptibles y se dibujan con toda facilidad sobre todo en las extremidades y en las venas de la frente.

Aparato Respiratorio.–Las mucosas de la nariz ofrecen un aspecto violaceo. Igual coloración se vé en la mucosa laringea. Por lo demás, no se percibe nada de anormal. Espacio de Traube. Ligera macicez en su porción externa.

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

Aparato Digestivo.–La boca ofrece una coloración semejante á la de las mucosas de la nariz; pero llama particularmente la atención una mancha rojo–vinosa que toma toda la parte posterior de la mucosa palatina para terminar por un borde perfectamente delimitado á nivel de una línea trasversal que divide el paladar en dos porciones, una anterior y otra posterior, en la unión de su tercio posterior con los dos tercios anteriores. La mucosa faringea ofrece análogo aspecto. El resto del exámen no ofrece nada de importancia.

Aparato Circulatorio.–Red venosa facilmente perceptible en toda la superficie del cuerpo, particularmente en las extremidades. El exámen de los capilares a nivel del borde ungueal permite verlos fexuosos, dilatados y alargados. Tensión máxima. 15. Tensión mínima 8.

Sistema Linfatico.–Bazo.–Pléyade gangliomar discreta. Bazo aumentado de volumen a la percusión.

Aparato Genito Urinario.—Normal.

Sistema Nervioso.—Normal.

Aparato Locomotor.—Normal.

Organos de los Sentidos.– Exámen del fondo del ojo (Dr. Dammert).—No se ha encontrado mas anormalidades que los vasos venosos de la retina, sumamente congestionados. Por lo demás y como lesión congénita es astigmata y algo hipermétrope del ojo izquierdo. El Dr. Dammert suministra además la información de que conserva anotado en sus libros idéntica lesión en el mismo enfermo á quien había examinado anteriormente el año de 1922.

Analisis de Sangre. (Dr. Monteverde)

Hematies	8.890.000
Leucocitos	10.000
Polinucleares neutrófilos	62 %
Linfocitos	30 %
Mononucleares medios	8 %
Anisocitosis	ligera
Tiempo de coagulación	11 minutos.
Resistencia globular	
Viscosidad de la sangre	8 (Hess)
Hemoglobina	21,10 (Sahli)
Irretractibilidad de cuagulo.	
Azoemia	0.03 %
Reacción de Wassermann	negativa.
Hematies granulosos	discretos.

Analisis de Orina.

Volúmen	1500 c. c.
Densidad	1019.
Reacción	ácida
Color	4 Vogel.
Olor	sui generis.
Aspecto	limpido.
Depósito	nulo
Urea	15.13 por 1000
Cloruros	14.63 » »

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

Fosfatos	1.80	»	»
Acido úrico	0.46	»	»
Elementos anormales	ninguno.		
Exámen espectroscópico	normal.		
Exámen del sedimento	Raros leucocitos, células vesicales y fosfatos térreos amorfos.		

La posibilidad de que esta dolencia y las afines que la altura pueda crear sean causa de invalidez para el trabajo, temporal ó transitoria, y la necesidad en que estamos del mejor conocimiento de la Patología Nacional nos mueve á proponer á la consideración de la Academia de Medicina la siguiente conclusión:

La Academia en vista de las perturbaciones que sobre la salud puede ocasionar la permanencia en las alturas, recomienda al cuerpo médico de esas localidades, á las instituciones científicas, el estudio de los síndromes policitémicos á fin de apreciar la gravedad del daño que pueden ocasionar y recomendar entonces las providencias á que haya lugar.

Nuevos datos físico-químicos y terapéuticos de las aguas de Yura

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

El estudio de la acción sorprendente de los balnearios medicinales del Perú, especialmente de Yura y de Jesús, no obstante del tiempo que dura y del empeño puesto en su observación, está muy distante de considerarse terminado.

Aún cuando la experiencia ha aportado muchas enseñanzas, cada día surgen hechos nuevos que se suman para acrecentar su justa nombradía. Los que vamos á referir corresponden a esta categoría.

El Agua de Yura es Isotonica con la Sangre Humana

Desde tiempo atrás se sabía que todos los procesos congestivos agudos, empeoraban en las aguas sulfuro-alcalinas, viéndose hemorragias intensas, abortos y hemorragias de otras zonas del organismo, en especial del cerebro, en los enfermos descuidados que tomaban los benéficos baños sin más criterio que el personal.

En cambio, estos mismos procesos mejoraban los unos y no se producian los otros, cuando los pacientes ocurrían a los pozos ferruginosos.

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

Por otra parte, se han comprobado curaciones inexplicables hasta hoy, de flebitis post-partum, de flebitis reumáticas, de flegmacias varicosas, de estados reumáticos, toxémicos, de lesiones luéticas terciarias, que han laborado parte del gran renombre de que justamente goza la terma de Yura.

Para explicar estos fenómenos, venimos realizando desde hace varios meses, una serie de experiencias que nos han dado la clave de muchos procesos que la clínica ya nos había hecho conocer, pero cuya interpretación era necesario testimoniar con los resultados incontrovertibles de la experimentación en el laboratorio. Hemos estudiado las propiedades hemolíticas del agua destilada, de la de Yumina, Zemanat, Jesús y Yura, ya sea a la temperatura del laboratorio, ya a la del cuerpo humano en la estufa. Hemos observado las propiedades coagulantes y anticoagulantes de estas aguas, comparándolas con las del suero fisiológico artificial y con las del suero de sangre humana.

Hemos medido la capacidad de conservación de la sangre en estas aguas, en proporciones variadas, tanto de la oxihemoglobina como de los elementos figurados *hematíes* y *leucocitos*.

Hemos experimentado estos diversos procesos, tanto en aguas recientemente extraídas de los manantiales, como en otras conservadas durante uno y dos meses.

Por último, hemos extendido nuestras investigaciones a estas aguas tyndalizadas las unas, llevadas a ebullición por tiempos variables las otras.

Detallar todas estas experiencias sería tarea larga y monótona; vamos a enunciar simplemente las conclusiones a que hemos llegado con el rigorismo científico que acostumbramos en todas nuestras investigaciones.

El agua *nueva de Yura* es isotónica con la sangre humana; no la deja coagular y la mantiene así por varios meses (en nuestras experiencias desde el 5 de mayo de 1927) en perfecta fluidez, con un hermoso color de vino de Burdeos, en muy buen estado de conservación. Sus glóbulos rojos y blancos vistos al microscopio, se mantienen en buena condición, durante largo tiempo y la exihemoglobina presenta sus dos rayas de absorción características en la imagen espectroscópica.

Estos hechos maravillosos no los hemos observado con ningún líquido puesto en contacto con la sangre humana.

Las propiedades del agua recientemente extraída se manifiestan más activamente que cuando ésta ha sido guardada mas de dos meses o cuando ha sido hervida insitentemente.

Esto quiere decir que el agua nueva de Yura, fluidífica considerablemente la sangre del hombre y retarda su coagulabilidad. Por consiguiente:

a).—Favorece la dilución sanguínea y su circulación por los capilares de todos los órganos del cuerpo humano, llevando con más facilidad hacia la piel, el intestino y los riñones, el total de las sustancias residuales que deben ser expulsadas y que se mantenían en el interior del cuerpo por la falta de circulación; tales sustancias son el ácido úrico, la úrea, el ácido diacético, la acetona, la glucosa, la creatina, creatinina, toxinas microbianas y otros venenos que minaban al orga-

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

nismo en sus manifestaciones funcionales, principalmente en los reumatismos, obesidad, enfermedades de la piel, endo-flebitis, várices, (en determinados casos) algunas formas de diabetes, constipación rebelde y neuritis tóxicas.

b).—Contraindica casi todos los casos que se tratan en los pozos viejos de Fierro y particularmente aquellos casos con tendencia congestiva cerebral, la hemofilia, las enfermedades de señoras y el estatado grávido.

El Agua de Yura en Inyecciones Hipodermicas

Siguiendo el dictamen de los hechos que preceden, hemos inyectado a algunos enfermos agua sulfuro-alcalina o nueva de Yura, previa esterilización por el calor, proponiéndonos en el futuro esterilizarla por filtración, pues hemos visto que la ebullición la desvirtúa. Los resultados han sido, no solo inofensivos sino muy provechosos para los pacientes.

La inyección es indolora y no deja huella como consecuencia de su aplicación.

La hemos usado en artríticos simples, en reumáticos con lesiones dolorosas articulares, en diabéticos y en un albuminúrico sin cilindruria.

Los efectos han sido del todo halagueños, pues se ha obtenido como primera acción una evidente diurésis, con disminución de la tensión arterial y aminoramiento de los procesos congestivos por éstasis circulatoria. *Descenso del tiempo de coagulabilidad sanguínea y aumento en la eliminación total de los productos extractivos de la sangre por vía renal*, libertando al organismo de dichos desperdicios que estorban su funcionamiento normal.

Con estos resultados conceptuamos que el empleo de las aguas de Yura por vía subcutánea debe generalizarse, empleo tanto más saludable, cuanto más fresca sea el agua inyectada y su esterilización se haga por medio de filtros.

Las inyecciones intra-venosas tendrán así mismo sus indicaciones adecuadas, siendo unas y otras usadas en concordancia con las indicaciones y contraindicaciones que quedan puntualizadas.

GUIA LASCANO
De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

La esclerosis de la arteria pulmonar consecutiva a procesos bronco-pulmonares crónicos

Por el Dr. LUIS A. MONTOYA

A mi maestro el Dr. Juan Voto Bernales, en prueba de agradecimiento.

Al Dr. Carlos A. Bambarén, devoto de la ciencia médica, que supo acumular bibliografía, sin la cual no hubiéramos podido escribir este trabajo.

Aunque la esclerosis de la arteria pulmonar era conocida desde fines del siglo pasado, al Prof. Abel Ayerza de Buenos Aires se debe la gloria de haber llamado la atención sobre ella, cuando parecía ya olvidada. Es innegable que en ese entonces le impresionó como algo nuevo; solo así se explica que le buscara un nombre especial para diferenciarlo de otros, y que llamara "cardíacos negros" a los enfermos que la sufrían. Ayerza, como lo ha demostrado Goyena, nada nuevo agregó a lo dicho, por Peter en 1880; pero en cambio tuvo la virtud de despertar el entusiasmo de numerosos investigadores, principalmente argentinos, que contribuyeron a completar los estudios que iniciara aquel. Entre estos figura en primera línea Domingo Brachetto Brian, que con sus estudios anátomo-patológicos disipó los errores sostenidos y propagados por Arrillaga, principalmente, en relación con la etio-patogenia de esta forma de esclerosis de la arteria pulmonar. Escudero, Bullrich, Behr, Elizalde, Goyena, Viani, Barlaro y otros más en la Argentina, merecen figurar al lado del primero, debiendo citar igualmente al Dr. Max. Gonzalez Olaechea, profesor de Clínica médica de nuestra Facultad, que también ha publicado una observación interesante.

ETIOLOGIA

A pesar de las investigaciones y del tiempo que han dedicado los autores al estudio del síndrome que en 1901 llamara la atención de Ayerza, hasta la fecha ellos no han llegado a ponerse de acuerdo en muchos puntos, sobre todo en el que se refiere a su causa etiológica. Las opiniones están tan divididas que podríamos decir, sin temor a a la hipérbole, que ellas difieren de un observador a otro. Como a nuestro juicio cada una encierra cuando menos algo de verdad, nos vamos a permitir recorrer todas aquellas que se apoyen en hechos de observación. Comenzaremos por la Argentina.

Arrillaga, apoyándose en los trabajos de Scott Warthin, que demostró en 1917 la arteritis sifilítica de la pulmonar en un caso publicado como «enfermedad de Ayerza»; en los casos de Elizalde, que en 1920 encontró el treponema en la arteria pulmonar, y en sus observaciones personales, dice que los "cardíacos negros" tienen como substratum anatómico la esclerosis de la arteria pulmonar debida a una lo-

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

calización primitiva del treponema sobre su pared. Para este autor, la alteración pulmonar no es necesaria, aun cuando puede coexistir, como consecuencia de una propagación de la lesión luética arterial. Arrillaga cree que cualquier proceso, pulmonar o cardíaco, que altere la circulación de la sangre en la pulmonar, puede favorecer la fijación del treponema en sus paredes, o, como dice él, hacer las veces de un verdadero mordiente.

Pedro Escudero, que desde 1911 sostenía la etiología sifilítica de los "cardíacos negros", alegando razones clínicas, reafirmó su modo de pensar al tener conocimiento de los trabajos del americano Warthin y de Elizalde. Escudero cree que la sífilis adquirida o hereditaria "juega un papel preponderante, si no exclusivo, en la etiología de las lesiones bronquiales de la enfermedad de Ayerza". En cuanto a la esclerosis de los vasos pulmonares, en vista de algunas consideraciones clínicas, concluye que también es debida a la misma causa. Además dice que ambas lesiones, bronquiales y arteriales, son concomitantes.

R. A. Bullrich y Oscar Behr, sostienen que la "enfermedad de Ayerza" obedece a varias causas etiológicas: la sífilis, ya sea provocando bronquitis sifilíticas crónicas primitivas, o arteritis primitiva de la pulmonar, o también asociada a procesos bronquiales crónicos; las bronquitis crónicas, el enfisema, la tuberculosis pulmonar, y aun las intoxicaciones conjuntas, representan para estos autores un rol de la mayor importancia en la producción del síndrome de Ayerza.

Brachetto Brian,—basándose en los exámenes histo-patólogicos verificados por él sobre las piezas anatómicas pertenecientes a seis enfermos que fueron diagnosticados como ayércicos en los servicios de Martini, Escudero y del Sel–, asegura que en sus observaciones solo en tres casos podían las lesiones ser imputadas a la sífilis; tenían las características provenientes de la propagación a las ramas de la arteria pulmonar de una bronquitis mutilante, o de un foco esclerogomoso que engloba y destruye a los tejidos vecinos; es decir, no encontró lesiones de arteritis pulmonar sifilítica primitiva. "En cambio, dice, en tres casos no hemos encontrado lesiones cuya naturaleza macro o microscópica nos autorice a atribuirles un carácter de especificidad, cualquiera que sea esta. Son lesiones crónicas banales cuya etiología anatómica no es posible establecer". Brachetto Brian afirma, y en esto está de acuerdo con las investigaciones de Nadal, que los "cardíacos negros" con sífilis pulmonar, exhibían junto a las lesiones ocasionadas por el treponema, otras que probablemente fueron producidas por la intervención de infecciones secundarias, o por reacciones humorales propias del terreno sifilítico.

El autor antes citado concluye diciendo: "Estamos, pués, autorizados a admitir que también las lesiones crónicas y banales del aparato bronco–pulmonar son capaces de determinar el cuadro anátomopatológico que hemos trazado del "cardíaco negro".

Joaquin Llambías, jefe del Instituto de Anatomía Patológica, en la discusión promovida con motivo del trabajo presentado por Brachetto Brian a la sociedad de Medicina interna de Buenos Aires, dió a conocer su opinión respecto a la etiología del síndrome que estudiamos. Dice que aún cuando la lesión arterial — cuando menos en los seis "cardíacos negros" a que se refiere el trabajo mencionado —,

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

a su juicio no es sifilítica, porque en ella no existe la inflamación característica, él cree que esta infección, por ser una causa eminentemente perturbadora del intercambio, puede contribuir a la producción de la arterio-esclerosis, observada en las ramas de dicha arteria.

Waldorp, en esta misma discusión, dice "que la esclerosis de la arteria pulmonar puede obedecer a todos los múltiples factores etiopatogénicos que se aceptan para la angio-esclerosis en general, en el concepto emitido por Marchand, siendo de señalar clínica y anátomo-histológicamente la frecuencia de la sífilis adquirida o heredada".

Tales son, en resumen, las causas etiológicas aceptadas en la Argentina como productoras de la esclerosis de la arteria pulmonar. Pero hay que advertir que este asunto, que solo desde 1901 llamó la atención de los médicos argentinos, había preocupado desde mucho antes a los médicos europeos. Justo es que también hagamos una breve reseña de estos trabajos.

Lanceraux en 1860 atribuyó la esclerosis de la arteria pulmonar a las intoxicaciones alcohólicas.

Sauné en un trabajo que publica en 1877, adopta las ideas emitidas por Lanceraux, y hace responsable de la esclerosis de la pulmonar, no solo al alcohol, sino a la gota y al reumatismo.

Romberg en 1891 reconoce a la esclerosis de la arteria pulmonar tres causas: la tuberculosis, la estenosis mitral y la endocarditis de las válvulas pulmonares, propagadas a la pequeña circulación.

Letulle, Thorel, Mackenzie y Brünning, se ocupan de demostrar el papel tan importante que juegan las intoxicaciones en la producción del síndrome que nos ocupa.

Leonard Rogers, en 1908, en sus diez observaciones, incrimina a la sífilis la esclerosis de la arteria pulmonar.

H. Vaquez pone en duda el origen sifilítico de esta "enfermedad" a pesar de que recuerda que Scott Warthin y Elizalde y Arrillaga han encontrado treponemas en una arteria pulmonar esclerosada.

Entre nosotros el Prof. Max Gonzales Olaechea, que a fines de 1923 dió a conocer un caso de "Síndrome de Ayerza", no solo acepta la lues como causa etiológica, sino cualquier otra que sea tóxica o infecciosa. Tal es, también, nuestro modo de pensar a este respecto; y nos inclinamos en dicho sentido no solo por la breve sinopsis histórica que llevamos hecha, que nos pone en evidencia la variada etiología que le han atribuído sus autores a esta "enfermedad", en vista de las observaciones que llevaron a cabo, sino por la historia clínica que presentan los cinco casos que ofrecemos. Desgraciadamente nuestras observaciones solo descansan en el aspecto clínico del proceso, por lo que no tienen toda la autoridad que le daría un examen histo-patológico.

En el enfermo de la Observación I, no obstante que niega todo antecedente sifilítico, el hecho de tener una Wassermann positiva, nos autoriza a pensar que tal vez el treponema no sea ajeno a la producción de este proceso; y decimos tal vez, porque creemos que la presencia del treponema en el organismo, no excluye la posibilidad de que en cualquier porción de él — arteria pulmonar, por ejemplo — puede actuar otra causa, tóxica o infecciosa.

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

Para el enfermo señalado en la Observación 2, que entre sus antecedentes cuenta haber tenido «un grano en el pene», en vista de su Wassermann negativa, apesar de la reactivación, no aceptamos ni siquiera la posibilidad de que sea el treponema de Schaudinn el responsable de los trastornos que acusa, y pensamos que no es improbable que ellos sean debidos a un tóxico, el alcohol y el tabaco, a que era aficionado el paciente, o a una infección a gérmenes banales.

En la Observación 3, que tiene antecedentes sifilíticos y reacción de Wassermann fuertemente positiva, creemos — al ver que es después de un año de haber tenido su lesión primitiva, que sus síntomas se intensifican notablemente —, que la lues es responsable en gran parte de la esclerosis de la arteria pulmonar.

En cuanto a la Observación 4, que no tiene antecedentes luéticos que la investigación del bacilo de Koch es negativa — como en todos los casos anteriores — nos creemos con derecho para afirmar que el tabaco y el alcohol, de los que ha usado y abusado hasta la fecha, han tenido un papel considerable en el desenvolvimiento de su proceso bronco-pulmonar.

Finalmente en la Observación 5, dados los antecedentes negativos por el lado de la sífilis, y sin perder de vista que los exámenes de laboratorio tampoco han puesto de manifiesto esta infección —, pensamos que los gérmenes banales que existen en el organismo pueden haber actuado como causa etiológica, tal vez si los provenientes del intestino, como lo quieren Bullrich y Behr.

Como se vé, todas nuestras afirmaciones en relación con la etiología en las 5 Observaciones que presentamos, no tienen más valor que el de una posibilidad; ya lo habíamos dicho: la afirmación cierta solo habría brotado del examen histo-patológico, que la supervivencia de los enfermos nos ha impedido realizar.

PATOGENIA.

Vamos a ocuparnos de este capítulo de la "enfermedad de Ayerza", que tal vez si ha sido el que mayores y más profundas divisiones ha establecido entre sus autores — tanto argentinos como europeos —; aúnque es verdad que en los últimos años, gracias a los trabajos de Brachetto Brian en el campo de la histología, se ha notado una marcada reacción en favor de la unificación de las opiniones que hasta entonces reinaban en el terreno de la patogenia.

Mirando en conjunto todo lo que hasta la fecha se ha dicho a este respecto, podemos afirmar que tres teorías tratan de explicar la génesis de este síndrome: la de la hipertensión, que considera que la esclerosis de la arteria pulmonar es consecutiva a procesos pulmonares o cardíacos, asociados o no a procesos infecciosos o tóxicos; la que sostiene que las reacciones de las paredes arteriales son debidas a inflamaciones agudas primitivas; y la que encabeza Escudero, que cree que las lesiones arteriales y pulmonares son concomitantes.

Pasaremos una ligera revista a las opiniones que militan en favor de cada una de estas teorías, principiando por la que quiere explicar la esclerosis de la artería pulmonar como factor de la hipertensión

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

arterial en el pequeño árbol circulatorio, consecutiva a procesos pulmonares o cardíacos.

En el año 1839 Bouillaud publica un trabajo en el que da cuenta de haber encontrado la arteria pulmonar esclerosada en un sujeto joven que sufría, de estenosis mitral e hipertrofia ventricular derecha. En él atribuía la esclerosis de la pulmonar a la hipertensión consecutiva a la lesión cardíaca.

A fines del siglo pasado Traube y Sauné reviven la teoría sustentada por Bouillaud, y sostienen que la esclerosis de la pulmonar es producida pro procesos cardíacos.

Thorel en 1903, Osler, Letulle, y otros, creen que la esclerosis que nos ocupa es debida a la hipertensión de la arteria pulmonar, que acompaña a variados procesos pulmonares y cardíacos.

Monckeberg sostiene en 1907, que el ateroma de la pulmonar es producido por el aumento de la tensión sanguínea en esta, de la misma manera que la de la gran circulación produce el ateroma de la aorta. Además, admite que la hipertensión pulmonar pude ser producida por cualquier obstáculo que radique en el corazón o en el pulmón (enfisema, sínfisis pleural, estrechez mitral, etc.).

Giroux, fundándose en el estudio de numerosos casos, combate la teoría inflamatoria y sostiene que la esclerosis de la arteria pulmonar es consecutiva a procesos pulmonares crónicos.

Laubry y Parvu, en 1909, consideran, a propósito de un caso de esclerosis generalizada de la arteria pulmonar sobrevenida en un mitral, que ella es debida a una causa predominantemente mecánica, que ha traído como consecuencia una hipertensión de esta arteria, que debe tener como característica la de ser oscilante o variable. — Llegan a esta conclusión, en vista de la integridad del árbol aórtico, en donde la presión arterial era normal; y agregan que estas condiciones mecánicas variables, favorecieron la acción de las toxinas e infecciones en un enfermo que sufría brotes de endocarditis continua.

Ayerza, años después de haber llamado la atención sobre la «enfermedad» que por algún tiempo ha llevado su nombre, al tener conocimiento del descubrimiento hecho por Escudero de que en ella la arteria pulmonar estaba esclerosada, pensó que era "secundaria al proceso pulmonar".

Ljungdahl coloca los trastornos mecánicos por encima de los demás, como causantes de la esclerosis de que estamos tratando, y sustenta su opinión en las observaciones llevadas a cabo sobre pulmonares y cardíacos. Dice que estas alteraciones mecánicas no solo tienen como consecuencia una disminución de la velocidad de la corriente sanguínea en el territorio de la arteria pulmonar, sino una dilatación del vaso producida por hiperpresión, y una hipertrofia del ventrículo derecho.

En 1916, Patiño Mayer, en dos lecciones que publica sobre el tema, acepta, junto a la primitiva, la esclerosis secundaria, dándole gran importancia en la producción de los síntomas.

Gamna, en 1921, separa la esclerosis primitiva de la secundaria. La primera, de tipo obliterante, tiene su localización en las más finas ramificaciones de la arteria pulmonar; repercute sobre el corazón y

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

Biblioteca Lima-Perú

es la causa de la esclerosis difusa del pulmón. En cuanto a la segunda, la consecutiva a procesos pulmonares, es más bien de los vasos grandes y medianos; puede causar también trastornos cardíacos, aunque moderados, por la resistencia que ofrece a la circulación.

Pedro S. Viani, en el mismo año, en su tésis doctoral, sostiene el concepto de que la esclerosis de la arteria pulmonar es secundaria a procesos pulmonares.

Marttirolo cree que la esclerosis, tantas veces mencionada, además de generalizada, primitiva y solitaria, puede ser consecutiva a la hipertensión y ectasia de la pequeña circulación, debidas a vicios congénitos o adquiridos del corazón, o a afecciones graves del pulmón: enfisema pulmonar, sinfisis pleural y esclerosis del pulmón.

Morse en 1924, basándose en el estudio de 5 casos que fueron diagnosticados de "enfermedad de Ayerza", concluye que en 4 de ellos la esclerosis era consectiva a la fibrosis del pulmón.

Bullrich y Behr, al año siguiente, expresan que aceptan que la arteritis de la pulmonar, cuando existe en los bronco-pulmonares crónicos, es secundaria a la hipertensión de la pequeña circulación, y que intervienen en ella causas pulmonares y extra-pulmonares.

En 1925, Brachetto Brian, apoyándose en los exámenes histopatológicos llevados a cabo sobre piezas de 6 enfermos diagnosticados como ayércicos, dice, que el ateroma de la arteria pulmonar es debido a las mismas causas que lo producen en el resto de las arterias, y no a la sífilis únicamente, como creen otros autores, pués ha demostrado en sus autopsias, que el treponema no tiene predilección por la arteria pulmonar, y que la arterio-esclerosis de ella puede presentarse en sujetos que no han padecido de procesos pulmonares, aun cuando, dice, que el conoce casos en que las afecciones del pulmón han sido la causa del ateroma exclusivo de la arteria pulmonar. Este mismo autor, que con sus investigaciones anátomo-patológicas tanto han hecho por aclarar la etio-patogenia de la "enfermedad de Ayerza", en union de Echepareborda, afirma — refiriéndose al descubrimiento hecho por Elizalde y Arrillaga, que sirvió a estos para asegurar que el síndrome era producido por una arteritis sifilítica, en vista de la falta de cuadro pulmonar entre los antecedentes de estos enfermos — ,que semejante aseveración es falsa, pués él, que estudió los mismos enfermos, puso en evidencia las profundas lesiones pulmonares de origen sifilítico. Hablando Brachetto Brian de la falta de fundamento de Arrillaga para sostener que la arteritis sifilítica es primitiva en el ayércico, dice que dicho autor no es sincero cuando sostiene esto, pués de los 7 casos en que se apoya, en 6 aparecen antecedentes pulmonares muy manifiestos, y el 7° también presenta al lado de las lesiones de la arteria pulmonar, bronconeumonía sifilítica y esclerosis del pulmón con bronquiectasia generalizada. Concluye diciendo: "Nuestras investigaciones nos han probado que en la sífilis pulmonar, sobre todo las que hemos visto en el "cardíaco negro" de Ayerza, las lesiones bronquiales son primitivas". Más abajo escribe que la esclerosis es consecutiva a procesos pulmonares crónicos: "Si las lesiones de los pequeños vasos son de naturaleza catabiótica, y, sobre todo, bioplástica, ellas son necesariamente secundarias. ¿Secundarias a cuáles? — Pués a los procesos pulmonares crónicos, que todos concurren a obstaculizar la circulación

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

pulmonar, y por lo tanto, conducen al corazón periférico, y luego al central, a la hipertrofia".

H. Vaquez dice que la esclerosis de la arteria pulmonar puede producirse consecutivamente a lesiones pulmonares o cardíacas, que levantan la tensión de la pequeña circulación, como se observa en la estrechez mitral. Según este autor, no se puede excluir del todo, en estos casos cardiopáticos, la acción de los procesos infecciosos, contra los que no puede luchar bien una arteria hipertensa, cuya sangre circula mal; las paredes del vaso degeneran y se constituyen lesiones fibrosas que dan origen a la esclerosis. Esto se observa, dice en todos los órganos huecos — vesícula biliar, vejiga, aurícula — que presentan alteraciones análogas a la arteria pulmonar. Vaquez recuerda que Luttenbacher, Laubry y Marcel Thomas, han demostrado que en el caso de una estrechez mitral, la pulmonar se esclerosa no solo por un trabajo de evolución lenta, ya que a veces pueden observarse poussés agudos, que se revelan por episodios de arteritis agudas con placas ateromatosas, vegetaciones fibrino-leucocíticas, formación de trombus y arteritis úlcero-vegetante. Por estas razones, dice, nos creemos con derecho para sostener que la distinción que hacen los clínicos, desde el punto de vista patogénico, entre las esclerosis secundarias a diversas afecciones, no debe ser mantenida, pués en ambos casos se trata de manifestaciones arteríticas, de evolución subaguda en el primer caso, y de evolución lenta, en el segundo, que es la esclerosis sistematizada.

Barlaro en su cátedra de Patología Médica acepta la esclerosis secundaria de la arteria pulmonar, pero en la misma forma que lo hace Vaquez.

Tal es, en resumen, la opinión de los autores que apoyan la teoría mecánica, que, como hemos visto, según ellos, puede estar o no asociada a procesos tóxicos o infecciosos. Damos a continuación la explicación de los que piensan que la esclerosis de la arteria pulmonar es debida a procesos inflamatorios agudos primitivos.

Al hablar de la etiología hemos dicho que en 1860 Lanceraux la atribuyó a intoxicaciones alcohólicas, independientes de lesiones cardíacas.

Emery en 1899 considera como de origen inflamatorio primitivo, la esclerosis de la pulmonar, y dice que las cardiopatías valvulares, tuberculosis pulmonar, bronquitis y enfisema, no son sino coincidencias.

A raíz de sus estudios con Elizalde en 1920, Arrillaga, que había sostenido hasta entonces las ideas de su maestro Ayerza, conformes con que la esclerosis de la arteria pulmonar era secundaria a procesos pulmonares, cambia de opinión, y dice que es primitiva y provocada por la sífilis; que los trastornos de la circulación pequeña cuando existen, no hacen sino atraer el treponema, que es el que va a producir las lesiones de las paredes arteriales; y que esta arteritis puede ir acompañada o no de procesos pulmonares.

Segun Brachetto Brian, en estos casos también existen lesiones pulmonares de origen sifilítico, que él ha estudiado; y no acepta que diga que las primitivas fueron las arteriales, sobre todo si se tiene en cuenta que en los casos puros de sífilis pulmonar la infección se realiza por vía linfática

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

Gamna en 1921, también acepta la esclerosis primitiva, como ya se ha dicho. Para él, esta esclerosis es de tipo obliterante, y se localiza en las más finas ramificaciones de la pulmonar, lo que daría lugar a la esclerosis difusa del pulmón.

En 1924 Watjen describe el caso de un niño de 11 meses muerto por insuficiencia cardíaca, con cianosis, en el cual encuentra a la autopsia la esclerosis de la arteria pulmonar.

Marttirolo acepta al lado de la esclerosis secundaria, la primitiva, independiente de toda lesión congénita o adquirida del pulmón,

Barlaro en una lección dada en su cátedra, decía, de acuerdo con Vaquez, que no haciéndose bien la irrigación pulmonar en una esclerosis del vaso ya hecha o en plena formación, el parénquima pulmonar es mal irrigado y mal nutrido, por lo que se convierte en un campo propicio para el desarrollo de gérmenes de toda clase: a las condiciones mecánicas se agregan causas infecciosas. De aquí, dice «que no sea aventurado pensar que una esclerosis de la arteria pulmonar de origen primitivo puede desarrollar secundariamente una lesión bronco-pulmonar».

Bullrich y Behr, dicen que no se puede negar "la existencia probable de una arteritis primitiva de la pulmonar"; pero a renglón seguido se preguntan si esos casos pueden entrar en la categoría de "cardíacos negros", sobre todo si los antecedentes bronco-pulmonares faltan.

No nos queda por ocuparnos sino de un tercer grupo de opiniones, que nos hemos visto precisados a separar de las anteriores, por sustentar ideas completamente distintas.

Pedro Escudero, que es su creador, sostiene que en la "enfermedad de Ayerza" hay concomitancia de dos procesos: la sífilis bronquial y la estenosis u obliteración de la pulmonar. No acepta que la esclerosis sea consecutiva a procesos pulmonares, "porque ella no explicaría los síntomas en el cuadro anatómico de la enfermedad"; ni la esclerosis primitiva de la pulmonar, "porque esta enfermedad puede existir sincianosis, ni poliglobulia".

Roberto Cabred, de Buenos Aires, se inclina a creer, como Escudero, que las esclerosis son de origen sifilítico y concomitantes en la arteria y bronquios.

En este estado se encontraban las opiniones en la Argentina respecto a la patogenia del síndrome que estudiamos, cuando en «*La Semana Médica*» de Buenos Aires — 8 de julio de 1926—, el Dr. Raúl Goyena, Prof. suplente de Clínica Médica, en un artículo que titula ¿"Existe una Enfermedad de Ayerza?", demuestra fría y despiadadamente, como dice Escudero, que el proceso patológico que hasta este momento llevaba su nombre, por considerársele a Ayerza como el primero que había llamado la atención acerca de él, estaba en pugna con la verdad histórica, porque ya anteriormente, en el año 1880, Michel Peter lo había estudiado en forma magistral — (*Lecons de Clinique Medicale.*– Troisieme edition.–Paris, 1880).– Goyena, en apoyo de lo que dice, copia del Tomo 1°, pág. 172, lo siguiente, en que concepto nuestro revela lo bien que había enfocado Peter la patogenia de las enfermedades del corazón derecho.

"Así, cuando no son consecutivas a una enfermedad del corazón izquierdo, lo son a lesiones pulmonares..... En todos estos casos, el

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

obstáculo a la circulación empieza en los capilares mismos de la hematosis, que rehusan dejarse atravesar por la sangre que les envía el corazón derecho. Entonces, como lo ha expuesto bien Gouraud en un notable estudio (*De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit.— Paris* 1865), el obstáculo que reside en el pulmón tiene por efecto aumentar la columna sanguínea comprendida en la arteria pulmonar, y, por consecuencia, hacer la dilatación de este vaso, triunfando de su elasticidad".

"Las lesiones pulmonares que producen más habitualmente la enfermedad consecutiva del corazón derecho, sigue diciendo Peter, son, sobre todo, las enfermedades crónicas de las vías aéreas, y especialmente el enfisema vesicular muy extendido, el asma, los catarros crónicos".

El mismo Peter — (página 83.–Tomo 1°) — al hablar de la esclerosis secundaria de la arteria pulmonar, dice:

"Así, se juzga del estado de la arteria pulmonar por dos clases de medios: por la comprobación de desordenes funcionales y por la de las lesiones materiales".

"Los desórdenes funcionales se manifiestan largo tiempo antes de que se pueda comprobar ningun signo de lesión material; esto basta ya para hacernos comprender su valor diagnóstico. Estos desórdenes que se producen en el campo de la hematosis son la disnea (indicio de la molestia en la función) y la anemia (consecuencia de esta molestia)".

Goyena deja constancia de que Peter llama anemia a la cianosis.

"Como consecuencia anatómica, los pequeños vasos de la hematosis se hacen definitivamente varicosos por el hecho de dilataciones ampulares, muy bien señaladas por Buhl, y acá y allá sus paredes degenerando, se infiltran de granulaciones grasosas.....En fin, la lesión de los pequeños vasos y de los capilares es seguida de la de la arteria pulmonar, que se dilata poco a poco considerablemente de sus ramas hacia su tronco".

"La consecuencia histológica no es solamente la que acabo de mencionar del lado de los vasos, cuya porción musculosa se hipertrofia y cuyas paredes se hacen más tarde gránulo-grasosas al nivel de los puntos más fatigados".

A continuación cita Goyena el protocolo de autopsia hecho por Peter en una enferma muerta con esclerosis secundaria de la pulmonar en que se encuentra que la arteria pulmonar, desde el tronco hasta las ramas, es asiento de placas ateromatosas.

Más adelante el articulista se extiende para demostrar que ya Peter en 1880 había hecho un estudio magistral del aspecto clínico de la "enfermedad", y concluye, con mucha justicia, que por todo lo expuesto no se le debe llamar a este síndrome "enfermedad de Ayerza" desde que Gouraud en 1865 y Peter en 1880 lo habían estudiado perfectamente.

(Continuará)

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

Tratamiento de la eclampsia post=partum por la nefrotomía con drenaje

Por el Dr. ENRIQUE CIOTOLA

En dos casos que hemos tenido ocasion de observar la eclampsia post-partum y en los cuales eran evidentes las manifestaciones nefríticas y habían fracasado las principales indicacionces terapéuticas usadas actualmente, hemos practicado la nefrotomía con drenaje, habiendo obtenido el mas halagador resultado, pues cesaron los ataques inmediatamente después de practicada la intervención. Estas pacientes han curado perfectamente y se hallan en optimas condiciones de salud, lo mismo que sus bebes.

Indicamos los detalles más inportantes de las historias clínicas:

Caso I.–Rosa Elvira de N., de 16 años, mestiza, natural de Trujillo. Sus padres murieron de afecciones pulmonares. Han sido cinco hermanos de los cuales murieron dos: de tifoidea y de asfixia respectivamente; los demás viven y son sanos. La paciente ha sido sana; padeció únicamente de paludismo y de grippe.

La menarquia se inició a los 13 años, algo dolorosa y con una duración de 8 días, perdiendo pequeñas cantidades de sangre. Sus relaciones sexuales se iniciaron hace un año. Fecha de su último periodo el 12 de Marzo de 1927.

Los dolores gravídicos se iniciaron el 14 de Diciembre en la tarde con ruptura de las membranas el 15 a las 9 a. m., habiendo ingresado luego al hospital.

Al examen constatóse dilatación completa del cuello y salida de meconio, cabeza ligeramente insinuada en occipito iliaca izquierda anterior.

El parto se realizó a las 2 y 30 p. m. El alumbramiento fué normal y la placenta normal.

Inmediatamente después del parto se iniciaron los ataques. Fué sometida a un lavado del estómago, aplicación de un enema purgante; dos inyecciones endovenosas de 20 cc. de sulfato de magnesia al 10 por 100, con intérvalos de media hora la una de la otra; inyección subcutánea de nitrato de pilocarpina y estracción de 500 cc. de sangre mediante flebotomia, pues acusaba hipertensión.

La enferma estaba edematosa y el examen de orina demostró la presencia de dos gramos de albúmina, y acetona en fuerte cantidad. Los ataques eran subintrantes.

El 16 de Diciembre de 1927, a las 2 am., practiqué una nefrotomía unilateral del riñon derecho, colocando un dren en la pelvis renal; sutura del riñon y de los diversos planos escindidos.

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

Inmediatamente después de practicada la nefrotomía, cesaron los ataques y se estableció una abundante diuresis.

La paciente con su hijo salieron de alta del hospital en perfectas condiciones; habiendo cerrado hermeticamente su herida operatoria.

Caso II.–Berta V., natural de Pacasmayo, de raza mestiza y de 24 años. Ingresó al hospital el 10 de Febrero de 1928. Dice haber padecido de sarampión, viruela y catarros frecuentes.

Menarquia a los 12 años; tipo 6, indolora y con abundante cantidad de sangre. Relaciones sexuales a los 23 años. Nauseas y vómitos durante el primer mes del embarazo. Edema de los miembros inferiores durante el último mes, por lo que ingresa al hospital.

Se iniciaron los dolores gravídicos el 13 de Febrero a las 11 pm.; ruptura de las membranas el 14 a las 10 am. Feto en situación longitudinal; y en posición occípito iliaca izquierda anterior. Parto a las 11 am. Criatura del sexo femenino de 3.200 grm. de peso y de 53 cm. de longitud. Alumbramiento normal. Placenta normal.

A las 2 pm. del día 14 de Febrero se iniciaron los ataques eclámpticos. La enferma fué sometida a un lavado del estómago, un enema purgante; inyecciones de clorhidrato de morfina; de sulfato de magnesia al 20 por ciento por via endovenosa; de nitrato de pilocarpina, y se extrajeron 500 cc. de sangre mediante flebotomía por acusar hipertensión.

La enferma se hallaba inconciente, edematosa, acusaba amaurosis y continuaban los ataques. En la orina habian 0,40 grm. de albúmina y acetona.

Después de doce ataques practiqué la nefrotomía del riñón derecho y coloqué un dren en la pelvis renal; suturé el riñón y los planos escindidos.

Cesaron los ataques inmediatamente después de la intervención, y se estableció una abundante diuresis. La amaurosis persistió durante dos días. La paciente y su bebe se hallan en perfectas condiciones habiendo cicatrizado la herida operatoria.

Son estas las primeras observaciones que se publican entre nosotros, de tratamiento de la eclampsia post-partum con nefritis, empleando la nefrotomía con drenaje; creemos que el método es útil y que proporciona exitos evidentes.

Prensa Médica Francesa

Bulletin et Memoires de la Societé des Chirurgiens de Paris

Sesión del 16 de Enero de 1928

A PROPOSITO DE LA CONSOLIDACION ACELERADA DE LAS FRACTURAS.—Barbar comunica tres casos de fracturas

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

de la pierna en los cuales la consolidación no se producia y en los que, gracias al empleo del silicio-calcio se formó rápidamente un callo oseo que fué seguido de la curación del enfermo.

ESPLENECTOMIA POR HERIDA DEL BAZO.— BOUQUET comunica un caso de esplenectomía por herida del bazo por un estallido de obús, seguida de muerte 48 horas después. Llama la atención sobre el pronóstico reservado que puede entrañar, a pesar de su facilidad, una tal intervención, en ciertos sujetos, en razón de la supresión brusca de un órgano de una importancia fisiológica tan grande y tan compleja.

LA INCISION AREOLAR EN LA CIRUGIA DEL SENO.— DUFOURMENTEL preconiza este incisión, parcial o total, para la ablación de los tumores benignos y para la disminución del volumen del seno con un fin estético. El peligro de esfacelo del pezón y los trastornos del funcionamiento mamario, aunque señalados, parecen excepcionales. Los resultados son perfectos.

LA DIATERMOTERAPIA DE LAS ESTRECHECES INFLAMATORIAS Y CICATRICIALES DEL RECTO.—VIGNAL comunica varias observaciones en las cuales ha aplicado este tratamiento. Insiste en la necesidad de comenzarlo lo antes posible. En los casos muy antiguos, en los que existe siempre una infección, aconseja practicar, primero un ano contra natura y realizar después la diatermoterapia según la técnica que describe.

RECIDIVA DE PERFORACION GASTRICA.—MULLER comunica la observación de una enferma operada por perforación gástrica 21 horas después del comienzo de los accidentes. Curación, 2 días después; como consecuencia de una imprudencia alimenticia, la enferma presenta trastornos gastro-intestinales, además fiebre elevada, diarrea, pero no vómitos; la muerte sobrevino el día 34. En la autopsia se encontró una perforación del estómago en el punto anteriormente suturado.

A PROPOSITO DE DOS CASOS DE LUXACION TRAUMATICA DE LA CADERA.—JUDET comunica dos observaciones. En una de ellas tratábase de la variedad ovalar; la reducción se obtuvo con anestesia general por tracciones del muslo flexionado 90°. En la otra tratábase de una luxación iliaca externa; después de haber fracasado por los procedimientos clásicos, la reducción se obtuvo por tracciones según el eje mismo del femur.

RESULTADOS DE TREINTA ORQUIDOPEXIAS PRACTICADAS EN EL NIÑO Y EN EL ADOLESCENTE POR FIJACION DEL TESTICULO A LA PIEL DEL MUSLO.—MAYET comunica su estadística de orquidopexias practicadas según este procedimiento: fijación del testículo a la piel del muslo mediante un asa de seda que pase a traves de la pared inferior de la bolsa. Señala algunas modificaciones personales de técnica. La operación es fácil; de eje-

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

cución rápida, coloca al testículo en una posición casi normal y en las mejores condiciones para su evolución fisiológica ulterior.

TRAUMATISMO Y OSTEOSARCOMA.—Bressor comunica dos observaciones en las que se vió aparecer un osteosarcoma después de un traumatismo. En el primer caso, cuatro meses y medio después y en el segundo tres meses y medio. En los dos casos el traumatismo determinó una hemartrosis y los enfermos presentaron dolores que aumentaron de día en día hasta la aparición del tumor.

Sesión del 20 de Enero de 1928

APENDICITIS CRONICA DE FORMA MENINGITICA.—Peraire presenta un informe sobre una observación de Le Moine relativa a un niño de siete años, que presentaba fenómenos meningíticos de repetición y en el cual la apendicectomía hizo cesar completamente los ataques. El ponente ha observado casos análogos.

DIVERTICULO DEL DUODENO.—Villandre comunica la observación de una mujer de 50 años tratada por dolores gástricos y anemia y en la que solo la radiografía ha permitido hacer el diagnóstico exacto. Operación; divertículo situado en el borde interno de la segunda porción del duodeno, que contenía materias fecales y restos vegetales. Curación.

LEIOMIOMA MALIGNO DEL INTESTINO DELGADO.—Bonneau dá cuenta de una observación con examen histológico del tumor, del tamaño del puño de un adulto, que resecó con su pedículo. Curación.

LUXACION COMPLETA DEL CODO HACIA AFUERA.—Treves presenta la siguiente observación: niño de trece años que, habiéndose caido, se hizo una luxación externa pura, sin desplazamiento posterior; la epitroclea fracturada estaba incluida en la articulación. Reducción efectuada una hora después del accidente. Curación. La epitroclea está en su sitio.

EL TRATAMIENTO DE LA DACRIOCISTITIS POR EL METODO DE DUPUY-DUTEMPS Y BOURGUET.—RESULTADOS OPERATORIOS SEGUN 790 CASOS.—Bourfuet describe su procedimiento operatorio que consiste en suturar el saco lagrimal a la mucosa nasal, después de la resección del canal oseo que los separa. Curación de la afección en el 95% de los casos.

VOLVULUS DE UN DOLICOCOLON ILIACO.—Pauchet y Mornard comunican un caso, que han operado, de oclusión aguda, tratado por la resección, con abocamiento a la piel, de los dos extremos del intestino, unidos como los cañones de un fusil. Fistula intestinal cerrada seis semanas más tarde. Curación.

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

Sesión del 3 de Febrero de 1928

SOBRE LA CONSOLIDACION ACELERADA DE LAS FRACTURAS.—Leo comunica la observación de un herido de guerra que padecía una seudoartrosis de la tibia y que a pesar de tres injertos oseos no pudo consolidarse. La ingestión de silicio-calcio durante dos meses determinó la consolidación.

SOBRE LA ESPLENECTOMIA.—Leo comunica un caso de esplenorrafia por herida de guerra y tres casos de esplenectomías dos por ruptura del bazo por arma de fuego y por accidente de auto, y uno por leucemia mieloide.

A PROPOSITO DE LAS LUXACIONES DEL CODO HACIA AFUERA.—Judet dá cuenta de tres observaciones: 1° En un niño de trece años, luxación completa hacia afuera de los dos huesos del antebrazo con arrancamiento de la epitroclea y luxación de la cabeza del radio hacia adelante; 2° en un adulto, luxación incompleta hacia afuera, con fractura del cóndilo externo del húmero; 3° luxación postero-externa del codo. Curación en los tres casos.

UN CASO DE DECAPSULACION DEL RIÑON POR NEFRITIS DOLOROSA.—F. Rousseau comunica este caso que fué seguido de un buen resultado. El autor piensa que esta operación, benigna y fácil, puede suministrar grandes servicios.

DECAPSULACION DEL RIÑON.—Iselin considera la decapsulación como el procedimiento curativo de las nefralgias y aún en algunos casos en los que existe una lesión renal capaz de causar por sí misma el dolor. Comunica un caso en el que realizó en el lado derecho y con un resultado perfecto una decapsulación dejando voluntariamente un cálculo intrarrenal y a la izquierda, veinte meses después, otra decapsulación motivada por un riñón doloroso y atrófico. Curación completa durante seis años.

UN CASO DE ESTENOSIS MEDIOGASTRICA.—Lanos relata un caso en el cual se practicó el año anterior una gastroenterostomia situada en el saco inferior. El autor realizó después una gastrectomía que suprimió la úlcera y el saco inferior y una nueva gastroenterostomía mediante el botón.

FLEMON DE LA CRIPTA RENAL CONSECUTIVO A UN LAVADO VESICAL DOS MESES DESPUES DE UNA NEFRECTOMIA.—Lavenant comunica esta observación y piensa que la infección es debida a la persistencia de la permeabilidad del ureter tuberculoso, puesto que el lavado se hizo bajo presión con oclusión de la uretra que tenía incontinencia completa.

SOBRE LA NEUROTOMIA RETRO-GASSERIANA.—Bourguet presenta un enfermo que ha operado por una neuralgia del nervio

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

maxilar superior derecho que las inyecciones de alcohol no habian hecho más que calmar pasajeramente. Recuerda su técnica personal de la operación y las concepciones en que se basa.

Sesión del 17 de Febrero de 1928

A PROPOSITO DE LOS DIVERTICULOS DEL DUODENO.—H. Blanc comunica una observación de divertículo secundario. Estos son en realidad falsos divertículos; los verdaderos divertículos son divertículos congénitos. El autor muestra la importancia de las radiografía en serie para el diagnóstico.

A PROPOSITO DE LA CONSOLIDACION ACELERADA DE LAS FRACTURAS.—Barbarin aporta dos nuevos casos de fracturas en los cuales el empleo del silicium-calcium llevó consigo la aceleración en la consolidación.

UN CASO DE DECAPSULACION DEL RIÑON POR NEFRITIS DOLOROSA HEMATURICA.—Peraire comunica esta observación en la cual se hizo una decapsulación renal con nefrotomía. La enferma, de 38 años de edad, presentaba hematurias dolorosas desde hacía 4 años; estaba en un estado, bastante anémico. Con la operación se consiguió una curación bastante rápida.

CUATRO CASOS DE CESAREA BAJA POR PLACENTA PREVIA EN EL CURSO DEL TRABAJO.—Dartigues hace un informe sobre un trabajo de Issaakian (de Astrakahn). Las mujeres llegaron a la clínica casi exangües a consecuencia de la hemorragia. La operación salvó a las madres y a los hijos.

ANEURISMA ARTERIO-VENOSO TRAUMATICO DEL HUECO POPLITEO.—Sejournet hace un informe sobre una observación de Ebrard (de Trouville); niño de nueve años que ha recibido la descarga de una fusil de caza. Aneurisma arterio-venoso aparecido tardíamente y operado tres meses después por cuádruple ligadura y excisión del saco; curación sin accidente. El informador piensa que los aneurismas estabilizados si asientan a distancia de la raiz de los miembros y si las lesiones arteriales son mínimas, como en esta observación, pueden ser considerados como aneurismorrafias reparadoras.

GRUESO QUISTE DEL OVARIO DE EVOLUCION RAPIDA OPERADO AL QUINTO MES DE LA GESTACION. PARTO NORMAL A TERMINO.—Desjardins hace un informe sobre esta observación de Devraigne (de Paris). El autor hace reservas para el porvenir porque el examen histológico ha mostrado que se trataba de un quiste vegetativo que puede dar lugar a una recidiva.

MIOMECTOMIA EN UN UTERO GRAVIDO DE TRES MESES. EVOLUCION NORMAL DE LA GESTACION.—Duclaux

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

hace un informe sobre esta observación de DEVRAIGNE (de París). La retroversión, los trastornos de compresión vesical y rectal, la influencia desfavorable sobre el desarrollo del utero grávido constituían indicaciones operatorias. Ablación de un fibroma sesil de la cara posterior del útero.

UNA OBSERVACION DE INTOXICACION POR OCLUSION INTESTINAL ALTA, CURADA POR INYECCIONES DE CLORURO DE SODIO A GRANDES DOSIS, SEGUIDAS DE OPERACION.—MORNARD hace un informe sobre una observación de ROBERT LION (de París) quien, por una oclusión post-operatoria por brida, que databa de tres días y medio, con estado general casi desesperado del enfermo, pudo, después de una inyección intravenosa de 20 centímetros cúbicos de solución de cloruro de sodio al 20%, que resucitó al enfermo, hacer la operación y curar a su operado.

LUXACION DEL CODO HACIA ADENTRO.—JUDET comunica dos observaciones. En el primer caso luxación incompleta; la reducción fué fácil pero el desplazamiento se reprodujo bajo el enyesado; terminación por anquilosis del codo. En el segundo caso (niño de ocho años) luxación incompleta del codo hacia adentro con fractura del cóndilo externo del húmero y gran desplazamiento, reducción fácil; curación completa en cuatro semanas.

UN CASO DE SINOSTOSIS RADIO-CUBITAL.—ROEDERER comunica una observación en un niño de tres años: el antebrazo está en prosupinación y no hay limitación alguna en los movimientos del codo.

HUESO DESARROLLADO EN UNA CICATRIZ POR CISTOSTOMIA.—ISELIN presenta esta pieza ósea, larga de tres centímetros. Se trata de un verdadero hueso. Clínicamente estos casos raros no se encuentran más que a nivel de la linea blanca y casi siempre en hombres de bastante edad.

UN CASO DE VOLVULUS COLO-SIGMOIDEO CON ESTRANGULACION DEL INTESTINO DELGADO POR BRIDA MESENTERICA.—MULLER comunica esta observación: en un hombre de 39 años, síndrome peritoneal y muerte once horas después del comienzo de los acidentes. Lesiones descubiertas por la autopsia.

DOS CASOS DE ESTRECHAMIENTO ESPASMODICO DEL ESOFAGO.—PEUFNIEZ presenta estas dos observaciones, una en un niño de siete años y la otra en un hombre de 34. Curación por la dilatación progresiva.

CANCER DEL ESTOMAGO DE ASPECTO DE TUMOR BENIGNO.—BONNEAU presenta un cáncer de la caverna pilórica del volumen de una naranja. Este tumor, completamente limitado y móvil, parecia ser, clínicamente, un tumor benigno; el examen histológico demostró que se trataba de un epitelioma.

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

APENDICITIS POR TRICOCEFALOS.—Burty presenta un apéndice conteniendo cinco tricocéfalos que ha extraído a un niño de diez años, cuyo aspecto clínico hacía pensar en una peritonitis tuberculosa.

Prensa Médica Cubana

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DE LA TEMPERATURA EN EL HIPERTIROIDISMO, por Gregorio Marañon y E. Bonilla. ("Vida Nueva", Habana, 1927).– Los hipertiroideos de todas las categorías, presentan con mucha frecuencia tendencia a las hipertermias, casi siempre en forma de febrículas prolongadas. Esta instabilidad térmica es particularmente interesante en las asociaciones del hipertiroidismo con el llamado "estado linfático" por lo frecuente que es en este estado la sepsis faringea y las infecciones crónicas apendiculares. Así mismo los hipertiroidismos solapados, persistentes y tenaces de la juventud, acompañados de febriculas, no son para los autores sino reacciones del tiroides ante focos tuberculosos latentes.

En suma: un foco latente—cualquiera que sea su naturaleza—se revela primeramente por síndromes hipertiroideos atenuados, y a su vez, este hipertiroidismo, por la instabilidad térmica que le es peculiar, exagera las manifestaciones febriculares propias de ese foco latente. Esto no excluye que teoricamente un estado hipertiroideo pueda, por si sólo, sin el concurso de infección alguna, producir pirexias. —Dr. E. E. A.

ESPLENOMEGALIAS EN LA INFANCIA, por el Dr. Arturo Aballi ("Vida Nueva", Habana, diciembre de 1927). – El Dr. Aballi ofrece en este artículo algunas consideraciones sobre su estadística privada. Comprende la observación de 7200 niños, desde el nacimiento hasta los 12 años que han concurrido a su consulta personal.

Estudia en primer lugar la esplenomegalia de las anemias infantiles, ligada unas veces a funciones hemoformatrices (hiperesplenias productivas) y, otras, debido al carácter macrofagico (hiperesplenias hemocatereticas o destructivas). Las anemias esplenicas le merecen consideración especial, aunque rechaza dicha denominación, y estudia las del tipo 1° y 2° de Hayem y las de Jacks–Luzet. Así mismo las leucemias agudas y crónicas, como las linfoides y mieloides, las seudoleucemias, el kalaazar, la enfermedad de Banti, la de Gaucher, y en general, las esplenomegalias, que acompañan la ictericia hemolítica, la cirrosis de Laennec, la enfermedad de Hodking, la sífilis y las enfermedades infecciosas en general, etc. son otros tantos temas que el autor revisa con conocimiento de causa.

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

En este recorrido por las esplenomegalias parece deducirse que la estadística de ellas da indirectamente la morbilidad de una región o ciudad. El autor ha hallado como más frecuente en orden decreciente la sifilis, la tuberculosis, el paludismo, el parasitismo intestinal y tifoidea. La tuberculosis que vive bien en las grandes ciudades por el hacinamiento y el contagio mayor, lo mismo que la sifilis, se encuentran a la cabeza de los factores etiológicos de las esplenomegalias, mientras que el paludismo y la tifoidea combatidas intensamente en ellas, encuentran su mayor refugio en donde las condiciones sanitarias facilitan más la trasmisión de sus agentes causales.–Dr. E. E. A.

REACTIVACION O REJUVENECIMIENTO. – CONCEPTO ACTUAL por el Dr. Jose D. Echemendia («Revista Médica Cubana» enero, 1928.).– En su importante trabajo el autor llega a las siguientes conclusiones: A) En la actualidad, debe de entenderse por rejuvenecimiento la "revitalización" general del organismo, obtenida mediante la "reactivación" de los elementos sexuales de secreción interna.–B) No se ha podido determinar con exactitud, un aumento en la duración de la vida del hombre, aunque muy serios investigadores lo han asegurado. Teniendo en cuenta las ventajas que reportan tales métodos y la revolución bienhechora que sufre un organismo empobrecido, es imposible una rotunda negativa. En las especies inferiores se ha podido comprobar ese aumento.–C) los mejores éxitos se obtienen en los envejecidos prematuramente y en los viejos que presentan exagerados trastornos en relación con la edad.–D) para poderla considerar efectiva y completa, toda cura de rejuvenecimiento debe llevarse a cabo atendiendo a los extremos siguientes: (a) cultura física miogénica y plástica (b) desintoxicación orgánica; (c) endoterapia compensatriz.–E) el método de injertos testiculares, aceptado por muchos y combatido por otros, comparado con la vasectomia, resulta una operación complicada, más delicada y expuesta al fracaso, y aunque la técnica no es difícil, el manejo de los injertos resulta dificultoso en manos no experimentadas. Además, se hace difícil conseguir y mantener a los animales donantes (monos antropoides). Es un método util y en concordancia con las teorías de la época; utilizando un procedimiento mixto (injertos y vasectomía) el éxito se señalaría mejor.–F) el verdadero proceder de Steinach, es complicado y también más expuesto al fracaso que la vasectomía bien hecha. Esta última ha dado muy buenos resultados sin poder comprobar en ninguno de los operados los malos efectos que dicen suelen producir y que indudablemente tienen que ser debidos a técnica defectuosa.–G) en la mujer cuya disposición anatómica impide la práctica del método de Steinach u otro semejante, pueden obtenerse resultados análogos a los señalados en el hombre, mediante el empleo de terapia y diatermia combinadas.–—Dr. E. E. A.

HIPERTENSION ARTERIAL Y CRISIS HIPERTENSIVAS por el Dr. Filomeno Rodriguez (Revista Médica Cubana, enero, 1928).

Para el autor el síndrome hipertensivo puede clasificarse en dos grupos cuya patogenia puede comprender o no una lesión orgánica. Cuando hay lesión la hipertensión es la consecuencia de una altera-

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

ción definida y constante, en que siempre tiene representación el sistema arterial o cardio-arterial, aun cuando estas lesiones muchas veces existan sin que haya hipertensión. Consecuencia a veces de una intoxicación violenta que actúa directamente sobre centros nerviosos, post-talámicos, medulares, etc., sobre el sistema nervioso periférico, formando un arco vicioso, exitación nerviosa, directa y refleja, alteración por este medio del equilibrio físico-químico humoral, o por lesiones suprarrenales o neoformaciones de función semejante a estas.

El segundo grupo comprende las hipertensiones sin lesión. Aquí el equilibrio tenso-regulador depende de un equilibrio humoral. Cuando este trastorno es permanente es porque la causa es constante, dependiente de una ruptura del equilibrio basico-humoral con preponderancia del ion Ca, agente de hipertonia vascular, acompañando a esto una desviación del metabolismo hidrocarbonado y azotico, bajo el imperio de multiples causas: herencia, adaptación, infecciones, e intoxicaciones latentes. Este desequilibrio humoral actúa, por distonia neurovegetativa, con una repercusión simpático-esplanico sobre el sistema adrenogénico exitándolo continua o intermitentemente. Se trata de las fibras liso-arterio-capilar pero sin lesión de ellas: a estos trastornos del metabolismo humoral acompaña siempre un desequilibrio en el metabolismo del cacilo que quizá sea el factor primordial. Esta cuestión bioquímica la está sometiendo el autor a una serie de comprobaciones estrictas, cuyos resultados dará a conocer en su oportunidad.-Dr. E. E. A.

Segundo Congreso Nacional de Medicina

CONVOCATORIA

Lima, 17 de Febrero de 1928.

"Teniendo en Consideracion:—Que el Primer Congreso Nacional de Medicina, patrocinado por el Gobierno y reunido en esta Capital del 15 al 23 de diciembre último, ha demostrado su eficacia y provecho para el progreso de las ciencias médicas en el país y eligió como sede para una segunda reunión en noviembre del presente año, a la ciudad de Arequipa;—Que dicho Congreso designó una Comisión encargada de la organización y ejecución de este segundo certámen profesional, asesorada por el Círculo Médico Peruano de Lima:—Se Resuelve:—La Dirección de Salubridad Pública dispondrá lo conveniente para que los días 11 al 16 de noviembre próximo y con el concurso del Círculo Médico Peruano, se celebre en Arequipa el Segundo Congreso Nacional de Medicina.—Encárguese a la Comisión compuesta por los doctores; Edmundo Escomel, presidente; Luis A. Chavez Velando, vicepresidente; Alberto Sánchez Moreno, secretario; Angel Ballón,

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

prosecretario; Gustavo Corzo Masías, tesorero; M. Sixto Chávez, protesorero; Manuel Castañeda, Juan Luis Moscoso, Samuel Lozada Benavente, Manuel A. Vinelli, Carlos Chavez Velando y M. Baltazar Paz, para que de acuerdo con la comisión que nombre la Dirección de Salubridad, formule las bases para el Congreso en referencia.—Regístrese, comuníquese y publíquese.—Rúbrica del Presidente de la República. —MANCHEGO MUÑOZ

De acuerdo con la resolución que precede, la Dirección de Salubridad Pública ha nombrado sus delegados a los doctores, Manuel Jesús Castañeda, J. Vivanco, Carlos A. Ricketts, José E. Talavera, y Jorge de Piérola y Eduardo Ballon, odontólogo.

INVITACION

El éxito rotundo que tuviera en Lima el Primer Congreso Nacional de Medicina, ha constituido un poderoso estímulo para convocar a este nuevo certámen que eleve el nivel intelectual y moral de los profesionales del Perú, cabiéndole a la ciudad de Arequipa el honor especial de ser designada como sede para la reunión de la segunda Asamblea.

.....

Los Congresos Nacionales deben tener lugar cada dos años, pero la circunstancia especial de que en este año la ciudad legendariamente intelectual de Arequipa celebra el centenario de la fundación de su Universidad, ha hecho que se adelantara la fecha de reunión del segundo Certámen Médico, rindiendo de esta manera homenaje a la intelectualidad de la capital del Sur, que en toda época se esforzara, en las letras, en las ciencias y en las artes, por dar a la Patria honra y gloria mediante sus hombres pensadores.

.....

Por su aguas mineromedicinales de Yura, Socosani, Jesús y Paucarpata, Arequipa puede calificarse el "Vichy peruano" superior al europeo, que tiene que ser con el tiempo nucleo de convergencia de enfermos, y fuente de riqueza para el bienestar nacional.

Por esta razón es conveniente que la conozcan los médicos nacionales, que, como lo dice la Comisión organizadora, tienen una oportunidad de hacerlo con el segundo Congreso Nacional de Medicina.

La labor que desarrollará el segundo Congreso Médico Peruano será de ACCION NACIONALISTA, unica finalidad que cabe a estos certámenes, y que los obliga a tratar de las grandes cuestiones que tiene ante si el cuerpo médico peruano.

La Comisión organizadora termina su invitación con estas frases: Unidos, mejor comprendidos, enlazados por cordial confraternidad, se retemplará en nosotros la fe, la creencia profunda de que somos buenos, de que seremos mejores, y bien imbuidos de esta fe llegaremos seguramente a ese ideal, porque los pueblos que tienen fe en sí mismos y se apoyan mutuamente, llegan a la cumbre, triunfantes, saturados de ciencia, de fuerza, de energía, de voluntad y de mejor preparación para hacer el bien a sus semejantes y ser más respetados y queridos por ellos.

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

BASES

El Segundo Congreso Nacional de Medicina funcionará bajo el patrontao del señor Presidente de la República.

Este Congreso, al igual que el primero, proyectado con puntos de mira fundamentalmente gremiales y científicos nacionalistas, tendrá por finalidades:

a) demostrar el estado de las Ciencias Médicas en el país;

b) estimular el desarrollo de las Ciencias Médicas peruanas fomentando las investigaciones personales y homogenizando (standarizando) el desenvolvimiento de los centros de acción profesional;

c) mejorar las condiciones del ejercicio de las profesiones médicas en la República;

d) sugerir y plantear el estudio de los problemas de medicina nacional, resolviendo el mayor número que sea posible;

e) propender al movimiento solidario de los elementos médicos peruanos incrementando su intercambio intelectual y arraigando intensos lazos de vinculación moral entre sus miembros;

f) hacer justicia a las figuras que han marcado época en la medicina patria.

Anexa al certámen se instalará en el local del Congreso una exposición de:

a) bibliografía profesional;
b) material higiénico y médico quirúrgico;
c) productos químico-farmacéuticos;
d) elementos iconográficos y docentes; y
e) modelados y piezas anatómicas:

Se considera como miembros del Congreso a todos los Médicos, Odóntólogos y Farmacéuticos peruanos.

Los congresistas abonarán la cuota de 1 Lp. para gozar de los privilegios de tales y recibir un ejemplar de las actas y trabajos en cuya publicación se invertirá el dinero colectado.

Para el debido y buen funcionamiento de las labores del Congreso se crearán cuatro grandes secciones:

a) Medicina que tendrá una subsección de medicina militar;
b) Cirugía, que tendrá una subsección de cirugía militar;
c) Odontología; y
d) Farmacia.

Los trabajos y comunicaciones serán enviados por escrito a la Secretaría General, (Calle Palacio Viejo 210, Arequipa, o al apartado de correo N° 240) antes del 1° de Octubre próximo, con un resumen que no exceda de 300 palabras. Las Ponencias Oficiales acordadas por la comisión Organizadora y Ejecutiva y que figuren en el programa de las sesiones de Asamblea General, señalando tema y ponente oficial, podrán recibirse hasta el 1° de Setiembre. Se podrán organizar además, conferencias con tema libre, demostraciones clínicas y visitas a instituciones según programa especial.

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

Habrá una sesión Inaugural solemne en el local del Segundo Congreso Nacional de Medicina, en el que funcionará la Exposición anexa y seis sesiones de Asamblea General ordinarias; conforme al programa de ponencias oficiales.

En la sesión de Asamblea General de clausura se promulgarán los votos del Congreso.

El personal de las secciones, así como el cuadro de las ponencias oficiales es el que va a continuación:

SECCION MEDICINA

PRESIDENTE:—Dr. Luis A. Chávez Velando. VICE-PRESIDENTES.—Dr. Domingo Guevara, Dr. José María Barreda, Dr. Benjamín Pacheco Vargas.

SECRETARIOS.—Dr. J. Benavides, Dr. J. M. Chavez Torres, Dr. Alfredo Barreda Landázuri.

SECCION CIRUGIA

PRESIDENTE.—Dr Manuel Gastañeda.
VICE-PRESIDENTES.—Dr. Juan Cueva, Dr. José Fernández.
SECRETARIOS.—Dr. M. Sixto Chavez, Dr. Armando Montes.

SECCION FARMACIA

PRESIDENTE.—Dr. Aurelio A. Vinelli.
VICE-PRESIDENTE.—Dr. José A. Portugal.
SECRETARIOS.—Srs. Juan Manuel Cuadros y Trinidad Lozada.

SECCION ODONTOLOGIA

PRESIDENTE.—Dr. Carlos Chavez Velando.
VICE-PRESIDENTE.—Sr. J. Eduardo Ballón.
SECRETARIOS.—Luis Molero y Luis Delgado Hurtado.

Cuadro de las Ponencias Oficiales

1er TEMA: LEGISLACION SANITARIA PARA EL PERU.

PONENTES.—Dr. Sebastián Lorente, Dr. Luis A. Chavez Velando, Dr. Carlos A. Vivanco, Dr. Luis A. Arguedas, Dr. L. Velez.

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

2º TEMA: ESTANDARIZACION DE HOSPITALES.

PONENTES.—Dr. Juvenal Denegri, Dr. Abel Olaechea, Dr. Ricardo Palma, Dr. Carlos Ricketts, Dr. Manuel Castañeda.

3º TEMA: SINDICALISMO Y DEONTOLOGIA

PONENTES.—Dr. Leonidas Avendaño, Dr. Fortunato Quesada, Dr. Guillermo Fernández Dávila, Dr. Miguel D. Morante, Dr. Carlos A. Bambarén.

4º TEMA: LA TUBERCULOSIS EN EL PERU

PONENTES.—Dr. Aníbal Corvetto, Dr. Max Arias Schreiber, Dr. Alfonso de las Casas, Dr. Juan M. Avalos Málaga, Dr. Adolfo Stens Romero.

5º TEMA: EL PALUDISMO EN EL PERU

PONENTES.—Dr. A. Barton, Dr. Velez López, Dr. Juan Cueva, Dr. Augusto Lengua, Dr. E. Mestanza, Dr. Antonio Escarcena.

6º TEMA: DEFENSA DEL NIÑO EN EL PERU

PONENTES.—Dr. Carlos E. Paz Soldán, Dr. Enrique León García Dr. Rómulo Eyzaguirre, Dr. Julio Ernesto Portugal, Dr. Alberto Sánchez Moreno, Dr. Alejandro Benavente Alcázar.

Notas Terapéuticas

EL PRONOSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA QUIMIOTERAPIA. – Las nociones aportadas por las radiografías hechas en series, han venido en estos últimos años a modificar considerablemente nuestros conocimientos en tisiología. La frecuente comprobación de sombras extendidas en la pantalla como de grandes infiltraciones de parénquima pulmonar, capaces de retroceder hasta la "restitutio ad integrum" aparente, son cada vez más frecuentes, lo que demuestra que hay producciones inflamatorias sin modificación del parenquima pulmonar, que son fácilmente dominables por las terapéuticas actuales.

Entre los múltiples tratamientos que se han preconizado, es todavía la quimioterapia la que da resultados menos engañosos, y, en el número de los medicamentos recomendados, el thiocol, según el Dr. M. ALLARD, (Sud Medical & Chirurgical.–Nº 2073, 1927) conserva sitio de preferencia.

El thiocol, en forma de Jarabe "Roche", da excelentes resultados en todas las afecciones broncopulmonares; admirablemente soportado por los enfermos, aun los más delicados, como también por los niños,

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

el thiocol se tolera por todos los estómagos; tiene, pues, esta superioridad evidente de respetar "la plaza fuerte del tísico".

En efecto, parece que, si bien no es, hablando con propiedad, un específico, el thiocol realiza no obstante el verdadero tratamiento esencial no solamente de las bronquitis crónicas, sino también de todas las afecciones de las vías respiratorias y hasta de la tuberculosis pulmonar, porque es eupéptico y estomacal, al propio tiempo que es antiséptico y antitóxico. Además se soporta siempre bien si se tiene cuidado de no emplear sino un thiocol químicamente puro preparado minuciosamente y siempre igual.

Bibliografía

ENFERMEDADES DE LA PIEL Y SEXUALES, por el Dr. S. Jessner.– Traducción del alemán por el Dr. J. Bejarano, completada con un apéndice por los doctores J. S. Covisa y J. Bejarano. –Dos tomos.—Editorial ESPASA–CALPE. Madrid, 1927.—45 pesetas.

La obra del doctor Jessner, traducida de la 6ª y 7ª edición alemana, está dividida en dos tomos; el primero se ocupa de las enfermedades de la piel, con un capitulo dedicado a la cosmética y un apéndice de formulario que tiene las fórmulas numeradas, pudiendo consultarse fácilmente con buscar el número que señala en cada capítulo de tratamiento de las distintas enfermedades.

El segundo tomo, dedicado a las enfermedades sexuales, es eminentemente práctico y está completado por un apéndice que expone los métodos de investigación micróscopica y serológica. Los doctores Bejarano y Covisa terminan la obra con un capítulo dedicado al estudio del bismuto y otro a las piodermitis chancriformes.

La traducción está admirablemente hecha y la edición correctamente impresa por la casa Espasa–Calpe, tan conocida por sus importantes trabajos editoriales.

LE TUBAJE DUODENAL. SES APPLICATIONS AUX DIAGNOSTIC ET A LA TERAPEUTHIQUE, por MAX EINHORN. Obra traducida de la segunda edición, vista de nuevo y aumentada por el Dr. Gustavo MONOD. Un volúmen de 138 págs., Masson & Cie., Editores.–Paris, 1927. 25 frs.

En esta obra, el autor pone al alcance de todos los médicos la teoría y la práctica de un método del cual, en menos de diez años ha obtenido los más interesantes resultados, tanto desde el punto de vista del diagnóstico como de la terapéutica. En este libro se halla la historia y la descripción del método; se estudia el contenido duodenal, la importancia diagnóstica del tubo duodenal en lo que se refiere al estómago y el píloro, el duodeno, el páncreas, el hígado, la vesícula y las vías biliares y sus aplicaciones terapeuticas.

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

El autor termina por una descripción rápida de los otros instrumentos: dilatadores, exploradores, aspiradores; y por una exposición de su empleo para el diagnóstico y el tratamiento.

Si se considera que la sonda duodenal, instrumento relativamente nuevo, ha sido un medio de salud para muchos enfermos; que este método permite recoger y estudiar en toda su pureza las secreciones de donde sea que provengan; que por otra parte aún no se conoce todas las posibilidaddaes en lo que se refiere al diagnóstico, bien se vé el interés que esta obra, al corriente de los últimos resultados obtenidos, puede presentar para el clínico.

TRAITEMENT DU ULCUS GASTRODUODENAL, por el profesor FIDEL FERNANDEZ MARTINEZ.–Un volumen de 138 páginas.–Masson & Cie., Editores.–Paris 1927.–12 francos.

Tanto en Francia como en otros países, han aparecido desde hace varios años un gran número de trabajos sobre el ulcus-gastroduodenal, y toda la patología de esta región ha sido tratada de nuevo en su conjunto, gracias a los progresos de las técnicas radiográficas, como tamvién de otros medios de exploraciones físicas y químicas.

El libro del profesor FIDEL–FERNANDEZ es, muy afortunadamente, una "mise au point" de la "cuestión terapéutica" sin que las consideraciones etiológicas y patogénicas que son la base del tratamiento estén descuidadas.

Al autor le ha parecido que en medio de las numerosas medicaciones propuestas, era útil hacer una discriminación y poner en el lugar debido, los resultados obtenidos con cada una de ellas.

Se encuentra en este libro no sólo la enumeración crítica y detallada de todas las técnicas médicas y quirúrgicas, sino igualmnete las indicaciones que han permitido al autor justificar su terapéutica personal. Particularmente, en la elección siempre delicada entre el método quirúrgico y un tratamiento puramente médico, los médicos estarán contentos de beneficiarse de la experiencia del profesor FIDEL FERNANDEZ MARTINEZ.

Hay en este libro un estudio completo de la úlcera sencilla, infectada,y de las complicaciones más frecuentes.

Este libro podrá ser consultado en muchos casos como un Formulario, dando para cada clase de tratamiento las indicaciones precisas sobre la posología recomendada.

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

La legislación sobre enajenados y su internacionalización en América

(Trabajo publicado en el «Libro de Oro», dedicado al Profesor Domingo Cabred, de Buenos Aires)

Por el Dr. L. AVENDAÑO
Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de Lima

La Legislación de los alienados comenzó a adquirir relieves científicos y tendencias humanitarias, a partir del día memorable en que el virtuoso Pinel rompió las cadenas con que se sujetaba a los locos en Bicetre, y demostró ante la Academia de Medicina de París, que los desventurados "víctimas del más cruel de los infortunios" no eran criminales ni endemoniados, como en ese entonces se creía, sino enfermos que debían ser no sólo tratados con atención, con benevolencia y con caridad, sino también contar con la amplia protección de la ley.

A los generosos esfuerzos encaminados a la redención del loco y al estudio científico y social de los múltiples problemas que con su existencia se relacionan, que se iniciaron en Inglaterra en 1774 y en Francia en 1790, y que se culminaron en la Gran Bretaña con la dación de la ley de 4 de Agosto de 1845 y en la altruista República de las Galias con la expedición de la ley de 30 de Marzo de 1857, se continuaron los realizados en los demás países cultos del planeta, que aprovechando de los incesantes progresos de la Psiquiatría y de la Sociología, han logrado perfecionar la asistencia médica de los alienados, cautelar sus intereses y los de sus familiares e impedir que con las anormalidades de su conducta, secuela obligada del desequilibrio de su psiquismo, perturben el armónico funcionamiento del agregado social, dañándose a sí mismo y dañando a los demás.

Para ello se han formulado y puesto en vigencia en todas las naciones civilizadas un conjunto de medidas, cuya finalidad puede sintetizarse en los siguientes objetivos: prodigar asistencia médica conforme con los incesantes progresos de la ciencia, en establecimientos *ad hoc*, el Manicomio moderno, únicos en que es posible efectuar a conciencia y con provecho el tratamiento racional de la alienación mental; internar a los enajenados en esos recintos de la caridad y de la ciencia, porque a ello obligan tanto la necesidad de su tratamiento bien dirigido, como queda dicho, como salvaguardar los sagrados intereses de la defensa social y de la seguridad personal del demente; considerar los atentados que inconscientemente cometen contra los derechos de los demás, no como delitos, como trasgresiones de la ley, sino únicamente como revelación del profundo trastorno con que se efectúan las funciones todas de su organismo, y por ende declarar que tales hechos son inimputables, pero justificati-

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

vos del internamiento a que antes me he referido; y, privarlos de ejercicio de sus derechos civiles, ya que para la celebración de sus actos y contratos les falta la cualidad jurídica *sine qua non*, el libre ejercicio de la razón y de la libertad: medida precautoria ésta que propende tanto a evitar la dilapidación de los bienes por el alienado, como la celebración por éste, cediendo a insinuaciones más o menos malévolas, de contratos con lesión enorme y enormísima de funestas consecuencias para la familia.

No voy a contemplar en estos ligeros apuntes las arduas cuestiones que se rozan con la legislación de los alienados, ni a hacer extensas disquisiciones acerca de las características que deben informar la edificación y la organización de los manicomios modelos: tópico de trascendental importancia, pero inoportunos para ser estudiados en un trabajo compendiado, como precisamente concibo deben ser los que han de contribuir al homenaje que se va rendir al eminente psiquiatra argentino, el Profesor Domingo Cabred, que con tesón y con tan encomiable provecho ha laborado, para crear los asilos modelos que albergan a los enajenados en la República Argentina y para impulsar el estudio de la Psiquiatría, fundando verdadera escuela donde se han formado los profesionales que con tanto brillo cultivan esta disciplina en esa nación. No: mi objeto es más limitado, deseo únicamente emitir algunos conceptos sobre la conveniencia de procurar la internacionalización de la legislación de los enajenados en todos los países de América.

La internacionalización del derecho ha surgido y se ha arraigado más en el ánimo de los jurisconsultos y de los sociólogos, a medida que la civilización ha modificado las costumbres de los países primitivos y transformado paulatina, pero radicalmente, la organización de las colectividades humanas, y, también, conforme se han multiplicado y perfeccionado las vías de comunicación de unos países con otros; circunstancias éstas que han permitido y permiten a los pobladores de las diversas naciones conocerse mejor, auxiliarse recíprocamente, intensificar el intercambio comercial, unificar la enseñanza de las diversas ramas del saber utilizando los geniales descubrimientos de sus excelsos cultores, estudiar las condiciones autóctonas de cada localidad para armonizar las condiciones de la vida en sus diversos aspectos: en una palabra, esforzarse para que se borren las fronteras artificiales que separan a las diversas nacionalidades y para que se realice el ideal de convertir a la población de todo el globo en una sola familia.

Es cierto que aun estamos muy lejos de vislumbrar el advenimiento de tan grandioso deseo, y que la diversidad de temperamentos, de peculiaridades del ambiente local, de constituciones orgánicas, de caracteres psíquicos, etc., etc., de los hombres que pueblan las variadas zonas de la tierra, constituirán por mucho tiempo un poderoso obstáculo para la labor de no pocos hombres de buena voluntad, que no desmayan, a pesar de las contrariedades y de los insucesos, en tan meritoria empresa. Pero con todo, algo se ha hecho, ya que el derecho internacional, público y privado, ensancha cada día más y más el radio de su acción, propulsando la internacionalización, entre otras, de las siguientes cuestiones: las re-

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

laciones diplomáticas entre los estados soberanos; los preceptos de las transacciones comerciales; la reglamentación de las comunicaciones postales, telegráficas y aéreas; el ejercicio de las profesiones liberales; la garantía de la propiedad literaria y de las patentes de invención; y, de otras diversas actividades de la vida social, habiéndose llegado hasta la internacionalización de la legislación del trabajo, conforme a las estipulaciones del célebre Tratado de Versalles. Estas conquistas que significan mucho para estrechar y ensanchar las pacíficas relaciones de los hombres, se han alcanzado después de largas y pesadas tramitaciones y de prolongadas discusiones, que a las veces se han tornado algo ásperas, en las reuniones más o menos numerosas que, de cuando en cuando, celebran los dirigentes de los países cultos, uno de cuyos más valiosos exponentes es la Liga de las Naciones, que hace algunos años está empeñada en tan profícua labor: labor a la que no es extraña la iniciativa individual, en la que merece citarse, como ejemplo, el ante-proyecto del Código Penal Internacional formulado por el Profesor Quintiliano Saldaña.

La América no ha sido extraña a estas fecundas y nobilísimas actividades: el continente en que produjo tan óptimos frutos el árbol de la libertad, era propicio para que en él germinaran los puntos ideales de la fraternidad y del respeto al derecho individual y colectivo. Fué ese el movil que persiguió Bolívar cuando convocó al Congreso que se reunió en Panamá en Junio de 1826, asamblea la primera de su género habida en el mundo de Colón, a la que sólo concurrieron cuatro de las nuevas nacionalidades de la América, pero cuyos recuerdos deben considerarse como el génesis de su derecho internacional público. Fué ese el propósito que tuvo en mira el Perú, al provocar la reunión, en Lima, del Congreso Americano que sesionó en 1864. E idéntica finalidad han tenido: los Congresos Sanitarios Americanos celebrados en 1888, en Lima y en Río de Janeiro; las Conferencias Pan Americanas, periódicamente reunidas en las grandes capitales de América; la Convención de Montevideo; los Congresos Pan Americanos de Jurisconsultos; las Conferencias Sanitarias Pan Americanas; la Conferencia de las autoridades cuarentenerias del Pacífico del Sur, cuya sede fué la sanitariamente transformada ciudad de Paraná; la Conferencia de los Directores de Sanidad, reunida hace poco en Washington; y otras varias asambleas en las que paulatinamente, con un si no es la oposición de algunos, se han formulado sobre bases sólidas y estables los preceptos que informan el derecho y su internacionalización en este continente.

Pero ni en la Convención de Montevideo, ni en las Conferencias Pan Americanas, se ha contemplado nada relativo a la Legislación de los enajenados. Nuestros diplomáticos, jurisconsultos, legisladores no se han preocupado de este interesante tópico; y, a este respecto cada una de las naciones de América tiene su legislación propia: bien orientada y asáz correcta en unas, deficiente en algunas, falta por completo en otras; y, si bien tratándose de la asistencia facultativa, se la prodiga conforme a los cánones de la ciencia y en establecimientos montados con todo confort y dotados de

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

todos los recursos indispensables para aliviar la crítica condición de los alienados, precisa que en toda la América — y si fuera posible en ambos continentes a la vez — se uniforme la legislación de que me ocupo y que sus preceptos rijan por igual en todo su extenso territorio.

En efecto, ya lo he dicho, y vuelvo a repetirlo, que son de grandísimo interés individual y social los preceptos de los códigos civil y penal, que se refieren a los enajenados. En el orden civil se les declara incapaces, se les priva de la libre disposición de sus bienes, no pueden ser testigos, no pueden otorgar testamento, no pueden celebrar contrato alguno y, como triste epílogo de tanta calamidad, se les declara en interdicción y se les interna, no sólo para que reciban la asistencia médica e higiénica de que tanto han menester, sino también para evitar que como consecuencia de su desadaptación al medio social en que han actuado, resultado de su mentalidad enferma, realicen actos dañinos para sí y para los demás. Pero por indiscutible que sea el derecho de la sociedad para privar a los alienados del ejercicio de su capacidad civil y de su libertad, por órgano de las autoridades competentes que lo son las judiciales, como quiera que estas medidas precautorias constituyen a decir verdad un ataque a los derechos inmanentes del individuo, no pueden quedar plenamente justificadas sino cuando está bien y definitivamente probada la insanía del sujeto; prueba que sólo se produce amplia y convincente con el reconocimiento médico, con el dictámen facultativo, pericia que también es el único medio probatorio para la rehabilitación de un interdicto. En el orden penal, la acción de la ley es principalmente protectora para el alienado y defensiva para la sociedad. Al enajenado que delinque se le declara inimputable; no puede castigársele porque no ha cometido delito; pero también, como al que está en interdicción civil, se le aisla, se le interna, se le priva de la libertad, no como pena, sino al igual que en el caso anterior, como medida de precaución para el orate y de defensa para el agregado social; suspediéndose únicamente el internamiento cuando los peritos, profesionales médicos, declaran que el alienado, huésped del manicomio, ha recobrado el buen funcionamiento de su psiquismo.

Con ligeras variantes, minucias de detalle, puede decirse que hay concordancia en las disposiciones de los códigos de las naciones del antiguo y del nuevo continente, cuando se ocupan de la interdicción por alienación mental y de la irresponsabilidad e inimputabilidad, de los que delinquen en estado vesánico. Las discrepancias si existen, tengo seguridad que han de ser de corta entidad y estoy seguro que no sería obra en extremo difícil conseguir su unificación; pero lo que sí es muy urgente, para cautelar los intereses del alienado, los de su familia y la buena marcha del organismo social, es que las disposiciones legales, que norman la condición jurídica del demente se internacionalicen, de modo que el sujeto declarado interdicto en un país dado, pueda serlo también en otro u otros cuando sea necesario a requerimiento de la autoridad competente, sin que precise la actuación de nuevas pruebas. Hoy por hoy, un sujeto nacido en una de las repúblicas centro americanas, declara-

Universidad del Perú. Decana de América

do interdicto en Estados Unidos de Norte América, puede hacer testamento en una de las naciones sur americanas, sin que sea eficaz la oposición que se intente, caso de que se sospeche por alguno el desequilibrio de su psiquismo, sino después de larga y accidentada tramitación. Por inverosímil que parezca esta contingencia, puede presentarse en la vida práctica, sabido como es que no todas las formas de la alienación mental se acompañan de la locura ruidosa y exigen inevitablemente la internación del paciente en un manicomio. La demencia senil, por ejemplo, que tanto se presta a maniobras fraudulentas y criminales, es compatible con la permanencia del demente en el seno de la familia y con su traslación de uno a otro lugar del globo.

Ahora bien, la sentencia que declara la interdicción sólo puede pronunciarse apoyada en el dictamen pericial emitido por profesionales competentes y honorables — de preferencia peritos oficiales adscritos a los tribunales de justicia —, dictamen cuyas conclusiones tienen precisamente que ser honradas en todos los pueblos, aún que sólo prime hoy el criterio de conciencia en la graduación de las pruebas, pues no puede en modo alguno aceptarse, como correcto, que haya código en que se faculte al juez para declarar interdicto a un presunto incapaz con sólo su criterio y prescindiendo del reconocimiento facultativo (1). Ni tampoco puede aceptarse que sea correcto el hacer examinar por nuevos peritos en una nación *A*, al insano que ya lo ha sido en la nación *B* y pronunciada allí su alienación. Aquí, en Lima, se ha dado el caso de un joven peruano que se volvió enajenado en España y que fué reconocido en Madrid por tres facultativos de notoria reputación, que certificaron la insanía del sujeto, y que traído a esta ciudad hubo de ser nuevamente reconocido, porque el juez ante quien se solicitó la interdicción desestimó el dictamen de los facultativos españoles.

Estas consideraciones y otras que omito por no dilatar innecesariamente esta comunicación, me parecen suficientes para demostrar la utilidad y conveniencia de la tesis que sostengo.

Hay algo más: esta cuestión ha sido ya contemplada por algunas naciones de Europa, que han incorporado entre los postulados de su derecho internacional las normas a que se sujetan la interdicción de los alienados. Francia, Alemania, Austria Hungría, Italia, los Países Bajos, Portugal, Rumania y Suecia firmaron en la Haya, en 17 de Julio de 1905, una Convención sobre la interdicción *de los incapaces por inferioridad intelectual* y las medidas de protección análogas (2): Convención cuyas estipulaciones no tengo la pretensión de comentar por ser labor extraña a mi orientación profesional, e inoportuna en esta disertación de carácter general, doctrinaria, y no detallista. Para el objeto que me propongo, es suficiente dejar constancia de que ha habido jurisconsultos y legisladores de nota que se han preocupado del tópico, y que consideraron

(1).—L. Avendaño. — *El procedimiento sobre la interdicción civil.*—Conferencia dada en la Universidad de Arequipa. — Junio 1926.

(2). — Andres Weiss. — *Manuel de Droit International Privé.* — París, 1920.

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

conveniente normalizar las relaciones internacionales en cuanto se refiere a la Legislación de los Alienados, en sus diversos aspectos.

Los médicos, que somos los que estamos más en contacto con la humanidad que sufre y con la humanidad degenerada, somos también los mejor capacitados, entre los intelectuales, para orientar ciertas iniciativas encaminadas a conseguir el perfeccionamiento de muchas interesantes cuestiones de las legislaciones civil y penal entre las que ocupa lugar preferente la especial de los alienados; y, nuestra opinión debe ser apreciada como factor de capital importancia en la resolución de estas arduas cuestiones. Para algo como dice el Dr. Rodríguez Méndez: "Tenemos una propiedad que " de siglos nos corresponde; tras el primer dolor que el hombre sin- " tiera, nació el primer médico. Hasta parece que en los puntos que " pueden ser motivo de litigio (entre jurisconsultos y médicos) el " uso ha sancionado justificando a su modo aquella propiedad, " nuestra primacía, llamando a estas cuestiones *médico-legales, y,* " no legales primero y médicas después, o bien *médico - jurídicas* " en vez de *jurídico - médicas*". (3).

(3).—Rodriguez Mendéz. — *El Ingreso en los manicomios desde el punto de vista médico-legal:*—Conferencia en la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación de Madrid.—Barcelona, 1905.

GUIA LASCANO
De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

La esclerosis de la arteria pulmonar consecutiva a procesos bronco-pulmonares crónicos

Por el Dr. LUIS A. MONTOYA

(CONTINUACION)

Nosotros creemos, en aquellos casos en que no hay en el aparato circulatorio más esclerosis que la que corresponde a la arteria pulmonar — y en esto nos referimos a nuestros enfermos—, que ella es debida a condiciones locales especiales que favorecen la acción de la causa etiológica, sea tóxica o infecciosa; que estas condiciones especiales no pueden ser otras — como lo ha demostrado Thomas para la aorta, y Laubry y Parvu y Vaquez, más tarde, para la arteria pulmonar — que la hipertensión debida a obstáculos mecánicos provenientes del pulmón; que la hipertensión ocasiona no solo una disminución de la velocidad de la circulación sanguínea, sino una mala nutrición de las paredes de los vasos, que quedarán convertidas en sitios de menor resistencia; y que estos factores son los que preparan el campo para la acción tóxica o infecciosa —o ambas a la vez—, en forma de brotes agudos o crónicos, que traen como consecuencia las alteraciones que caracterizan a la átero-esclerosis.

En los casos que presentamos de "enfermedad de Ayerza", creemos nosotros en esta patogenia, que inician los trastornos del árbol respiratorio, tanto por la marcha clínica del proceso, que siempre pone de manifiesto antecedentes bronco-pulmonares antiguos, como por las investigaciones anátomo-patológicas llevadas a cabo por el Dr. Brachetto Brian, que establecen que "el grado, la intensidad, la difusión y la complejidad de las lesiones bronco-pulmonares, concurren todas, desde el primer momento, y luego durante largos años, a dificultar la circulación pulmonar". Si aceptamos el obstáculo mecánico opuesto por el pulmón a la circulación pulmonar, fácil nos será imaginarnos, por lo que dejamos dicho anteriormente, cómo las paredes de esta arteria, hasta en sus más finas ramificaciones, se convertirán en un terreno propicio para las acciones infecciosas o tóxicas, que a la larga producirán su hiperplasia músculo-elástica, acompañada de tejido conjuntivo de reacción. El autor últimamente citado dice: "El cuadro anátomo-patológico cardio-vascular del "cardíaco negro" es secundario a otras lesiones o alteraciones funcionales".

Por otra parte, debemos advertir que nuestras ideas están de acuerdo con las investigaciones del Prof. Letulle, que dice — y con esto me refiero a un caso particular de infección, para combatir el

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

grupo de Arrillaga — que el treponema "ama a los bronquios", y no tiene predilección por la arteria pulmonar, pués "su tronco, sus ramas principales y sus ramificaciones más ténues están a menudo indemnes, aún en contacto y en el medio de focos sifilíticos típicos, gomosos y esclero-gomosos".

Nos parece ilógico aceptar, sin pruebas suficientes, una patogenia especial para la esclerosis de la arteria pulmonar, distinta de la aórtica, para la que se admite que el síntoma predominante e inicial es la hipertensión. El mismo Vaquez lo ha dicho: "La hipertensión es el síntoma inicial y el que predomina en los procesos que conducen a la arterio-esclerosis".

ANATOMIA PATOLOGICA.

Durante el desarrollo de este capítulo tampoco podremos referirnos a observaciones realizadas entre nosotros, porque la marcha del proceso de los hasta hoy diagnosticados como "ayércicos", no nos ha permitido verificarlas. De aquí que tengamos que recurrir obligadamente a las investigaciones practicadas en otros países. Consecuentes con el plan que nos hemos trazado, solo nos ocuparemos suscintamente de todo aquello que contribuya a aclarar la etio-patogenia de la "enfermedad" que estudiamos, y de lo que creamos que pueda servirnos más tarde como base en la interpretación de algún síntoma clínico. De acuerdo con estas ideas, hablaremos también, del substratum ánatomo-patológico de ciertos procesos bronco-pulmonares, que preceden y acompañan al síndrome que nos ocupa.

Enfisema.–El exámen histopatológico revela el endotelio alterado y tapizando incompletamente las cavidades alveolares; las fibras elásticas destruídas; la red arterial está en gran parte comprimida y hasta obliterada, con sus paredes engrosadas; los alveolos, gracias a la ruptura de ciertos tabiques, se comunican entre si.

Como se comprenderá, la compresión de las finas arterias y la destrucción del epitelio alveolar no son circunstancias que han de favorecer, por cierto, la hematosis. Ya veremos la importancia que tiene en la producción de ciertos síntomas.

Bronquitis cronica. – Antes de ocuparnos de la histopatología vamos a abrir un paréntesis para llamar la atención acerca de los modernos conceptos que se admiten en la patogenia de esta enfermedad, porque ellos contribuyen a sostener nuestro punto de vista patogénico.

La bronquitis crónica, o mejor dicho, de repetición, obedece a varias causas. Entre estas tenemos los llamadas "secundarias", que pueden ser "cardíacas" (mitrales y aórticas); "renales" (bronquitis albuminúricas), cuyas oscilaciones son rítmicas con las alteraciones del riñon, pués esta probado, según Bezancon, que los bronquios eliminan cloruro de sodio y productos tóxicos que irritan la mucosa bronquial y favorecen su infección — en este sentido, las células bronquiales desempeñan el mismo papel que las renales–; "gastro-intestinales",

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

debidas a una inestabilidad del equilibrio coloidal (gotosa, diabética y asmática). Tenemos un segundo grupo formado por las "bronquitis crónicas específicas" (sífiliticas, tuberculosas y micósicas). A estas se deben agregar las "bronquitis crónicas esenciales".

En el examen histológico se encuentra el epitelio edematoso, infiltrado de células redondas o transformado en tejido fibroso compacto. Los músculos de Reissessen están atacados por el mismo proceso inflamatorio, el que, al disociar y destruir sus fibras y reemplazarlas por tejido escleroso, impide que esté bien calibrado el bronquio. — Las fibras elásticas se atrofian y terminan por desaparecer. Todo esto da lugar a que se produzca un verdadero enfisema bronquial, análogo al alveolar. Las arterias brónquicas algunas veces tienen hiperplasiadas su paredes.

Brachetto Brian, en sus observaciones llevadas a cabo bajo la dirección del Prof. Llambías, en aquellos enfermos que habían sido diagnosticados como ayércicos – (3 pertenecientes al servicio del Dr. Escudero; 1 al del Prof. Martini y 2 al del Dr. Manuel del Sel) – y en 2 calificados por Escudero como "falsos cardíacos negros", encontró, en los 2 últimos, que "las lesiones de bronquitis crónica y de peribronquitis eran discretas y que no condujeron al aparato bronquial a la dilatación. En 3 de los "cardiacos negros" encontró lesiones de bronquitis mutilante, que en concepto de él son de naturaleza sifilítica, por haber encontrado lesiones gomosas en la pared del bronquio, o porque el bronquio participa de una esclero-gomosis mutilante, que abarca vasos satélites y el parénquima pulmonar vecino".

Esclerosis Pulmonar.– Obedece a las mismas causas etiológicas que hemos mencionado para las bronquitis crónicas, y representa casi siempre procesos de cicatrización, que tienen su asiento en los sitios en que aparecieron las lesiones destructoras graves.

Brachetto Brian divide las esclerosis pulmonares en intersticiales, peri–bronco–arteriales, pleurógenas y mutilantes; todas las que, regularmente, se encuentran asociadas.

La esclerosis intersticial nunca falta; radica en los tabiques que separan los lóbulos, acinis y alveolos. Las paredes del alveolo están engrosadas a tal punto, que representan 10 o 15 veces el espesor normal, lo que origina graves trastornos para la circulación y hematosis.

La esclerosis intersticial, dice el autor citado, análoga a la que ocurre en los cardíacos comunes, está íntimamente ligada a la perturbación circulatoria, a su vez debida a los fenómenos inflamatorios crónicos del pulmón.

La esclerosis peri–bronco-arterial es colágena, y significa la reacción conjuntiva ocasionada por los procesos inflamatorios del bronquio. Los vasos y bronquios están rodeados por fasículos de tejido conjuntivo, cuyo espesor varía.

La esclerosis pleurógena varía en extensión e intensidad; por un proceso de paquipleuritis se adhiere la pleura a los órganos vecinos. De su cara interna parten bandas fibrosas que invaden el tejido respiratorio.

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

La esclerosis mutilante "destruye la parte donde asienta, transformándose en una cicatriz compacta y dura de tejido conjuntivo, en degeneración hialina más o menos acentuada. "La naturaleza esclerosa-gomosa de la esclerosis mutilante no deja lugar a dudas: "Son nódulos que se encuentran, sea en pleno tejido pulmonar, o bien alrededor de una arborización bronco-arterial".

Este mismo autor ha encontrado en el pulmón gomas sifilíticos, algunos miliares, antracosis, e "induración cianótica del pulmón".

Es por este tejido fibroso que rodea a los bronquios y a las arterias que corren paralelamente a ellos, así como por el tejido conjuntivo de la misma naturaleza que aparece en los alveolos, que las arterias se comprimen y obliteran, lo que da lugar a dificultades circulatorias que traerán como consecuencia directa una ligera ectasia sanguínea, que, al dilatar las paredes de los vasos gruesos y nutrirlas mal, creará un lugar apropiado para que los gérmenes, sus toxinas o tóxicos, produzcan las alteraciones cardio-vasculares, que en union de las bronco-pulmonares ya estudiadas, caracterizan histopatológicamente lo que se ha llamado "enfermedad de Ayerza".

Al estudiar las lesiones del Aparato Circulatorio deseamos declarar, que habiendo sido su interpretación el punto de partida de las divisiones que hoy separan la opinión de los médicos argentinos y europeos, nos vamos a tomar la libertad de ser un poco extensos en su exposición, a fin de adquirir un concepto claro, que nos libere del calificativo de apasionados que se nos pudiera dar, por haber seguido, sin conocer su argumentos, determinada escuela.

Corazon.–Se encuentra aumentado en todos sus diámetros, debido principalmente al aumento de sus cavidades derechas; su aspecto es globuloso.

Microscópicamente encontramos al corte un aumento del espesor del ventrículo derecho, que en lugar de medir 3,5 m.m., llega a tener como máximo hasta 20 m.m.; al mismo tiempo se nota dilatación de su cavidad. La aurícula derecha también está hipertrofiada, sobrepasando sus paredes el espesor corriente de 1 a 1 y ½ m.m., para alcanzar hasta 10 m.m. El orificio pulmonar y tricuspídeo estan igualmente aumentados en la mayor parte de los casos, lo que produce durante la vida del sujeto soplos, por cierre incompleto de las válvulas sigmoideas y aurículo-ventriculares. En el corazón izquierdo solo se encuentra moderada hipertrofia, principalmente de las paredes del ventrículo. En los "falsos cardíacos negros", examinados por Bracheto Brian, no hubo lesiones cardíacas, y si existieron, no eran muy apreciables.

Vasos Arteriales.–Pequeña Circulación.–Las dilataciones del tronco de la pulmonar son evidentes casi siempre. Casi todos los observadores están de acuerdo en que la esclerosis es más intensa en las ramas gruesas y medianas intra-pulmonares, en donde se ubican preferentemente las placas, en el nacimiento de las colaterales y en las ramas de división; en el resto del árbol circulatorio solo se encuentra degeneración grasosa de la íntima, que respeta la luz del vaso. La dege-

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

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES

con base de Fermentos Lácticos seleccionados, Sales biliarias, Agar-agar, Naftol. ftaleina

Tratamiento Biológico

del **ESTREÑIMIENTO**, del **ENTERITIS**

PADECIMIENTOS del **HÍGADO**

ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

DOSIS: 1 á 3 Comprimidos por la noche al acostarse.

SE VENDE EN ESTUCHES DE 6 TUBOS DE 6 COMPRIMIDOS

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PÂRIS

Farmacéutico de 1ª Clase, Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,

4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (*Francia*).

SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS

Medicación Antituberculosa

AZOTYL

en Ampollas

para inyecciones hipodérmicas ó intra-musculares y en

Píldoras Keratinizadas

con base de

Lipoides Esplénicos y Biliares, Colesterina pura.

Esencia antiséptica : **Gomenol, Alcanfor.**



Facsimil tamaño natural de una ampolla de AZOTYL

LABORATOIRES RÉUNIS, 11, Rue Torricelli, PARIS (17e)

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

ESTEROL
STEARNS

(Succinato de Benzilo, Medicinal)

INDICACIONES:

Peristalsis excesiva de los intestinos, como en la diarrea, disentería y colitis mucosa.
Estreñimiento espasmódico.
Cólicos biliares y uretrales
Dismenorrea de carácter espasmódico
Dolores post-operativos producidos por calambres en los músculos lisos. (Operaciones genito-urinarias y ginecológicas)
Dolores de parto y amenaza de aborto.
Dolores post-partum y cólicos uterinos.
Condiciones espasmódicas de la circulación.
Angina pectoris e hipertensión.
Dolor de cabeza debido a hipertensión.
Espasmo bronquial.
Asma (Ciertas formas).
Hipo, tos ferina y toses irritantes.
En casos en que se requiere un poderoso vasodilator y anti-espasmódico que no deprima.

Dosis. Una a seis tabletas, según las circunstancias.



De venta en las Farmacias
en frascos de 25 tabletas.

Frederick Stearns & Compañía
Farmacéuticos Manufactureros
DETROIT, E. U. de A.
Laboratorios en Detroit, Windsor y Sydney

Sírvase solicitar muestra y literatura médica a nuestro representante.

Casilla 1707 — LIMA

ENRIQUE S. BAMBAREN

Plaza Francia 230 — TELÉFONO 2830

neración hialina y calcárea es rara en las ramas medianas; pero es más rara todavía la última en los capilares y arterias finas.

En los cortes del pulmón se observa el orificio arterial, aun de las más pequeñas ramas, que aparece redondeado. Algunas veces las lesiones arteriales solo comprometen estas pequeñas arterias, hallándose libres las grandes, sin que por esto falte la hipertrofia ventricular derecha.

Del libro de Arrillaga entresacamos los siguientes datos, porque creemos que ellos nos han de servir mucho, para impedir que se siga diciendo que la "enfermedad de Ayerza" tiene una etiología sifilítica.

Ehlers y Jores han encontrado al examen histológico, además de la endoarteria espesa y prominente, un aumento de la capa elástica de la hojuela longitudinal mediana (segmento interno de la capa media)

Vaquez y Giroux — 1908 —, en las arterias del híleo, han encontrado en la túnica media el tejido muscular y elástico en degeneración; entre la túnica externa y media han encontrado masas al parecer de aspecto calcáreo. En las ramas delgadas del híleo las alteraciones son menos marcadas; las fibras elásticas se conservan bien, y la degeneración grasosa en la parte interna de la túnica media es manifiesta. En las pequeñas ramas hay hiperplasia muscular y desdoblamiento de la limitante elástica interna.

Monckeberg— 1907 — encontró en las ramas menores la íntima hipertrofiada, gracias al tejido elástico y conjuntivo muy abundantes.

Laubry y Parvu — 1909—, como los anteriores, encontraron en las arterias gruesas, la endoarteria muy espesada, y debajo de ella la capa de fibras elásticas hiperplasiada, y la de fibras musculares alterada; en las arterias medianas y pequeñas siempre encontraron un desdoblamiento de la capa elástica.

Fischer — 1909 —, en 100 autopsias constató datos parecidos a los anteriores.

Giroux comprueba también la hiperplasia del tejido muscular y elástico. Este autor, que ha podido estudiar numerosos casos, ha seguido las diferentes etapas de la arteria pulmonar esclerosada. Al principio dice, hay una faz reaccional, que se traduce por un espesamiento de su arteria, a expensas de la capa longitudinal, rica en tejido elástico y muscular. Más tarde el tejido elástico ofrece cambios en su forma, y hasta en su propiedad fundamental, que está perdida; esto caracteriza la segunda faz, la regresiva. La capa muscular también entra en regresión, siguiendo la misma marcha que la elástica. Mientras esto sucede hay degeneración grasosa e infiltración calcárea. En resumen, Giroux acepta dos fases en la esclerosis de la arteria pulmonar: la primera, hiperplásica, a expensas del tejido músculo-elástico preexistente; y la segunda de degeneración, con o sin ateroma y neoformación elástica y conjuntiva.

Arrillaga ha encontrado en uno de sus casos lesiones vasculares caracterizadas por peri y endoarteritis proliferante crónica, en los vasos de todos los calibres, formaciones gomosas y degeneración hialina. Además ha encontrado deformaciones de la arteria que, en el sitio en que su pared se adelgaza, toma la forma de cúpula o de saco. — En el otro de los publicados por él, ha encontrado en las ramas intra-

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

pulmonares del tercero y cuarto órden, lesiones "hiperplásicas", y sólo en forma secundaria se observan las degenerativas. En efecto las pequeñas arterias tienen la pared totalmente engrosada. Esta hiperplasia, dice, se efectúa merced al tejido elástico.

Como se ha visto por la exposición que llevamos hecha hasta aqui, todos los autores dicen que en sus casos observados han encontrado la armazón elástica de las arterias, aumentada, con excepción de Arrillaga, que nos presenta un caso — (en el otro, al revés, hay hiperplasia) — en que ella está destruída, correspondiente a un sujeto que en las paredes arteriales de su pulmonar había actuado el treponema. Este, y otros análogos, le sirven a Arrillaga para establecer que en el "ayércico" la lesión de la pulmonar es siempre sifilítica, sin tener presente que los demás investigadores, y aún él mismo, han constatado hiperplasia de la túnica media por el aumento del tejido elástico, y olvidando de otro lado, que en las lesiones sifilíticas, como dice Brachetto Brian, precisamente hay destrucción de la armazón elástica.

Ahora bien, dice este autor,—refiriéndose a los "cardiacos negros" estudiados por él, que ya hemos citado—en mis investigaciones no he tenido oportunidad de observar la arteritis sifilítica pulmonar como tampoco ningún proceso inflamatorio arterial, a excepción del que acompaña a la organización de los trombus... En cambio, la hipertrofia de los pequeños vasos pulmonares y brónquios, la hemos encontrado en todas nuestras observaciones. Se trata, en realidad de hipertrofia e hiperplasia combinadas que traen como consecuencia un aumento del espesor de las paredes, al mismo tiempo que una reducción moderada de la luz vasal, sin llegar jamás a la obliteración.

En resumen, de las investigaciones anátomo-patológicas se puede concluir que las lesiones de la arteria pulmonar en los llamados "ayércicos", no solo obedecen a la acción del treponema, sino a la de cualquier gérmen o tóxico.

Gran Circulacion.–Brachetto Brian ha encontrado en todos sus casos la átero–esclerosis de la aorta.

Este autor dice, en conclusión, que las lesiones anátomo-patológicas del "ayércico" no son patognomónicas, y que "es el conjunto y la forma de asociación de las lesiones descriptas, la que da personalidad anatómica al "cardiaco negro". "El cuadro de un "cardíaco negro" de Ayerza es el de una bronco-neumopatía crónica asociada a una cardio-angiopatía crónica también, con lesiones locales y generales de insuficiencia completa del corazón derecho".

SINTOMATOLOGIA.

Desde Peter, que en 1880 se ocupó de este asunto en forma verdaderamente magistral, hasta nuestros días, todos los autores están de acuerdo en atribuírle el rol más importante en la producción de los síntomas a la esclerosis de la arteria pulmonar. Como hemos dicho,

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

solo entran en divergencias cuando tratan de explicar la etio-patogenia de esta "enfermedad". Nosotros en capítulos anteriores hemos dado a conocer nuestro punto de vista en relación con los enfermos que presentamos. Nos no ocuparemos otra vez de este asunto, a fin de evitar repeticiones inútiles.

Antes de tratar de los síntomas, llamaremos la atención acerca de lo que dice el Prof. Escudero, para explicar el cuadro clínico del síndrome que analizamos, en relación con la esclerosis de la arteria pulmonar. Dice así: "La esclerosis de la arteria pulmonar que sigue a las afecciones del pulmón no añade nada a la sintomatología y es un hallazgo de autopsia; interesa las ramas extra-pulomnares o las primeras ramificaciones, pero de ninguna manera las diminutas terminaciones de la pulmonar, cuya presencia se comprueba en la enfermedad de Ayerza". – Desde luego, sorprende que el Prof. Escudero detenga la esclerosis en las finas ramificaciones — que ha encontrado Brachetto Brian comprometidas —, y no dé las razones que expliquen este fenómeno; y nos causa sorpresa, porque precisamente las ramificaciones últimas son las que estan en contacto con los tejidos fibrosos bronquiales y peri-bronquiales y aún alveolares, producidos a consecuencia de las bronquitis crónicas, según hemos visto, y además, porque está demostrado que es el corazón periférico el que primero trata de vencer los obstáculos que se le oponen a la circulación capilar; lucha que determina la hipertrofia de las paredes de los pequeños vasos, antes que la del corazón central.

Pero más adelante el Prof, Escudero se desdice en cierta forma, cuando, al comentar la historia clínica de un bronquítico crónico, asegura que el sujeto presentaba toda la sintomatología del «ayércico» del cual solo se podía diferenciar por la eritrocitosis.

Ya hablaremos de las causas a que obedece la poliglobulia, a fin de que se pueda apreciar la inconsistencia de este medio de diferenriación, que en nuestros observados no ha sido constante. Destruída la línea divisoria que a la fuerza quiere trazar Escudero — ¿Quién podría establecer el diagnóstico diferencial entre estas dos afecciones? El caso citado de esclerosis de la arteria pulmonar consecutiva a un proceso bronquial crónico, lejos de apartarnos del concepto que hemos emitido sobre la etio–patogenia, lo refuerza, y lo refuerza más, cuando pensamos que la teoría de Escudero — que requiere la concomitancia de las lesiones arteriales y bronquiales — no descansa sobre ninguna observación anátomo-patológica, a la inversa de la nuestra.

Aparato Respiratorio.—Todos nuestros enfermos acusan un pasado patológico pulmonar bien marcado. Los procesos infecciosos que sufrieron en el árbol respiratorio, al debilitarlo, lo convirtieron en un lugar apropiado para las infecciones, y llevaron al vago a un estado de equilibrio tan inestable, que el más fútil pretexto constituye motivo poderoso para provocar la contractura de los músculos de Reissessen, o un aumento de la secreción de la mucosa de la vía aérea. De aqui que en nuestras 5 observaciones, todos ellos declaren ser tosedores viejos y expuestos a bronquitis de repetición.

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

Escudero individualiza este primer período, y lo llama bronquial. Comete el error de incriminarlo únicamente a la sífilis bronquial y peri-bronquial pura, o asociada a la sífilispulmonar.

Las lesiones en el aparato respiratorio — destrucción del epitelio alveolar y esclerosis bronquial y peribronquial —, unidas a las que a su vez ocasionan estas en las pequeñas arterias pulmonares — esclerosis de sus paredes y obliteración de su luz —, dan por resultado, como veremos más adelante, una mala hematosis, que ocasiona al principio una discreta eritrosis de los labios y mucosa oral, y, más tarde cuando se acentúan las lesiones pulmonares y arteriales, la eritrocianosis, primero, y cianosis, después.

En el examen objetivo del aparato respiratorio se revelan las alteraciones propias del enfisematoso, con su tórax en inspiración permanente; la jaula torácica se presenta por este motivo, en forma globulosa, con los espacios intercostales amplios y sus costillas con tendencia a tomar la línea horizontal; los movimientos respiratorios son muy limitados y de tipo costal superior. Las vibraciones están disminuídas, y la percusión pone en relieve la sonoridad de ambos pulmones, de vértice a base, salvo en los casos de congestiones viscerales, en que aparece mate y con estertores húmedos. De lo contrario, la auscultación solo acusa disnea de tipo respiratorio, disminución de murmullo respiratorio, y algunos estertores sibilantes.

Aparato Circulatorio.–Los antecedentes cardíacos tampoco faltan en nuestros enfermos. Ellos acusan en su pasado dolores precordiales, palpitaciones, disnea de esfuerzo, y, más tarde, en un grado más avanzado de insuficiencia, congestiones pasivas de los órganos, además del tejido celular subcutáneo y derrames en las serosas.

La buena marcha del corazón, como sabemos, requiere la integridad anatómica de él y de sus vasos. Sin embargo, a veces funciona bien a pesar de los procesos morbosos que asientan en el aparato circulatorio, gracias a la hipertrofia de algunas de sus partes, o a reacciones vasomotoras. Un corazón es insuficiente, cuando no asegura las necesidades de la circulación, ya sea en el reposo o con ocasión de determinados esfuerzos. La insuficiencia se pone de manifiesto no por una disminución de la fuerza contráctil, que en muchos casos está aumentada, sino por la capacidad que tenga para poner la sangre en movimiento. — Esto no quiere decir que un obstáculo circulatorio revele insuficiencia, nó; lo más que puede dar a conocer es que la circulación allí es deficiente por causa que le es propia. Pero tampoco se puede negar que este obstáculo local puede, a la larga, acarrear fenómenos de insuficiencia cardíaca. Tal es lo que sucede con la esclerosis de la arteria pulmonar consecutiva a procesos bronco-pulmonares, creador de un obstáculo circulatorio.

Los trastornos cardíacos pueden corresponder, por su intensidad, a los cuadros de disistolia, hiposistolia y asistolia.

Disistolia.–Disnea.–Como dice Escudero, primitivamente es objetiva, pués aparece antes que el enfermo la acuse. La intensidad de este signo crece, como es natural, con los progresos de la "enfermedad". Al principio muy discreta, aumenta poco a poco hasta alcanzar su máximo de intensidad durante la asistolia o el esfuerzo. El sujeto tiene

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

la sensación de que le falta el aire, debido a la mala hematosis ocasionada por la destrucción del epitelio alveolar, y porque el corazón en las circunstancias anotadas, no moviliza la sangre como debiera hacerlo. El enfermo favorece su respiración en posición ortopneica, cuando está en el lecho.

Palpitaciones.–Son percibidas por el enfermo a raíz de un trabajo muscular violento. A veces adquieren el carácter de irregulares, como sucede en el enfermo de la Observación 3, debidos a los extrasístoles.

Dolores precordiales.–Localizados algunas veces al nivel de la tetilla izquierda, y otras en la base del corazón, se caracterizan por un estado de angustia y de opresión, acompañado, por lo regular, de cianosis; se intensifican a raíz de los esfuerzos violentos. Arrillaga explica estos fenómenos como resultantes de una vaso-constricción de la arteria pulmonar, la que produciría al mismo tiempo que el dolor, la cianosis, por una menor afluencia de sangre al pulmon.

Síncopes.–No es un síntoma constante. Solo uno de nuestros enfermos lo presentó después de haber realizado grandes esfuerzos.

Hiposistolia.–Durante este período, que preludia la aparición de accidentes graves, a los síntomas anteriores, se agregan congestiones viscerales que pueden tener asiento sobre uno u otro órgano. No entraremos en detalles, porque no ofrecen nada de particular, y sobre todo, porque en las historias se les ha consignado detalladamente.

Asistolia.–Cuatro de los casos que presentamos han llegado a este período, presentando, además de la congestión visceral, edema del tejido celular subcutáneo y derrames serosos.

Sabido es que cualquier trastorno en un punto del árbol circulatorio, grande o pequeño, determina alteraciones en la dinámica circulatoria general. De aquí que, en el síndrome que estudiamos, la disminución de la velocidad de la sangre en el trayecto de la pulmonar, acarree hipertensión en la gran circulación, que ocasionará la hipertrofia del ventrículo derecho — (dato que hemos podido comprobar en nuestras observaciones con el auxilio de los rayos X).

Largeau, Arrillaga y Laubry, sostienen que mientras no hay insuficiencia ventricular izquierda no se puede producir ni edemas ni congestión hepática. Escudero no piensa así, y consigna entre los síntomas de la asistolia derecha, la congestión del hígado.

Los distintos procedimientos semiológicos y radiológicos ponen en evidencia un aumento del volúmen del corazón, debido, principalmente, a una hipertrofia de dilatación de sus cavidades derechas, según se verá también por los electrocardiogramas tomados a nuestros enfermos.

Como Brachetto Brian sn sus investigaciones anátomo-patológicas no ha tenido ocasión de observar la arteritis sifilítica pulmonar, ni proceso inflamatorio arterial — (excepto del que acompaña a la formación de los trombos) —, y en cambio si ha encontrado en todas sus observaciones los vasos pulmonares pequeños y los bronquicos, hiperplasiados e hipertrofiados, aunque sin llegar a la obliteración total de su luz; él se explica la hipertrofia del ventrículo derecho teniendo en cuenta dichas alteraciones vasculares,ayudadas por las que presenta el pulmón.

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

La gran hipertrofia aurículo-ventricular derecha, con dilatación dice Brachetto Brian, es el detalle anatómico más importante. Para el es lenta y depende de su adaptación al aumento de sus resistencias perifericas´ en la circulación pulmonar, pasando en el corazón derecho exactamente lo mismo que pasa en el izquierdo en los casos de arterio-esclerosis generalizada.

Gracias a la inspección de la región precordial se consigue ver en todos nuestros enfermos los latidos epigástricos en el ángulo costo-xifoideo izquierdo, reveladores de la hipertorfia ventricular derecha. La palpación comprueba este dato, y encuentra dolorosa esta zona. La situación de la punta es difícil de determinar, por el enfisema, que siempre acompaña al cuadro pulmonar de nuestros observados; circunstancia esta última, que impide una buena delimitación del área cardíaca mediante el método percutorio. La auscultación pone en relieve el marcado reforzamiento del segundo tono en el foco pulmonar, que a veces no se produce sincrónicamente con el de la aorta, debido a la hipertensión sanguínea de la pequeña circulación. En este mismo sitio, en ciertos períodos se puede percibir un soplo diastólico, ocasionado por la dilatación del orificio de la arteria pulmonar, que impide la oclusión perfecta de las sigmoideas. En una de nuestras observaciones encontramos ruido de galope.

(Continuará)

PRIMER CURSO EUGENICO ESPAÑOL

Eugenesia y Procreación

Por el Dr. SEBASTIAN RECASSENS

La Eugenesia es el conjunto de reglas para la aplicación de las leyes biológicas al perfeccionamiento de la especie humana, tanto en el aspecto físico, como en el psíquico.

La selección artificial representa para las especies vegetales y animales algo muy importante, porque evita los procesos degenerativos, llegando en muchas ocasiones a la producción de especies muy superiores a las originarias; iguales principios de selección aplicados a la especie humana, pueden dar como resultado hechos idénticos, procurando razas vigorosas, no sólo bajo el aspecto físico, sino también bajo el concepto intelectual, ya que se admite como factor de herencia la mejor organización del cerebro y como consecuencia el mejor desenvolvimiento y perfección de la inteligencia.

La selección natural la realiza la naturaleza aniquilando con muerte prematura a los seres que vienen al mundo en condiciones

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

de debilidad física, en tanto que la selección artificial busca por medio de cruces con razas superiores el mejoramiento de la especie. Es un ejemplo el resultado obtenido en América, en donde los países en que los cruces se han realizado entre indivíduos de raza blanca y aún seleccionados, como son generalmente los emigrantes, que representan los espíritus inquietos y ambiciosos, que no se satisfacen con la vida pobre del terruño en que nacieron, han dado dichos cruces frutos que bien pueden llamarse superiores a los originarios; en tanto que en la misma América, en donde por escasez extraordinaria de mujeres emigrantes, se realizaron los cruces con indias y con negras, lejos de mejorar la raza, la han llevado a un grado de disminución, de energía vital e intelectual.

Para evitar que como frutos de la procreación vengan seres anormales, es por lo que en el sentido de la higiene de la raza o Eugenesia es preciso establecer medidas que puedan llegar a ser hasta prohibitivas en cuestiones matrimoniales. El reconocimiento médico antes del matrimonio, si bien en la actualidad no puede ser prohibitivo del enlace, debe por lo menos ser informativo con carácter obligatorio, para que no se dé el caso que inconscientemente se generen seres que deben venir forzosamente en condiciones de inferioridad orgánica y funcional.

La procreación puede dividirse en tres modalidades, referentes a número y calidad: la procreación ilimitada, la restringida y la eugenésica. Desde el punto de vista médico, no puede ponerse reparo alguno a la fecundación ilimitada, ya que no hay dato alguno que permita suponer que el último de los hijos traiga al mundo menores condiciones de desarrollo orgánico que las que trajo el primero, aun siendo muy numerosas las familias. Podría discutirse la conveniencia o no conveniencia de los partos numerosos para la salud de la mujer, pero no puede aceptarse desde el punto de vista médico, perjuicio alguno para el niño que viene al mundo, como formando parte de una prole numerosa; pero si desde el punto de vista médico la ilimitación de la procreación no es censurable, puede serlo desde el punto de vista social, según las condiciones del país de que se trate y las especiales condiciones de la raza.

La limitación de la procreación establecida por Malthus, con principios de gran elevación de miras y desvirtuados por la escuela malthusiana, pretendiendo restringir de manera extraordinaria la natalidad, fundándose en la incapacidad de la producción de la tierra para la alimentación de la especie humana, se ha demostrado científicamente que no tiene razón ninguna de ser como principio general; pero recordando las epidemias de hambre que asolaron la India, China, Rusia y aun bastantes pueblos de Europa, puede parecer lógica y recomendable la limitación. La riqueza del país consiste en el número progresivo de la población, siempre y cuando ésta sea desde el punto de vista físico e intelectual de buenas condicones; no es precisamente a la limitación por efecto del exceso de población al que hacen referencia principalmente los problemas relacionados con la procreación limitada. Debe considerarse la limitación bajo tres aspectos: primero, aspecto médico; segundo,

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

aspecto moral; tercero, aspecto social. Desde el punto de vista médico, no puede dar lugar a discusión el impedir que sea muchas veces madre, aquella que por enfermedades cardíacas, renales, tuberculosas, sífilis terciaria, neurosis graves, puede representar cada hijo que viene un factor destructivo de la madre y, por lo tanto, del elemento más indispensable para el buen desarrollo del recién nacido y en algunas ocasiones, como en el de las últimas enfermedades citadas, motivo de positivos trastornos generativos y venida al mundo de seres enfermos o depauperados.

Otra cosa es la limitación sin causas justificadas, sólo y exclusivamente debido al problema social.

Hay que ser contrario en absoluto a que pueda la mujer hacerse estéril sin indicación médica alguna y sólo con el fin de satisfacer los deseos sexuales, sin la secuela obligada, casi siempre, de la maternidad. No niego este derecho desde el punto de vista moral, ya que siendo ésta por lo general resultante de la repetición de hechos que acarrean una costumbre, se caería tal vez en algunos países en el equívoco de considerar como moral las prácticas anticoncepcionalistas, por ser desde mucho tiempo costumbre generalizada en muchas familias. La moral debe estar fundida con las leyes sociales, y en este sentido no puede ser en modo alguno permitida la limitación de la procreación por conveniencia de los Estados.

Todos saben que en algunos Estados de Norteamérica se ha impuesto la esterilización obligatoria, en evitación de la venida al mundo de seres degenerados, pero hoy por hoy no están suficientemente estudiadas las condiciones ineludibles de degeneración, que puedan asegurar la venida al mundo de un ser ciertamente enfermo.

En resumen, no es en la ilimitación o limitación de la procreación en donde existen los problemas más importantes de la Eugenesia; lo interesante es la unión eugénica que puede dar como resultado, no el que nazcan muchos niños, de los que más de la mitad se mueren antes de alcanzar el primer año, sino que nazcan únicamente aquellos que por su vigor físico son capaces de luchar en la vida y se hallen dispuestos para recibir las luces que por la inteligencia han de convertirles en seres verdaderamente útiles.

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

El aspecto jurídico de la eugenesia y de la maternidad conciente

Por el Profesor LUIS JIMENEZ ASUA

Este "Curso de Eugenesia" responde a una realidad ambiente. España barre con prisas superlativas la hipocresía de antaño y problemas que hace un decenio no podían ser esclarecidos en público, se debaten hoy a presencia de las gentes con decoro en el lenguaje, pero con una valentía de concepto que nuestros padres no sospecharon.

Ya me parece que he avanzado de más en el discurso sin decir el nombre español de quien ha sabido con pulidas maneras despertar entre nosotros afanes por el estudio de la vida sexual. Es Gregorio Marañón el auténtico portavoz de la campaña, y sus doctrinas en pro de la feminidad y varonía correctas han hecho meditar seriamente a un sector de opinión que antes se espantaba cuando en su propia intimidad surgían pensamientos de esta índole.

Sean, pues, mis primeras frases rendido testimonio de gracias al hombre valeroso que no se arredró ante la muralla de prejuicios Muchas de sus ideas han de ser utilizadas por mí en esta conferencia.

La Eugenesia, a más de su aspecto genuinamente social, ofrece una faceta médica de incuestionable importancia; pero también presenta un lado jurídico de subida trascendencia.

La práctica y defensa de la selección y de la Eugenesia son varias veces veces seculares. Los brahamanes tenían la costumbre de matar o abandonar en la selva a los niños que después de dos meses de nacidos les parecían de mala índole. Los espartanos, según relata Plutarco en las vidas paralelas de Licurgo y de Solón, daban muerte a las criaturas desprovistas de vigor o contrahechas, por considerarlas inútil carga para el Estado. Entre los celtas se hallaban ya muestras, no sólo de selección, sino de verdaderas prácticas de eutanasia, porque no daban únicamente muerte a los niños deformes o monstruosos, sino a los ancianos valetudinarios. Por descripciones de viajeros antiguos y modernos, sabemos que el sentimiento del deber filial impulsaba a los masagetas, sardos, eslavos y escandinavos a precipitar la muerte de sus padres enfermos que hubiesen arribado a una vejez extrema. Parece que incluso en nuestros días conservan esas costumbres los fuegnianos, los fidjianos, los battas, los tschuktchi, los kamtchadales y los neocaledonios.

El empirismo cruel de estas prácticas no puede revivir en nuestros días de humanitarismo y caridad; pero la preocupación selec-

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

tiva y eugénica revive en esta hora en los pueblos más avizores. Lo que los alemanes y norteamericanos llaman "higienizar las razas" es un designio que me parece sobremanera importante y sobre cuyo tema hay en inglés y en alemán copiosa bibliografía, que no es ésta coyuntura propicia para recopilar. Baste la cita del excelso trabajo de Lenz y, por lo que respecta a la literatura española, el libro de Luis Huerta.

El requisito de un certificado de sanidad para contraer matrimonio, que en muchos Estados de Norteamérica se exige desde hace años, va extendiéndose por Europa. Las leyes asexualizadoras que debutan en Indiana en 1907, como medio de impedir la herencia de enfermedades mentales y de tendencias delincuentes, se imitan por otros Estados de Yanquilandia. Con el debido pormenor me ocuparé hoy de estos métodos eugénicos y selectivos, y anticipo que no escatimaré frente a ellos mi censura imparcial y razonada.

En la vía seleccionadora, que arrollando la piedad procura eliminar de vivir a los seres desprovistos de energías vitales, presenta agudísimo ejemplo la controversia sobre eutanasia, provocado por el opúscuo de dos Profesores alemanes, un jurista y un psiquiatra: Carlos Binding y Alfredo Hoche, que con enérgico ademán reclaman que se autorice legalmente el exterminio de los enfermos y herdos incurables que demanden el fin de sus sufrimientos, de los imbéciles y dementes sin remedio, y de aquellos seres que, por enfermedad o accidente, hayan perdido el conocimiento y que al salir de su inconsciencia caerán en el más miserable estado. Todavía suenan en Europa los ecos de este folleto escrito hace ocho años contra cuya tendencia se ha levantado la voz severa de un anciano ejemplar, Enrique Morselli, que en su ilustre libro "L'Uccisione pietosa", pone un acento de dulzura que gotea como bálsamo sublime en mitad del regazo egoista de nuestra época.

Los reparos que luego han de hacerse a las leyes asexualizadoras, toman una tónica más severa frente a estas atrevidas propagandas de eutanasia selectiva. Pero valgan estos hechos como máximo indicio de lo que preocupa la higiene social a la civilización presente.

El jurista debe penetar en su terreno, pero sin que calle el hombre apasionado por los asuntos sociales. Más antes de enfrentarme estrechamente con el aspecto jurídico de la eugenesia, quiero lanzar mi parecer sobre el volumen total del eugenismo. En la hora que vivimos, la Eugénica se aparece como un concepto certero, aunque no es llano de actuar en la práctica. Hoy por hoy, estimo más eficaz tender a la mejora humana con métodos indirectos que, a pesar de ir al fin seleccionador un poco de soslayo, tendrán un rendimiento más sensible que los métodos directos en exceso simplistas.

La educación sexual, concebida en sus más extensas acepciones, que enseñe al hombre el verdadero ideal viril y a la hembra el auténtico fin femenino, que haga más hombres a los varones y más femeninas a las mujeres, conforme postula con elegancia mi gran amigo Gregorio Marañón en su penetrante libro "Tres ensayos sobre la vida sexual"; la lucha contra el donjuanismo y la prostitu-

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

ción reglamentada, y el combate contra el desdoblamiento del amor que lleva a los hombres a la poligamia, depositando en la esposa el cariño puro y reservando para las prostitutas y amantes los arrebatos de la pasión, me parece un programa más digno de la humanidad que esos otros procederes demasiado ingenuos o desmedidamente prematuros en que he de ocuparme en seguida.

La Eugenesia presenta dos grandes sectores que penetran en el área jurídica: la sanidad de la progenie y la maternidad consciente. El hombre de Derecho ha de enjuiciar en el primer sector la valía de la lucha contra las enfermedades sexuales, el tipo delictivo del contagio venéreo y la utilidad del certificado médico prenupcial; en el segundo aspecto debe dictar su fallo sobre los medios de poner límite a la maternidad inconsciente, juzgando la ilicitud o ilegitimidad de la esterilización, del aborto y de los medios anticoncepcionales.

En cuanto a la procura de una progenie saludable creo debe establecerse el delito sanitario; el contagio venéreo daña lo mismo el cuerpo, y muchas veces más, que la navaja y el arma de fuego. Este delito es ya efectivo en Dinamarca, Suecia y Checoeslovaquia; en España sólo hay delito sanitario cuando el contagio acaece con violación o estupro.

Respecto al contagio nutricio, se multa al niño que contagia a la nodriza, y nuestro Código establece el absurdo de multar con 10.000 pesetas a la nodriza que contagie al niño, olvidando las posibilidades económicas de ésta.

En cuanto al certificado médico prematrimonial, lo considero ingenuo en demasía; se burla fácilmente, y es inútil para la salud de la progenie. Los que no pudieran, por impedírselo el certificado, contraer matrimonio, se unirían a espaldas de la ley.

Respecto a la maternidad consciente el hombre de Derecho proclama la facultad de la mujer para limitar su descendencia, creyendo que con ello, lejos de entorpecer la prosperidad de los países, se acrecentará en medida insospechada; pero en cuanto a los medios empleados su ademán de acogida o de rechazo cambia; condena con energía la esterilización; sólo admite la impunidad del aborto en contadas situaciones regladas por la Medicina o impuestas por el sentimiento, aunque desearía amenguar las penas que le reprimen y admite sin titubeos la licitud de los medios anticoncepcionales.

El jurista calla. Pero el hombre que premedita en más altos problemas quiere decir la última palabra. Más que en estos medios directos y agresivos prendo esperanzas en la educación sexual y en el amor libre. Cuando en una mañana— ¡hasta cuando lejano!— se hayan barrido las trabas que ahora nos ligan a convencionalismos formalistas, el mejoramiento de las razas se cumplirá automáticamente. Y no sólo en su aspecto de vigor animal, sino en sus calidades del espíritu. Tras de aquellas frentes perfectas de hombres y mujeres, puros sin ignorancias y nobles sin prejuicios, se forjará, sereno, el ideal.

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

Los problemas de intersexualidad en el hombre

Por el Dr. GREGORIO MARAÑON

Casi todos los disgustos del género humano en el orden sexual, se deben exclusivamente a los estados intersexuales, a la intervención del sexo opuesto que todos llevamos.

En la evolución del concepto de la intersexualidad se puede aceptar cuatro períodos o círculos concéntricos: período mostruoso, período patológico, período normal y período fisiológico.

En el primer período sólo se conocieron los casos de hermafroditismo, en que los individuos poseían de manera perfecta los dos sexos.

En el trascurso del siglo XIX, ya los médicos describieron enfermedades alejadas del hermafroditismo: el virilismo, feminismo, ginecomastia y eunucoidismo.

El virilismo consiste en que aparecen caracteres masculinos (brote de la barba y bigote, cambio del tono de la voz) en la mujer al llegar a los treinta años. La ginecomastia, es el desarrollo excesivo de las mamas del hombre, segregando a veces leche.

El eunucoidismo de tipo invertido, se da en los enfermos operados de extirpación de testículo, apareciendo en estos enfermos una transformación en la que aparecen rasgos femeninos, dándose el caso idéntico en la mujer extirpada de ovarios, que adquiere los caracteres del virilismo.

La homosexualidad, es tan antigua como el mundo y se ha castigado con las más crueles e infamantes penas: en el siglo XVIII se los quemaba vivos, y en la actualidad algunos gobernadores civiles, desconociendo el problema, todavía la castigan con penas físicas.

Ya en el siglo XIX dejó de considerarse como un delito y se conceptuó como una perturbación del espíritu, comparable a cualquier psicopatía.

Hoy, el exacto conocimiento de las secreciones internas ha cambiado el concepto del impulso sexual; no es un efluvio que parte del cerebro: parte de la secreción química de una glándula.

El homosexual lleva en sí gérmenes del sexo contrario, siendo Letamendi el primero que entrevió este magno problema en el año 1896, y lo comunicó a un congreso celebrado en Roma.

Del estudio de un gran número de sujetos homosexuales, puede deducirse que un gran porcentaje poseen una doble sexualidad fisiológica.

Puede decirse que el homosexualismo es una forma intersexual en la cual predomina la perturbación instintiva sobre la somática;

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

claro que todo esto puede ser agravado por la educación y el medio en que el sujeto se desarrolle.

Las formas anormales de la intersexualidad se encuentran en sujetos prácticamente normales, pero que sometidos a un examen biológico concienzudo, se ve tienen elementos del sexo contrario; para diagnosticar estos casos hay que aplicar un criterio definido: el estudio de los caracteres sexuales.

Los caracteres sexuales se dividen en dos grandes grupos: anatómicos (primarios y secundarios) y fisiológicos (primarios y secundarios).

Tres de estos caracteres sexuales son de absoluta necesidad estudiar profundamente: primero, la voz; segundo las modificaciones del esqueleto, y tercero, la distribución del vello y del cabello.

En cuanto a la voz hay dos tonos de voz en el género humano que corresponden al tipo intersexual: son la voz de contralto, en la mujer, y la de tenor, en el hombre.

En cuanto al esqueleto, la anchura de la cintura escapular tiene que ser más ancha que la pélvica en el hombre, y al contrario en la mujer; esto prueba que el hombre está hecho para el esfuerzo, y la mujer para la maternidad.

La distribución del vello y las modalidades diversas del cabello, tanto en el hombre como en la mujer, son altamente demostrativas del carácter sexual, y dependen de la secreción testicular u ovárica, de tal modo, que los hombres castrados jamás se hacen calvos.

El vello en los oídos es un signo altamente viril.

Hay mujeres con la distribución viril del vello, y hombres con vello parecido a la mujer en forma y distribución; todos estos casos son estados intersexuales.

La intersexualidad fisiológica, puede estudiarse en la niñez, en la pubertad y en el climaterio.

En la niñez es un estado ambiguo, careciendo de interés los conocidos trabajos de Freud acerca de esta edad.

En la pubertad, los niños del sexo masculino tienen un período de tendencia femenina, cosa que no sucede en las niñas; en cambio, en el climaterio la mujer tiene tendencia a la psicología y al aspecto varonil, y el hombre, por el contrario, no.

En Zoología ha sido observado esto mismo en varias especies de animales.

Para explicar esto es necesario insistir sobre el carácter universal de la intersexualidad, estado fisiológico al que todos están sometidos.

El embrión sexualmente es bisexual; en el trascurso del desarrollo se decide por un sexo u otro; el sexo vencido queda latente, pero puede en su día mostrar su psicología.

Steinach y Lacosta han conseguido que una hembra de conejo castrada, a la que inyectan testículo, tome las características morfológicas del macho; también se puede hacer inversamente el experimento.

Todos tienen dos sexos: uno primario y legítimo, y otro, secundario y bastardo, que puede hacer su aparición en la vida.

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

En la evolución del desarrollo de ambos sexos no hay paralelismo: la pubertad femenina se verifica antes que la masculina, y en cambio el climaterio viene antes en la mujer. En la niña las reglas aparecen a los trece años, fijando el período de la pubertad; el niño aislado del ambiente y de sus perniciosas influencias, sigue siendo niño hasta los quince años, y no alcanza su plenitud varonil hasta los treinta y cinco; la mujer está en plena actividad a los veinte; a los cuarenta y cinco, con el cese de las reglas aparece el climaterio, fin de la vida genital, que en el hombre se prolonga hasta los sesenta años y a veces más; por lo tanto, no hay paralelismo, sino más bien asincronismo.

Las consecuencias de estas nociones sobre intersexualidad son grandes, pues deben servir de base para revisar toda la psicopatología actual y modificarla con arreglo a estas nuevas concepciones.

Prensa Médica Española

CONTRIBUCION AL CONOCIMIENTO DE LOS FENOMENOS NEURITICOS PRODUCIDOS POR LA QUININA. — De pocas sustancias puede decirse que su eficacia terapéutica esté tan unánimemente reconocida como la de la quinina.

La indudable eficacia terapéutica de esta sustancia ha contribuído a que este alcaloide se haya administrado en las más variadas enfermedades. Algunas de las virtudes terapéuticas que a la quinina se han atribuido, descansan sobre el hecho paradójico de que su administración no está excenta de peligros y produce accidentes. De antiguo es conocida la manera, que durante muchísimos años ha prevalecido, de curar, o hacer que no se presenten, las manifestaciones clínicas englobadas bajo el nombre genérico de vértigo de Meniére, haciendo que el enfermo tome la quinina de un modo continuado y a grandes dosis. Esta práctica, de la que Charcot se hizo su más decidido defensor y divulgador, en muchos casos ha conducido al fin que se perseguía, pero traía como consecuencia que el enfermo quedase completamente sordo.

En estos últimos años el gran uso que de las sales de quinina se ha hecho, usando como vía de introducción de ellas la vía hipodérmica, ha demostrado de modo evidente que tal alcaloide irrita los nervios y hasta puede dar lugar a fenómenos de neuritis.

El Dr. José M. Villaverde (*La Medicina Ibera.*—Madrid 18 de Febrero de 1928) relata un caso de paludismo que recibió cinco inyecciones en la región glútea y la primera en el brazo derecho. El sitio donde se introdujo la aguja fué en la región externa del brazo, 5 o 6 centímetros de la articulación del codo. En el momento de inyectarle la solución de quinina, el enfermo notó un vivísimo dolor que durante breves momentos le hizo perder el sentido. Al volver

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

en sí notó que no podía mover la mano. Desde entonces este síntoma no se ha modificado.

La exploración de su sistema nervioso puso de manifiesto: El tríceps derecho se contrae normalmente. Al doblar el antebrazo si se le pone a ello dificultad, se ve con entera claridad que el supinador largo está completamente paralizado y sólo el biceps y el braquial anterior forman un relieve marcado, poniendo de manifiesto la parte exclusiva que toman en la citada función. Los músculos de la región posterior del antebrazo están completamente paralizados; la extensión de la mano y de los dedos es imposible de todo punto. La extensión-adducción de la mano (cubital posterior) y su extensión-abducción (primer radial externo), tampoco pueden realizarse. Los músculos flexores de la mano y dedos, efecto de la actitud de aquélla, funcionan mal. Los interóseos, debido también a la misma causa, realizan su función de un modo deficiente.

El tronco del radial es inexcitable para la electricidad galvánica y farádica. Los músculos no reaccionan a la corriente farádica; pero con la galvánica, colocando encima de ellos, en el sitio correspondiente, el polo positivo, al abrir la corriente aún se produce una contracción.

Los desórdenes de la sensibilidad se extienden en la parte posterior del antebrazo, al borde externo del mismo, región inervada por la rama externa del nervio radial y a la mitad externa del dorso de la mano. En la región dorsal de la tercera falange del índice y medio no hay trastornos.

La sensibilidad al contacto (algodón, pincel, etc.), es muy poco perceptible. El contacto se siente menos y no «es tan limpio» como en condiciones ordinarias. Por añadidura, se localiza mal, y va acompañado de un elemento extraño como hormigueo. En el centro de la región del dorso de la mano inervada por el radial *no siente absolutamente nada*, y en torno de esta zona es donde la sensibilidad adopta los caracteres que acabamos de indicar. En la citada área del antebrazo siente mucho más, aunque con los caracteres señalados.

El dolor no se siente absolutamente nada en el dorso de la mano en una extensión que coincide con la de la anestesia para el contacto. Más afuera se siente que tocan, pero no el dolor, y no puede decirse si se toca con algo muy fino, como la punta de un alfiler o con otro objeto que sea romo. En toda esta región, el contacto de la punta del alfiler se siente como irradiándose y, desde luego, localizándose mal.

El calor y el frío no se aprecian absolutamente nada en la zona anestésica para las otras modalidades. Las temperaturas extremas se sienten por fuera de dicha zona, en el resto de la piel inervada por el radial, pero el calor y el frío no se «sienten tan bien» como en otras regiones cutáneas. El «grado de calor» no se distingue con perfección, y solo con las temperaturas extremas es menos manifiesta esta particularidad. En la región pósteroexterna del antebrazo todos estos síntomas existen, pero muy atenuados.

Es una parálisis del radial, perfectamente definida, que se presentó inmediatamente de la inyección subcutánea de quinina que

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

le administraron. Al querer puntualizar sobre el verdadero origen de la parálisis,hay que considerar tres hipótesis, la neuritis pudo ser producida por una lesión directa del nervio con la punta de la aguja, o bien su causa fué debida a una infección o a la irritación directa del nervio con la sal del alcaloide.

Puede afirmarse que una infección no fué la causa determinante del accidente. La impotencia funcional se presentó *inmediatamente* después de la inyección y, por tanto, no trascurrió el tiempo necesario para que el agente infeccioso introducido se desarrollara y diera lugar a los fenómenos descritos.

Que la neuritis sea de origen traumático no es verosímil, aunque dar una demostración terminante que ponga de manifiesto lo equivocada de tal suposición no sea ya tan fácil. Es poco menos que imposible que una lesión de esta magnitud sea producida por la punta de una guja de inyecciones hipodérmicas. Los que han practicado la punción lumbar con frecuencia han tenido ocasión de ver lo que sucede si se toca con la punta del trócar uno de los cordones nerviosos de la cola de caballo. Se produce un dolor vivísimo con caracteres fulgurantes, irradiándose todo a lo largo de la pierna, pero ahí termina todo. En el nervio radial una sección total es muy difícil, por no decir imposible, que se produzca por una punción.

Queda, por fin, como tercera hipótesis que la lesión del radial fué producida por la acción directa de la droga sobre las fibras del nervio.

Todos los que se han ocupado de problemas neurológicos saben perfectamente la acción que sobre las fibras de un nervio ejercen ciertas sustancias si se inyectan en las inmediaciones del mismo. El alcohol es de los compuestos mejor conocidos desde este punto de vista, y precisamente por el hecho de abolir de un modo absoluto la conductibilidad de las fibras nerviosas, es por lo que se ha empleado en los casos de neuralgia del trigémino, prefiriéndose esta intervención, casi siempre benigna, a las neurotomías, que desde todos los puntos de vista son muchos más graves. Poco a poco ha ido aumentando la lista de las sustancias dotadas de esta propiedad, y hoy día su número es muy crecido. La antipirina ha sido de las últimas descritas de las que están dotadas de esta propiedad.

La quinina tiene la propiedad de, si se inyecta en las inmediaciones de un nervio, producir una neuritis, porque los *axones* se rompen, y como consecuencia de ello *todos* los elementos de la fibra evolucionan, desde el sitio de la lesión hasta la periferia, en el sentido ya perfectamente conocido de la degeneración walleriana.

En el caso de la intoxicación local del nervio, aunque la continuidad de los tubos no se ha interrumpido y sólo los axones se han roto, las cosas pasan exactamente de la misma manera que cuando se secciona el nervio con un instrumento cortante. Pero aunque los tubos nerviosos no se han seccionado, el proceso de la regeneración, o mejor dicho de la neurotización del cabo periférico no se realiza, porque el tejido conjuntivo en estos casos no permanece inactivo. Primeramente prolifera como si se tratase de una inflamación y luego experimenta una porción de modificaciones, al fin de todas las cuales se convierte en tejido fibroso, que si se retrae demasiado

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

da lugar a una verdadera *cirrosis* del nervio. En estas condiciones, las fibras nerviosas son comprimidas y se produce la degeneración total. No hay que olvidar para aclarar estos conceptos que la quinina al ser inyectada debajo de la piel produce nódulos duros, y que en éstos toma buena parte el tejido conjuntivo.

MORFOLOGIA Y ESPIRITU FEMENINOS.—La diferenciación sexual no es ni más ni menos que el predominio de los cromosomas del sexo corespondiente sobre el opuesto, pero todos llevan algo del sexo contrario. El sexo, pues, se determina en el mismo momento, en que se unen las células germinales en el acto de la fecundación.

En la morfología humana, hay que señalar los caracteres de la forma llamada "futura", por Mathes, que se encuentra más a menudo en el hombre que en la mujer. En ésta es más frecuente el tipo llamado "juvenil".

No es lo mismo tipo ideal (el que se ajusta a los cánones) que tipo de belleza femenina, pues éste varía extraordinariamente según las edades, temperamento artístico, razas, países, etc., etc.

Los caracteres morfológicos de los tipos juvenil, hipoplásico, hiperplásico, displásico, asténico e intersexual, es raro que se encuentren en toda su pureza, están mezclados los caracteres de unos con otros. Es frecuente la mezcla del intersexual con el asténico, que hoy predomina en los figurines de moda. Las mujeres "juveniles" son, desde luego, más aptas para el desempeño de las funciones maternales, siendo pocas veces afectas de procesos ginecológicos, de los cuales padecen a menudo las mujeres de los otros tipos. Hay varios factores genotípicos y paratípicos que influyen en la génesis de los distintos tipos morfológicos.

Es interesante establecer las relaciones que puede haber entre la morfología y la psiquis femenina; a este propósito la clasificación de Kretschmer las divide en ciclotímicas y esquizotímicas; las primeras corresponden a las formas juveniles o "pícnicas"; las segundas, a las intersexuales y asténicas. Las primeras son de carácter ingenuo, adaptable al medio, sin apasionamiento, con instinto maternal muy desarrollado; entre las esquizotímicas se encuentran tipos tan distintos como Mesalina y Santa Teresa, pero son todas ellas mujeres de vivas relaciones, apasionadas en ocasiones y de desconcertante frialdad en otras; unas son románticas; otras, celosas; otras, de viva inteligencia (tipo de maestra, intelectual); sus manifestaciones de amor son de un fuego tal, que aniquila y subyuga, a diferencia de las juveniles, que por no amar tan ardientemente, sus manifestaciones afectivas reaniman y confortan. (*Dr. Carrasco Cadenas*).

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

Notas Terapéuticas

DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS DE LA AGITACION EN EL CURSO DE LA EXCITACION MANIACA. — Después de un detenido estudio de todos los tratamientos de la agitación, el Dr. Ch. Bapt (*Tesis de la Facultad de Tolosa.*—1927) llega a la conclusión de que, en los agitados maniacos, el somniféne hace pasar en silencio el período agudo; disminuye la violencia al despertar, proporciona noches tranquilas; la vigilancia puede hacerse de manera menos rigurosa, hace posible la absorción de los alimentos en caso de que el enfermo rehuse tomarlos y facilita tanto la administración de medicamentos como el tratamiento de heridas y fracturas; además prepara y activa la entrada en la convalescencia.

En los agitados maníacos crónicos, modera, durante un período bastante largo, la viva excitación y por lo tanto aumenta su sociabilidad. Estas son ventajas considerables, debidas solamente a la extrema manejabilidad de este medicamento, el cual puede suministrarse por vía bucal (gotas), por vía intramuscular o por vía endovenosa; gracias a este último modo de administración, en los casos graves y urgentes, se pueden obtener éxitos inesperados. El somnifene se emplea también en el delirium tremens, en el tétanos, en estado epiléptico y en todas las manifestaciones nerviosas paroxísticas. En estas enfermedades el somnifene, demuestra ser el hipnótico de elección del médico práctico.

Bibliografía

ANALES DE LA CLINICA DE GASTROPATOLOGIA por los Drs. Camilo González y José María González Galván. — Tomo 1. — Editores Padura.— Sevilla, 1927.

Han recopilado los autores la experiencia clínica conseguida en el constante estudio de los pacientes, empleando para ello cuantos métodos modernos existen al alcance del médico. Con un criterio eminentemente práctico dan a conocer los resultados obtenidos por ellos en su consultorio.

El libro tiene capítulos de tanto interés como: gastrotonometría, ácido-alcalosis, diatermia en enfermedades del aparato digestivo, metabolimetría, etc., que revelan lo bien que conocen sus autores tanto la clínica como el laboratorio.

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

Resulta indudablemente un tomo de gran interés, no sólo para el médico práctico, sino también para el especialista.

LE SYNDROME MALIN DANS LES MALADIES DE L'ENFANCE POR V. HUTINEL—Un volumen de 368 páginas.—*Masson et Cie., Editores.*—Paris 1927.—32 francos.

Al lado de las formas benignas, medianas o graves de las enfermedades infecciosas, hay algunas que en todo tiempo han atraído la atención de los médicos, sorprendiéndoles por la repentina gravedad de sus manifestaciones o por su imprevisto desarrollo. Como ni el examen de los órganos ni las condiciones en que se había desarrollado el mal, permitían una interpretación satisfactoria de estos hechos confusos, se decía que la enfermedad había revestido una forma maligna.

¿En qué consiste la malignidad? Alternativamente fué invocado el terreno, la calidad, la cantidad, la manera de penetración del virus, el papel de las asociaciones secundarias y microbianas.

No es a estas reaciones humorales, tan a menudo acriminadas por los antiguos y tan misteriosas aún, que, en fin de cuentas—dice el autor—*será preciso pedir la explicación de los accidentes que vamos a estudiar primeramente en la fiebre tifoidea, y después en otras enfermedades generales.*

El primer capítulo del volumen está dedicado a los procesos malignos en las enfermedades generales; el segundo, a las infecciones malignas de ciertos aparatos. En el tercer capítulo el Profesor HUTINEL estudia el síndrome maligno de la escarlatina, y el papel que se debe conceder en su patogenia a ciertas lesiones orgánicas, sobre todo a las de las supra-renales.

En el cuarto capítulo el autor examina algunas, consecuencias de las manifestaciones malignas, estudiando especialmente «el equilibrio de los líquidos en los estados dinámicos».

El capítulo quinto está dedicado a la síntesis de las observaciones clínicas y a la discusión de las explicaciones sucesivas que se han dado. En muchos casos, el síndrome maligno se presenta como la expresión de «reaciones anafilácticas». La importancia de las lesiones viscerales y endocrinas siempren subsiste.

El Profesor HUTINEL, completa su estudio con un capítulo consagrado a «ensayos de higiene y profilaxia».

MEDICINA DE LOS PAISES CALIDOS.— Revista Española de Medicina e Higiene colonial, Patología tropical y Parasitología.— El Profesor GUSTAVO PITTALUGA, de Madrid con la colaboración de los doctores MESTRE, SADI DE BUEN, PLACIDO HUERTA, EDUARDO DELGADO, PACHECO, LUENGO, ELOSEGUI y OQUIÑENA, ha iniciado desde el mes de enero la publicación de una Revista bimestral de este nombre.

Hé aquí un simple exámen de los trabajos publicados en su primer número. El Dr. Pittaluga expone en un trabajo, documentado de modo completo, "el problema de la fiebre amarilla". Resulta del examen de esta cuestión, que no sólo el problema etiológico sigue en pie, a pesar de las afirmaciones de Noguchi, sino que re-

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

cientemente ha sufrido un recrudecimiento importante en el Brasil en el año 1926 y en la costa occidental del Africa el año 1927. Todo el Senegal ha sido declarado a los efectos sanitarios "en régimen de peligro inminente" por las autoridades francesas.

Además, la clínica de la enfermedad no está bien establecida todavía y aparte de los síndromes característicos existen otras formas atenuadas cuyo diagnóstico diferencial con enfermedades similares es muy difícil. La espiroquetosis ictero-hemorrágica y el dengue son los dos procesos principales de este grupo.

El Dr. Sadi de Buen publica un estudio completísimo basado en un gran número de observaciones personales acerca del «tratamiento del paludismo por la plasmoquina», examinando con gran detenimiento la cuestión de la posología e indicaciones de este nuevo preparado.

El Dr. Hernández Pacheco da cuenta de los trabajos realizados por la Comisión formada por el Dr. Charles Bailey, delegado de la Fundación Rockefeller en España, el Dr. Ortíz, Jefe de la Brigada Sanitaria Central, como representante de la Dirección de Sanidad y por el autor del artículo para estudiar "el problema de la anquilostomiasis en las minas de España".

"La anquilostomiasis en la huerta de Murcia" es estudiada en otro trabajo por el Dr. Guillamón, que calcula que la cifra de parasitados alcanza a 12.000 individuos entre los 100.000 que habitan la huerta.

El Dr. Eliseo de Buen, del Instituto Antipalúdico de Navalmoral de la Mata, da cuenta de los resultados que ha obtenido con un nuevo larvicida, el "verde París", trabajo que ha sido realizado con la colaboración de la Fundación Rockefeller.

A todos estos trabajos se añaden notas clínicas, datos epidemiológicos y demográficos, crónicas sanitarias internacionales, copia de informes relativos a asuntos sanitarios y finalmente la sección de análisis de artículos publicados en otras Revistas de la diferentes especialidades de que se ocupa la nueva publicación y otros de interés general, constituyendo el conjunto un volumen de 112 páginas.

Esta relación detallada de la nueva Revista señala su importancia.

ABORTO. SU TRATAMIENTO.—Por Jose Mª. de Otaola. *Editor J. Morata.*—Madrid.—1928.

Difícilmente se encontrará un estudio tan detallado y completo del aborto, como el que Otaola brinda en esta su nueva producción.

Todos los aspectos interesantes referentes al aborto (etiología, mecanismo, síntomas, diagnóstico, tratamiento, etc.), son tratados ampliamente, con verdadero acierto y orientación moderna.

Las páginas referentes al aborto infectado son quizá las más documentadas, y en las que más terminantemente se refleja el criterio personal del autor, saturado de la orientación antiinterven-

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

cionista, que si en ciertos aspectos puede ser discutible entre especialistas, es indudable que ejercerá con su difusión una beneficiosa influencia sobre el médico práctico que, sin ser tocólogo, ha de tratar aborto, con o sin complicaciones.

El rigorismo que se ha impuesto Otaola en su trabajo, es perfectamente compatible con la amenidad de exposición, en la que aparece alguna que otra relación anecdótica que hace que la lectura de este opúsculo, que contiene cerca de 250 páginas, sea verdaderamente grata y provechosa.

METODOS CURATIVOS PSIQUICOS POR EL DR. C. BIRNBAUM.—Sugestión, hipnosis, psicología individual, psicagogía y psicoanálisis.—Prólogo, traducción y anotaciones de RAMÓN SARRÓ. Un volúmen en 4°. de XII—472 páginas. — *Manuel Marín*, editor.— Barcelona 1928 — 15 pesetas.

En estos últimos años, los métodos curativos psíquicos han alcanzado altura semejante a la de los métodos quirúrgicos, farmacológicos y físicos. Cada vez se ve más y mejor que lo psíquico y lo orgánico forman un conjunto tan íntimamente unido e inseparable, que casi no hay enfermedad alguna orgánica (interna o externa) sin repercusión psíquica, ni trastorno psíquico sin repercusión orgánica. De aquí la importancia enorme de la psicoterapia, indispensable desde luego para el psiquiatra, pero necesaria también para todo cirujano. "Será un buen médico el que sepa emplear con perfección la terapéutica psíquica y la somática", dice Jorge Klemperer.

Todo médico y todo cirujano, sea la que fuere la especialidad que cultive, debe conocer profundamente cuanto concierne a la psicoterapia, la cual no es posible sin el más cuidadoso diagnóstico; por esto su aplicación requiere siempre la más esmerada exploración orgánica, razón por la cual en manos profanas la psicoterapia puede ocasionar los mayores daños.

Desde los consuelos, persuaciones y distracciones, hasta la sugestión y autosugestión, y desde la hipnoterapia y el tratamiento por la psicología individual, hasta la psicagogía o pedagogía psicoterápica y el psicoanálisis y métodos afines como la psicocatarsis, existe una serie numerosísima de recursos psicoterápicos, cada uno de los cuales tiene su fundamento científico, su indicaciones y su técnica. Todo esto que hasta ahora se hallaba disperso, aparece reunido y ordenado en la presente obra elaborada por el doctor Carlos Birnbaum y por los profesores Jolowicz, Heyer, Wesberg, Kronfeld y von Hattinberg, y traducida y copiosamente anotada por R. Sarró, que conoce como pocos los interesantísimos asuntos relativos a la psicoterapia.

Este libro, pulcramente impreso y excelentemente presentado viene a enriquecer el selecto catálogo de obras de Medicina de la Editorial Marin de Barcelona, la que merece plácemes, por haber ofrecido a la clase médica la obra más reciente, nutrida y completa de Psicoterapia.

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

FRACTURAS POR EL DR. L. OLIVARES.—Tomo I.— *Editor J. Morata.* — Madrid 1928

La obra del profesor Laureano Olivares, es un fiel reflejo de la personalidad del maestro, de su espíritu científico y de sus dotes de clínico insuperable. Es una obra en la que su carácter eminentemente práctico, campea con un elevado tono científico, que se sostiene a todo lo largo de ella. Los capítulos sobre fisiología del hueso, anatomía y fisiología patológica de las fracturas, el callo óseo y sus enfermedades, pseudoartrosis, etc. son insuperables. Pero aun son más valiosos, los capítulos de índole esencialmente clínica, en los que la amplia experiencia y el gran sentido clínico del autor brillan de modo insuperable, dando a la obra un marcado acento personal, como sucede cuando trata de la sintomatología y tratamiento de las fracturas en general, de los métodos de extensión contínua y del tratamiento operatorio.

En resumen, una obra de gran utilidad, no sólo para el médico práctico, sino para el cirujano general. Uno y otro encontrarán en ella valiosas enseñanzas y útiles consejos. La edición es esmerada, abundante en dibujos y radiografías.

MANUAL DE OBSTETRICIA, por los Drs. C. MAYGRIER y A. SCHWAAB.— Un vol. de 1072 páginas.—*Espasa Calpe S.A., editores.*—Madrid –Barcelona.—1928.

El manual de Obstetricia de los autores franceses que presenta traducido la casa Espasa-Calpe, reune todas las cualidades que un buen libro debe poseer. Una exposición clara y precisa de todas las materias, con una sencillez de lenguaje que hace fácil y comprensible su lectura.

Dividen el libro en tres secciones. Una primera que llaman Eutocia o embarazo, parto y puerperio fisiológico; otra segunda o Distocia, patología de esos estados y una tercera dedicada a la Terapéutica y operaciones obstétricas. Es un libro utilísimo, tanto al especializado como al médico práctico y donde éste podrá encontrar la precisión y justeza necesaria en las indicaciones en Obstetricia, avaloradas por una dilatada y personalísima experiencia de sus autores.

El estudiante encontrará en este libro un texto de fácil lectura que le hará aprender de una manera insensible los temas de la especialidad.

Avalora la obra, la cuidadosa traducción del Dr. Nubiola. El prestigio del ilustre especialista catalán hace innecesario todo encomio.

La casa Espasa-Calpe presenta el libro con el esmero y pulcritud proverbial de esa editorial.

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

La esclerosis de la arteria pulmonar consecutiva a procesos bronco-pulmonares crónicos

Por el Dr. LUIS A. MONTOYA

(CONTINUACION)

PRESION ARTERIAL Y VENOSA.—La presión arterial tomada con el oscilómetro de Pachon, demuestra hipo-tensión máxima y ligera disminución de la mínima. Generalmente esta última se conserva normal.

Las venas del cuello se presentan ingurgitadas; la compresión del hígado permite apreciar el reflujo hépato-yugular.

APARATO GENITO-URINARIO.— Sólo hemos observado complicaciones de este lado mientras dura la crisis de hiposistolia y asistolia, al cabo de la que todo vuelve a lo normal. Exeptuamos de esta afirmación la observación N°. 1, cuya albuminuria se ha hecho persistente desde hace algún tiempo; es verdad que su cifra es pequeña, pero a ella se agregan hematíes y cilindros granulosos. Aunque la diuresis es buena, las pruebas de la dilución y concentración, asi como la de la fenol-sulfon-taleína, son deficientes.

POLIGLOBULIA.-CANTIDAD DE HEMOGLOBINA.-CIANOSIS.— Desde hace algún tiempo se ha observado que en todos aquellos procesos a consecuencia de los cuales los glóbulos rojos de la sangre no pueden ponerse en contacto, a traves del epitelio pulmonar, con el aire, a fin de descargar su anhidrido carbónico y tomar el oxígeno en la medida necesaria para subvenir a las necesidades del organismo, aumenta el número de eritrocitos, y que este aumento se hace proporcionalmente a la extensión de las lesiones del epitelio alveolar y de la esclerosis y obliteración de las pequeñas arterias que le llevan la sangre. Fundándose en estas razones, Huchard ha dicho que la poliglobulia es un procedimiento de defensa del organismo contra la asfixia, destinado a compensar la hematosis, comparable a lo que sucede con las personas que se hallan en la altura.

En la "enfermedad" que estudiamos hay estas dos causas productoras de la hiperglobulia: la destrucción del epitelio de los alveolos, que reduce el campo de la hematosis y la disminución del aporte sanguíneo a este campo, por hallarse las arterias esclerosadas y con su luz disminuída.

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

Casi todos los autores están de acuerdo en aceptar que es la anoxemia debida a la mala hematosis, la que estimula directamente la médula ósea. Pittaluga cree—fundándose en que en los animales previamente tiroidectomizados no aumenta ni el número de glóbulo rojos, ni su cantidad de hemoglobina, cuando se les anemiza o lleva a las alturas—que la falta de oxígeno provoca una hiperfunción tiroidea que va a actuar sobre la médula ósea. Por esta razón creemos que el trabajo muscular activo y la asistolia derecha, por el hecho de aumentar la anoxemia, sean otros de los factores coadyuvantes de la eritrocitosis.

Investigaciones verificadas en Cambridge han puesto de manifiesto que en las hemorragias, intoxicaciones, principalmente por el óxido de carbono, se produce poliglobulia; pero si antes de provocarla en esta forma, se extirpa el bazo, no se constata la policitemia.

Estas experiencias parecen atribuir un gran papel al bazo en la eritrocitosis; éste órgano intervendría en los casos de anoxemia, lanzando al torrente circulatorio los glóbulos rojos que se hallaban en él depositados. Respecto al valor clínico de la policitemia, el Prof. Escudero pretende hacer de ella, un signo de primer orden, a punto tal, que no concibe a la "enfermedad de Ayerza" sin aquella. Según él, se inicia en el periodo bronquial, y alcanza su máximo en el de "cardíaco negro". Arrillaga y Bullrich y Behr, en cambio, aceptan la posibilidad de que no haya poliglobulia en dicha "enfermedad", lo cual corroboran refiriendo historias de pacientes con menos de 5 millones de glóbulos rojos.

Como se verá en las historias clínicas que presentamos, a pesar de practicar el recuento de glóbulos rojos en la sangre tomada por punción de la vena, según la técnica que aconseja Escudero, únicamente se ha encontrado hiperglobulia de manera constante en dos de ellos; en otro solo la hemos encontrado de modo episódico, y en los dos restantes no se la ha podido comprobar jamás, pese al celo con que se la buscó.

Estas diferencias pueden explicarse diciendo que en los primeros hay eritrocitosis, porque las lesiones son tan profundas, que el organismo, para tener el oxígeno necesario, se ha visto precisado a aumentar el número de glóbulos rojos y cuando falta, es porque la hematosis es bastante buena.

El aumento de la hemoglobina, dada su función de llevar el oxigeno a la intimidad de los tejidos, obedece a las mismas causas que la poliglobulia.

En 1901 el prof. Abel Ayerza encontró un enfermo cuyas características más importantes eran la asistolia y el color borra de vino de la cara y extremidades (*Cianosis*). Creyendo que se hallaba en presencia de un cuadro clínico no descrito en la Patología Médica, lo denominó "cardíaco negro". Este término, como lo ha demostrado Vaquez, es malo, no solo porque este color casi es exclusivo del último período de la "enfermedad", sino porque durante la faz bronquial, todavía no son cardíacos. Pueden haber "cardíacos negros", dice Escudero, sin que haya "enfermedad de Ayerza", y "enfermedad de Ayerza", sin que sean "cardiacos negros".

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

Arrillaga, que es el que más ha contribuído a vulgarizar con sus escritos este nombre, dice que el primer síntoma que presentan estos enfermos es la cianosis; y que la "enfermedad" es producida por una endoarteritis obliterante primitiva.

Escudero distingue etapas. Para él hay primero eritrosis, después eritrocianosis, y, más tarde, cianosis; correspondiendo la primera a la faz bronquial, la segunda a la de compensación cardíaca, y la última al período cardiaco.

Bullrich, Behr, Barlaro, Spangenberg y Patiño Mayer, están de acuerdo en que este síntoma es producido por la anoxemia, cuyo origen se ha estudiado al hablar de la policítemia. Más tarde, cuando aparece la asistolia, la cianosis se hace más intensa.—M. del Sel cree que la poliglobulia interviene en la producción de la cianosis.

Los sitios en donde se observa el color borra de vino son: la mucosa oral, lóbulo de la nariz, mejillas, pabellón del oído, cuello, manos y piés; dependiendo su intensidad del grado de anoxemia y asistolia. El esfuerzo y el sueño lo acentúan.

Examen Radiologico

Ortoradioscopía.—Este método de investigación radiológica gracias al orto-diagrama que suministra, permite apreciar no sólo la forma, sino el tamaño de las cavidades cardíacas, y, por consiguiente, del corazón mismo.

En conjunto, los corazones de estos enfermos ofrecen aspecto globuloso o de un zueco, con la punta redondeada; sus contornos son convexos, reveladores del esfuerzo que tienen que realizar para poner la sangre que contienen en movimiento. Examinando el contorno izquierdo de la imagen se encuentra que el arco superior —que corresponde a la mayor parte del cayado de la aorta—no ofrece en nuestros enfermos ninguna particularidad. El arco medio—formado en su porción superior por el tronco de la arteria pulmonar, y en la inferior, por la orejuela izquierda que cubre a esta aurícula—, se presenta tan prominente, que en algunos de ellos simula un aneurisma. Por debajo del punto G. hasta el G', el contorno de la sombra es debido al ventrículo izquierdo, que, como se puede apreciar en nuestros trazados, es redondeado. La punta G' es globulosa. En el borde derecho, la porción comprendida entre D y D', pertenece a la aurícula derecha; en todos se presenta alargada y convexa sobresaliendo del borde derecho del esternón.

En la posición oblícua anterior derecha, encontramos en el contorno izquierdo que el arco formado por la aurícula derecha es muy prominente y alargado, observándose en un caso, que llega a ponerse en contacto con la columna vertebral; por esta circunstancia el espacio que media entre ambas se halla muy reducido; en otras ocasiones está ocupado por una sombra oscura, debida, seguramente, a la esclerosis bronquial y de las ramas de la arteria pulmonar,

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

muy dilatada, y que, lo mismo que el tronco, aparece con un tinte muy oscuro. Esta curva se halla englobada hacia arriba, por las tres porciones de la aorta. A la derecha el contorno está formado por tres convexidades, que se superponen en el siguiente orden: aorta, tronco de la arteria pulmonar, muy dilatado en todos, y ventrículo derecho, cuya línea arqueada hace relieve considerable, hasta llegar a tocar con la pared anterior del tórax.

Radioscopía del hileo pulmonar.—Las sombras hileares se presentan muy marcadas, extensas y alargadas, y de sus contornos se ven salir numerosas ramificaciones, correspondientes a las arterias pulmonares. La nitidez de los contornos se debe tanto a los procesos de esclerosis de las paredes, como a la gran cantidad de sangre que contienen. Esta interpretación no es aceptada por todos, pues hay quienes dicen que ellas son debidas a los procesos de esclerosis peri-bronquiales, y hasta a las adenitis del híleo.

Bullrich y Behr, apoyándose en los datos recogidos en tres autopsias que efectuaron, dicen que las sombras hileares no son debidas de una manera exclusiva a los factores vasculares y bronquiales separados, sino a una mezcla de ambos, aunque con predominio del factor bronquial. A la pantalla radioscópica también se observa la danza hilear, que en concepto de Arrillaga estaría explicada por la simple hipertensión de la sangre en la arteria pulmonar.

Radiografía del Tórax.—Se comprueban las alteraciones pulmonares, propias de las bronco-neumopatías crónicas, que acompañan y preceden a ésta "enfermedad". Es decir, gran claridad pulmonar en las zonas en que no hay infiltraciones, ganglios o compromisos pleurales y espacios intercostales anchos y más o menos horizontales; estas dos alteraciones, como expresión del enfisema. Del corazón parten sombras con aspecto arborecente, que son debidas a la esclerosis peri-bronquial y a la átero-esclerosis.

En resumen los rayos X ponen de manifiesto: 1°.—Un aumento notable del área cardíaca, debido, sobre todo al crecimiento del ventrículo derecho y aurícula del mismo lado; 2°.—Un marcado aumento de la convexidad perteneciente al tronco de la arteria pulmonar; 3°.—Un apreciable aumento de la curva correspondiente al ventrículo izquierdo; 4°.—Un proceso de esclerosis de las ramas gruesas y medianas de la arteria pulmonar, asi como del tejido que rodea a los bronquios.

Electro-Cardiografia

El electro-cardiograma pone de manifiesto que el ritmo de estos enfermos puede estar alterado, como sucede en el de la Observación 3 que presenta extra-sístoles; también el predominio ventricular derecho, siendo más marcado en los enfermos N°. 1 y 3, y menos en el N°. 2 y 5. Al paciente N°. 4 no fué posible tamarle un electro-cardiograma. En la derivación I se puede notar la depresión S muy acentuada. En la derivación II, se nota mayor elevación de la onda P, con respecto a la T, siendo así que normalmente sucede

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

lo inverso. Además, en uno de ellos se pudo ver la onda P sobre la T, como una prueba de la mayor energía de la aurícula derecha, hipertrofiada. También se notó que la onda T no sólo está disminuída en altura, sino en un caso invertida. Arrillaga saca de este detalle conclusiones pronósticas desfavorables. En las derivaciones III, se constata siempre el aumento de la energía ventricular derecha, asi como el mayor predominio de la onda P.

Diagnóstico.

El diagnóstico de este proceso morboso se hace teniendo en cuenta no solo los datos recogidos en el exámen clínico, auxiliados por los rayos X, electrocardiograma y laboratorio, sino por los antecedentes que acusa el enfermo. Es necesario no olvidar nunca, que se trata de un proceso que muchas veces se inicia en la infancia, y que se desarrolla muy lentamente en los años de la juventud, para alcanzar el cuadro sintomatológico completo en la edad media de la vida. Nuestros pacientes ostentan dos grupos de lesiones; unas en el aparato pulmonar, y otras en el circulatorio. Las primeras, que como hemos dicho, son el resultado de catarros y bronquitis de repetición, se revelan por enfisema, tos y expectoración, de aspecto variado—; las segundas, por un aumento del área cardíaca verificada a expensas de las cavidades derechas, dada a conocer por una desviación de la punta del corazón, que late por fuera de la línea mamilar, y por el latido epigástrico en el ángulo costo-xifoideo izquierdo, producido por el ventrículo derecho. Además, hay un marcado reforzamiento del segundo tono en el foco pulmonar. Concomitantemente se observa cianosis, disnea, palpitaciones y poliglobulia. Pueden haber congestiones viscerales y derrame en el tejido celular subcutáneo y serosas. En la tensión arterial se halla una máxima disminuída y la mínima normal.

Los rayos X ponen de manifiesto el aumento de volúmen de las cavidades derechas, principalmente; la dilatación de la arteria pulmonar, y la esclerosis de esta y del tejido conjuntivo peri-bronquial, asi como el enfisema.

El electro-cardiograma constata la predominancia de las cavidades derechas.

Diagnostico Diferencial.

En el período bronco-pulmonar, cuando recién se inicia el proceso morboso es imposible diferenciarlo, por la sencilla razón de que hasta este momento carece de individualidad clínica. En presencia de un enfermo que acusa catarros frecuentes, puede ser que nos encontremos delante de un sujeto que más tarde evolucione hacia el cuadro morbosos descrito por Peter—ya que este período es indispensable—, o que lo haga en un sentido distinto. Todos los que presentan lo que se llama en la Argentina "Enfermedad de Ayerza", primitivamente son bronco-pulmonares, pero no todos los bronco-

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

pulmonares van a hacer una esclerosis de la arteria pulmonar. De manera, que el diagnóstico diferencial se debe hacer solo en el período que podríamos llamar de estado, cuando hay compromiso del corazón derecho y arteria pulmonar.

Entonces es necesario pensar en las siguientes enfermedades, para hacer el diagnóstico diferencial.

1°.—*Con la esclerosis solitaria y primitiva de la arteria pulmonar.*—Aunque esta afección es muy rara—solo se conocen 20 casos, que se han discutido muchísimo—, se debe estar capacitado para identificarla. Escudero dice que no es difícil hacer el diagnóstico diferencial, porque en ellos faltan los antecedentes pulmonares—la tos solo aparece en el último período—y porque la disnea es la que abre la escena.

2°.—*Con la estrechez mitral.*—En estos casos la sintomatología es muy parecida, sobre todo si hay esclerosis de la arteria pulmonar consecutiva a la hipertensión de origen cardiaco. La historia clínica pondrá en evidencia la falta de antecedentes pulmonares, y el exámen semiológico del corazón evidenciará la lesión mitral.

3°.—Con aquellos casos en que el cuadro es producido por una *compresión de la arteria pulmonar*, que impide una buena hematosis, por mal aflujo de sangre y provoca la hipertensión de la sangre en ella.—El diagnóstico se hace por la marcha de la enfermedad, que es muy larga en el "Síndrome de Peter", y corta en el caso en que nos hemos puesto. La radiografía pone en claro la presencia de tumor.

4°.—Con el grupo que Escudero llama "*Eritrosis verdadera o eritrosis enfermedad*":

a).—La enfermedad de Arnstein.—De esta se diferencia en que solo presenta la poliglobulia.

b).—La enfermedad de Vaquez. — Es más fácil todavía hacer la diferenciación. Esta, además de la poliglobulia, ofrece la esplenomegalia.

c).—La enfermedad de Geisbock.—Sólo es confundible en lo de la hiperglobulia, pués la hipertensión, que es otra de las características de esta enfermedad, falta en el síndrome que estudiamos, como falta en aquellos todo el cuadro clínico que hemos descrito.

d).—La enfermedad de Von del Castello.—El diagnóstico diferencial fluye de los razonamientos expuestos por las tres enfermedades anteriores, de las que es una síntesis; pues se caracteriza por la poliglobulia, esplenomegalia, e hipertonía vascular.

5°.—*Con la Enfermedad de los Andes*, descrita por el Prof. Carlos Monge.—En esta los trastornos principian a raiz de un viaje hecho a las alturas, mientras que en el proceso morboso estudiado puede presentarse en sujetos que siempre han permanecido en la costa (nuestras 4 primeras observaciones). En las primeras las alteraciones cesan al llegar a los niveles próximos al del mar; les falta los antecedentes bronco-pulmonares, y las manifestaciones del mayor trabajo del corazón derecho son muy discretas; nunca llegan a alcanzar las proporciones señaladas. Además presentan dolores reumatoidales, que desaparecen en la costa.

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

Con las enfermedades congénitas del corazón. — Persistencia de conducto arterial y del agujero de Botal. — La forma de evolución de la enfermedad que arranca con el nacimiento del niño y los datos recogidos por el exámen semiológico del corazón, hacen notar que el cuadro que presentan no es superponible a una esclerosis de la arteria pulmonar, formada a consecuencia de procesos bronco-pulmonares de larga duración.

Evolucion.—Pronostico.

Es indudable que el diagnóstico hecho al comienzo de la evolución puede modificar su rumbo y retardar su marcha. Cuando ya se han producido los compromisos de las pequeñas ramas de la arteria pulmonar, cuando estas revelan esclerosis y obliteración, creemos que la evolución es progresiva y fatal, porque nada puede detener su desarrollo: el corazón derecho se hipertrofia al principio, pero a la larga se lesiona su fibra muscular, que cae vencida por falta de energía; entonces los sujetos son conducidos a la asistolia derecha, de la que pueden mejorar momentáneamente, pero al fin y al cabo los hace pagar tributo a la muerte.

Escudero dice que todos los casos que llegan al segundo período son fatales en un plazo que rara vez excede de los tres años contados a partir de los primeros síntomas de asistolia derecha, y que esta es debida a rupturas de la pulmonar, asistolia total, o enfermedades intercurrentes. Arrillaga agrega a estos casos la trombosis.

El enfermo de nuestra observación 1, sobrepasa algo la cifra indicada por Escudero; lleva 5 años de haber presentado sus primeros trastornos asistólicos derechos. No se puede negar que su pronóstico es más sombrío que el de los demás, pues su proceso renal cada día se hace más acentuado.

En los otros enfermos, a pesar del tratamiento contínuo a que se les somete, el proceso morboso avanza más y más, lo que se dá a conocer por la facilidad con que se descompensan, y por el espacio de tiempo que separa una crisis de otra, que cada vez es más pequeño. Por esto creemos que el pronóstico es fatal para todos ellos, aún para el sifilítico, pese a la afirmación que hacen Bullrich y Behr de haber curado uno.

Tratamiento.

En los casos estudiados se ha empleado tratamiento etiológico, sin que se haya logrado mejoría alguna. Siempre se ha tonificado la fibra cardiaca mediante la ouabaína, y en los casos en que la diuresis era escasa, se ha administrado diuréticos. El reposo es lo que más provecho ha proporcionado a los enfermos. Creemos que el tratamiento debe ser sintomático.

(Continuará)

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

Estudio de la bilirrubinemia en la malaria

Por el Dr. JUAN M. ARELLANO

El estudio de la bilirrubinemia en la malaria es interesante por ser esta enfermedad endémo-epidémica en nuestro país; por corresponder a una enfermedad parasitaria del sistema retículo endotelial; por presentar el tipo de las ictericias por hiperhemolisis y ofrecer un amplio campo al estudio de las ictericias funcionales y por presentar muchas veces un aumento de bilirrubina en el suero sanguíneo antes que la ictericia, aumento que guarda relación más o menos estrecha con la anemia y la hipocolesterinemia.

La *Investigación de la Bilirrubina*, tanto en el suero como en los líquidos patológicos, se ha hecho mediante la reacción de Van den Bergh, cuya composición, asi como la técnica de la reacción, son perfectamente conocidos.

La intensidad de la reacción se expresa en clínica por una, dos o tres cruces, indicando que la reacción es débil, franca o intensa, respectivamente.

En la técnica se ha introducido una pequeña modificación, que la practicamos desde hace un año en el servicio de clínica médica del profesor González Olaechea, y que tiene la ventaja de hacer más rápida la reacción.

La modificación consiste que cuando la reacción directa, inmediata, es negativa, se añaden una gotas de solución de soda cáustica al 5% o 10% y se agita inmediatamente, obteniéndose una coloración verde, más o menos intensa, según la cantidad de bilirrubina contenida en el suero. La coloración puede hacerse también en zona, con una solución de alcohol y soda.

Esta reacción con la soda tiene importancia en las ictericias funcionales y hemolíticas.

En la malaria la reacción directa es negativa. La indirecta, positiva con mucha frecuencia, pudiendo ser débil, franca o intensa.

La reacción indirecta puede presentarse desde los primeros paroxismos febriles, aunque no hallan signos clínicos de ictericia, ni de anemia, siendo cuando es positiva el exponente de una ictericia por hiperhemolisis, ya que la presencia de la bilirrubina, sobre cuyo origen, formación y eliminación, mucho se ha discutido, atestigua la presencia de un pigmento, que es una de las fases metabólicas de esta compleja molécula.

Los pigmentos biliares formados en el sistema retículo-endotelial, son acarreados hasta la célula hepática, la que se encarga de concentrarlos y de eliminarlos, tanto más rápido cuanto más abundantes son, para mantener el dintel fisiológico de su eliminación.

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

La insuficiencia de la célula hepática traería como consecuencia una retención de bilirrubina, asi como la insuficiencia renal trae consigo retención de urea.

Normalmente existe bilirrubinemia, como consecuencia de la hemolisis natural que se realiza en el bazo, principalmente.

En la malaria, por la destrucción de los hematíes, como consecuencia de su parasitismo, y de la exageración de la función hemolítica del bazo, hay aumento de la bilirrubinemia, que también se explica por la intervención del hígado y la médula ósea, que forman también parte del sistema retículo-endotelial.

La malaria es enfermedad que produce marcada alteración en el sistema retículo endotelial, en sus diversas funciones de especialización, ya sea exagerándolas o inhibiéndolas.

La hemoglobina resultante de la destrucción hemática es trasformada en compuestos más simples; parte llega hasta la forma de fierro orgánico y parte contribuye a la formación de los pigmentos biliares.

El fierro orgánico es aprovechado por los órganos hemopoyéticos y en especial por la médula ósea, para la regeneración de la hemoglobina y de los hematíes destruídos, pues la fijación del fierro sirve seguramente de exitante en la regeneración celular, ya que es rápida la restitución de los hematíes, después de los primeros paroxismos febriles.

Sólo en la malaria crónica, hay una inhibición de las funciones de utilización y acumulación de hierro, formándose el cuadro de la siderosis, que va acompañada de profundas perturbaciones en las funciones del sistema retículo-endotelial.

En el bazo la alteración más saltante es la hemolisis esplénica; en el hígado la función de fijación de las células de Kupffer; en la sangre la destrucción de los hematíes; en la médula ósea la función hemopoyética.

Como existe, por otro lado, una correlación funcional en el sistema retículo-endotelial, a la intensidad de la función hemolítica sigue una exageración de la función biligénica como indice de compensación; por esto la hiperbilirrubinemia en la malaria es por hiperhemolisis e hiperbiligenia.

Todos estos hechos demuestran claramente la acción del agente malárico sobre el sistema retículo-endotelial en sus diversas funciones de especialización: hemolítica y biligénica, principalmente.

La hiperbiligenia en la malaria, se demuestra, mediante la reacción de Van den Bergh en el suero, desde los primeros accesos febriles, en muchos casos. Es posible, además, que la fijación de ciertos elementos provenientes de la destrucción globular, sirvan de exitantes a la función biligénica endotelial; por consiguiente la génesis de la hiperbilirrubinemia en la malaria, reside, pues, en la alteracción de dos funciones importantes del sistema retículo endotelial: la hemolisis y la biligenia. Hay una exageración de éstas dos funciones.

En resumen: la hemolisis parasitaria y esplénica son los hechos cronológicamente iniciales y como consecuencia de esto, se altera

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

la función biligénica que da por resultado un aumento de bilirrubina en el suero.

La génesis de la hiperbilirrubinemia de origen malárico se puede sintetizar en dos palabras: hiperhemolisis e hiperbiligenia.

La Bilirrubinemia en las diversas formas clinicas de la malaria

La bilirrubinemia según las diversas formas clínicas de la malaria, está en relación con la anemia, la ictericia, y el aumento del bazo.

Su evolución clínica depende de varios factores: intensidad de la afección , grado de la hemolisis, especie parasitaria, cronicidad de la enfermedad, etc.

En las formas de malaria aguda, benigna, la bilirrubinemia generalmente es de corta duración. En la forma perniciosa, puede prolongarse por más tiempo y está en relación, además, con el grado de anemia. En las formas crónicas, es más prolongada, ya que en ellas influye la anemia y la cronicidad.

Respecto de la intensidad de la reacción de Van den Bergh, no hay nada fijo en las diversas formas: puede decirse, de modo general, que las formas perniciosas hemolíticas y las formas crónicas, dan reacciones más intensas y precoces.

Puede observarse la reacción indirecta, desde la retardada débil, hasta la inmediata franca. Cuando la reacción indirecta es inmediata e intensa, hay que pensar en la mayoría de los casos en una insuficiencia hepática del mismo origen.

En ciertos casos de malaria reciente, con reacción de Van den Bergh indirecta positiva, no hay disminución de hematíes, porque durante los primeros paroxismos febriles la reacción de la médula ósea es suficiente para compensar el número de hematíes destruídos.

En las formas hemolíticas, perniciosas, donde la anemia se hace más aparente, porque la destrucción es masiva y los centros hemopoyéticos no son suficientes para reparar las pérdidas, dada la profunda alteración endotelial, es cuando puede observarse la hiperbiligenia por hiperhemolisis, que constituye un poderoso argumento para la génesis que se ha sostenido de la bilirrubinemia malárica. En algunos de estas formas, no se presenta ni esplenomegalia, ni ictericia: solo hay anemia y reacción de Van den Bergh indirecta.

En las formas simples de malaria, aunque la ictericia es muy discreta, sin embargo, se observan a veces francas reacciones de Van den Bergh.

Hay que tener presente que la intensidad de la reacción, no siempre es proporcionada con el grado de anemia o de ictericia: esta relación es más constante cuando hay insuficiencia de la célula hepática, porque entonces la bilirrubinemia es más por reten-

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

ción, que por hiperbiligenia. Dicho sea de paso, esta insuficiencia hepática puede ser también de origen malárico.

Esta ictericia funcional se debe a la producción exagerada de pigmentos biliares en el sistema retículo-endotelial, que en un momento dado vuelven insuficiente a la célula hepática y quedan retenidos.

Puede, pues, haber ictericia por hiperbiligenia que tiene como causa inmediata la exagerada destrucción de hematíes e ictericia por insuficiencia funcional de la célula hepática; ambas de origen malárico.

Esta ictericia por hiperhemolisis suele presentarse en otras enfermedades anemizantes como la verruga peruana, la melitococia, según hemos tenido ocasión de observarlo.

Comparando los resultados de la reacción de Van den Bergh con la esplenomegalia, se llega a concluir que es más de origen espodógeno que de reacción endotelial. En efecto, se observan casos de reacción positiva sin aumento ostensible del bazo. Esto no quiere decir que no halla reacción endotelial, sino que la esplenomegalia malárica es ocasionada por la acumulación de restos celulares y parasitarios, la hiperplasia del tejido conjuntivo y los fenómenos de hiperemia vascular.

RESUMEN

1°.—La malaria es una enfermedad del sistema retículo endotelial, según lo demuestra la clínica y el laboratorio.

2°.—La reacción de Van den Bergh indirecta, es muy frecuente en la malaria y su intensidad es variable.

3°.—Las alteraciones del sistema retículo-endotelial en la malaria son más ostensibles en la sangre, médula ósea y el bazo.

4°.—La génesis de la bilirrubinemia en la malaria, descansa en el hecho fundamental de una exagerada destrucción de hematíes, que trae como consecuencia una hiperbiligenia.

5°.—La ictericia malárica pertenece al grupo de las ictericias hemolíticas: las formas perniciosas hemolíticas constituyen su mejor ejemplo. En ellas se puede hablar con razón de una ictericia retículo-endotelial.

GUIA LASCANO
De todas las profesiones inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

Prensa Médica Francesa

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Sesión del 2 de Marzo de 1928.

A PROPOSITO DE LOS ANEURISMAS ARTERIO-VENOSOS.—Charles BUIZARD recuerda dos casos de aneurismas arterio-venosos popliteos comunicados por él anteriormente a la Sociedad y en los que la pared aneurismática era la ganga fibrosa común a las dos vasos, ganga distendida por la sangre y en el interior de la cual abríanse arteria y vena. El único síntoma que permite afirmar una comunicación entre una arteria y una vena es el soplo contínuo con refuerzo sistólico; el estremecimiento vibratorio o «*thrill*» no es un signo patológico.

FIBROMA Y EMBARAZO.—LUTAUD comunica un caso de fibroma de la pared posterior del útero que produjo un aborto de tres meses; la miomectomía no había sido aceptada. Dos años después, embarazo normal con parto fácil y también dos años más tarde expulsión expontánea del fibroma por las vías naturales; ablación por torsión.

SARCOMA O TUMOR INFLAMATORIO DEL BRAZO Y DEL HOMBRO DESARROLLADO SOBRE UNA CICATRIZ DE HERIDA DE GUERRA. ABLACION DE CASI TODA LA PIEL DEL BRAZO. AUTOPLASTIA INMEDIATA CON LA PIEL DE LA REGION ANTERIOR DEL TORAX.—MORNARD comunica esta observación. El tumor fué extirpado por primera vez en 1915, tres meses después de la herida. La segunda operación se realizó en 1919 con exámen histológico que había sentado la conclusión de «sarcoma». La tercera operación tuvo lugar en 1928; después de un año de irradiación el tumor había invadido casi toda la piel del brazo y del muñón del hombro. El exámen histológico sentó la conclusión de un seudo-sarcoma inflamatorio. El autor hace un resumen histórico de los tumores de cicatriz y discute el problema de las relaciones del traumatismo con el cáncer.

UNA OBSERVACION DE QUISTES GASEOSOS EN EL ABDOMEN.—HAUTEFORT ha encontrado estos quistes con ocasión de una operación por estenosis del píloro. Hace una exposición de las teorías actuales ideadas para explicar la génesis de esta rara afección.

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

ADENOPATIA INGUINAL Y CANCER DEL CUELLO DEL UTERO.—GRESSET presenta la observación de un cáncer del cuello del útero complicado con una voluminosa adenopatía inguinal que necesitó la exéresis. La clínica muestra y la anatomía prueba que las lesiones del cuello del útero, chancro o cáncer, pueden en ciertos casos, bastantes raros, estar acompañadas de adenitis inguinal.

PERFORACION AGUDA DEL ULCUS DUODENAL.—V. PAUCHET, apropósito de dos casos curados por procedimientos diferentes estudia ciertos detalles de la técnica de estas operaciones. La sutura de la perforación será diferente según los casos: en un caso, en el que era imposible hacerla, el autor ha obliterado la perforación aplicando a ella la pared anterior del estómago. Si hay estrechez del duodeno por la sutura, debe hacerse una gastro-enterostomía. Debe practicarse en todo caso el drenaje no a nivel de la incisión sino en el Douglas en donde siempre hay líquido. En los casos de hiperclorhidria hágase ulteriormente una gastrectomía secundaria.

TECNICAS OPERATORIAS NUEVAS DEL INJERTO ANIMAL EN LA MUJER.—DARTIGUES recuerda sus experiencias sobre este tema y sus primeras operaciones desde 1924. Cita diversos procedimientos imaginados por él para aplicar el injerto por vía parieto-abdominal sub-aponeurótica, lateral y mediana hipogástrica; vía perigenital externa, externa labial (grandes labios); vía perigenital interna preuterina y subperitoneal, vía paragenital sub y retromamaria. Da un cuadro de las diversas técnicas quirúrgicas utilizables para el injerto endocrino del animal a la mujer, siguiendo una clasificación personal y procedimientos casi todos originales.

DOS HERIDAS TORACO-ABDOMINALES POR BALA DE REVOLVER.—WEBER. En los dos casos la bala de pequeño calibre que entró a nivel del sexto espacio intercostal izquierdo, había lesionado el estómago, el intestino y el riñón; podía percibírsela en la región lumbar izquierda. Laparotomía; sutura de las perforaciones. en el primer caso, la extracción del proyectil, practicada veinte días después de la operación y en el momento en que la curación parecía completa, fué seguida de accidentes septicémicos mortales. En el segundo caso la extracción del proyectil fué practicada durante la operación; curación.

UN CASO DE APENDICITIS GRAVE CON SINTOMATOLOGIA ESCASA. QUISTE GRAVE DEL MESOAPENDICE.—MULLER comunica la observación siguiente. Hombre de 26 años que de repente se queja de dolores en la región apendicular; vómitos biliares siete horas después. Reconocido veinte horas después de los primeros síntomas no se observa nada en el abdomen, excepto un ligero dolor a la presión profunda en el punto de Mac Burney;

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

la facies es mala. Operación 25 horas después; apéndice esfacelado en vías de perforación; quiste grave del meso. Curación.

Sesión del 16 de Marzo de 1928.

ADENOPATIA INGUINAL Y LESIONES DEL CUELLO DEL UTERO.—BRODIER declara que la adenopatía inguinal en las lesiones del cuello del útero está lejos de ser un hecho excepcional. Las disecciones anatómicas y la anatomía patológica demuestran su posibilidad. Las observaciones clínicas son numerosas; pero si en las lesiones cancerosas del cuello la adenopatía inguinal es poco frecuente, por el contrario, en las lesiones venéreas la adenitis nunca es pelviana sino inguinal.

LAS BASES DEL TRATAMIENTO DE LA ESTASIS INTESTINAL CRONICA.—V. PAUCHET, presenta un informe sobre un trabajo de SIR ARBUTHNOT LANE (de Londres).—El autor declara que una de las causas del estreñimiento crónico es el hábito que han adquirido los hombres civilizados de no hacer sus necesidades más que una vez al día; es necesario reeducar a los individuos y principalmente a los niños, con objeto de habituarlos a ir al retrete una vez después de cada comida.

A PROPOSITO DE LA RAQUIANESTESIA.—HALLER comunica su estadística y su técnica operatoria. Emplea la estovaina. La raquianestesia está contraindicada en los que padecen chock y en los hemorrágicos, presta un gran servicio en las operaciones abdominales de larga duración por la inmovilidad abdominal que procura.

ENFERMEDAD DE MADELUNG LARVADA.—ROEDERER comunica dos observaciones. Una mujer de treinta años, padecía desde hacia algunos meses dolores en la muñeca. Examida, encuéntrase deformaciones idénticas en ambas muñecas: subluxación del cúbito sobre el carpo y curvadura acentuada del radio; estas lesiones existían desde la época de la pubertad. Igual caso se observó en un muchacho de quince años. El autor piensa que la enfermedad de Madelung larvada, es quizás más frecuente de lo que se cree.

UN CASO DE RIÑON MASTIC.—LAURET comunica una observación de esta forma bastante rara de degeneración tuberculosa del riñón. La evolución es silenciosa. El aspecto de la radiografía que muestra sombras redondeadas, muy obscuras, de contornos difuminados, muy diferente de las manchas que dan los cálculos, permite sentar el diagnóstico. La nefrectomía en estos casos es indispensable; en efecto, esta tuberculosis silenciosa no es de un modo necesario una forma que ha terminado su evolución.

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

EL TRATAMIENTO DE LAS PARAPLEGIAS POTTICAS.—R. MASSART Y R. DUCROQUET comunican una observación de paraplegia póttica en la cual, después de haber hecho una radiografía, han practicado una costotransversectomía y puncionado directamente el absceso medio. Curación de la paraplegia en una semana; herida cicatrizada por primera intención.

TRES CASOS DE EXTRACCION DE BALA DE REVOLVER.—M. BOURGUET. Los proyectiles estaban situados: en el primer caso, en la cavidad orbitaria; en el segundo, en el ventrículo lateral izquierdo; en el tercero, encima de la tienda del cerebelo. Los proyectiles se extrajeron con éxito.

QUISTE HIDATIDICO DEL HIGADO. CHOC ANAFILACTICO GRAVE DESPUES DE LA INTERVENCION.—BRESSOT comunica la observación siguiente: operación por quiste hidatídico; formolización del quiste; necesidad de abrir la bolsa. Desde el fin de la operación, choc anafiláctico muy grave con reacción de urticaria generalizada. Curación.

El autor insiste en las variaciones de las reacciones biológicas que prueban una sensibilidad anterior. Piensa que la rapidez de los fenómenos de choc es debida a la absorción del líquido hidatídico a nivel de la ancha sección hepática resultante y aconseja, con Lemaire, la adición al formol, de sulfato sódico o de alcohol, substancias modificadoras de las albúminas del líquido hidatídico y cuya absorción sería la causa de la sensibilización anterior.

Prensa Médica Española

EL APARATO PARATIROIDEO EN EL ULCUS GASTRICO. POR EL DR. *Eusebio Oliver Pascual* (*Archivos Españoles del aparato digestivo y de la nutrición*, enero 1928).—Se admite por gran número de autores que en la patogenia de la úlcera gástrica, colabora un desórden o desequilibrio del sistema nervioso vegetativo y principalmente del abdominal. Los motivos que dan lugar a un trastorno en el sistema nervioso autónomo se reducen, en último análisis, a dos causas: constitucionales y condicionales.

El autor ha examinado 50 enfermos y cree que el carácter del cuadro endocrino propio de la úlcera es muchas veces latente, otras poco extenso y siempre algo diferente al de los descritos; toma generalmente la apariencia de una espasmofilia del adulto con síntomas tetanoides, más o menos generalizados, patentes unas veces; otras solo revelables por algunas maniobras (hiperpnea, inyección de farmacos vegetativos, etc.).

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

Es sabido que en la patogenia de la tetania interviene un trastorno de las glándulas paratiroides, enfermedad que sólo mejora con la administración de calcio, confirmatorio de la hipocalcemia que caracteriza a la insuficiencia de las glándulas de Sandstrom.

Viendo la frecuencia de la espasmofilia en el enfermo ulceroso y además la confirmación de la hipocalcemia y de la irritabilidad neuromuscular, el autor ha podido comprobar la intervención paratiroidea en la patogenia del ulcus, en un 60% de los casos examinados, y sin exajerar el valor de esta clase de argumentos, ha visto que algunos sujetos ulcerosos no mejoraban, apesar de otras terapéuticas, hasta que no se llevaba a cabo la administración, a dósis suficientes, de calcio y de magnesio.—Dr. E. E. A.

EL TALIO EN EL TRATAMIENTO DE LAS TIÑAS.—Por el Dr. *Antonio Peyri*. — (*Revista Médica de Barcelona*.—enero, 1928).—Peyri inicia su trabajo con el estudio farmacológico del talio, insistiendo especialmente en su afecto depilante, por acción sobre el sistema nervioso autónomo, y en su alto poder tóxico. El grado de alopecia depende de la dósis administrada (8 a 9 mil grm).

Es necesario, la previa exploración clínica, buscando la existencia de albuminuria, señalada como contra indicación en la cura por el talio. El A. ha empleado el acetato de talio diluído en agua.

El tiñoso pesado y en ayunas bebe de una sola vez la solución azucarada de talio, pincelándosele diariamente los sitios enfermos, con solución alcohólica de yodo al 1 por 100. Los accidentes fueron de 26% de los casos tratados, no siendo de regla la curación.

La alopecia que se obtiene es insegura e irregular, y la única razón de ser en el empleo del talio, estriba, en que es un recurso que puede emplearse en los casos de tiña que se presentan en los pueblos desprovistos de instalaciones de rayos Roentgen.—Dr. E. E. A.

SOBRE LA ACCION DE LAS PEQUEÑAS DOSIS DE RAYOS X EN LOS PROCESOS DEL TEJIDO CELULAR PELVIANO, Por el Dr. LUIS RECASENS (*Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, Agosto 1927).—El conocimiento de la acción de los rayos Roentgen sobre los tejidos vivos, no es, ni con mucho, una cuestión resuelta: al lado de los que creen que la acción única de los rayos X es local, están los que consideran la acción general sobre el organismo, y entre unos y otros se hallan los eclécticos, que probablemente son los que tienen razón, que aceptan como igualmente importantes ambas acciones, la local y la general que se hacen manifiestas, según las condiciones particulares de cada caso.

Las mismas dudas y disparidad de criterios existen en lo referente a las pequeñas dosis de rayos Roentgen, dósis irritativas o irritativas estimulantes como pretende Seotz que sean denominadas.

Las múltiples experiencias llevadas a cabo no dejan lugar a duda en cuanto a la existencia de la acción estimulante, ¿pero por qué mecanismo? ¿es que la actividad funcional de las células está aumentada, o es la acción aparentemente estimulante de sustancias

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

proteinógenas y necrohormonas puestas en libertad al morir las células mas radiosensibles del tejido irradiado?

La acción de la irradiación débil es, indudablemente, compleja. No se trata de un efecto protéinico puro, porque faltan los signos de la fase negativa (temperatura, alteración del cuadro citológico de la sangre, etc.). De importancia son la hiperemia, con su influencia sobre el sistema nervioso vegetativo; la liberación de vasos linfáticos bloquedados; las modificaciones fisicoquímicas; posiblemente la acción de las pequeñas dosis de rayos X sobre el sistema retículoendotelial; quizás también el ovario comprendido en la zona irradiada, por su acción sobre el resto del sistema endocrino.

Sea cual fuere el mecanismo de acción, lo indudable es que clínicamente se comprueba la existencia de una reacción del organismo sobre el cual han actuado las radiaciones Roentgen en pequeñas dósis.

La roentgenterapia de las inflamaciones en la práctica ginecológica marca dos tendencias distintas: una, anulando la función ovárica, suprime la menstruación, y con ella la perjudicial influencia que ejerce sobre los casos de inflamaciones genitales; otra, buscando una acción curativa directa y procurando no irradiar los ovarios más que en los casos absolutamente indispensables.

Los rayos X actuando directamente sobre la zona inflamada manifiestan clínicamente su acción, con los siguientes hechos: la disminución del dolor después de la irradiación es un hecho constante; rara vez, y en casos incipientes, se consigue una reabsorción, y con ella el *restitutio ad integrum* de los órganos inflamados; lo más frecuente es que se precipite la fusión purulenta de los tejidos, que en unos casos puede ser el comienzo del camino hacia la curación, pero que en otros podrá representar un peligro, si la serosa— en el caso de órganos intraperitoneales—no se defiende aislando con adherencias la zona inflamada.

Termina el trabajo del Dr. Recasens con la historia de un caso típico tratado por él, en que los efectos beneficiosos fueron tan rápidos y manifiesta que no trepida en publicarlo por lo que puede tener de enseñanza.—Dr. E. E. E.

TERMINOLOGIA MEDICA

SOBRE LA FIEBRE ONDULANTE. — La Cámara Médica de la isla de Malta y el grupo médico de Malta de la Asociación Médica Británica han acordado proponer al mundo médico la supresión de las denominaciones de fiebre mediterránea o de malta y la adopció n del término Fiebre ondulante.

El nombre de Fiebre Ondulante fué propuesto por Hughes, médico militar, en el año 1867, y su adopción fué recomendada por el Congreso Internacional de medicina de Londres del año 1913.

Las ondulaciones térmicas son las más constantes y particulares características de la enfermedad.

La denominación "fiebre ondulante" se ha aplicado solo y exclusivamente a esta enfermedad y no es susceptible de interpretación ambigua. El término "ondulante" es palabra familiar, fácil-

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

mente pronunciable, y puede con exactitud ser traducido en todas las lenguas por la forma latina «*febris undulasn*».

La adopción de nombres geográficos para calificar a enfermedades específicas es inoportuno desde todo punto de vista. Esta costumbre corresponde a los tiempos en que reinaban todavía las teorías miasmáticas, y cada especie de fiebre era considerada como efecto de emanaciones infectivas propias de la región en donde hacían estragos.

El uso de terminologías basadas sobre particularidades geográficas ha contribuído al atraso de la diferenciación nosológica y etiológica de estas enfermedades. Y eso es patente de manera especial en relación con el grupo de la fiebres "Mediterráneas", bajo cuyo nombre u otros semejantes fueron repetidas veces incluídas confusamente el tifus exantemático y la tifoidea, la fiebre amarilla, la fiebre del flebotomo, la recurrente, y probablemente casos de malaria y de otras manifestaciones febriles todavía no individualizadas.

La denominación "fiebre de Malta" fué empleada para indicar exclusivamente la fiebre de tipo prolongado en épocas relativamente recientes, por eso no puede primar sobre el de fiebre de tipo ondulante bajo el pretexto de prioridad de uso o de costumbre inveterada.

La FIEBRE ONDULANTE no es exclusiva de Malta y de las regiones Mediterráneas, así como tampoco es una infección propia de las cabras maltesas.

Las observaciones hechas en estos últimos tiempos tiende a mostrar la propiedad del *B. abortus* de Bang, de producir una fiebre continua semejante a la producida por el *M. melitensis* de Bruce, dando otro argumento para el abandono del término "Fiebre de Malta". Cualquiera relación que pudiera existir entre las denominaciones "Fiebre de Malta" y "*M. melitensis*" no regiría en los casos en los cuales el morbo fuese ocasionado por el "*B. abortus*". Sería por eso de utilidad práctica, como en el caso de las fiebres paratifoideas, servirse del término FIEBRE ONDULANTE para indicar el cuadro clínico de la enfermedad, seguido en cada caso por una referencia para el agente patógeno particular, como por ejemplo: Fiebre Ondulante (Bruce), Fiebre Ondulante (Bang).

Notas Terapéuticas

EL ARSYLENE GLUCOSADO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENCEFALITIS EPIDEMICA.—La encefalitis epidémica y especialmente sus secuelas están, cada vez más, al orden del día. En los síntomas parkinsonianos consecutivos a ella, se han recomendado multiples agentes terapéuticos; nada parece haber dado tan buenos resultados como los arsenicales a altas dosis contra la hipertonia y la rigidez tan tenaces y tan angustiosas. Meynadier (Tesis de Montpellier, 1927), recomienda al arsylene y concluye: que el arsylene parece ser, de entre todas las medicaciones

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

dirigidas contra la encefalitis epidémica, en sus múltiples variedades clínicas, la que da mejores resultados; el autor hace observar, igualmente, que con las inyecciones intravenosas de 0.20 (5 cc.) tres veces por semana, por series de 15 inyecciones, no ha visto nunca ninguna contraindicación.

Estos resultados tan interesantes vienen a corroborar los ya obtenidos en la esclerosis en placas, la ataxia, los síntomas basedowianos, la ansiedad, la melancolía, paludismo, sífilis, fiebre recurrente y en ciertas enfermedades de la piel muy tenaces, tales como el eczema crónico, eritema indurado de Bazin, prurigo y sobre todo la psoriasis.

El arsylene es bien tolerado por las vías digestivas y muy activo; presta buenos servicios a los neurólogos, psiquiatras y dermatólogos y no menos también a todos los médicos prácticos que utilizan generalmente los cacodilatos, los metilarsinatos o fórmulas más o menos complejas. Las ampollas de 5 cc. en solución glucosada, perfectamente indoloras, por vía intramuscular, utilizables igualmente por vía endovenosa, permiten practicar tratamientos intensivos sin ningún inconveniente. Las ampollas de 2 cc. dan la posibilidad de instituir un tratamiento toniestimulante. Por fin los gránulos reservados para la vía bucal y todas las modalidades del método de Fowler, se ven muy bien aceptados por todos los enfermos. Bien puede decirse que, gracias a estas tres formas, el arsylène es el más manejable y el más práctico también de los compuestos arsenicales orgánicos.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

SESION DEL DIRECTORIO

Bajo la presidencia del doctor Leonidas Avendaño, celebró sesión de Directorio la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.

Se tomó conocimiento de las actividades desarrolladas en el período de vacaciones, las que han consistido en conferencias dadas en el establecimiento correccional de mujeres de Santo Tomás y en la Penitenciaría Central. Asimismo la institución se informó de que se han confeccionado, con la cooperación de la casa editora Sanmartí y Cía., cuadernos para uso escolar, con el nombre de "Cuaderno Perú", en cuyas cubiertas se han colocado recomendaciones prácticas de higiene social. Los temas tratados han sido higiene de la boca y medios para evitar el paludismo.

La secretaría también presentó el tomo segundo del libro de lectura "Educación y Patria", del que es autor el doctor Alberto Ureta, en el que existen tres capítulos dedicados a cuestiones higiénicas, que tratan de profilaxia de la tuberculosis, del paludismo y

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

de la higiene de los ojos. Como es la primera vez que en los libros de lectura de las escuelas nacionales se da cabida a estas cuestiones, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social acordó otorgarle un voto de aplauso al autor, que supo inspirarse y aceptar las doctrinas y la propaganda que hace la institución.

El doctor Fernando Luis Castro Agusti, teniendo en cuenta las ventajas que reportan las conferencias de higiene social en los establecimientos penales, propuso que la Liga se dirija al Consejo local del Patronato pidiéndole autorización para extender su labor de propaganda a la Escuela Correccional de Surco, y que esta solicitud también se haga a la Inspección general de prisiones.

Adhiriéndose a la idea lanzada por "La Acción Médica", que postula la menor publicidad del delito y considerando la amplitud que ha tomado en Lima la divulgación de estos hechos, que contribuyen a relajar la moralidad de las masas, especialmente de aquellas de inferioridad espiritual, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social contempló la forma de hacer una campaña práctica que sin disminuir la libertad de la prensa, canalice esta actividad por los senderos de la corrección y mantenimiento de las buenas costumbres.

Esta campaña por iniciarse, que no sólo tiene en su apoyo la buena doctrina moral, sino la propaganda ya iniciada por el Consejo Nacional de Mujeres del Perú, provocó un entusiasta debate, mereciendo favorable acogida del auditorio. Con tal motivo y para hacer prácticas estas ideas se acordó dirigir una circular a los diarios de la capital y de las provincias para que mediten en el asunto y no den publicidad a los detalles innecesarios de los hechos delictuosos que ocurran en el país, a fin de evitar que se conviertan estas informaciones en motivos alentadores para el crimen, dado que la prensa está llamada a realizar obra de cultura y de elevación moral.

También se hizo asentimiento, en relación con este asunto, a la posibilidad de que en el futuro Código Penal — que debe estar inspirado en las modernas tendencias de la legislación preventiva — se incluya entre las diversas medidas profilácticas del delito, la brevedad y la honestidad con que la prensa debe hacer sus informaciones sobre hechos criminales. Con este motivo se acordó dirigirse a la comisión codificadora del Código Penal, invitándola a contemplar estas ideas.

Como la Liga tiene conocimiento de que el doctor Avendaño prepara un trabajo en el que avanza aún más respecto a estas ideas, y propone que se considere hecho delictuoso la publicidad exagerada y escandalosa de los crímenes, señalándose para el caso sanciones en el Código Penal, la institución acordó suscribir la doctrina del jefe de la escuela médico-legista peruana, y elevar su trabajo a la comisión reformadora del Código Penal.

Igualmente se tomó en cuenta la frecuencia con que en los últimos tiempos se viene publicando los protocolos de las autopsias médico-legales realizadas en la morgue, contraviniéndose lo que dispone el Código de Procedimientos Criminal, y dado que esta práctica es nociva, irregular y repulsiva, por iniciativa del doctor Fer-

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

nando Luis Castro Agusti, que mereció acogida entusiasta, se acordó dirigirse al Presidente de la Corte Superior y al Fiscal decano de la Nación, para que tomen la intervención que les corresponde en el asunto.

Noticias

PRIMER CONGRESO DE LA ASOCIACION MEDICA PANAMERICANA.—Esta asamblea de la Asociación Medica Panamericana se reunirá en la Habana (Cuba) desde el 29 de Diciembre de 1928 hasta el 2 de Enero de 1929. El Dr. Fred H. Albee, de New York, Presidente de la Asociación, ha elaborado un programa que comprende cuatro elocuciones fundamentales sobre Cirugía, Medicina, Pedriatria y Medicina Tropical.

El Dr. William J. Mayo pronunciará la referente a Cirugía y el Dr. Lewellys Barker de la Universidad de Johns Hopkins es el encargado de la de Medicina.

Este Congreso se propone reunir en su seno a la clase médica del Hemisferio Occidental.

Una de las más recientes conquistas de la Asociación Médica Panamericana, ha sido la fundación del Hospital de igual nombre en la ciudad de New York, destinado preferentemente a enfermos de habla española y portuguesa.

Bibliografía

EL VENDAJE por los Drs. F. HARTEL y F. LOEFFLER.—Un tomo con 390 páginas y 300 ilustraciones.—*Espasa Calpe, editores.*—Madrid 1928.— En rústica, 20 pesetas.

Para hacer esta obra— útil y original—se han unido en estrecha colaboración científica el profesor Hartel, cirujano de la Clínica Quirúrgica de la Universidad de Halle, y el profesor Loeffler, director de la sección ortopédica de dicha Clínica, y de este modo cada vendaje o cada apósito tiene una certera orientación terapéutica elevando este arte manual a una ciencia: la ciencia del apósito.

La obra está dividida en tres partes: comprenden las dos primeras los vendajes propiamente dichos y los vendajes mecánicos especialmente usados en las fracturas.

Constituye la última parte, el estudio de los apositos y los modernos tratamientos de heridas.

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

La ilustración es completamente original.

La editorial Espasa-Calpe, ha hecho labor meritísima al presentar este libro con un lujo verdaderamente extraordinario y avalorado con la traducción que de la edición alemana ha hecho el doctor Vallejo Nájera.

EL ALUMBRAMIENTO NORMAL Y SU PATOLOGIA.—M. USANDIZAGA.—*Editor J. Morata.*—Madrid 1927.

La monografía de Usandizaga sobre "*El alumbramiento*", refleja una documentación bibliográfica concienzudamente adquirida, así como una experiencia personal bien poco frecuente.

Las primeras páginas del opúsculo están dedicadas a la descripción minuciosa del alumbramiento normal y a los métodos de su asistencia. El resto de la monografía se refiere al alumbramiento patológico. Todas las causas de las desviaciones patológicas del alumbramiento, entre las que menciona como una de las más importantes el maltratamiento del útero durante la asistencia a un alumbramiento normal, que fácilmente se convierte así en patológico, son detenidamente estudiadas. El cuadro clínico de estos procesos anormales y su tratamiento están expuestos con todo género de detalles. Las distintas formas de expresión uterina, inyecciones funiculares de líquido, desprendimientos manuales de placenta, vaciamiento de restos, excitaciones mecánica, térmica, eléctrica y medicamentosa, taponamientos, compresiones de aorta y de parametrios, histerectomía, todos los tratamientos en fin, son analizados, descritos y correctamente enjuiciados.

Esta monografía de Usandizaga puede satisfacer plenamente al especialista que quiera consultar ciertos detalles del asunto en ella tratado; pero servirá asimismo de excelente guía al médico práctico que ha de enfrentarse tan a menudo con los incidentes peculiares de un alumbramiento, que, si normalmente no da lugar a la menor preocupación, es causa de terribles consecuencias en los casos patológicos.

LES CANCERS ET LEURS COMPLICATIONS por M. RENAUD.—Un volúmen de 322 páginas.—*Masson y compañía Editores.* — París 1927.

En esta obra originalísima, el autor trata del pavoroso problema del cáncer, desde el punto de vista de la Patología interna, poniendo de manifiesto las particularidades y enseñando los numerosos accidentes provocados por el crecimiento de la neoplasia.

El autor hace un somero e inteligente estudio crítico de las diversas teorías para explicar la incógnita del cáncer.

En este libro admirable, obra más de patólogo que de cancerólogo, puede el médico encontrar un eficaz auxiliar para resolver los problemas diagnósticos, que el médico general debe saber para llegar al ideal soñado por todos: El diagnóstico precoz de tan temible mal, único elemento terapéutico favorable que encuentra la moderna medicina para la lucha contra el terrible azote de la humanidad.

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

LA CESAREA por el Dr. MATEO CARRERAS.—*Editor J. Morata.*—Madrid 1927.

Esta producción del doctor Mateo Carreras aparecida en los *Opúsculos de Obstetricia y Ginecología* que con tanto acierto edita J. Morata, es una demostración de la contribución científica de los médicos españoles, cada día más cultos y mejor orientados.

El doctor Carreras ha sabido exponer de un modo ordenado y práctico todos los detalles de técnica de esta importante operación, los distintos y numerosos métodos aconsejados por los más diversos autores y las indicaciones y contraindicaciones de la misma.

Se trata, pues, de una monografía perfectamente documentada, en la que aparece muy sabiamente razonado de criterio personal del autor.

Merece felicitación sincera el editor, que ha puesto en este Opúsculo todo el cariño y competencia que son bien patentes en toda las producciones que salen de su editorial.

ESTUDIOS SOBRE TUBERCULOSIS POR EL DR. JOSE VALDES LAMBEA.—Madrid 1926.—*Editorial Reus.*— 15 pesetas.

No hay en toda la literarura moderna española acerca de la tuberculosis, obra en que se ahonde más en el estudio de la clínica de esta enfermedad.

Forman la primera y última parte del libro la exposición de las doctrinas modernas acerca del mecanismo de la infección tuberculosa y también la de los medios actuales de tratamiento (método higiénico, tuberculina, neumotórax, quimioterapia, etc.)

La parte del libro más interesante es la que dedica al análisis de la sintomatología, la explicación del probable mecanismo interno de cada síntoma, cosa tan importante para formar un criterio acertado de la fisiología patológica del caso clínico que se estudia.

Es por lo tanto, esta obra de gran enseñanza, y su lectura muy recomendable para los médicos generales y para aquellos que sientan preferencia por los problemas relativos a la clínica de la tuberculosis.

FORMULARIO DE TERAPEUTICA por GASTÓN LYON y P. LOISEAU.—*Editor Espasa-Calpe.*— Madrid, 1927.

Es el formulario de Gastón Lyon, uno de los libros más conocidos y usados por el médico práctico.

Con sólo indicar que esta edición que lanza a la venta la *editorial Espasa-Calpe* es la décima tercera edición, estaba hecho el justo elogio de esta utilísima obra.

En esta edición, de bonísma y clara impresión, dejando a un lado los medicamentos de discutible eficacia, sólo han conservado en el formulario el sulfato de quinina, el benzoato de bencilo y los diversos preparados de bismuto, hoy convertidos en sustancias de terapéutica corriente en el tratamiento de la sífilis.

La opoterapia ha sido aumentada con un detenido estudio acerca del extracto pancreático, la insulina, ocupando la preponde-

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

rancia y puesto de honor alcanzado por este preparado en la moderna terapéutica de la diabetes.

Aumentan el contenido doctrinal de esta nueva edición, dos admirables capítulos, uno consagrado a las medicaciones por la sangre, que comprende la trasfusión, la autohemoterapia, la heterohemoterapia, la autosueroterapia, y el otro, pleno de novedad, se dedica a las medicaciones antianafilácticas y desensibilizantes, y a las medicaciones por el choque y contra el choque.

La traducción, castiza y clara es debida a la pluma autorizada del doctor Espasa y Escayola.

TECNICA QUIRURGICA VAGINAL POR EL DR. LUIS RECASENS.—*Editor Javier Morata.— Madrid* 1928.

Acabamos de recibir este nuevo libro, editado por J. Morata, tan conocido entre los médicos, por ser uno de los editores que más entusiasmo ha puesto en cuanto a la publicación científica médica se refiere.

El profesor Luis Recaséns haciendo honor a su apellido y a su cátedra, no descansa; esta producción suya es una palmaria demostración de lo que significa una voluntad de hierro al servicio de una tenaz laboriosidad y de una esclarecida inteligencia.

La *Técnica quirúrgica vaginal* representa una saludable reacción contra la casi exclusiva utilización de la vía abdominal por los ginecólogos actuales; significa un reproche justificado por el abandono de la vía quirúrgica peculiar del especialista. La vía abdominal es más sencilla, de técnica más asequible; la vía vaginal ofrece indudables dificultades, pero en términos generales, los peligros para la enferma se reducen considerablemente con su empleo.

De tres partes principales consta la obra del Dr. Luis Recaséns.

La primera se ocupa de las nociones de anatomía y de asepsia y anestesia quirúrgicas, indispensables para toda intervención ginecológica. En la segunda, se describen las intervenciones que se hacen por vía vaginal, y que si bien en algunos casos representan una intervención definitiva por sí solas, en la mayoría de las ocasiones se trata de técnicas preliminares de intervenciones ulteriores. Tales son, por ejemplo, las colpotomías, episiotomías, histerotomías, etc. Por último, en la tercera parte, se describen con detalle cuantas intervenciones ginecológicas pueden realizarse por vía vaginal.

En todas las páginas de este libro se refleja el dominio que el autor tiene sobre la técnica vaginal, condición indispensable para acometer una empresa como esta.

El libro, editado como acostumbra hacerlo Morata, está avalorado con 163 figuras que repartidas en poco más de 200 páginas, resultan de una profusión bien útil para la mejor comprensión de las descripciones.

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

Dos casos de nefrosis con hiperazohemia notable

Por el Dr. MAX. GONZALEZ OLAECHEA
Profesor de Clínica Médica

y RAFAEL M. ALZAMORA
Jefe de Clínica

La clasificación que de la nefropatías han hecho Volhard y Fahr, con ser hasta hoy una de las más aceptables pues sus fundamentos son anatomoclínicos y hasta patogénicos como lo quieren sus autores, no permite sin embargo ubicar en ninguno de sus grupos ciertos tipos mórbidos que se observan en la clínica. Afortunadamente ella se presta para introducir subgrupos, como ya lo han hecho sus propios autores al agregar a su primitiva clasificación una especie de *nefrosis* que han denominado *necrosante*.

Se han presentado a nuestra observación dos casos por demás interesantes que, como se verá, no encuadran en ninguna de las formas establecidas por Volhard y Fahr, por lo que consideramos, si nuestras ideas son aceptadas, que se hace necesario establecer una nueva clase en la nefrosis.

Los casos a que nos referimos son los siguientes:

Primera observación.—H. C., de 20 años, carpintero, mestizo. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Dice haber gozado siempre de buena salud. Con alguna frecuencia sufre de catarros nasales. Desde hace 4 años tiene dolor lumbar al flexionar el tronco. Hace año y medio tuvo paludismo durante 6 meses. No ha tenido chancros ni adenitis inguinal. Hace 3 meses sufre de gonorrea, para cuya curación ha tomado muchas clases de drogas hasta el comienzo de su enfermedad el 13 de diciembre de 1925. H. C. amanece inapetente; después de un ligero desayuno es presa durante medio día de intenso escalofrío seguido de fiebre. En el trascurso del día tiene vómitos, primero alimenticios después biliosos, y dolores en todo el cuerpo, más intensos en el vientre en la región umbilical. Hay torpeza intelectual, casi inconciencia, adinamia. Constipación. El día 14 el enfermo continúa en el mismo estado, tiene además hipo tenaz e insomnio. La fiebre continúa hasta el 16 aunque menos intensa que el primer día. Los otros síntomas persisten hasta el 18 día en que se hospitaliza en nuestro servicio. Sala de San José del Hospital "Dos de Mayo".

Al exámen encontramos un sujeto bien desarrollado, en buen, estado de nutrición; muy postrado, adinámico, semiconciente

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

facies de intoxicación. Acusa ligera cefalalgia difusa. Pupilas y conjuntivas normales. Lengua húmeda. dientes bien implantados y conservados.

Pulso amplio, regular, 60 pulsaciones por minuto. Nada de particular en el aparato respiratorio ni en el corazón. Presión arterial Mx. 16'5, Mn. 7; índice oscilométrico 10.

Hay hipo persistente, anorexia completa, constipación. Dolores lumbares, más intensos del lado izquierdo; puntos renales posteriores a la palpación. Oliguria; no hay edemas. Está apirético. En la uretra, secreción purulenta en la que se halla abundantes gonococos.

El día 19 el laboratorio nos da los siguientes datos:

Hematíes 3'640.000; Leucocitos 6.000; gran. neutrófiolos 74%; monocitos 4%; linfocitos 22%; Reacción de Waserman en la sangre negativa. Hay 4.09 gr. de úrea en la sangre.

El enfermo continúa en el mismo estado hasta el 21 en que la diuresis sube de menos de 500 cc. por día en que había estado, a 1.500 cc., para subir a 2.000 al día siguiente y continuar por encima de esta cifra en los días que siguen. El hipo desaparece y el estado general mejora algo. En la sangre hay el día 21, 6 gr. de úrea, 0'015 de creatinina y 0'76 de colesterina por litro. En la orina: densidad 1.009, úrea 11 gr., cloruros 2 gr. por litro; hay hemoglobina y hematíes con abundantes leucocitos en el sedimento. No hay cilindros.

Durante estos días se administra al enfermo suero glucosado isotónico por vía subcutánea, inyecciones de aceite alcanforado, y se procura alimentarlo lo mejor que es posible con hidratos de carbono y leche.

El 24 de diciembre el enfermo continúa mejor, los dolores generales han desaparecido, duerme bien. En la sangre hay 4.60 gr. por mil de úrea; en la orina, los mismos datos del primer exámen.

En los días siguientes la diuresis aumenta hasta llegar a 4.000 cc. el 29. La prueba renal de la fenolftaleína da una eliminación total de 10% en las dos horas. En la sangre hay entonces 2.48 gr. por mil de úrea, con 0'050 de ácido úrico y 0'010 de creatinina, también por mil. Las condiciones del enfermo son buenas, se alimenta y duerme bien. La presión arterial se mantiene entre 16 y 17 de Mx. y 7 y 7'5 de mínima.

En los últimos días de diciembre y primeros de enero, de 1926, aparecen en la orina escasos cilindros granulosos que desaparecen posteriormente. La prueba de la excreción uréica realizada el 31 de diciembre fué muy deficiente, pues siendo la cantidad de úrea por litro de orina de 10 gr. antes de la prueba, después de la ingestión de 15 gr. de úrea solo subió a 12 gr. por litro en cada una de las horas horas siguientes. La úrea sanguínea desciende el 3 de enero de 1926 a 0'89 gr. por mil, y la presión sanguínea a Mx. 14 y Mn. 7, índice ocs. 5.

Posteriormente las cifras de úrea descienden de modo gradual: 15 de enero, 1.65 gr.; 25 de enero 1.14 gr.; 5 de febrero 0.97; 23 de febrero 0.55, siempre por mil.

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

El enfermo se levanta, se alimenta satisfactoriamente, va recobrando sus fuerzas y se siente bien. La diuresis continúa entre 2.000 y 3.500 cc. diariamente. Los análisis de orina tienen caracteres normales aunque diluídos por la poliuria habitual.

La prueba renal de la fenolftaleína realizada el 11 de marzo da (43 mas 23) 66% en las 2 horas.

El 15 de marzo el enfermo solicita su alta. En la sangre hay 0.18 de úrea por mil. Se le recomienda seguir en el consultorio de vías urinarias el tratamiento iniciado ya de su gonorrea.

Posteriormente se practicó en varias ocasiones, en 1926, dosajes de la úrea sanguínea con los siguientes resultados: 27 de abril, 0.26 gr.; 3 de julio, 0.26 gr.; 21 de agosto, 0.27 gr. por mil..

En mayo de 1927 ingresa nuevamente al servicio por una hepatitis icterígena aguda benigna que curó en 15 días, La cífra de úrea sanguínea fue entonces de 0.19 por mil.

En noviembre del mismo año vuelve a hospitalizarse por una bronquitis asmatiforme de la que venía padeciendo desde 3 o 4 meses atras, y que por entonces se había excacerbado. El estao general era bueno, la diuresis normal. Presión sanguínea; Mx. 13.5 Mn. 8.5.

En la orina: densidad 1.033, úrea 44.gr. por litro. En la sangre, 028 gr. de úrea. El coeficiente o cuociente de Mac Lean fue de 137. La prueba renal de la fenolftaleína dió (70 más 12) 82% en las dos horas.

La prueba de Volhard realizada el 21 de noviembre de 1927, dió el siguiente resultado: con una ingestión de 1500 cc. de agua, elimina en 4 horas 1.520, 1.100 en las dos primeras horas. La densidad de la orina, que bajó a 1.003 durante la dilución, subió en la tarde a 1.033 y se mantuvo en 1.030 durante la noche. Salió el 30 de noviembre muy aliviado de sus síntomas bronquiales.

Ultimamente, febrero de 1928, hemos visto al enfermo que continúa en buenas condiciones generales siempre con catarro bronquial, desempeñando activamente su oficio de carpintero. La cifra de úrea sanguínea es de 0.29 gr. por mil. El 28 de mayo hay 0.22 gr. por mil de úrea en la sangre con un cuociente de Mac Lean de 80.

Segunda Observación—Recogida por don J. A. Orellana distinguido practicante del servicio.

A. F. de 16 años, mestizo; trabaja en mecánica dental. Nada importante en sus antecedentes familiares. Ha sufrido de grippe y de paludismo. No fuma, ni bebe, ni ha tenido infecciones venéreas

Su enfermedad se inicia el 23 de setiembre de 1927, por haber ingerido voluntariamente parte de una solución de varias pastillas de bicloruro de mercurio, con intención suicida, al recibir la noticia inesperada de la muerte de su madre. Y aunque fué atendido inmediatamente y estuvo vomitando cerca de una hora, la cantidad de tóxico absorbida fué suficiente para que se declarara el cuadro de una intoxicación hidrargírica aguda. Así; poco después siente dolor y ardor en el vientre. Al día siguiente, equimosis subconjuntival intensa y melena. Hay ya anemia y gran postración. Como fuera agravándose, se hospitaliza el 28 de setiembre

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

en la sala San Roque del Hospital "Dos de Mayo" donde el Dr. Sánchez Checa nos permitió generosamente la observación primero y después el traslado del enfermo a nuestra sala.

Al exámen: Sujeto bien desarrollado para su edad, algo emaciado. Adinámico, indiferente, conciente pero con gran tendencia al sueño. Ambas conjuntivas bulbares están completamente rojas por hemorragia subconjuntival. Equímosis palpebral bilateral. Pupila con caracteres normales. Estomatitis gingival y labial con puntos hemorrágicos y necróticos. Aliento fétido, lengua seca y saburrosa. Nada de particular en el aparato respiratorio. Eretismo cardíaco. Presión arterial; Mx. 12, Mn. 6'5; ligera taquicardia. Del lado del abdómen dolor epigástrico y sensación de ardor. Oliguria. No hay puntos renales. No hay edemas.

En los primeros días de su estadía en el hospital, la oliguria es notable, menos de 500 cc. en 24 horas. Hay sangre en las materias fecales. Hay 4 gr. de urea por mil, en la sangre, cifra que el 30 de setiembre llega a 4.62 gr. Hematíes: 3'540.000; leucocitos: 11.500 por mm. c. En la orina cuya densidad es de 1.010, hay 5.76 de úrea, y 5 gr. de cloruros, con trazas de serina y glucosa; nada anormal en el sedimento.

El 2 de octubre la úrea sanguínea es de 4.22 gr. por mil, con un cuociente de Mac Lean de 1.82 La prueba de la Fenolftaleina solo dió vestigios en las dos horas.

En los días que siguen, el enfermo mejora, la depresión corporal y psiquica disminuyen, la gingivitis desaparece. La equímosis de la conjuntiva tarda más en reabsorverse. En la orina del 4 de octubre se encuentra regular cantidad de lipoides en el sedimento. La reacción de Wasserman en la sangre es negativa. La diuresis aumenta hasta llegar a 1.500 cc. por día entre el 8 y 10 de octubre, y alcanzar el 12 la cantidad de 3.500; continuando de ahí entre 1.500 y 2.500 hasta el día de la salida del enfermo.

Las cifras de úrea en la sangre descendieron gradualmente: 3.16 gr. el 6 de octubre; 1.19 el 11. con un Mac Lean de 13 y una eliminación de fenolfataleína de 46% en las dos horas.

El 14 se practica una prueba de Volhard, que da: con una ingestión de 1.500 cc. de agua, una eliminación en 4 horas de 1.220. La concentración solo llega a 1.012 a las 4 pm.' como máximun. A esta hora hay en la sangre 0'10 gr. de úrea por mil, con un Mac Lean de 49.

El 17 de octubre hay 0'10 por mil de úrea sanguínea. El 18, la prueba de la Fenolftaleína da (60 más 15) 75% en las dos horas.

La orina del 22 continúa sin elementos anormales; el 23 la prueba de la Fenalftaleína arroja (70 más 25) 95% en las dos horas

El 24 hay 10 gr. por mil de úrea sanguínea con un Mac Lean de 56.

La presión arterial subió el 30 de setiembre a Mx. 14, Mn. 7 para bajar el 4 de octubre a Mx. 12, Mn. 6'5 y permanecer después en Mx. 11 Mn. 5 a 6.

La segunda prueba de Volhard realizada en 30 de octubre dió el siguiente resultado: con ingestión de 1.500 cc. de agua, eli-

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

minación en 4 horas de 2.140 cc. de orina. La densidad sube hasta 1.020 en la noche.

El 31 de octubre el enfermo solicita su alta en muy buenas condiciones generales.

Comentaremos primero la segunda observación. Se caracteriza esencialmente por un trastorno de la función renal que se inicia de una manera brusca en el curso de una intoxicación mercurial aguda. Trastorno que afecta exclusivamente la excreción nitrogenada produciendo cifras de azohemia verdaderamente notables. Acompañado de oliguria en los primeros días y después de poliuria prolongada. Sin edemas ni síndrome urinario ni hipertensión arterial. Con *restitutio ad integrum* de la función renal en el término de un mes. O, en otros términos, se trata de una insuficiencia aguda y pasajera de la función de concentración urinaria, cuyo asiento anatómico, según las ideas fisiológicas actuales, es el epitelio tubular. La circunstancia feliz de conocer exactamente en este caso la etiología, el bicloruro de mercurio, tóxico renal preferentemente tubular, nos confirma más en la idea de que es la función de los *túbuli* la que perturbada de modo transitorio, ha producido los síntomas dominantes de la historia clínica.

La primera observación exibe igualmente el mismo trastorno profundo de la concentración urinaria, con cifras de azohemia excepcionales. Se diferencia solamente en una corta fase inicial (15 a 20 días) de pequeña elevación de la tensión arterial máxima, en la aparición transitoria de uno que otro cilindro granuloso y en la mayor duración del proceso que fué de tres meses. Por lo demás, es esencialmente idéntica y por ello creemos que se trata también de una alteración tubular aguda y pasajera de naturaleza toxi-infecciosa, probablemente gripal en el curso de una gonococia, favorecida quizá también por los medicamentos que para curar ésta ingirió el enfermo sin discreción ni criterio médico.

Si tratamos de encuadrar estos casos en la clasificación de Volhard y Fahr, veremos que no corresponden a ninguno de los grupos establecidos por dichos autores.

La agudeza del proceso nos hace eliminar categóricamente las formas crónicas; y la ausencia de hipertensión arterial, las glomérulo-nefritis difusas y las esclerosis. Quizá podía pensarse en la primera observación en una glomérulo-nefritis difusa aguda, por figurar en el cuadro clínico azohemia, microhematuria e hipertensión. Pero ésta fué solo discreta y fugaz, y la hematuria de los primeros días la creemos exponente de la uretritis gonococócica que sufría el paciente, por lo que la orina presentaba abundantes glóbulos purulentos en el sedimento. Falta en cambio una manifestación esencial de la glomérulo-nefritis difusa aguda, el síndrome urinario. Pues sólo una vez se notó la presencia de cilindros de manera muy discreta y transitoria y no marcada y persistente como en esa forma de nefritis. Por último, la curación de la afección renal, demostrada por el resultado satisfactorio hasta la fecha de todas las pruebas de la función renal, no se observa tan rápida en las glomérulo-nefritis con azohemias tan intensas como las del sujeto en cuestión.

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

Tenemos que desechar también las formas focales por la insuficencia renal intensa que caracteriza las historias clínicas y que nunca se observa en dichas formas focales.

Nos resta solo considerar el caso de la nefrosis. Estas formas se manifiestan clínicamente por edemas, oliguria, albuminuria y cilindruria marcadas, sin azohemias ni hipertensión arterial. Cuadro que como se ve no corresponde al de los enfermos de que tratamos. Teniendo presente la intoxicación mercurial que sufrió el segundo, podía pensarse quizá en una nefrosis necrosante, subgrupo agregado, como hemos dicho, por los autores alemanes al grupo de las nefrosis; cuyo tipo lo produce la intoxicación por el mercurio (experimental y clínica), que lesiona de manera profunda y electiva el epitelio tubular. Presenta, además de los síntomas anotados de la nefrosis, hematuria y azohemia, y el pronóstico es sombrío, muy frecuentemente fatal. Exceptuando la azohemia, nuestro enfermo no presentó ninguno de los síntomas de la nefrosis necrosante y curó rápidamente.

La mayoría de los fisiólogos aceptan el rol que como aparato de concentración urinaria desempeña el epitelio tubular del riñón. Es a su nivel que son extraídas de la sangre, concentradas y eliminadas por la orina diversas sustancias, entre ellas la úrea, pero para que esta función se realice con toda eficiencia, es necesario que tanto el epitelio como los vasos que lo irrigan se hallen en condiciones normales. Cuando, como sucede en las glomérulo-nefritis difusas, hay lesión del tejido vásculo-conjuntivo, el epitelio mal irrigado no podrá realizar una buena concentración. Como consecuencia disminuirá la úrea urinaria y aumentará en cambio la sanguínea, es decir, habra hiperazohemia y hasta uremia según los casos. Por otra parte, si hay lesión difusa y profunda del epitelio tubular, como pasa en la nefrosis necrosante, la función concentradora estará igualmente en déficit y habrá también acúmulo de úrea en la sangre.

Pero al lado de estas lesiones necrosantes y degenerartivas de las nefrosis, es posible que por la acción de un agente tóxico o infeccioso, el epitelio tubular experimente sólo alteraciones parciales que impidan su buen funcionamiento sin llevarlo a la necrosis, y aún una simple inhibición funcional, un verdadero *estupor*, que perturbando su poder de concentración daría lugar a la retención nitrogenada.

No son raros en el organismo fenómenos de inhibición funcional semejantes en los elementos activos de las diversas glándulas sean excretorias o incretorias, sistema nervioso, etc., bien sea po acción directa del agente casual o por vía refleja. Por este último mecanismo se producen perturbaciones en el funcionamiento del riñón de tipo inhibitorio, de punto de partida ureteral, renal etc., que en algunos casos pueden durar muchos días, determinando uremia.

Sea inhibición funcional prolongada o alteración anatómica parcial y reparable de las células del epitelio tubular, cosa esta última más probable, nos parece ésta la única patogenia aceptable en nuestros dos casos. La historia clínica de ellos, nos hace ver al

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

mismo tienpo una diuresis magnífica que en el primero llegó a 4.000 cc. y en el segundo a 3.500 cc. en 24 horas. Es decir, una función de dilución glomerular exagerada, compensadora de la deficiencia de concentración tubular.

Si aceptamos, pues, por lo expuesto que en estas dos observaciones la alteración principal reside en los *tubuli*, y teniendo en cuenta que es en éstos también donde radican las lesiones degenerativas características de las nefrosis de Volhard y Fahr nos atrevemos a proponer la consideración de un nuevo subgrupo entre las nefrosis, al que podría darse el nombre de *nefrosis uremizante* para recordar el síntoma más impresionante. Cuyo cuadro clínico estaría constituído por: hiperazohemia, oliguria inicial de corta duración seguida de poliuria compensatriz prolongada, sin hipertensión arterial, sin albuminuría ni cilindruria (o si con ellas, solo en forma discreta y fugaz), con pronóstico favorable.

La moderada elevación de la presión arterial máxima que se observa al principio de la primera historia de manera pasajera, y también, mucho más fugaz, en la segunda, se debe probablemente a un ligero compromiso glomerular que por breve, no resta individualidad al cuadro clínico que dejamos esbozado, en relación con una alteración preferentemente tubular.

Esperamos de todos modos, nuevos hechos de observación clínicos o experimentales que confirmen o desvirtúen los puntos de vista fisiológicos y patogénicos que nos han guiado en el estudio e interpretación de los casos que motivan el presente artículo.

La esclerosis de la arteria pulmonar consecutiva a procesos bronco-pulmonares crónicos

Por el Dr. LUIS A. MONTOYA

(CONTINUACION)

CASUISTICA

OBSERVACION 1.—Sala de "San José".—Cama Nº. 41.—Servicio del Dr. Max Gonzalez Olaechea.

D. B., de 47 años de edad, raza blanca, soltero, ingresó la primera vez a este servicio del Hospital "2 de Mayo", el 30 de junio de 1925, procedente del mismo Hospital, del que era empleado.

Antecedentes Hereditarios.—Carecen de importancia.

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

Antecedentes Personales.—En su infancia sufrió el enfermo de sarampión, viruela y tos convulsiva. A la edad de 10 años tuvo paludismo durante 2 años. Desde entonces ha sufrido con frecuencia de catarros bronquiales. Niega toda afección venérea antecedente. Ha sido bebedor moderado y ha usado bastante del tabaco. Ha trabajado la mayor parte de su vida en labores agrícolas.

Enfermedad actual.—Hace más de 10 años comenzó a sentir disnea de esfuerzo, que se ha ido acentuando con el trascurso del tiempo hasta ser a veces casi permanente. En 1923 sufrió dos accidentes hiposistólicos, que fueron tratados con buen éxito en este mismo Hospital.

Exámen Clínico.—El paciente es sujeto bien desarrollado; en buen estado de nutrición. La piel de las manos y de la cara tiene un tinte cianótico marcado, con algunas varicosidades en los pómulos y en la nariz. En los aparatos digestivo y nervioso, no hay particulraridades dignas de anotarse. Las alteraciones más importantes en nuestro enfermo están del lado de los aparatos circulatorio y respiratorio, presentándose en ellos dos síndromes perfectamente definidos.

El exámen del aparato respiratorio hace notar un tórax en tonel, con las costillas y espacios intercostales horizontales; movimientos respiratorios poco amplios; tipo costo-abdominal y con 20 respiraciones al minuto; la percusión revela timpanismo casi generalizado, salvo en el tercio superior y posterior del hemitórax derecho, en que la tonalidad no es tan baja; las vibraciones a la palpación desaparecidas o disminuídas en ambos lados y perfectamente perceptibles o aumentadas en el tercio superior derecho. La auscultación hace apreciar el murmullo vesicular apagado y con espiración prolongada; pero en el tercio superior derecho la respiración es pueril, casi del carácter del soplo bronquial; se perciben algunos estertores roncantes, sibilantes y subcrepitantes en las bases pulmonares, sobre todo en la derecha. Acusa , además, cianosis, con rubicundez marcada en la nariz, pómulos y cianosis sola en los labios y extremidades ungueales. Este cuadro de síntomas corresponde a un "enfisema y catarro bronquial".

El enfermo ofrece al examen: latido epigástrico intenso, no solo apreciable a la inspección, sino también a la palpación, que deja sentir un violento choque del ventrículo derecho. La percusión hace notar un aumento notable en la zona de macisez cardíaca; hacia la derecha sobrepasa dos traveses de dedo el borde esternal, y hay un ligero aumento en la extensión de la macisez hacia la izquierda. La auscultación deja percibir un soplo suave, diastólico, en el foco pulmonar.

El paciente tiene pulso rítmico, y moderada hipertensión; el hígado no está aumentado de volúmen, ni doloroso; no hay edemas en las bases pulmonares, ni en parte alguna del cuerpo.

Numeración globular.—5.300,000 glóbulos rojos.

Tensión arterial.—Mx. 17; Mn. 8; D. 9.

Reacción de Wassermann—Positiva.

Tales son los datos que tomamos de una historia clínica comentada y publicada por el Prof. Max Gonzalez Olaechea en "La Cró-

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

nica Médica".—Lima agosto de 1925, bajo el título de "Esclerosis de la Arteria Pulmonar-Enfisema Pulmonar."

El 20 de setiembre del año próximo pasado lo encontramos en el mismo servicio y lo sometimos a un examen clínico.

Desarrollo normal; lo hallamos apirético, disneico y en actitud semisentado; es para él, la posición más favorable. A la inspección general nos llama la atención un ligero edema en los miembros inferiores. En distintas partes del cuerpo hay manchas acrómicas. En el pabellón de las orejas, lóbulo nasal, mejillas y labios, se puede apreciar un color rojo ladrillo. En la mucosa que cubre la lengua, cara posterior de los labios y mejillas, asi como en los pilares anteriores, paladar y faringe, el color se hace cianótico.—Cuello cilíndrico; cuerpo tiroides no se palpa.—Tórax en tonel, con los caracteres estáticos y dinámicos que han quedado anotados en la historia ya trascrita. Se nota, además, que las fosas supra e infra-claviculares están tan deprimidas que apenas se palpa el músculo. Excursión respiratoria muy disminuída, tanto en los vérti-

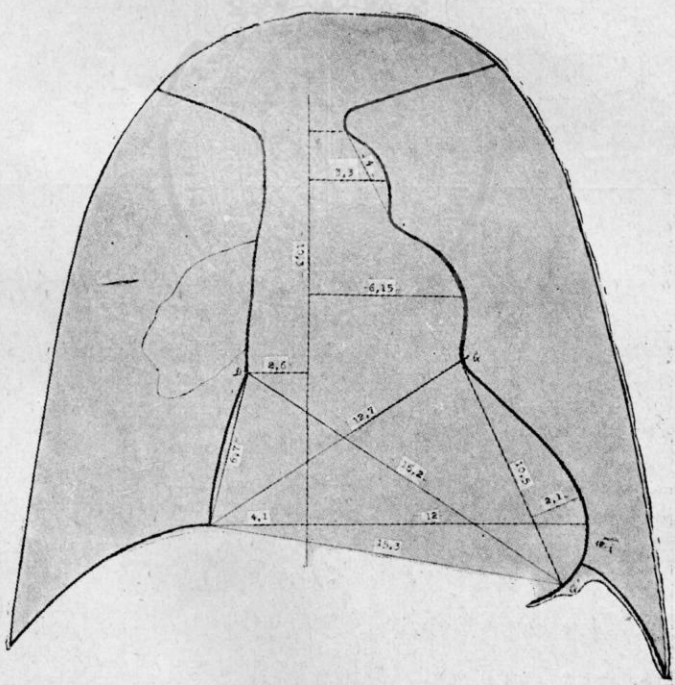


Fig. 1.—Ortoradioscopía frontal

ces como en las bases.—24 respiraciones al minuto. Tos constante y de preferencia nocturna. Expectoración muco-purulenta.—Aparato Circulatorio:—84 pulsaciones al minuto; pulso regular, blando y lleno. El corazón ofrece al exámen clínico los mismos ca-

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

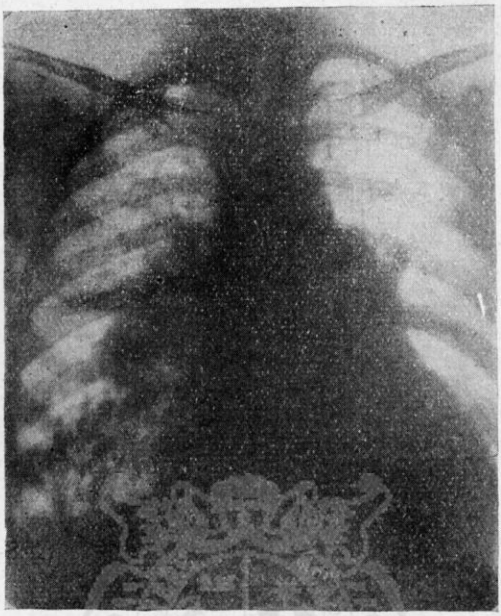


Fig. 2.—Radiografía simple del tórax.

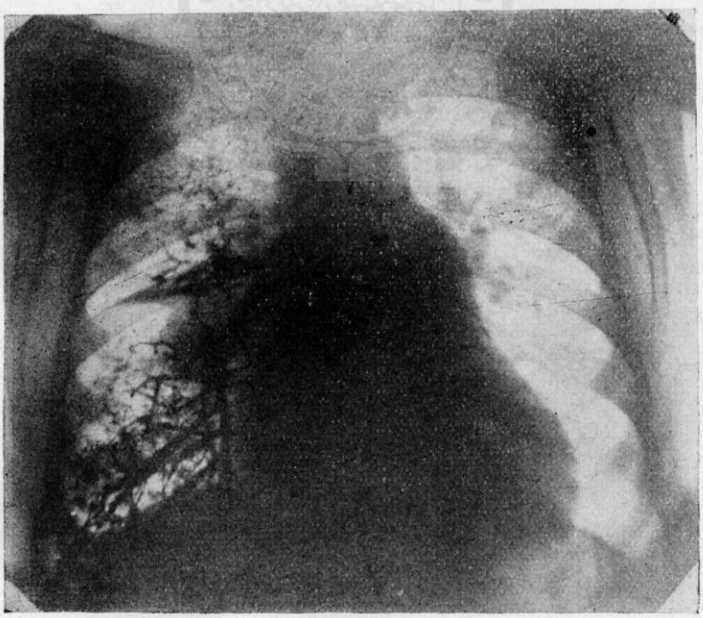


Fig. 3.—Radiografía del tórax con lipiodol
Se pone de manifiesto las dilataciones bronquiales más finas.

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

racteres que los descritos en la historia que copiamos. La punta late en el 6° espacio intercostal, por fuera de la línea mamilar; hay latidos epigástricos intensos y puntos dolorosos en el águlo costoxifoideo izquierdo. La percusión revela un aumento en el área de macisez cardíaca: sobrepasa el lado derecho del esternón, en más de dos traveses de dedo y hacia la izquierda del mismo hueso avanza hasta más allá de la linea mamilar. Auscultación:—Aumento del segundo tono en el foco pulmonar, en donde también se percibe un soplo diastólico muy marcado; hay ruído de galope.—Aparato digestivo:—Hígado descendido, grande y doloroso.—Traube ocupado.—Bazo no se palpa.—Sistema nervioso y tubo digestivo nada anormales.

Tensión arterial:— Mx. 12; Mn. 8.— Entró con 16 de Mx. y 10 de Mn., que llegó después del tratamiento a las cifras primeramente indicadas.

Orina más de 1250 grms. En todos sus análisis presenta serina, que llega hasta 0,80. A veces se encuentran algunos cilindros granulosos, hialinos y células renales.—La densidad está disminuída. La prueba de la fenol-sulfon-taleína demuestra una deficiencia renal pués en la primera hora solo arroja 7%,y en la segunda el 10,5°/₀.

Las pruebas de la dilución y concentración están disminuídas.

Urea en la sangre.—Entró con 0.80°/₀₀, pero a los pocos días de su ingreso bajó a menos de 0.50 °/₀₀.

Examen del esputo homogeneizado: no se encuentra bacilo de Koch.

Wassermann negativa.

Cantidad de hemoglobina 81%.

Valor globular: disminuído en 5%.

Numeración globular:—Hasta el mes de setiembre nunca pasó de 4.300.000,en la periferia. A fines de este mes y siguientes presenta poliglobulia con las siguientes cifras: para la periferia 5.500,000 y para la vena 7.750,000.

OBSERVACION 2.—Sala «San José». — Cama N°. 49.—Servicio del Dr. Max Gonzalez Olaechea.

P. de la F.,, de 37 años de edad, natural de Tarapacá, mestizo, soltero, ocupado en labores de mecánica, procedente del barrio de la Victoria, ingresa a este servicio el 26 de noviembre del año 1927, después de largo tiempo de enfermedad.

Antecedentes hereditarios.— Padre muerto a los 76 años con una enfermedad a "los riñones". Madre fallecida a los 46 años, después de una dolencia que le duró varios dias, de la cual no recuerda nuestro enfermo otro síntoma que una hemiplegia. La madre ha tenido 14 embarazos; de ellos, 1 terminó por aborto. De los 13 restantes 7 murieron de distintas enfermedades, que no conseguimos precisar, pero que se desarrollan en la primera y segunda infancia; los 6 restantes son sanos y tienen hijos que gozan de buena salud, con excepción del paciente que nos ocupa, que no tiene descendientes, y que ha sufrido y sufre de las enfermedades que a continuación expresamos.

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

Antecedentes personales.—El paciente nos hace el siguiente relato acerca de su vida: fué un sujeto sano hasta la edad de 14 años en que tuvo manifestaciones reumáticas. A esta edad concluye su estudios y se dedica a trabajar en las salitreras de Tarapacá como carretero, hasta los 18 años, 1908.—Desde entonces, dice el enfermo, empezó a sufrir de catarros, con tos y expectoración blanca, pocas veces hemoptisis, que eran más frecuentes en el invierno y más manifiestas en las mañanas, en las que en algunas ocasiones, observó esputo purulento. A los 18 años pasa a trabajar en las factorías de las mismas salitreras como ayudante mecánico, oficio que desempeña hasta los 22 años, 1912. Durante este tiempo tuvo dos enfermedades casi simultáneas: una blenorragia complicada, que se le hizo crónica y un grano en el glande, que evolucionó sin gran adenitis. A los 22 años se empleó en un barco, en donde hace las veces sucesivamente de marinero, fogonero y oficial. Hasta la edad de 31 años, 1921, en que notando nuestro paciente, que la disnea y las palpitaciones no le permitían dedicarse a estas faenas rudas, resuelve trabajar en tierra, dedicándose desde entonces a esta parte, a labores que no demandan gran esfuerzo muscular. Mientras trabajó a bordo sólo tuvo una disentería, que le duró 15 días, más o menos. A los 32 años -1922- cuando estaba en la República Argentina, se le hizo una nefrectomía del lado derecho; a los pocos días de operado tuvo una congestión pulmonar. Es buen bebedor y ha sido mejor fumador.

Enfermedad actual.— Como queda dicho, desde la edad de 18 años viene sufriendo de catarros frecuentes, acompañados de tos y expectoración blanca, amarillenta, y a veces hemoptoica. También hemos dicho que 5 años más tarde sufre por primera vez disnea, que al principio solo se le manifiesta a raíz de los grandes esfuerzos, pero que más tarde se le intensifica de tal suerte, que se ve precisado a abandonar su trabajo de abordo a los 31 años. Dice el paciente, que es a propósito de la nefrectomía hecha al año siguiente que él se siente empeorar, a tal punto que para él, desde allí arrancan sus males. Dos años después -1924- siente trastornos nerviosos, somnolencia, hastío y se pone de carácter irrascible; nota también que al toser toma la cara un tinte azulado, al mismo tiempo que lo atormenta el dolor de cabeza. El 24 de enero del año 1926, se le intensifican todos estos síntomas y le aparecen otros nuevos, por lo que decide hospitalizarse ingresando al servicio del Dr. Gonzalez Olaechea, para ocupar la cama 35. De la historia clínica N°. 993, que le corresponde, tomamos los siguientes datos:

El enfermo dice que desde hacen 8 meses se acentúa su enfermedad, caracterizada principalmente por dísnea de esfuerzo, tos exigente, expectoración purulenta o hemoptoica, en ciertas ocasiones. Nota también edema de los miembros inferiores, de los párpados y oliguria.

Examen Clínico.—Semisentado, disneico, con cianosis en las partes salientes de la cara; pupilas anisocóricas; visión disminuída; caries dentaria; encías congestionadas.— Aparato respiratorio:—Tórax enfisematoso; hay signos de enfisema difuso y de bron-

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

quitis grippal; estertores en ambas bases; respiración de tipo costal; 35 respiraciones al minuto; tos exigente, con expectoración purulenta.—Aparato circulatorio:—Pulso frecuente; 120 pulsaciones al minuto; hay extrasístoles; tensión arterial al Pachon: Mx. —15; Mn—10; aumento de tonalidad en el foco pulmonar; hay signos de insuficiencia cardíaca y de dilatación del ventrículo derecho; venas del cuello ingurgitadas; dolor en el punto costo-xifoideo izquierdo.—Aparato digestivo:—Hígado grande y doloroso; hay reflujo hépato-yugular; función digestiva disminuída y constipación. Oliguria; hay edemas.

Exámenes de Laboratorio: Reacción de Wassermann negativa.

Dosaje de urea en la sangre 0.52 °/₀₀.

No se encuentra bacilo de Koch en el esputo homogeneizado.

Dosaje de hemoglobina.—71%.

Valor globular.—Disminuído en 9%.

Viscosidad sanguínea:—3,7.

Glóbulos rojos en la sangre.—La cantidad máxima que se encontró fué de 5.500,000; por lo regular se encontraba hipoglobulia; los leucocitos ofrecen una cantidad y fórmula normal.

El exámen de la orina practicado el mismo día de su ingreso es el siguiente: hay oliguria; banda de urobilina.—Urea 32, 78.—Acido Urico 0.84.—Cloruros 2.—No hay elementos anormales. Sedimento normal.

En las orto-radioscopías se aprecian los diámetros del corazón (Figs. 4 y 5).

Con el tratamiento, la presión arterial disminuye y se instala al rededor de 12 para la Mx. y de 7 para la Mn.

En agosto del mismo año el enfermo pide su alta, después de haber conseguido gran mejoría, con el objeto de dedicarse a trabajos fáciles; han desaparecido los edemas, la disnea, los extrasístoles, la expectoración purulenta; hay buena diuresis; no hay cianosis. El recuento globular arroja 3.600,000.

El 26 de setiembre del año 1927, ingresa de nuevo al mismo servicio, cama N°. 49, en donde le tomamos los siguientes datos:

Según refiere el enfermo, desde hace dos meses la familia nota que cuando se inclina a recoger algún objeto del suelo, tose o realiza el más pequeño esfuerzo, la piel toma una coloración azulada. Por entonces empezó a sentir disnea de esfuerzo y de decúbito, tos, elevación del vientre después de las comidas, eructos y constipación, al mismo tiempo notaba edemas de las extremidades inferiores, que lentamente le fueron ganando las porciones más superiores, hasta alcanzar la raíz de los miembros y, más tarde, se generalizaron a todo el cuerpo.—Examen Clínico:—Hay anasarca y coloración rosada de los tegumentos; se nota dilataciones varicosas al nivel de las extremidades inferiores; este tinte se hace de un color más oscuro en la porción de la faringe.—Las pupilas son anisocóricas; reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Visión buena. Motilidad idem. Cuello es cilíndrico, no se palpa el cuerpo tiroides, ni hay ganglios de Ricord.—Aparato circulatorio:—Pulso regular; 86 pulsaciones al minuto; tensión aumentada, aunque no muy apreciable a la palpación, a causa del anasarca; hay

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

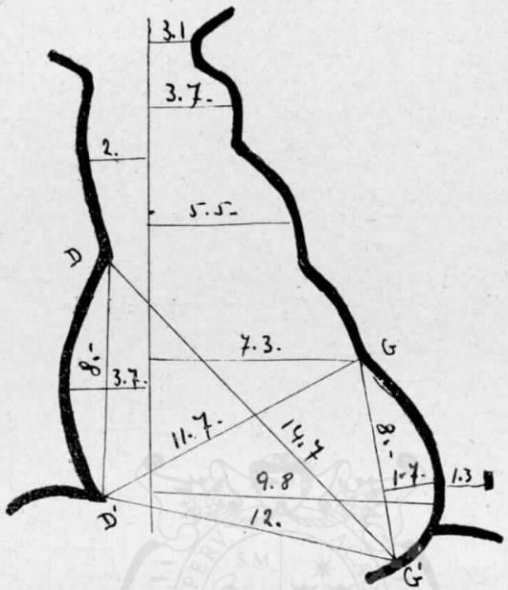


Fig. 4.—Ortoradioscopía frontal.

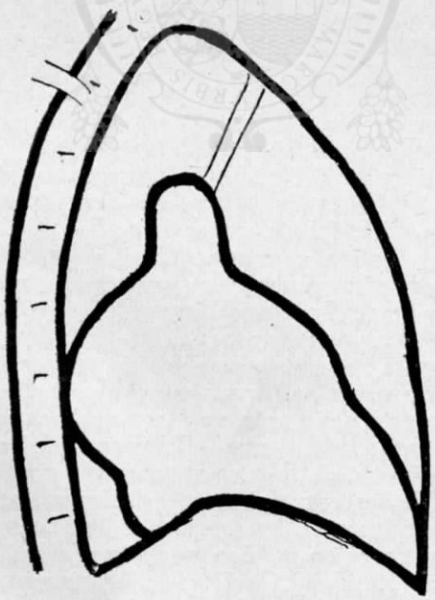


Fig. 5.—Ortoradioscopía oblicua anterior derecha.

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

latidos en el hueco epigástrico; el choque de la punta no se percibe ni a la inspección, ni a la palpación; a la percusión se halla por fuera de la línea mamilar, por detrás de la 6ª costilla.—Palpación: Al nivel del foco tricuspídeo se siente un latido de cierta intensidad y manifestación de ruido de galope; a la percusión el área de la macisez cardíaca no se le puede delimitar por el enfisema pulmonar, pero se aprecia el aumento de las cavidades derechas; la percusión de los grandes vasos es negativa.—Auscultación:—En el foco tricuspídeo se nota un ruído de galope y soplo diastólico en el foco pulmonar,que no es muy intenso y se propaga algo hacia abajo; en el foco mitral, un soplito diastólico.—Aparato respiratorio: Tórax en inspiración permanente; hay 39 respiraciones al minuto. La palpación revela una expansión igual en ambos pulmones; en los vértices la movilidad está disminuída. Puntos dolorosos supra e infra-clavicular y acromio-clavicular. Bacelli disminuído. Vibraciones, se trasmiten bien a la parte posterior, lo mismo que a los lados, aunque algo más intensamente en el hemitórax derecho. — Percusión: Hipersonoridad a la izquierda.—Auscultación: Estertores roncantes y sibilantes diseminados; hay crepitantes y subcrepitantes en ambas bases; no hay soplo, hay disminución del murmullo vesicular.—Abdómen:—Hígado aumentado de volúmen; a la percusión sobrepasa dos traveses de dedo el reborde costal; el límite superior parece un poco descendido a causa del enfisema. —Palpación: doloroso en el reborde costal y en el hueco epigástrico. Bazo no se palpa; solo hay un punto doloroso, el ureteral medio. Es constipado; hace buena digestión. El reflejo óculo-cardíaco es negativo.

Exámenes de Laboratorio:

Reacción de Wassermann.—Negativa.

Urea en la sangre 0,50 °/₀₀. Acido úrico 0.05 % Creatinina 0,001%.

Los exámenes de orina son normales; al principio tuvo una escasa cantidad de cilindros granulosos. La prueba de la fenol-sulfon-taleina dió en la primera hora una eliminación de 20%; en la segunda 25%.

Nunca se ha encontrado bacilo de Koch en los esputos.

Numeración globular.—La cifra más alta encontrada fué la del 30 de setiembre, en que llegó a 5.300,000. El valor globular está disminuído, y es de 0,72 %.

Dosaje de hemoglobina: 76%.

Colesterina en la sangre: 1,12%.

(Continuará)

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

Prensa Médica Argentina

EL GASTO CALORICO EN LA DELGADEZ por los Drs. Mariano Castex y Mario Schteingart (*La Medicina Argentina* febrero, 1928).

Después de haber estudiado en trabajo anterior el gasto calórico de los obesos, los autores ofrecen en este trabajo el fruto de sus investigaciones en la delgadez. Han excluído en él la delgadez sobrevenida como consecuencia de la exageración de los gastos catabólicos (hipertiroidismo, enfermedades consuntivas, etc.) y se limitan a la hipoalimentación crónica, consecutiva a la asimilación deficiente, cuyo mecanismo exponen, y después de estudiar el gasto energetico, calórico, el metabolismo basal, etc, en 37 enfermos, con todo el detenimiento que el asunto merece, deducen que el gasto calórico en los delgados se asemeja al de los hipoalimentados, siendo tanto menor cuanto más pronunciada es la delgadez. Deducen también que el consumo de oxigeno y el gasto de calorias por kilogramo de peso, se hallan elevados en los delgados, mientras los valores del metabolismo basal son aparentemente normales; produciéndose, por regla general, en los sujetos en estado de delgadez, la adaptación del gasto calórico al ingreso deficiente. Por último, comprueban que la delgadez patológica es la consecuencia de la subalimentación crónica por mal metabolismo, que puede ser producido por causas diversas. Dr. E. E. A.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERNICIOSA POR EL METODO DIETETICO DE WHIPLE por los doctores Pedro Escudero y Enrique Varela (*La Medicina Argentina*, febrero, 1928).

La anemia perniciosa se ha caracterizado siempre por su rebeldía a todo tratamiento. Las investigaciones de Whiple abren un nuevo camino en el tratamiento y tal vez en el conocimiento de la patogenia de esta enfermedad. Los autores revisan el tratamiento que desde antiguo se ha dado al mal, haciendo notar la influencia , observada por los viejos médicos, que ejerce una alimentación rica y variada sobre la marcha de la anemia perniciosa, pasando por los estudios de Fraser, Stoelzner, Faber, Frazier, etc, hasta llegar a los trabajos de Whiple quien insinuó la idea de considerar ciertas anemias graves como enfermedades por carencia. Minot y Murphy pusieron en práctica la sugestión y trataron casos por un regimen compuesto de hígado, riñon, verduras, hidratos de carbono y la menor cantidad posible de grasa. Los resultados tan brillantes que el método ha producido, han llevado a los autores de este artículo a ensayar el regimen en un enfermo de anemia perniciosa criptogenética con todos los caracteres clínicos, inclu-

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

sive la reacción displástica y megaloblástica de la médula ósea, comprobada por biopsia. El éxito obtenido, que se deduce de la importante historia clínica que consignan, les lleva a afirmar que con ningún tratamiento se consigue una mejoría tan rápida. La hipotesis de Whiple modifica, pues, el concepto patogénico de la anemia perniciosa. No se trataría de una anemia por destrucción exagerada de hematíes, sino por formación insuficiente, debida a la falta de algunos elementos constitutivos del estroma globular. Dr. E. E. A.

SOBRE LA FORMACION DE ANTICUERPOS EN LOS LACTANTES Y SUS CONSECUENCIAS TERAPEUTICAS por los doctores M. Schteingart y P. R. Cervini (*La Semana Médica*, Buenos Aires, febrero 1928).

Observando los autores que el problema de la inmunidad en los lactantes se halla lejos de ser resuelto, aportan su contribución al estudio de tan importante problema. Inician su estudio revisando los trabajos escasos efectuados al respecto, y cuyos resultados no son concordes. Sin afiliarse al pensamiento de Bertarelli, Moll, Finkelstein, Corica, Auricchio, Bochini y Blasi, los autores emprenden sus observaciones en 11 niños, cuya edad oscila entre 41 días y 13 meses, todos sanos y de peso normal, a excepción de un débil y de un prematuro. La vacuna empleada fué la tífica, tipo Wright, del Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires, siendo en dos casos la N°. 1 (500.000.000) y en los restantes la número 2 (1.000.000.000). Las dosis fueron cuatro, practicadas día por medio y en proporción creciente.

De su estudio deducen que el lactante se comporta frente a la agresión antigénica , con la formación de anticuerpos especficos, en forma análoga a la del adulto, aunque en grado menor. La debilidad vital no es un obstáculo para el mismo fin. Por último constatan que en toda vacunación,para cada niño y según la vía empleada, existe un umbral en la cantidad de gérmenes, pasado el cual el organismo recien empieza a responder positivamente. Dr. E. E. A.

Prensa Médica Francesa

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Sesión del 20 de Abril de 1928

FIBROMA Y EMBARAZO.—Lanos comunica dos observaciones: en una de ellas el fibroma blando presentaba , aún después de haber abierto el vientre, la apariencia de un embarazo; en la otra

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

se trataba de un embarazo coexistente con un útero fibromatoso; fué necesaria la histerectomía a causa del aumento rápido de los fibromas.

A PROPOSITO DE LA EXTRACCION DE LOS PROYECTILES INTRACRANEALES.—R. MASSART insiste en la importancia, en práctica civil, de dos puntos importantes: 1° La extración debe estar siempre precedida de un examen radiográfico; 2° La operación debe hacerse siempre bajo el control de los rayos X; no servirse de ellos es correr el riesgo de numerosas complicaciones.

LOS ABSCESOS EN EL MAL DE POTT DORSAL.—ROEDERER recuerda lo comprobado por él hace algún tiempo, referente a estos abcesos, que después se ha hecho clásico: su extrema frecuencia; su precocidad,(preceden a veces a los signos clínicos y hasta a otros signos radiológicos); su aspecto, (en ganga, en círculo o en triángulo); en fin, su duración extraordinariamente larga. El autor añade que estos abcesos no son siempre simétricos, sino que a veces presentan un desarrollo completamente desigual a la derecha o a la izquierda. Desde el punto de vista radiográfico hace notar que la densidad de estos abscesos de mal de Pott dorsal debe oponerse a la sombra ligera de la mayor parte de los de mal de Pott lumbar; algunos de estos últimos llegan hasta escapar al examen radiológico.

A PROPOSITO DE LOS ANEURISMAS ARTERIO-VENOSOS.— BRESSOT comunica tres casos de aneurismas arteriovenosos traumáticos operados por él y concluye que si el resultado funcional es satisfactorio, el oscilómetro muestra, sin embargo, un deficit importante de la tensión máxima y del índice oscilométrico y que existe siempre una atrofia muscular más o menos acentuada.

LAS INFECCIONES DE LA VESICULA BILIAR.—DESJARDINS presenta un informe sobre un trabajo de Sir Berkeley Moynihan (de Leeds). Este último, después de haber recordado las funciones de la vesícula, muestra que la infección de esta puede ser primitiva o secundaria y en este caso que pueden venir por vía sanguinea, por vía linfática o por vía sanguinea y por vía biliar. Muestra la influencia de la hipoclorhidria y de la aclorhidria en esta infección vesicular. Esta última demuestra también, por lo demás, la relación estrecha que solidariza la colecistitis, el hígado, el sistema porta, el apéndice y el bazo. La infección de la vesícula puede también producirse por contacto con los órganos vecinos infectados. El autor estudia la patogenia de los cálculos biliares que, para él, son de origen infeccioso. Describe los síntomas precoces habitualmente no muy demostrativos de la colecistitis. El diagnóstico debe plantearse, no por la intensidad, sino por la persistencia de estos signos y puede ser confirmado por la colecistografía. El unico tratamiento que debe emplearse es la colecistectomía.

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

OCLUSION INTESTINAL EN EL CURSO DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA.—Haller presenta un informe sobre un trabajo de Canessa (de Montevideo). Este estudia las diferentes formas de la tuberculosas peritoneal y en particular la que produce la oclusión intestinal. Considera las diferentes operaciones que pueden aplicarse y que varían según que la evolución tuberculosa esté en actividad o terminándose. El tratamiento quirúrgico se impone en la mayor parte de los casos lo más pronto posible. Consistirá en la sección de las bridas, liberación de adherencias o en una simple laparotomía si el caso está muy avanzado. A veces ocurre que la simple apertura del vientre produce la cesación del proceso tuberculoso. El pronóstico será siempre reservado.

LUXACIONES DE LA CADERA CONSECUTIVAS A LAS ARTRITIS SUPURADAS EN EL NIÑO DE PECHO.—Judet comunica cuatro observaciones. El cuadro clínico tardío ofrece una gran analogía con el de la luxación congénita. La radiografía muestra la desaparición de la cabeza del femur, la reabsorción más o menos extensa del cuello femoral y la destrucción más o menos completa del techo de la cavidad cotiloidea. Desde el punto de vista terapéutico el método de Lorenz no da buenos resultados como en la luxación congénita. El autor piensa que el método de fijación por injerto oseo iliaco sería mejor y que podría estabilizar la extremidad superior del cuello.

TRES QUISTES TORSIONADOS DEL PARAOVARIO.—Peraire comunica tres casos operados por él. Insiste en la rareza de la torsión en estos quistes intraligamentosos. En dos casos el quiste estaba roto. Uno era de evolución abdominal y otros dos de evolución pelviana. En uno de los casos el quiste estaba adherido al ureter. Curación de los tres enfermas.

UN CASO DE ENFERMEDAD DE KOEHLER A NIVEL DEL SEMILUNAR.—Masini comunica la segunda observación publicada en Francia de esta afección. Piensa que no se trata en estos casos ni de tuberculosis ni de sífilis, ni de una distrofia osea, sino más bien de una localización de osteomielitis frustrada.

———

Sesión del 4 de Mayo de 1928

SEUDO-LUXACIONES DE LA CADERA CONSECUTIVAS A LAS ARTRITIS SUPURADAS EN EL NIÑO DE PECHO. —Lamy ha observado una docena de estos casos. Los métodos de tratamiento propuestos hasta aquí dan resultados nulos o mediocres. Para el autor la intervención que parece mejor es la de Putti, experimentada por él; combinación de la implantación femoral y de la transplantación del gluteo mediano. Insiste sobre la necesidad para abtener un buen resultado, de limpiar completamente el muñón femoral y la cavidad cotiloidea, ambos ahogados en el

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

tejido fibroso. Además, es preciso interventir, tan pronto como sea posible, después de la desaparición de los fenómenos agudos.

EL MEGACOLON CONGENITO.—MORNARD hace un informe sobre una observación de PERRIER (de Ginebra). Este opera al enfermo en tres tiempos: cecostomía; once meses después, ileosigmoidostomía; tres semanas más tarde colectomía. Curación. El ponente estudia la patogenia y la anatomía patológica de la afección. Hace notar que la colectomía es el único tratamiento de los megacolon; que la colectomia en un tiempo está hoy abandonada; que el mejor método es la operación en dos tiempos, es decir, el abocamiento a la piel de los dos extremos de intestino, pegados entre si como los cañones de un fusil, realizando el cierre de este ano artificial dos o tres meses después.

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LAS COLIBACILURIAS.—LE FUR recuerda que desde 1906 describió las relaciones frecuentes entre las infecciones intestinales y las infecciones reno-vesicales y las dos vías casi tan frecuentes en una como en otra seguidas por la infección: vía circulatoria directa o pequeño circuito intestino-vesical y vía indirecta o gran circuito intestino -renovesical. Desde el punto de vista del tratamiento emplea con éxito los caldos-vacunas anticolibacilares, bien en aplicaciones locales, bien (en los casos de infección generalizada) en inyecciones subcutáneas; los dos modos pueden combinarse por lo demás.

FRACTURA DEL CUELLO ANATOMICO DEL HUMERO CON LUXACION DE LA CABEZA HACIA ADENTRO Y COMPRESION DEL PAQUETE VASCULO-NERVIOSO. OPERACION (EXTIRPACION DE LA CABEZA). RESULTADO SATISFACTORIO. —BLANC comunica este caso en el que los signos de una fractura de la cabeza humeral acompañábase de la desaparición del pulso radial y de la parálisis radial total. Extirpación cruenta de la cabeza fracturada sobre la cual estaba en tensión el paquete vasculo-nervioso. Curación de la fractura y de la parálisis radial.

CURA QUIRURGICA DE UN CASO DE DEFORMIDAD MAMARIA Y ABDOMINAL POR OBESIDAD.—M. MORNARD comunica esta observación. La deformidad entrañaba tales dolores que todo trabajo llegó a ser imposible. Operación en dos tiempos separados por una cura de adelgazamiento de cinco meses. Buen resultado.

SOBRE UN CASO DE MAL PERFORANTE PLANTAR ACOMPAÑADO DE NEURITIS CURADO POR LA ELONGACION DEL NERVIO TIBIAL POSTERIOR.— M. LUTAUD comunica este caso de mal perforante sin lesión nerviosa central ni diabetes, aparecido a consecuencia de la aplicación del radio, y que además no cedía a ningún tratamiento. Cicatrización de la ulceración en tres semanas por la elongación del nervio tibial posterior.

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

El autor prefiere este tratamiento a la simpatectomía periarterial en los casos de ulceración acompañados de neuritis.

ULCERA DUODENAL. COINCIDENCIA DE DOS GRAVES COMPLICACIONES AGUDAS: HEMORRAGIA PROFUSA Y PERFORACION EN PERITONEO LIBRE.— V. PAUCHET comunica el caso de un hombre de 18 años que, sangrando completamente por una hemorragia profusa, y tratado por los medios médicos (en particular por transfusiones de sangre), a causa de su extrema debilidad se le produce brúscamente una gran perforación del duodeno. Operación de urgencia. Muerte.

ESTENOSIS FIBROCICATRICIALES NO TRAUMATICAS DEL ESOFAGO.— GUISEZ estudia estas estenosis que se producen a nivel de dos regiones normalmente más estrechas del esófago; extremidad superior y extremidad inferior (canal cardíaco). Estas regiones son susceptibles de estrecharse con influencias puramente inflamatorias y esta estenosis puede llegar a ser verdaderamente cicatricial, produciendo a la larga la obstrucción completa del conducto. Es una afección grave: en 150 casos observados por el autor, diez habían sido gastrotomizados por inanición completa. Diagnóstico por la esofagoscopia; estas estenosis son con frecuencia, en las personas de edad, tomadas por cáncer. El tratamiento es el mismo que el de los estrechamientos cicatriciales traumáticos: dilatación por bujías y electrolisis circular que ambas conducen poco a poco al enfermo a la alimentación normal.

Prensa Médica Española

NUESTROS RESULTADOS EN LA PROFILAXIA DE LA DIFTERIA, por el Dr. Vidal Jordana y Srta. Josefa de Lara (*Revista Española de Medicina y Cirujía*, mayo de 1928).—La enorme morbosidad de la infección diftérica en España que se manifiesta de modo endémico y sobre la que se injertan brotes epidémicos, ha hecho preocupar seriamente a los autores en el problema de su profilaxia. La experiencia que tienen en la vacunación antidiftérica con la anatoxina de Ramón les induce a creer que es un medio absolutamente inofensivo en los niños y de indiscutible eficacia. Indicaciones concretas de la vacunación la encuentran en los casos de colectividades pequeñas, familias o salas de hospital: o grandes, como asilos, etc., en que aparece un caso de difteria esporádico. En estos casos de vacunación, que los autores llaman de urgencia, la anatoxina ha sido tan eficaz en sus manos como las inyecciones de suero antitóxico que empleaban antes para obtener inmunidad pasiva.

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

En el caso dd aparición de una extensa epidemia de difteria el doctor Vidal Jordana y su colaboradora, aconsejan la vacunación en los niños en gran escala, lo mismo que en las poblaciones donde la difteria es endémica. Es más, teniendo en cuenta su inocuidad, indican llevar la vacunación a toda la población infantil, y de este modo puede llegar a ser una realidad la esperanza de Behring, de reducir la mortalidad por difteria a limites parecidos a los que tiene la viruela en los países de vacunación obligatoria y sistemática.—Dr. E. E. A.

LA OPERACION DE LA CATARATA Y LA MICROBIOLOGIA OCULAR, por el Dr. Jesús Galindez y Romero (*La Medicina Ibera*, Madrid, mayo, 1928)

El autor antes de operar sus enfermos de catarata hace practicar sistemáticamente un análisis microbiológico de las lágrimas y secreción conjuntival del ojo que va a operar. Si en los análisis se encuentran colonias microbianas en número discreto, es decir, sino pasan de cinco y no hay asociación con otros microbios, espera. Si hay asociación, por ejemplo, de tres colonias de estreptococos y cinco de estafilococos, no opera: somete a su enfermo a toques de nitrato de plata, alternando con otros de bicloruro de mercurio y lavados de vías lagrimales y saco lagrimal durante ocho días, al cabo de los cuales hace repetir el análisis, hasta que disminuyen las colonias a una o dos de cada clase o desaparece uno de los gérmenes.

Las vacunas y autovacunas no le han dado al autor resultados convincentes. En los casos no muy claros y que urge la operación, inyecta cianuro de mercurio y proteínas.

Si las colonia son numerosas, aunque solo sean de un solo gérmen, considera contraindicada la operación y somete al enfermo a tratamiento. Algunos se corrigen en dos o cuatro semanas; otros son muy rebeldes y hay que anunciarle al enfermo el peligro que corre. Con todo el autor, continúa estudiando tan interesante problema y ofrece presentar conclusiones que se deduzcan de la observación, pues considera que la publicación que ahora hace es provisional y sujeta a rectificaciones si hubiera lugar.—Dr. E. E. A.

Notas Terapéuticas

A PROPOSITO DE LAS FORMAS FLORIDAS DE LA TUBERCULOSIS CANGLIOPULMONAR DE LA INFANCIA Y SU TRATAMIENTO.— La tuberculosis gangliopulmonar de forma florida no es propia solamente del niño de pecho, sino que se la encuentra también en la segunda infancia. Según Mr. Dufourt el tejido grasoso almacenaría los venenos tuberculosos y neutra-

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

lizaría sus efectos. Se trata entonces de niños, generalmente de 8 a 14 años.

Brúscamente en aparente perfecta salud o después de una debilidad pasagera del estado general, se nota un incidente pulmonar de naturaleza bacilar: hemoptisis, congestión de vértice, retoño de pleuresía, de córticopleuritis, etc. Se encuentra un poco de fiebre vesperal, anorexia, lascitud. Aunque el peso aumente, sin embargo, los signos de auscultación persisten o se acentúan, mientras los niños no hayan beneficiado de un tratamiento apropiado. Una salud en apariencia floresciente y hasta obesidad coexisten entonces con un ataque bacilar sin gran fracaso. Hay otros niños cuyo aspecto florido coincide con una tuberculosis pulmonar francamente evolutiva, a tal punto que se admite difícilmente la realidad de ésta, cuya radioscopía o examen bacteriológico de los esputos dan pruebas innegables.

El tratamiento consistirá en reposo, aire libre, alimentación más bien abundante, quimioterapia. Entre los múltiples agentes químicos, el medicamento preconizado incensantemente por Martinet, el thiocol, ha prestado siempre los mayores servicios. Succedáneo y derivado de la creosota, es muy bien soportado y fácilmente absorbido por las vías digestivas, si se tiene cuidado de no utilizar sino un producto químicamente puro. Además, es eupéptico y estomacal y favorece grandemente la alimentación. En este sentido según el Dr. Valory (*Concours Medical*.—N°. 39.—París 1927), el *Thiocol "Roche"* constituye un medicamento perfecto. Dinamógeno y fagocitógeno, transforma el medio microbiano, es antiséptico y antitóxico. Naturalmente, no tiene la actividad inmediata del opio o mejor del Pantopón que se puede también ordenar en forma de jarabe a los enfermitos que algunas veces tosen mucho; pero, en medicina infantil, es al jarabe Roche que se debe dar la preferencia, pues en esta forma los niños absorben más fácilmente el *Thiocol*, lo cual es de gran valor para la terapéutica del niño de pecho.

Noticias

SOBRE EL VIGESIMO QUINTO ANIVERSARIO DE LA CREACION DE LA DIRECCION DE SALUBRIDAD PUBLICA.— El 6 de Noviembre próximo se cumplirán 25 años de la fundación de la Dirección de Salubridad Publica y conmemorando esta fecha se ha resuelto solemnizar debidamente esta efemérides celebrando una Conferencia de Higiene.

Con este motivo se ha expedido la resolución suprema siguiente:

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

Lima, 15 de junio de 1928.— Teniendo en consideración:

Que el día 6 de noviembre próximo se cumplen veinticinco años de la creación de la Dirección de Salubridad Pública;

Que la obra de progreso y de beneficio social desarrollada por esa dependencia del Estado, debe ser debidamente conocida y apreciada no sólo como exponente de la acción del Gobierno, sino, además, como enseñanza provechosa para la labor futura en defensa de la salud pública;

Se resuelve: Autorízase al Ministerio de Fomento para solemnizar esta efemérides por medio de una Conferencia de Higiene, de una exposición anexa de higiene, alimentos, productos medicinales, biológicos y artículos sanitarios; debiendo formular con este fin el respectivo programa.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del Presidente de la República.—MANCHEGO MUÑOZ

Lima, 22 de junio de 1928.

De conformidad con lo dispuesto por la Resolución Suprema de fecha 15 del presente;

Se resuelve;

Artículo 1°.— La Dirección de Salubridad Pública, con el concurso del personal técnico a sus órdenes, efectuará una Conferencia de Higiene, que se verificará del 6 al 11 de noviembre próximo, en conmemoración de los veinticinco años cumplidos por esta dependencia del Estado;

Artículo 2°.— La Conferencia de Higiene deberá tener por finalidad exhibir los progresos alcanzados en el Perú en materia de Salubridad Pública, debiendo con este objeto sujetarse a las siguientes normas reglamentarias:

a).—La sesión de apertura se efectuará el día 6 de noviembre;

b).—En las sesiones sucesivas de la Conferencia se hará por los respectivos Jefes Técnicos y por los Médicos que designe la Dirección de Salubridad, una relación documentada de las obras realizadas durante los veinticinco años;

c).—Todos estos trabajos y las observaciones que pudieran hacerse, se publicarán en un libro de Actas y Trabajos de la 1ª. Conferencia de Higiene, que servirá para exibir el progreso alcanzado por el Perú en materia de Salubridad.

Artículo 3°.— Las sesiones de la Conferencia serán presididas por el Director de Salubridad, asistido por un Secretario General y dos Secretarios de Actas, que serán los doctores Nicolás

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

Cavassa, Benjamín Mostajo y Ernesto Ego-Aguirre, respectivamente.

Artículo 4°.— Son miembros de la Conferencia todos los técnicos al servicio del Estado en el Ramo de Salubridad.

Artículo 5°.— La Conferencia reservará dos sesiones para el exámen de los problemas relacionados con la alimentación popular y muy en especial con el abastecimiento higiénico de leche pura. En estas dos sesiones podrán tomar parte los industriales, abastecedores y demás interesados en el problema de la alimentación pública.

Artículo 6°.— Como anexo de la Conferencia, la Dirección de Salubridad organizará una Exposición de Higiene, Alimentos, Productos Medicinales, Biológicos y Artículos Sanitarios la cual se abrirá el día 11 de noviembre. En esta exposición participará la Sección de Obras Sanitarias de la Dirección de Obras Públicas, para demostrar el desarrollo de las obras de dotación de agua potable, desagües y pavimentos, realizado en el país.

Artículo 7°.— La Dirección de Salubridad expedirá el Reglamento de la Conferencia y de la Exposición Anexa.

Regístrese, comuníquese y publíquese.— *Manchego Muñoz.*

ASOCIACION NACIONAL DE HIGIENISTAS.—Desde hace algunos meses el espíritu corporativo del personal técnico de la Dirección de Salubridad Pública, ha tomado formas definidas de acabado sabor sindical.

Hay que celebrar estos actos, porque eso quiere decir que hay un grupo de profesionales que realizan acción catalítica, difundiendo las ideas sindicales, que todavía no se comprenden bien en el Perú, y que en algunos momentos se han perseguido. El núcleo de esta actividad es el Dr. Sebastián Lorente, Director de Salubridad al que ya le pertenece incuestionablemente una página de la historia corportiva de los médicos peruanos. Su obra fundando la "Asociaciónade Higienistas del Perú" y su vocero "La Acción Médica" merece parabienes y debida atención de todos los que piensan en la organización de las fuerzas médicas nacionales, para afrontarlas modernas solicitaciones de la Sociedad, que evoluciona y se perfecciona.

Publicamos a continuación el Reglamento de la "Asociación Nacional de Higienistas", que es la primera institución nacional que declara públicamente, que es de carácter sindical, expresando que la corporación ha sido reconocida por el Gobierno del país, según decreto expedido por el Ministerio de Fomento.

El Reglamento dice así:

I.—La Asociación Nacional de Higienistas, fundada en Lima, el 4 de enero de 1928, es un sindicato médico que tiene por objeto:

a).—Contribuir por cuantos medios lícitos estén a su alcance al progreso científico y técnico de sus miembros, para prepararlo eficientemente a su noble cometido social;

b)—Establecer normas deontológicas entre sus miembros que tiendan a la moralización y dignificación crecientes de sus acti-

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

dades por la selección profesional y la organización del trabajo sanitario;

c).—Trabajar porque sean complementados en forma cada vez más ámplia sus derechos, ya reconocidos por las leyes sobre sueldos mínimo y goces de jubilación, cesantía, invalidez y montepío.

d).—Colaborar con el Estado y con la sociedad en el progreso médico social del Perú, procurando además con su concurso técnico la formación de la conciencia sanitaria de la Nación;

e).—Obtener la adhesión hacia sus principios corporativos sindicales de los demás médicos que ejercen en el Perú, a fin de llegar por esta ampliación de la solidaridad profesional al SINDICATO MEDICO PERUANO.

II.—Los miembros de la Asociación Nacional de Higienistas son: Honorarios, Activos y Correspondientes.

Son miembros honorarios : el señor Presidente de la República, el señor Ministro de Fomento y Salubridad y las personalidades nacionales o extranjeras que se hagan acreedoras a esta nominación.

Son miembros activos: los médicos peruanos que prestan o hayan prestado servicios profesionales al Estado en el ramo de la salubridad pública y que, además, manifiesten su voluntad de formar parte de la Asociación y de conformarse con lo dispuesto en estos Estatutos.

Son miembros correspondientes los médicos extranjeros que presten servicios al Estado, y los nacionales que sin prestar servicios al Estado en materia sanitaria se hagan acreedores a tal distinción, siempre que expresen su deseo de formar parte de la Asociación.

III.—La Asociación Nacional de Higienistas se gobierna por:

a) El Comité Ejecutivo.

b) La Asamblea General.

El Comité Ejecutivo está formado por quince miembros, de los cuales son miembros natos:

1) El Director de Salubridad.
2) El Subdirector de Salubridad.
3) El Jefe del Instituto de Vacuna;
4) El Jefe de la Sección de Higiene y Seguridad Industrial;
5) El Jefe de la Asistencia Pública;
6) El Director del Instituto del Niño.

Los nueve miembros restantes serán elegidos por la Asamblea y durarán en el cargo un año, pudiendo ser reelegidos.

El Comité Ejecutivo elegirá de su seno un Presidente, un Secretario General, cuatro Secretarios y un Tesorero.

Son atribuciones propias del Comité Ejecutivo:

a) Representar oficialmente a la Asociación en todos los asuntos relacionados con su actividad.

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

b) Dictar provisionalmente y cada vez que lo demande la acción sindical de la Asociación, las normas convenientes, con cargo de dar cuenta a la Asamblea anual.

c). Actuar como Jurado de Honor y Tribunal deontológico en los casos que se presenten entre los miembros;

d). Calificar a los aspirantes que soliciten el ingreso a la Asociación. Cinco votos adversos a la admisión impiden el ingreso de un candidato;

e). Fijar las cuotas y señalar los gastos de la Asociación;

f). Gestionar la expedición de las leyes y reglamentos que tiendan al mejoramiento de las condiciones del trabajo de los asociados;

g). Convocar a la Asamblea General extraordinariamente cuando lo juzgue necesario; provocar plebiscitos entre los miembros de la Asociación sobre los asuntos que lo estime útil y señalar los temas que deben ser objeto de examen para la reunión anual de la Asamblea.;

h). Tomar cuantas providencias y sanciones estime oportuno en defensa de los principios sindicales de la Asociación.

La Asamblea es la autoridad máxima de la Asociación Nacional de Higienistas, está formada por los miembros activos y se reunirá anualmente por convocatoria del Comité Ejecutivo para:

a). Tomar conocimiento de la marcha de la Asociación y aprobar la memoria y el balance respectivos del Comité Ejecutivo;

b). Elegir los miembros electivos que deben integrar el Comité Ejecutivo; en esta elección podrán tomar parte todos los miembros remitiendo su cédula firmada sin necesidad de la concurrencia personal;

c). Resolver las cuestiones conexas con los fines de la institución y pronunciarse sobre las normas de la acción sindical fijadas por el Comité Ejecutivo;

d). Examinar y estudiar los problemas médico-sociales del Perú y los trabajos científicos de índole sanitaria que se presenten por los miembros de la Asociación, de conformidad con los temas señalados por el Comité Ejecutivo;

e). Separar a los miembros de la Asociación que hayan faltado a sus deberes deontológicos y profesionales. Esta expulsión exige la propuesta del Comité Ejecutivo y una votación que obtenga por lo menos los dos tercios de votos de los asistentes.

IV.— Todas las dificultades y casos no previstos por estos Estatutos serán resueltos por el Comité Ejecutivo, quien los someterá a la Asamblea anual para su ratificación.

HIERRO QUEVENNE de PARIS.— El mas activo y economico, el único Hierro INALTERABLE en los paises cálidos. Exigir el Verdadero con el Sello de la "UNION DES FABRICANTS".-
ANEMIA, CLOROSIS, DEBILIDAD
Aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA

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

Bibliografía

LESIONS D'HIDROGENE. SIGNIFICATION, MESURE, APPLICATIONS, DONEES NUMERIQUES por W. KOPACZEWSKI. — *Gauthier Villars et Cie., editores*, Paris. *1928*.

En esta nueva producción de Kopaczewski, se trata el problema de los hidrogeniones, comenzando por los fundamentos teóricos de la cuestión, dedicando un gran espacio a la medida de la concentración de estos elementos y tratando, por último, en la tercera parte, de las aplicaciones químicas, biológicas y médicas de estas determinaciones.

La amplitud con que es discutido cada asunto, hacen de esta obra una de las más completas de las existentes hasta la fecha; pero es que además Kopaczewski no se limita a una relación escueta de los principios teóricos, de los métodos, sino que inluye en sus descripciones un espíritu crítico que da a las páginas de este libro el interés del que sólo los autores franceses parecen tener el secreto.

LA DIATHERMIE ET SES APPLICATIONS MEDICALES por P. DUHEM.— Un volumen de 72 páginas en 8º. — *Gauthier Villars et Cie.* — París, 1927, — 10 francos.

En este interesante tomito, el autor y tras una detallada y sucinta explicación de la técnica del empleo de aparatos y de describir todos los empleados en la práctica de la corriente, explica las indicaciones terapéuticas de la diatermia, describiendo sus propiedades fisiológicas, dando precisas indicaciones prácticas para la aplicación correcta de este moderno y útil tratamiento.

Desprovisto de toda preocupación puramente teórica, este pequeño libro, pleno de experiencia personal, llena una indicación de utilidad en la biblioteca de todo método práctico.

GUIA LASCANO

De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

La esclerosis de la arteria pulmonar consecutiva a procesos bronco-pulmonares crónicos

Por el Dr. LUIS A. MONTOYA

(Conclusión)

OBSERVACION 3.—Sala «Odriozola».—Cama N°. 13.— M. S. de 40 años de edad, natural de Trujillo, de raza mestiza, dedicado a la carpintería, ingresa al servicio el 16 de agosto del año 1927, después de varios años de enfermedad, procediendo del vecino puerto del Callao.

Antecedentes Hereditarios.—El padre, que era alcohólico, murió en un ataque de epilepsia. La madre vive y goza de buena salud. Han sido 5 hermanos, de los cuales uno murió a la edad de 2 años con malaria perniciosa; los otros 4 viven y son sanos. No recuerda haber oído decir que la madre haya tenido abortos. Tiene un hijo de 7 años que es sano.

Antecedentes Personales.—Ha sufrido de las siguientes enfermedades: sarampión a los 6 años; ha sido infectado por el hematozoario en dos ocasiones, a la edad de 25 y de 28 años; infecciones que le duraron pocos días, gracias a un tratamiento severo. Ha venido padeciendo desde la edad de 30 años de hepatalgias contínuas y refiere que en cierta ocasión le hicieron crisis, en forma de cólicos, acompañados de ictericia, acolia y fiebre. También dice haber tenido gonorrea en dos oportunidades; la primera a los 22 años y la segunda a los 35; ambas fueron tratadas por facultativos, de suerte que hoy no conserva reliquia alguna de esta enfermedad. A la edad de 34 años tuvo una "llaga" en la raíz del pene, que necesitó más de un mes para curar; hubo adenitis supurada consecutiva. El enfermo hace constar que desde muy joven fué un tosedor crónico; que sus esputos eran de color amarillento, y que en ciertas ocasiones estos se volvían herrumbrosos.

Enfermedad Actual.—El paciente no consigue precisar la época a que se remonta el origen de su enfermedad; pero asegura que desde joven ha padecido de catarros frecuentes y de tos, que era más exigente durante las noches y por las mañanas al levantarse. Dice que a estos síntomas jamás le concedió importancia, por no molestarle mayormente pero que recuerda que en cierta ocasión, a la edad de 33 años, sintió fiebre por espacio de varios días, y que los esputos de amarillentos se tornaron rojizos. Hasta los 35 años

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

ozó de un período de relativa calma, pues solo lo mortificaba el atarro y la tos; pero a partir de esta época se le agregó a estos síntomas uno nuevo, la disnea, que, si al principio fué discreta y solo se le ponía de manifiesto cuando tenía que realizar grandes esfuerzos musculares, en estos últimos tiempos se le hizo más intensa y permanente, a punto tal, que tuvo que abandonar el trabajo. En estas condiciones llegó a las fiestas julias de 1927, en las que, a consecuencia de haber permanecido hasta las primeras horas de la mádrugada fuera de su casa, se sintió empeorar; la disnea era constante y lo mortificaba aún en las noches; mientras reposaba en cama la tos le atormentaba sin cesar, y las cefalalgias y mareos, aunque inconstantes, le hacían menos soportable su enfermedad; por todo esto decidió ingresar al Hospital.

Exámen Clínico.—El 16 de agosto de 1927, día en que ingresa le practicamos el siguiente exámen, que nos proporciona los siguientes datos:—El sujeto se halla en posición semisentada, con los hombros levantados, gracias al apoyo que toma con los codos en la almohada; su respiración es disneica, y presenta el pabellón de ambos oídos, las mejillas, nariz y labios, teñidos de un tinte cianótico no muy puro, por la coloración trigueña, propia de la piel del sujeto; pero en la mucosa de los labios ostenta un color rojo de vino tinto. El desarrollo y nutrición son regulares; pesa 115 libras— nunca pasó de las 120—y mide 1,60 cm.—El exámen somático acusa:—Cráneo mesocéfalo; cuero cabelludo bien poblado; ojos sin otras particularidades que no sean las pupilas ligeramente contraídas, y con cojuntivas algo subictéricas, que permiten ver vasos cargados de sangre; la mucosa bucal y la de la lengua está teñida como la de los labios, de un color vino tinto; hay piorrea alveolar y faltan algunas piezas dentarias; faringe y amígdalas normales; paladar óseo y membranoso sin particularidades. El cuello es cilíndrico y el cuerpo tiroides no se palpa.—Tórax mal conformado; presenta el sujeto los hombros levantados, y un aumento considerable de los diámetros correspondientes a la caja toráxica, en su parte superior, en relación con los inferiores. La amplexación nos da a conocer movimientos respiratorios costales muy limitados, al revés de lo que pasa con la pared addominal, que realiza inspiraciones pronunciadas; a la palpación se encuentran vibraciones vocales disminuídas en la parte superior de ambos pulmones; percutiendo se constata un aumento de la sonoridad pulmonar en esas mismas regiones, y submacisez en las bases; la auscultación descubre disnea de tipo espiratorio y estertores roncantes y sibilantes diseminados; hay escasos estertores húmedos en las bases. Se cuentan hasta 32 respiraciones al minuto; hay tos y la expectoración es de aspecto muco-purulento.— Aparato circulatorio.—El pulso es desigual, irregular y duro; hay arritmia extrasistólica holocíclica; hay 98 pulsaciones al minuto. Tensión arterial: Mx. 20; — Mn. 11; — D 9. — La punta del corazón late en el 6°, espacio intercostal, por fuera de la línea mamilar; hay latidos epigástricos débiles; no se puede delimitar bien el área de la macisez cardíaca, por hallarse aumentada la sonoridad pulmonar en la región precordial; a la auscultación se confirma la arritmia, notándose un extrasístole por cada tres sístoles; hay soplo diastólico muy sua-

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

ve en el foco pulmonar; aquí se nota muy aumentado el segundo tono. Hay pulso venoso yugular y reflujo hepato-yugular. Hay micro-poliadenitis inguino-crural.—Hígado aumentado de volúmen y doloroso.—Traube disminuído. Bazo aumentado de volúmen doloroso.

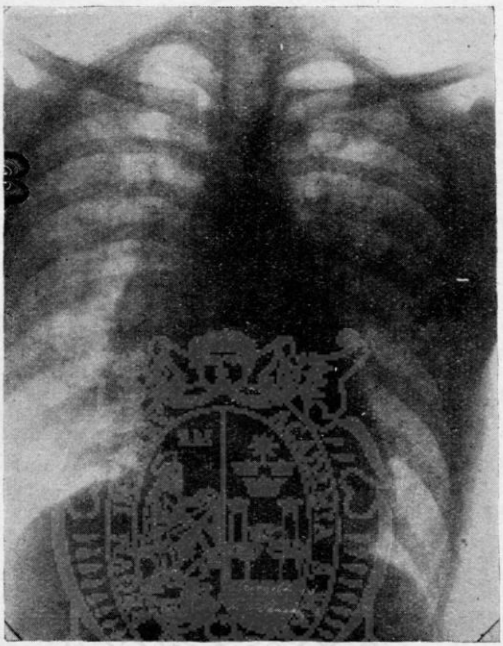


Fig. 1.—Radiografía del tórax.

Exámenes de Laboratorio:—Análisis de orina.—Densidad 1,024, —Banda de urobilina.—Urea 32.—Serina 0,40.—En el sedimento se encuentran cilindros granulosos. Este exámen se hizo el mismo día del ingreso del enfermo. Días después el laboratorio envía un resultado en que ha desaparecido la serina. La cantidad de orina oscila oscila 1,250 y 1,500 c.c..—Prueba de la fenol-sulfon-taleína. En la 1ª hora alimina el 40%; en la 2ª el 20%.

Reacción de Wassermann.—Fuertemente positiva.

Recuento globular.—Pocas veces ha arrojado cifras inferiores a 5.000,000 de glóbulos rojos; en cambio ha alcanzado en el pulpejo del dedo hasta 5.600,000, y en la vena cefálica, hasta 7,100,000.

La fórmula leucocitaria pone de manifiesto una apreciable eosinofilia 4%.

Dosaje de hemoglobina. 100 %.

Viscosidad sanguinea.— 7.

Exámen de esputo.—Nunca se encontró bacilo de Koch.

Debemos advertir que la tensión arterial, después de los deriva-

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

tivos administrados y de la solubaína, quedó instalada con ligeras variantes entre 12 como máxima y 7 como mínima.

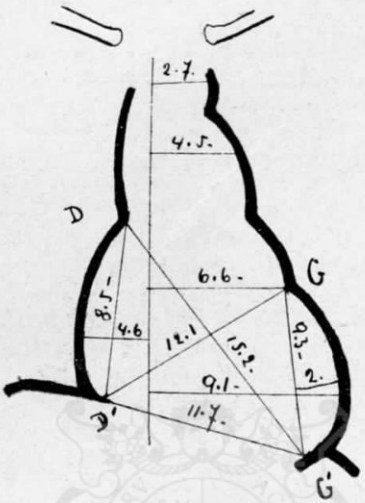


Fig. 2.—Ortodiagrama en posición frontal



Fig. 3.—Ortodiagrama en posición oblícua anterior derecha.

En la radiografía del tórax se pueden apreciar los diámetros del corazón (Fig. 1), así como en los ortodiagramas las cifras numéricas que alcanzaban (Fig. 2 y 3).

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

OBSERVACIÓN 4.—Sala Odriozola del Hospital "Dos de Mayo". —Cama Nº 5.—Servicio del Dr. Juan Voto Bernales.

A. L, de 54 años de edad, natural de Ica, carpintero, de raza blanca soltero, ingresa a este servicio el día 13 de setiembre de año 1927, después de más de 2 años de enfermedad.

Antecedentes hereditarios. — La madre, que tiene 84 años sufre, al decir de nuestro enfermo, de una dolencia análoga a la de él, caracterizada por disnea y tos frecuente; el padre murió hace 40 años, con neumonía. La madre ha tenido 2 abortos; han sido 9 hermanos, de los cuales uno murió de "un ataque al corazón", y otro con neumonía. De los 7 restantes, uno de ellos es arterioesclerósico y otro epiléptico; los demás son sanos y tienen hijos sanos. Nuestro paciente ha tenido 3 hijos que gozan de buena salud; el mayor es casado y tiene hijos que no sufren de ninguna enfermedad.

Antecedentes Personales.— Ha padecido de las siguientes enfermedades: A los 10 años neumonía; al siguiente, bronquitis, que le dura más de 8 meses; a los 12 años sarampión; dos años después, tifoidea; a la edad de 22 años sufrió una infección gonococica, que le acompañó por espacio de un mes; paludismo en cuatro oportunidades, habiendo sido infectado por primera vez a los 28 años; neumonía doble, al año siguiente. Después refiere el enfermo, que desde hace 35 años sufre de catarros frecuentes y tos; la espectoración siempre ha sido espumosa, fácil y de un color que variaba entre el blanco y el blanco amarillento. No da antecedentes que haga sospechar una infección sifilítica adquirida. En buen bebedor y mejor fumador. Como hombre ha sido fabricante de cigarrillos, y desde hace 12 años se dedica a la carpintería.

Enfermedad actual.—Según refiere el enfermo, a pesar de que la tos ha sido y es en él un síntoma constante desde joven, desde hace cerca de 3 años podía dedicarse a sus labores cotidianos, sin que el esfuerzo que tenía que desarrollar como carpintero le ocasionara ninguna molestia; pero entonces comenzó a notar que cada vez que el trabajo le demandaba el empleo de mayor energía muscular, se fatigaba con facilidad, al extremo de tener que suspenderlo para entregarse al reposo y normalizar con él la respiración. Recuerda que en cierta ocasión, el esfuerzo lo llevó a un estado vertiginoso. La disnea, que, como queda dicho, solo le atormentaba en los momentos en que el trabajo era más intenso, se le ha ido pronunciando poco a poco, de suerte que desde hace 6 meses no le es posible caminar más de 3 cuadras sin sentirse fatigado. Dice, tambien, que al mismo tiempo sufría de palpitaciones y de dolor en la región precordial, y que la coloración rojo-azulada que hoy luce en la cara, pabellones de ambos oídos, manos y piés, la ha notado desde joven, aunque menos intensa. Además manifiesta que este cuadro clínico se le ha intensificado tanto que desde 3 meses no consigue dormir sin ser despertado por las palpitaciones y la disnea, que le producen sensación de asfixia y lo obligan a pasar las noches sentado. En estas condiciones ingresa al Hospital.

Exámen Clínico.—14 de noviembre de 1927.—Inspección general:—Es desarrollado proporcionalmente y toma actitudes in-

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

diferentes; ostenta un color eritro-cianótico en los pabellones auriculares, nariz, mejillas, labios, mandíbula inferior, cuello, manos y piés; no hay dedos en palillo de tambor; el estado de su nutrición es pésimo. El cráneo es mesocéfalo, con el cuero cabelludo escasamente poblado, sobre todo en la región que corresponde al frontal. Los párpados están teñidos de un color rojo-cereza; las pupilas son isocóricas; se hallan en ligera miosis y reaccionan bien a la luz y a la acomodación; conjuntivas ricamente vascularizadas y con vasos carfados de sangre, de tal manera que, en conjunto, presenta un color rojo-claro; la motilidad del ojo se encuentra conservada y la visión está disminuída; el exámen del fondo del ojo revela que las venas de la retina están muy oscuras, sobre todo en el ojo izquierdo. La mucosa de los labios, lengua y encías tienen un tinte eritro-cianótico; los dientes están bien implantados, de morfología normal, pero en mal estado de conservación: ha perdido 14 piezas dentarias; faringe, amígdalas, paladar óseo y membranoso no ofrecen otra particularidad que la de hallarse cubiertos por una mucosa coloreada como el resto de la cavidad oral; naríz recta y cianosada, sobre todo en el lóbulo, en donde la coloración adquiere su máximo. — Olfación y audición, buenas.—Cuello cilíndrico y teñido como ya se ha dicho; el cuerpo tiroidea no se palpa.—Tórax cilíndrico, con los hombros levantados; las costillas, clavícula, omoplatos y vértebras hacen marcado relieve en la superficie; hay escápula alatae; sistema piloso regular.—Aparato respiratorio: Fosas supra-clavículares y supra-espinosas profundamente excavadas; hay líneas de Fraenckel; Bacelli y Roult negativos.—Al investigar este último signo la presión de las manos deja claramente las huellas digitales sobre fondo rosado.—Las vibraciones están disminuídas, sobre todo en los vértices; la amplexación pone de manifiesto la escasa incursión respiratoria de las costillas. A la percusión se encuentran sonoros ambos pulmones de vértice a base. Auscultación: se perciben estertores roncantes y sibilantes en ambos vértices; el murmullo respiratorio muy disminuído y en el espacio inter-escápulo vertebral se sienten los latidos cardíacos con un reforzamiento del segundo tono. Hay 29 respiraciones al minuto; la tos es frecuente y exigente; el esputo es numular.—Aparato circulatòrio:—Pulso pequeño, regular y blando; se cuentan 88 pulsaciones al minuto, rítmicas; hay disnea de esfuerzo y nocturna; siente palpitaciones que le duran pocos minutos, acompañadas de dolores punzantes en el corazón; se ven los latidos cardíacos en el seno costo-xifoideo izquierdo y en la parte superior del hueco epigástrico; la matitez cardíaca se encuentra disminuída por la sonoridad pulmonar que se halla aumentada; hay un desplazamiento de ella hacia abajo; los latidos son rítmicos y hay puntos dolorosos profundos dentro del área de matites; a la auscultación solo se recibe un marcado reforzamiento del segundo tono. — Presión arterial: (oscilómetro de Pachon). Mx. 12;—Mn. 8;—D. 4. — Reflejo óculo-cardíaco negativo. Venas ingurgitadas, sobre todo las del cuello.—Vientre de aspecto general normal, con escasas pilosidades; hay poca dolorosidad en el cuadrante superior derecho, que presenta sus paredes ligeramente

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

contracturadas. Hígado descendido, de tamaño normal y poco doloroso; en el punto cístico y coledociano la presión consigue despertar dolor no muy intenso. Traube disminuído en su parte superior. Bazo no se palpa.—Hay buena disgestión.

Los ortodiagramas obtenidos fueron los siguientes:

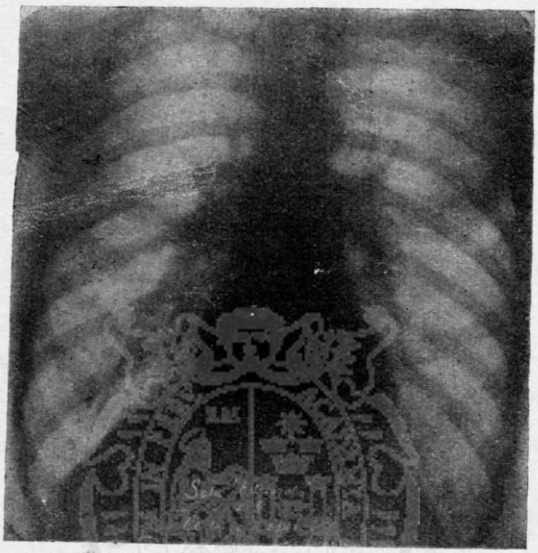


Fig. 4.—Radiografía del tórax.

Exámenes de Laboratorio: Reacción de Wassermann negativa, a pesar de la reactivación.

Glóbulos rojos—En la periferia 5.160,000; en la vena 6.900,000.

Leucocitos:—9.900, con predominio de los mononucleares.

En el esputo homogeneizado nunca se encontró bacilo de Koch, no obstante el celo con que se ha buscado; solo hay gérmenes de infección secundaria.

Viscosidad sanguínea.—7, 4.

Cantidad de hemoglobina 100 %.

Análisis de orina, fué siempre normal; la diuresis pasa de 1000.

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

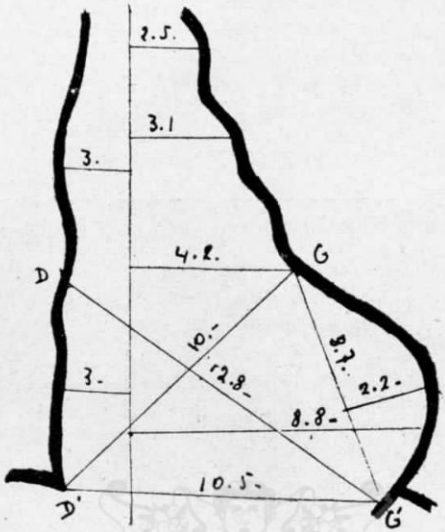


Fig. 5.—Ortodiagrama en posición frontal.

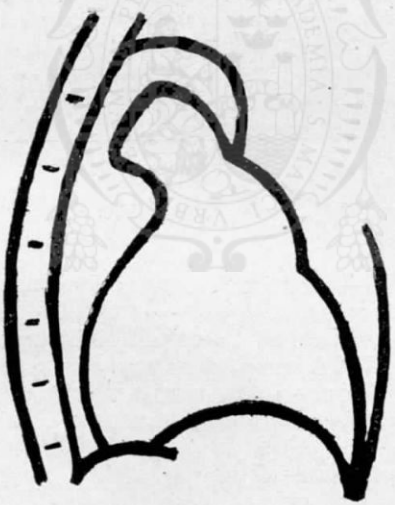


Fig. 6.—Ortodiagrama en posición oblícua anterior derecha.

OBSERVACION Nº 6. — Pabellon Nº 2 del Hospital «Arzobispo Loayza».—Servicio del Dr. Carlos Monge.

C. G. de 43 años de edad, de raza india, natural de Corongo, ocupada en sus quehaceres domésticos, domiciliada en el Callao, ingresa a este servicio el día 25 de mayo de 1927, después de 10 años de enfermedad.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto hace poco; ignora la causa; la madre falleció con grippe poco antes que el padre. Ha teni-

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

do 5 hermanos; todos viven, son sanos y tienen hijos que gozan de buena salud. Ha sufrido 10 embarazos, que terminaron por partos normales. Tres de sus hijos han muerto de enfermedades imposibles de precisar; los otros 7 son sanos.

Antecedentes Personales.—En su primera infancia ha tenido paludismo; sarampión y viruela en su segunda infancia. A la edad de 15 años dejó el terruño por primera vez para dirijirse a esta capital, en conde permaneció hasta los 29 años, época en que regresó al de su nacimiento, que abandonó por segunda vez, después de un año de residir en él. A los 30 llegó por segunda vez a Lima, y desde ences hasta la fecha no ha cambiado de residencia. Mientras estuvo en su tierra, salvo las enfermedades anotadas y catarros frecuentes, gozó de buena salud. Ya en Lima, sufrió la infección palúdica; dos veces ha tenido otras tantas grippe. Niega antecedentes venéreos. Asegura la enferma que desde hace muchos años venía padeciendo de catarros y tos frecuente; la expectoración ha sido de un color variado: blanca, amarillenta, a veces verdosa, y en algunas ocasiones, de un color chocolatado. Recuerda que cuando regresó la segunda vez a Corongo, sus amigas le decian "la colorada", haciendo justicia a la coloración rojiza que ostentaba en la cara y pabellón de ambos oídos. Tuvo sus primeras reglas a la edad de 14 años; eran abundantes, dolorosas y de 10 días de duración. Ha sido poco aficionada al alcohol, nada de tabaco, ni a la coca. En cambio gusta del café y té con predilección.

Enfermedad Actual.—Desde hace 19 años padece de catarros frecuentes, de pocos días de duración. Recuerda que en cierta ocasión tuvo un acceso de asma muy intenso, que se prolongó hasta por la noche, siendo tal la angustia proporcionada por la falta de aire, que se vió precisada a pasarla despierta ante el temor de ahogarse. Estos ataques le repitieron con mayor intensidad en los días subsiguientes, retirándoseles, al decir de la enferma, gracias a una medicación acertada. Se continuaron estos trastornos en el aparato respiratorio hasta hace 4 años, en que, a la tos, disnea y expectoración, con los caracteres anotados, se le vinieron a agregar otros nuevos síntomas: la disnea de esfuerzo y las palpitaciones La enferma hace notar que sus accesos de tos descansaban mucho si su expectoración era abundante. A esta misma fecha hace remontar la eritro-cianosis que se le presenta en los labios, mejillas, pabellón de los oídos y mucosa oral. Con ligeras variaciones de este cuadro clínico continúa hasta abril del año pasado, en que notó que las pirnas se le ponían ademátosas, principiando por los tobillos, tomó las rodillas, luego ambos muslos y después el vientre. Al mismo tiempo tuvo constipación pertinaz y oliguria.

Exámen clínico.—Desarrollo proporcionado; actitud indiferente, aunque mejor se halla en la posición semisentada o sentada. El estado de su nutrición es regular. En la cabeza llama la atención el color cianótico de la mucosa de los labios, mejillas, lengua, paladar y faringe; le falta más de la mitad de las piezas dentarias y las pocas que conserva se hallan en buenas condiciones. La visión es buena y las pupilas reaccionan a la luz y a la acomodación. Los demás sentidos funcionan bien. El cuerpo tiroides no se palpa. El tórax a la ins-

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

pección se ofrece globuloso, con los hombros levantados y con el dorso notablemente abovedado.—Aparato respiratorio: Los movimientos respiratorios son de corta extensión; el tipo respiratorio es el costal superior. Mediante la palpación se notan las vibraciones disminuídas. La percusión revela un aumento de sonoridad en los vértices y parte media del pulmón; las bases están sub-mates. La auscultación pone de manifiesto una disminución del murmullo vesicular en los vértices y partes medias, y la prolongación del ruido espiratorio, que contrasta con el inspiratorio, corto. En la parte inferior de ambos pulmones, en las bases, se perciben estertores sibilantes y húmedos de burbujas medianas.—Aparato circulatorio: Pulso rítmico, frecuente, débil; 93 pulsaciones al minuto.—Tensión arterial: Mx. 11,5;—Mn. 6;—D 5,5,—Corazón—Inspección: la punta late en el 6° espacio intercostal, en la línea mamilar. Hay latidos epigástricos en el ángulo costo-xifoideo izquierdo. La palpación comprueba los datos anteriores, y pone de manifiesto un punto doloroso esquisito en el sitio que hemos señalado para los latidos epigástricos. La percusión no da datos acerca del área de macisez cardíaca, pués la pared toráxica está sonora debido al enfisema. A la auscultación se nota un marcado reforzamiento del segundo tono en el foco pulmonar. Las venas de la pared anterior del tórax y las yugulares se marcan con claridad. Dl lado del aparato digestivo solo encontramos el descenso del hígado, que a la presión se muestra ligeramente doloroso. Traube está algo disminuído. La función digestiva es buena. — Aparato génito-urinario y sistema nervioso, no arroja ninguna anormalidad.

Los ortodiagramas del corazón son los siguientes:

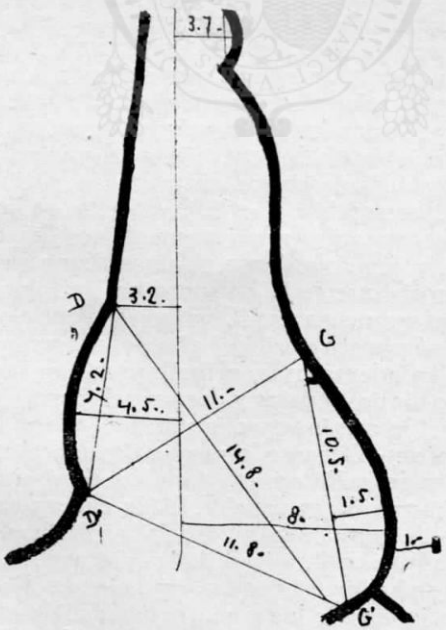


Fig. 7.—Ortodiagrama en posición frontal

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

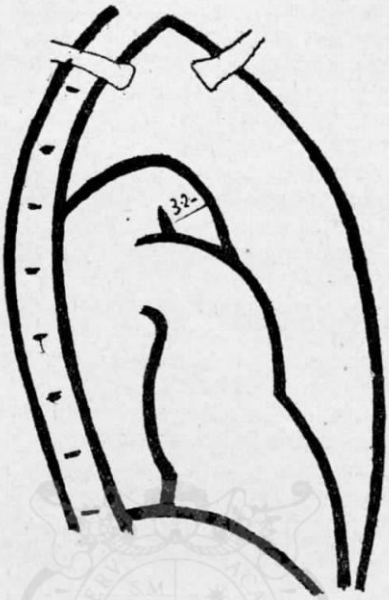


Fig. 8.— Ortodiagrama en posición oblícua anterior derecha.

Exámenes de Laboratorio. —La reaccion de Wasermann, a pesar de la reactivación, francamente negativa.

Recuento globular.—Jamás ha arrojado cifra superior a 5.000, 000 de glóbulos rojos. En el dedo hemos encontrado 4.329,000; en la vena, 4.800, 000. La fórmula leucocitaria es normal.

Dosaje de hemoglobina: 116 %.

Análisis de orina:—Urea 29.00.—Acido úrico 0.70.—Cloruros 2; no hay elementos anormales.

Exámen de esputo.—No se encuentra bacilo de Koch en el esputo homogenizado; hay gérmenes de infección secundaria.

CONCLUSIONES

1ª.—Los procesos bronco-pulmonares existen en todos los casos de esclerosis de la arteria pulmonar; se trata de un antecedente antiguo, que provoca las lesiones anatómicas del aparato respiratorio, que impiden la buena circulación de la sangre;

2ª.—Este estancamiento sanguíneo en la arteria pulmonar favorece la esclerosis al crear en sus paredes distendidas, mal nutridas, un campo propicio para la acción de gérmenes y tóxicos;

3ª.—La esclerosis de la arteria pulmonar en sus pequeñas ramas y la destrucción del epitelio alveolar, son los responsables del cuadro clínico que presentan estos enfermos;

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

4ª.—La hipertrofia de las cavidades derechas, sobre todo del ventrículo, se deben al obstáculo que tienen que vencer al nivel de las más finas ramificaciones de la arteria pulmonar, para poner en movimiento la sangre que contienen;

5ª.—Este mismo obstáculo periférico es el que ha de provocar más tarde el desfallecimiento del corazón;

6ª.—La policitemia, inconstante en nuestras observaciones, depende de la mala hematosis;

7ª.—La mala hematosis, a su vez, es debida a la lesión del epitelio alveolar y a la esclerosis obliterante de las pequeñas ramas de la arteria pulmonar;

8ª.—La cantidad de hemoglobina está aumentada, porque el organismo trata de luchar en esta forma contra la mala hematosis;

9ª.—La cianosis es debida a la mala hematosis; a ella no es extraña la poliglobulia y la asistolia.

10ª.—La llamada en la Argentina "enfermedad de Ayerza", no es una entidad mórbida, sino un síndrome, que según la cronología debía llamarse "síndrome de Peter", por ser este autor el primero que lo señaló; al autor argentino le corresponde el mérito de haber suscitado en su país una serie importante de trabajos.

La espundia es una leishmaniasis tegumentaria*

Por el Dr. PEDRO WEISS

Con los nombres de Espundia, Tiacc-araña, Huecuya, se designa en el Perú un tipo de Leishmaniasis tegumentaria que afecta la piel y las mucosas sucesivamente, constituyendo una enfermedad en muchos casos graves.

Este tipo de Leishmaniasis corresponde a las "Feridas Bravas" del Brasil, a las "Bubas" del Paraguay, al "Botón de Vélez" o "Picada de Pinto" de Colombia.

Su repartición geográfica es tan extensa como la selva Sud-Americana, extendiéndose así del Norte de la Argentina, Paraguay, Uruguay, sobre una gran parte del Brasil, Perú y Bolivia, hasta Colombia, Venezuela y Centro América.

La Espundia se diferencia clínicamente y por su repartición geográfica de otro tipo de Leishmaniasis dérmica que existe también en el Perú y que es conocida por los naturales con el nombre de "Uta" ("Ut-roer", en kechua). La Uta es menos grave; toma las mucosas sólo por continuidad; cura generalmente con el Salvarsán; y su repartición geográfica está circunscrita a regiones casi siempre elevadas sobre el nivel del mar, próximas a aquellas en que la verruga es endémica.

(*) Este trabajo se ha publicado en la «Revista Médica de Hamburgo» (1928).

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

En el curso del año 1926 fuimos comisionados por el gobierno del Perú, para hacer estudios médicos en la zona de la Selva peruana conocida con el nombre de "Madre de Dios."

Esta zona está situada en el territorio del Perú próximo a Bolivia y Brasil y es una de las más difíciles de traficar siendo así que es necesario recorrer grandes distancias a pié, muchas veces abriendo camino en el Bosque; otras veces navegar en embarcaciones primitivas sobre ríos torrentosos. Estas circunstancias son causa de que aquellas regiones hayan sido muy poco exploradas desde el punto de vista médico, no obstante que su clima cálido y húmedo favorece las enfermedades tropicales. Durante mi viaje visité las ciudades de Arequipa, Cuzco, La Paz (Bolivia) y Puerto Maldonado, en cuyos hospitales pude también recoger datos de enfermos que estaban allí en tratamiento, llegando así a revisar, entre otros, un gran número de enfermos de Espundia, bastantes de ellos de especial interés, por tratarse de casos incipientes o ya muy avanzados; formas ambas que son raras en Lima. En este trabajo discutiré la forma posible de trasmisión de la enfermedad, las condiciones que favorecen su iniciación, la evolución clínica, la etiología, la anatomía patológica, insistiendo muy particularmente sobre el rol, en nuestro criterio falso, que se hace jugar a los Blastomicetos como agentes causales de la enfermedad.

Localizacion de las manifestaciones cutaneas iniciales

De los veinticuatro casos consignados, sólo en dos las lesiones tuvieron su asiento en el tronco, y esto como se vé cerca de los miembros. El resto de las úlceras estaba repartido en los miembros y en la cabeza, con marcada predilección en esta última, por las partes prominentes (nariz, orejas, pómulos), y en los miembros, por el antebrazo y las piernas especialmente en el tercio distal.

Estas partes del cuerpo son las que llevan descubiertas por lo general los habitantes de aquella región; por otro lado son también las más fácilmente traumatizadas. Ya veremos como con frecuencia escoje la Espundia la zona de un traumatismo para iniciarse; por último diremos que ellas son también las de elección de un Trombidium muy frecuente en aquellas regiones y que pasa de la plantas al hombre contribuyendo a producir una dermatosis conocida con el nombre de "Chapetonada". Este trombidium fué enviado por nosotros al doctor Ewing quien por carta particular nos manifestó que era una especie muy próxima a la Trombícula-irritans var. Tropica Ewing. El pueblo lo llama "Isanhue".

Comienzo de la enfermedad

Vamos a sacar de nuestras historias clínicas las distintas formas de aparición del mal que nos ha sido dado observar, limitando el relato a aquellos casos en los cuales las sospechas clínicas fueron confirmadas por el hallazgo de leishmanias, única

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

forma como puede llegarse a un diagnóstico seguro, sobre todo en aquellas regiones donde hay tantas enfermedades dérmicas semejantes a la Espundia, principalmente el Ulcus tropicum que clínicamente a nuestro entender es idéntico.

En primer lugar relataremos los que tuvieron su origen manifiestamente a consecuencia de un traumatismo como son los siguientes:

Caso 10.—J. A. 23 años — militar. Refiere el enfermo que hace trece meses y ocasionalmente se hizo un corte con el machete en el tercio inferior, pierna izquierda, cara interna; el corte fué lineal y evolucionó hacia la curación sin grandes síntomas inflamatorios.

Cuando ya no quedaba sino una pequeña costra amarillenta en uno de los extremos de la cicatriz, el enfermo creyendo apresurar su curación la arrancó, dejando en descubierto una pequeña ulceración la cual desde aquel momento emprendió una marcha regresiva, alcanzando en poco tiempo el aspecto que tiene en el momento de nuestro examen. Este es: ulceración grande como una moneda de un sol, profunda, de fondo botonoso y bordes salientes violáceos y bien cortados. Examen miscroscópico de la serosidad: leishmanias en gran cantidad.

Historia 25.— J. S. T., 14 años colegial. Hace un año sufrió un traumatismo en la pierna izquierda, tercio medio, cara interna, a consecuencia del cual se le formó una ligera tumefacción, la que lejos de evolucionar a la curación, como la escasa intensidad del golpe hacía presumir, fué haciéndose cada vez más manifiesta, hasta constituírse en un absceso que terminó por abrirse al exterior, quedando al poco tiempo transformada en úlcera; en un principio de bordes irregulares, más tarde bordes bien cortados y de fondo plano, de 2 cms. de diámetro aproximadamente. La investigación de leishmanias dió resultado positivo.

Los dos enfermos anteriores fueron observados en Puerto Maldonado; el siguiente lo vimos en la mina de Santo Domingo.

Historia 1.— Santo Domingo.— Roberto Romero, 25 años, obrero. — Hace seis meses, trasladando con otro operario unos palos muy grandes para el empalizado de la mina, quiso la suerte que uno resbalara, golpeándose fuertemente la región dorsal del pié derecho. Como consecuencia del golpe le quedó una pequeña zona de tumefacción no muy dolorosa. Por recomendación del empírico, procuro disolver la tumefacción usando tintura de yodo, la cual según el enfermo, «fué comiéndose la piel» hasta transformar toda la zona en una úlcera; la cual a pesar de todos los tratamientos ensayados, siguió siempre avanzando, hasta adquirir la forma que presenta en nuestro examen. Esto es: úlcera redonda, de bordes bien cortados, cubiertos de costras que se desprenden con dificultad, dejando una superficie tapizada de pus amarillenta. Investigación de leishmanias: positiva.

La siguiente enferma encontramos en Limbani.

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

Historia 2. — Limbani. — M.J.L., 38 años, costurera. Refiere que hace ocho años, al mes de haber llegado a la región del Madre de Dios (desembocadura del río Piedras), recibió un puntapié en la nariz, que la privó del sentido. Cuando volvió en sí, pudo percibir que le faltaban los dientes superiores y que la nariz la tenía completamente deformada. Cuatro meses sufrió de dolores intensos que la imposibilitaron para toda labor. De las fosas nasales arrojaba pus y frecuentemente fragmentos de huesos. En estas condiciones se trasladó a la sierra en donde poco a poco las huellas del traumatismo fueron desapareciendo, quedándole únicamente una pequeña ulceración en el ala de la nariz, la cual un día comenzó a crecer nuevamente invadiendo las mucosas y produciendo mutilaciones.

Sólo el hallazgo microscópico de leishmanias pudo cerciorarnos de la naturaleza de la enfermedad de esta mujer, cuya evolución explicaría en cierto modo el parentezco que algunos han querido establecer entre la espundia y la úlcera fagedénica.

Al lado de estos casos en los cuales un traumatismo abre claramente la escena, vienen otros en los que el factor traumático se acompaña de otras circunstancias que tienden a disimularlo. Así pasa con aquellos en los que la enfermedad aparece como una complicación de la dermatosis conocida en aquellas regiones con el nombre de "Chapetonada" y que es debida seguramente a múltiples factores entre los que juegan principal papel las picadas de insectos y sobre todo la infección por los isanhues, o Trombicula irritans.

La escasa población de los lugares en donde existe la espundia y el hecho de que la enfermedad se adquiere de preferencia en las selvas y muy raras veces en el medio urbano, son argumentos que están a favor de la existencia de un reservorio del virus distinto al hombre y al artrópodo. Seguramente se trata de una planta. No sería extraño que las leishmanias en alguna forma de su evolución permaneciesen sobre la piel al estado comenzal esperando que un traumatismo u otra causa favorable les permitiese comenzar su evolución patógena. (Ultimamente hemos observado un caso, en Lima, de úlcera leishmaniásica, tipo espundia, producida por traumatismo acaecido seis meses después que el sujeto había abandonado la zona endémica).

A parte de las formas citadas de comienzo, otros casos se iniciaron por un granito prurignoso, cuya identidad anátomo-clínica, no hemos podido establecer, pero que siempre fué motivo de rascado tras el cual apareció la úlcera espúndica. Con la enseñanza de los casos anteriores, en los que la enfermedad ha escojido para implantarse en el organismo un lugar debilitado por un traumatismo, cabe preguntar si el granito pruriginoso o la picada de insecto que inician el proceso en algunos casos, son simples accidentes preparatorios o constituyen ya el síntoma inicial de la enfermedad.

Evolucion clinica de la enfermedad

Sea cual fuese la idea aceptada sobre la evolución clínica de la espundia, la división de ésta en tres fases, como la ha hecho el doctor Escomel, no debe ser abandonada. Esta división aparece

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

como natural y las fases que comprende se suceden siguiendo un órden cronológico siempre delineable aún en aquellos casos en que las lesiones cutáneas se superponen. El primero de éstos períodos marcado por las lesiones cutáneas y el segundo por la fase de invasión mucosa tienen una individualidad más marcada que el tercero, que no es en rigor sino la extensión por continuidad del proceso mucoso a la piel adyacente. En el primer caso el germen adaptado en un punto del organismo, sería trasplantado por las uñas o de otra manera cualquiera, a las mucosas o a la misma piel. La regularidad de la contaminación mucosa que es evidente tendría explicación en la predilección que muestran en general las leishmanias por estos tejidos, como lo comprueban la resistenciais al tratamiento y la evolución acelerada que presentan todas las leishmaniasis dérmicas cuando comprometen las mucosas. En el segundo caso se tratará de una inmigración de los gérmenes al través de la sangre o del torrente linfático.

Todos los enfermos que presentan lesiones en las mucosas tienen también cicatrices o úlceras en la piel; desde luego las cicatrices pueden ser resto de un proceso distinto. Si se acepta la evolución en períodos de la espundia hay que admitir también que esta enfermedad es susceptible de presentar grandes períodos de latencia, pues entre la desparición de las úlceras cutáneas y la aparición de las lesiones mucosas trascurren algunas veces muchos años. A este respecto vamos a insertar un cuadro hecho en Puerto Maldonado en el cual hemos procurado reunir las fechas correspondientes a la aparición de los distintos períodos de la enfermedad de varios sujetos observados. Desde luego este cuadro carece de un valor absoluto, por estar hecho en una zona endémica y donde además existen otros procesos ulcerantes a los cuales pueden haber sido debidas las cicatrices que nos sirvieron como punto de referencia. No obstante hemos de decir que procuramos anotar sólo aquellos cuyos caracteres, junto con el relato de la evolución clínica que no hacia el enfermo, podía corresponder a la espundia.

Hist. Nº.		Año en que apareció la lesión inicial	Tiempo de duración de las manifestaciones cutáneas expres. en mes.	Año en que aparecieron las manifestaciones mucosas.
Hist.	6	1913	10	1921
,,	4	1924	3º	No hay
,,	8	1923	7º	No hay
,,	12	1912	8	1917
,,	14	1919	8	1921
,,	29	1921	16	1923
,,	32	1916	12	1923
,,	15	1924	3	No hay
,,	17	1913	18	1921
,,	18	1921	12	1923
,,	21	1921	12	1923
,,	25	1923	12º	No hay
,,	4	1921	12	1923
,,	6	1896	18	1918

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

Descripcion de las ulceraciones espundicas.

Hemos visto que cuando la úlcera espúndica no se forma sobre una lesión traumática existente, aparece como un granito rojizo que produce picazón, según la expresión de los enfermos. Este granito o pápula, sobre el cual no podemos hablar sino de referencias, pues no nos ha sido dado verlo, ya sea por el rascado o quizás también obedeciendo a su evolución natural, se ulcera, en este último caso previa vesiculización. La úlcera formada adquiere muy pronto caracteres definidos que si bien no tienen fuerza diagnóstica absoluta, pueden orientar al clínico con bastante probabilidad de acierto. El aspecto general que presenta es el de una lesión crónica, cuyos bordes rellenos por un infiltrado celular denso se elevan sobre la piel sana siendo desprendibles y cortados regularmente del lado de la ulceración. El color de la piel a este nivel es generalmente más oscuro adquiriendo algunas veces un tono ajamonado. Las dimensiones mayores que hemos podido encontrar han sido de doce centímetros, no pasando la mayoría de cinco a seis. Rara vez la superficie ulcerada está limpia, pues lo más frecuente es verla cubierta de exudados cuyas características físicas son función de las infecciones secundarias que nunca faltan. Esta lesión cutánea que clínicamente es muy difícil sino imposible de diferenciar del Ulcus tropicum, puede ser única (hemos visto hasta cuatro) y termina por cicatrizar al cabo de seis a dieciocho meses dejando una cicatriz atrófica casi siempre discrómica.

Terminadas las manifestaciones cutáneas o aun axistiendo ellas, aparecen las lesiones mucosas, en todos los casos que hemos visto, a nivel de la mucosa del cartílago triangular, en 75 por ciento de los casos al lado izquierdo. Hemos de hacer notar que según pudimos constatar en uno de los casos observados del cual hicimos exámen histológico, la iniciación no se hace por un proceso ulcerativo superficial, sino por una infiltración pericapilar de los vasos de la submucosa, infiltración que va acompañada de una dilatación marcada de estos vasos y que se traduce en clínica por un enrojecimiento con tumefacción de la región. Las glándulas mucosas son tomadas prematuramente, lo cual da origen al catarro mucoso que es con frecuencia uno de los síntomas iniciales.

Más tarde el epitelio es comprometido y la ulceración mucosa queda formada; ulceración que se presenta de bordes bien cortados y fondo plano y que avanzando en extensión puede ganar la mucosa de la cara inferior, de la externa o interna de las fosas nasales, produciendo alteraciones más o menos marcadas en uno u otro punto, pero de preferencia a nivel de su origen, es decir, de la porción cartilaginosa del tabique, la cual será destruída produciéndose así la fusión de las dos ventanas nasales y muchas veces el desquiciamiento de la pirámide nasal, con cambio manifiesto en la fisonomía del sujeto.

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

No creemos que el pasaje del mal de una cara del tabique a la otra se deba siempre a contaminación al través de las paredes de éste, pues hemos visto lesiones incipientes que interesaban ambos lados. La bóveda palatina está con frecuencia interesada. La hiperplasia de las capas a este nivel da lugar al replegamiento de la mucosa destacándose muchas veces dos pliegues uno longitudinal medio y otro trasversal, situado en el punto límite entre la porción ósea y membranosa del velo del paladar, en tal forma dispuestos que dan el aspecto de una cruz ("cruz palatina blastomicósica" de Escomel), en otras oportunidades se ve un tejido de granulación que por su aspecto ha sido comparado por los naturales con la huevera del pescado.

No solamente en la bóveda palatina sino también en la faringe, en los pilares,amigdalianos, en la glotis, en la laringe, el proceso puede ser producido de manera que no es raro ver al lado de ulceraciones pequeñas rugosidades muy marcadas.

La úvula suele desaparecer (tres de nuestros casos) y la bóveda palatina soldarse con la pared posterior de la faringe interceptando así la comunicación entre las cavidades nasal y oral.

En un caso hemos visto afectada la lengua, la cual presentaba el aspecto de una lengua escrotal con una ligera ulceración en uno de sus extremos.

La mucosa de las mejillas, así como la de los labios puede ser afectada,siendo relativamente frecuente ver que el proceso se detenga bruscamente en el límite entre la porción mucosa y cutánea del labio.

Las infecciones secundarias producen fermentaciones en las cavidades mucosas ulceradas lo cual es causa del aliento desagradable que presentan estos enfermos. Además, como las glándulas mucosas y salivaras son también afectadas, hay siempre sialorrea y mucorrea muy marcadas.

Cuando la laríngе está comprometida, la voz y la tos que es de rigor, adquieren un tono bajo especial.

Las ulceraciones mucosas, después que han adquirido cierto desarrollo invaden nuevamente la piel que rodea las cavidades en las que ellas se presentan, produciendo ulceraciones que difieren un tanto de las iniciales pues son siempre pálidas y desprovistas de yemas carnosas y con bordes chatos. Son lesiones atónicas, en las cuales según nuestra experiencia es fácil el hallazgo de leishmanias. La aparición de tales ulceraciones marca el período terciario de la enfermedad.

La espundia es una enfermedad que sólo es mortal a largo plazo, de manera que aquéllos que la sufren, están condenados si no se someten a un tratamiento bien dirigido, a vivir años y años despertando la conmiseración y la repugnancia en todos los que los rodean.

De nuestros casos, el número 6 del Cuzco la tenía desde hacía 24 años y el N°. 1 de Limbani desde 8 años, ambos sin presentar trastornos mayores en su estado general.

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

ANATOMIA PATOLÓGICA.

Existen diferencias histológicas entre las úlceras espúndicas y las utosas y aún entre las primeras según sean de la piel o de las mucosas. Aquí vamos únicamente a hablar de las características comunes a las lesiones mucosas y cutáneas de la espundia en su estado adulto.

Tres caracteres singularizan el granuloma espúndico del grupo de los granulomas más comunes, asimilándolo más bien, al de otros procesos crónicos especialmente al de ciertas lesiones sifilíticas, con el cual tiene en nuestro concepto, marcada semejanza. Las características de que hablamos son: riqueza en células plasmáticas alteración de los vasos capilares sanguíneos y linfáticos, presencia de células gigantes. Veámoslos detalladamente: el granulona de la espundia es un plasmoma; las células plasmáticas, dominan con ventaja sobre todos los otros elementos que constituyen el exudado celular. Se les ve diseminadas en las mallas del conjuntivo, aisladas en grupos de dos, tres, o más formando nódulos perivasculares o mezcladas con los demás elementos celulares de infiltración en el centro del granuloma. El protoplasma de estas células puede sufrir modificaciones que son dignas de anotarse: con mucha frecuencia se le ve en degeneración hialina, tumefacto y fuertemente eosinófilo. Este protoplasma así degenerado, se divide algunas veces en un número más o menos grande de esferitas también hialinas, tomando el aspecto la célula de una mórula o frutilla a uno de cuyos extremos aparece el núcleo casi siempre en pignosis.

Según se deduce observando las figuras de la obra de ESCOMEL. así como de sus descripciones, el plasmatocito del blastomicoma o célula blastomicósica parece ser una célula plasmática, no obstante, llama la atención que este elemento pueda tener importancia diagnóstica en la blastomicosis frente a la leishmaniasis, cuando en ésta existen también en abundancia. Haremos notar que el profesor DARIER en su "Précis de Dermatologie", (pág. 762), considera la célula descrita por ESCOMEL como una célula epitelioide y que el mismo ESCOMEL en su trabajo "Leishmaniaisis y Blastomicosis en América" (pág. 71) dice: "Una zona periférica de células blastomicósicas (epitelioides y plasmatocitos), como han sido llamados

GUIA LASCANO
De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

por unos y por otros". Los que trabajamos en esta materia recibiremos con agrado una explicación más definida sobre tal elemento cuyo conocimiento quizás nos permitiría diferenciar la Espundia leishmaniásica contaminada de blastomicetos, de la entidad descrita por ESCOMEL y estudiada por diversos investigadores sudamericanos. Desde luego tal entidad no puede ser asimilada a la blastomicosis de LUTZ o de SPLENDORE. Las alteraciones de los capilares que consisten en la proliferación más o menos marcada de las células endoteliales, son también bastante características. No sólo se limitan a los vasos inmediatos a la lesión, sino que se les ve precediendo el avance de éstas en territorios todavía indemnes bajo otro punto de vista. Alrededor de estos capilares, cuyas paredes proliferadas, semejan las de una arteriola, aparecen células plasmáticas que se mezclan con las adventiciales, formando nódulos y algunas veces verdaderos tubérculos, que pueden quedar así aislados en el tejido conjuntivo poco alterado, ya sea al lado de un vaso, ya de una formación ricamente vascularizada como son las glándulas sudoríparas, sebáceas o mucosas.

No es raro ver en la Espundia células gigantes, las cuales son del tipo Langham. En el protoplasma de ellas hay casi siempre células fagocitadas, cuyos núcleos, en grado diverso de disolución, presentan formas muy variadas. En ocasiónes es necesario recurrir a coloraciones especiales para no confundir estos núcleos con parásitos, especialmente con los blastomicetos. Las células gigantes se forman algunas veces en el centro de un nódulo en cuya periferia se acumulan numerosas células plasmáticas,constituyendo así los tubérculos de que hablamos anteriormente.

AGENTE CAUSAL DE LA ESPUNDIA.

En un 64% de los casos observados durante nuestro viaje pudimos constatar la presencia de. leishmanias por simple extensión de la serosidad de las úlceras y coloración posterior por el colorante de LEISHMANN. La investigación histológica nos permitió elevar el porcentaje a un 76%. En el 24% restante de los casos sólo nos fué dado constatar gérmenes banales, entre ellos blastomicetos. Muchos de los casos en los cuales fué posible constatar la presencia de leishmanias, presentaban también los mismo gérmenes y en especial los blastomicetos.

Ni por la forma clínica ni por el comportamiento ante los tratamientos, los casos contaminados con blastomicetos o aquéllos en los que únicamente fué posible constatar la presencia de éstos, se diferenciaron de los que sólo presentaban leishmanias. La búsqueda de leishmanias es bastante difícil para que un porcentaje pequeño dé resultados negativos y autorice el pensar en otra etiología, mucho más si esta posibilidad no es confirmada por la clínica o el tratamiento.

Morfológicamente no existe diferencia entre la leishmania de la Espundia y la de la Uta; sin embargo, las diferencias clínicas ha-

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

cen presumir que mediante el uso de técnicas de cultivo como la dada últimamente por NOGUCCHI, se pueda constatar la existencia de dos variedades.

En nuestro viaje procuramos encontrar infecciones leishmaniásicas en los animales; con tal fin examinamos todos los animales domésticos que estuvieron a nuestro alcance, procurando asimismo recopilar el mayor número de animales salvajes. En total examinamos 750 animales salvajes, entre los cuales 480 mamíferos, de éstos 190 monos de distintas especies y 10 roedores, comprendiendo 60 ratas de Puerto Maldonado.

TRATAMIENTO

Se ha hablado de una resistencia especial de la Espundia frente al tratamiento común de la leishmaniasis. Según la idea de algunos, tal resistencia sería debida al origen blastomicósico de la Espundia; para otros, a las contaminaciones secundarias de las úlceras primitivamente leishmaniásicas.

Nosotros podemos asegurar como fruto de una experiencia de nueve años en el Perú, durante los cuales nos ha sido dado tratar alrededor de 200 casos de Espundia, muchos de los cuales estuvieron contaminados con blastomicetos, que jamás hemos tropezado con resistencias insalvables, salvo en aquellos enfermos que habían sido tratados anteriormente durante largo tiempo de una manera imperfecta.

El doctor LOSADA BENAVENTE, médico peruano que trabajó en el Lazareto de La Paz (Bolivia), donde tuvo la oportunidad de tratar gran número de enfermos de Espundia, asegura haber obtenido siempre resultados sorprendentes con la medicación emética. Es de advertir que el doctor LOSADA considera la Espundia como una blastomicosis.

El Dr. FELIX VEINTEMILLAS, actual director del Lazareto de La Paz, ha dicho en un trabajo titulado "La blastomicosis en Bolivia", lo siguiente: "Animado por los éxitos obtenidos por mi amigo GASPAR DE VIANNA en el tratamiento de las "feridas bravas" por el tártaro, hice una comunicación desde Río, la cual trajo como consecuencia el ensayo inmediato de este medicamento en los enfermos, asilados en el Lazareto de La Paz, y poco tiempo después tuve la satisfacción de saber que estos desgraciados, mejoraban paulatinamente de sus llagas y por fin, salían curados muchos de ellos después de haber permanecido durante años sujetos a un sinnúmero de tentativas terapéuticas", añadiendo más adelante: "Como resultado podemos asegurar que siempre el tratamiento ha sido alcanzado de éxito; todos los casos que pasaron por nuestras manos, que son numerosos, tenemos la satisfacción de decir que terminaron con la curación". Vemos, pues, que la Espundia blastomicósica de Bolivia cura con el tártaro.

Según la literatura colombiana que hemos podido revisar, la Espundia en aquel país, como en Arequipa, es resistente al tártaro. No podríamos aseguar que tal resistencia se deba a la calidad de las soluciones o a las dosis empleadas.

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

El doctor MIGONI, del Paraguay, dijo en una discusión al respecto habida en el Congreso Panamericano reunido en Lima el año 1924, que en su experiencia basada en la cifra fabulosa de 10,000 casos jamás había tropezado con resistencias insalvables frente a la medicación por el tártaro, ya se tratase de casos donde sólo existían leishmanias o donde al lado de las leishmanias existían también blastomicetos.

El Neosalvarsán tiene acción sobre la Uta, pero es ineficaz en el tratamiento de la Espundia.

Las úlceras de las mucosas son mucho más resistentes al tratamiento que las úlceras de la piel.

En un caso tratado por mí con tártaro, aparacieron después de la primera inyección alteraciones en las lesiones, que recordaban a las descritas por HERXHEIMER en la sifilis tratada por los medicamentos específicos.

Nuestra literatura médica así como el "folklore" abundan en datos sobre la acción benéfica de los accesos palúdicos frente a las úlceras espúndicas. Sobre este punto tenemos ya algunos datos experimentales que esperamos poder ampliar para darlos a la publicidad.

La blastomicosis de las mucosas naso-buco-faringea, según observaciones hechas en varios países de la América Latina*

Por el Dr. A. PEÑA CHAVARRIA

Jefe del Departamento de enfermedades tropicales del Hospital San Juan de Dios de San José de Costa Rica

De todas las entidades de la patología tropical americana que repercuten en su sintomatología a la epidermis o tienen su localización únicamente en los tegumentos , la piel o las mucosas, ninguna ha sido tan debatida como la leishmaniosis americana y la blastomicosis de las mucosas naso-buco-faríngeas, cuyo tejidos destruyen y atacan con una velocidad sorprendente, como no lo hace ninguna otra entidad que tenga localización parecida en su proceso destructivo, por ejemplo, la sífilis o la tuberculosis, pues tanto la leishmaniosis como la blastomicosis, especialmente la última, destruyen tan rápidamente las mucosas en que se sitúan, que si el tra-

(*) Este trabajo se ha publicado también en la «Revista Médica Latino Americana» de Buenos Aires.

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

tamiento y la vigilancia médica no obran con prontitud, dejan deformaciones irreparables, produciendo mutilaciones espantosas.

Habiendo tenido oportunidad de observar tanto en la América del Sur (Colombia y el Perú) como en la Central (Costa Rica) casos de esas entidades y como algunos autores latino-americanos se han inclinado a negar la blastomicosis de las mucosas, aceptando la leishmaniosis como unica entidad capaz de producir semejantes destrucciones, quiero referir en este breve artículo, la experiencia personal lograda en numerosos casos, que me ha llevado a admitir de modo indudable, la existencia de ambas entidades, que combinadas, pueden asociarse en su destrucción en el mismo pobre paciente. De tal manera, que cuando en un exámen anatómico de los tejidos enfermos, o miscroscópico de la exudación de la mucosa enferma, no muestre, en manos expertas, la presencia de la leishmania, debe sospecharse la blastomicosis y procederse a la investigación de los blastomicetos.

Haciendo a un lado las lesiones iniciales de la blastomicosis en la piel, *el chancro blastomicósico*, dejo como materia descriptiva únicamente las manifestaciones secundarias de la blastomicosis, las lesiones de las mucosas-naso-buco-faríngeas, tratando enseguida de establecer su diagnóstico diferencial.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA BLASTOMICOSIS DE LAS MUCOSAS NASO-BUCO-FARINGEA

Una vez cicatrizada la ulceración inicial, al cabo de dos o tres años, rara vez antes y muchas veces estando aquella aún en plena evolución, se manifiestan las perturbaciones secundarias sobre las mucosas naso-buco-faríngeas por la aparición de una úlcera que invade y destruye todos los tejidos que encuentra a su paso, tabique nasal, velo del paladar, labios, mejillas, laringe, tráquea, hasta llegar en su marcha invasora al pulmón.

El período secundario se inicia por una coriza que se prolonga más tiempo del que dura un catarro ordinario. Disminuye la secreción nasal y a la humedad constante del principio, sucede una sequedad que produce en el paciente sensación tan desagradable, que para conbatirla apela a los tratamientos más originales e impropios; (uno de mis enfermos cuenta que, para calmarla, en su desesperación, sorbía hasta su orina). La sequedad nasal continúa y los cornetes y el tabique empiezan a cubrirse de costras, que los enfermos desprenden haciendo sangrar la mucosa. Estas costras son indicios de ulceraciones que no se descubren sino cuando su extensión es considerable. La voz, por obstrucción nasal, se hace gangosa y el paciente toma en su pronunciación un timbre especial (en el Departamento de Santander de la República de Colombia llaman a estos indivíduos *fañosos*). La delicadeza de la nariz se acentúa y el enfermo deja de sonarse respirando con la boca abierta; disminuye

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

así el movimiento de aire de la fosa nasal, y la enfermedad en el estancamiento, encuentra fácil su desarrollo y avanza.

La úlcera perfora el tabique en uno o varios puntos, lo destruye totalmente y se extiende ya a los tegumentos de la cara, ya a los tejidos de la nasofaringe o en ambas sentidos a la vez.

En esta última localización, la nariz toma en el principio una coloración roja, se pone lisa y brillante, las alas se engruesan, se dilatan, pierden su elasticidad, aun cuando la consistencia no aumenta, pues la palpación no revela tejidos blandos, infiltrados, depresibles entre los dedos. Después la piel se vuelve rugosa y no es raro ver formarse elementos de acné que desaparecen, dejando puntos de ulceración de donde sale un pus espeso y amarillento. Cuando se extiende a los labios y las mejillas, los tegumentos correspondientes se espesan, ulceran y destruyéndose, hacen las mutilaciones más impresionantes. Esta marcha especial conduce a admitir en la blastomicosis de las mucosas, dos faces: una primera de crecimiento o de hipertrofia, y una segunda de ulceración, destrucción y eliminación. Estas dos faces pueden coexistir en el mismo individuo, y así es muy común ver enfermos que presentan una enorme hipertrofia del lóbulo y de las alas de la nariz, regiones siempre blandas al tacto, en coexistencia con grandes pérdidas del tabique, de los cornetes y demás partes constitutivas de las fosas nasales.

Cuando la destrucción del tabique es completa, la piel de la nariz queda adherida en su centro al labio superior, únicamente por un rafe, que persiste durante mucho tiempo, semejando una nariguera. Faltando el apoyo del tabique, la nariz se aplasta y se desvía.

Las alteraciones del velo del paladar y la faringe, cuando la enfermedad se extiende en ese sentido, son muy especiales por los cambios que determina.

La mucosa del velo palatino cambia su coloración normal por un tinte rosado lívido; el tejido celular submucoso se hipertrofia, formando botoncitos que muestran en su centro un punto amarillo, separados unos de otros por surcos irregulares que tienen en el fondo un moco-pus adherente. Por la semejanza de estos elementos en el color, tamaño y forma con los huevos de la rana, vulgarmente en ciertas poblaciones de Colombia, donde la enfermedad abunda, dan a esta formación el significativo nombre de *huevera*, palabra muy gráfica que hace por sí sola una descripción.

Algunas veces, en los casos avanzados de la blastomicosis, se notan en la bóveda palatina dos profundos surcos que se cruzan perpendicularmente, formando lo que el Profesor Edmundo Escomel, ilustrado especialista en enfermedades tropicales del Perú, ha llamado la cruz palatina blastomicósica, y que yo he podido observar muy clara en uno de mis numerosos enfermos. La rama horizontal de esta cruz sigue la línea de inserción del velo del paladar sobre la bóveda palatina, y la vertical, una línea perpendicular a la anterior.

La ulceración invade la faringe, destruye la epiglotis, dificultando la deglución de líquidos que escapan con facilidad por la nariz. No es raro que sobrevengan en este estado perturbaciones au-

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

ditivas por lesiones propagadas a lo largo de la trompa de Eustaquio.

A veces están atacadas las glándulas salivares; se aumenta tanto la secreción salivar, que los enfermos no pueden estar algunos minutos sin escupir; cuando hablan, proyectan partículas de saliva, que hace más peligroso al paciente. Este síntoma, que fastidia noche y día, y que es característico según Splendore, lo he visto en tres de mis enfermos.

Cuando está invadida la laringe, las cuerdas vocales se muestran hipertrofiadas a trechos, destruídas en otros; la voz es completamente velada , y la irritación natural produce accesos de tos. No es raro alcanzar a distinguir con el laringoscopio ulceraciones hasta la bifurcación de la tráquea. El esófago participa de la afección pues la deglución es difícil y dolorosa. En este estado atormentado por el insomnio, la disfagia y la disnea, con un aspecto doloroso, repugnante, con el aliento fetidísimo, que hace de los desgraciados enfermos seres verdaderamente inmundos, se inicia un estado caquéctico que finaliza con los enfermos, si antes una enfermedad intercurrente, casi siempre una complicación pulmonar, no acaba con ellos.

El poder destructor de la enfermedad no se limita a los tejidos blandos, corroe también los cartílagos y los huesos; de este modo queda convertida la boca en una amplia cavidad cuya pared posterior, es la de la faringe, cubierta de ulceraciones irregulares, tapizadas de mucosidades espesas. Por la observación de mis enfermos, esta potencia destructiva se acentúa en la raza negra.

La marcha de la enfermedad es lenta en ocasiones, dura algunas veces hasta veinticinco años o más, cuando los enfermos, desesperados por la rebeldía, se abandonan a sus padecimientos.

Es de importancia clínica hacer notar que en los enfermos por mí estudiados, hecho que está en concordancia con lo expuesto por algunos autores que han abordado este problema de patología tropical, no hubo infarto ganglionar en las regiones linfáticas correspondientes a los tegidos ulcerados.

Acorde con lo afirmado por Archibald, he visto en la fórmula leucocitaria un aumento de los leucocitos eosinófilos en los enfermos. Para evitar el error que en este particular pudiera causar el parasitismo intestinal, dí a los pacientes el tratamiento antihelmíntico correspondiente, haciendo el exámen leucocitario un mes después, cerciorándome de la ausencia de huevos de parásitos en las heces. Determina pues la blastomicosis una eosinofilia, alteración paralela a la de otras enfermedades fito-parasitarias.

Como breve indicación, para mayor abundamiento en el diagnóstico cierto de los casos de blastomicosis por mí estudiados, debo advertir que tanto el estudio bacteriológico de los blastomicetos como las observaciones de inmunología relacionadas con los cambios humorales que determina la blastomicosis, fueron hechos cuidadosamente antes de aceptar el diagnóstico clínico. Por salir de la índole de esta publicación no me refiero a esos estudios que por su interés dejo para mejor oportunidad. Sin embargo, debo hacer presente, que el poder destructivo de los blastomicetos se explica

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

por la acción poderosa de las diastasas blastomicósicas que con detenimiento he estudiado. Entre esas, pueden determinarse dos grupos, una enzima oxidante (oxidaza) y una enzima que produce hidrolisis (hidrolaza); diastasas que son capaces hasta del desdoblamiento de los éteres amílicos, cuya molécula es de muy difícil transformación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA BLASTOMICOSIS NASO-FARINGEA

Para los que hayan identificado alguna vez un caso de blastomicosis de las mucosas, el diagnóstico de los casos subsiguientes no es difícil; para los que no la conocen, la confusión se hace principalmente con la tuberculosis, la sífilis y el rinoescleroma. Unicamente la leishmaniosis en su localización nasal, ofrece al clínico una imposibilidad casi absoluta de diferenciación con la blastomicosis, pues tanto una como otra, tienen períodos evolutivos semejantes, ambas son entidades tropicales, y las dos determinan en las fosas nasales, faringe y laringe idénticas deformidades e iguales procesos destructivos. Esta confusión es tanto más fácil, cuanto que en un mismo indivíduo pueden simultáneamente evolucionar ambas entidades, como lo demostró Splendore en la Argentina y el Brasil. La separación de una y otra sale de la clínica para entrar de lleno al campo del laboratorio, y es el microscopio, mostrando la existencia de la leishmania o de los blastomicetos, y la anatomía patológica, la reacción histológica especial determinada por los últimos, lo que separa una entidad de otra, pues la marcha más rápida en la blastomicosis, los puntos amarillentos, verdaderos abcesos diminutos que coronan los botones del velo del paladar y la salivación constante son síntomas distintivos con la leishmaniasis de muy poco valor diferencial.

Tuberculosis.—La primera impresión causada por los enfermos, por la facies especial que presentan, es la de enfermos atacados de una de las formas de tuberculosis tegumentaria. La semejanza clínica de la blastomicosis nasal con las formas de lupus ulceroso localizado en la nariz, explica el porqué durante muchos años, en los países de la América del Sur donde ha prevalecido siempre la blastomicosis y la leishmaniosis, los médicos de aquel entonces, cuando el laboratorio no tenía el desarrollo que hoy alcanza, sostuvieron la naturaleza tuberculosa de la enfermedad; detalles de dermatología logran indicar diferencias que un examen superficial y poco cuidadoso no consigue y que son apoyados por las indicaciones de las reacciones orgánicas tan distintas entre sí, como distintas son las infecciones tuberculosa y blastomicósica que las producen.

De todas las formas de lupus tubérculo-ulceroso, la más parecida a la blastomicosis es el lupus excedens, que por su marcha invasora y destructiva se ha llamado también vorax o terebrante.

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

El lupus vórax empieza por nudosidades múltiples situadas en el lóbulo o alas de la nariz, excepcionalmente en el interior de las fosas nasales, nudosidades que se sienten a la palpación bajo la piel; evoluciona al reblandecimiento dando ulceraciones rojas y fungosas que al extenderse tienen mayor predilección por los tegumentos de la cara, que por los tejidos de las mucosas, y como lesión tuberculosa que es, determina reacción linfática muy marcada.

La blastomicosis comienza siempre por una ulceración de la mucosa nasal que prefiere en su extensión el epitelio de ese tejido y rara vez produce infarto ganglionar.

El lupus es más frecuente en las ciudades, en donde las malas condiciones higiénicas favorecen el desarrollo de la tuberculosis; la blastomicosis tiende al campo, a las regiones rurales, donde encuentra los parásitos que le sirven para su diseminación.

SIFILIS.— Aun cuando hay alguna semejanza de la sífilis nasal y faríngea con la blastomicosis, entre esta y las lesiones luéticas terciarias, las dificultades de diagnóstico son menores que con la tuberculosis, pues los antecedentes de los enfermos, el chancro inicial, que excepcionalmente pasa desapercibido en la sífilis adquirida, dolores reumatoides u osteócopos o síntomas concomitantes de sífilis constitucional, facilitan el diagnóstico; las ulceraciones luéticas, cualquiera que sea su localización, determinan una dureza en los tejidos que van a ser destruídos, lo que hace que los bordes de estas úlceras sean cortados a pico. En la marcha destructiva, la sífilis ataca a trechos, la blastomicosis siempre lo hace sin interrumpir su continuidad, y ésta nunca logra en años lo que aquella consigue en pocos meses. La adenitis de la sífilis, más intensa tal vez en los ganglios cérvico-faciales que en cualquiera otra parte de la red linfática, junto con la ayuda que en estos casos presta la reacción de Wassermann, facilitan el diagnóstico diferencial.

RINOESCLEROMA.— Por la observación que he logrado de muchos casos de esta enfermedad, tengo datos que sirven, a más de los síntomas, para establecer los caracteres distintivos entre esa entidad y la blastomicosis. El simple interrogatorio orienta en su separación. Por la experiencia lograda en la República de Colombia, el rinoescleroma se presenta con más frecuencia en las regiones altas y frías, al paso que la blastomicosis es más frecuente en las regiones húmedas y ardientes. Ambas entidades tienen de parecido la extensión; como la blastomicosis, el rinoescleroma a veces se dirige a los tejidos faringo -laringeos, en ocasiones los respeta e invade sólo la cara, ventana de la nariz, labios, etc.; la marcha es también semejante y poca repercusión ganglionar tienen las dos entidades. Sin embargo, la reacción anatómica es muy distinta, una esclerosa y endurece, la otra funde y a la palpación, en la enfermedad de Frish, los tejidos son duros, leñosos en su consistencia; en la blastomicosis por el contrario son blandos y depresibles.

La histología patológica hace una separación marcada entre las dos entidades: en el rinoescleroma, el microscopio muestra dos tipos de grandes células, células vacuolizadas y células coloides; en la blastomicosis, se encuentran como los describió muy bien el Pro-

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

fesor Escomel, tres zonas reaccionales especiales que permiten hacer muy bien el diagnósto anatómico.

La lepra y los tumores malignos de localización nasal, tienen tantos aspectos clínicos que le son únicos, que no merecen nombrarse en este capítulo de diagnóstico diferencial.

Prensa Médica Argentina

LA ESPLENECTOMIA EN LA LEUCEMIA CRONICA MIELOGENA.—La leucemia es una afección generalmente crónica que se traduce por la aparición en la circulación periférica en formas primordiales de la serie blanca: promielocitos, leucoblastos, macrolinfocitos linfoblásticos, linfoidocitos. Generalmente se acompaña también de formas inmaduras de la misma serie: metamielocitos, mielocitos y de un aumento considerable del número de glóbulos blancos. Suele presentarse con aumentos moderados (leucemia subleucémica) y raramente sin aumento (leucemia aleucémica).

Meses después de su aparición se acompaña de una anemia moderada, generalmente regenerativa (policromatofilia y normoblastos), raramente arregenerativa. En los casos graves se suele observar raras formas de regeneración displástica (megaloblastos).

Es una enfermedad progresiva, que avanza diferentemente según los casos, que afecta todos los tejidos hemopoiéticos: bazo, hígado, glándulas, médula ósea y el tejido conjuntivo. Se desconoce su etiología y patogenia.

Basándose en sus estudios y observaciones personales, el Profesor Escudero (*Revista de la Asociación Médica Argentina*. — Tomo XL. Números 263 y 264. — 1927) aconseja como tratamiento combinar la radioterapia y la esplenectomía, asociación que cuando es mantenida inteligentemente puede dar resultados halagadores.

Practica irradiaciones del bazo, hígado, epífisis de los huesos largos (tibias, rodillas, esternón, codos), cubriendo así por campos una gran parte del cuerpo y actuando al mismo tiempo sobre el tejido conjuntivo en una gran extensión.

Usa la técnica corriente: aparato de 200.000 voltios, 3 a 5 miliamperios, distancia focal-piel de 0.40 cts., filtro de 2 mm. de aluminio y medio a uno de cobre, ¾ de la dosis eritematosa.

Las irradiaciones se hacen en sesiones separadas por 4 a 8 días, según la tolerancia y el efecto general producido: fiebre, dolores musculares, insomnio, astenia, inapetencia. No debe nunca repetirse una sesión hasta haber pasado el efecto de la otra.

Continúa con la irradiación hasta la total desaparición de las formas primordiales o inmaduras de la serie blanca y hasta inactividad de la médula ósea, confirmada por la biopsia medular. Ello se

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

acompaña siempre de la desaparición de la leucocitosisy normalización, no siempre, de la fórmula roja.

En este momento del tratamiento hace practicar la esplenectomía, separando el acto operatorio un mes de la última irradiación. La extirpación del bazo se efectúa fácilmente y sin ningún peligro para el enfermo.

Luego continúa cada seis meses, la irradiación del hígado y de los miembros.

La vigilancia de la fórmula hemática debe ser mensual al principio y después bi o trimestral.

Si llegan a aparecer elementos inmaduros y especialmente si son primordiales, y hay ligero aumento del hígado, es necesario reanudar la radioterapia de las diversas regiones del cuerpo (hígado, miembros) hasta conseguir la normalidad hemática.

Acompañan a este interesante trabajo una serie de casos clínicos que evidencian la bondad del tratamiento aconsejado por el autor.

ACCION SEDANTE DE LOS ENEMAS DE ETER.—El Profesor Ymaz (*La Prensa Médica Argentina*. Año XIV. N° 17.—1927) preconiza los excelentes resultados que ha obtenido desde hace dos años en su práctica hospitalaria con el empleo de pequeños enemas de éter en las afecciones dolorosas abdominales y especialmente en la litiasis biliar.

Habitualmente ordena un enema de éter a la hora de dormir y algunas veces dos en las 24 horas. La fórmula que emplea, previo enema evacuante, es:

Rp. Eter etílico oficinal..... 5 grs.
Aceite de olivas..... 60 ,,
Láudano de Sydenham ..... X gotas
Para un enema que debe retenerse.

Con estos enemas etéreo-oleosos se consigue la disminución de los fenómenos dolorosos, aún en los casos intensos y rebeldes, permitiéndoles conciliar el sueño a estos enfermos que sufren.

No puede atribuirse la benéfica acción a la exigua dosis de opio, bajo la forma de láudano, la que ha sido agregada para facilitar la retención del pequeño enema.

En ocasiones ha conseguido la desaparición de los dolores con una sola aplicación, siendo el término de duración del tratamiento entre cinco y seis días.

Además de la litiaisis biliar los ha empleado con buenos resultados en las inflamaciones anexiales, así como en la litiasis renal, en un caso de pionefritis gravídica sumamente dolorosa.

No ha observado que los enfermos se habituaran al medicamento, ni que acusaran tendencia a la eteromanía.

Sólo en un caso ha visto fenómenos de rectitis, que desaparecieron pronto.

El recurso que preconiza merece ser ensayado ampliamente, tratando de extender los dominios de su aplicación.

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

EL DRENAJE MEDICO EN LA RECIDIVA DE SINTOMAS DE LOS COLECISTECTOMIZADOS.—Después de un tiempo más o menos largo de la colecistectomía, se suelen presentar crisis intensas y serias, fenómenos dolorosos, dispépticos o generales, más o menos acentuados según los casos y que obligan a consultar nuevamente al enfermo.

En la recidiva de esos síntomas en los colecistectomizados el drenaje médico con la sonda de Einhorn está indicado, no debiendo intervenirse por adherencias a estos enfermos, sin antes ensayar esta terapéutica.

Los resultados obtenidos son tantos más manifiestos y duraderos, cuanto más recientes son los fenómenos morbosos.

N. Romano y S. Rey (*Revista de la Sociedad de Medicina Interna y de la Sociedad de Fisiología.*—Tomo III. N. 3.— Buenos Aires 1927) atribuyen al catarro de las vías biliares la recidiva que suele observarse. Los casos que recidivan con más frecuencia son aquellos en que había infección de las vías biliares, colecistitis, empiema de la vesícula, etc.

LA TUBERCULOSIS PULMONAR DE LOS DIABETICOS.— Mientras que la tuberculosis es una complicación frecuente en la diabetes, la diabetes es una rarísima complicación de la tuberculosis.

Se refiere en este artículo el Profesor P. Escudero (*Achivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición.* Tomo III.— N°. 1 1927), a la tuberculosis pulmonar que aparece en los diabéticos.

La tuberculosis del diabético no ofrece dificultades diagnósticas, siempre que se recurra a los modernos métodos de examen, entre los cuales reputa indispensable el examen radiográfico sistemático de todos los diabéticos con o sin signos subjetivos pulmonares.

El diabético tuberculoso presenta como única característica una tendencia a la expectoración poco abundante. La mayor causa del error consiste en atribuir a la diabetes y no examinar el pulmón, una serie de síntomas elocuentes como ser: pérdida de peso, astenia, cansancio fácil y sudores.

La gravedad de la asociación diabetes-tuberculosis se influye favorablemente cuando el médico hace un diagnóstico precoz de la tuberculosis y trata convenientemente al diabético. En esos casos debe tenerse muy presente que los tanteos del médico y su incertidumbre hacen gran daño, por lo cual los diabéticos tuberculosos deben ir al cuidado del diabetólogo.

La tuberculosis influye desfavorablemente la diabetes, disminuyendo la tolerancia del enfermo, haciéndole resistente a la insulina y llevándolo con facilidad a la acidosis.

La tuberculosis debe sospecharse y buscarla, cuando un diabético sin sífilis ni afección concomitante, presente grandes dificultades para su normalización y toda vez que la unidad de insulina inyectada metabolice un gramo o menos de hidratos de carbono, en vez de 1,5 a 2 gramos, como es la regla.

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

La hiperglucemia, al desnutrir al enfermo, favorece indirectamente a la tuberculosis.

La acidosis, complicación frecuente y temible de los diabéticos tuberculosos, aparece más fácilmente en el tuberculoso febril.

Refiriéndose al tratamiento, sintetiza su criterio en la siguiente máxima: tratar al diabético como si no fuera tuberculoso, y tratar al tuberculoso como si no fuera diabético.

La insulina debe ser usada generosamente, siendo necesario en general recurrir a dosis elevadas, pues la mayoría de los diabéticos tuberculosos presentan una marcada insulino-resistencia.

Opina que no debe aconsejarse la tuberculinoterapia por su acción desfavorable sobre la tolerancia de los hidratos de carbono. La tuberculina está formalmente contraindicada en las formas abiertas.

El tratamiento higiénico y el neumotórax son pues, la base del tratamiento para la lesión pulmonar. Una dieta rica en protéicos y que permita al enfermo vivir aglucosúrico debe ser la guía de su institución.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS EN LOS RENALES—El Dr. Celestino Augusto Gourdy (*Revista Médica Latino-Americana*.—Buenos Aires, marzo 1928), termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

1°. El tratamiento de la sífilis en los que llevan una lesión renal, está subordinada, no tanto a la forma clínica de la nefropatía, como a la capacidad funcional de los riñones.

2°. La perfecta determinación de la capacidad funcional de los riñones ha de ser en cada caso la condición previa a la institución de todo tratamiento antiluético.

3°. Una vigilancia constante de la capacidad funcional renal, es indispensable durante toda la cura, así como en los períodos de descanso.

4°. La insuficiencia renal descompensada, como es la nefroesclerosis maligna, contraindica toda medicación específica.

5°. En los renales que se sometan a una medicación antiluética se recurrirá siempre al empleo de sales solubles. Las sales insolubles están formalmente contraindicadas.

6°. Se dará preferencia al uso de los arsenicales (neosalvarsán salvarsán y sulfarsenol) y a las sales mercuriales. Las dosis iniciales serán muy inferiores a las habituales, para conocer la tolerancia de cada enfermo. No serán aumentadas si la última no ha sido perfectamente tolerada.

7°. La bismutoterapia no ha hecho todavía suficientemente sus pruebas para que se la emplee (salvo casos muy especiales) a la par de aquellos medicamentos que tienen en su haber una experiencia larga. Sin embargo las distintas formas de bismuto coloidal podrán ser empleadas todas las veces que querramos hacer una medicación suave.

8° El régimen dietético y la medicación propia de cada forma clínica de nefropatía, son el complemento de toda terapia antiluética en los renales.

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

Prensa Médica Francesa

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Sesión del 18 de Mayo de 1928

FRACTURA DEL CUELLO ANATOMICO DEL HUMERO CON LUXACION DE LA CABEZA. — JUDET comunica dos observaciones en las cuales la cabeza luxada que no daba lugar a ningún fenómeno de compresión vascular ni nerviosa, fué abandonada en la axila. En el primer caso el resultado fué satisfactorio y en el otro quedó una gran limitación de movimientos.

TRATAMIENTO DE LA COLIBACILURIA.—Para LUYS el tratamiento práctico de la colibaciluria comprende tres partes terapéuticas que deben aplicarse siempre conjuntamente. 1° Tepéutica intestinal (médica y a veces quirúrgica) que se encamina al tratamiento del intestino y de sus anejos; 2° Terapéutica sanguinea que comprende el empleo de las vacunas anticolibacilares; 3° Terapéutica génito-urinaria que comprende, no solamente tratamientos comunes a todas las manifestaciones morbosas genito -urinarias, sino también una serie de cuidados locales para cada complicación particular urinaria o genital.

EL TRATAMIENTO PRECOZ DE LAS FRACTURAS.— M. R. PETIT presenta un informe sobre un trabajo de M. William DARRACH (de Nueva York).

El autor insiste sobre la importancia de la reducción inmediata, el empleo de la radiografía y de la radioscopia y la necesidad de tratar, al mismo tiempo que las lesiones óseas, las lesiones de las partes blandas de las articulaciones.

LA HISTORIA CLINICA DEL BOCIO.— PAUCHET presenta un informe sobre un trabajo de M. LEWIS (de Baltimore). El autor expone rápidamente la historia clínica del bocio desde la antigüedad hasta nuestros días. Demuestra que hay una proporción directa entre la actividad del proceso hiperplásico del tiroides y los fenómenos tóxicos; prueba que para poder suprimir los fenómenos tóxicos es preciso disminuir el tejido tiroideo: el tratamiento quirúrgico es, pues, el tratamiento de elección.

OPERACION ANQUILOSANTE DE LA COLUMNA VERTEBRAL.—TREVES presenta un informe sobre un trabajo de N. ALLISON (de Boston). — Este autor ha completado la ope-

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

ración de Hibbs (fractura operatoria y rebajamiento de las apófisis espinosas; artrodesis de las articulaciones intervertebrales) mediante el empleo de injertos osteoperiósticos tomados de la tibia. El método ha sido empleado sobre todo en el mal de Pott, las fracturas del raquis con compresión medular y las escoliosis paralíticas o malformaciones congénitas. Aparte de la infección post -operatoria, el principal peligro es el choc y el autor describe minuciosamente los medios empleados para evitarlo.

LAS VIAS DE ACCESO DE LA CADERA.—MASSART presenta un informe sobre un trabajo de N. ALLISON (de Boston). El autor y el ponente exponen cuales son las mejores incisiones que deben utilizarse según los casos que pueden presentarse, bien sea en lo que respecta a las operaciones de drenaje, resecciones hechas en medio infectado, bien en lo que se refiere a las operaciones asépticas, osteoplásticas, por luxaciones irreductibles o por anquilosis. De las tres vías utilizadas habitualmente, lateral y posterior, la anterior y la lateral son a las que se debe recurrir en la mayoría de los casos.

DOS CASOS DE TORSION DEL MESENTERIO.—PAUCHET, presenta un informe sobre un trabajo de M. CANESSA (de Montevideo). Este, cita dos casos: uno operado seis horas después del comienzo de los síntomas con curación; el otro operado 26 horas después, seguido de muerte. La torsión se produjo en torno a un eje que corresponde a la inserción del mesenterio en el sentido opuesto al de la marcha de las agujas de un reloj. La evolución es extraordinariamente rápida. El tratamiento consiste en deshacer la torsión en masa. La operación debe hacerse rápidamente desde el comienzo; en cuanto la torsión ha provocado la trombosis de os vasos, toda operación es impotente.

Notas Terapéuticas

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA DIACETIL DIOXIFENILISATINA.— Los mejores laxantes tienen inconvenientes, algunas veces hasta graves: las sales dán cólicos, el sen es emenagogo, el aceite de ricino se soporta siempre mal, el ruibarbo da a menudo náuseas y cefalalgia, el aloes congestiona mucho no solamente el recto sino los órganos abdominales también y los drásticos son muy irritantes; además la acción de la fenolptaleína es inconstante y perjudicial para los riñones, pues es capáz de crear lesiones renales.

El Dr. P. Andréa (*Tesis de Lyón* 1927) ha estudiado y recomienda la diacetil dioxifenilisatina o Isacene que se presenta en for-

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

ma de un polvo blanco, cristalino, insípido, inodoro, insoluble en el agua y los ácidos diluídos, y que por consiguiente atravieza el estómago sin sufrir modificación. A causa de su composición química, el *Isacéne* forma parte del grupo de los catárticos, cuya acción se produce de un modo electivo sobre el colon. Como este producto carece de sabor y olor, su empleo por la vía bucal se impone de cierta manera; la práctica ha probado que la dosificación óptima era la de gránulos conteniendo cinco miligramos de substancia activa. Fácil es de este modo hacer ingerir gradualmente el número de gránulos suficiente para realizar la acción laxante. La dosis necesaria varía como es natural según los casos o los sujetos, en los niños, ancianos, embarazadas, enfermos que guardan cama o adultos en plena salud vacando a sus ocupaciones. Como con todos los medicamentos, precisa estudiar la sensibilidad individual; sin embargo, la toxicidad del *Isacéne* debe considerarse como nula en los límites de su acción terapéutica (Ponchet). El isasene desarrolla su acción peristáltica solamente cuando se halla en contacto con la reacción alcalina del colon en donde se descompone en ácido acético y en dioxifenilisatina; este último cuerpo no obra sino sobre el colon, no lesiona la mucosa ni se reabsorve en este medio, ni pasa, por consiguiente, a la circulación sanguínea y es eliminada totalmente con las heces, lo cual explica su empleo hasta en los niños, mujeres en cinta e intoxicados, así como ello también explica la constancia de su acción aún después de dosis repetidas.

LAS PERTURBACIONES MENTALES EN LOS PARKINSONIANOS POSTENCEFALITICOS.— Las perturbaciones del sueño son las que dominan la escena de los parkinsonianos, como la de todos los postencefalíticos. Estas perturbaciones son muy frecuentes y consisten sobre todo, en insomnio o inversión del ritmo del sueño, que hacen pasar la vida particularmente angustiosa, tanto al enfermo como a sus allegados. El insomnio existe desgraciadamente en la mayoría de los casos; penoso para el parkinsoniano, hay que vigilarlo mucho por las complicaciones que se pueden presentar en terrenos predispuestos, de las cuales, él es a menudo la causa coadyuvante. Es así que se le encuentra en el origen de la agitación nocturna y de los síndromes depresivos. Conviene, pues, estudiar en primer lugar su tratamiento.

Ante todo, se debe ordenar el más completo reposo tanto físico, como intelectual y moral; no es sino después que deberá intervenir una terapéutica más activa.

Este reposo acompañado, en lo posible, de cambio de ambiente es en general insuficiente a los enfermos que padecen insomnio; pero la importancia de este complemento no debe despreciarse. Primeramente, para completarlo, será bueno emplear sedantes nerviosos tales como los bromuros, (de dos a cuatro gramos al día); con esta finalidad el Dr. Darré (*Tesis de Lyon* 1928) ha empleado siempre el *sédobrol* (de dos a cuatro tabletas), el cual presenta la ventaja de ser a la vez bien dosificado, activo, y poderse administrar al enfermo sin que éste se perciba de ello; así se evitan reflexiones y discusiones que la sola palabra de bromuro hace brotar

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

en el espíritu del enfermo o de los que le rodean; es a su parecer, el medicamento de elección, más todavía cuando el insomnio coexiste con un síndrome depresivo.

Si los sedantes son insuficientes , se tendrá que recurrir a los hipnóticos, entre estos, al somniféne y al allonal, que con frecuencia el autor ha empleado; son particularmente interesantes gracias a su fácil manejo y a la regularidad de sus resultados.

Noticias

EL DR. MARIANO R. CASTEX PRESIDENTE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BUENOS AIRES. —En la sesión pública extraordinaria realizada el día 16 de abril de este año por la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, tomó posesión del cargo de Presidente titular de esta alta corporación, el académico Profesor Dr. Mariano R. Castex.

El nuevo presidente, Dr. Castex, pronunció un vibrante discurso, en el que después de agradecer la honrosa distinción que se le confería, esbozó el plan de acción que se proponía desarrollar, esperando que con la cooperación decidida de todos los señores miembros conseguirá que la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires llegue a ser el más alto exponente de la ciencia médica en el continente suramericano.

Celebramos el encumbramiento de tan distinguido hombre de ciencia argentino.

SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA.— La Comisión Organizadora del Segundo Congreso Nacional de Medicina, teniendo en consideración que además de los seis grandes temas de ponencia, existen otros de vital importancia, sugiere que se presente algún fruto, sobre alguno de los puntos siguientes:

a)—El mejor tratamiento del paludismo, incluyendo la Plasmoquina.

b)—Tratamiento del tifus exantemático y de la Fiebre grave de Carrión por las inyecciones endovenosas de mercurocromo.

c)—Tratamiento de las úlceras de la Montaña por el tártaro emético y el iodo-bismutato de quinina.

d)—El mejor tratamiento práctico y curativo de la Uncinariosis.

e)—Tratamiento de las diarreas parasitarias, no amebianas, por la esencia de trementina.

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

Bibliografía

LA XANTOCROMIA DEL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO. INVESTIGACION EN RECIEN NACIDOS, por Juan P. Garrahan.—Buenos Aires.—1928.

En este trabajo, que es la tesis de profesorado presentada por el Autor para conseguir la suplencia de la cátedra de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, se estudia el tema, con la devoción y competencia, que pone en todas sus obras nuestro eminente amigo y culto pediatra Juan P. Garrahan.

Su labor investigadora le lleva a afirmar que la xantocromia del líquido cefalorraquídeo, es fisiológica en el recién nacido. (De 17 líquidos pertenecientes a niños de 0 a 10 días, sólo 20 eran cristal de roca); que la intensidad del color amarillo, por lo general aumenta en los primeros días y comienza a disminuir en la segunda semana y que la presencia de hematíes, aun en gran número, es normal en el líquido cefalorraquídeo del recién nacido.

Según el autor no resulta evidente la influencia del traumatismo del parto, en la producción de la xantocromia.

El color amarillo del líquido cefalorraquídeo de los recién nacidos, parece debido a la bilirrubina. La reacción indirecta de Van den Bergh da casi siempre resultado positivo, y todos los recién nacidos con ictericia tienen líquido cefalorraquídeo teñido de amarillo.

Termina su interesante estudio afirmando que la xantocromia del líquido cefalorraquídeo, es una prueba de valor para el diagnóstico de la hemorragia meningea del recién nacido.

Dr. CARLOS BAMBAREN.

PERU MEDICO.—La Junta Directiva del "Círculo Médico Peruano", que preside el Dr. Fortunato Quesada, ha comenzado a publicar una Revista bimestral de este nombre.

El primer número contiene parte de las ponencias que se leyeron en el Primer Congreso Nacional de Medicina y corresponde a Diciembre de 1927.

El segundo número, continúa la publicación de los temas del Congreso Médico, y corresponde a Febrero de 1928.

Celebramos la aparición del nuevo colega, que se presenta en condiciones auspiciosas y ofreciendo características elegantes.

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

Algunas formas de estafilococias, tratadas según el procedimiento de la inmunización local

Por el Dr. JORGE AVENDAÑO
Del Laboratorio Microbiológico del Hospital "Dos de Mayo"

El método de Besredka, de los caldos vacunas, en el tratamiento de las estafilococias, es tema sugestivo, que une a la sencillez de la técnica de su preparación y rapidez de sus resultados, tal seguridad en sus efectos, que está llamado a revolucionar los actuales tratamientos de las citadas infecciones.

Las infecciones estafilocócicas están caracterizadas por la facilidad con que pasan al estado crónico, por más que se les someta a los más variados tratamientos, como son: autovacunas por vía subcutánea, estaño inyectable y por vía bucal, aplicaciones tópicas, dietas, etc.

El método de Besredka, se muestra superior a esas curas y vence a la enfermedad, proporcionando resultados ópimos.

Hemos tratado siete casos de estafilococias y en todos se ha obtenidos exito definitivo o favorable.

El trabajo de preparación de los caldos filtrados se ha realizado utilizando bujías de filtración Chamberlaind y Berkefeld, haciendo el vacío con la trompa de agua primero y con el aparato de Hearson, a mano, después.

El pequeño número de bujías, en buen estado, con que contábamos y la imposibilidad absoluta de hallar reemplazos en el comercio de ésta ciudad, sumado a las dificultades para obtener vacío suficiente para filtrar rápido y en suficiente cantidad, han sido motivos poderosos que nos ha impedido contar con material necesario para tratar mayor número de casos, como fué nuestro deseo.

La técnica empleada ha sido la de Besredka: aislado el gérmen respectivo y sembrado en caldo, después de seis días de cultivo se filtra, siendo nuevamente sembrado en el caldo transparente del filtrado; a los seis días, segunda filtración y resiembra, que casi nunca dá cultivo; solo en dos ocasiones hemos tenido que filtrar por tercera vez; el filtrado, perfectamente controlado mediante sembríos en caldo, es el que ha servido para los ensayos terapéuticos.

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

OBSERVACION N°. 1.— *Abceso tuberoso de la axila, de un mes de duración, curado con tres inyecciones de vacuna filtrada.*

C. G. de 54 años, casado, coronel de infantería; refiere haber sido siempre sano; tiene cinco hijos perfectamente sanos. Hace pocos meses presentó una lesión ósea en la pierna izquierda: practicado el Wassermann, fué positivo, razón por la cual se le sometió a tratamiento antiluético durante sesenta días. El 20 de Agosto experimentó malestar en la axila izquierda y notó tumefacción, rubicundez y una induración rojiza dolorosa, en la cúspide de la cual, apareció al día siguiente, un punto supurado, por el que fluyó secreción purulenta, durante algunos días; en los posteriores, aumentaron los pequeños abcesos abiertos al exterior, hasta alcanzar el número de ocho y se intensificó notablemente el dolor al punto de no poder conciliar el sueño. A mediados de Setiembre de 1926 examiné al enfermo: presentaba dos orificios dolorosísimos con pus abundante, rodeados de extensa zona congestiva; aislado un *estafilococo dorado*, a los doce días se inició el tratamiento:

Set. 27, inyección intradérmica, de medio centímetro cúbico de vacuna filtrada, en la proximidad de la lesión.

Set. 29, el enfermo continúa en el mismo estado; inyección intradérmica de un centímetro cúbico de vacuna.

Oct. 1, el paciente ha experimentado un ligero bienestar, pero la apariencia de la lesión es idéntica y el dolor continúa; se le inyecta un centímetro cúbico y medio de la vacuna filtrada, en dos puntos del dermis, limitando los contornos superior e inferior de la lesión, realizándose la llamada inyección en capa; a las ocho horas, experimenta sensación de vivo picor en los dos puntos de la lesión.

Oct. 2, han desaparecido, casi por completo, la rubicundez y tumefacción; la supuración y el dolor no existen, quedando apenas visibles los orificios por los que fluía antes pus abundante, y sólo perceptibles, las nudosidades correspondientes a las glándulas infectadas en vías de resolusión.

OBSERVACION N°. 2.— *Abceso tuberoso de la axila, curado con caldo filtrado, sin inyecciones, mediante la aplicación de apósitos inmunizantes.*

F. N. 31 años, soltera, padres vivos y sanos; antecedentes patológicos sin importancia.

Veo a la enferma el día 5 de Abril de 1926; presenta desde el 1°. un proceso inflamatorio de la axila derecha, con sensación de pesadez, intenso enrojecimiento, dolor exquisito y secreción purulenta por tres aberturas. Indico Stannoxil y Levurina, por vía oral, en tanto que aislado un *estafilococo albus*, procedo a preparar un caldo filtrado; el día 17, después de haber mantenido, durante veinticuatro horas cataplasmas calientes en la región afectada, se corta las pilosidades y se hace actuar, durante cinco minutos, un de-

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

pilatorio químico, retirado el cual, se aprecia una zona intensamente congestionada, entre las dos líneas axilares, anterior y posterior, pudiéndose apreciar las nudosidades de los glanglios infectados, de los que cuatro segregan pus; se hace el lavado con alcohol y suero fisiológico y se aplica dos gasas empapadas en el caldo vacuna.

Día 18, el dolor ha disminuído notablemente y hay apenas secreción purulenta; nuevo apósito con filtrado.

Dia 19, hay un punto amarillento, en el centro de una pequeña circunferencia congestiva del tamaño de una moneda de diez centavos, que al ser presionado, en la creencia de ser un grueso clavo de abceso, dá salida a unas pocas gotas de serosidad.

Dia 20, la zona congestiva ha desaparecido casi por completo, lo mismo que el dolor, aún a la presión; se aprecian los glanglios sanos; último apósito con filtrado.

Día 22, la enferma está curada.

OBSERVACION Nº. 3.— *Antrax de la región glútea, febril, curado en tres días, mediante aplicaciones locales de caldo vacuna.*

L. F. M. 21 años, soltero, estudiante. Padres vivos y sanos. Varicela y sarampión en la infancia; a los 14 años, apendicitis con perforación a las 12 horas del cólico y reacción general poco marcada.

El día 26 de Febrero de 1926, presenta en la región glutea del lado derecho una extensa zona de rubicundez, que la abarca totalmente; en el centro de la región se ven varios puntos amarillentos, recubiertos de ligera cutícula; hay gran dolor expontáneo, que propagándose hasta el ano, impide defecar al enfermo; 39 de temperatura, la región totalmente empastada, es muy dolorosa al tacto. Cataplasmas calientes in situ.

Dia 27 - temperatura 39º, persiste el dolor, no habiendo podido conciliar el sueño; se rasura la piel y se aplica, el filtrado del cultivo de estafilococo, aislado del abceso tuberoso correspondiente a la observación Nº. 1.

Día 28 - temperatura 37º, el enfermo, que ha dormido, me recibe apoyado sobre las dos nalgas y dice que el dolor ha desaparecido; al quitar el apósito, salen con él varios clavos y se aprecia, que la rubicundez ha disminuído y que la zona de empastamiento está limitada a 6 centímetros de diámetro, circunscribiendo los orificios que han dejado los clavos; se le aplica idéntica curación a la anterior.

Dia 1º de marzo. —El enfermo, sintiéndose muy bien, ha caminado y salido a la calle; al retirar el apósito, se ve salir serosidad sanguinolenta intensificándose la disminución de la rubicundez y el empastamiento. Aplicación del apósito específico.

Dia 2 - Los síntomas del primer día, han desaparecido por completo. Me despido del enfermo.

OBSERVACION Nº. 4. — *Osteomielitis del fémur, en un niño de 10 años, curada en breves días, después de un proceso de tres meses.*

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

C. Z. 10 años, mestizo, ocupa la cama N°. 5 del servicio de las Mercedes, Prof. Graña, en el Hospital «2 de Mayo». Padres murieron de afección cardíaca y neumonía; tiene un hermano sano.— Antecedentes patológicos, de poca importancia; refiere haber sufrido de catarros nasales y paludismo, en Barranca, su ciudad natal.

A principios de Diciembre del 1925, sufrió la caída desde un camión en marcha, golpeándose el muslo derecho, sin experimentar malestar; posteriormente, a la semana, nuevo golpe en el mismo sitio; pocos días después experimentó sensación de pesadez en el punto correspondiente a los dos traumatismos sufridos, decaimiento, malestar general, calofríos, fiebre y con el trascurso de los días, dolor agudo, localizado, preferentemente en el tercio inferior del femur. Los médicos de la localidad, al examinarlo, apreciaron notable aumento de volumen del hueso, por comparación con el correspondiente del lado sano y le aconsejaron su traslación a Lima, papara el tratamiento necesario.

Ingresó al Hospital el 7 de Enero de 1926, siendo llevado, provisionalmente, a la sala de Santa Ana, estando en la cual se abrió expontáneamente, una colección purulenta, en la cara interna y tercio inferior del muslo derecho.

Cuatro días después, ingresó al servicio de las Mercedes, pudiendose apreciar que se trataba de un sujeto, de desarrollo muy deficiente, piel, pálida, actitud deprimida, con numerosas caries dentarias y que además de la tumefación del miembro enfermo y de la secreción purulenta descrita, presentaba anquilosis de la rodilla derecha, haciéndose casi imposible la deambulación.

La investigación del Hematozoario de Laverán y la reacción de Wassermann fueron negativas. Von Pirquet: positivo.

El dia 11 de Enero fué sometido a intervención quirúrgica, haciéndose la incisión por la cara externa y raspándose ampliamente el hueso; apesar de las curaciones diarias, la deformación del miembro persiste y la secreción purulenta por las dos aberturas, continua; la fiebre se mantiene con las características de los que acompañan los procesos sépticos.

El 20 de Marzo , se encuentra abundantes estafilococos en el examen del pus y se prepara el respectivo caldo-vacuna el cual se comienza a aplicar quince días después, mediante inyecciones del mismo, en los dos orificios; en éstos se colocan mechas de gasa embebidas con el filtrado.

Tres días después de la primera aplicación del caldo-vacuna, la supuración comienza a disminuir, al mismo tiempo que la temperatura tiende a bajar.

A los ochos días— es decir, después de cuatro curaciones, pues éstas se practican con un día de intervalo— la supuración ha desaparecido completamente, y sólo se observa en la gasa pequeñísimas trazas del líquido seroso; la temperatura ha descendido a la normal, la cicatrización se aprecia en los bordes de las heridas, el enfermo se encuentra mejor, se levanta y mueve algo la articulación de la rodilla. El enfermo está casi curado, pues la mejoría se intensifica notablemente, quedando pequeños sitios en que la piel aún no ha cicatrizado.

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

OBSERVACION N°. 5.—*Abcesos múltiples estafilocócicos, postneumónicos, definitivamente curados siguiendo la técnica preconizada por Besredka.*

M. E. 26 años, indio, soltero, ocupa la cama N°. 8 del Servicio Ernesto Odriozola, del Hospital "Dos de Mayo".

Padres, murieron de Paludismo y Grippe. Un hermano muerto, igualmente de Paludismo; otro sano.

Pasado patológico interesante: Paludismo a los quince años; Disentería, recién llegado de la sierra de donde es oriundo, el año 1917, durante tres meses; Neumonía en 1918; dos años después se hospitaliza, pues presenta dos chancros y sufre de gonorrea; en 1922 nueva gonorrea.

Ingresa al servicio el 14 de Marzo de 1926 y presenta el cuadro clínico de una neumonía lobar derecha, instaurándose el tratamiento apropiado.

El dia 23, encontrándose en el período de declinación de la fiebre, se intensifica notablemente la sudación, presentándose abundantes corpúsculos de sudámina en todo el cuerpo, especialmente en la cara, pecho y espalda.

El 27, comienzan a aparecer en la cara pequeños abcesos miliares, con puntos supurados del tamaño de una cabeza de alfiler corriente, que rápidamente se extienden invadiendo la frente, nariz y mejillas. En los días siguientes, la cara del enfermo presenta el aspecto de una alfombra de granos purulentos, que habiendo aumentado en tamaño y número invaden el cuero cabelludo, la parte superior del tórax, la nuca y los miembros superiores.

En los últimos días del mes, el enfermo apirético, presentaba un aspecto miserable, que daba lástima; los ojos cerrados, por la acción de dos bolsas de pus, que deformaban los párpados, la cara íntegramente cubierta por los abcesos, algunos de los cuales eran verdaderas pústulas, el cuero cabelludo lleno de deformidades correspondientes a los abcesos, que del tamaño de ciruelas, lo levantaban y tirando la piel, le ocasionaban intenso sufrimiento al paciente; en la nuca, parte superior del tórax y brazos, idénticos abcesos, con abundante secreción purulenta, lo imposibilitaban hasta para descansar en posición cómoda.

Aislado el gérmen: *estafilococo dorado*, que dotado de gran virulencia, germina abundantemente antes de las 10 horas en los medios de cultivo, se prepara el caldo-vacuna, que es aplicado mediante gasas embebidas, después de afeitar el cuero cabelludo y de estar la piel de la cara cubierta, durante veinticuatro horas, con cataplasmas.

A propósito, solo aplicamos los apósitos especificos en la cara y cuero cabelludo, con el objeto de observar si obtenida la curación en dichas regiones, el resto, tórax, nuca y miembros, también se beneficiaban con el tratamiento.

Desgraciadamente, dada la gran cantidad de enfermos existentes en el servicio, las curaciones no pudieron hacerse sino con un día de intervalo, lo que no fué inconveniente para que en los días sucesivos, y ante la admiración de los internos del servicio, las pús-

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

tulas se resolvieran, los abcesos del cuero cabelludo, abiertos mediante pequeñas incisiones puntiformes, vacearan su contenido y aparecieran pequeñas costras sobre los orificios de los otrora abundantísimos abcesos. El enfermo mucho más animado, contempló asombrado, cómo en el trascurso de diez días, había desaparecido el proceso que tanto sufrimiento la originara.

Hecho curioso, junto con la resolución de la estafilococia de la cara y cuello cabelludo, vimos, paso a paso, la curación definitiva de los abcesos situados en la nuca, tórax y miembros, a los que no se había puesto en contacto con el antivirus contenido en el caldo vacuna.

Así quedó demostrada, ampliamente, la inmunización de una parte de la piel, que se hizo general al todo el órgano.

OBSERVACION N° 6.—*Pénfigo foliáceo generalizado, de siete meses de duración, curado en el trascurso de una semana.*

S. R. 40 años de edad, blanco, casado, ocupa la cama N°. 2 de la Sala "San Lázaro", del Hospital "Dos de Mayo"

Padres vivos; tres hermanos hombres y cinco mujeres, todos vivos y sanos. Viruela en la infancia; Neumonía a los quince años, con recaída; Tifoidea, al año siguiente, durante tres meses; con posterioridad Paludismo, en dos oportunidades.

Hace siete meses, notó la presencia de manchas rojizas en el pie derecho, cara dorsal y en la región umbilical,en forma de anillos, acompañadas de prurito, al mismo tiempo, que en los sitios indicados percibió levantamientos de la epidermis, formando verdaderas ampollas, que al romperse dejaban salir líquido claro al principio, y turbio después, habiéndose hecho purulento, con posterioridad; dicha dermatosis pustulosa, se fué extendiendo lentamente a la cara, tronco y miembros, presentando en ciertos sitios, formaciones costrosas, que al caer dejaban ver regiones intensamente rojizas, botonosas y siempre húmedas.

Ingresa al servicio en diciembre de 1925.—Diagnóstico: Pénfigo foliáceo. Se le aplicaron ocho inyecciones, endovenosas, de salicilato de Soda y después de Salvarsán (0,15 y 0,30) habiéndose generalizado la lesión a toda la superficie cutánea; se acordó ensayar la autohemoterapia, habiéndosele aplicado cuatro inyecciones de sangre, intramusculares, sin obtenerse la más leve mejoría; se empleó, nuevamente el salicilato de soda, en número de tres inyecciones, al mismo tiempo que la balneoterapia sulfurosa y la aplicación tópica de óxido de zinc, con resultado igualmente nulo; las aplicaciones locales fueron reemplazadas con polvos de subnitrato de bismuto y posteriormente, con polvos de carbón (carbón, quina, cascarilla, alcanfor y yodoformo); en vista de la ninguna mejoría, se le colocó Electroargol endovenoso, se le proporcionaron baños alcalinos, seguidos de lavados de resorcina, inyecciones de leche, y por último, se utilizó nuevamente la autohemoterapia; siendo igualmente infructuosos, los tratamientos últimamente empleados. Ante la situación verdaderamente desesperada se investiga gérmenes en el líquido de una de las vesículas y se encuentra estafiloco-

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

cos y estreptococos, los que sembrados en caldo y filtrados, según el procedimiento de Besredka, proporcionaron, algunos días después, caldo vacuna en cantidad suficiente para el tratamiento. Quisimos observar, aquí también los resultados de la aplicación del antivirus, en sólo una parte del revestimiento cutáneo.

Cubierta la cara con las gasas embebibas,se observó a los cuatro días notable mejoría; las vesículas y la secreción purulenta desaparecieron, casi íntegramente, quedando cubierta la piel por pequeñas y delicadas costras, que se desprenden fácilmente; en los días siguientes sólo se aprecia pequeñas máculas diseminadas.

OBSERVACION N°. 7.—*Piodermitis febril del lactante, de un mes de duración, curada rápidamente en el trascurso de cinco días.*

C. F. de cinco meses de edad, nacido a término, embarazo sin particularidades; padre muerto, ignorándose la causa; la madre, refiere haber hecho una hemoptisis, hace algunos años.

Lactado por la madre, con algunas irregularidades, en varias ocasiones ha sufrido de trastornos diarreicos, febriles, que han desaparecido a los 8 o 10 días, debido al tratamiento médico.

Examinado el día 15 de enero de 1926, se aprecia desasociego, fiebre que alcanza 38°, cámaras frecuentes y fétidas, pérdida de peso y regular número de pequeños abcesos subcutáneos con puntos purulentos a flor de piel, repartidos en el tronco y miembros y dolorosos a la presión.

Se encuentra abundantes *estafilococos albus*,con el cultivo de los cuales se prepara el respectivo caldo filtrado, que se aplica el día 28 de Febrero, envolviéndo al niño, casi íntegramente, en las gasas embebidas en el filtrado.

En los días 1°. y 2°., se renuevan los apósitos; el 3, la fiebre ha desaperecido, las cámaras han disminuído, el niño duerme mejor y está más tranquilo y los abcesos múltiples se han secado, no existiendo ni gota de pus; nueva curación específica, que al ser retirada el día, 4 deja ver la piel, cubierta de máculas correspondientes a los abcesos, completamente curados.

Tales son los casos de nuestra experiencia personal; su relato sólo se propone hacer conocer algunos casos de aplicación práctica de la inmunización local en el tratamiento de afecciones estafilocócicas del órgano cutáneo.

Ojalá que esta pequeña contribución despierte entre nosotros interés por el método descrito, que está llamado a gran porvenir, ya que el concepto de la Inmunización local de Besredka, debe aceptarse, puesto que explica problemas que la Inmunidad general, por si sola, no ha resuelto, y consigue resultados curativos indiscutibles.

El procedimiento de Besredka, de los caldos vacunas, proporciona expléndidos resultados en el tratamiento de diversas estafilococias, alcanzándose la curación en muy breve plazo.

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

Alienación mental y delincuencia

Informe de Psiquiatría Forense

Por los Doctores

Guillermo FERNANDEZ DAVILA y Carlos A. BAMBAREN

EL HECHO DELICTUOSO

El 5 de Mayo de 1927 a horas 10 de la mañana, más o menos, el señor Cónsul del Ecuador doctor J. R. B. R. fué agredido por un compatriota, que había llegado a su domicilio demandando protección y auxilio para pretendidos agravios hechos a sus menores hijos. El agresor usó una barra de fierro para golpear al señor Cónsul, produciéndole una fractura del cúbito izquierdo en su tercio medio, y varias heridas contusas en las regiones frontal, parietal derecha y occipital. Bueno es advertir que hubo lucha entre agresor y agredido, que rodaron una parte de la escalera pues la casa está en altos, y que chocaron ambos contra una verja de hierro.

En el atestado de la policía, que recoge las primeras impresiones del suceso, se señala lo inmotivado de la agresión, pues, un testigo de la familia dice: "que hará poco más o menos dos meses que co-"noce a Juan V. (el agresor), quien por razones de su misma nacio-"nalidad, frecuenta el consulado y ha sido favorecido por su tío "(de la declarante), debido a la mala situación de aquel, pero que "con frecuencia ha notado que es algo enagenado, lo que seguramente "es el móvil del incidente". En el mismo documento policial refie-"re el agredido el hecho, manifestando "que de un momento a "otro fué atacado por éste (se refiere a Juan V.), diciéndole que era "culpable de que sus hijos se encontrasen sin justicia e intempesti-"vamente le descargó un fuerte golpe con un instrumento que tenía "envuelto en un trapo"; más adelante añade: "el único móvil del "atentado, es el hecho de que se trata de un sujeto enagenado, no "existiendo ningún motivo que hubiera dado lugar a que fuese agre-"dido en forma semejante".

El agresor al ser interrogado por la Policía, hace previamente al relato del hecho, la narración de que sus hijos han sido *violados;* que los acusados por él como violadores, no han sido castigados; que ha demandado justicia a la Policía del Callao y de Lima, y al señor Cónsul, sin alcanzarla; por último, relata la agresión diciendo: "qu e

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

en ningún momento había sido con intención de hacerle daño, pues el no es "ningún loco para haber procedido en tal forma".

EXAMEN DEL ENCAUSADO

Juan V. L., natural de Jipijapa (Ecuador), de 46 años de edad, casado con instrucción primaria, dice haber tenido cuatro hijos, de los cuales la mayor casó en Panamá.

Exámen somático.—Talla mediana, bien conformado; manchas de vitíligo en el tórax y en la frente, en los límites de los pelos del cuero cabelludo.

No se descubre nada anormal en los aparatos de la vida vegetativa; en el sistema nervioso hay: *anisocoria*, esto es, desigualdad de las pupilas, la derecha mayor que la izquierda; no reaccionan a la luz y lentamente a la acomodación (*signo de Argyl-Robertson*); los reflejos tendinosos están exagerados, especialmente los reflejos patelares.

Las reacciones biológicas practicadas han dado los siguientes resultados: en el líquido céfalo-raquídeo, 2 gramos de serina por mil, presencia de globulinas, investigadas por la reacción de Nonne-Appel, 8 linfocitos por mm.c—Las reacciones de Wasermann han dado resultado *negativo*, tanto en el suero sanguíneo, como en el líquido céfalo-raquídeo.

Exámen mental.— El estudio de su psiquismo ha dado lo siguiente:

Trastornos de la orientación en el tiempo y en el espacio, pues no sabe con seguridad el tiempo que está recluído y la fecha del día en que lo examinamos. Con respecto a su edad, es posible hacer patente esta inseguridad: a nosotros nos ha dicho que tiene 46 años, y en cambio, en el atestado policial y en su instructiva indica 42 años. Cuando le preguntamos el tiempo que tenía de casado, nos dijo que 19 años, sosteniendo que su matrimonio lo había hecho en 1917; fue necesario un laborioso trabajo de rectificación mnésica, para que orientase mejor ese dato del interrogatorio. El cálculo inseguro, se hizo en algunos momentos difícil e incomprensible.

Preguntado sobre su oficio dijo: mecánico, constructor teórico de buques. Al agregarle uno de nosotros, en el curso del interrogatorio, que era constructor teórico de aereoplanos, no puso reparo en la ocupación, manifestando en cambio, con entusiasmo, que «esos eran los hombres que le convenían para trabajos en una gran factoría» que tiene forjada en su imaginación, como un recuerdo deformado del taller que tuvo en Guayaquil, lugar donde ha trabajado con alguna independencia.

La afectividad es compleja, pues, traduce diversos estados de su ánimo Se presenta para ser examinado con cierta indiferencia, pero es posible despertar en él ligera inquietud y tristeza por sus hijos, que bien pronto se disipa, mientras se desarrolla el curso del interrogatorio.

La memoria sufre de falta de precisión; algunos hechos históricos de su patria, no los recuerda con exactitud, aún aquellos re-

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

cientes, que dice le han impresionado bastante. La narración de los principales acontecimientos de su vida, peca de falta de coordinación, de enumeración detallada; olvida muchos, que los interpola después, cuando se le hace ver que hay alguna incongruencia de las fechas que cita o de los acontecimientos que refiere.

En la percepción es posible descubrir trastornos bien manifiestos. La conciencia de si mismo no es normal; se cree capaz de construir un buque, partiendo de un modelo de barro, sobre el que colocaría las planchas, hasta alcanzar volumen considerable. Dice que desea la libertad para instalar una factoría, donde pueda realizar sus ideas, que resultan absurdas, *megalomaniacas*.

Es posible descubrir en el examinado interpretaciones delirantes, los *delirios de inferencia* como los llama Morselli, pues, los diversos hechos que le han sucedido últimamente los relaciona con pretendidos enemigos y personas que le quieren mal. Así, las actitudes del señor Cónsul en relación con la falsa acusación de que sus hijos han sido violados, las atribuye a "un entendimiento entre el señor "Cónsul y el Ministro en la República de Panamá, para molestarlo "y llevarlo al cambio de la ruina, a fin de ocultar lo ocurrido con mis "menores hijos y salvar la responsabilidad que le toca al citado Mi-"nistro, según confiesan mis propios hijos y mi señora, que me co-"municó en Panamá lo tocante a ella y a mi hija mayor".

Refiriéndonos a las ideas delirantes del examinado, hay que estudiar las pruebas que presenta de la infidelidad de su mujer, a la que sacó la declaración que se ha "rebolcado con largo de medio mi-"llón de hombres en la mayoría vandidos de los que mi hija Isabel "puede dar fé como también los demás hijos; conste que ninguno de "mis hijos son consebidos con mi esposo siendo casi todos de diferen-"tes padres inclusibe mi hija Isabel". (Se ha respetado la ortografía original).

Lo trascrito de este documento prueba que él ha sido obtenido por la presión de un cerebro desequilibrado, pues, de otra manera no puede explicarse la coexistencia de ideas absurdas, faltas de lógica, y la declaración paladina de liviandades que toda mujer oculta, aun tratándose de una prostituta calificada. Juan V. L. presionó a su mujer para firmar esta declaración, que satisfacía ideas delirantes, y después envió a aquella al Ecuador, según declara en varias partes y nos lo ha confirmado durante el interrogatorio. Sin embargo del retrato de tan subido tono que hace de su mujer, la llama pocos días antes de practicar el hecho que le hace recluír, y aún momentos antes de agredir al Cónsul, en la carta que le hacía escribir a éste; en ella hay la siguiente frase: "Quisiera que tu vengas a mi "lado por supuesto para cuidar y desbestializar estas criaturas que "por tu misma causa han caído en el mal".

El asunto de la violación de sus hijos en el Callao es otra interpretación delirante, porque el examen de los Médicos de Policía ha negado tal violación, que fue fomentada por certificados indebidamente otorgados por la Asistencia Pública de Lima. La narración que hace de la violación de sus hijos, en el curso de los interrogatorios a que lo sometió la policía después de capturarlo, y el Juez Instructor en seguida, revelan una idea delirante de carácter obsesionante, pues,

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

en muchos momentos la declaración parece referirse más bien a la violación que al hecho que motiva este estudio.

Todo lo referido corresponde a las *ideas delirantes eróticas*, con las que Seglas reune las manifestaciones delirantes del sentido genésico. Ellas se manifiestan de muchas maneras; ya dependiendo de un estado de excitación general, como pasa en el primer período de la Parálisis general; ya constituyendo un delirio al que se conforma toda la conducta del alienado, como en la erotomanía y en las ideas eróticas obcenas, de carácter obsesionante.

Haciendo un análisis psicológico de estas ideas delirantes de Juan V. es posible encontrar los siguientes caracteres: difusas, incoherentes y contradictorias en cierto modo, acercándose por esto a las que presentan los paralíticos generales, aunque en cierto momento guardan relación con las que ofrecen los psicópatas atacados de locura de duda.

Todo este conjunto de apreciaciones hacen ver que en Juan V. L. hay perturbación y disminución de las capacidades psíquicas; que la autocrítica está deformada; y que la apreciación integrativa de la conciencia se hace en forma anómala. En una palabra: que existen los elementos, con los que en Psiquiatría se hace el diagnóstico de *demencia*, que es tan solo un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas, con los que después puede hacerse el diagnóstico de la especie morbosa.

Analizando el *comportamiento* de Juan V. L. se descubre esta sucesión de hechos, que dicen mucho para su apreciación psiquiátrica:

En 1894 se alista en las tropas revolucionarias del General Alfaro (Ecuador); en 1895 es enviado a Estados Unidos de Norte América donde permanece cinco años, estudiando mecánica en Jersey City: sin que su padre lo sepa combate en 1898 con las tropas que luchan por la libertad de Cuba; en 1900 vuelve al Ecuador, donde solo permanece dos años; viene al Callao en 1902 y trabaja en la Factoría "El Aguila" durante ocho meses; después pasa a Chile (Valparaíso) donde su estadia es de dieciocho meses; se dirige a Inglaterra (Liverpool), país en el que trabaja durante un año; en seguida se embarca, permaneciendo cinco meses en un buque que trafica en el Mediterráneo.

Vuelve al Ecuador en 1907, y se casa con doña E. R., a la que hará firmar la carta de la que hemos trascrito algunos párrafos, y que la ha entregado para explicar algunos datos de su vida, que proporciona al ser interrogado por el atentado cometido en la persona del señor Cónsul del Ecuador.

De 1907 a 1913, no menciona alguna referencia particular; en ese año dice que era propietario en Guayaquil, pero que ante la amenaza de un juicio vendió todo, yéndose a Costa Rica (Tilarán), donde permaneció cuatro años; de ahí pasó a Nueva York, donde estuvo un mes, observando, según dice, sus progresos; regresó a Colón y pasó después a Panamá, de donde con toda su familia volvió al Ecuador en 1917.

Al regresar a su país sus elementos económicos no eran muy abundantes; buscó la manera de arbitrárselos por medio de trabajos de

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

ilusionismo, hasta que con algún dinero estableció un taller de mecánica; así se encontraba nuestro examinado, cuando se realizaron los acontecimientos del 15 de noviembre de 1925, que tuvieron por teatro la ciudad de Guayaquil, produciendo más de 1,000 muertos entre el elemento obrero; él, que ya había agregado a su pensamiento paralógico, las ideas de redención social, lanzó un grito de rebeldía que culminó con un viaje a Panamá en señal de protesta, según su fuero interno. Ahí puso un establecimiento de peluquería; ahí casó a su hija mayor; ahí le hizo escribir a su mujer aquella carta de la que hemos trascrito párrafos anteriormente, en la que se declaraba confesa de enormes infidelidades; ahí dice, en fin, que le comenzaron a decir *loco*.

Preguntado Juan V. L. por qué vino al Perú en los primeros meses de 1926, dice una serie de ideas y conceptos delirantes que conviene referir.

Respecto a su hija casada, dice que pudo descubrir que el padrino de matrimonio, aprovechando que el esposo trabajaba embarcado en un buque, la hacía dedicarse al comercio carnal; viéndose impotente para impedirlo, resolvió abandonar Panamá, preparando entonces su viaje al Perú.

Con relación al establecimiento de peluquería, dice que tuvo que traspasarlo porque sus connacionales le gritaban *loco*, y pretendían ultrajar a sus hijos.

Atribuyendo sus contrariedades al comportamiento de su mujer resolvió enviarla al Ecuador, pretendiendo con este viaje castigar agravios y ofensas, que le hizo estampar en la carta tantas veces citada.

No se posee, desgraciadamente, mucha información de su vida en Panamá; porque aunque solo hemos tenido la narración que él mismo nos ha suministrado, cuando hemos tratado de inquirir detalles de su última permanencia en esa ciudad, su memoria descubre verdaderas lagunas, que no permiten fijar los hechos de modo seriado. Parece que en esa época se organizó el núcleo de ideas delirantes, que han formado en él su psicopatía.

Es en Panamá donde Juan V. L. escribe un trabajo intitulado "Críticas, remedios, maquinarias; Lo que será la patria de Juan Montalvo, según Juan V. L. mecánico manabita". En este escrito, que es un testimonio de psiquiatría, la incongruencia más absurda se une con las ideas delirantes más estrafalarias. Después de hacer una ligera descripción de lo que ha hecho y de comentarios al parecer sociológicos, dice haber descubierto "esos tres grandes microbios "que causarán la ruina de la tierra y creo haberlos localizado". Después agrega, sin conexión con lo anterior: "Siento no explicar como "pude fabricar la máquina, que nos ha de sacar los microbios. La "primera no me resultó, mataba a la gente con todo. La segunda "en un arranque de veras en la grandeza resultó que extrae los bichos "como por encanto y la denomino: *Crisol purificador*, convierte de "la inercia e ignorancia al saber"

Los párrafos trascritos, nos relevan de mayores comentarios; no puede haber mayor conjunto de locuras, ni incongruencias más

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

disparatadas. Su autor hace tiempo que ha debido ocupar un alojamiento en una casa de Insanos.

Huyendo de Panamá vino a Lima, donde también es víctima de sus ideas delirantes; sus connacionales no le quieren; sus hijos son violados (según el examinado); hace acusaciones a la Policía, que ésta no halla justificadas; le pide protección a su Cónsul y no encontrándola en la forma que su mente enferma se la había forjado, lo agrede violentamente. El resto es el hecho delictuoso mismo.

En un documento que le hemos hecho escribir nos dice lo siguiente: "A grandes rasgos me permito esclusivamente a Ud. explicarle "mis 18 años de vida incógnita y bajo la acción del cloroformo coti-"dianamente administrado por mi esposa, en la que jamás descon-"fiaba. Como por noviembre del año pasado descubrí su dramática "vida, justamente la víspera de mi fallecimiento".

Los acápites trascritos dán idea clara de como marcha la cerebración de Juan V. L. y descubren un núcleo de ideas delirantes que son las mismas que prevalecen en todo momento.

APRECIACIONES PSIQUIATRICAS

Juan V. L. ha sido un sujeto de espíritu aventurero, que lo ha llevado a viajar bastante. Lo que ha visto y apreciado en estos viajes ha contribuído a la producción de su psicopatía, que ha tenido raigambre autógeno, porque ella puede haber sido la causa de esta su instabilidad. Sin desear ahondar en la etiología, bueno es declarar que la punción lumbar ha descubierto la reacción meningea que acompaña a todo proceso crónico del neuro eje; procesos crónicos que casi siempre son de naturaleza sifilítica. Además, en el examen somático se descubre desigualdad pupilar, signo de Argyl-Robertson y reflejos patelares exagerados.

En todos los hechos delirantes de Juan V. L. es posible encontrar cierto grado de sobreestimación de si mismo, desconfianza hostil respecto al ambiente, juicio erróneo e inadaptabilidad social; es decir, los elementos cardinales de los *paranoicos*, tal como los tipifica Genil-Perrin. Pero es evidente que para colocarle su etiqueta nosológica, es necesario situarlo en los *paranoicos atípicos* del mismo autor, que es donde dá cabida a los erotómanos y a los celosos.

El caso es de difícil colocación en la taxonomía psiquiátrica, porque el examen neurológico descubre un sindrome de impregnación del neuro eje y el estudio psico-patológico desentraña un complejo paranoico, que puede tener existencia autónoma, pero que también es muchas veces parte de los trastornos mentales de la parálisis general.

Si no se hubiese descubierto en Juan V. L. el complejo humoral de la impregnación infecciosa crónica del neuro-eje, el diagnóstico de *Paranoia simple*, según la terminología de la escuela psiquiátrica francesa, sería el epíteto que se pondría a su trastorno mental; pero ¿con los datos enumerados no es posible pensar en el estado pre-

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

paralítico de la parálisis general? Los hechos ulteriores darán razón a esta presunción, o al diagnóstico primeramente enunciado. De todos modos, con el exámen practicado se puede ser acertivo al responder a la pregunta formulada por el Juzgado de instrucción.

CONCLUSIONES

1ª. — Juan V. L. es un alienado, que exterioriza un síndrome que en Psiquiatría se conoce con el nombre de *Paranoia simple;*

2ª.—En el líquido céfalo-raquídeo se ha encontrado el complejo humoral de un proceso infeccioso crónico del neuro-eje;

3a.—Por su estado mental es un sujeto capaz de reacciones antisociales peligrosas y;

4a.—Su capacidad civil y penal es nula.

La Enfermedad de los Andes

(SINDROMES ERITREMICOS)

Por el Dr. CARLOS MONGE M.

Informe presentado a la Facultad de Medicina de Lima, sobre estudios fisiológicos, fisiopatclógicos y clínicos, llevados a cabo en el hombre de las altiplanicies andinas, princípalmente en Oroya (12,000 pies) y Morococha (14,000 pies). 1927.

Las investigaciones de Paul BERT, de VIAULT, hace 60 años, en los Andes peruanos, las de Mosso en los Alpes italianos, las de COOKE y sus colaboradores en los picos de Tenerife, la del Profesor alemán ZUNTZ en el mismo lugar, las de HALDANE, HENDERSON, SCHNEIDER en Pik's Peak (Colorado) y las más recientes, en 1922, de BARCROFT, BINGER, BOCK, DOGAR, FORBES, HARROP, MEAKINS, REDFIELD, de una importancia mucho mayor por llevarse a cabo en Cerro de Pasco (Perú), localidad situada a una altura de 14,200 piés sobre el nivel del mar y habitada por una población de 10,000 habitantes, han tenido por objeto el conocimiento de las condiciones de vida en las alturas y por resultado la apreciación fisiológica de los mecanismos de aclimatación en esas zonas, agregando además informaciones de importancia sobre los procesos de inadaptación fisiológica, generadores del "Soroche" o Mal de montañas. Es-

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

te programa ha sido llenado cumplidamente dada la enorme capacidad científica de los investigadores empeñados en esa labor.

Pero, infortunadamente, ni aun aquellos que como BARCROFT y sus colaboradores estudiaron el problema en lugares habitados de los Andes peruanos, se apercibieron de la existencia de una enfermedad caracterizada por la desadaptación permanente a la vida en las grandes alturas, que ataca a los recién llegados como a los residentes y aún a los nativos, constituída por sindromes eritrémicos, que ha sido dada a conocer por nosotros en 1924 en nuestras lecciones del curso de Nosografía Médica de la Facultad de Medicina de Lima y en 1925 en una comunicación presentada a la Academia de Medicina de Lima (1). "Las informaciones que nos ha sido dado recoger en distintas oportunidades nos han puesto de manifiesto un sindrome caracterizado por la conservación del aspecto rojizo y congestivo de la cara no obstante una larga permanencia en la costa, por dolores osteócopos de tal intensidad que obligaba a los enfermos a guardar cama, mejorando sólo con el regreso a Lima y por manifestaciones subjetivas como mareos, etc., todo lo cual es bastante para sospechar un caso de Eritremia.....No hemos vacilado en traer la historia de nuestro enfermo a conocimiento de la Academia Nacional de Medicina para llamar la atención de los médicos de las localidades de las altiplanicies a fin de que investigaciones sistemáticamente conducidas nos hablen de la benignidad o malignidad del mal entre nosotros y sepamos así las proyecciones que para la vida de los que trabajan en esas zonas puede tener un peligro de esa naturaleza. Sabemos de enfermos que han venido a morir a la capital, y en el caso concreto del nuestro, el regreso al lugar en que contrajo el mal le está vedado, lo que en buenas cuentas significa una invalidez por lo menos temporal". Por último, en la conferencia que sustentamos en la Facultad de Medicina de Lima, en la sesión de honor de la VI Conferencia Sanitaria Pan-Americana, expusimos concretamente nuestras conclusiones y las de nuestros colaboradores los doctores Encinas, Heraud y Hurtado, demostrando plenamente la existencia de sindromes eritrémicos a cuyo conjunto dimos el nombre de Enfermedad de los Andes (2).

1.—Cuando se tiene alguna experiencia en la vida a grandes alturas entre 12 y 15,000 pies de elevación como ocurre en el Perú en que un gran número de poblaciones entre 2 y 20,000 habitantes están situadas en altiplanicies elevadísimas, es fácil darse cuenta de que el estudio de los mecanismos fisiológicos de adaptación a esas alturas se vincula estrechamente con los procesos fisiológicos de desadaptación, ya que unos y otros apenas si están separados por linderos tan sutiles que es imposible con frecuencia decir adonde concluye el estado de salud y comienza el de enfermedad. En muchos casos sólo la sensación subjetiva de bienestar o malestar mínimo nos habla de nuestros procesos adaptativos durante la ascención por ferrocarril para llegar a esas localidades donde se hace una vida enteramente normal, física y mentalmente considerada. Aun así, en la ascensión por tren que sube en 12 horas, como lo hemos hecho nosotros a 14,800 pies sobre el nivel del mar, muchas veces bruscamente estallan los fenómenos de inadaptación en todo semejan-

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

tes a los que refieren los ascensionistas que van a pié y cuyas crónicas se conocen desde el P. ACOSTA y VIAULT hasta GRANDIDIER y HINSGTON, produciéndose el Soroche (nombre aceptado por BARCROFT) o Mal de Montañas y que conservaremos para designar la forma aguda de inadaptación a la vida en las grandes alturas.

2.—Los observaciones que hemos llevado a cabo con nuestros colaboradores a 12,200 pies (Oroya) y 14,200 pies (Morococha), la localidad habitada más alta del globo, donde se ha llevado a cabo estudios de esta índole, nos han permitido constatar la existencia, en algunos individuos, de un estado de inferioridad funcional que se acusa por signos de disminución de su capacidad física y mental, que ataca a los indivíduos recién llegados, que dura varios meses, precedido generalmente de Soroche hasta que poco a poco el sujeto se adapta a sus nuevas condiciones de vida. Otras veces la aclimatación no se hace y el sujeto se ve obligado a regresar á la costa o a vivir en lugares menos altos. Estas formas de Soroche, sub-agudo o prolongado presentan un mínimum de síntomas, sólo apreciables por un conocimiento profund de la materia. Es sensible que los miembros de la expedición angloamericana, BARCROFT y sus asociados (3), no conocieran este sindrome del que ellos padecieron sin saberlo, como se deduce por la lectura de sus protocolos y las observaciones consignadas en las páginas 445, 446 y 453, donde se asegura que el hombre aclimatado no existe, y que los habitantes de la altura son personas de poder mental y físico restringido (*impaired*) (3), generalizando a todos lo que ellos habían experimentado. Dejando para una posterior discusión este tópico hagamos resaltar la existencia de estas formas de Soroche prolongado con sintomatología mínima, acompañadas de signos eritrémicos: cansancio físico y mental, insomnio, inapetencia ligera, dísnea, mareos, epixtasis, respiración consciente, periódica, aspecto iluminado y cianótico al menor esfuerzo, etc.

3.—No solamente en los recién llegados sino también en los residentes de muchos años y aún en los nativos es posible observar fenómenos de desadaptación, que, en general, sobreviene lenta y progresivamente, caracterizándose en un principio por los síntomas que acabamos de describir del Soroche prolongado, para ir más tarde enriqueciendo su sintomatología con todos los caracteres de una Policitemia vera, que se inicia.

4.—Por último, nuestras observaciones de 1923, comprobadas ampliamente por el viaje de investigación científica que hemos llevado a cabo, demuestran la existencia de formas graves de Policitemia vera de la que se distingue por el hecho de que mientras la enfermedad de VAQUEZ es inexorablemente mortal, en nuestros eritrémicos graves hemos visto llegar la curación y mantenerse por cinco años bajando a vivir en localidades menos altas.

En suma, estamos firmemente persuadidos de haber podido establecer la unidad clínica de sindromes en apariencia desemejantes. A nuestro juicio, en el hombre que se mantiene normal en la ascención a grandes alturas y en el hombre normal de las grandes alturas (Cerro de Pasco, 14,200; Morococha 14,800 pies), en plena eficiencia física y mental, se han operado mecanismos fisiológicos de

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

adaptación de que participa el organismo todo como una unidad biológica. Potencialmente tal individuo está aclimatado pero la aclimatación significa una desviación fisiológica. Paul BERT fué el primero en señalar la eritrocitosis. Pero que se rompan bruscamente los mecanismos de compensación que han mentenido el organismo en el dintel de la desviación fisiológica y entonces va a presentarse en forma violenta, aguda, la sintomatología del Soroche con sus diferentes variedades—que como ya lo supuso alguna vez OSLER y lo demostraremos nosotros posteriormente—no es otra cosa que una forma aguda de eritremia.

Si la ruptura del desequilibrio funcional es más lenta y menos grave en acusarse, entonces aparecerá una sintomatología mínima hecha a base de fatiga física y espiritual, muchas veces apreciable sólo por un examen minucioso de las manifestaciones subjetivas que el individuo acusa. Pero en sus índices biológicos hemos de encontrar señales inequívocas de los procesos desadaptativos que se traducen por sindromes eritrémicos discretos que constituyen las formas prolongadas de Soroche.

Más todavía, si en los residentes aclimatados y aun en los nativos, se rompe igualmente el mecanismo de compensación fisiológico, van a presentarse síntomas semejantes a los anteriores, verdaderas formas discretas de eritremia o novísimas formas de soroche en gente aclimatada, que gradualmente han de ir intensificándose. Su estudio biológico nos permite asegurar que se trata igualmente de formas iniciales de Policitemia vera que desaparecen cuando el sujeto va a lugares menos altos.

No nos queda sino agregar que estas mismas formas han de terminar con las manifestaciones graves y mortales de la eritremia grave que, sin embargo, va a curar si el sujeto abandona esas alturas. Fisiopatológicamente se traduce por la quiebra definitiva de los procesos de desadaptación.

Pero tanto en un caso como en otro y aun en el hombre aclimatado el substratum es el mismo, idéntica la perturbación funcional y por eso análogos los síntomas en cualquiera de los 4 tipos de enfermedad que acabamos de indicar. El soroche es la forma aguda de Policitemia; la Policitemia es la forma crónica de Soroche; entre ambos extremos hay lugar para las formas prolongadas de Soroche y para las formas discretas de Eritremia. Así aparece de nuestros protocolos.

Estamos pues en presencia de una entidad clínica con formas enteramente individualizadas, con una etiología perfectamente clara, con una patogenía que, si no en sus causas, es perfectamente análoga en sus efectos en los cuatro tipos, considerados anteriormente, que tiene una característica personal: curar al bajar a alturas menores, localizada entre 12,000 y 15,000 pies de altura sobre el nivel del mar y extensamente difundida en las altiplanicies de los Andes, únicos lugares donde en aquellas alturas existen localidades habitadas. Por eso le hemos dado el nombre de Enfermedad de los Andes.

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

Directivas generales de investigacion

La idea básica de nuestros estudios ha sido la comprobación de la existencia de sindromes eritrémicos que habíamos entrevisto en 1923 en un enfermo procedente de Cerro de Pasco, sindromes desarrollados con exclusión de toda causa que no fuera la vida en las grandes alturas, e incidentalmente estudiar hasta donde nos fuera posible las mutaciones sanguíneas, respiratorias, circulatorias, metabólicas, etc.,etc., que experimenta el hombre cuando sube y permanece en esas localidades e igualmente cuando desciende de ellas. Nuestro objetivo ha sido fundamentalmente médico: resolver un problema clínico: pero era forzoso abordar el problema fisiológico tan bien tratado últimamente por Douglas, Haldane, Henderson y Schneider (1) y por Barcroft, Binger, Bock, Doggardt, Forbes, Harrop, Meakins y Redfield (2), en EE. UU. y el Perú, respectivamente. También ha sido nuestro objeto contemplar el aspecto fisiopatológico que no había sido considerado antes, ya que estos autores desconocían la existencia de los sindromes eritrémicos de altura. Queríamos pues, además, comparar los hechos clínicos y biológicos en general de nuestros eritrémicos con los datos obtenidos en el Soroche por dichos investigadores para establecer su discrepancia o identidad. Y por último estudiar hasta donde fuera posible, las mutaciones del organismo, durante el descenso y al regreso a orillas del mar para apreciar los fenómenos de reacción inversa que habían de presentarse en el nuevo proceso de readaptación a la vida anterior.

De otro lado, nos propusimos, como segunda parte de nuestra labor,el estudio del metabolismo básico en las grandes alturas, que no había sido llevada a cabo anteriormente en forma sistemática y que a nosotros nos era posible por la circunstancia de disponer de poblaciones enteras donde seleccionar el material de estudio en condiciones ideales de observación. Además contábamos con el doctor Alberto Hurtado, cuya sólida preparación era eficaz garantía del éxito del trabajo y quien tenía a su cargo desde un año antes a su ayudante señor Rondón, preparándole debidamente para esta labor.

Consideradas las cosas así es evidente que el estudio integral de la cuestión tenía que comenzar necesariamente por el conocimiento del hombre sano a nivel del mar a fin de estar en condiciones de poseer elementos comparables, verdaderas unidades biométricas, cuyas variaciones habríamos de seguir paso a paso en las nuevas condiciones de vida de las localidades elevadas de los Andes. Para llenar esta necesidad fué preciso en primer lugar el estudio integral de cada uno de los miembros de la expedición colocados en idénticas condiciones de ambiente, tomada esta palabra en el sentido más amplio. Por eso, nuestro primer paso fué la valorización biométrica del personal, su apreciación clínica, el estudio hematológico, la determinación de su capacidad vital y metabolismo básico, su concentración iónica, el estudio de la eliminación urinaria, etc. etc., estableciendo además una dieta *standard* para determinados miembros de la expedición, investigaciones todas que habría de repetir-

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

se durante nuestro ascenso a las alturas, una vez establecidos en ellas y a nuestro regreso.

Conforme a este criterio hemos procedido en relación con los elementos siguientes:

A)—Características biométricas y clínicas.
B)—Capacidad vital.
C)—Metabolismo básico.
D)—Hematología. Debemos recordar que la atención de los investigadores que nos precedieron se ha lateralizado en el sentido de la eritrocitosis y de la hemoglobinemia. Casi no se dió importancia a los leucocitos y fórmula leucocitaria que como veremos nos han suministrado conclusiones de enorme importancia:

a)—Hematies.
b)—Hemoglobina (en preparación).
c)—Fórmula leucocitaria.

Tampoco se ha pensado anteriormente en las transformaciones que un exceso de hemoglobina circulante podría experimentar. Por ello dedicamos atención preferente a

d)—Reacción de Van den Bergh.
e)—Dosaje de bilirrubina.

Dentro de las limitaciones de nuestra actividad médica más bien que fisiológica, hemos hecho, sin embargo, el estudio de:

f)—Concentración iónica.
g)—CO^2 total.
h)—CO^2 libre.
i)—O.
j)—O combinado con hemoglobina.
k)—Poder de combinación de O.
l)—Saturación de la sangre en O.

Para que estas investigaciones tuvieran el mayor rigor científico las llevamos a cabo en condiciones de metabolismo básico; así en la sangre venosa donde queríamos encontrar elementos de información sobre la respiración tisular, como particualarmente en los gases de la sangre arterial, a cuyo efecto, para completar mejor nuestra labor, fué preciso un segundo viaje llevado a cabo por el doctor Alberto Hurtado, quien corrió a cargo de estas determinaciones con su habitual competencia. En este aspecto del problema como en todos los demás hemos perseguido la sistematización más severa, estudiando estos factores antes, durante y después del viaje a las alturas. Además, los estudiamos en los nativos normales, en los residentes adaptados y desadaptados y también en los casos comprobados de policitemia.

Aparte de la experimentación con nosotros mismos, hemos llevado el problema a un terreno de experimentación animal con el

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

objeto de estudiar las modificaciones de los órganos hemopoyéticos, conforme a las siguientes directivas:

n)—Estudio hematológico en conejillos de indias normales.
o)—Igual estudio en conejillos esplenectomizados.
p)—Igual estudio en conejillos esplenectomizados y bloqueados.
q)—Estudio del retículo endotelio y de los órganos hemopoyéticos.

E)—Concentración iónica de la sangre.

En este capítulo , como en otros muchos , hemos dado atención preferente a la investigación sistemática durante el ascenso, que nos parece no ha sido suficientemente aprovechada por otros investigadores. Es así como nuestras determinaciones han sido hechas durante las doce horas de ascenso en F. C. a 7,800 pies en Matucana, a 13,600 en Casapalca , y a 12,200 en Oroya, practicándolas también a 14,800 en Morococha . Y otro tanto hubimos de hacer a nuestro regreso, a 7,800 en Matucana y a 2,500 pies en Chosica.

F)—Análisis de orina.

Muy poco se ha hecho sobre este particular anteriormente. Por eso hemos procurado organizar lo mejor posible nuestros estudios. En el trabajo más reciente de BARCROFT no se encuentra ninguna información sobre el particular. Nosotros desarrollamos el siguiente programa:

a)—Sometimiento del personal a una dieta standard.
b)—Determinación de la concentración iónica, la acidez de titulación y el amoniaco en cada una de las muestras de orina emitidas en las 24 horas.
c)—Estudio sistemático durante el ascenso, la permanencia a 12,200 y 14,800 pies de altura y al regreso a Lima.

Lo que nos ha movido principalmente en general en la apreciación de las directivas biológicas que nos hemos trazado, no ha sido tan solo el conocimiento de los mecanismos de adaptación o desadaptación, sino también los procesos inversos, que ocurren cuando el hombre regresa a vivir sobre el nivel del mar, cuestión que todavía no ha interesado a los investigadores. Es evidente que ésta última observación habría de reflejar, como en un espejo, cambios biológicos de sentido contrario a los producidos al subir, con lo cual se aseguraba automáticamente el control de las investigaciones de la altura.

Con estos elementos de estudio nuestras investigaciones han perseguido fundamentalmente los objetivos siguientes:

1.—Estudio fisiológico de los mecanismos de adaptación a la vida de las alturas: a)—miembros de la expedición; b)—nativos; c)—residentes aclimatados; d)—-animales.

2.—Estudio de los mecanismos de desadaptación: a)—Soroche o Mal de montañas; b)—inadaptación a la vida de las alturas

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

(Soroche prolongado); c)—desaclimatación (sindrome eritrémico discreto); d)—desaclimatación definitiva (Policitemia grave); e)—insuficiencia cardíaca de la altura: formas agudas; formas sub-agudas.

3.—Estudio de la Enfermedad de los Andes.

Este programa de trabajos mereció del señor Decano de la Facultad de Medicina doctor Guillermo Gastañeta, acogida más generosa y comprensiva, que nosotros agradecemos debidamente, y llevado por él a la consideración de la Facultad fué aprobado por unanimidad, financiando ésta los gastos de la expedición. Obtenidas cartas de presentación del señor Decano para el señor Kingsmill, Gerente de la Cerro de Pasco Copper Corporation y para el señor M. Y. Grant, Gerente de la Empresa del F. C. C. obtuvimos de ambos toda clase de facilidades para el viaje, trasporte por ferrocarriles, el carro ambulancia que transformamos en Laboratorio, estadía en la Oroya y Morococha, en los hoteles y casas de la Cerro de Pasco C. C. , todo lo cual agradecemos vivamente, así como las gentilezas que el personal de estas empresas tuvo a cada momento con nosotros.

Se iniciaron las labores preliminares de la expedición con el viaje del doctor Alberto Hurtado a Oroya (12,200 pies) el 25 de marzo de 1927 para preparar el del resto del personal. Nos es grato manifestar nuestro agradecimiento al señor R. Spilbury, representante de la Cerro de Pasco C. C. en Oroya y particularmente a nuestro mejor amigo, el doctor H. Crane, médico jefe de la Empresa, quien infatigablemente, en todo momento desde nuestra llegada hasta el de nuestra salida, nos ha servido en forma tal que es justo declarar que si hemos trabajado con fruto, ello se debe al espíritu de colaboración, de ayuda y de interés científico que el doctor Crane puso a nuestro servicio a cada instante. Por ello reciba nuestra más viva gratitud.

El entrenamiento del personal comenzó un mes atrás, pero fué el 5 de abril que iniciamos, con un afán que no se ha desmentido jamás, oficialmente nuestro trabajo de grupo, conforme a programas diarios que constan en los anexos respectivos. El personal fué distribuído convenientemente en armonía con sus aptitudes, su capacidad técnica, y su vocación para el estudio y la apreciación de las directivas de nuestro trabajo. Al doctor Encinas se le confió principalmente el estudio clínico de los expedicionarios y de los "casos"; al doctor Heraud se le confió los estudios hematológicos y al doctor Hurtado se le encargó preferentemente el estudio del metabolismo, la determinación de los gases de la sangre y el examen químico de ésta, para lo cual se contaba con su profunda versación en estas investigaciones , adquirida en la Escuela de Medicina de Harward, y a cuya actividad se debe uno de los capítulos más interesantes de este trabajo.

Del 5 al 10 de abril se hizo una investigación de los factores biológicos enumerados en todo el personal; el 10 a las 9 p. m., salimos para Chosica a 2,500 pies de elevación y a las 2 a. m. del

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

día 11 comenzamos el ascenso llegando a Matucana a 7,800 piés a las 6 a.m. Allí permanecimos dos horas que aprovechamos para hacer las investigaciones de más importancia. A las 2 de la tarde llegamos a Casapalca, a 13,600 pies, donde permanecimos 3 horas para continuar nuestra labor; después de la cual pasamos el punto más alto del F. C., Ticlio, a 15,600 piés para llegar a las 8 y 30 p.m., a Oroya a 12,200 pies. En este lugar permanecimos hasta el día 22, pero parte del personal ascendió a Morococha, 14,800 pies, del 19 al 21, por el interés que había en llevar a cabo estas investigaciones en uno de los puntos habitados más altos del mundo. El 23 se hizo el viaje de regreso, haciendo escala en Matucana a 7,800 pies y en Chosica, a 2.500, para terminar nuestras observaciones, llegando a Lima ese mismo día a horas 7.30 p.m.

Posteriormente nuestro trabajo se ha enriquecido con las investigaciones clínicas y metabólicas que Monge y Hurtado han llevado a cabo en el departamento de Puno, en Santa Lucía, a 13,000 pies de altura sobre el nivel del mar, así como una valiosa información sobre casos de policitemia grave obtenidos por el señor Rosa Medina, uno de nuestros colaboradores en el viaje a Morococha, que llevó instrucciones para investigar todo lo concerniente a la Enfermedad de los Andes, en la misma zona, en lugares habitados, comprendidos entre 13,000 y 15,000 pies de elevación sobre el nivel del mar; de todo lo cual daremos cuenta en el curso de esta información.

No obstante el tiempo trascurrido no nos ha sido posible desarrollar todo el material que recogimos en nuestros viajes a la Sierra. Trabajos complementarios hay de bastante interés cuya publicación tendremos la satisfacción de presentar posteriormente.

LOCALIDADES ESTUDIADAS

	Altura Pies	Altura Metros	Presión barom.	Temp. media(*)	Habitantes
Lima	500	160	747	18° a 21°	200.000
Chosica	2500	800	...	18° a 21°	
Matucana	7800	2400	530	11°	3.000
Casapalca.....	13600	4140	460	10°	3.000
Oroya	12200	3700	480	12° a 18°	4.000
Morococha.....	14800	4500	438	9° a 12°	2.000
Cerro de Pasco	14200	4300	458	.....	10.000
Santa Lucía	13250	4038	464	12° a 14°	300
Anavili (Hacienda).	15200	4630	...	.....	10)
Puno	13800	3890	...	.....	9.000

(*) — *En habitación.*

NOTA. — *En el curso del informe las alturas las referimos a pies por estar así consideradas generalmente en los trabajos extranjeros. Recordamos al lector que: 1 m = 3,2805 pies.*

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

Nuestro material de trabajo fué obtenido del Laboratorio anexo al curso de Nosografía Médica y completado con aparatos que nos fueron gentilmente proporcionados en los Laboratorios de Bacteriología, de Fisiología, de las clínicas del Hospital Arzobispo Loayza, del Laboratorio Central del mismo, haciéndose además adquisiciones en plaza aprovechando el crédito de Lp.400, votadas por la Facultad a solicitud del señor Decano, doctor Guillermo Gastañeta, para los gastos de la expedición. Séanos permitido expresar aquí nuestro agradecimiento en primer término al señor Decano de la Facultad de Medicina, que en todo momento nos estimuló con su actitud comprensiva y su apoyo moral; a los profesores doctor Raúl Rebagliati, doctor Marino Tabusso, doctor Carlos Alberto García, por las facilidades acordadas; a los doctores Telémaco Battistini y Pedro Weiss por la importante colaboración que nos proporcionaron en la preparación del personal y organización del trabajo; a los doctores Juan Monteverde y Guillermo Filomeno, por la gentileza de suministrarnos algunos aparatos.

También agradecemos al señor Decano de la Facultad de Ciencias, doctor Antonino Alvarado y al Profesor de la misma, doctor Benjamín Mostajo, por el material metereológico que nos fué proporcionado.

Por último, nos es grato expresar nuestro vivo agradecimiento a la Reverenda Madre Superiora del Hospital Arzobispo Loayza, Sor Rosa, quien hizo posible el sometimiento del personal a una dieta standard durante los ocho días preparatorios del viaje y quien además nos dió facilidades de todo orden para la labor que llevamos a cabo en ese Hospital.

BIBLIOGRAFIA

(1) — Monge.—Sobre un caso de Enfermedad de Vaquez. — *Comunicación presentada a la Academia Nacional de Lima.* 1925.

(2) — Monge.—La Enfermedad de los Andes. Actas de la Facultad. 1927.

(3) — Barcroft, Binger, Bock, Doggart, Forbes, Harrop, Meakins, Redfield.—Observations upon the effect of higk altitude on the physiological process of the human body, carried out in the Peruvian Andes, chiefly al Cerro de Pasco. Phil. Trans. Royal Soc. London. Series B. Vol. 211, pág. 341 a 380. 1922.

GUIA LASCANO

De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

Asistencia hospitalaria, accidentes de trabajo y derechos profesionales

Informe presentado en noviembre de 1926 a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.

Por el Dr. ABEL S. OLAECHEA.
Director del Hospital "Dos de Mayo".

La solicitud de la Compañía de Seguros "Italia" para que la Sociedad de Beneficencia determine si prestará asistencia en sus hospitales a los asegurados por accidentes del trabajo en dicha compañía, y las condiciones en que lo hará cuando los accidentados concurran sólo a los consultorios externos y cuando ellos sean hospitalizados, debe ser contemplada desde el doble punto de vista de las conveniencias de la Sociedad de Beneficencia y de la situación del cuerpo médico que se encuentra al servicio de ella. Me adelanto a manifestar que he estado obligado a tomar en cuenta la indicada situación del cuerpo médico, tanto por que la Ley de Accidentes de Trabajo y el Reglamento respectivo establecen claramente el derecho de los médicos en general para obtener una remuneración apropiada por los servicios que prestan a los accidentados, como en razón de que la retribución que hoy tienen los médicos y cirujanos que ejercen en los hospitales se funda—y por eso es aceptada—en que dichos establecimientos están dedicados únicamente para los menesterosos y para pacientes de muy modesta condición económica.

El fiel cumplimiento que la ley de accidentes del trabajo podrá tener ahora , a los 15 años de promulgada, mediante la organización de las Compañías de Seguros por ella previstas, permitirá que se ponga en evidencia toda la justicia que esa ley encierra y los grandes beneficios que promete al país, puesto que sus prescripciones favorecen a su clase social más numerosa y necesitada; traerá igualmente, como consecuencia inmediata, que las instituciones oficiales de asistencia queden libertadas de tener a sus expensas el cuidado de las víctimas del trabajo; y, por todo esto, contribuirá a afianzar en la generalidad de las personas el concepto de la gran utilidad que para la ventura de las naciones que las han adoptado, revisten las otras leyes análogas de Seguros sociales, y a que se forme así la conciencia pública acerca de la necesidad de que ellas también tengan existencia entre nosotros. Serán, pues, la ley de acci-

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

dentes y los organismos de seguros, que le van a imprimir efectividad, los que preparen el sendero por el cual en un futuro más o menos próximo han de llegar a incorporarse en nuestra legislación aquellas otras leyes citadas, que tan positivamente influyen—aureoladas por la más inmarcesible Justicia—para cimentar con dignidad el bienestar y el orden en las sociedades.

El grandioso porvenir que en lo tocante a la organización social de la asistencia en el país es fundado vislumbrar de la nueva era que va a iniciarse por la ley de accidentes, impone a todos aportar las mayores facilidades posibles para que esa nueva era tenga en breve plazo completa realidad, de modo que es con este espíritu que paso a examinar las cuestiones planteadas en la solicitud de la Compañía "Italia".

La primera cuestión es si la Beneficencia prestará asistencia en sus hospitales a los asegurados por accidentes del trabajo, y para resolverla bastará saber si puede o nó puede hacerlo. La respuesta en el sentido afirmativo no parece dudosa, por cuanto en dichos establecimientos existen actualmente servicios de paga, los que están autorizados por el inciso h) de la Resolución Suprema de 23 de agosto de 1921 que creó la Junta de Hospitales, y por los Arts. 172, 198, y 201, entre otros, del Reglamento de Hospitales, que indican: el 172, que los enfermos pagantes pueden ser atendidos en servicios de hospitalización o en los consultorios; el 198, que los servicios de hospitalización son de 1ª., de 2ª y de 3ª. clase, según que los enfermos se asistan en cuartos para un sólo paciente, en salas de varias camas o en salas comunes; y el 210, que a los enfermos de paga de 1ª y 2ª clase les es permitido llamar para su asistencia al médico que deseen.

Conviene hacer notar aquí, para fines ulteriores, que los dos servicios de paga que al presente funcionan en el "Dos de Mayo", uno de medicina y otro de cirugía, son de 3ª clase, porque lo constituyen salas comunes y los enfermos abonan en ellos sólo una remuneración de S. 4. en cirugía y de S. 3 en medicina, por el día de asistencia, la que representa cuando más el valor de los gastos que ocasionan. Como en la pensión de los citados enfermos no se incluye nada para resarcir al establecimiento por el valor de sus instalaciones generales, ni ellos abonan suma alguna extraordinaria por las operaciones quirúrgicas cualquiera que sea su naturaleza, ni por medicamentos específicos, etc., y como los médicos y cirujanos que tienen a su cargo los respectivos servicios perciben la misma retribución que los profesionales de los servicios de enfermos gratuitos, las mencionadas salas de paga representan pues, propiamente, una extensión de los sevicios filantrópicos de la Beneficencia en favor de una clase social que no es completamente menesterosa, pero cuya situación económica no le permite remunerar íntegramente el costo de su asistencia. En la sala de cirugía de paga se asisten constantemente muchos obreros o empleados que han sufrido accidentes de trabajo y que son enviados a ella por cuenta del respectivo patrón o empresario.

Asistir a los accidentados del trabajo que envíen a sus hospitales las compañías aseguradoras es ventajoso también para la Be-

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

neficencia y ello emplica a la véz una conveniencia de orden social. La utilidad radica en que al presente, no obstante la vigencia de la Ley de accidentes , muchos obreros a los que ella es aplicable son atendidos gratuitamente en los consultorios o en las salas de los hospitales, siendo muy reducido el número de los que se asisten como pagantes, de manera que dando facilidades a las Compañías de Seguros para que puedan llenar su cometido se libertará a esa institución de atender a sus expensas a los mismos por los cuales dichas entidades le abonarán los gastos de asistencia. La conveniencia de orden social resulta obvia, tanto porque se facilitará la aplicación de una ley que favorece a la clase desvalida, cuanto por que la Beneficencia libertada de los esfuerzos que la asistencia de los accidentados le ocasiona, podrá mejorar o ampliar la acción benéfica tan compleja que ejercita.

Si la Beneficencia puede asistir por cuenta de las Compañías de Seguros los casos de accidentes del trabajo y esto le es conveniente, debe tenerse presente, sin embargo, que si mediante la acción de esas Compañías resulta en la práctica, necesariamente después de algún tiempo, que los asegurados por accidentes del trabajo ocuparan un crecido número de camas, como el número total de las que se dispone en el Hospital "Dos de Mayo" vá siendo ya escaso para los enfermos que solicitan hospitalizarse, la asistencia de esos accidentados no podría mantenerse, en razón de que habría que acordar preferencia a los enfermos gratuitos, toda vez que el Artº 1.º de la Ley Orgánica de las Beneficencias, de 2 de octubre de 1893, determina que las Sociedades y establecimientos de Beneficencia tienen por único objeto el apoyo y protección de los desvalidos. Por eso es pertinente que recuerde que hay pendientes de ejecución en el "Dos de Mayo" dos obras de carácter impostergable, para lograr a la vez con ellas el aumento apreciable de su capacidad y que desaparezcan faltas de organización, deficencias lamentables, que comprometen seriamente la responsabilidad de la institución de que depende, que son, como en diversas oportunidades lo he manifestado: 1º la construcción de un departamento alto para dormitorio de empleados, a fín de sacar de las salas de enfermos a los 42 empleados que se alojan en ellas, expuestos a todos los contagios; y 2º. la construcción de un pabellón de aislamiento para 35 enfermos tuberculosos, con el objeto de que los pacientes que son víctimas del bacilo de Koch y que no tienen cabida en los pabellones existentes para ellos, no continúen siendo hospitalizados en las salas comunes, con detrimento de los otros enfermos, que quedan así expuestos a los efectos del más temible contagio.

De lo manifestado hasta aquí, juzgo que aparece con completa evidencia:

a) que la Beneficencia puede asistir en sus hospitales a los asegurados por accidentes del trabajo en la Compañía de Seguros "Italia" o en cualquier otra compañía de seguros debidamente autorizada, y que realizar dicha asistencia es conveniente para ella y para la sociedad en general; y

b) que en las salas de paga existentes en el "Dos de Mayo" que corresponden a los servicios de paga de 3a. clase de que trata el

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

Reglamento de Hospitales, no se remunera íntegramente el importe de la asistencia, y los servicios del personal médico son retribuídos por la Beneficencia del mismo modo que retribuye a los profesionales de las salas de enfermos gratuitos.

Antes de pasar a examinar las otras cuestiones que suscita en su petición la Compañía "Italia", y que se refieren a las condiciones en que se hará la asistencia de sus asegurados: 1°. en los consultorios y 2°. en las salas de hospitalizados, es necesario, para que esas condiciones puedan ser bien establecidas, conocer las disposiciones de la ley de accidentes del trabajo y del Reglamento respectivo sobre la clase de asistencia que corresponde a los accidentados, y considerar, igualmente, la situación de los médicos en los hospitales desde el punto de vista de los honorarios que perciben.

Las disposiciones de la Ley de Accidentes del Trabajo que es pertinente conocer en relación con el objeto de este informe, son las siguientes, que establecen: en el Art°. 13, que todo empresario de cualquiera industria o trabajo está obligado a prestar asistencia médica y farmacéutica por el accidente del trabajo que ocurra a sus obreros y empleados; en el Art°. 14, que el empresario hará los gastos de curación o de asistencia hasta que el damnificado se encuentre, por declaración o informe del facultativo, en condiciones de trabajar o comprendido en algún caso de incapacidad permanente total o parcial; en el Art°. 15, que el empresario tiene el derecho de designar el médico y la farmacia; que el obrero podrá hacer esa designación si el empresario no ejercitase la facultad que le corresponde, "rigiendo en este caso la tarifa que fije el poder ejecutivo"; que subsiste durante el período de la asistencia el derecho de designación que confiere la ley al empresario, y que las personas que prestan servicios médicos o farmacéuticos tienen acción directa en contra del empresario; en el Art° 16, que en lugar de la obligación de asistencia en la forma establecida en el Art°.15, el empresario tiene el derecho de proporcionar a su costa, *dicha asistencia en un establecimiento terapéutico de paga* y por medio de un tratamiento del todo gratuito para el damificado, con el consentimiento de éste o de su familia; en el Art°. 36, que dentro del tercer día de realizado el accidente, deberá el empresario comunicarlo a la autoridad política del lugar; en el Art°. 38, los datos que deberá contener el aviso de que trata el art°. 36 y que él estará acompañado de un certificado médico en que "se fije en lo posible la época en que podrá conocerse el resultado definitivo de las lesiones"; y en el Art°.77,que las acreencias de la víctima del accidente o de los interesados en las indemnizaciones, por asistencia médica o farmacéutica, etc., gozarán del carácter de privilegiadas que disfrutan los créditos comprendidos en el Art°. 1009 del Código de E. Civil.

Además, el decreto del 4 de julio de 1913 que reglamenta las Compañías de Seguros, cuya formación faculta el Art°. 67 de la Ley para que ellas sustituyan al empresario en la obligación por indemnizaciones de que trata el título 3°. de la misma (Arts. 20 a 35), autoriza en sus artículos 23 y 25 el seguro por la asistencia médica; y el decreto de la misma fecha indicada, relativo a la tarifa por servicios médicos, a que se refiere el Art°. 15 para el caso de que el obrero que sufra el accidente haga la designación del facultativo,

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

determina: 1°. que el honorario médico por una visita en el domicilio del damnificado o en el gabinete del médico con o sin curación será de S. 2. (Art°. 1 y 2); que el valor de la visita de 8 a 12 de la noche será doble en el gabinete del médico y triple en el domicilio del enfermo (Art°. 3); que de 12 de la noche a 6 de la mañana el valor de la visita será cuatro veces mayor en el gabinete del médico y cinco veces mayor en el domicilio del enfermo (Art°. 4); que por cada media hora que después de terminada una visita permanezca el médico al lado del damnificado cuando su estado sea de peligro de muerte, se abonará el valor de una visita (Art. 5); que el valor de una consulta será cuatro veces mayor del honorario que corresponde al médico de cabecera (Art°. 6); que el certificado del médico tratante en que se expresa el diagnóstico y el pronóstico de la víctima da derecho a un honorario extraordinario de S. 5. (Art°. 8); que las diversas operaciones, curaciones o tratamientos que requiera la persona que ha sufrido el accidente de trabajo darán derecho a un honorario doble, triple, cuádruplo, quíntuplo, séptuplo, décuplo o un décuplo, según la naturaleza de dichas operaciones, curaciones o tratamientos, los que enumera detalladamente (Art°. 9 al 15); que los ayudantes quese necesiten en cada operación de alta cirugía ganaránun honorario equivalente a la cuarta parte del que corresponde al operador (Art. 16); que por un exámen de oculista se abonará S. 5; por un exámen de la nariz, oídos o laringe S. 10; por extracción de cuerpo extraño de la córnea S. 20; por operaciones medianas (suturas de la córnea, operaciones de las vías lagrimales) S. 40; por operaciones graves en los ojos, (cataratas, cuerpos extraños profundos) S. 60; que por taponamiento anterior de las fosas nasales se abonará S. 10; por un taponamiento ántero posterior S. 20; por extracción de cuerpo extraño sin operación S. 15; por la misma extracción con operación S. 50 (Art°. 17); y que el médico tratante determinará en cada caso el valor de las medicinas, útiles y asistencia que demande el tratamiento del obrero damnificado.

Como se vé, las disposiciones anteriores resguardan debidamente el derecho de los obreros y empleados a la asistencia médica y farmacéutica en los casos de accidentes del trabajo, y garantizan también la remuneración que les corresponde a los que prestan dicha asistencia. La ley, en efecto, les concede a estos acción directa contra el empresario, por una parte, y, por otra, fija el arancel que ha de regir cuando ha sido el damnificado y no el empresario quién ha designado al facultativo, medida que tiende a evitar, con criterio de equidad, mil dificultades entre médicos y patrones, y cuya no existencia para los casos, que han de ser la mayoría, en que la designación del médico la hace el patrón, es explicable, puesto que siendo muchos los obreros que deben atender las compañías o empresas industriales es natural que celebren para el objeto convenios especiales con facultativos que les presten sus servicios. Si la asistencia médica que la ley de accidentes considera y cuya renumeración garantiza, son los servicios personales del médico y de los que le ayudan en esas servicios, es legítimo reputar que cuando la ley contempla en el Art°. 16 "que en lugar de la obligación de asistencia en la forma establecida en el Art°. 15°. el empresario tiene el derecho de

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

proporcionar a su costa dicha asistencia, en un *establecimiento terapéutico de paga* y por medio de un tratamiento del todo gratuito para el damnificado, con el consentimiento de éste o de su familia", debe entenderse *por establecimiento de paga* aquel en que el empresario abona por los gastos de sostenimiento del enfermo y por los servicios médicos. Atender en un hospital de gratuitos a los accidentados del trabajo percibiendo de quien está obligado a hacer los gastos de la asistencia sólo la remuneración correspondiente al costo de sostenimiento del enfermo por día, sería, es forzoso convenir en ello, desnaturalizar la mente de la ley. Ahora, si con arreglo a los conceptos expresados tratamos de averiguar si en los servicios de paga existentes en el "Dos de Mayo" pueden ser atendidos en las condiciones ordinarias los accidentados del trabajo que estén asegurados en la Compañía "Italia", *la respuesta se impone en el sentido negativo*, por que, como lo he manifestado anteriormente, en dichos servicios no se remunera por completo el valor de la asistencia, pues no se abonan los medicamentos específicos, los elementos para operaciones, etc., ni los servicios del personal médico, personal que es retribuído de la misma manera que el de las salas de enfermos gratuitos.

No puedo prescindir en esta oportunidad, para dilucidar como es menester el asunto de que me ocupo, de aludir a la situación de los médicos de hospital en lo referente a los honorarios que reciben por sus servicios; y no siendo preciso para mi propósito agotar el punto, contemplándolo en sus distintos aspectos, me limito a recordar: la exigüidad de dichos honorarios, su invariabilidad al través de los años y de las profundas mutaciones experimentadas en la economía social, y, sobre todo, el hecho evidente, incuestionable, de que dichos honorarios fueran asignados y fueran aceptados para prestar servicios a pacientes menesterosos. El altruísmo, la abnegación, la incesante preocupación de bien que inspiran la misión del médico de hospital—en obediencia a ideales científicos y a creencias superiores—hacen, junto con sus conocimientos y experiencia, que sean muy eficientes los esfuerzos que le corresponde realizar en la asistencia de las clases desvalidas, esfuerzos que—si de ordinario pasan inadvertidos o inapreciados, acaso por su constante repetición—tienen en realidad el más alto significado como contribución de una clase profesional al bienestar de la parte más numerosa de la sociedad, y sin que puedan ser óbices que los amengüen, en su inspiración o en sus resultados, ni los beneficios morales inherentes al cumplimiento del deber, ni los beneficios—no calculados e indirectos—de cualquier otro orden, que ellos sean capaces de aportar a quienes los dispensan.

Juzgada así la situación de los médicos en los hospitales respecto a los honorarios que perciben, es permitido establecer que no sería justo ni moral, al igual que antes se ha visto que no sería legal, imponer a los facultativos que tienen a su cargo los llamados servicios de paga, que atiendan en éstos gratuitamente a los accidentados del trabajo que sean enviados por las personas o entidades a las que, conforme a la ley, corresponda sufragar los gastos de su asistencia.

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

Hoy, muchos accidentados del trabajo concurren al "Dos de Mayo" en nombre de la caridad y de la filantropía, para que la Beneficencia que, en representación del Estado dispensa la asistencia, los auxilie en su desgracia; otros de los mismos vienen, amparados en su derecho y en nombre de su patrón o empresario, que responde por los gastos de su asistencia, para que se les alivie y se les cure los daños corporales que han sufrido. Los primeros en las salas de gratuitos y los otros en los servicios de paga son atendidos con igual esmero y solicitud, sin que los médicos respecto de los segundos hayan hasta hoy manifestado disconformidad alguna, sin duda por el número relativamente pequeño de éstos enfermos y también por el caracter contingente de su ingreso al establecimiento, en virtud de que no median contratos especiales con los patrones o empresarios. Pero, mañana cuando por la acción de las Compañías de Seguros la ley de accidentes entre a ser efectiva, y por efecto de convenios especiales celebrados entre la Beneficencia y dichas compañías los accidentados disminuyan cada vez más en los servicios gratuitos y aumenten constantemente en los servicios de paga, es evidente que llegará el momento en que dándose cuenta los facultativos de éstos servicios que no actúan en ellos en favor de una institución de carácter filatrópico, sino que ejercen su misión en provecho de compañías de naturaleza mercantil, se verán precisados a invocar sus derechos profesionales y los privilegios que les acuerda la ley, de manera que, por esto también, no encarar en todas sus fases la cuestión que hoy se plantea, implicaría un grave error, que reservaría grandes dificultades para el futuro.

Anteriormente manifesté que la Beneficencia podía asistir en sus servicios de paga a los accidentados del trabajo, y ello no está ciertamente en oposición con que al ocuparme de la clase de servicios de paga en que conforme a la ley deben asistirse esos accidentados y de la situación de los médicos en los hospitales, haya llegado a la conclusión de que no pueden atenderse en el "Dos de Mayo" en los servicios de paga de 3ª. clase existentes, por las condiciones con arreglo a las cuales se hace en ellos la asistencia. Para armonizar una aserción con la otra, bastará, pues, simplemente con modificar esas condiciones. Se deberá cobrar a los accidentados del trabajo, por una parte, la suma que represente los gastos de sus sostenimiento diario, el importe de los útiles de curaciones y de operaciones, el importe de los sueros y demás medicamentos específicos, y el valor, con 33% de rebaja en la tarifa que rige para las personas de fuera del establecimiento, de los servicios que les presten los gabinetes de Rayos X y de electricidad y el Laboratorio; y, por otra parte, la remuneración que corresponda a los médicos. La remuneración relativa a los gastos de sostenimiento del enfermo y a los diversos pagos que debe percibir el hospital, así como los honorarios por servicios médicos, han de apreciarse, en mi concepto, con el criterio más liberal, por cuanto la Beneficencia debe favorecer por interés propio que se ponga en ejecución la ley de que se trata, y porque siempre las Compañías de Seguros , como las Sociedades Mutualistas y las Sociedades filantrópicas en general, son en todas partes objeto de concesiones especiales por la clase médica.

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

Para la remuneración del médico por asistencia de los accidentados en los hospitales se presentan dos soluciones: una, dejar a las Compañías de Seguros pactar libremente con los facultativos que presten sus servicios a los accidentados, y otra, que sea la Beneficencia la que cobre a las Compañías sobre el precio por sostenimiento del enfermo y por consumo de medicinas una pequeña suma, que se acumularía, para retribuir a los médicos, o también pactar con las Compañías de Seguros el pago de una suma mensual por servicios médicos, la que sería repartida proporcionalmente entre los que tuvieran derecho a ella, pronunciándome por la segunda de esas soluciones.

Si yo sostengo que el médico de hospital que atiende a un accidentado del trabajo que se ha hospitalizado por cuenta de una Compañía de Seguros, debe ser remunerado, yo no juzgo que esa retribución puede ser de gran monto. Ella no podría de ningún modo equiparar siquiera a los honorarios que se fijan en la tarifa reglamentaria para los casos en que el damnificado designa al médico, y me apoyo para pensar así, en que las condiciones de asistencia domiciliaria imponen al médico hacer por sí mismo, con sus instrumentos y útiles profesionales, las curaciones, operaciones o tratamientos que requiere el enfermo, lo cual no sucede en la sala de hospital, donde las curaciones las presencia o las dirige, con los elementos del Establecimiento, las ejecuta sólo en casos excepcionalmente determinados, y tiene a sus órdenes para assgurar sus prescripciones a ayudantes, enfermeros y empleados. No sería posible, pues, y seguramente será así, que los médicos tengan exigencias desmedidas. Por el momento, careciéndose de una estadística de obreros y de accidentados, ignorándose el número de asegurados que tendrá la Compañía recurrente dentro de tres o cuatro meses más, desde que ella recién se inicia, no existe base para poder señalar la retribución por servicios médicos; pero éste no puede ser inconveniente para que se acepte la propuesta de la Compañía de Seguros, ya que podrá pactarse en principio que esa retribución estará en relación con el número de enfermos que sean atendidos y que será determinada cuando trascurridos algunos meses, seis por ejemplo, existan datos que permitan hacerlo. Esta remuneración por servicios médicos con sidero que debe hacerse, como lo he dicho, por intermedio de la Beneficencia, para mantener la unidad en el régimen hospitalario; pero hay otros pagos a los médicos, que son los que corresponden a los certificados que deben expedir, que tienen que ser hechos por las Compañías directamente a ellos, en atención a las disposiciones ya citadas de la ley.

No podrá considerarse un sólo médico para la atención de los accidentados, lo cual permitiría ahorrar muchas dificultades en la práctica, en razón de que la naturaleza del accidente puede exigir la intervención de un cirujano especialista, tal como sucedería con accidentes que comprometieran los ojos, los oídos, la garganta, los órganos genitales; y por que habrán accidentes que demandando una intervención inmediata, determinarán que tenga que actuar el respectivo cirujano de guardia.

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

Teniendo en cuenta la disminución de accidentados en las salas de gratuitos y la conveniencia de que la sala de cirugía de paga no sea dedicada por entero a los accidentados, estimo que en las salas de cirugía general de gratuitos deben establecerse secciones de paga para accidentados, lo cual es fácil hacer, dada la grande extensión de ellas, mediante tabiques divisores fabricados de madera y vidrios.

Para la asistencia que se dispensará en los consultorios debe considerarse también la retribución del médico y lá que corresponde al establecimiento por útiles de curación. Si fuera posible que la Beneficencia recibiera una suma determinada de la Compañía para gratificar, puede decirse, al médico del Consultorio quirúrgico que corriera con la asistencia de los accidentados, el asunto estaría resuelto; pero como no ha de ser, seguramente, el médico de ese consultorio el único facultativo que intervenga en la asistencia de todos los accidentados, porque en muchos casos de primeras curaciones tendrán éstas que ser efectuadas, según las horas del día en que se presenten los pacientes, por los diversos médicos asistentes de guardia o por los médicos residentes, todos ellos deberán ser retribuídos. La carencia de estadísticas impide también para este caso poder formular desde ahora una remuneración con bases de equidad. Habría, por lo tanto, que pactar con las Compañías, como en el caso de la hospitalización, la retribución de los médicos sólo en principio, aplazando la determinación de su monto hasta después de seis meses.

En lo concerniente a la suma que el hospital ha de cobrar por los gastos que originan las curaciones, estimo que, para un arreglo provisorio puede fijarse la siguiente tarifa: Lp. 0.100 como mínimum cuando se trate de una o más heridas pequeñas en un miembro; Lp. 0.1.50 en los casos de heridas en dos o más miembros; Lp. 0.1.00 cuando se practique solamente aplicación de vendajes o de ventosas y hasta Lp. 0.5.00 por diversas operaciones, como suturas más o menos extensas, taponamientos nasales, cateterismos, resecciones en dedos de la mano o del pié, etc. En todos los casos se cobrará además el valor de los sueros preventivos que sea necesario inyectar.

He tratado con la Hermana Superiora de este Establecimiento sobre la suma que conviene fijar equitativamente como precio del sostenimiento diario de cada accidentado, es decir, por alimentación, ropa de cama y servicios generales, manifestándome que dicha suma debe ser de Lp. 0.2.50.

Aunque estimo que son bien claros los fundamentos que apoyan la opinión que he expresado acerca de que los médicos de los hospitales dependientes de la Beneficencia deben recibir remuneración especial, por la asistencia que dispensen en esos establecimientos a los accidentados del trabajo que ingresen a ellos por cuenta de las Compañías de Seguros, me parece oportuno, para validar dicha opinión con razones de analogía, manifestar: que en la República Argentina la Ley de Seguros que fundamenta la asistencia por maternidad, enfermedad, invalidez y ancianidad, dispone en el Artº. 566, que se habilitarán en los hospitales salas para asisten-

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

cia de asegurados, como pensionistas; y en el Artº. 567, que los médicos especialistas y los cirujanos de hospitales, deberán prestar en ellos su colaboración como tales a los aseguradores, *en las condiciones que convenga con dichos aseguradores la correspondiente administración pública;* y que en Francia, no determinando claramente la ley de accidentes los derechos de los médicos de los hospitales en lo referente a su retribución por los servicios que prestan a los trabajadores que esa ley ampara, se formuló en 1923 una reclamación, que estaba apoyada por los representantes de los patrones, de los seguros obreros y de los médicos, en la comisión de tarifas que debía pronunciarse sobre ella. (1)

También es pertinente que haga presente que el cambio que en el régimen hospitalario actual ha de ocasionar la aplicación de la Ley de accidentes, representará sólo la iniciación de las transformaciones a que dan lugar en todas partes —tanto en el régimen hospitalario como en la asistencia en general—las leyes que consagran para las clases trabajadoras el derecho a la asistencia en sus diversas modalidades, y que estas leyes tienen además su repercusión en la higiene y en la profilaxia, como la tienen igualmente en la organización de la clase médica, la cual por el compromiso que ellas determinan en sus derechos profesionales, se ve obligada a constituírse como fuerza social, a agruparse como gremio, no para resistirlas, sino para no ser dominada, para defenderse frente a las colectividades a las que favorecen. El conocimiento de tales repercusiones es de utilidad, por cuanto si ellas son inevitables, por producirse con lógica fatal, con fuerza incontrastable, si pueden ser encauzadas a fin de que no excedan de los límites razonables.

Como son muy frecuentes las ocasiones en que el Poder Judicial solicita, sea por intermedio de la Dirección de Beneficencia o directamente a esta Dirección, las historias clínicas correspondientes a casos de accidentes del trabajo asistidos aquí, sin duda por ser necesarias en juicios en que las víctimas o sus herederos reclaman las indemnizaciones a que tienen derecho, y como de ordinario se trata de accidentados asistidos en las salas de gratuitos, considero que es también oportuno que llame la atención, por ser cuestión relacionada con el objeto de este informe, sobre la conveniencia que existe de que la Beneficencia reclame del Gobierno que dicte una disposición reglamentaria de la ley de accidentes, en que contemple los derechos de la institución en los casos de tales juicios, de manera que los jueces que entienden en ellos estén obligados a mandarle pagar, por los correspondientes empresarios o patrones, las estancias que causaron en este establecimiento los accidentados en referencia. Igualmente, estimo que la Beneficencia puede gestionar de la Prefectura, ante la cual los empresarios declaran los casos de accidentes que ocurren entre sus obreros y empleados, que le pro-

(1) En la sesión del 2º de febrero último de la Asamblea General del Concejo de la Asistencia Pública de Paris, se resolvió, por unanimidad, que los médicos de los hospitales tienen derecho a ser remunerados por los servicios que prestan a los enfermos de paga de los hospitales y que dicha remuneración, la manera de percibirla y su distribución será determinada y controlada por las comisiones administrativas de los hospitales, de acuerdo con el cuerpo médico quirúrgico de dichos Establecimientos.

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

porcione semanalmente la nómina de los casos declarados, para averiguar si entre ellos hay algunos que hayan sido hospitalizados en condición de gratuitos y poder gestionar de los respectivos empresarios el pago de las estancias, para facilitar lo cual una resolución gubernativa debería establecerlo así.

Aunque los servicios de paga de los hospitales se encuentran autorizados por la resolución suprema ya citada y por el Reglamento de hospitales, estimo que debe contemplarse si para el presente caso de la admisión de los accidentados por cuenta de las Compañías de Seguros, habría conveniencia en recabar del Gobierno una autorización especial.

En resumen, opino que puede resolverse la petición de la Compañía de Seguros "Italia", en la siguiente forma:

1°.—Aceptar que se atiendan en este hospital, tanto en la condición de hospitalizados como en sus consultorios, los accidentados del trabajo asegurados en esa compañía;

2°.—Que para establecer el monto diario de la remuneración por cada accidentado hospitalizado o atendido en los consultorios se debe contemplar el derecho de los médicos que los asisten a percibir una retribución especial por sus servicios;

3°.—Que para fijar dicha retribución faltan los datos estadísticos que permitan estimarla con la debida equidad; siendo por esto aceptable que, por ahora, se convenga en ella en principio, y que su determinación se aplace para dentro de seis meses, cuando ya existan elementos para apreciarla;

4°.—Que independientemente de la retribución aludida por asistencia,que deberá tener lugar por intermedio de la Benficencia, los médicos serán pagados directamente por la Compañía cuando expidan los certificados previstos en la ley de accidentes;

5°.—Que el costo diario por asistencia de cada accidentado hospitalizado tendrá por base la suma de Lp. 0.2.50, correspondiente a su alimentación, ropa y servicios generales, debiendo agregarse a esa suma, para obtener dicho costo,la cantidad que se asigne al médico y el importe estricto de los elementos que se empleen en las curaciones. Una cuenta especial se formará además para cada accidentado, comprendiendo el valor de los sueros específicos y de otros medicamentos de la misma clase y el importe de los servicios de los gabinetes de Rayos X y de Electricidad y del Laboratorio, con la rebaja de 33 % en las tarifas vigentes para personas de fuera del hospital;

6°.—Que el costo por la asistencia diaria de cada accidentado en los consultorios estará constituído por el precio de la curación que se le haga—fijado anteriormente en S. 1.50 como mínimum y excepcionalmente en S. 5 cuando medien pequeñas operaciones—por el valor de los sueros específicos que se empleen en su tratamiento y por la suma que se convenga en asignar por servicios médicos;

7°.—Que se contemple la conveniencia de solicitar autorización especial del Gobierno para prestar asistencia en los hospitales a los accidentados del trabajo, mediante convenios especiales con las Compañías de Seguros correspondientes.

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

Por su conexión con el objeto de este informe, opino, igualmente, que conviene a los intereses de la Beneficencia:

a) Gestionar del Gobierno la expedición de un decreto reglamentario de la ley de accidentes, mediante el cual se establezca que en los casos de reclamaciones judiciales por las indemnizaciones que dicha ley contempla, el Agente Fiscal está obligado a solicitar y el Juez a ordenar, cuando la víctima se asistió gratuitamente en un hospital público y se comprueba la responsabilidad del empresario, el pago por éste a la respectiva Beneficencia del importe de la asistencia prestada al accidentado, señalándose para los hospitales de Lima el precio medio de Lp. 0.4.00 por día de hospitalización, y Lp. 0.1.50 por día de asistencia en los consultorios; y

b) Solicitar de la Prefectura del Departamento la relación semanal de los obreros que sufrieron accidentes del trabajo y de los empresarios responsables, con el fin de averiguar cuales de ésos obreros se asisten gratuitamente en los hospitales y que sea posible cobrar, en su oportunidad, a dichos empresarios las cuentas correspondientes a la asistencia de sus obreros, conforme a los precios indicados en el decreto gubernativo mencionado anteriormente.

Antes de concluir me permito manifestar: 1° que no ocultándoseme que se puede estimar que ha de traer dificultades en la práctica el modo como propongo que se haga para cada accidentado la determinación del costo diario de su hospitalización o de sus asistencia en los consultorios, dejo constancia, una vez más, de que he estado obligado a indicar dicho procedimiento por no ser posible en este momento determinar la remuneración que deben percibir los médicos que presten sus servicios a los accidentados; pero que considero que, por muchos motivos, es conveniente que se llegue a señalar una suma global como precio de la asistencia diaria de cada accidentado, y que esto puede conseguirse, en un plazo más o menos breve, cambiando ideas al respecto con los cirujanos de los hospitales, incluídos los especialistas, por una parte, y, por otra, con los representantes de la Compañía de Seguros "Italia"; y 2°. que exigiendo la importancia del asunto que he estudiado en este informe que la forma de su resolución se rodee de las mayores garantías de acierto, tanto por lo que él en sí mismo significa, como por la trascendencia que puede tener desde diversos puntos de vista, estimo prudente sugerir que la Junta de Hospitales encomiende un estudio más amplio del mismo a una comisión de la que forme parte un abogado, asi como también que se considere por dicha junta la conveniencia de oir el parecer de la Academia Nacional de Medicina.

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

Notas Terapéuticas

EL SOMNIFENE SIMPLIFICA LA ANESTESIA QUIRURGICA Y REDUCE LA DOSIS DE ANESTESICO.— Para un cierto número de operaciones: raspados uterinos, ablación de pólipos uterinos, o rectales voluminosos, reducciones de fracturas complicadas, reducciones de luxaciones antiguas o difíciles, primeras curas de traumatismos con levantamiento de la piel, etc. fácil es prescindir de anestesia general utilizando la siguiente técnica preconizada por L. Aimes (*La Progres Medical*, N°. 52.—Paris 1927) una hora antes de la operación, inyéctese 1 cc. de morfina y según la corpulencia y la nerviosidad del sujeto, 3 a 4 cc. de somniféne intramuscular.

Una hora después de estas inyecciones, puede operarse sin anestesia. El enfermo soporta perfectamente la operación, no sufre y después se amodorra o se duerme rápidamente, para no despertarse en todo el dia.

El mismo método permite obtener ideales anestesias locales, para intervenciones de bastante duración: dilatación del ano, hemorroides, fístulas anales, hernias, tumores, insiciones de flemones, etc.

La anestesia local es mejor, además el operado no sufre durarre las horas que siguen a la intervcción, ventaja apreciable, pues ya se conoce el despertar a menudo tan penoso, debido al dolor después de la anestesia local.

La gastroenterostomía en los sujetos debilitados se hace particularmente bajo la influencia de la anestesia local y recientemente el autor ha podido con la mayor facilidad hacer una resección mesogástrica en una enferma muy nerviosa, que había llegado al límite extremo de la delgadez y por lo tanto seguramente no hubiera soportado la anestesia general. El método dá los mismos excelentes resultados en la preparación de la anestesia general y en la simplificación de las consecuencias de esta anestesia.

La inyección de morfina y de somnifene hecha una hora antes de la operación entrega al cirujano un enfermo en estado de completa calma; sin aprensión, ya grandemente anestesiado, evitando así al paciente la angustia que ocasiona la preparación de la intervención, pues aunque entre en la sala de operaciones perfectamente despierto o conciente, se halla bajo la influencia apaciguadora del medicamento.

Los preparativos de la anestesia se ven simplificados de manera sorprendente y los que tienen la costumbre de anestesiar diariamente enfermos se ven admirados; el sueño llega con una

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

rapidez asombrosa. Aimes ha posido varias veces operar enfermos que no habían respirado ni veinte bocanadas de éter, dado gota a gota, al aire libre y sin aparato. Ha podido extirpar el apéndice y tumores del seno, con treinta gramos de éter dados de este modo.

La anestesia se desarrolla sin incidentes, sin agitación; el operado respira tranquilamente y terminada la operación, despierta con la mayor sencillez y más rápidamente que de costumbre, puesto que la dosis de anestésico es menor.

Por la misma causa, los vómitos postanestésicos se ven suprimidos o si los hay son de muy corta duración y los resultados operatorios son favorablemente influenciados. En lugar de hacer violentos esfuerzos, el operado está tranquilo y a menudo soñoliento.

Los enfermos pueden alimentarse muy pronto después de la operación; la sed, tan mortificante para los operados, se apacigua casi inmediatamente después de la operación.

ESTUDIO QUIMICO, FARMACOLOGICO Y EXPERIMENTAL DEL ADONIS VERNALIS. — Del *Adonis Vernalis* se ha extraído dos glucósidos, que poseen una actividad constantemente idéntica. Uno es hidrosoluble, es el *adonidósido:* el otro es hidroinsoluble, es el *adonivernósido*; ambos se encuentran en el *adoverne*. El adoverne tiene cuatro propiedades características: cardiotónica, diurética, eupnéica y neurosedativa: puede decirse que completa, reemplaza y continúa la acción de la digital; se halla indicado en las insuficiencias cardíacas y renales de la miocarditis, en las lesiones orificiales, en la hipertensión arterial, en las aortitis, en la disnea y en todos los edemas. Se administra el adoverne por vía bucal en forma de gránulos o de gotas: X gotas 2, 3 y 6 veces al día se soportan admirablemente y dan resultados a menudo sorprendentes.

Según Mercier y R. Lutembacher (*Revue de Pharmacologie et de Therapeutique Experimentale, Paris 1927*) tiene toda la actividad terapéutica de la planta y posee propiedades farmacodinámicas comparables a las de los glucósidos digitálicos. Numerosos ensayos clínicos han dado resultados muy interesantes y han permitido fijar las indicaciones terapéuticas del *adoverne*, el cual es medicamento de fácil empleo, notablemente tolerado, prácticamente atóxico en dosis habituales y cuya actividad, punto muy importante, está determinada fisiológicamente.

HIERRO QUEVENNE
ANEMIA · CLOROSIS · DEBILIDAD
Aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS. — El mas activo y economico, el único Hierro INALTERABLE en los paises cálidos.
Exigir el Verdadero con el Sello de la "UNION DES FABRICANTS".-

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

Necrológica

EMILIO R. CONI.—El 3 de Julio ha fallecido en Buenos Aires, el Dr. Emilio R. Coni, personalidad destacada en la Medicina argentina y uno de los propulsores más ilustres de la Higiene, en ese gran país.



El Dr. Coni, era natural de la provincia de Corrientes, una de las que ha dado más hombres ilustres a la patria de San Martín, Rawson y Pirovano. Ha fallecido de más de 70 años, de los cuales dedicó, cerca de 50 el ejercicio de la Higiene pública.

Las principales obras sanitarias de ese país, los organismos técnicos más importantes, todos fueron creados o dirigidos por Coni, el virtuoso de la Higiene, que compartió con José Penna, los mejores triunfos de la prevención y del saneamiento del suelo argentino.

Su labor, que alguna vez calificó nuestro inteligente amigo Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, como "la obra apostólica de un benedictino", fué sintetizada por el mismo Coni, con estas bellas expresiones: "Percibo, recorriendo el camino andado, que en vez de médico de enfermos, lo he sido de ciudades y pueblos, por mi acción perseverante de demógrafo, higienista, puericultor, filántropo, etc. y que mí obra vasta y desinteresada, apreciada favorablemente dentro y fuera del país, ha llenado el campo de la preservación social con jalones, que sirven de derrotero a mis sucesores."

Publicista fecundo, literato distinguido, al Dr. Coni se le puede calificar de polígrafo. Hombre bueno en la mas grande extensión de la palabra, ha despertado al marchar al "eterno destierro", las expresiones mas doloridas de los hombres de ciencia de la República Argentina, que supieron apreciarlo rindiéndole los testimonios de su admiración.

Para nosotros el Dr. Emilio R. Coni, no era un desconocido, porque figuraba entre los miembros correspondientes extranjeros de la Academia Nacional de Medicina de Lima y porque, nos gustaba enterarnos de su obra pródiga y fecunda, que hoy ya pertenece a los dominios de la inmortalidad.

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

AMERICO RICALDONI.—La Facultad de Medina de Montevideo ha perdido en los primeros días del mes de Julio, a una de sus luminarias más brillantes, a aquella que empuñaba el cetro de la clínica médica y de la neurología uruguayas. Después del maestro inmortal Fernando Soca, Ricaldoni ha sido el profesional que en Montevideo tuvo más prestigio, el profesor que más amaron sus discípulos y el genial investigador que enseñó a pensar, y que dejó huella imborrable, cualquiera que fuese el dominio de la Medicina, donde sus predilecciones lo llevaran a escrutar.



El profesor Ricaldoni, desempeñó en la Facultad de Medicina de Montevideo las cátedras de Terapéutica, Patología Medica, Clínica Médica y Neuropatología.

Me cupo la suerte de escucharlo en su cátedra que magistralmente dictaba, cuando el año 1926 visité la encantadora ciudad de Montevideo y gozé de las atenciones del gentil profesor, que me hacía evocar los recuerdos del inmortal maestro peruano Ernesto Odriozola. Era como éste, de talla mediana, de facciones menudas y distinguidas, de ademán aristocrático, pero sencillo; de perspicacia clínica genuinamente instintiva, pero que fluía de una recia solera científica. Solo se distinguía del maestro peruano, por su tez un tanto morena, más eran iguales, porque ambos poseían los efluvios del genio y del talento.

En su servicio de Hospital "Maciel" me lo presentó mi entrañable amigo José María Estapé, que compartía conmigo admiración por el maestro; él, como su discípulo que éra, yo como su devoto lector, en aquella magnífica publicación, que fundase el profesor Ricaldoni en 1918, mientras ejercía el cargo de Decano de la Facultad de Medicina de la patria de Artigas.

Todos los días que estuve en Montevideo la bella, fuí a gozar de las lecciones del maestro y cada vez salía más maravillado de su cultura, de su saber clínico y de sus dotes docentes. El profesor uruguayo nos refirió en los momentos que charlamos con él, sus vastos proyectos y la forma como se proponía organizar el Instituto Neurológico, que los Poderes del Estado había resuelto construir, a fin de que tubiese su templo propio, el sumo sacerdote de la medicina uruguaya, el hombre completo tipo Renacimiento, como ha dicho Santin Carlos Rossi.

Cuan grande fué la satisfacción que experimenté, el año pasado, al saber que el Instituto de Neurología de Ricaldoni se había inaugurado, y mi asombro fué inmenso cuando en junio último recibí el Primer tomo de sus "Anales", el más bello de los esfuerzos científicos realizados en el Uruguay.

Es menester conocer esa publicación, para considerarla como el monumento imperecedero de la labor docente del profesor uruguayo, que supo imprimir rumbos acertados a sus empeños de

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

maestro y que ha dado lustre y nombradía a la medicina de la América del Sur.

Sin tiempo para trazar la semblanza del maestro desaparecido y sin la pretención de pergeñar una nota biobibliográfica, pongo término a estas lineas, enviando a los amigos de la Facultad de Medicina de Montevideo el hondo sentimiento que me ha causado la muerte apolinea del profesor Ricaldoni, que era a no dudarlo en la época presente, la encarnación viviente de las glorias y tradiciones de la Escuela médica uruguaya.

Dr. Carlos A. BAMBAREN,
Profesor de la Universidad Nacional de Lima.

Noticias

CIRCULO MEDICO PERUANO. — De acuerdo con lo acordado por la Asamblea celebrada el 21 de Agosto, se ha elegido la Junta Directiva del "Sindicato de los Médicos del Perú", que es la institución que ha venido a reemplazar al "Círculo Médico Peruano".

La directiva elegida es la siguiente:

Presidente: Doctor Fortunato Quesada.
1er. vicepresidente: Doctor Felipe A. de la Torre.
2°. vicepresidente: Doctor Felipe Chueca.
Secretario: Doctor Amador Merino Reyna.
Prosecretario: Doctor Eladio Lanatta.
Bibliotecario: Doctor Juan Monteverde.
Director de la Revista: Doctor Luis A. Suarez.
Tesorero: Doctor Fernando Wieland.
Vocales: Doctores Leoncio I. de Mora, Eduardo Bello, Raúl Rebaglati, Alberto Flores, Javier Lanfranco y Francisco Camino.

LIGA NACIONAL DE HIGIENE Y PROFILAXIA SOCIAL.—En la última Asamblea de esa Institución se ha elegido el siguiente Comité Directivo

Presidente, doctor Wenceslao F. Molina.
Primer vicepresidente, doctora Esther Festini de Ramos Ocampo.
Segundo vicepresidente, doctor Amador Merino Reyna.
Secretarios médicos, doctores Carlos A. Bambarén y Luis D. Espejo.
Secretario letrado, doctor Fernando Luis Castro Agusti.
Secretario de actas, señor Ruperto Algorta.
Prosecretario, doctor Elías Ponce Rodríguez.

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

Tesorero, señor J. C. Field.

Vocales, doctor Rómulo Eyzaguirre, doctor Julio G. Arbulú y doctor Amadeo Soto

Los comités permanentes de trabajo, que corresponden a las diversas actividades de la institución, quedraron constituídos en la siguiente forma:

Comité de profilaxia venérea y educación sexual, doctores Felipe Chueca, Luis Arias Schreiber y Julio Guillermo Arbulú.

Comité de lucha contra el alcoholismo, doctor L. Avendaño y señores J. C. Field y Ruperto Algorta.

Comité de Nipiología y Paidología, doctores Rómulo Eyzaguirre, Rodolfo Neuhaus y Enrique Rubín.

Comité de higiene mental y de lucha contra las toxicomanías, doctores Oscar Miró Quesada, Carlos A. Bambarén y Elías Ponce Rodriguez.

Comité de lucha antituberculosa, doctores Luis D. Espejo, Juan F. Valega y Carlos Jaramillo Infante.

Comité de legislación de higiene social, doctores Manuel G. Abastos, José Jacinto Rada y señor Felipe Boisset.

Comité de propaganda y publicaciones, los secretarios de la Liga.

Comité de higiene dental, doctores Luis Enrique Núñez, Manuel Medina y Napoleón U. Cava.

EN AREQUIPA SE HAN FEDERADO LAS INSTITUCIONES MEDICA, FARMACEUTICA Y DENTAL.—El 10 de agosto se efectuó en la Sociedad Médica de la ciudad del Misti, la solemne instalación del Sindicato Médico-Farmacéutico-Odontológico, con la concurrencia de gran número de miembros de las tres instituciones federadas.

El presidente de la Sociedad Médica Dr. Castañeda, expresó su satisfacción por ver convertida en realidad una obra de gran anhelo y que habría de contribuír en gran parte a la armonía entre los profesionales de las tres ramas de la medicina.

Al hacerse la instalación del Sindicato, hablaron los señores Manuel Aurelio Vinelli y Carlos A. Chavez Velando, presidentes de la Sociedad Farmacéutica y Círculo Odontológico, respectivamente, abundando en frases de cordialidad y optimismo sobre la labor del Sindicato.

Quedó acordado que la presidencia del Sindicato Médico-Farmacéutico-Odontológico sea ejercida en forma rotativa por los presidentes de las tres instituciones federadas.

Además, cada institución, actuará libremente, conservando su independencia, y, en casos de intereses comunes, de acuerdo con las decisiones del Sindicato, procederán colectivamente logrando así una fuerza positiva para la defensa de sus intereses gremiales.

UN HOMENAJE AL DOCTOR SEBASTIAN LORENTE, PRESIDENTE DE LA "ASOCIACION NACIONAL DE HIGIENISTAS".—Los médicos al servicio de la Salubridad Pública, del Departamento de Puno y que forman parte de la "Asocia-

Universidad del Perú. Decana de América

ción Nacional de Higienistas", han obsequiado últimamente a su presidente, el Director de Salubridad Pública, Dr. Sebastián Lorente, una medalla, como muestra de amistad y adhesión.

La entrega se efectuó el miércoles 21 de agosto y dió lugar a una fiesta que se llevó a cabo en el salón de recepciones del Hotel Bolívar.

La medalla que es de oro y brillantes en el centro, es una obra de arte. Fué colocada en el pecho del doctor Lorente, por el doctor Portillo médico sanitario de Puno, quien pronunció en ese momento un afectuoso discurso.

El Dr. Lorente respondió con frases que dicen de sus empeños gremialistas y de sus simpatías por los médicos al servicio de la Salubridad Nacional.

UN NUEVO CENTRO DE PROTECCION A LA INFANCIA.— En la ciudad de Miraflores, que está a 10 minutos de Lima, se ha inaugurado el 25 de agosto, un centro protector de la Infancia, creado por un grupo de señoras de esa localidad.

Ostenta la puerta principal del local de la nueva institución, la siguiente inscripcción:

"A la memoria de Manuel Bonilla, muerto a los 13 años de edad en la batalla de Miraflores el 15 de enero de 1881".

Manuel Bonilla fué un niño de 13 años que a impulsos de su exaltado patriotismo, al sentir los primeros disparos de la batalla de Miraflores, se incorporó entre los defensores del Reducto No. 6, solicitando una arma para defender su patria. En vano se le hicieron requerimientos para que se alejara del peligro a que exponía su vida. En los primeros momentos del combate y no teniendo una arma, ayudaba a los hombres alcanzando municiones. Rápidamente se dió cuenta del manejo del fusil y cogiendo uno perteneciente a los caídos a su lado, con un valor extraordinario, dada su corta edad, se batió con arrojo al igual que todos los heróicos defensores de ese reducto. En momentos en que la posición era asaltada por el enemigo se mantuvo firme en su puesto, disparando con asombrosa bravura hasta caer muerto de un balazo en el pecho.

Cumpliendo un deber cívico se ha inscrito el nombre de éste niño en la puerta, como homenaje a su gloriosa muerte.

El local está divido en dos grandes secciones: la de repartición de leche y asistencia médica y la de recreo y espera, situada esta última en la parte posterior del edificio: donde hay un gran patio en buenas condiciones higiénicas, que es el lugar en que las madres esperan la entrega de la leche con sus pequeñuelos.

En la primera sección están la dirección, la sala de espera, el consultorio, la sala de tratamiento de sarna y enfermedades de la piel y el reparto de leche y botiquin.

En la segunda, la cocina, donde se esteriliza la leche, servicios higiénicos y otras dependencias. Además, cuenta el nuevo establecimiento con un servicio de baños para las madres, que deseando colaborar con el médico, se esmeran en mantenerse en buenas condiciones higiénicas, evitando así muchos contagios y enfermedades

Universidad del Perú, Decana de América

a sus hijos. Hay también una barraca de aislamiento, donde esperan su turno para ser atendidos, los niños atacados de alguna dolencia infecto-contagiosa.

Bibliografía

NOUVELLE PRATIQUE THERAPEUTIQUE MEDICO-CHIRURGICALE, par BLECHMAN, CHABANIER, GUTMANN, CHEVALLIER, DEVRAIGNE, CHARRIER, HEUYER, KERMORGANT, MADIER, MONTRUN, MOULONGUET, PRUVOST, RONTIER, TZANK.— Dos volúmenes en 8°.— *Gastón Doin et Cie, editeurs.* — París 1928. — 175 francos.

Ya pasó aquel tiempo en que uno solo podía conocer a fondo la ciencia médica. Para crear esta *Nueva Práctica Terapéutica*, los editores se dirigieron a médicos conocidos en su especialidad, y todas las enfermedades de medicina o de cirugía general, de diversas especialidades, todos los casos de práctica obstétrica y hasta patología de los países cálidos, han sido considerados.

Cada autor, en cada materia y en cada caso estudia el problema práctico, tal como se presenta al médico, recomendando los métodos y medicamentos que les han parecido mejores. Otras veces, se trata de enfermedades más largas, más difíciles, en las que deben saberse variar los métodos; todos los recursos de la terapéutica son entonces sucesivamente invocados.

De esta concepción ha nacido un tratado moderno de Terapéutica, que los autores se han esforzado en hacer claro, completo, despojado de toda cosa inútil.

El orden adoptado es la serie alfabética, por el nombre de la enfermedad. Innumerables notas evitan la menor duda en los sinónimos y permiten hallar inmediatamente, sin buscarla, la terapéutica que se necesita.

ELECTROTHERAPIE, por G. VIGNAL.—Un volumen en 16, de 544 páginas.—*Gastón Doin et Cie., Editeurs.*—París 1928.— 32 francos.

La *Electroterapia* ha extendido singularmente su campo de acción y en manos de los sabios franceses ha alcanzado una gran precisión; por eso se hacía sentir la necesidad de una gran obra que presentase en un trabajo de conjunto el estado actual de la Electrología, con el fin de permitir al estudiante y al médico hallar, sin pérdida de tiempo, todos los datos que necesiten de un modo claro y conciso.

La obra está dividida en tres partes:

Electrofísica y Electrofisiología en la que se aborda el estudio, a la vez elemental y exacto, de las ideas directoras y de las nocio-

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

nes de la electricidad, y el estudio de la manera de actuar de las corrientes eléctricas en el organismo y del modo como éste reacciona.

Electroterapia práctica, Indicaciones técnicas y Resultados en las que se exponen las aplicaciones prácticas de la Electroterapia, con las indicaciones y la técnica apropiadas a cada afección y a cada caso particular, lo mismo que los resultados que se pueden esperar. Leyendo esta parte del libro se da cuenta de los múltiples recursos de la Electroterapia en la que muchos no piensan. Debe hacerse especial mención de dos capítulos: el de *Electrodiagnóstico*, en el que los métodos y técnicas más recientes están enteramente expuestos al alcance de todos, y el de *Accidentes e Incidentes debidos a las corrientes eléctricas* que pueden ocurrir en el gabinete del médico electroterapeuta en una casa particular o en una fábrica.

Puntos motores y Topografía sensitiva, es la tercera parte del libro, en la que hay un cuadro muy completo de los puntos motores de los nervios y de los músculos según EICHORST, CASTEX y BERGONIE. Esta obra, concebida claramente y concisamente escrita, está llamada a ser consultada a menudo y merece figurar en toda biblioteca médica.

PRECIS DE MEDECINE INFANTILE, por Edmond Weill y Georges Mouriquand.— 4ª. edición enteramente reformada. —Un vol, en 8°. de 1192 páginas.—*Gaston Doin et Cª. Editeurs.*— París, 1928.—90 francos.

La muerte prematura del profesor E. Weill, no le permitió reeditar su *Precis de Medécine Infantile;* esta cuarta edición, aparece con los cuidados del profesor Mouriquand, su sucesor en la Clínica de Medicina infantil y de Higiene de la primera edad, de la Universidad de Lyon.

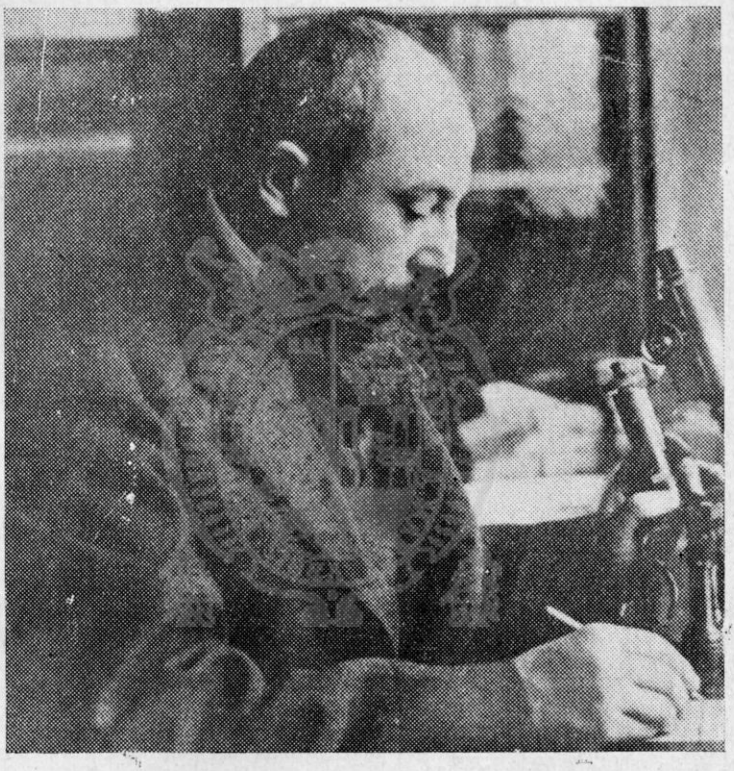
La presente edición está completamente reformada y puesta al corriente de todos los hechos adquiridos después de la tercera. Las descripciones clínicas clásicas han sido conservadas como modelos, las patogenias, los métodos diagnósticos, la profilaxis y terapéutica, han sido revisadas concienzudamente, poniendo al día los conocimientos. Los nuevos métodos de tratamiento (sueros, vacunas, insulina, actinoterapia, etc.) están expuestos con todos sus detalles prácticos.

Algunos capítulos han sido enteramente rehechos, en particular los que se refieren a las distrofias congénitas, las distrofias ponderales y estaturales, los síndromes endocrinos, las enfermedades por carencia, la espasmofilia, la encefalitis letárgica, las pielitis, las curas termales, etc. Una parte extensa se dedica a iconografía con documentos personales.

La nueva edición confirma y acentúa su gran utilidad clínica y práctica, que ha hecho de este libro un buen consejero de muchas generaciones de médicos.

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

Dr. Claudio Regaud



Desde la primera quincena de setiembre es huésped de la Universidad Nacional de Lima, el Dr. Claudio Regaud, jefe de la sección de radiofisiología y cáncer experimental del Instituto del Radio de Paris.

El profesor Regaud ha venido enviado por la Universidad de Paris, en virtud del acuerdo celebrado entre esta institición y nuestra Universidad, para mantener un instituto franco-peruano de alta cultura.

Nacido en Lyon, en 1870, el profesor Regaud hizo su aprendizaje en la Facultad de Medicina de aquella ciudad, dedicándose a las investigaciones histológicas, que le han permitido abordar después el estudio del cáncer. En éste sector de la Medicina, el sabio

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

francés ha conquistado puesto destacado, no solamente en su patria, sino en el Mundo entero.

Desde 1913 dirige la sección de radiofisiología del Instituto del Radio de Paris que sostiene el Instituto Pasteur, y desde esa época es uno de los orientadores de los estudios cancerológicos en Francia y de la lucha contra el cáncer en ese país.

Su competencia en el tratamiento del cáncer por los agentes físicos, se ha revelado por las investigaciones que ha efectuado en la "fundación Curie" de Paris, por sus publicaciones, en libros y revistas, y por sus aportaciones en los diversos Congresos y Conferencias sobre Cáncer y Radiología, celebrados últimamente en Estrasburgo, Londres, Lake Mohonk (Estado de Nueva York) y Estocolmo.

El profesor Regaud es redactor de varias publicaciones de su especialidad y de la revista semanal intitulada "Paris Medical" en la que dirige los números monográficos dedicados a Radiología y a Cáncer.

Durante su estadía entre nosotros, va a dictar un curso de Cancerología, exponiendo el estado actual de nuestros conocimientos sobre el cáncer y su tratamiento por las radiaciones, provenientes de los rayos X y del radium, esto es, la roentgen y curieterapia.

Deseamos al ilustre investigador francés una grata permanencia en el Perú, y desde estas páginas le presentamos nuestro saludo más cordial.

Pancreatitis aguda

Por el Dr. EDUARDO BELLO

Profesor en la Facultad de Medicina de Lima

Durante mi larga carrera profesional, dedicada casi exclusivamente a la práctica de la cirugía adbominal en el Hospital de Mujeres, donde sirvo cerca de treinta años, hasta hacen pocos meses no había visto, o por lo menos no supe distinguir el síndrome de una pacreatitis aguda.

La coincidencia de habérseme presentado oportunidad de asistir dos casos de esa enfermedad y obtener datos concretos de un tercero ocurrido meses antes, me ha movido a estudiar tan atrayente asunto. Las pacreatitis agudas, al decir de los autores modernos, no son accidentes raros; creo han sido poco estudiados entre nosotros.

En esta nota voy a ocuparme de uno sólo de los casos que tengo historiados, comparándolo con los otros dos, en uno de los cuales la autopsia dá carácter probatorio a la exactitud del diagnóstico. Luego deduciré los resultados clínicos del conjunto de las observaciones con los comentarios que me sugieren.

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

La historia clínica es la siguiente:

El señor L.K., de treinta años, soltero y sin antecedentes patológicos dignos de mención, si se exceptúa el paludismo que ha sufrido en varias ocasiones; hace vida activa desde tierna edad, trabajando primero en la agricultura bastante tiempo, y ahora dedicado a negocios de transporte de mercaderías. Goza ordinariamente de excelente salud y apetito, excediéndose un tanto en las comidas; abusa de bebidas alcohólicas, que ingiere desde por las mañanas y cotidianamente. Su exoneración intestinal es regular. Su sistema nervioso irritable desde niño, lo es en extremo ahora bajo la influencia del estímulo alcohólico. También es fumador obstinado.

En la noche del 20 de mayo de 1927, después de comer moderadamente, se acuesta a las 10 p. m., quedando inmediatamente dormido. Despierta a las 12 p. m. acometido de fuertes dolores en la región epigástrica, que se irradian a los flancos, en particular al derecho. El dolor es intensísimo, como de una puñalada; le arranca continuos quejidos y parece exacerbarse cada vez más; se acompaña de sudores fríos. Pronto le sobrevienen vómitos, primero alimenticios, y luego biliosos. Su cuerpo se enfría y es presa de intensa agitación. Recurre a la aspirina, primero; en seguida se aplica hasta tres inyecciones de morfina, sin conseguir alivio. Así pasa toda la noche.

Veo al enfermo en la mañana del día 21. Se halla en agitación contínua, la facies rubicunda y violácea, cubierto de sudor frío; no está deprimido. Compruebo por el interrogatorio, además de los datos que anteriormente consigno, orinas muy escasas y constipación absoluta.

EXAMEN. — Pulso pequeño y frecuente (120), pero regular. Temperatura de 36.5. Lengua seca: respiración acelerada.

Torax libre. Vientre ligeramente meteorizado; depresible e indolente en la zona subumbilical; doloroso a la presión en la supraumbilical, pero con defensa muscular nula o apenas esbozada. La parte más sensible a la presión corresponde al epigastrio, con un máximo a igual distancia entre el ombligo y el apéndice xifoides, pero la palpación profunda es dolorosa a ambos lados de ese punto de sensibilidad extrema, en particular a la derecha, marcándose en suma la zona sensible como superficie estrecha prolongada en sentido transversal.

En el borde externo del músculo recto anterior derecho, ángulo de este borde con el reborde costal (zona vesicular), la palpación profunda despierta dolor ligero.

Frente a un diagnostico dudoso y probable necesidad de intervenir operatoriamente, aconsejo se traslade al paciente a una clínica para hallarse preparado a todo evento. Llevado inmediatamente a la "Clínica Villarán", se instala en ella, procediéndose de inmediato a prácticar exámenes de orina y de sangre, con el siguiente resultado:

Sangre:

Hematíes	4.580.000
Leucocitos	8.000

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

Fórmula leucocitaria.

Polin. leutrófilos	70 %
Polin. eosinófilos	4 ,,
Formas de transición	0 ,,
Grandes mononucleares	0 ,,
Mononucleares medios	10 ,,
Linfocitos	10 ,,

Urea en la sangre, por litro: 0.41 gr.

Orina:

Albúmina 0.40 por mil.
Acidos biliares, presencia.
Pigmentos biliares, hay
Acetona, fuerte cantidad.

Sedimento: Células epiteliales, leucocitos, hematies, células renales. Cilindros hialinos y granulosos.

Una enema de sulfato de soda que se aplicó al enfermo cuando llegó a la clínica, determinó una cámara escasa. Fué necesario continuar recurriendo a las inyecciones de morfina que procuraban ligero alivio; una poción alcalina, hielo al vientre y jugo de naranja helado constituyeron el resto del régimen instituído.

El día 22, visitado en la mañana acusa el paciente ligero alivio dentro del mismo síndrome. Anotamos que persiste el dolor con exacerbaciones en forma de cólicos; la región epigástrica está un tanto elevada, tensa, los rectos contracturados ligeramente. La temperatura alcanza a 37; persisten los vómitos, pero más distanciados. No se obtienen cámaras con enemas. La orina se hace muy escasa; en la tarde, hay anuria absoluta; pero el estado general está mejor.

Esa mañana, a pedido del que esto escribe, se celebra una consulta en que intervienen los doctores Carvallo y Quesada. Las deliberaciones de ésta, después de estudio atento del caso, dejan dudoso el diagnóstico; faltan elementos para plantear con firmeza la hipotesis de oclusión intestinal alta, en que la intoxicación es precoz e intensa; un proceso con asiento en la vesícula biliar queda excluído por la extensión y forma de la zona dolorosa y la ausencia de fiebre; las perforaciones del estómago o duodeno con sintomatología análoga, evolucionan, no operadas, con rapidez a la peritonitis cuyos signos faltan; se invoca por alguno la pancreatitis, pero sin convicción.

Se acuerda tratar la paciente como simple intoxicado. Suero glucosado por vía rectal (Murphy), inyecciones de aceite alcanforado, dieta como el día anterior. En la noche se hace preciso volver a la inyección de morfina.

El día 23 hay alivio manifiesto. El dolor es soportable; la temperatura asciende a 37.5; reaparece la orina, en escasa cantidad; las enemas dan varias cámaras copiosas acompañadas de abundantes gases. La región supraumbilical continúa sensible a la presión y ligeramente dolorosa con crisis moderadas de exacerbación. El vómito ha

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

cesado; el meteorismo local es reducido lo mismo que la tensión. Se administra régimen idéntico al día anterior, agregando suero glucesado por vía hipodérmica e insulina.

En los ocho días siguientes el paciente vuelve poco a poco a la normalidad, recomenzando su vida de actividad e intemperancia que antes hacía. (La acetona y albúmina de las orinas desaparecieron al producirse la mejoría).

Dos meses después (julio 21) sufre otro ataque semejante al anterior, con lijera atenuación de los síntomas, que se trató de idéntica manera, curandos a lo cinco días.

A fines de setiembre, se reproduce por tercera vez la misma sintomatología; esta vez francamente leve. Dura sólo tres días.

He examinado al paciente en plena salud según él, el 10 del presente mes (octubre), con el siguiente resultado:

Sigue dieta moderada y se abstiene de alcohol; tiene aspecto de salud y no acusa dolor expontáneo alguno.

El exámen del abdómen da: sensibilidad a la presión en el epigastrio, donde se palpa una tumoración profunda, mal delimitada, que parece prolongarse en sentido tranversal. Los latidos de la aorta se trasmiten amplificados en la zona correspondiente al tumor (signo de Delbet). No hay icteria ni subicteria; la vesícula biliar es dolorosa a la presión profunda.

En suma, se comprueba que en la región epigástrica existe una zona inflamada crónicamente, pudiendo estimarse los accesos dolorosa y su cotejo simultáneo como brotes activos de un proceso lento.

El diagnóstico de pancreatitis aguda que sin convicción propuse en la consulta a que hago referencia creo poderlo justificar ahora después de detenido exámen del cuadro clínico y comparándolo con otro caso de mi servicio hospitalario, entonces en evolución y que terminó fatalmente, comprobándose en la autopsia lesiones necróticas avanzadas del páncreas, que se halló destruído casi totalmente.

En efecto; el síndrome presentado por nuestro enfermo concuerda de manera bastante precisa con el correspndiente a las pancreatitis agudas: dolor de gran intensidad y aparición súbita, sobrevenido poco después de una comida; vómito alimenticio, primero, después biliosos, persistente; sudores fríos, depresión de fuerzas, temperatura normal, pulso frecuente: constipación tenaz sin pasaje de gas; orina escasa, luego anuria temporal. Al exámen: vientre abovedado, sin defensa muscular; zona dolorosa a la palpación en la región epigástrica, de forma transversal, con máximun en el centro y al lado derecho (cabeza del páncreas).

Las dificultades del diagnóstico están señaladas por todos los autores; muchos son los casos en que sólo ha sido determinado en la autopsia. Se pensó en una oclusión intestinal alta por la tenacidad de la constipación, situada en el sitio del *loco dolenti* y precocidad de los vómitos; pero faltaba en nuestro paciente la profunda intoxicación propia de estas oclusiones y que aunque se da también como síntoma de las pancreatitis, no la he observado en ninguno de mis casos; además los primeros enemas dieron salida a materias fecales y no se comprobaron verdaderos cólicos o crisis peristálticas propias de la interrupción mecánica de la circulación intestinal.

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

Aunque la región correspondiente a la vesícula biliar era sensible, no correspondía a ella el máximo de la colorosidad, situada en el epigastrio; ni había antecedentes de otras crisis análogas, ni de padecimiento alguno anterior del hígado. Las perforaciones viscerales se descontaron también por falta de antecedentes en que apoyarse y ausencia de signos de reacción peritoneal. Tampoco se pensó en la apendicitis por la ausencia de la fiebre y localización en la zona apendicular. Propuse en la consulta como he dicho, el diagnóstico de pancreatitis, aunque, repito, sin convicción, faltándome experiencia de casos clínicos que me permitieran formar criterio de probabilidad.

La forma alargada y francamentetransversal de la zona dolorosa en nuestro caso, hace pensar en un compromiso total de la glándula, más acentuada en la cabeza pancreática. Su evolución sin intervención, podría explicarse considerando el proceso como llegado sólo a la forma o período edematoso, primer estadío según algunos, sin pasar a la necrosis glandular. O bien, hubo hemorragia intraparenquimatosa y necrósis, pero limitada a zonas radiadas, en medio del edema total o subtotal del parenquima. Ambos son supuestos de aproximación.

La repetición de los accesos a plazos casi iguales, aunque con intensidad decreciente, hacen pensar que el proceso marcha a la cronicidad. El último exámen del paciente, confirma esa hipótesis: la tumuración percibida, su sensibilidad a la presión y a los latidos de la aorta comunicados por ella al dedo, revelan zona indurada y en flogosis lenta.

La vesícula biliar parece ser igualmente asiento de proceso patológico crónico (calecistitis), quizás el punto de partida y la causal primaria de la infección pancreática. El interesante trabajo de M. Pierre Brocq, en la clínica Delbet, da como probado por múltiples experiencias que, en casos como el que se historia, bílis séptica pasa al canal de Wirsung, infecta su contenido y determina así la activación intrapancreática de la tripsina, produciéndose por ello autodigestión de la glándula y el sindrome gangrenoso y hemorrágico en todas sus variantes. Destruídos los gérmenes sépticos por la reacción leucocitaria, podría deternerse el proceso y venir la curación; pero si se repiten las condiciones que lo originaron, nueva crisis se produciría—como en nuestro enfermo, tipo de pancreatitis recidivante—formándose así, poco a poco, un tumor inflamatorio y en parte necrobiótico, que obliga a intervenir para drenar su contenido, evitando su ruptura y supuración.

Otros autores dan como probable que el páncreas se infecta por vía linfática, estando el foco original en la vesícula biliar, casi siempre comprometida, o en otra víscera vecina, estómago, duodeno, etc.

La abstención de bebidas alcohólicas, que he conseguido del enfermo y su dieta rigurosa, sin grasa ni exceso de féculas, han disminuído la irritación vesicular y sus efectos dañosos sobre el páncreas se han atenuado. Es posible que en estas condiciones las lesio-

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

nes de la glándula retrograden, produciéndose en ella una esclerosis parcial de orden cicatricial. Así la salud podrá restablecerse definitivamente.

Puede también ocurrir que le sobrevengan nuevos procesos agudos, y con ellos la tumoración hoy palpable, aumente de volúmen, formándose un seudoquiste que imponga al intervención. (Descubrimiento del órgano a través del ligamento gastro-cólico, dislaceración superficial y drenage).

De todas maneras el paciente debe ser vigilado y su dieta mantenida rigurosa por largo espacio de tiempo.

——

Por todo lo antes dicho creemos:

1°. — Que el caso que analizamos ha sido un ejemplo de pancreatitis aguda, afección no muy rara, que por no pensar en ella suele confundirse con la oclusión intestinal, la crisis de colecistitis aguda y los cólicos hepáticos de la litiasis vesícular, las perforaciones gástricas y aún con la apendicitis, de lo que conocemos más de un ejemplo.

2°. — Que en nuestro enfermo el proceso marcha a la cronicidad; pero actualmente el estado local parece retrogadar y podría tal vez con tratamiento médico apropiado, en particular dieta poco estimulante de la función pancreática y biliar, manteniendo suprimido el alcohol, seguir a la curación.

3°. — Que la abstención de intervenir que caracteriza nuestra conducta en el caso presente, fué prudente estando sin diagnóstico definido; pero que la indicación de operar podría haber surgido imperativa y entonces se debe ír a fondo hasta descubrir la glándula y drenar el foco. Conformarse, como lo hice por falta de buena documentación, con drenar la cavidad abdominal después de separar, algunas adherencias, en otro caso más agudo, es marchar al fracaso. La vía más prometedora de abordar el páncreas es a través del ligamento gastro-cólico; llegar a la glándula, disociar ligeramente su superficie y drenar en un contacto de ella, es lo que ha dado mejores resultados a los cirujanos.

4°. — Que los trastornos de orden tóxico, aunque no muy intensos en mi enfermo, derivaron modificación favorable tratados por el suero glucosado y la insulina, que modera las acidosis.

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

Bases para un servicio de higiene mental y neuropsiquiatría en el ejército

Por el Dr. CARLOS A. BAMBAREN

En los tiempos actuales la apreciación de la eficiencia individual, se ha desplazado del criterio de la fuerza muscular al sentido de la capacidad mental, que es la que gobierna y dirige todo el dinamismo del individuo, orientando su comportamiento, canalizando sus actividades y permitiendole aprovechar más y mejor, de todo lo que le rodea, para su progreso y para el desarrollo de la colectividad.

La importancia del factor mental se ha demostrado cuando se trató de la organización científica del trabajo, porque se vió que el rendimiento individual no estaba ralacionado con el vígor del músculo, sino con la adecuación del trabajo cerebral á los fines utilitarios de la profesión, arte u oficio.

En el medio militar la importancia de los factores mentales se pusieron de manifiesto en la última gran guerra, donde la eficacia combativa de los ejércitos beligerantes, no estuvo únicamente condicionada por el factor númerico, sino por el desarrollo de la capacidad mental y técnica de sus jefes. Los factores de destrucción y muerte que se usaron, anularon el factor numérico, para exigir un mayor despliege de capacidad defensiva y ofensiva; por otra parte los servicios tan especializados, como el de la aviación, por ejemplo, exigieron una obra de selección del personal, prolija y minuciosa, y orientada en el sentido de descubrir las capacidades psíquicas y la integridad del sistema nervioso de los aviadores; además los procedimientos mortíferos de los agentes destructores que se emplearon, fueron de tal magnitud, que si no mataban al individuo, lo colocaban en estado de desaptación para la vida, porque la intensidad de las emociones producidas, rompiendo el mecanismo neurohumoral que significa la actividad y la reacción ante los factores cosmícos, determinaba el miedo (estado emocional intensísimo), con las consecuencias respectivas desde el punto de vista de las perturbaciones mentales. Por último, el hombre moderno se encuentra fustigado por la intensidad de la vida contemporánea, que vertiginosa como es, rompe los mecanismos de adaptación y predispone para todas las manifestaciones de orden psicopático.

Entre nosotros, todavía se aprecia muy poco la eficencia mental en el logro de las aspiraciones individuales y colectivas. Las aptitudes

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

no se evalúan sino con criterio morfológico, porque todavía las ideas de la Psicotecnia, no han ingresado al consenso general.

En el Servicio de Sanidad hace algunos años que se ha planteado la conveniencia de organizar un servicio neuropsiquiátrico que tuviese á su cargo algunos menesteres de selección general; la organización de la aviación, es la que ha obligado á pensar en esta materia porque la selección de los aviadores, está toda ella monopolizada por el exámen de sus aptitudes mentales; la volación exige ciertas aptitudes psiquícas, que todos no poseen, y que son necesarias para desempeñar correctamente esa especialidad militar, a fin de evitar los accidentes que ocasionan pérdidas de vidas y originan la destrucción del material.

Hay, pues, los primeros pasos en esta materia, pero conviene puntualizar, aunque sea someramente, el horizonte de un Servicio de higiene mental y de neuropsiquiatría integral, que indique todas las posibilidades de su actividad.

La selección mental de los futuros Oficiales del Ejército, es una de las primeras labores que tendría que realizar el Servicio de Higiene Mental y Neuropsiquiatría del Ejército. Entre los diversos medios para mantener el nivel de progreso de la Oficialidad, y contribuir á su progresivo e ininterrumpido perfeccionamiento, la selección mental es uno de los procedimientos que conducirá á ese objetivo, porque es la superioridad psíquica la que hace el triunfo individual y el engrandecimiento de las colectividades. La eficiencia combativa no es únicamente el resultado del coraje y de la intrepidez individual; tiene más probalidades de vencer el que une á estas cualidades, la capacidad mental necesaria para resultar superior al enemigo.

La selección de los aviadores, es el estudio de ciertas condiciones psicofisiológicas del individuo, que solo pueden apreciarse de acuerdo con las orientaciones y los métodos de la Psicología diferencial. Las aptitudes psíquicas, tienen que ser evaluadas por personal especializado en cuestiones de neurología y psicología. En la última gran guerra europea se demostró que era imperioso que á los futuros aviadores, se les examinase especialmente en sus facultades mentales, porque la eficiencia en la dirección de la aereonave, asi como las reacciones en los momentos de peligro, están condicionadas por la integridad psicomotriz, sea en la esfera conciente ó en el ámbito de las reacciones subconcientes.

Para la debida atención de los enfermos del sistema nervioso de la esfera neurológica ó psicológica, precisa que, cuando menos, en el Hospital Militar de Lima, exista un servicio ó un consultorio de la especialidad neuropsiquiátrica, para que sea el centro de la asistencia y tratamiento de estos enfermos, y el lugar de preparación, de los futuros médicos militares especialistas en la materia. El servicio ó consultorio, debe hacer prácticas las ideas de higiene y profilaxia mental en el Ejército, que todavía no se efectúan entre nosotros, y que es necesario pensar en realizarlas, porque las modernas orientaciones de la asistencia nosocomial así lo exigen, dado que es unánime, el acuerdo de que todo Hospital debe poseer un servicio ó un consultorio de neuropsiquiatría; postulando algunos que en los hospitales urbanos se organice un servicio especial para atender á

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

los psicópatas agudos, que exteriorizan un trastorno mental episódico ó un fenomeno de perturbación psicomotriz que complica á un proceso morboso cualquiera. Los especialistas en la materia sostienen y demuestran, que los servicios para enfermos mentales agudos, en los hospitales generales, hacen verdadera obra de asistencia profilactica de los psicópatas, no solo en lo que á su tratamiento se refiere, sino á la oportunidad con que se les despista, impidiéndose las reacciones antisociales que son capaces de cometer.

La Justicia Militar, también necesita la cooperación de la especialidad neuropsiquiátrica. Ya no se concibe que un encausado por la Justicia Penal, deje se ser examinado desde el punto de vista de la integridad de sus facultades mentales, y de su "Comportamiento psíquico", que explica siempre el porqué de la comisión de delitos ó atentados que pena el Código.

En el ambiente militar, la deserción, para no citar sino una modalidad de delito de la colectividad armada, es asunto que todavía no se ha estudiado con el criterio moderno: en muchos ejércitos, la deserción suscita una investigación de psiquiatría forense, que tiene que realizar un especialista en esta materia y que es el que dá las pautas para decidir si el desertor es susceptible de amoldarse á la disciplina militar, en cuyo caso es posible que rinda beneficios el sobrecargo del tiempo de servicios ó en su defecto si es más conveniente separarlo del instituto armado, porque adolece de trastorno mental, que debe asistirse en lugares especializados y no en el ejército que debe reunir individuos con integridad física y psíquica.

Los Juzgados Militares necesitan, pues, un médico que les preste cooperación durante los procesos de instrucción judicial, y no puede ser otro que el servicio Neuropsiquiátrico, el que desempeñe esta función especializada.

La necesidad de preparar al futuro personal de médicos militares en cuestiones de Neuropsiquiatría, es asunto que no necesita demostración. Desde el momento en que se examina á los contingentes militares, es necesario evaluar las condiciones mentales del futuro soldado, que no sacará provecho de la vida en el cuartel, si no posee aptitudes mentales para asimilar las enseñanzas de la colectividad armada ó para amoldarse al ambiente militar. Es indispensable que se haga en el Ejército labor de higiene y profilaxia mental, recomendada hoy en todas las colectividades y que el Estado está en la obligación de favorecer, porque debe procurarse elevar por todos los medios, la eficiencia de los componentes del agregado social.

Todas estas consideraciones, que se refieren exclusivamente al Ejército, son perfectamente aplicables para la Marina y la Policía, y con mayor urgencia para está última, que en contacto directo con la sociedad, está expuesta a recibir las acciones y reacciones de la colectividad urbana y rural, con la que está en relación inmediata. Es casualmente la Policía la que necesita, de modo más imperioso la selección desde el punto de vista mental; algunos acontecimientos muy recientes entre nosotros, han puesto sobre el tapete la necesidad de esta selección mental, que habría evitado sucesos dolorosos que no se han lamentado suficientemente.

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

Por todas estas consideraciones, propongo el siguiente voto:

El Primer Congreso Nacional de Medicina, recomienda que se establezca en todos los organismos médicos del Instituto armado (Ejército, Marina y Policía), un Servicio de Higiene Mental y Neuropsiquiatría, dado los altos fines de selección y profilaxia mental, que es necesario desarrollar en esas reparticiones de la Administración Pública.

El primer alcohólico inveterado curado por la autoseroterapia integral modificada

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

El 5 de junio de 1928 me fué enviado por mi compañero y amigo el Dr. Luis A. Chavez Velando, el enfermo N.N. de 38 años de edad, artesano, casado, con tres hijos pequeños, el que comenzó a beber aguardiente y otros licores desde 1920, es decir, hacen ocho años.

Desde que principió a beber no dejó de hacerlo ni un sólo día, y los últimos años, a las cuatro de la mañana se despertaba con náuseas intensas y fatiga fuerte que le obligaban a reclamar imperiosamente la ingestión de alcohol para sentirse mejor; fatiga y necesidad que se sucedían durante todo el día, entrando en inacción profunda si tardaba en la absorción del tóxico, necesitando beber cada cierto tiempo, hasta las doce de la noche en que se quedaba dormido con la última copa de licor, para despertarse anheloso y sobresaltado a las cuatro de la mañana, como se acaba de expresar.

Durante las veinticuatro horas ingería, en veces, hasta tres botellas de aguardiente, sin que las amonestaciones de las personas amigas, ni las de sus patrones, ni los ruegos de su desgraciada mujer, ni los llantos de sus chiquillos, ni los variados tratamientos a que se había sometido, le hubiesen impedido dejar de beber *ni un sólo día.*

El empirismo tuvo un gran campo de acción en él, instituyéndole tratamientos a cada cual más extravagantes, como sucede en estos casos, en que la explotación del curanderismo se ceba en sus desgraciadas víctimas.

Ha habido curandero, en el pueblo de Humapalca, que después de hacerle tomar jugos de hierbas y de friccionarle el cuerpo con otras, le prodigaba sendos latigazos que le marcaban el cuerpo; ni con este castigo cruel y brutal dejó de beber.

Demás está decir que iba perdiendo sus empleos de un modo progresivo y entrando en la miseria física y fisiológica a grandes pasos.

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

El 5 de junio tomé su sangre con la que practiqué las operaciones para la que llamo "autoseroterapia integral" introduciendo el concurso del hematíe que hasta hoy había eliminado, practicándole la primera inyección intravenosa el seis de junio, confesando sinceramente mis trepidaciones conjeturales acerca de la eficacia del método; porque, si bien está de acuerdo con mis ideas de autoterapéutica hemática y con los resultados obtenidos en algunas enfermedades infecciosas, el hecho de no amonestar al enfermo, de no sustraerlo de su medio, de dejarlo continuar bebiendo a su albedrío, sin taxativa de ninguna especie, con el poco ascendiente de impedimento de parte de la infeliz mujer y de sus pequeñuelos, sin ingreso a clínica alguna, sin cadenas, ni rejas, ni violencia coactiva, me hacían temer por la poca eficiencia del resultado.

Interdiariamente le ponía una inyección endovenosa de su suero calentado, sin siquiera preguntarle cómo se hallaba, temeroso de que su respuesta me fuese dolorosamente negativa.

A la cuarta inyección, el enfermo alegre y expontáneamente me declaró que ya no vomitaba en las mañanas, que la fatiga de las cuatro de la madrugada no se presentaba sino a las seis y que había disminuído la dosis diaria de alcohol.

Esta hermosa revelación hizo renacer toda mi fé y continuando con las inyecciones interdiarias, a la octava, el enfermo me aseveró que ya no tomaba sino cuatro copas al día; a la décima inyección me afirmó su mujer, que *no había ingerido ni una sóla copa de licor*.

Preguntado sobre la razón por la cual ya no tomaba, me respondió que sus fatigas habían desaparecido, que los vómitos habían cesado y que *no sentía ningún deseo de beber el tóxico*.

Esto pasaba el 26 de junio, cuando debía ponerle la undécima inyección.

Esta afirmación del paciente me produjo verdadero estupor pues se había conseguido sin sugestión, sin opresión alguna, sin medicamentos tóxicos, sin violencias, la desaparición progresiva de la necesidad de ingerir el veneno, sin sufrimientos, ni sacudidas orgánicas de ninguna especie, de *un modo absolutamente natural, cuando en ocho años no había dejado de beber ni un sólo día*.

Apesar de este resultado, he continuado poniéndole inyecciones interdiarias primero,y cada dos o tres días después, a fin de mantener el estado de anorexia tóxica que sostenga su maravillosa curación.

El hombre está contentísimo, verboso y comunicativo; desarrolla ante el que le interroga la odisea de su vida pasada y se siente apto y fuerte para el trabajo, comiendo bien y durmiendo mejor.

En el momento de escribir estas líneas, hacen veintitres días que *no bebe una sóla gota de licor*, habiendo sido tentado el domingo último por un maléfico grupo de tres de sus indignos compañeros de desgracia, quienes le instaban a beber nuevamente, habiendo resistido a l perversa insinuación de aquellos malos amigos con toda entereza y sin necesidad de gran esfuerzo.

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

Continúo de cerca observando al enfermo a fin de no perderlo de vista para seguir el curso de su tratamiento, en conformidad con la evolución posterior de su vida, para atenderla rápidamente si hubiese una o más recidivas, las que atacadas a tiempo deshabituarían fácilmente al indivíduo hasta sanarle por completo y restituírlo a la actividad feliz de las épocas en que no bebía.

Ahora he comenzado a tratar a un *heroinómano*, pues el principio en que se basa la "autoseroterapia integral" es análogo, con variantes de tiempo y de intensidad solamente, con la terapia de los otros tóxicos: nicotina, drogas heróicas, aspirina, etc.

Mis ideas descansan en el hecho de que el antígeno alcohol, como el antígeno microbiano o tóxico, despiertan en el organismo los anticuerpos necesarios para neutralizarlos, sin cuya neutralización el atacado sucumbría; con la "autoseroterapia integral" que en el caso del alcohólico no ha producido reacciones coloidoclásicas aparentes, se fustiga la producción orgánica de una gran cantidad de dichos anticuerpos, los que neutralizando masivamente al tóxico, van apagando en la urdimbre orgánica, los trastornos que determinan la "necesidad patológica del vicio" y como es en la sangre donde se reunen los incontables y desconocidos productos de todos los órganos y tejidos del cuerpo en su aún ignota función, es en aquella línea de fuego donde se libra la gran batalla entre la salud y la enfermedad, en la que busco la "gran ofensiva antitóxica".

Mis trabajos van a continuar en este sentido, trabajo que concuerdan con mis ideas enunciadas desde 1921; más; cualquiera que fuese el resultado de ellos, queda un hecho intangible e imborrable; el haber obtenido el que un inveterado alcohólico que no dejó de beber durante ocho años, ya no bebe desde hace cerca de un mes, por desaparición sucesiva y sin sufrimiento, de la necesidad del tóxico, usando un método que es absolutamente natural y no encierra peligro alguno.

El 4 de agosto al hacer 39 días de que no toma licor y estando poniéndole una inyección de sosten cada 4 días, el enfermo me solicitó que ya no le pusiera otras nuevas, porque se sentía rotundamente curado.

GUIA LASCANO
De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

La Enfermedad de los Andes

(SINDROMES ERITREMICOS)

POR LOS DRS.
CARLOS MONGE, ENRIQUE ENCINAS, CARLOS HERAUD, Y ALBERTO HURTADO

y con la colaboración de los señores

TOMAS ESCAJADILLO, MIGUEL CERVELLI, DANIEL FOSALBA, JOSE LÓPEZ, ANTONIO MOREY, VÍCTOR NÚÑEZ, ENRIQUE RONDÓN y ENRIQUE ROSA MEDINA

RESPIRACIÓN PULMONAR Y TISULAR

APROVISIONAMIENTO Y CONSUMO DE O.— A nivel de los acini pulmonares el aire alveolar se pone en contacto con la sangre de los capilares—respiración pulmonar—operándose un intercambio gaseoso en virtud del cual la sangre se enriquece en O y cede a la atmósfera el CO^2; de otro lado al llegar la sangre arterial a los tejidos se opera un fenómeno análogo por el cual la sangre cede a estos el O y toma de ellos el CO^2 — respiración tisular. Este proceso no está enteramente conocido pudiendo asegurarse que sí los hechos físico-químicos no se nos escapan, en cambio, su interpretación está todavía en un terreno hipotético. Contribuye a ello el desconocimiento de la verdadera naturaleza de las células alveolares y por eso falta un asidero anatómico a cualquier teoría. Sin embargo, es posible que, al hacerse más tarde el estudio histopatológico de las fórmas graves de la Enfermedad de los Andes, se llegue a encontrar morfológicamente el papel que juega la célula alveolar en los fenómenos de hematosis. En la actualidad, aparte de la función histiocitaria de algunas células pulmonares como parte del sistema retículo endotelial, debemos recordar que en los mamíferos los alveolos están tapizados (1): 1° por grandes placas anucleadas muy delgadas; y 2° por pequeñas células nucleadas aisladas o agrupadas; las primeras constituyen elementos altamente diferenciados a través de los cuales se operan los fenómenos de hematosis, las segundas, según los trabajos de POLICARD, formarían un "revestimiento no constituído por células epiteliales sino por células de origen mesenquimático, de histiocitos. El revestimiento alveolar es un endotelio, no un epitelio. El aire se encuentra pues en cavidades huecas excavadas en el seno del tejido conjuntivo" (2).

Hay dos teorías que explican la función respiratoria de la sangre; la de la secreción del O de HALDANE y la de la difusión de O de BARCROFT.

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

La teoría de la secreción fué emitida, primeramente, por el profesor BOHR en 1919 y sustentada después por HALDANE a raíz de su expedición científica a Pike's Peak con experiencias que no han sido comprobadas. Posteriormente la ha revivido en la forma que sigue y que hemos tomado de BARCROFT (3) literalmente para fijar mejor las ideas sobre el particular, ya que entre ambos se discute el problema de la función respiratoria de la sangre.

"Los distintos alveolos pulmonares son ventilados con diferente intensidad: la mayoría bien, mal la minoría; de estos, algunos segregan o son capaces de regresar O. Por consiguiente la sangre que contiene O a muy diferentes tensiones tales como A. B. C. D., etc. y a diferentes saturaciones W. Y. Z., etc., emergiendo de distintas partes del pulmón entra al corazón izquierdo como sangre arterial con una saturación M. que es la media de las saturaciones de W. Y. Z. etc. La tensión resultante será la que corresponde a esta saturación calculada sobre la media de las saturaciones de W.Y.Z. etc. La tensión es diferente de la media de las tensiones A.B.C.D. y aun menor que su media T. La concepción de HALDANE es que si Y es la cantidad obtenida por el método del carmín y M. es la tensión del O en el aire alveolar, en realidad M. será mayor que T. y entonces la teoría de la secreción está probada".

Según un trabajo ya antiguo de DEMOOR de Bruxelles, las células del acini pulmonar pueden aumentar o disminuir de volumen según las variaciones de concentración del medio sanguíneo, asegurando así la regulación osmótica del gasto circulatorio a nivel del pulmón. Por otra parte DUBREIL (citado por BINET), ha demostrado que existen en el pulmón de buey anillos musculares, verdaderos esfínteres arteriolares que pueden aislar determinados lubulillos. Habría, pues, zonas de circulación facultativa regladas por las necesidades del organismo que permitirían aumentar o disminuir el area de hematosis provocando una mejor ventilación pulmonar sin acelerar el ritmo respiratorio. Es evidente que estos estudios dan apoyo morfológico a la teoría de HALDANE y sugieren directivas científicas para nuevos trabajos en este sentido.

Para BARCROFT la hematosis está sometida a las leyes de la difusión:

"Se puede uno imaginar que en el pulmón una superficie considerable de capilares se pone en contacto con el aire alveolar. Conforme la sangre venosa procedente del corazón llega a este nivel toma O puesto que la presión de éste es mayor en el aire alveolar. La presión de O va elevándose por difusión y naturalmente su fijación se hace cada vez más lentamente: en suma cuando la sangre pasa a lo largo del capilar, su presión de O va a ponerse en equilibrio con la del O del aire alveolar sin llegarse jamás a un equilibrio completo, lo que ocurriría solamente si el capilar fuera de una longitud infinita y la sangre permaneciera también un tiempo infinito en contacto de éste".

En suma, se trata exclusivamente de fenómenos de difusión del O a través del epitelio pulmonar a los que es posible aplicar las leyes de difusión de los gases. Llamando P. la presión de O en el

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

aire alveolar; p la presión media del O en el capilar sanguíneo y Q la cantidad de O que se difunde del alveolo a la sangre en un minuto, se tiene:

$$Q = (P - p) K$$

K: constante de difusión, siempre que las propiedades del pulmón no varíen.

"En un caso particular en el cual (P- p) = 1 es evidente que K = Q. El coeficiente de difusión puede ser pues definido como la cantidad de O que difunde a través del pulmón por unidad de diferencia de presión entre el aire alveolar y la sangre capilar o en otros términos, el coeficiente de difusión del O es el cuociente de un quebrado en que el denominador es la diferencia media de presión entre el O alveolar y el O capilar, y el consumo de O por minutos, el numerador".

$$K = \frac{Q}{(P - p)}$$

He aquí los valores obtenidos por BARCROFT en Lima y Cerro de Pasco:

	Lima 500 pies	Cerro de Pasco 14,200 pies
Harrop	25.3	25.4
Bock	27.1	31.8
Barcroft	——	36.0
Binger	34.2	38.3
Doggart	——	42.6
Redfield	38.8	42.9
Forbes	46.8	43.8
Meakns	——	45 6

que como se vé apenas si cambian con la altura. La conclusión a que llegaron los investigadores americanos fué que los menos afectados por el Soroche fueron aquellos cuyo coeficiente de difusión pasaba de 40 y que los residentes americanos que soportaban perfectamente bien la altura presentaban igualmente coeficientes superiores a 40.

Si juzgamos ambas teorías con un espíritu crítico es evidente que una y otra comprenden un buen número de hechos y que tal vez se complementen. Pero lo es también que la célula alveolar debe desempeñar un papel actívisimo en los fenómenos de hematosis y que sólo cuando se le conozca mejor funcional y morfológicamente podrá decirse la última palabra. A esto nos lleva el exámen imparcial de los protocolos de ambos experimentadores En efecto véase los valores obtenidos por la Comisión Anglo-Americana que copiamos a continuación: (4)

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

SATURACION DE LA SANGRE ARTERIAL

Sujeto	Altitud	Saturación	Presión de O en sangre arterial	Presión de O en el aire alveolar
M	500	95%	99	100
M	14,200	91%	58	56
M.Q.	14,200	86%	57	59
P	,,	91%	48	55
M.L.	,,	86%	47	56
C.	,,	87%	55	54
Z	,,	86%	50	51

Desde luego salta a la vista que en los casos M. y C. la tensión de la sangre arterial sea mayor que la del aire alveolar, lo que quiere decir que en seis determinaciones el 33% de los casos no obedecen por lo menos explícitamente a las leyes de la difusión. Es verdad que el error de la experimentación es de 4 milímetros, pero aún así siempre había márgen para aceptar la doctrina modificada de la secreción de O de HALDANE.

De lo anteriormente expuesto se deduce que hay un factor de permeabilidad del pulmón para el O, sea que se trate de las leyes de difusión o que obedezca a la capacidad vital de la célula pulmonar para tomar O y segregarlo. Veamos que observaciones nuestras y ajenas sostienen este modo de pensar.

Los investigadores Anglo-americanos manifiestan que la apreciación de la permeabilidad específica del pulmón dió cifras altas para aquellos miembros de la expedición que sufrieron de Soroche. A este respecto BARCROFT dice textualmente que "la cuestión interesante consiste en estudiar qué influencia determina la vida en las grandes alturas sobre la permeabilidad específica del pulmón. Hay razón para creer que la edad y ciertas peculiaridades de la estructura alveolar alteren la permeabilidad y que no sería raro se encontrase valores considerables en los nativos aclimatados por generaciones a grandes alturas" (5). Es seguro que de haber conocido BARCROFT la existencia de sindromes eritrémicos habría planteado el problema en esta otra forma; que las peculiaridades de la estructura alveolar alteran la permeabilidad y que no sería raro se encontrase valores muy bajos en los individuos desadaptados a la vida en las grandes alturas, que es nuestro modo de pensar. En buenas cuentas vamos a una cuestión funcional pero que tambien debe ser morfológica. Funcionalmente citemos los trabajos de HARROP sobre los gases pulmonares en la Policitemia Vera, quien estudiando enfermos graves de Policitemia y comparando sus cifras con las de sujetos normales ha llegado a la información siguiente: (6)

Sujetos		Permeabilidad	Coefi. de Difu.
17 adultos normales	(Krogh)	7.3.	35.6.
11 ,, ,,	(Barcroft)	7.5.	40.6.
7 policitémicos	(Harrop)	5.1.	23.2.

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

en la que se vé bien claro la disminución de la permeabilidad específica y del coeficiente de difusión en los eritrémicos, lo que seguramente pasa también en los sindromes eritrémicos de altura en sus formas crónicas y graves e igualmente en sus formas agudas (HARROP—Coeficiente de difusión 25.—Soroche) o sea en el Soroche.

HARROP llama justamente la atención sobre la disminución de la permeabilidad específica que puede obedecer: 1° a una disminución del área de superficie de la membrana alveolar o a su engrosamiento o a peculiaridades individuales; 2° a alteraciones en las paredes de los capilares o de las membranas de los glóbulos rojos. A través de estas barreras el O debe penetrar para combinarse con la hemoglobina lo que quiere decir que él acepta una doctrina morfológica para explicarse los transtornos de los eritrémicos.

Por otro lado en la clínica médica encontramos frecuentemente alteraciones de la permeabilidad específica en ciertos tipos de neumonias, en los enfisematosos y en ciertas manifestaciones esclerosas en los capilares del pulmón.

Además solamente la quiebra de la permeabilidad especifica en un momento dado puede explicar los casos de Soroche en ciertos sujetos que viajan constantemente entre Lima y la Sierra sin experimentar trastorno alguno y que en alguna ocasión sufren de Mal de Montañas.

Señor B., empleado fiscal, viaja constantemente pasando por 15,600 pies. Hace dos años, soroche intenso que lo abliga a guarda cama. Posteriormente ha vuelto a subir varias veces sin experimentar malestar alguno

Señor A., Abogado. Viaja constantemente a 14.800 pies de altura 3 o 4 veces al año sin sufrir malestar algunos. Abril de 1927: Soroche que lo obliga a guardar cama a su llegada.

Por último, esa alteración de la permeabilidad alveolar se comprueba con el descubrimiento de graves y variados casos de sindromes eritrémicos que con frecuencia se desarrollan en la edad media entre algunos de los cuales hay un vínculo familiar o hereditario y que mejoran cuando se les lleva a una altura menos considerable permitiéndoles volver a vivir en los sitios elevados en mejores condiciones que antes, durante algún tiempo. Queremos hacer nuestra en lo que se refiere a la Enfermedad de los Andes una de las conclusiones de HARROP: "El desarrollo insidioso y lento del sindrome, los antecedentes seguramente muy largos del policitémico, la tendencia familiar de ciertos casos, y la aparición de la enfermedad en la edad madura son factores orientados en el sentido de los efectos acumulativos de una falla que viene de muy atrás o que envuelve una herencia fisiológica".

SATURACION EN O DE LA SANGRE ARTERIAL.—Encontramos en los trabajos de la Comisión Anglo-Americana las cifras siguientes:

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

SATURACION ARTERIAL EN O

Nombre	0 pies	14.200 pies	Condición	Fecha
Meakins	95%			7— I—1922
,,		83%	Reposo	25—XII —21
Meakins		91%	Reposo	9— I —21
Redfield	97%		Reposo	18—XII —21
		87.5%	Reposo	7— I —21
		90.5%	Trabajo	7— I —22
Binger		84. %	Reposo	27—XII —21
Bock		83,5%	Reposo	19—XII —21
Harrop		82. %	Reposo	30—XII —21
Mc. Queen		86. %	Reposo	30—XII —21
Philpots		91. %	Reposo	,,
M. Lunghlan		86. %	Reposo	,,
Cubertson		87. %	Reposo	,,
Zelada		86. %	Reposo	,,
Villareal		82.5%	Reposo	,,
Baracoyle		82.3%	Reposo	,,

En este cuadro están comprendidos tres grupos: El primero formado por miembros de la expedición cuyas saturaciones caen por debajo del 90% a 14.200 pies de altura, siendo así que la media de saturación a nivel del mar se encontraba entre 95 y 97% Algunos de ellos sufren una pérdida que llega casi al 12%. El segundo grupo está formado por residentes cuyas saturaciones en general son mejores que las de los miembros de la expedición, pero siempre por debajo del 90%. El tercer grupo, constituído por nativos es el que presenta una saturación arterial menor no obstante hacer una vida enteramente normal, Estas constataciones son de una enorme importancia por ser las primeras que se llevan a cabo en localidades habitadas. Con todo, es indudable que estos trabajos exigen nuevos estudios para resolver definitivamente el grado de saturación arterial en que se vive en las altiplanicies.

Veamos nuestros resultados.

SATURACION EN O DE LA SANGRE ARTERIAL Y VENOSA

Nombre	Altura	Sat. O sang. arterial	Sat. O sang. venosa	Fecha
Hurtado	12,200	97.04		Julio 27
,,	,,		75.87	Abr. 4.27
Aguirre		88.46		
Juan de Dios	,,	88.47		Julio 27
Baldeón	,,	93.99		,,
Galarza	,,	93.27		,,
Navarro	,,	92.27		,,

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

Alarcón	12,200	91.57		Julio 27
Atmann	,,	84.09		,,
Huancaya	,,	56.13		,,
Huancaya	,,		45.78	,,
Devotto	500	81.57		Oct. 27
Devotto	500		54.	Abril 4
Devotto	12,200		27.	Abril 12

En esta tabla se considera cuatro grupos. El primero comprende únicamente a Hurtado cuya constitución atlética, la facilidad con que se dedicaba a toda clase de deportes y la intensidad de trabajo mental que rendía lo ponían en condiciones ideales para unidad de medida. Demás es decir que estuvo perfectamente adaptado en todo momento. Acusa una enorme capacidad de saturación igual enteramente a la que se presenta al nivel del mar, 97% y a expensas de la cual hace una vida de tanta o mayor intensidad que en la costa. Debe advertirse que es la tercera vez que sube a esa altura en un lapso de tiempo de 3 meses.

En el segundo grupo, consideramos cinco soldados de 19 a 22 años de edad debidamente seleccionados para ingresar en el ejército, sometidos a las fatigas de la altura que soportaban perfectamente, oriundos de lugares comprendidos entre 2,000 y 4,000 metros sobre el nivel del mar y con una permanencia en la Oroya de 2 a 3 meses. La mayor saturación ha sido de 93% y la menor de 88%, aproximadamente 90%, cifras bastante comparables a las del grupo de anglosajones residentes, considerados anteriormente.

En el tercer grupo consideramos dos nativos de Oroya con residencia de toda su vida, pertenecientes a aquella raza que habita las altiplanicies andinas, para la que ninguna distancia es lejana y cuyos individuos hacen largos viajes a pie en las serranías, siendo proverbial que lleguen antes que los que viajan en cabalgadura. La saturación de este grupo es bastante baja, apenas de 84% y comparable también a las cifras obtenidas en la expedición anglo-americana al Cerro de Pasco.

Por último, en el cuarto grupo consideramos dos casos: el de Huancaya y el de Devotto atacados los dos de Policitemia vera en su forma más grave.

Huancaya acusa una saturación arterial de 56% casi la mitad de la saturación normal al nivel del mar. No es de extrañarse, pues, que este individuo viviera en un estado de asfixia permanente, en ocasiones con pérdidas del conocimiento y que solicitara asistencia empírica sangrándose para mejorar.

El caso de Devotto, eritrémico grave, compensado por una permanencia en la costa de dos años donde fué tratado con radioterapia, es singularmente instructivo. En el mes de abril viajó con nosotros a Morococha (14,800 pies) y quedó residiendo allí no obstante nuestras amonestaciones para bajar a la capital. En el mes de octubre fué traído de urgencia a Lima en las más graves condiciones, sin conocimiento, de un color violado casi negro, exactamente en las condiciones de un sujeto en asfixia grave. A las 24 horas de su llegada, cianótico todavía, pero ya no con la intensidad de la víspe-

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

ra, presentaba una saturación arterial de 81%, que seguramente mejoró en los días sucesivos, pues una semana después lo presentamos en una sesión de la Facultad de Medicina ante los Delegados de la VI Conferencia Sanitaria Pan-Americana, a donde fué con sus propios pasos. (7)

Es de presumir que los enfermos con síndromes eritrémicos menos graves, presenten saturaciones no tan bajas como las de Huancaya, pero sí seguramente inferiores a la cifra de 84% que parece ser normal pra los nativos aclimatados. Por desgracia no nos ha sido posible estudiar este punto con mayor amplitud.

En resúmen, parece demostrado por la contemplación de las cifras anteriores que los nativos aclimatados presentan una saturación inferior a la del nivel del mar. pero que les basta ampliamente para subvenir a sus necesidades biológicas. Los residentes aclimatados ofrecen una saturación más alta, inferior a la de la costa, 90%. Es posible que los viajes frecuentes a la sierra levanten la saturación a un nivel igual a la de la costa. Por último los enfermos graves de enfermedad de los Andes acusan saturaciones casi incompatibles con la vida. Se hace necesario proseguir estas investigaciones para establecer la gama de la saturación de O de la sangre arterial, partiendo del nativo aclimatado para llegar a las formas graves de eritremia.

Si medimos ahora el aprovechamiento del O por su diferencia entre la sangre arterial y venosa, vamos a encontrar datos reveladores de los profundos trastornos que ocurren en la intimidad de los tejidos.

SATURACION EN O DE LA SANGRE VENOSA.

Nombre	Alt. 500 pies	Alt. 12,200	14,800	Condición
Cervelli	54%	45%		Adaptado
Morey	55%	49%		Adaptado
Rosa Medina		41%	54%	Adaptado
Núñez	41%		47%	Adaptado
Hurtado	75%			
Encinas	70%	35%		Bien
Monge	55%	38%		Bien
Fosalba		27%		Soroche
Devotto	54%	27%		Eritrémico Soroche

En esta tabla puede verse, en el primer grupo que la saturación venosa es bastante elevada y se eleva más en Rosa Medina y Núñez a raíz de una ascensión de 2,600 pies, como un esfuerzo del organismo para levantar la tensión capilar de O. En segundo lugar, en el grupo subsiguiente consideramos a Encinas y Monge que ofrecen una saturación venosa baja, que se encuentran bien, pero de los cuales Encínas tuvo Soroche y Monge lo evitó por el reposo ab-

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

soluto en que hizo el viaje. Por último en el tercer grupo se obtienen las cifras más bajas, 27% Fosalba ha tenido la forma más seria de soroche y Devotto es un policitémico compensado que viaja con nosotros voluntariamente para estudiar los cambios que experimenta. No podemos sacar mayores deducciones a estas cifras, pero es incuestionable que ellas guardan una marcada relación con el estado de salud de los miembros de la expedición. Es posible que en esos últimos su saturación arterial haya sido pobre también, pero desgraciadamente la abundancia de labor no nos permitió estudiarla en todo el personal sino en los 11 casos de que hemos dado cuenta en la tabla anterior.

Con todo hay algunos hechos más que merecen llamar la atención. Efectivamente estudiemos las saturaciones venosas siguientes:

Torres	30%	Quintana	30%	Tiburcio	31%
Gamarra	27%	Damasio	24%	Aguirre	24%
Cáceres	43%	Dumovitch	68%	Rivero	35%
Jara	37%	Ordaya	46%		

El primer grupo corresponde a nativos normales. El segundo a individuos desadaptados, unos eritrémicos y otros no aclimatados. Pues bien, es de notar que en el primer grupo las saturaciones son bajas, mientras que en el segundo más bien son elevadas. Hay que convenir pues en que en la altura hay un cambio en el poder de fijación, del O en los tejidos, en el cual quizás encuentre el secreto de la adaptación o de su pérdida. Hace excepción en este cuadro el soldado Martel, quien ofrece una saturación venosa de 61%, y que no podríamos explicar.

Como quiera que sea es preciso, desde ahora, llamar la atención sobre las modificaciones que seguramente se han de producir a nivel de los tejidos para el aprovechamiento del O, pues éste no les llega como en la Costa sino con una tensión más elevada, consecuencia del incremento del pH. Entonces es de presumir se operen algunas reacciones tisulares desconocidas hasta ahora y que quizá constituyan el fondo de la aclimatación para hacer ese O aprovechable, ya que en los alveolos pulmonares la disminución de la concentración iónica es beneficiosa para los efectos de fijar mejor el O, pero en los tejidos la hemoglobina no lo cede con la misma facilidad que en la Costa con un pH. menos alcalino.

Estos datos que parecen en contradicción con los anteriores, acaso si reciban más tarde una mejor explicación por las diferencias biológicas que debe haber entre el proceso de la adaptación, el de la aclimatación y el de la desadaptación.

Ahora bien, correlacionando las cifras de hemoglobina con las de las saturaciones arteriales y venosas y descontando 0.07% de O gastado en los tejidos o sea el 38% de la tensión de O en 1 c. c. de sangre con 100% de Hemoglobina, que es el consumo normal,

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

nos ha sido posible construir, incorporando los datos hipotécicos que considera BARCROFT, el cuadro siguiente:

CONSUMO DE O POR LOS TEJIDOS EN LAS GRANDES ALTURAS
SUJETOS NORMALES Y ERITREMICOS

Nº.	Hem.	Saturación arterial	Tensión	O. de 1 cc sang.	O. gastado	%	O. Saturación venosa	Tensión	Nombre	Altura
1	100	96%	110mm	0.1855	0.07	38	58%	37mm	Normal	500
2	150	83%	53	0.278	0.07	25	58	37	Normal	14.000
3	100	83	53	0.185	0.07	38	45	31	Hipotético	14.000
4	117	88	65	0.216	0.07	32	56	35	Aguirre	12.200
5	108	84	44	0.200	0.07	35	49	33	Alarcon	12.200
6	134	83	..	0.247	0.07	27	55	35.5	Baracoyle	14.200
7	109	97	100	0.200	0.07	38	62	38	Hurtado	12.200
8	178	56	35	0.329	0.07	21	35	25	Huancaya	12.200
9	178	56	35	0.329	0.036	11	45	31	Huancaya	12.200
10	105	81	52	0.194	0.07	36	45	31	Devotto	12.200
11	...	..	..	.....	....	..	54	35	Devotto	12.200

I corresponde a un sujeto normal a nivel del mar, cuyos tejidos toman 0.07 de O de 1 c.c. de sangre que contiene 0.185 de O a una saturación arterial de 96% y con 100% de hemoglobina. Restando el O consumido en los tejidos del O arterial, se obtiene la saturación venosa que corresponde a una tensión de O venosa de 37 mm., cifra normal, con la cual un individuo vive a nivel del mar, satisfaciendo las necesidades de su metabolismo.

En 2 se deja ver que el aumento de hemoglobina real a 14,000 pies de elevación, permite que el c.c. de sangre tenga más O lo que da lugar a que la saturación de la sangre venosa pueda ser también de 37 m.m., factor aproximadamente mínimo que permite suponer que la hemoglobina en la intimidad de los capilares lleva la tensión necesaria y suficiente para que los tejidos la aprovechen.

Si la hemoglobina no hubiera aumentado a 150 sino que hubiera quedado en 100 la tensión capilar habría sido solamente de 31 (BARCROFT) impropia evidentemente para las necesidad metabólicas. Esto puede verse en el caso 3, hipotético (BARCROFT).

En 4 citamos el caso de Aguirre, soldado aclimatado, en quien no obstante una saturación baja de O en la sangre arterial de 88% a expensas de la hemoglobina que sube a 117 alcanza una saturación venosa de 56, equivalente a 36 mm.

En 5 consideramos el caso de un nativo, en que la saturación venosa en O llega a una tensión de 33 mm.

Obsérvese, pues, que en el caso del nativo y del residente perfectamente adaptado, la tensión venosa en O no llega a la cifra de 37 como ocurre en la costa; siendo la tensión de O capilar el reflejo de la tensión venosa, parece evidente que en las grandes alturas el

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

organismo se acomode a vivir dentro de cifras de tensión en O mucho más bajas. Abona este modo de pensar los cálculos que hemos hechos con las cifras del profesor BARCROFT, uno de cuyos casos, Baracoyle, 6, presenta una saturación venosa de 55% equivalente a 35 mm. de presión.

El caso 7 es el de Hurtado, que viajó tres veces a la Oroya en un lapso de tiempo de 90 días y acusa cifras semejantes a las de la costa. Parece que en el proceso de aclimatación la saturación arterial en O se mantiene alta en los casos de individuos que se adaptan fácilmente.

Comparemos ahora estas cifras con las de nuestros eritrémicos graves.

En 8 el enfermo tiene 178% de hemoglobina, pero apenas dispone de una miserable saturación de 56% en la sangre arterial, equivalente a 35 m.m. de presión; es decir, que no obstante la enorme cantidad de hemoglobina que almacena cada c.c. de sangre, su tensión en O arterial no llega ni siquiera a la tensión en O de la sangre venosa a nivel del mar. Si los tejidos tomaran 0.07 de cada c.c de sangre o sea el 21% la sangre venosa tendría una saturación de 35 equivalente aproximadamente a 25 m.m., y no es concebible que fuera posible la vida en esas condiciones.

(En circunstancias que el que estas líneas escribe daba una Conferencia entre los delegados de la VI Conferencia Sanitaria Pan-Americana, uno de ellos, conocedor profundo de la materia de que se trataba, discutiendo las cifras expuestas objetaba en esta forma: con esas cifras de viscosidad sanguínea, de saturación, etc., no se puede vivir. A lo que respondimos leyendo los protocolos: Hematocrito 94%.—Imposible obtener suero para la reacción de Van de Bergh, diciendo en seguida: efectivamente no es así como viven, es así como mueren).

Pero ahora bien, aun en esas circunstancias el organismo se defiende no atendiendo a sus requerimientos en O. En la línea 9 expresamos la saturación venosa, no por cálculo, sino realmente obtenida al mismo tiempo que se hacía el estudio de O en la sangre arterial. Se ve allí que su saturación venosa es de 45, equivalente a 31 mm. de presión, para dar margen asi a que la tensión capilar sea aprovechada en los tejidos. Pero como se comprende correlacionando la tensión arterial en O, se verá que los tejidos han tomado solamente 0.036 de O, esto es la mitad de la cifra normal. Se comprende, pues, que Huancaya viva en un estado permanente de asfixia.

En el caso 10, Devotto, que baja de urgencia de Morococha, 14,800 pies, en estado comatoso y con asfixia, la saturación arterial del O es de 81%, 36 horas después de haber abandonado Morococha y ya en Lima (500 pies.) Puede verse ahí que su tensión venosa apenas llega a 31 mm. muy por debajo de 35 que fué el valor obtenido en Lima anteriormente, con que vivía en bastante buenas condiciones después de dos años de tratamiento de su eritremia con radioterapia al bazo.

En resumen, todo hace creer que los nativos además de vivir como lo hemos visto anteriormente con saturaciones muy bajas de 84% en la sangre arterial, presentan también una saturación redu-

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

cida, quizás proporcionalmente, en la sangre venosa, que les permite una tensión capilar y seguramente tisular inferior a 33 o 35 mm., mientras que a nivel del mar esa cifra debe ser más alta, de 37 mm. de tensión venosa.

Efectivamente, si nos referimos a las tensiones venosas que hemos encontrado en nativos y residentes aclimatados, encontramos que con excepción de Martel que presenta una tensión de 38 mm., todo los demás acusan cifras por debajo de 30 mm. de presión. En cambio los inadaptados o eritremicos ofrecen tensiones más altas. A primera vista parece que hubiera en estas afirmaciones alguna incongruencia; pero no debe tomarse así, porque otro tanto ocurre, como veremos después, con el Metabolismo básico que se mantiene dentro de cifras normales en los aclimatados, es menor de lo normal en los desadaptados o ligeramente eritrémicos y en cambio en los policitémicos graves alcanza valores considerables. En realidad hay un paralelismo sugerente entre ambas cosas. No podríamos decir la última palabra.

LA PRODUCCIÓN Y ELIMINACIÓN DEL CO^2 EN LA ECONOMÍA.

Nuestros estudios sobre la determinación del CO^2 total en la sangre, han sido llevados a cabo por el doctor Hurtado, con el aparato de VAN SLYKE, tomando al individuo en condiciones de metabolismo básico. Lo mismo hicimos con el pH que determinábamos al mismo tiempo para obtener cifras rigurosamente comparables.

Anhídrido carbónico total

		Lima (500 p.)	Oroya (12 000 p.)	Morococha (14.400 p).
Normales	Encinas	52.3		36.12
,,	Cervelli	56.		
,,	Morey	51.		
,,	Fosalba	54.1	38.3	
,,	Monge	55.9	40.	
,,	Rondón	52.1	32.3	
Eritrémico	Devoto	42.8	36.1	
,,	Rivero		37.6	
,,	Cáceres		34.4	
Aclimatados	Alarcón		30.9	
,,	Martel		32.3	

Se observa inmediatamente que los valores de CO^2 total bajan en la altura de una manera general. Los inferiores corresponden a Fosalba, que tuvo soroche y cuyo examen fué practicado al día siguiente de llegar a 12.200 pies, y los de Alarcón y Martel, uno nativo y otro residente oriundo de Huánuco (2,500 p.) Anotamos esta circunstancia por ser frecuente encontrar valores paralelos entre los nativos y los atacados de Soroche.

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

Análoga disminución se observa en los valores de CO^2 alveolar. Así BARCROFT (8) y sus colaboradores señalan estas cifras:

Anhídrido carbónico en presión

	O pies	Cerro de Pasco (14.200)
M	40.4	26
R	37	23
B	40.5	29.4
Bo	38.	29.1
H	40	29.1

Nosotros no hemos determinado sino por el cálculo el *p.* y conforme a ello podemos señalar los siguientes valores:

Anhídrido carbónico libre

	Lima (500 p.)	Oroya (12.000 p.)
Encinas	37.3	
Cervelli	39.76	
Morey	36.21	
Fosalba	38.41	25.2
Monge	39.69	
Rondón	36.99	26.
Alarcón		24.47
Martel		22.93
Rivero	33.89	28.59
Devotto		29.77
Cáceres		26.78

Es evidente que de no producirse esta caída paralela del *p.* y del CO^2 total, no se mantendría el equilibrio ácido-básico de la sangre. Como es natural, esta disminución debe atribuirse al aumento de la ventilación pulmonar que ha sido señalada por todos los investigadores. A expensas de este aumento, el organismo fija más O y elimina mayor cantidad de CO^2. Efectivamente, he aquí los valores señalados por BARCROFT (8) y colaboradores, cuya media hemos calculado:

	CO^2 alveolar	O alveolar
Miembros	27 mm.	53.5 mm.
Residentes	26 mm.	54.3 mm.
Nativos	28 mm.	50.7 mm.

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

Nuestros valores más bajos de *p* corresponden, como en el caso anterior, a los dos mejor aclimatados.

Lo que se debe hacer notar particularmente es que no obstante el hecho de que la disminución del CO^2 total tenga aparentemente un objetivo de mecanismo compensador para restablecer la normalidad del pH, hay o, por lo menos, debe haber en esa disminución un factor intrínseco que haya de repercutir sobre la economía. Comprendemos facilmente que en un momento de hiperventilación pulmonar como a raiz de un baño, la caída de CO^2 tenga la significación de un mecanismo de emergencia, pero debemos comprender también que, cuando CO^2 de una manera estable sólo representa el 65% del valor que tiene a 0.m. de altura sobre el nivel del mar, haya que darle un papel de más importancia que el que se le concede hasta este momento en el proceso de aclimatación.

Efectivamente, si nos referimos al diagrama de HAGGARD y HENDERSON, es incuestionable que la situación del hombre en las alturas corresponde al sector IV de déficit de álcali compensado, sobre la cual expondremos nuestras ideas con más extensión en un capítulo posterior. Anotemos sin embargo desde ahora que el esfuerzo hace variar violentamente la concentración iónica en la altura y que entonces es explicable el coma que sobreviene en el soroche y en las crisis graves de los policitémicos, si bruscamente se desvía el pH al sector III del diagrama. En suma, no debe darse a la disminución del CO^2 únicamente un mero papel de juego de tampones, si no ha de buscarse la significación que haya de tener en el proceso biológico de la aclimatación y que por el momento no sabemos cuál es.

ERITROSIS.—CIANOSIS.—Todos están conformes en admitir que en las primeras horas del ascenso hay un marcado tinte azul de los labios y de las úñas, por lo menos mientras la compensación no se hace. Una vez que el sujeto se adapta relativamente por lo menos y en estado de reposo, el tinte se hace más claro acompañándose siempre de un fondo púrpura encendido que se ve mejor en los días posteriores. En este momento la coloración de la piel recuerda bastante bien el rostro iluminado del primer período de la eritremia. Pero el menor esfuerzo hace aparecer súbitamente el tinte comparable al del enfisematoso que se esfuerza. Pero debe advertirse que en ocasiones, cuando el sujeto sufre de soroche hay una primera etapa de palidez con cianosis de los labios y uñas, a la que después va a suceder la coloración violácea casi negra del sujeto gravemente asorochado, únicamente comparable a la misma coloración del eritrémico grave, comatoso, preagónico. Por lo demás, la punción arterial dá salida a una sangre oscura que recuerda la sangre venosa. En el sujeto desadaptado y en los graves eritrémicos, su coloración es enteramente negra. Es entendido que esto se refiere a individuos de raza balnca, pero tratándose de nuestros pobladores, en que la coloración trigueña de la piel domina, debe hablarse en otros términos. En general, en los pobladores de la región de Oroya y Cerro de Pasco, en que la raza indígena está mezclada con la raza blanca, se nota los mismos cambios de coloración

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

pero con matices menos marcados, ya que la pigmentación melánica oscurece enteramente el aspecto cianótico o rosáceo que presentan los sujetos en la altura. Pero tratándose de pobladores autóctonos de las altiplanicies del Perú, sin mezcla con la raza blanca, su coloración normal es bruno rojiza sin observarse el aspecto cianótico o iluminado de los blancos, apareciendo después de un trabajo físico intensísimo, un aspecto congestivo de la cara que se marca en los capilares de las conjuntivas oculares y aún en los de la piel y que se diferencia del aspecto del sujeto que al nivel del mar hace un esfuerzo parecido solamente por la impregnación melánica del aborígen peruano.

Es evidente que la cianosis tan bien marcada en las formas graves de Enfermedad de los Andes, en los atacados de Soroche grave, en los recién llegados sometidos a cualquier esfuerzo, y en general menos marcada en los sujetos que viven en la altura, es función de la imperfecta saturación en O de la sangre arterial. Ya hemos visto anteriormente que para los nativos apenas si llega 84%.

Barcroft dice a este respecto que, por una paradoja interesante, a causa del aumento de hemoglobina tan considerable, y no obstante el hecho de que los individuos más o menos sufren de la falta de O, sin embargo hay más O en cada cc. de sangre en el Cerro que a nivel del mar en la mayor parte de los casos.

Sin duda alguna, el ejercicio muscular gastando O a mayor velocidad que la de aprovisionamiento del aire alveolar, aumenta la cianosis y en efecto se ve que esto ocurre a cada instante. Como se verá en otro lugar al estudiar la concentración iónica de la sangre un esfuerzo muscular (caso Morey) que en la Costa apenas si hubiera producido un ligero grado de fatiga, determinó una cianosis marcada con coloración violácea negruzca de los tegumentos y síntomas graves de Soroche que acusan evidentemente la caída de la saturación arterial y el aumento del CO^2 en la sangre. De otro lado es fácil ver cómo la administración de O, aumentando la saturación sanguínea devuelve al individuo su primitivo color del nivel del mar.

En suma, diremos que en el hombre de la altura, se encuentra, cuando está aclimatado, una marcada coloración eritrósica con tendencia a la cianosis luego que está sometido al ejercicio. La coloración del eritrémico es función de policitemia o de falta de saturación. El hombre atacado de soroche es marcadamente cianótico, tirando al negro en las formas graves. El eritrémico grave cuya saturación arterial en O es miserable, es más cianótico y va al negro azulado en sus crisis agudas, cuando no obstante la policitemia, la saturación se vuelve más insignificante todavía. En el color, pues, del hombre de las altiplanicies influyen dos factores: policitemia y saturación sanguínea. Toda causa que cambie su equivalencia normal para la altura, ocasiona un cambio de coloración. Por eso, el día del descenso el color es encendido rojizo por la policitemia con una hemoglobina saturada. En unos cuantos días el color regresa a lo normal.

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

Bibliografia

(1) — Binet. — Remarques physiologiques sur le poumon. Jour. Med. Francais. Julio. 1927.

(2) — A. Policard.— Bull. d'Histologie appliqué a la Physiologie et a la Pathologie. Set. Oct. 1926.

(3) — Barcroft.—The respiratory function of the Blood. Cambridge 1925. Pág. 61.

(4) — Barcroft y sus asociados. — Observations upon the effect of altitude on the physiological processes of the human body, carried out in the Peruvian Andes, chiefly at Cerro de Pasco. Vol. 211. Pág. 362.

(5) — Id. id. pág. 450.

(6) — Harop and Health — Pulmonary gas difusion in Policytemia vera. Jour. of Clin. Invens. Abril 1927.

(7) — Actas de la facultad de medicina. — La Enfermedad de los Andes.

(8) — Barcroft y sus asociados. — Id. id. Pág. 370.

(9) — Douglas, Haldane, Henderson and Schender.—Phi. Trans. of the Royal Society of London. Vol. 203.

Prensa Médica Francesa

SOCIETE DE CHIRURGIENS DE PARIS

Sesion del 15 de Junio de 1928

FRACTURA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DEL HUMERO COMPLICADA CON LUXACION DEL HOMBRO— Sejournet las divide en: 1° fracturas del cuello anatómico con luxación de la cabeza humeral, que no son verdaderas luxaciones del hombro; 2° fracturas de la gran tuberosidad con luxación del hombro; 3° fracturas de la extremidad superior del húmero con luxación de hombro; en esta variedad, la luxación es fácil de reducir cuando puede encajar y en cambio cuando es irreductible, es necesario intervenir quirúrgicamente.

FRACTURA DEL CUELLO ANATOMICO DEL HUMERO Y LUXACION DE LA CABEZA HUMERAL.—Bressot (de Constantine) comunica una observación según la cual después de tentativas infructuosas de reducción hizo la resección quirúrgica de la cabeza. Buen resultado funcional

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

A PROPOSITO DE LA CIRUGIA REPARADORA.— Treves recuerda que está actualmente demostrado que en los injertos oseos el periostio tiene un papel osteogénico nulo. Constituye solamente un soporte para las células oseas subyacentes, que sirven para la regeneración y después se reabsorbe y desaparece.

LA VIA DE ACCESO ANTERIOR SOBRE LA ARTICULACION DE LA CADERA.— Dupuy de Frenelle relata el procedimiento personal que él emplea. Ha utilizado la vía anterior en los casos siguientes: cadera movediza y paralítica; reducción de una luxación congénita; osteosíntesis por fractura del cuello femoral; injerto de una pseudoartrosis del cuello del femur; artroplastia de una anquilosis de la cadera.

EMBARAZO Y FIBROMA ESFACELADO. — Duchet Suchaux (de Vesoul). Intervención practicada por fibroma en vías de esfacelo en el quinto mes de un embarazo. El autor practicó primero una miomectomía, pero la imposibilidad de detener completamente la hemorragia le obligó a realizar una histerectomía. Curación.

LAS FRACTURAS ARTICULARES TEMPOROMAXILARES CERRADAS.—Dufourmontel expone la historia de estas fracturas frecuentes y a veces desapercibidas. Describe tres variedades anatomopatológicas, según la dirección del choque sobre el maxilar inferior. Los síntomas son a veces poco diferentes, sea la fractura uni o bilateral. El pronóstico es más grave en el niño porque la anquilosis es frecuente; en el adulto la anquilosis, no es de temer, mas queda un entorpecimiento en la masticación por trastorno de la articulación dentaria. De aquí resultan indicaciones terapéuticas diferentes.

UN CASO DE QUISTE WOLFFIANO MULTILOCULAR DE MAS DE NUEVE KILOS.—Muller (de Bedfort). Desarrollo rápido del quiste. Ablación. Curación de la enferma. El quiste comprendía cuatro bolsas que contenían líquido albuminoso y cuyas cavidades estaban tapizadas de células caliciformes.

RETROFLEXION BRUSCA Y ENGLOBAMIENTO TOTAL DE UN UTERO FIBROMATOSO EN EL DOUGLAS. SINTOMATOLOGIA AGUDA. GANGRENA.— Thevenard comunica un caso de esta complicación muy rara de los fibromas, aparecido en una mujer de 30 años.

No ha encontrado más que un sola observación publicada. Histerectomía total: Mikulicz; curación. El autor insiste en lo referente al carácter agudo de los accidentes.

LA SUSPENSION DEL CUELLO EN LA HISTERECTOMIA SUBTOTAL, COMO MEDIO DE TRATAMIENTO PREVENTIVO O COMPLEMENTARIO EN LOS PROLAPSOS GENITALES. —Hautefort expone la técnica que él emplea. Se sirve de

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

los ligamentos redondos que incluye en el muñon del cuello, con el fin de suspender en el punto más elevado posible y de modificar su dirección para que su eje no se confunda con el eje de la vagina. Según los casos, practica la suspensión por ligamentopexia intrabdominal, o si la vagina, muy alargada, le permite llegar hasta ahí, la ligamentopexia transparietal a través de los músculos rectos y de su aponeurosis.

APENDICITIS AGUDA APARECIDA UN MES DESPUES DE UNA GASTROENTEROSTOMIA POR ULCUS DUODENAL. — Pauchet y Luquet comunica esta observación que terminó por curación. Insisten en la neceidad de completar la operación sobre el duodeno o la vesícula biliar por una ablación del apéndice

Prensa Médica Española

LAS ULCERAS EN LOS OJOS DE LOS SEGADORES por el Dr. Germán Beritenes. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, Madrid, junio, 1928.)

La época de la siega es para el médico época de preocupación por los accidentes que en los ojos de los cegadores se presentan y que conducen a un final catastrófico, a pesar del mejor tratamiento establecido, llamando la atención el hecho de que las heridas producidas por las espigas, unas veces se curan con gran facilidad, y otras no ceden ante una terapéutica enérgica y bien dirigida.

La atención de las heridas inmediatamente después del accidente permite luchar con ventaja, según el autor, lo que no entraña pronóstico favorable, porque muchas veces, la herida se agranda en extensión y profundidad, se infiltra la cornea y la iritis hace su aparición, acompañada o no del hipopion, con todo el cortejo de síntomas indicadores de una situación extraordinariamente grave.

El autor cree que se impone, desde el principio, los lavados calientes de oxicianuro de mercurio al uno por cinco mil, con párpado invertido, procurando, con ayuda de la fluoresceina, poner de manifiesto la úlcera y cauterizarla con nitrato de plata al tres por ciento, cauterización que debe ser hecha con cuidado y que está contraindicada cuando la profundidad de la úlcera haga temer una perforación. El Dr. Beritenes aconseja, además, el empleo del calor húmedo que hará el enfermo en casa, condicionando las instilaciones de atropina o eserina al estado del ojo. La antisepsia, cuando haya conjuntivitis, la realiza con las pomadas de Oftalmer Nicolich.

Termina su trabajo el Dr. Beritenes insistiendo en la obligación que está el médico de divulgar la imprescindible necesidad de proteger los ojos del cegador con gafas cerradas por todas partes. —Dr. E. E. A.

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

DIATESIS EXUDATIVA, ESPECIALMENTE DEL LACTANTE por el Dr. Amador Toledano (*Paidoterapia*, Barcelona Junio 1928).

Esta anomalía constitucional congénita, y considerada por algunos como enfermedad hereditaria, le merece interesante revisión al autor, quien demuestra, estudiando su patogenia, que la diátesis exudativa no es una enfermedad congénita sino adquirida. Las perturbaciones intestinales en un terreno preparado por la herencia, son el factor predisponente y determinante más dignos de tenerse en cuenta, especialmente en el lactante, período de la vida del niño de mayor actividad y de mayor crecimiento. La alimentación lactea exclusiva o preponderante es motivo ocasional digno de tenerse en cuenta.

El Dr. Toledano declara que la proteinoterapia no le ha dado resultado en el tratamiento de la diátesis exudativa, encontrando la autohemoterapia más eficaz, si bien no de acción duradera. En cambio, reglamentar la alimentación y regularizar bien las funciones digestivas del niño, en unión del tratamiento cutáneo, en relación con la localización y fase del eczema, la considera como lo mejor.— Dr. E. E. A.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL KALA-AZAR INFANTIL por el Dr. Benavente García (*Paidoterapia*, Barcelona junio, 1928).

En un interesante trabajo que recoge ardua y minuciosa labor el Dr. Benavente García ofrece el proceso evolutivo del kala-azar infantil, desde el punto de vista hematológico.

Distingue varios periodos, según el tipo de la fórmula leucocitaria hallada, y aunque no puede establecerse solución de continuidad entre cada una de ellas, pueden apreciarse tres momentos suficientemente caracterizados.

Un primer periodo de hiperplasia sencilla, ortoplastica de la medu'a osea, mas o menos ligeramente modificada por la reacción linfoidea. Se caracteriza por la aparición de elementos inmaduros de la serie granulosa, por la linfocitosis relativa, por la ausencia o la escasa presencia de las alteraciones de la serie roja, por la ausencia de formas patológicas. Todas estas alteraciones se hacen mas intensas a medida que nos aproximamos al segundo periodo.

El segundo periodo de hiperplasia metaplástica, se caracteriza por la aparición de células indiferenciadas (hemocitoblastos), de células patológicas, y de intensa reación eritroblástica (megaloblastos). La linfocitósis se encuentra enmarcada por esta tumultosa proliferación. Los puntos de contacto de estas formas con las leucemias son evidentes, y si se trata de enfermos predispuestos, la evolución posterior del proceso es la de las leucemias mieloides.

En el tercer periodo, dice el autor, hay hipoplasia y consecutivamente aplasia total, desapareciendo de la circulación todos los signos de regeneración globular. Solamente persiste algún metamielocito y algún hematie nucleado. — Dr. E. E. A.

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

VAGOTONIA Y SIMPATICOTONIA EN LOS NIÑOS ANORMALES por el Dr. César Juarros (*La Medicina Ibera*, Madrid julio, 1928).

El autor ofrece aqui los resultados de la exploración del sistema vegetativo de cuantos niños estimó apropiados, entre el crecido contingente de los que acuden al servicio público de Psiquiatria infantil de la Escuela Central de Anormales de Madrid.

El primer dato obtenido de su estudio es el de que en los niños anormales predomina la vagotonía. De su análisis cabe deducir la frecuencia con que el estado vagotónico, se presenta en los heredoluéticos.

La simpaticotonía es escasa en relación a la vagotonía en los anormales. Hay sin embargo, una circunstancia que puede invalidar este testimonio: la selección que de los niños hizo el autor. La heredolues destaca aqui aún mas que en la vagotonía.

En otro aparte señala el Dr. Juarros los casos de neurotonía intrincada, en los que se presentan mezclados los síntomas de vagotonía y simpaticotonía, y las neurotonias alternantes, en las cuales alternan períodos de vagotonía y simpaticotonía. Entre ellos predominan los oligofrénicos, hipotiroideos y amorales.

Todos estos datos y algunos más, los concreta el autor en una formula sintética curiosa, afirmando que, salvo en los casos de deficit mental por heredolues, en las demás formas de la anormalidad infantil, el desequilibrio vagosimpático parece influir muy parcamente sobre las reacciones mentales. — Dr. E. E. A.

MUERTE SUBITA Y GLANDULAS DE SECRECION INTERNA.—El problema de la patogenia endocrina de la muerte súbita, tiene una extraordinaria importancia para el clínico, pues su conocimiento le permite en bastantes ocasiones evitar la producción de estos accidentes.

Desde que Addison en el año 1885, descubrió la enfermedad que lleva su nombre, es sabida la frecuencia con que los addisonianos mueren de un modo repentino; pero mucho antes de que los médicos conociesen esta enfermedad existe una observación empírica, recogida en el siglo XVI por un fraile español, el padre Sigüenza, autor de la «Historia de la Orden de San Jerónimo», que constituye una maravillosa descripción del síndrome addisoniano y en la que se refiere la forma de morir, rápida y silenciosa, característica de estos enfermos.

Las muertes instantáneas ocurridas en personas cuya insuficiencia suprarrenal permanece durante la vida en estado latente, es algo ya perfectamente establecido.

El conocimiento de la muerte suprarrenal tiene un gran interés médicolegal, no debiendo prescindir el forense del estudio de estas glándulas en toda autopsia judicial por muerte repentina. Igualmente el clínico tendrá que esforzarse en el diagnóstico de las formas larvadas de insuficiencia suprarrenal antes de someter a un enfermo a intervenciones como vacunoterapia, insulinoterapia, etc.

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

La muerte tímica, es de tanta o mayor importancia que la suprarrenal, sobre todo en los niños; sus causas provocadoras son las mismas que las de la muerte suprarrenal (infecciones, intoxicaciones, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, choques coloidoclásicos, etc) .

Al tratar de esclarecer su mecanismo, el Dr. E. Bonilla (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, Madrid, julio de 1928) se manifiesta partidario de admitir la acción mecánica de la glándula hipertrofiada, que comprime vasos o nervios importantes. La compresión nerviosa, sobre todo, es capaz de explicar las dos formas clínicas—asfixica y sincopal—en que se presenta la muerte instantánea de origen tímico, cuya existencia, muy discutida actualmente por algunos autores, estima indudable.

En ocasiones puede diagnosticarse durante la vida la hipertrofia tímica. En estos niños toda precaución será poca, en caso de necesitar una operación o un tratamiento proteinoterápico.

Termina el autor diciendo que es necesario explorar también minuciosamente las glándulas paratiroides en todos los casos de muerte súbita, sobre todo durante la infancia. — Dr. C. A. B.

Notas Terapéuticas

EL ALLONAL COMO ANALGESICO EN MEDICINA GENERAL.— Son múltiples las indicaciones que tiene el allonal, tanto más que puede decirse, es nula su toxicidad en dosis corrientes. Naturalmente cuando es preciso administrar un verdadero hipnótico mejor es echar mano del Somnifeno, cuya extraordinaria manejabilidad ya se conoce; también hay que dar la preferencia a la valeriana y al bromuro de sodio en forma de sédobrol cuando se trata de síntomas puramente nerviosos; pero ante una algia, es más seguro ordenar el isopropilalilbarbiturato de dimetilamidoantipirina o allonal, que obra, en dosis de uno a tres comprimidos, como un verdadero analgésico reforzado, progresivamente sedante el hipnógeno.

Los estomatologistas emplean el allonal en todas las neuralgias tan frecuentes en patología dental, sobre todo en las pulpitis, alveolitis, periodontitis, en los dolores pre y postoperatorios, en el trascurso de la reducción de las fracturas de los maxilares, en fin, en todos los casos en que se halla indicado suprimir el elemento dolor o modificar el psiquismo especial del paciente.

El allonal según el Dr. Quenee (*Concours Medical*, N°. 27-Paris 1927) se emplea con mucho éxito en neuropsiquiatría y sobre todo en los casos en que el dolor impide el sueño, como sucede en la ciática, neuralgias faciales e intercostales, lumbago, cólicos

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

reumatismo, algias viscerales, dismenorrea, zona, fracturas, neuritis traumáticas, abscesos, quemaduras, periostitis, etc. En las infecciones de evolución larga, como la tuberculosis y sobre todo el cancer, el allonal se muestra como un excelente analgésico y un perfecto sedativo progresivamente hipnógeno ; aun más, hasta en ciertos casos puede substituir con ventaja a la morfina, porque siendo administrable solamente por vía bucal, no hay riesgo de que se engendre el hábito a la toxicomania.

Bibliografía

LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL ARTE CLINICO por el profesor doctor M. Bañuelos García. — Un tomo en 8°. de 168 páginas. — *Talleres tipográficos «Cuesta»*.—Valladolid 1928.—6 ptas.

El profesor Bañuelos es uno de los más positivos valores de la ciencia médica española; desempeña la cátedra de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Valladolid en la cual ha formado un grupo de discípulos que siguen sus teorías y orientaciones clínicas con gran interés y entusiasmo, haciendo una verdadera y personalísima escuela médica.

El libro no sólo interesa a los estudiantes de Medicina y médicos jóvenes; lo consideramos muy importante y de gran utilidad para todos los profesionales, de aquí que hagamos la enumeración de los capítulos de esta obra originalísima: Prólogo.—Introducción.—Sobre la naturaleza del Arte Clínico.— Sobre el modo de llegar a ser un buen clínico.—Sobre la manera general de realizar el Arte Clínico.—Sobre los fundamentos del interrogatorio.—Sobre los principios fundamentales de la exploración. — Sobre el modo de comprender nuestro enfermo o del diagnóstico.—De cómo fundamentar el pronóstico.—De cómo planear un tratamiento, — De cómo estudiar la curación, la cronicidad, las secuelas y la muerte.—De cómo nos comportamos en la práctica frente al enfermo y la sociedad. —Nuestra concepción de la Medicina científica y de la práctica médica.

El índice no puede ser más interesante; el solo recomienda la lectura de este bello libro, escrito en estilo sencillo y con gran claridad.

TUBERCULOSIS EXPERIMENTAL *por J. Valdés Lambea.* — Un tomo de 240 páginas. — *Javier Morata, editor.* — Madrid, 1928.

Es el doctor Valdés Lambea uno de los tisiólogos españoles más documentados y de una labor docente y científica seguida continuadamente.

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

En este interesantísimo y cuidado libro, resplandecen sobre todas las buenas cualidades, una seriedad y una honradez en la experimentación, que hablan muy alto en favor del autor.

El capítulo más interesante es el que se ocupa de la medicación por la sanocrisina, la tan discutida conquista terapéutica. En este capítulo hace constar los daños y los peligros de dicho fármaco, capítulo del que se desprende cierto pesimismo, pesimismo que no hay que censurar, pues se trata de buscar nuevas rutas, de tomar puntos de vista nuevos que permitan descubrir otros horizontes en la lucha contra la peste blanca.

Avaloran el libro en su parte gráfica, notables microfotografías y unas bien interpretadas láminas en color que ayudan gráficamente a seguir en sus trabajos de investigación al doctor Valdés Lambea, dándose justa cuenta el lector de las diferentes modificaciones macroscópicas y microscópicas que sufren los órganos sanos bajo los efectos de la quimioterapia empleada en la tuberculosis.

MANUAL DE TERAPEUTICA CLINICA por *G. Lemoine y J. Minet.* — Un tomo de 920 páginas. — *Espasa Calpe, editores.* — Madrid, 1928.

La colección de manuales prácticos de la Biblioteca Médico-Quirúrgica, iniciada por Espasa, se ha enriquecido con un volumen más, de un alto valor práctico.

Este manual escrito exclusivamente para profesionales, está limpio del engorroso fárrago bibliográfico; sólo contiene hechos experimentados en la clínica, ateniéndose a las indicaciones por ella proporcionados y presentando el tratamiento de cada afección, de sus causas, de sus síntomas y de sus complicaciones, dando por resultado mostrar al lector una terapéutica razonada y, sobre todo, basada en hechos precisos.

No se trata de una obra dogmática, pero este libro cumple admirablemente una finalidad; ser útil al médico en la acertada función del tratamiento de los enfermos, función de la que depende el éxito de su actuación profesional.

ULCERA GASTRODUODENAL por el *Dr. F. Fernández Martínez* — Un tomo de 277 páginas. — *Javier Morata, editor.* — Madrid, 1928.

La cuarta edición de este libro, también publicado en francés por la Casa Masson de París, está hecha a reiteradas peticiones de amigos y discípulos; por lo tanto nada hemos de decir de esta obra sobradamente conocida y juzgada. Nada más que añadir que en esta última edición están comprendidas modificaciones que el tratamiento médico-quirúrgico de la úlcera gastrodueonal ha sufrido modernamente y la parte gráfica es cuidosa y más numerosa que en las anteriores ediciones.

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

Psicastenia y delincuencia

Por los Drs. CARLOS A. BAMBAREN
y LUIS VARGAS PRADA

Narracion de sucesos

En la noche del 13 de junio de 1927, Alfredo L. G. intentó suicidarse con arma de fuego, originando el proyectil que lo hirió la muerte de su hermana Adelaida L. G.

El atestado policial dice, en relación con estos hechos, que el Dr. Constantino Carvallo atendía a L. desde hacía más de dos años de Neurastenia, infiriendo que la escena de sangre desarrollada, haya sido debida a la aguda crisis nerviosa a que llegó en su dolencia.

Detallando más los acontecimientos, el investigador obtuvo de la señorita B. L. G. el siguiente relato: "que después de acostadas (ella y su hermana), su hermano tocó con insistencia la puerta, indicando le abrieran, pero como quiera que le demoraran en complacerlo, amenazó con esta frase: "entonces voy a matarme".

En otra parte del expediente judicial, la misma señorita B. agrega, que en la mesa su hermano dijo que no lo querían y lo trataban por loco; que al tocar la puerta manifestó que deseaba convencerlas que no era loco; que es muy excitable; que no puede contradecírsele; que se olvida de lo que tiene que hacer.

Examen del encausado

Alfredo L. G. de 43 años de edad, blanco, soltero nacido en Lima, es de profesión comerciante.

Entre sus antecedentes familiares, no hay nada digno que anotar. No han habido alienados, ni por ramo paterno, ni por la línea materna. El padre murió en 1924, de bastante edad.

En la infancia solo recuerda haber sufrido una contusión cráneo-encefálica.

En 1902 contrajo un chancro, que fué calificado de sifilítico, y que ha tratado de modo irregular. En 1909 naufragó. En 1911, teniendo 32 años de edad, sufrió una enfermedad bastante rara, que le sobrevino en aparente estado de buena salud. Se encontraba en la República Argentina, cuando después de acostarse, fué víctima de una crisis de narcolepsia; estuvo dormido durante cuatro días seguidos, después de los cuales se levantó bien, volviendo a sus faenas habituales. La familia con la que vivía, le dijo que los diversos

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

tratamientos que le instituyeron los médicos fueron ineficaces, y que el primer día de su letargo, se levantó muy de mañana, dirigiéndose al cuarto de servicios higiénicos, permaneciendo en el un tiempo más o menos breve.

Alfredo L. G. es sujeto de buena talla, bien conformado, con regular cantidad de panículo adiposo.

Su exámen somático descubre:

En el aparato circulatorio, corazón sin particularidades; el pulso late 92 veces por minuto, que disminuye a 84, después de la compresión ocular, lo que dá un *reflejo óculocardiaco positivo.*

En los aparatos digestivo, respiratorio y urinario, no hay nada de particular.

En el sistema nervioso hay: reflejos exajerados, tanto los cutáneos, cuanto los tendinosos. Los reflejos óculopupilares están conservados, siendo lenta la reacción de los del ojo derecho.

El exámen citoquímico del líquido céfaloraquideo, no ha descubierto nada anormal. La reacción de Wassermann ha sido francamente *negativa.*

Idénticos resultado proporcionó la desviación del complemento en el suero sanguíneo (*Wassermann negativa*).

En la esfera mental existe integridad de la percepción, atención y asociación de ideas. La memoria está perturbada; hay una laguna de los acontecimientos antisociales que ha practicado.

La imaginación y la crítica no están deformadas. No hay ideas delirantes. En la esfera afectiva se descubre un egoarquismo manifiesto.

En Alfredo L. G. hay las manifestaciones inequívocas del automatismo mental obsesionante. Si hoy no tienen el colorido de antes, —quien sabe por la emoción shock del homicidio-suicidio que ha practicado, es fácil descubrirlas.

Estudiemos su automatismo mental antes de los acontecimientos de sangre, durante la realización de éstos y en la actualidad.

Alfredo L. G. estaba enfermo, sufriendo de afección mental, antes de los acontecimientos de sangre de los que fué autor.

El Dr. Carvallo dice que lo atendía desde hacia más de dos años, de «*neurastenia*», agregando, después, que en varias ocasiones y dias antes de los sucesos, pudo constatar en su mismo consultorio, que Alfredo L. G. presentaba signos evidentes de *incoordinación mental*, por la clase de medicamentos extravagantes y fines a los que pensaba aplicarlos.

Alfredo L.G. ha sido persona con grandes aficiones a viajar, recorriendo casi todos los países de la América y algunos de Europa.

En 1924 y encontrándose en Italia, acompañó a su padre en la enfermedad que lo llevó a la tumba, experimentando el consiguiente pesar y el agotamiento físico de una larga asistencia. En los días de gravedad de su padre, fué víctima en un accidente ferroviario, un pariente suyo, con el que vivía y que había ido a alcanzar a una hermana de Alfredo L. G. que llegó a Europa procedente del Perú. En el sepelio se trasportaron dos atahudes.

Con este dolor moral regresó al Perú, donde la suerte no lo favoreció en sus negocios; lejos de eso, su situación económica se tornaba

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

cada día más difícil; las preocupaciones de este orden comenzaron a atormentarlo, porque resultaba desfavorable para él la comparación entre estos momentos y otros ya pasados de su vida.

Después de estos traumas psíquicos comenzó a sufrir de inquietud, insomnio, irritabilidad, desasociego, ideas obsesionantes, fobias, etc.. Visitaba a algunos médicos amigos, contándoles las sensaciones penosas que experimentaba, el estado angustioso que algunas veces se apoderaba de él, sus temores respecto a su salud, especialmente la *posibilidad de volverse loco.*

A esta fobia se refiere la declaración de su hermana, cuando dice que al tocarle la puerta manifestó que *deseaba convencerlas que no era loco.*

En los últimos tiempos, anteriores a su intento de suicidio, Alfredo L. G. sufría de insomnio persistente y molesto; para conciliar el sueño usaba Veronal sódico, cuya dósis aumentaba a medida de su empleo, para obtener sus efectos hipnóticos. La noche que realizó su obsesión impulsiva, dice que *había tomado seis a ocho pastillas de Veronal*, es decir, tres a cuatro gramos de la sustancia. No hay duda que en esta dósis el medicamento es capáz de producir trastornos obnubilatorios del sensorio, que explicarían la agitación en que se encontraba esa noche, pues, subió al techo de su casa, declarando en su instructiva que no sabía si iba al teléfono o al cuarto de su hermana, cuando realizó su impulsión obsesionante.

Tratando de reconstruir los momentos que precedieron a su intento de suicidio, hemos procurado, al examinar a Alfredo L. G. que los reconstruyera, aunque fuese exponiéndonos a falsificaciones de memoria. Alfredo L. G. cree recordar que se dirigía al teléfono a llamar a Dr. Carvallo para que le brindase sus servicios profesionales, dado el estado angustiado en que se encontraba.

En relación con el instante en que realizó su impulsión suicida, la declaración del Dr. Carvallo es bastante expresiva para caracterizarla. Dice que cuando llegó a la casa de Alfredo L. G., éste se se encontraba en *estado de crisis de suma exitación y de amnesia* o pérdida de la memoria; que también tenía "lagunas en su recuerdo inmediato, lo que no le permitía dar datos exactos de lo que había pasado". Nuestro interrogatorio a Alfredo L. G. nada ha podido agregar a esta narración.

El actualismo mental de A. L. G. es bien interesante. Comencemos por lo que dicen los médicos de Policía, al solicitarles el Juzgado de Instrucción, su parecer sobre las facultades mentales del encausado.

Dicen los Drs. Pfluker y Pastor: "No presenta signos de enagenación mental, encontrándose solamente algunos síntomas de neurastenia y principalmente emotividad y neurosismo exagerado".

En el Hospital Militar, que es donde hemos examinado a Alfredo L. G. lo hemos encontrado triste, algo descorazonado, ofreciendo, además de la amnesia ya señalada, cierta vaguedad de la memoria, pues, la evocación de sus ideas y recuerdos ha sido lenta e irregular. También ha revelado emotividad exagerada e irritabilidad, cuando le planteamos algunas cuestiones de índole psico-

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

sexual y se le hizo la punción lumbar; el dolor producido por la raquicentésis y la idea de que ésta exploración era innecesaria, le hicieron exteriorizar la fisonomía del desagrado y algunas frases de protesta, en tono bastante irritado.

Consideraciones de psicopatologia forense

Alfredo L. G. es un sujeto que ha presentado inquietud, anciedad, fenómenos de automatismo, ideas hipocondriacas, irritabilidad, desesperación, insomio, impulsión al suicidio, etc; así como también autofilia, ya que mientras estuvo con su familia exigía que se aceptasen sus extravagancias, quejándose en alguna oportunidad que no lo querían. Esta es una prueba indiscutible de su egoarquismo.

Con toda esta sintomatología, ¿Qué diagnóstico le corresponde?

Psicastenia es la enfermedad que individualizase Janet, caracterizándola de modo acabado. Aunque la descripción del maestro francés es completa, la génesis de la dolencia ha suscitado y aún mantiene discusión.

Juquelier, después de declarar que la marcha de la obsesión es paroxística, que la duración de los paroxismos es muy desigual, que en los intervalos hay más bien remitencia que intermitencia, y que la libertad de espíritu del paciente está lejos de ser completa, manifiesta que la enfermedad evoluciona siempre en un terreno psicopático y que son las ideas parásitas las que se enseñorean de la conciencia, por una disminución de la capacidad volitiva.

Levy-Valensi dice que el psicasténico es un pequeño melancólico con obsesiones; que la Psicastenia es una encrucijada donde convergen las tendencias depresiva y emotiva.

Todos los autores, señalan a la Psicatenia una sintomatología que coincide con la que ha presentado Alfredo L. G.

H. de Brito Belford Roxo dice que en todos sus enfermos habían organizaciones emotivas que les fatigaba y contrariaba; en unos eran dificultades en la lucha por la vida, en otros sustos y disgustos. La obsesión de malestar es muy común. Ideas hipocondriacas imperan francamente en los psicasténicos. En la obsesión de malestar, el individuo no tiene miedo de que le va a ocurrir alguna cosa, sino que tiene la preocupación dolorosa de que la padece ya. Muchas veces, es la idea de la locura la que le envuelve. El enfermo se presenta con la convicción de que lo que padece es alienación mental y se aterra.

Hay disturbios multiformes de la cenestesia; el enfermo siente, por ejemplo, una gran opresión al corazón, palpitaciones, etc. y tiene la obsesión de que está sufriendo un mal muy grave al órgano cardíaco.

Las impulciones al suicidio figuran entre los actos nocivos o peligrosos que pueden realizar.

Juquelier dice, al tratar de las reacciones antisociales de estos psicópatas, que no es excepcional que un raptus suicida intervenga,

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

como un medio de defensa suprema para librarse del dolor moral que los atormenta. En el curso del acceso psicasténico, los síndromes peligrosos para el paciente mismo o para otros, no son excepcionales: las impulsiones al suicidio no son raras. Aunque a veces la familia previene las impulsiones graves, muchos enfermos sucumben antes de ser protegidos; no se debe perder de vista la posibilidad del suicidio.

Nuestro examinado, para completar sin lugar a duda el diagnóstico de su trastorno mental, ha intentado suicidarse, en la forma tan lamentable, como ya se ha dicho.

Conclusiones

1. — Alfredo L. G. es un Psicasténico.
2. — La Psicastenia es un trastorno mental que reposa sobre una psiquis peculiar y que se organiza por el enseñoramiento de ideas parásitas, subconcientes, de tipo obsesivo.
3. — Es una psicopatía constitucional, de exteriorización paroxística e impulsiones peligrosas para el paciente y para los que lo rodean.

El cancer y los elementos radioactivos (*)

Por el Dr. CLAUDIO REGAUD

Primera leccion

Comenzó señalando algunos hechos precisos, que marcan acontecimientos trascendentales en relación con el cáncer y las sustancias radioactivas, esto es, 1896, el año en el cual Roentgen señaló los Rayos X; 1896 fecha en la cual Becquerel descubrió la radioactividad y 1898 cuando los esposos Curie descubrieron el radium. Estos acontecimientos revolucionaron la física de la radiaciones y los conceptos que se tenían sobre la constitución de la materia, que se aclaró mucho, profundizándose la intimidad misma del átomo.

Dijo el profesor Regaud que estos agentes nuevos se emplearon inmediatamente en medicina, pero, que antes la ciencia se vió privada de Curie que falleció en 1906, víctima de un lamentable accidente callejero.

(*) Resumen del curso dictado en Lima, durantee los meses de setiembre y octubre del presente año.

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

En 1911 se creó, el Instituto del Radium, en París, que se inauguró en 1919, conteniendo los departamentos de radiofisiología y de medicina.

No hay duda, dijo el profesor francés, que son inumerables e interesantes las aplicaciones terapéuticas de los agentes radioactivos, necesarias a todas las ramas de la medicina, pero tienen una aplicación especial: el cáncer.

El profesor Regaud refirió, en seguida, los puntos principales de sus disertaciones, que versarán sobre los siguientes temas:

1°.—Algunas cuestiones de actualidad relativas al cáncer en general.

2°.—Las radiaciones de corta longitud de onda, y sus efectos sobre las células y los tejidos.

3°.— Progresos en la tecnología del radium.

4°.— Tratamiento de los cancerosos por las radiaciones.

5°.— Como se debe concebir, actualmente, la organización de la lucha contra el cáncer, especialmente en sus relaciones con el empleo de las radiaciones.

A continuación inició el estudio del peligro conceroso, desde el punto de vista de la higiene social, manifestando la preocupación general que tienen los poderes públicos y la opinión, en razón de las cifras elevadas y en apariencia crecientes.

En esta lucha conta el cáncer deben intervenir las sociedades científicas, las ligas de propaganda, los organismos para su diagnóstico y tratamiento, los periódicos especiales y los congresos de sabios, los cuales dan los grandes derroteros que conviene seguir en esta cruzada científica y social.

Las fuentes de información sobre el peligro canceroso, tienen que tomarse de origen diverso, pero los datos estadísticos constituyen, sin duda, una de las principales. La estadística, dijo, puede ser fundada sobre la autopsia, que posee un valor incontrastable, demostrando la elocuencia de los números que son los datos más interesantes.

En Holanda, De Vries, anatomopatologista del Hospital General de Amsterdam, que ha realizado en el período de tiempo comprendido en 1909 a 1926, 8,500 autopsias, ha encontrado que había 1,200 defunciones ocasionadas por el cáncer, lo que da una proporción de 14.7%. En seguida analizó los datos de autopsias relacionándolos con los diagnósticos clínicos, manifestando que en ese país, como en todos, existía una proporción enorme de cancerosos que no se habían diagnosticado en la clínica. Refirió, en seguida, la estadística inglesa de G. Wells, quien en 1927, sobre 100 autopsias realizadas en un hospital general, el 50 por ciento no correspondían al diagnóstico clínico. Dijo, después, que según el profesor francés Roussy, sobre 1,000 autopsias practicadas en un asilo de ancianos, 77 correspondían a sujetos que habían muerto con cáncer, y que 38 no habían tenido diagnóstico en vida. Dedujo, por lo tanto, que el cáncer es muy frecuente y que un sétimo de los adultos fallecidos mueren a causa de esa terrible enfermedad.

Estudió a continuación las estadísticas fundadas sobre la declaración de los ya fallecidos, demostrando que la mortalidad general

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

disminuye en los países, pero que la correspondiente al cáncer presenta cifras elevadas.

Llegado a esta parte de su disertación, el profesor francés dijo que si la estadística demuestra con sus guarismos el aumento del cáncer había que preguntarse a qué se debía este aumento y si en realidad era un hecho real. Los demógrafos dicen que el aumento es evidente, pero los que manejan la demografía en las compañías de seguros, comprueban que el cáncer aumenta en los pueblos civilizados, y que es raro en las razas primitivas; así Dubiere, jefe del servicio estadístico de la compañía de seguros norteamericana «Metropolitan Life Insurance Company of New York», ha estudiado las probabilidades de muerte de un niño de diez años de edad, en 1924, demostrando que las perspectivas de mortalidad son las siguientes:

9/100 para el cáncer y 91/100 para las demás enfermedades. Esta última cifra, a su vez, se descompone en la siguiente forma: 20/100 para las enfermedades del corazón, 10/100 para las hemorragias cerebrales, 6/100 para la tuberculosis y el resto para otras dolencias.

Una niña de diez años, en la misma fecha, tendría las siguientes perspectivas de fallecimiento: 12/100 para el cáncer, 20/100 para enfermedades del corazón, y 12/100 para las hemorragias cerebrales.

Los patologistas, dicen, que el aumento indicado por las estadísticas no es más que aparente y que no significa una gran amenaza, porque los países europeos, donde la mortalidad cancerosa alcanza las cifras más elevadas, son aquellos en los cuales la demografía está muy bien hecha, desde hace mucho tiempo, y en cambio, aquellas naciones donde la mortalidad por cáncer es baja, poseen estadísticas defectuosas. Además, la mortalidad aumenta en el mayor número de los países civilizados, a medida que la organización médica y la estadística se perfeccionan. Esto se comprueba en diversas naciones, pues, en las regiones donde la civilización ha alcanzado el máximo de progreso, el cáncer ha aumentado; y en las localidades que se han mantenido estacionarias, el cáncer no ha elevado sus cifras.

Por otro lado, la mortalidad por cáncer marcha paralela con el aumento de la duración de la vida, porque el cáncer es dolencia de la edad avanzada, de la vejez, y si los hombres viven más, tienen más probabilidades de morir a causa del cáncer, pudiendo decirse que aquella afirmación de Sir J. Paget, "que a medida que se prolongue la vida, todos llegarán a morir de cáncer", se cumplirá a pesar de que pareció inverosímil en el momento de formularse.

Los progresos alcanzados en la prevención de las enfermedades infectocontagiosas, aumentan la mortalidad por cáncer. El cáncer, también aumenta de la misma manera que lo hacen las otras dolencias evitables e incurables, tal como lo ha demostrado Vells de Chicago, tomando un período comprendido entre los años 1900 a 1924.

El aumento del diagnóstico del cáncer interno, también ha contribuído a elevar las cifras totales, dado que han aumentado los medios de diagnóstico de tan terrible enfermedad. Dijo que la comparación de las estadísticas recogidas por los anatomopatologistas en el siglo diecinueve y en el siglo veinte, demostraba que el

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

cáncer no había aumentado; así Bayle (1802-1816) había obtenido 14/100 de mortalidad cancerosa en las autopsias que practicó, y Menetrier (1926), había obtenido 12/100 de mortalidad cancerosa en las necropsias que realizó. En conclusión, el aumento revelado por la estadística es aparente; las cifras son enormes y reales, pero su acrecentamiento debe explicarse por el aumento de la duración de la vida y porque se han perfeccionado los métodos de diagnóstico y la confección de las estadísticas.

En seguida se preguntó el doctor Regaud si existían diferencias en las cifras por cáncer según las diferentes razas humanas, declarando que los países donde el cáncer no existe son aquéllos en los cuales no se alcanza edad avanzada, es decir la "edad del cáncer". Así, Rogers, de Calcuta, ha demostrado que en la India, donde la duración de la vida es de 25 años por término medio, el cáncer es poco frecuente, y que en Inglaterra, donde la duración media de la vida llega hasta 54 años, el cáncer es muy frecuente, especialmente la forma sarcomatosa.

Comprendiendo la Sociedad de Naciones que el problema del cáncer interesa a la humanidad, ha emprendido estudios sobre la materia, que están a cargo del comité de higiene de esa institución internacional, procurando señalarse las cifras que corresponden en Europa al homo nordicus, el homo alpinus y al homo mediterráneo; expresó que había mucho interés por saber los guarismos que existen en hispano América.

El profesor Regaud terminó su interesante conferencia, recalcando la importancia del cáncer, considerado como enfermedad social, la insuficiencia de las estadísticas para señalar los guarismos de esta enfermedad, cosa que hace urgente su reforma, y que el aumento aparente de esta enfermedad no debe despertar alarma, porque corresponde a los progresos del diagnóstico de la enfermedad y al aumento de la duración de la vida, asegurados por los adelantos de la medicina preventiva.

Segunda lección

Comenzó exponiendo los conceptos clásicos de la clínica y de la anatomía patológica, que se han elaborado lentamente, a través de mucho siglos y de muchas investigaciones, para llegar a distinguir, con criterio científico, los tumores infecciosos de los tumores neoplásicos, sea por el descubrimiento de las causas etiológicas que producen los primeros, sea por las características histológicas que definen a los segundos. Señaló la gran dificultad que existe para el diagnóstico clínico, entre los sarcomas verdaderos y ciertos tumores inflamatorios crónicos, que tienen que denominarse pseudocánceres, y cuya importancia diagnóstica traspasa los límites de la individualización, ya que llega al aspecto de su tratamiento.

Puntualizó, la necesidad que tiene el cancerólogo, para guiar sus trabajos, de la anatomía patológica.

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

Dijo, a continuación, que hay que hablar de cánceres y no de cáncer, porque el cáncer es un grupo de enfermedades que tienen caracteres comunes y caracteres particulares, según las diversas especies anatomopatológicas que constituyen el grupo. Estos caracteres particulares, se refieren, no sólo a relaciones con su localización anatómica, sino también, a la patogenia, la etiología y la histofisiología.

Desde Virchow, se ha establecido los caracteres de las enfermedades neoplásicas malignas, que las diferencian de las enfermedades inflamatorias, más o menos crónicas. Según este concepto las neoplasias malignas están caracterizadas porque derivan de un tejido normal, que en el curso de su desarrollo, ha vuelto a un estado evolutivo anterior, de modo que la diferenciación nueva, establece un tipo histológico, el que guardando relaciones con el tejido originario, y siendo fácilmente distinguible, se diferencia por algunas particularidades.

Creada la variedad, se fijan sus características, a pesar de las innumerables modalidades que pueden presentarse.

En seguida se preguntó el doctor Regaud cómo y porqué mecanismo nacen las características titulares del cáncer, manifestando que es uno de los capitulos más interesantes de la patogenia de esta enfermedad. Afirmó, que existiendo la faz precancerosa, el tejido neoplásico no nace por mutación brusca, como sucede en muchos casos de zoología y botánica, sino que el cambio es lento, insensible, pero siempre evidente.

Trató de señalar las características de la célula cancerosa, la cual tiene fertilidad indefinida, una multiplicación ilimitada, recordando la que tienen sólo algunos tejidos del organismo, como el epitelio seminal y la epidermis. Estos tejidos tienen fertilidad mientras vive el individuo, pero, el tejido canceroso posee una inmortalidad virtual, ya que es capaz de reproducirse indefinidamente por medio de injertos y cultivarse experimentalmente, de modo que puede considerarse al cáncer como un parásito que vive en el organismo que ha cancerizado.

Habló, después, de la unidad de los tejidos cancerosos, esto es, de que se presenta una sola neoplasia, con metastasis, es verdad, pero siempre una; dijo que hay algunos casos de dos cánceres, simultáneos y distintos, manifestando, por último, que puede suceder que dos cánceres vecinos, se imbriquen, como en los epitelio-sarcomas. Refirió que hay un solo hecho señalado por Ehrlich y Apolant, quienes realizando injertos en serie, después de algunos miles de trasplantaciones, lograron que la especie anatomopatológica del cáncer cambiara.

El tejido canceroso es inmutable; en el curso de la historia del cáncer no se presentan diferenciaciones nuevas; jamás crece por aposición, esto es, por procedencia exterior de elementos extraños; aumenta exclusivamente por multiplicación de las células inicialmente cancerizadas. Este hecho de patología general, distingue, funda-

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

mentalmente, el proceso neoplásico de las manifestaciones infecciosas de tipo maligno.

Se ocupó, en seguida, de la falta de equivalencia funcional de las células de los tejidos, estableciendo comparaciones entre los tejidos cancerosos y aquellos del adulto, que se renuevan indefinidamente. Dijo que en los tejidos normales, hay regulación morfofuncional, tanto en el tiempo como en el espacio, ya que en el adulto una vez que el órgano alcanza su volúmen no sigue creciendo, pasando todo lo contrario en el tejido u órgano cancerizado,como consecuencia de la anarquía tisular. Esto hace que el cáncer se desarrolle sin tener en cuenta las formas y estructuras normales, rechaza, infiltra, destruye los tejidos vecinos, y, por último, coloniza a distancia por vía linfática y sanguínea.

Trató de estudiar si el organismo reacciona defensivamente y con eficacia, contra el cáncer, declarando que las curaciones expontáneas, señaladas en otra época, eran indicadas mientras la anatomía patológica no progresó, con aquel desarrollo portentoso, que es la mayor conquista del siglo XIX de la historia de la medicina. Dijo que no hay ningun índice de auto vacunación contra el cáncer, sino todo lo contrario; que el problema de la defensa local del organismo contra las neoplasias, había dado lugar a opiniones contradictorias en el último congreso del cáncer celebrado en Estrasburgo. Dijo que se había querido encontrar en el estado refractario al injerto del cáncer, por procedimientos experimentales, una manifestación de la defensa orgánica, pero que la interpretación era errónea porque lo que sucedía era la reacción del organismo contra el injerto y no contra el cáncer.

Estudió, luego, las reacciones del tejido conjuntivo frente al cáncer y las células libres del medio sanguíneo, que pueden venir a rodear o circunscribir la neoplasia. Trató de las reacciones, tan útiles para el diagnóstico del cáncer, indiscutibles, es verdad, las cuales resultan de la presencia de la neoplasia.

Se ocupó en seguida, de la intoxicación por el cáncer y de la caquexia, expresando que la opinión clásica, que establecía una relación de causa a efecto, entre ellas, había sido reemplazada por la explicación que sostiene que la caquexia cancerosa es debida a perturbaciones secundarias originadas por el cáncer y no debidas al cáncer mismo.

Terminó su brillante disertación el profesor Regaud, estudiando la patogenia de la ulceración y de la infección secundaria, sea en los tumores abiertos o en los tumores cerrados

Tercera leccion

Comenzó el profesor Regaud exponiendo, de modo sintético, dada la magnitud del tema, las ideas generales que hoy se tiene sobre las radiaciones, forma particular y genérica de la energía cósmica, que aprisiona una cierta magnitud de las vibraciones del éter, aquel

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

cuerpo hipotético, mediante el cual se explican diversos fenómenos de física del universo.

Estudió en esta parte de su lección las radiaciones vibratorias en general, su representación gráfica, la longitud de onda, la escala de las vibraciones, sirviéndose para explicar las vibraciones del éter. de la velocidad que sigue la luz para llegar desde la fuente de su origen hasta nosotros; por último trató de las vibraciones cósmicas de Millikan, las que sirven para explicar muchos fenómenos físicos, relacionados con la aparición de la vida en el planeta tierra.

Después de estudiar las longitudes de onda de los rayos X y de los rayos Gamma, trató de la identidad de las propiedades fundamentales de esta clase de rayos, definiendo sus caracteres físicos y sus efectos físico-químicos, que se explican por las perturbaciones que se verifican en los edificios atómicos y moleculares. Estudió, después, el poder penetrante de estos rayos, su poder abiótico y la diferente sensibilidad de la materia viva en relación con esta clase de energía; dijo que los diversos efectos dependen de la desigualdad de poder penetrante y de la diversidad de las sensibilidades celulares, manifestando todo el interés que tienen la excitación producida por los rayos secundarios, que contribuyen a la difusión de la radición primaria y a radiaciones secundarias de naturaleza electrónica.

En seguida, se ocupó de los rayos X en relación con el tratamiento de los cánceres, manifestando que había que contemplar el tubo de rayos X y la máquina productora de corriente eléctrica.

Refirió las diversas clases de tubos que existen en la actualidad, describiendo los tubos de gas rarefacto, los tubos al vacío y los tubos de cátodo incandescente, tubos de Coolidge. Estudió la importancia de la desigualdad de potencial que determina la velocidad de la corriente de electrones, señalando cómo son necesarios diversos voltajes, según que se trate de radiodiagnóstico, radioterapia superficial y radioterapia profunda. Estudió, también, las diversas máquinas que existen, hasta llegar al tipo moderno con condensadores, expresando que la orientación de los constructores se inclina en el sentido de obtener tubos de gran rendimiento, de elevado potencial de excitación, ya que estos dos factores se necesitan para la roentgenología médica, en vista de sus aplicaciones y propósitos.

El profesor francés estudió, en seguida, los cuerpos radioactivos desde el punto de vista de la terapéutica de los cánceres, definiendo lo que es radioactividad, precisando la noción de los cuerpos radioactivos, explicando la esencia de la radioactividad y puntualizando los fenómenos atómicos que se suceden en la intimidad de la materia, los cuales pueden resumirse en el concepto de las explosiones atómicas.

Estudió luego las radiaciones de los cuerpos radioactivos, sea los rayos Alfa, Beta y Gamma, puntualizando sus características físico-químicas y señalando la proporción de las distintas radiaciones que emergen de un foco de radium. Explicó los diversos medios que hay para separar estos rayos, sea el campo magnético o la filtración, que se hace de acuerdo con el principio expuesto por Dominici en 1909.

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

Al ocuparse de la medida de la radiación, estudió la propiedad ionizante de estos rayos sobre los gases, la medida de la corriente de ionización, tanto por el electroscopio como por el electrómetro, puntualizando los diversos métodos y los principios de la electroscopía y de la electrometría. Señaló, después, la importancia de las medidas, sea en la aplicación terapéutica de los rayos X, sea en la tecnología de la curieterapia.

Con un gran conocimiento de física, expuso admirablemente, los conocimientos actuales que se poseen en la ciencia, sobre los cuerpos radioactivos, señalando la genealogía de los distintos cuerpos de esta naturaleza, su peso atómico, el tiempo de su semi-desintegración y los diversos rayos que emiten al producirse la explosión atómica, sea en el uranium, radium, torium y actinium. Trató, después, de la ley que preside a la sucesión de las explosiones atómicas, del equilibrio radioactivo, explicando los fenómenos que se producen en el interior de un tubo de radium, precisando los caracteres físicos del radium y un conjunto de nociones muy interesantes desde el punto de vista de la preparación de los tubos que contienen este elemento químico, de sus aplicaciones y del control de su capacidad físico-química y físico-biológica.

Cuarta leccion

Comenzó estudiando el injerto, que ha permitido numerosas investigaciones experimentales desde el que realizó Morau en 1888. Dió a conocer, luego, el cáncer en los animales de laboratorio, tan frecuente que ha permitido numerosas comprobaciones experimentales.

Trató, después, del injerto, exponiendo el criterio de la Biología general, según el cual es posible realizar el cultivo "in vivo" de los tejidos y de los órganos de los seres vivos animales, siempre que se respete la especificidad zoológica y racial, manifestando que estos conceptos del injerto de los órganos normales se aplican también al injerto de los tejidos cancerosos.

El problema de la inoculación del cáncer le hizo referir las esperiencias de Peyton-Rous hechas en 1909, con el sarcoma de los pollos, que dieron lugar, posteriormente a los estudios de Gye y Bernard, a los trabajos de Carrel, que injerta tejidos embrionarios y sustancias químicas, y a las experiencias recientes de Murphy.

Se ocupó enseguida, del rol de los grandes parásitos en la génesis del cáncer, señalando la aparición de neoplasias malignas en los que tienen bilharziosis, de aquellos casos en los cuales los cisticercos y algunas tenias producen sarcomas en la rata, tal como lo señaló Borrel en 1906, posteriormente, Regaud y Bedre. Indicó también las investigaciones de Bullock y Curtiss, en 1918, y los trabajos del sabio noruego Fibiger, muerto recientemente de cáncer, según los cuales existe en la cucaracha roja de las habitaciones, conocida cientificamente con el nombre de "Periplaneta orientalis",

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

un parásito que el autor noruego bautizó en 1912 con el nombre de "gonglinema neoplástica", y que es el que produce en su concepto el cáncer de la rata y de los pericotes, al comerse estos animales a la cucaracha.

Refirió también los trabajos de Borrel, quien ha estudiado el cáncer mamario de los roedores, sosteniendo que es debido a un parásito, la "Muspina Borreli".

Dijo al terminar este capítulo que todavía no está agotado; que existen probablemente muchos hechos que se señalarán algún día, y que de ellos puede deducirse importantes aplicaciones profilácticas del cáncer.

Trató, después, del problema del contagio, con el que se reunen el contagio mismo y la herencia; este tema, sobre todo, muy interesante para el gran público, y continuamente renovado en los centros científicos, como ha sucedido en la Academia de Medicina de París. Refirió la encuesta de Chaton, quien interrogó a ciento sesenticinco médicos, reuniendo sus respuestas en la siguiente forma: Se declararon partidarios de la herencia noventa y del contagio sesentiocho; cuarentisiete negaron la herencia y sesenticuatro negaron el contagio; dieciocho pusieron en duda la herencia como factor determinante del cáncer y treintitrés la acción del contagio.

Se refirió a diversos hechos impresionantes, según los cuales, se han señalado ciudades, calles y casas cancerosas. Después con criterio de técnico, precisó el valor de las palabras contagio y trasmisibilidad, afirmando que los cánceres humanos son indirectamente trasmisibles, pero que no son ciertamente contagiosos. Luego, con el criterio de Lumiere, dijo que en la frecuencia de la enfermedad, en sus coincidencias, en la agrupación de los casos, interviene el cálculo de las probabilidades.

Ocupándose de la herencia del cáncer refirió la opinión corriente en el público, y entre los médicos, sobre la herencia de los cánceres, expresando las diversas causas de errores que existían en el hombre, en el momento de realizar las observaciones de los cánceres familiares. Señaló la frecuencia de la enfermedad y las coincidencias; el rol de los hábitos nocivos que tienen a veces carácter familiar; la ausencia de árboles genealógicos con diagnóstico preciso de la causa de la muerte, refiriendo que son muy pocas las observacionesde esta naturaleza; diciendo, por último, cómo ciertos cánceres humanos, raros como el glioma de la retina, son indiscutiblemente hereditarios, ya que, según la observación de Newton, sobre dieciseis hijos de una familia, diez fueron atacados de esta forma cancerosa.

Trató, en seguida, del estudio de la herencia del cáncer, siguiendo las observaciones experimentales, facilitadas grandemente por el estudio de las ratas, animal fácilmente cancerizado. Refirió las investigaciones de la experimentadora norteamericana Slye, quien analizando con criterio genético la descendencia de las ratas de su laboratorio, estudiando los cruzamientos, anotando las causas de la muerte de estos animales y haciendo la autopsia y el análisis histológico de los tumores que presentaban, ha demostrado que hay razas puras con cánceres y sin ellos, que existe herencia de predisposición orgá-

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

nica pero no predisposición general, y que el cáncer se presenta como un carácter hereditario recesivo según la nomenclatura mendeliana.

El profesor Regaud estudió con detenimiento las investigaciones de la sabia norteamericana, señalando todo el valor que ellas tienen, especialmente aquella afirmación de que el cáncer aparece con las características de los factores hereditarios recesivos, porque ellos permiten vislumbrar aplicaciones profilácticas y eminentemente científicas, ya que los hechos de la herencia, obedecen a leyes generales, que comprenden a todos los seres vivos, cualquiera que sea su posición en el árbol zoológico o botánico.

Las consecuencias prácticas de estos estudios son evidentes; hay que evitar el cruzamiento de individuos con ascendencia cancerosa, en las dos ramas ganealógicas; es posible eliminar progresivamente el cáncer de una familia y es necesario vigilar a los individuos predispuestos, bien entendido, que esos factores hereditarios se mezclan con elementos personales, adquiridos en el curso de la vida y que varían según los hábitos personales, el género de vida, etc.

Trató, después, de la producción experimental de los cánceres, manifestando que en los animales esto es fácilmente realizable, pero que en el hombre la producción experimenal del cáncer se ha conseguido por la observación de los hechos realizados en virtud de la acción de los Rayos X y de la actuación de sustancias químicas. El cáncer de los radiologistas es un hecho de observación corriente, y las experiencias sobre los animales se han repetido desde la comprobación primera debida a Clunet.

Trató enseguida del cáncer del alquitrán, producido por medio de experimentos en los animales u observado en los obreros que trabajan con las anilinas. Yamashiva e Ichikawa, fueron los dos sabios japoneses que por primera vez produjeron experimentalmente el cáncer del alquitrán. Las observaciones verificadas sobre estos hechos permiten afirmar que hay que tener en cuenta la predisposición de la especie y de la raza; que existen diversas condiciones de cancerización, y que el mecanismo productivo es doble, por acción local y por acción general, debiendo incriminarse el poder cancerígeno a ciertos hidrocarburos, que sólo se destilan a una temperatura fija.

Refirió, luego, las observaciones de cáncer debidas a cuerpos extraños introducidos en las vísceras, sea en la vesícula biliar, sea en la vejiga.

Después se ocupó de los factores etiológicos de los cánceres humanos, señalando aquellos de la predisposición general, desgraciadamente mal conocidos, los que se refieren a las intoxicaciones particularmente, al arsenicismo crónico y a las anilinas, refiriendo, por último, el papel que según muchos autores desempeñan las glándulas de secreción interna y la sifílis, afirmando que, según su criterio, los factores de predisposición general tienen escasa importancia, y que los factores locales la tienen mucha, en vista de la rareza de las cancerizaciones secundarias.

Ocupándose de los factores de predisposición local, señaló el interés que tienen los parásitos, la sífilis, la preexistencia de malformaciones congénitas, ya que es un hecho de observación que hay mu-

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

chos cánceres que se desarrollan en heterotopias embrionarias. Dijo también que los cánceres se desarrollan sobre tumores benignos y que las inflamaciones microbianas crónicas, las cicatrices, las quemaduras, las diversas irritaciones, son asideros para que se produzca el cáncer.

Terminó ocupándose de las teorías patogénicas de los cánceres, refiriendo, brevemente, las teorías microbianas que quieren que el cáncer sea producido por un agente virulento, distinto del organismo canceroso, invocando para el objeto diversas comprobaciones microscópicas y ultramicroscópicas, las cuales no ha podido soportar la crítica y las investigaciones de comprobación. Recordó con este motivo, el estudio de los cánceres de los vegetales, refiriendo que el "bacterium tumefaciens" de Erwin Smith es una realidad indiscutible.

Al ocuparse de las teorías que sostienen el origen endógeno del cáncer, atribuyendo la enfermedad a una perturbación del aparato nuclear de la célula, que por haber perdido su papel regulador en la división celular, es capaz de determinar la cancerización de los tejidos, expresó que este concepto es muy importante.

El profesor Regaud, con un alto criterio científico, expresó que en su concepto, había que aceptar la pluralidad de los cánceres, especialmente desde el punto de vista patogénico, y que de esa manera podrían individualizarse en el futuro los diversos factores determinantes de las diversas clases de cánceres, permitiendo este desmembramiento de la familia cancerosa, prácticas profilácticas de la enfermedad.

Quinta leccion

Comenzó estudiando las razones que influyen para elegir el radium o el radon, en el tratamiento de los cánceres, ya que este último posee la particularidad esencial de la rapidez del decrecimiento de la radioactividad, la facilidad de la experimentación, etc. Dijo que estas ventajas tienen poca importancia, si se les compara con las del radium, que es invariable en su carga, que produce un rendimiento económico y que ha simplificado, por último, la terapéutica de esta enfermedad.

Trató, después, de la importancia que tiene la irradiación homogénea, después de los trabajos de Dominici, Regaud y Nogier, en Francia, y Dessauer en Alemania, puesto que es necesario tener en cuenta la eficacia y la inocuidad de las radiaciones, frente a los tejidos cancerosos y a los tejidos sanos. Estudió los factores que condicionan la repartición de la radiación en los tejidos, puntualizando el factor que sigue el principio de la velocidad según el cuadrado de la distancia. Dijo que esto se conseguía alejando la fuente de los Rayos X y el radium, del sitio o región del cuerpo humano que se quiere irradiar, multiplicando la superficie de entrada de los rayos o

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

agrandando la superficie de entrada única, haciendo lo que se denomina "fuego cruzado" y generando focos interiores

Estudió, en seguida, la absorción de los rayos por los tejidos interpuestos y explicó las consecuencias biológicas de la absorción de los rayos menos penetrantes, que producen quemaduras por las capas superficiales de los tejidos. Con este motivo enumeró los procedimientos que se han puesto en práctica para mejorar la trasmisión y la absorción de los rayos, cosa que se ha conseguido obteniendo radiaciones de mayor penetración, cuando se ha tratado de Rayos X y filtrando las radiaciones cuando se ha hecho uso del Radium.

Explicó después, la dispersión de los rayos X o de los rayos Gamma del Radium en el interior de los tejidos, demostrando cómo influyen el volúmen de los tejidos y cómo esta dispersión es un fenómento importante, que hay que tener en cuenta cuando se aplican Rayos X o Radium. Trató, a continuación, de la producción de los rayos secundarios, como consecuencia de la transformación de los rayos primarios, y que son tanto más absorvibles cuanto que el rayo primario es de más grande longitud de onda; dijo que según una teoría se atribuyen a los rayos secundarios acción biológica y que los filtros metálicos pesados, interfieren en el recorrido que éstos hacen desde el momento de su producción, siendo necesario, también, la filtración de los rayos que emergen como consecuencia de la interposición de los filtros metálicos pesados.

El profesor Regaud se ocupó, en seguida, de las reglas que procuran aumentar la igualdad de la irradiación, es decir, hacerla homogénea, sea aumentando el poder penetrante de los rayos, como pasa con la Roentgenterapia profunda, suprimiendo los rayos menos penetrantes de un haz complejo para hacerlo casi homogéneo, sea aumentando la distancia y multiplicando los focos o las superficies de penetración.

Trató, a continuación, del arsenal de radiumterapia, refiriendo los métodos antiguos, señalando su ineptitud para el tratamiento de los cánceres, ya que en las formas benignas ellos han sido reemplazados, ventajosamente, por los rayos X; dijo que las antiguas placas habían sido reemplazadas por los tubos, sea por los tubos de Dominici o por aquellos que tienen paredes de platino. Afirmó que en los tubos modernos se contemplan los siguientes factores: ausencia de mesotorium, longitud del foco conocido, cantidad de radium, que en los últimos tiempos ha podido conseguirse en suficiente dosis, por el descubrimiento de ricos yacimientos de pechsblenda, que produce cantidades apreciables de cuerpos radioactivos.

El profesor francés expuso, luego, los principales procedimientos de aplicación del Radium: a) aplicación intracavitaria: b) aplicación intersticial; c) aplicación en superficie; d) aplicación por focos a distancia, que recomendó, hoy que se dispone en muchos institutos de cantidades apreciables de radium, refiriendo que en el Instituto

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

del Radium de París se trabaja en la actualidad con ocho gramos de ese precioso metal.

Adujo diversas consideraciones generales sobre curieterapia, que ofreció detallar cuando se ocupe del tratamiento del cáncer en sus diversas localizaciones.

(Continuará)

Prensa Médica Cubana

NOTA PRELIMINAR SOBRE LA INDEMNIDAD EXPERIMENTAL DEL BACILO B. C. G. POR LA COMISION OFICIAL QUE ESTUDIA LA VACUNACION CALMETTE (*Prensa Médica Cubana*, Setiembre, 1928). — El Dr. Clemente Inclán publica los resultados del estudio llevado a cabo por la comisión, que, por encargo del Secretario de Sanidad y Beneficencia, le está encomendado revisar el palpitante problema de la vacunación antituberculosa. Los miembros de ella empiezan su trabajo revisando los dos principales aspectos: la inocuidad y la eficácia del método, para lo cual exponen las numerosas investigaciones realizadas, deduciendo, que el maravilloso descubrimiento de Calmette puede considerarse como uno de los medios inofensivos de que disponemos en la lucha antituberculosa, careciendo su empleo de todo peligro. Esos resultados se concretan en las siguientes conclusiones: 1°. El bacilo B.C.G. inoculado al cobayo subcutáneamente es inofensivo; 2°. El paso del bacilo biliado por los animales suceptibles y por los medios de cultivo mas apropiados para el bacilo tuberculoso, no modifica sus propiedades de avirulencia y no tuberculígenas; 3°. En las inoculaciones experimentales no se encuentran caracteres macroscópicos de lesiones tuberculosas; 4°. Las propiedades adquiridas por el bacilo B.C.G. son permanentes y fijas, siendo su uso por lo tanto inofensivo.—Dr. E. E. A.

INDICACIONES DE LA AMIGDALECTOMIA EN EL NIÑO por el Dr. ANTONIO F. BARRERA. (*Prensa Médica Cubana*, setiembre 1928).—El cargo de jefe del Negociado Central de Higiene Infantil de la Secretaria de Sanidad proporciona al autor ocasión para estudiar en gran número de niños el problema de las indicaciones de la amigdalectomía, que a su juicio puede señalar el pediatra en la mayor parte de los casos, sin ofrecer mayores riesgos la intervención,como la extracción de piezas dentarias, por ejemplo. Entre 705 casos operados sólo presentaron dos de ellos hemorragia post-operatoria, prueba elocuente de la inocuidad del método. Además, el cuidado de las vías respiratorias superiores en el niño

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

lo considera el autor como un capítulo muy importante de medicina social, paso previo en la campaña antituberculosa. —Dr. E. E. A.

SOBRE LA SINFISIOTOMIA por el Dr. J. Ortiz Perez (*Vida Nueva*, agosto 1928).—La sinfisiotomía proporciona al autor tema para demostrar sus conocimientos de la especialidad tocológica el dia de su incorporación a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Paris. En presencia de las distócias pelvianas el autor descarta la interrupción del embarazo por el aborto o parto prematuro, asi como también la extracción por forceps, versión o embriotomía sobre feto vivo; empleando, según los casos, la operación cesárea o la espectación y eventualmente el agrandamiento de la pelvis por la sinfisiotomía, dependiendo la elección de uno u otro método, de la medida del diámetro útil. Es ella la que resuelve, en concepto del autor, el problema terapéutico con los mejores resultados maternos y fetales, y lejos de disminuir la capacidad maternal de la mujer la aumenta, gracias al agrandamiento permanente mas o menos considerable, pero siempre cierto, de la pelvis sinfisiotomizada. — Dr. E. E. A.

TOXEMIA GRAVIDICA A SINDROME OCULAR UNICO por el Dr. J.M. Penichet (*Vida Nueva*, agosto 1928).—En este interesante trabajo el autor relata como ha podido apreciar que estas complicaciones atípicas oculares del embarazo, puedan presentarse en cualquier período del mismo. Las más graves son aquellas que se manifiestan al rededor del segundo tercio de la gestación, aproximadamente después del sexto mes. Sin embargo, este hecho no es absoluto, porque la gravedad no depende de la época de irrupción de estos trastornos, sino de la intensidad del proceso tóxico, y de la mayor o menor resistencia defensiva que a dicho proceso tóxico pueda oponer el organismo afectado.

Desaparecen expontáneamente al terminar el embarazo; pero a veces nos vemos obligados a recurrir un tratamiento médico-fisico depurativo, para llegar al completo restablecimiento de la región lesionada. Si no se obra con toda la rapidez y eficacia necesaria, la estructura ocular y especialmente la retina y el nervio optico pueden quedar afectados por mucho tiempo despues del parto, y cualquier otro embarazo puede agravar el trastorno.

La causa determinante, es, a juicio del autor, una toxina desconocida que se desarrolla en ciertas mujeres en cinta que puede ser el producto de los cambios en la circulación de la sangre, o de la sangre misma; de autointoxicaciones producidas por un metabolismo defectuoso; por fermentaciones gastrointestinales; por desarreglos de la acción antitoxica del higado; por alteración de las secreciones de las glándulas endocrinas, y por la supresión irresponsable del mecanismo menstrual.

De todos modos, estos casos revisten siempre gravedad mayor, por cuanto que los elementos nocivos transportados por intermedio de la sangre a las túnicas coroideas y retinianas, pudieran establecerse

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

definitivamente en estos tejidos, sin traspasar sus límites anatómicos, lesionándolos para toda la vida..

Por eso, faltaríamos a nuestro deber, dice el doctor Penichet, si hicieramos caso omiso de los exámenes de los ojos, fuente de numerosos descubrimientos, no ya unicamente en lo que se refiere a las asociaciones óculo-gravídicas sino también a las que pudieran surgir en el vasto campo de la medicina interna. — Dr. E.E.A.

Inauguración del Sindicato de los médicos del Perú

El 2 de octubre se ha efectuado la ceremonia inaugural del "Sindicato de los Médicos del Perú". Concurrió a la actuación el Presidente de la República y un numeroso público.

Discurso del Dr. Fortunato Quesada

Señor Presidente de la República, señoras y señores:

Tratándose hoy de recibir a usted en nuestra casa, señor presidente, hemos procurado los médicos organizar esta fiesta con todo el realce posible, llamando a nuestro lado al selecto concurso aquí reunido y cuya presencia saludamos con la mayor atención. Por nosotros mismos, modestísimos soldados de la medicina nos habríamos colmado con una recepción hogareña silenciosa, para verificar la inauguración de este anhelado y querido Sindicato. Pero la presencia del actual presidente del Perú, ideológica y nacionalistamente hablando, exige que el homenaje sea solemne y brillante; él no se pertenece a sí mismo, ni siquiera a una fracción peruana que pretendiese monopolizarlo; es la encarnación de un instante sublime de la república, constituye la patria misma, personificada en su noble ideal y en su acerada voluntad, a cuya grandeza todos debemos contribuír, sin distinción de posiciones, ni de edades, aunque sea con los frutos de nuestros imperfectos cerebros, empero con la íntegra potencialidad de nuestros corazones.

El ambiente de celebración patriótica que domina ahora en todas nuestras actuaciones, no es sino un síntoma de la satisfacción nacional que se desborda incesantemente ante un presente desconcertante de triunfo y de progreso, que es menester estimular y perennizar, con todas nuestras fuerzas, para conseguir su proyección bienhechora en un lejano porvenir, también fecundo y también grandioso.

Ocurre a este respecto un fenómeno social que se impone disecar a la luz, siempre aleccionadora, de la Historia. En los comienzos del siglo XIX, cuando se vivió la edad brillante de la Independencia, un sencillo sacerdote, Choquehuanca, saludaba la polifásica persona-

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

lidad de Bolívar y le pronosticaba a la manera apostólica, una mayor gloria venidera, diciéndole — en frase que ha quedado grabada por siempre en el cielo de la leyenda — que ella crecería cual aumenta indefinidamente la extensión de la sombra, al declinar el Astro Rey que la produce. Era la época en que, místicamente, todo se esperaba de un distante más allá, digno en verdad de las lucubraciones de un sacerdote de Cristo. Tal ocurrió al principio de nuestro ensayo republicano.

Al final de esa misma gloriosa centuria, viviendo la época inicial de nuestra efectiva democratización, cuando se ocultó definitivamente de las filas vitales ese gobernante de primera magnitud que fué Piérola, un orador máximo, Cornejo, elevó el himno mas formidable que hemos escuchado en el ambiente público, expresando — al desarrollar su inolvidable elogio fúnebre, — que el planeta más grande de la nacionalidad se había ocultado para siempre en la noche de los tiempos. Pasábamos por una de esas etapas de inmenso egoísmo cívico, en las que se necesitaba que el Califa cayera enmudecido por la muerte para hacer alguna justicia a su nombre. ¿Para qué entonces? Yo concibo que conviene celebrar — celebración, — para verificar, estimulando y extendiendo, la acción bienhechora de los líderes del país; no solo para preterizarla.

En la sociedad contemporánea las cosas han cambiado radicalmente. Los jueces de las existencias descollantes no son ya solamente los curas místicos y los políticos ilustres. Ha llegado a ser un convencimiento popular que esa facultad es de todos, inclusive de los médicos, sacerdotes laicos de la salud y agentes acreditados de la vida. Vivir no es, en nuestro concepto, un mito del que hay que descubrir en la lejanía de otras generaciones sus virtudes y sus defectos, ni es tampoco, una frase rotunda que honra pronunciar como responso en la glorificación póstuma. La vida es un hecho actual que es necesario percibir bien para hacerla producir más y mejor. La Biología, nuestra hermana, vivifica si quereis todos los resortes humanos, desde los misteriosos de la liturgia hasta los encumbrados del gobierno. Amamos la concepción viviente del Estado moderno, por que es la estimuladora por excelencia, que hará, a no dudarlo, el milagro social del bienestar y de la cultura nacionales.

No es, por consiguiente, que haya surgido un nuevo espíritu crítico a expensas de la personal relievación de un hombre extraordinario, sino que se ha creado un aura de mayor valor y expontaneidad en las conciencias y de más oportuno y sincero juicio en las instituciones. No esperamos, abúlicos y anodinos, el fallo único de los años postreros, que, a su vez, vendrá también como lo preceptúa la Biblia. Tenemos el designio corporativo, biológico había de ser, vale decir, médico, de edificar nuestra opinión como un aliento renovador de la labor vital, forjadora maravillosa, para poder estimularla e incrementarla, acompañando — sin más credenciales que la propia ilusión, — a quien es el obrero de una urgente fé nacional, reclamándole mayor número de actos beneficiosos todavía.

Por eso es que ya no lo dejamos todo en manos de la posteridad y del mañana, bastante promisores, es cierto. Y por eso, sublimando lo bueno de un grande hombre y augurando la felicidad de

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

un gran pueblo, nos levantamos también los hijos de Unánue, el procer de la medicina nacional y en nombre de Carrión, símbolo del espíritu médico peruano, para decir, sencillamente, en una oración pletórica de fé patriótica, como nuestros padres los Incas aquí está el Sol del Nuevo Perú, viviente triunfador, justo, listo — seguramente, — a lanzar sus rayos luminosos y benéficos en este campo de toda su predilección, en este fértil campo de la ciencia y el arte de curar, que fué un Dios en Esculapio, un aforismo en Hipócrates, un santo orgullo en Galeno y una experiencia biológica en Pasteur; que es para algunos,en el presente,un espíritu de negocio, y que,para nosotros, es un negocio del espíritu en el porvenir. No son ya sólo las sombras de la gloria las que nos atraen. Es al centro cósmico de la grandeza nacional al que reconocemos en justicia: Sol sin ocaso, no tanto por virtud de las admiraciones, que al fin se acaban o se desgastan, como por el entusiasmo de los discípulos de una Escuela de bien, imperecedera, porque resultarán los sostenedores de la esperanza, de que la buena era tendrá continuadores.

Tal obra precoz del juicio colectivo ha permitido polarizar, en nuestra pequeña humanidad, dos tendencias, muy distintas, que saltan a la vista del observador imparcial; la de los que celebran o reconocen para aprovecharse a sí mismos y la de los que reconocen o celebran para sus ideales y para sus instituciones. Un choque entre esas tendencias ha hecho surgir este Sindicato, como que es el golpe del martillo modelador el que hace estallar la chispa orientadora y candente, actuando sobre el yunque vegetativo y estático. Un día malo concíbese la nefasta idea de proyectar una Compañía exclusivista para explotar industrialmente determinado aspecto de nuestra profesión y entonces nace nuestro gran problema gremial del día, al que aludo con franqueza, no solo porque viene a ser el fresco origen de esta transformación del Círculo Médico Peruano, sino porque las gestiones pertinentes nos han permitido juzgar más de cerca, de un lado, la amplitud de criterio del presidente Leguía, y de otro, sus generosos sentimientos por la medicina nacional. Ella no podía quedar al márgen de su gran tarea peruanista. Sin más título que nuestra representación sindical, hemos sido acogidos benévolamente por el supremo gobierno, que ha aceptado con toda dignidad nuestras demandas, inspiradas tan solo en un anhelo de bien público y en guarda de los más caros intereses de nuestra colectividad. Estamos seguros que su fallo justiciero ha de corresponder a quienes no tenemos otra espectativa, que ser médicos como soñamos que debe ser un profesional, que de la medicina vivimos y solamente para ella trabajamos.

¿Qué es lo que pretende el joven y vigoroso sindicato al reclamar contra la anunciada Compañía Nacional de Seguros de Salud y para la expedición de certificados sanitarios, que tiene, en la fecha, todavía 23 días, para detener la iniciación de sus funciones? Lo que perseguimos no es, ciertamente, la repartición entre todos los colegas de las ganancias que, en suma cuantiosa, calculan obtener — sobre la base de la exclusiva, — los pocos concesionarios, médicos, puesto que la tésis que defendemos frente a la sugestión monopolizadora, es la de la nacionalización por el Estado de los Seguros So-

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

ciales, con esta triple finalidad bonificadora: 1°) que los beneficien, sobre todo, a la sociedad en general; 2°) que ellos permitan la realización de importantes obras sanitarias nacionales, en beneficio colectivo del país; y 3°) que ellos sirvan decididamente para incrementar la acción social bienhechora de este gobierno. Nosotros nos agitamos por un sano ideal: que la Medicina Peruana no sufra desmedro en su patrimonio espiritual y que su adelanto no se desvíe del sendero científico y humano que le ha permitido conquistar un lugar tan destacado en muchos centros de vanguardia. Ponemos todo nuestro empeño y todo nuestro desprendimiento personal, no por que aquello nos quitaría algo de nuestras legítimas espectativas profesionales, sino, principalmente, porque se mutilaría, sin otro provecho elevado, nuestro alto ideal asclepiádico. Que se nos desmejoren los honorarios facultativos, bastante empobrecidos ya en la realidad, como sucede al presente, en muchas ocasiones; pero que no se toque el supremo ideal de esta profesión universalizadora. Luchamos por este ideal y solo por él nos movemos.

¿Y qué es, en suma, este sindicato, se nos preguntará también, como exponente defensivo de tan grande ideal? O, en otros términos: ¿cuál la definición de esta institución gremial, vocacional y socialmente considerada?—Es oportuno que lo digamos bien claro a la faz de todos. Una institución — lo hemos expresado en otra oportunidad, — no es una agrupación de hombres o de intereses; la institución es espíritu superior, ímpetu sagrado de mejoramiento y de bien colectivo. Más que un acta de firmantes, es un acto de fé, libre y conciente. Nuestra institución, como lo hemos escrito recientemente, "en lugar de proyectar que se constituya una orden en la que se organicen gerarquías caprichosas y se exhiban títulos más o menos discutibles, queremos que, por su acción bienhechora y sus ideales elevadísimos, sea religión que conquiste las conciencias gremiales por la superioridad del pensamiento médico y la fecundidad de los corazones profesionales, en esa cruzada honrosa de la medicina nacional, en la que son soldados heróicos tanto los clínicos que tratan al enfermo anónimo por peligroso que sea su proceso, como los sanitarios que marchan por los campos infectados desafiando las inclemencias de la Naturaleza".

Es importante que insistamos ligeramente, ante un conjunto de personalidades no técnicas, en la significación moral de nuestro sindicato y de nuestro sindicalismo. La tésis sindicalista médica no se limita ni se parcializa en el movimiento doctrinario económico-político-social de la redención proletaria, en vista de los avances desmesurados de un capitalismo sectario. Quizás su primera y única manifestación en tal sentido la constituye una interpretación errónea del problema planteado por los aseguradores de la salud con privilegio, ante le justísimo reclamo de todas las asociaciones hipocráticas. Nuestro sindicalismo profesional abarca, fundamentalmente, una organización humana superadora del trabajo facultativo, siempre en el derrotero inmanente de la perspectiva científica y altruísta, dentro de los admirables imperativos deontológicos de la profesión, que a pertinencia tratamos de extender e infiltrar en la multitud, y con la genuina empresa de crear capacidades expertas

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

y culturales, tan necesarias en los países nuevos como en las viejas civilizaciones, fomentando así una serie de auténticas producciones objetivas y bibliográficas que nos permitan exclamar con orgullo; "nuestra ciencia" y "nuestro arte". Hay que buscar en el léxico castellano un vocablo adecuado que interprete mejor este sindicalismo tan especial y evite fuera de nuestro círculo, temibles confusiones, que pueden ser enojosas. A su vez, el sindicato médico no es como algunos sindicatos comerciales, que son los únicos que emplean tal denominación entre nosotros, una fundación de lucro y con tendencias puramente utilitarias. Por el contrario, nuestro Sindicato — y corresponde al llamarse así al bautismo universalmente galénico, — propicia las directivas desinteresadas en el ejercicio de la docencia y de oficio como siempre se ha hecho entre nosotros en el mayor número de especímenes, pero, para que estos no perezcan y puedan hacer más provechosa su labor, anhelamos que estén fuertemente respaldados por fundaciones adecuadas. No puede ser jamás auspiciadora del lucro ciego e inconveniente una institución como la nuestra que ha emplazado jubilosamente una H. T. M. que traduce Honradez, Trabajo y Moralidad. Usted mismo, señor presidente ha celebrado tal escudo, repitiendo en este recinto lo que dijo a los higienistas de América: «La medicina, sobre ser una función social, es un sacerdocio y el médico no es tanto un profesional que egresa del claustro para ganar un salario, sino un sacerdote investido de la facultad de ejercer un culto». Así los cumplimos, religiosamente.

En fin, digamos ¿qué es lo que hemos verificado para merecer la confianza y el honor de tener a nuestro lado al jefe de la nación y para despertar la alegría de todos nuestros compañeros, alborozados y contentos? Siguiendo en mínima parte su soberbio ejemplo, no nos quedamos en la barrera fácil y narcotizada de la disertación; en la opinión de los propios teorizantes, lo mas meritorio. Y, en realidad, así debe ser, si la concepción va seguida de la acción, que tiempla y valoriza los conceptos, haciendo verdadera la inefable sensación de triunfar, de otro modo tan teórica como las lucubraciones habladas o escritas, máxime cuando se quedan detenidas en el papel o se pierden en la diafanía del espacio. En la égida legüísta hemos hecho "un congreso gremial, una revista esplendorosa y una institución reformadora"; una extensión profesional solidaria; un plan cultural de aliento; una proclama social, de gran espectativa; muchas otras menudas labores más en el menester colectivo; todo con material modestia pero con algún sentido práctico. Esa misión no es agena a usted, señor presidente, que la ha auspiciado con toda simpatía, estimulándonos con su aprobación autorizada y dotándonos de oportunos y tónicos consejos. Por eso al encontrarse en este hogar no es usted un invitado espectacular, sino un esencial factor de nuestro progreso institucional a quien saludamos. No representa tan solo la figura central que preside; significa el motor anímico que convive funcionalmente con nuestros escarceos y nuestros idealismos. Al escuchar estos conceptos y al ver estas realizaciones estamos seguros que encuentra en muchos pasajes reproducida su doctrina de patriota, que se incuba ya en el seno médico, y reflejada su visión de estadista, que se expande también en el dominio de la medicina. Es el ejemplo

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

que ha dado a usted a porfía, de encontrarse vinculado como Primer Magistrado de la república con los más insignificantes laboristas del adelanto nacional; demostrando con su presencia,que el supremo gobierno aprecia el mérito creador de bien por pequeño que aparezca y cualquiera que sea la órbita en que se genere.Contamos con su apoyo impulsador, aparte de la disposición gubernamental para que se nacionalicen los titulados "Seguros Sociales", para la consecución de nuestras dos gestiones inmediatas, en vías de estudio ya: la celebración del Segundo Congreso Nacional de Medicina en Arequipa, para el que actualmente preparamos el Código Sindical de Moral Médica; y la construcción de la "Casa de los Médicos", en esta capital, proyecto que cuenta con la fecunda laudatoria presidencial, que vinculará bajo el mismo techo a todas las sociedades profesionales y nos permitirá presentarnos dignamente ante los visitantes extranjeros. Como devotos de un credo desinteresado y bueno somos bastante humildes; pero como en las esferas metropolitanas, necesitamos dignidades de veras y catedrales magníficas. Solo así será posible celebrar debidamente el santo oficio de la medicina.

He abusado demás de su gentileza, señor presidente, y de la del respetable auditorio que nos a hecho el favor de escucharnos. Voy a concluir.

Habréis visto, seguramente en lo más alto de la portada del edificio donde estamos, una S luminosa, que se encuentra erguida allí, envuelta en los colores nacionales,desafiando la perspectiva del inmenso horizonte y combatiendo la oscuridad de la bóveda celeste. Es la S sindical que nosotros hemos extraído de lo más hondo de nuestro pasado profesional y la hemos colocado en lo más elevado de nuestros destinos futuros. S tres veces evocadora, gráfica en nuestra insignia: la Salud del cuerpo y del espíritu; el Saber profundo y certero la Solidaridad en las instituciones y en el vida. Triada vial que pedimos a la Providencia para todos los profesionales acogidos bajo esta bandera humanista del Sindicato de Médicos del Perú, que, os ruego, señor, como mensajero de la patria, declarar inaugurado en este día feliz de la medicina peruana.

Discurso del Sr. Presidente de la Republica

Señor Presidente del Sindicato Médico.

Señores:

Siento particular satisfación cada vez que inauguro un Instituto como éste, cuya fundación obedece a móviles tan altruistas y que se propone hacer obra de mejoramiento en favor de la clase médica y campañas de saneamiento moral.

Mi Gobierno nunca negará su apoyo a todo empeño que tienda a elevar la moral profesional de nuestros médicos, a favorecer la mejor investigación de nuestras enfermedades, no para crear una ciencia propia, porque ella es esencialmente universal, sino para contribuir a la perfección técnica del tratamiento; en una palabra a dignificar el difícil sacerdocio que ejercéis y que consiste en cultivar con

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

devoción la vida de los hombres, expuesta a los peligros de las enfermedades que la debilitan y extinguen.

En ese sentido os prometo confundir mi acción con la vuestra. Si bien no soy médico, soy gobernante y ser un gobernante moderno significa, en las democracias actuales, sentir como propias todas las inquietudes y los dolores del pueblo para remediarlos sin tardanza.

Reconozco que vuestra campaña contra el seguro de la salud está inspirada en nobles propósitos, pero no parece acertada.

Se ha combatido el procedimiento, que es una cosa mecánica, y no se ha aplaudido la idea, que es una cosa vital. Se ha hablado de privilegios cuando en este asunto existe un sólo privilegio, que consiste en proteger la vida criminalmente desamparada de nuestros obreros. El seguro de la salud no puede ser combatido por ningún hombre, cuyo corazón recoja, como una placa sensible, esas ondas en donde se concentra el dolor humano. El procedimiento para aplicarlo puede ser erróneo o defectuoso; pero como mi Gobierno no tiene el deseo de inmovilizar sus iniciativas de bien público, yo os prometo estudiar vuestras observaciones para armonizarlas con mi proposito de nacionalizar todos los seguros sociales.

El ejemplo que yo he dado al país en veinticinco años de consagración a la vida pública es de fe y de acción. La Historia olvidará quizás mis palabras, pero no olvidará mis hechos. Es que yo fuí educado en la escuela del trabajo, en donde aprendí que la vida debe vivirse realizando un noble esfuerzo. Y la superioridad de los hombres de acción sobre los que durante cincuenta años, tuvieron, en nuestro país, la monomanía de las teorías, se revela comparando lo que nosotros hemos hecho con lo que ellos no pudieron hacer. A mí me aleccionó también el desastre. Me fué dado ver lo que vosostros no habéis visto. Ví a esta gran Patria que hicieron los Incas y los Virreyes castellanos, San Martín y Bolívar, caída y escarnecida bajo el peso de la cruz que habían puesto sobre sus hombres ineptitudes y aturdimientos imperdonables.

Hacéis bien en seguir mi ejemplo, perseverando en el trabajo, amando intensamente a la Patria, teniendo fé en sus destinos. Vosotros acabaréis de hacer lo que yo he empezado a hacer: su grandeza.

Ahora cumplid vuestros propósitos con entusiasmo y abnegación Yo os ayudaré sin reservas a condición de que permanezcais unidos. Yo he trabajado por dar una conciencia colectiva al país, por dar unidad a sus instituciones, por coordinar nuestros anhelos, por unificar en los moldes rígidos de la disciplina, las inquietudes y los sacudimientos rebeldes del alma popular. Soy un hombre a quien obsesiona el ideal de la unión del país, ¿cómo entonces despreocuparse de la unión que forzosamente debe reinar en el seno de nuestras instituciones profesionales?

Os recomiendo, pues, permamecer unidos porque de lo contrario vuestra obra, no tendrá eficacia, ni vuestro esfuerzo será útil y vuestro ideal dejará de ser un ideal humano, para convertirse en el pequeño interés de unos pocos. Hay que deponer los prejuicios que separan a los hombres, excusar el error con tolerancia y perdonar los desvíos

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

con bondad. No olvidéis, señores que os habla un hombre que ha visto perderse al Perú por rivalidades y disputas, que ya tiene detrás de sí el tiempo que alecciona con sus terribles experiencias y por delante el horizonte, cada vez menos lejano, en donde las impurezas de la tierra se transforman en el azul del cielo.

Queda inaugurado el Sindicato Médico del Perú.

El 43 aniversario de la muerte de Daniel A. Carrión

RECORDANDO ESTA GLORIOSA EFEMERIDES

El 5 de octubre se cumplieron cuarentitres años del fallecimiento de Daniel A. Carrión, aquel esforzado estudiante de la Facultad de Medicina de Lima, que por penetrar en los misterios de la llamada hasta entonces Verruga peruana, sacrificó su existencia, ingresando a la inmortalidad.

Como siempre, la Sociedad Medica "Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina" organizó una romería al Cementerio, donde depositaron flores en el Mausoleo que perpetúa a Carrión. El alumno de 7°. año, José Max. Arnillas, pronunció el siguiente discurso:

Señores:

Al sentimiento de admiración y orgullo que vive en lo más hondo del espíritu del Centro de Estudiantes de Medicina, al fervor de los alumnos fernandinos por el culto de sus héroes, se debe esta romería de juventud a la tumba de su hermano, de su maestro, de su más pura y alta gloria, Daniel A. Carrión, inmolado en aras de un noble y hermoso sacrificio.

Los estudiantes fernandinos traen una lámpara nueva y la encienden para el culto de Carrión. Van a arder en ella luces de espíritus juveniles, chispas del fuego sagrado que antes quemó y ahora alumbra el recuerdo del preclaro hijo de Unanue. A la voz del gran idealista que tanto se sacrificó por la ciencia, responden los alumnos de San Fernando, con la voz elocuente de su fe, de su esfuerzo y de su sangre. Ahora que esta sangre bulle en la impaciencia creadora de las juventudes en marcha, ahora que esta fe está puesta en el fértil halago de la acción, ahora que ese esfuerzo cambia el estudio en profesión de vida, los estudiantes mantenemos fijos el corazón y la mirada en la grandeza de Carrión. Porque la grandeza de este mártir no está hecha de su pasado, sino de su real y pujante porvenir. Las gradezas con bases de pasado sirven para el respeto o para el llanto de la historia. Se las admira y se les canta, pero no se les consagra el corazón entero.

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

La grandeza de Carrión no está detrás de nosotros, sino delante. Ella nos guía, nos alienta, nos estimula. Siguiéndola con el corazón, estamos siguiéndola a un tiempo con el cerebro, porque habla a la vez con idéntica sugestión al pensamiento y a la emoción. Es grandeza tan viva que ni el tiempo ni la ingratitud pudo abatirla. Siempre alentó con su propia vitalidad aumentada con la savia eterna del tiempo.

En época infausta no se quiso entender su obra; pero sobre la opinión que mente torpe e inconciente arrojó, el rayo triunfador brilló cada vez más alto, cada vez mas puro, hasta quedar como suspenso entre la tierra y el cielo.

A esa gloria que es vida, el estudiante fernandino le consagra, una ofrenda de vida. El Centro de Estudiantes de Medicina no ha nacido para el canto estéril. Su lámpara difunde con la luz, el amor y el altruísmo. Una conjunción de inteligencias y voluntades no podía conducir a la admiración platónica. Ni el recuerdo de Carrión y su gloria inmaculada podían consentirlo. Quien fué todo calor, todo virilidad, todo sacrificio, no podía ser símbolo de quietismo e inercia. El estudiante de medicina trabaja por la gloria de Carrión, que es la gloria del Perú y es la gloria de la humanidad.

Bajo el signo de los grandes videntes como Carrión, que supieron descifrar el lenguaje de la ciencia, esta juventud de hoy quiere despejar la incógnita del futuro, conquistar el tiempo y acercar el grandioso destino prometido a la fe y al esfuerzo.

Señores:

Ante la tumba de Carrión que nos ha congregado, porque en ella no yacen despojos inertes, sino palpitaciones sutiles de lo inmortal y de lo perenne, elevemos un himno de amor y trabajo, hecho con el espíritu y con la vida de Carrión, que es para el estudiante fernandino, el faro luminoso que ha guíado, guía y que guíara al modesto, al leal, al honrado estudiante de medicina.

RECUERDO DE UNA ACTUACION MEXICANA SOBRE DANIEL A. CARRION

Por no haberse publicado entre nosotros, reproducimos los trabajos que se llevaron a cabo en la capital azteca al conmemorarse el 41 aniversario de la muerte del héroe de la medicina peruana. Lo hacemos como una manifestación de simpatía a los organizadores y para que esos documentos queden en la bibliografía nacional.

El homenaje se llevó a cabo por invitación del Dr. Rector de la Universidad Nacional de México.

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

Discurso del Dr. Tomas G. Perrin

En el vasto y bello panorama de la historia médica del Perú, (nombres ilustres de Unánue, Heredia, Ulloa, Villar, Alarco, Castillo, Carvallo, los Odriozola y el malogrado Tamayo; de Muñiz Avendaño, Olaechea, Paz Soldán, Gastañeta, Hercelles, Valdizán



y Escomel; de Bello, Aljovin, Puente, Gastiaburú, Bambarén, Rebagliati, Denegri y Fernández Dávila) destácase nimbado con la triple esplendorosa aureola del mártir por la Ciencia, por la Patria y por la Humanidad, la figura luminosa de Daniel A. Carrión.

En vano Garrison al hablar del martirologio médico en su *History of Medicine*, coloca el nombre de Carrión (bien que el primero) con los de Lazear, muerto de fiebre amarilla; Yersin y Franz Müller, de peste bubónica; Carbone de fiebre de Malta; Mac Fadyen de fiebre tifoidea; Dutton, de fiebre recurrente; Ricketts, de tabardillo y Mc Olitinc, de fiebre de las montañas rocosas; en vano Reg-

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

nault repasa en la *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie* nobles ejemplos de abnegación científica.....Desgenetts, Metchnikoff, Alibert y Danielsen salieron indemnes de sendas, pretendidas inoculaciones de peste, cólera, cáncer y lepra. Ollivier salvose de una voluntaria infección con la ya legendaria "podredumbre de hospital", Carré con la de un pus de osteomielitis, Masson del paludismo experimental, Maczutkowsky de tifo, por autoinyección de suero de un enfermo y Garnault de tuberculosis, inyectado por Metchnikoff con bacilos del tipo bovino. Contagiados unos, en manera meramente accidental, autoexperimentando otros con el convencimiento de un resultado negativo en la prueba, creyendo algunos en el éxito positivo de la experiencia, pero con la muy justa esperanza de detener la evolución del mal, ninguno es comparable en espíritu de sacrificio, en ardiente afán científico, en patriotismo, por fin, con el humilde estudiante fernandino, hoy cumbre de abnegación en la medicina mundial, Daniel A. Carrión.

———

Horroriza pensar en esa enigmática infección cuyo agente escapa, aun, a los más sagaces investigadores (pese a los bacilos ácido–resistentes hallados por Izquierdo, Odriozola, Letulle y Escomel y al protozoario babesoide de Barton o *bartonella bacilliformis* de los investigadores de Harvard) y cuyas, al parecer, dos formas clínicas, son llamadas hoy día, fiebre grave y verrucoma de Carrión.

En el primer tipo, asolados la sangre y los órganos hematopoyéticos por el ignorado germen, los enfermos son víctimas de abrumador cansancio, intensos dolores articulares, atormentadora cefalea, vértigos angustiosos, el hielo y el fuego del escalofrío la contracción brutal del calambre, la sed inaplacable, la torturante raquialgia (*cada vértebra me cambia de lugar!* plañía un enfermo) y el insomnio agotador. Los desgraciados enloquecidos de dolor, claman por la muerte, y cuando no caen en el anonadamiento del coma, la ven llegar estremecidos en ansias como la suprema liberadora de tantos horrores.

En el segundo tipo, tras malestares múltiples: penosos trastornos gástricos, extenuantes cámaras profusas, debilidad extrema, fiebre, lancinantes dolores y sudación copiosa y temblores y hemorragias, cúbrese el enfermo de repugnante erupción verrucosa, que si prestamente desaparece, es para alzarse tras ella el espectro de la muerte, y que si persiste, lleva a la víctima durante largos meses la pestilente hediondez de un Job.

Estos dos tipos de la enfermedad de Carrión eran estimados antes del año 1885 como dos distintas entidades nosológicas y flagelaban los pintorescos departamentos de Ancash y Lima, llegando a aterrorizar a la República, por el número de los atacados y por su gravedad, cuando se iniciaron los trabajos de la vía férrea a la Oroya, en el año 1870.

Tenía Daniel A. Carrión veintiséis años, en 1885, y cursaba el sexto de los estudios médicos en la Facultad de Lima. Oscuro provinciano, venido del agreste Cerro de Pasco, supo captarse las sim-

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

patías de los compañeros limeños y la estimación de los maestros, disputándole unos y otros como el primero de la clase. Ardido en noble afán de investigación, apasionóle el estudio de la fiebre de la Oroya, objeto de los más variados comentarios médicos (para Tasset sería una fiebre palúdica, para Pancorbo una intoxicación por hidrógeno sulfurado, para Hutchinson una consecuencia de lesiones hepáticas originadas por el alcoholismo, para Alarco leucocitosis aguda criptogénica) y de la verruga o peruana andícola (sífilis para Unánue, aneurismas arteriolares por germen desconocido, para Malo, infección específica de un virus vehiculado por aguas verrucógenas para Tschudi, Smith y Salazar, variedad de micosis fungoide para Dounon, modalidad de botón de Biskra para Bordier) pues harto conocidos éranle los estragos de aquella devastadora fiebre anemiante que diezmaba a los trabajadores de las quebradas entre Infiernillo y Chicla, allá abajo de su hogar, nido de águilas andinas, y que años antes estudió con empeño, recogiendo sus observaciones desordenadas, pero sagaces, en un interesante cuaderno de notas clínicas. También en el mismo año de su inmolación, cuatro meses antes de ella, en abril de 1885, hizo su duodécima observación sobre verrugas, con un bello diagnóstico, localizándolas en las meninges, y teniendo, por cierto, en la historia clínica, frases de piedad para la desventurada víctima, el niño de once años, Antenor Flores, de Ayacucho.

En el pensamiento de Carrión brillaba siempre una chispa de luz que prometía esclarecer el oscuro misterio de fiebres y verrugas; la observación del doctor Espinar, médico de la *Maison de Santé*, quien tuvo a su cuidado a un ingeniero norteamericano apellidado Wilson que, salvado de la temida fiebre de la Oroya, se tornó verrucoso de allí a poco. Desde entonces—me refiero al año de 1875—Espinar sostuvo la identidad etiológica de las dos afecciones, y apoyáronle, entre otros médicos distinguidos, sus internos Barrios, Pérez Roca, Colunga (también médico de la Casa de Salud, francesa) Salazar, Odriozola, Fuentes, Macedo y Kiney.

Daniel Carrión quiso aclarar la naturaleza infecciosa de la verruga peruana a más de su relación etiológica respecto de la espantable fiebre de la Oroya; y con la fé de un iluminado, la fortaleza espiritual de un martir y la bravura de un héroe dispuso sobre sí mismo la experiencia. Fué en vano disuadirle; argumentaba a sus cariñosos compañeros de estudios que harto tiempo había tenido para pensar en las consecuencias de la inoculación, que ni una erupción de verrugas podría preocuparle, ni le arredraban los sufrimientos, ni mucho si no era para atemorizar la bella idea de pagar con su vida el precio de la investigación. Pero cordialmente creo que si amaba a la ciencia y a la humanidad, se consumía en un fuego sagrado de adoración al Perú y quiso hacer por su patria, lo que ningún investigador extranjero osaría intentar. Sobre ello insistiré más adelante.

El día 27 de agosto de 1885, el doctor Evaristo Chávez, hondamente conmovido, viose forzado a practicar sobre Carrión dos inocu-

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

laciones en cada brazo, con la sangre de tumores verrucosos del niño Aliaga, acogido en la Sala de la Merced del Hospital "Dos de Mayo". Tras veintiún días de incubación, que hubieran sido de indecible ansiedad para un espíritu menos templado que el del inmortal cerreño, aparecieron los primeros terribles síntomas de la implacable fiebre de la Oroya. El triunfo del investigador se sobrepuso a las torturas dantescas del martir, y Carrión, viendo demostrada ya la inoculabilidad de la verruga y su identidad con la mortífera fiebre, esperó su última hora recogiendo sobre sí mismo y anotando cuidadosamente, con admirable criterio clínico y con serenidad que pasmaba a sus aterrados amigos y maestros, cuantos síntomas pudo de la fatal dolencia: dolores, fiebres, insomnios, emisión de sangrientas orinas, desfallecimientos mortales..... Aniquilado su noble cuerpo, aún pudo escribir el 26 de septiembre, en el cuaderno de notas, el sublime ruego de que sus compañeros prosiguieran sobre aquel pobre agonizante las investigaciones, ya que difícil le sería hacerlo por sí mismo. Así lo cumplió, entre otros, Mariano Alcedán. Nueve días después, el 5 de octubre, tenían en sus brazos los compañeros de Carrión unos restos exangües, y brillaba en el cielo del Perú su más fúlgida estrella.

———

Fidelísimos y galanos biógrafos de Carrión, como Matto, Alcedán Odriozola, Arce, Gastañeta, Antoncich, Alvarez López y Mier y Proaí ño, en el Perú, y Regnault, en Francia, ensalzaron la figura del sabio la abnegación excelsa del investigador. Yo pido en estas humildes líneas la admiración para el patriota.

Ya Mier le llama *el martir de la ciencia nacional* y hace constar que recomendaba a los estudiantes y médicos amigos *¡que prosigieran en sus investigaciones científicas acerca de la verruga, aprovechando de sus experiencias personales, para no ser menos que el chileno Izquierdo*" y en un libro —magistral como todos los suyos— de la perla médica limeña —hablo del segundo de los Odriozola— encuentro, aunque al parecer, inadvertidas, estas trascendentales palabras de Carrión:"..... *no puedo soportar que ciertas personas, como el médico chileno Izquierdo, a cuyas manos sólo han llegado unos cuantos tumores osen dar opiniones y escribir sobre una enfermedad que nadie mejor que nosotros debe conocer*....."

Estas palabras, donde brilla un noble orgullo patriótico, donde parece estallar toda la brava dignidad peruana, han sido para mí una revelación y adquieren en estos momentos—días solemnes para el Perú— un vigoroso relieve.

Carrión, cuyo sangrante corazón de patriota llevaba, seguramente, grabadas a fuego dos fechas dolorosas, la del 5 de abril de 1879, un absurdo y una injusticia en la historia del Perú y la del 20 de octubre de 1883, triunfo de la fuerza sobre la razón y sobre el heroísmo, fué a la muerte para demostrar ante quienes convenía hacerlo. hasta donde llega el arrojo de un peruano, ¡que si el amor a la ciencia

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

y a la humanidad esclavizó en el estudio a nuestro héroe, sólo el patriotismo, en exaltación inconcebible, le llevó radiante de serenidad, hasta la inmolación!

Y esta lección estupenda no debe ser olvidada por quienes fijen sus ojos en la patria del héroe de Pasco.

———

Perú, vergel bendito donde florecen Rosas para los jardines del Señor, en la fecha gloriosa que conmemora tu independencia no supo mi corazón ofrecerte homenaje más grato que honrar, hasta donde su débil esfuerzo pudo, a ese tu dilecto hijo, Daniel A. Carrión, héroe de la patria y de la ciencia y orgullo de la humanidad.

San Martín, Sucre y Bolívar, figuras de epopeya, que venero, diéronte la Libertad, tres veces santa, pero alzan su arrogante grandeza sobre sangrientos pedestales; Carrión, de humildad lleno, supo llevarte hasta la Independencia con el sólo holocausto de una víctima; con su pobre cuerpo martirizado!

———

Discurso que pronunció el Consul General del Perú, Dr. Leoncio I. de Mora

El martirio de Carrión y su glorificación por la Ciencia—que los sabios, todos, de la América en sus Congresos y los maestros de Europa en sus libros clásicos han concedido la inmortalidad—por el cariño a mi país del Profesor Perrín y por el alto y noble espíritu del Sr. Rector de la Universidad doctor Pruneda, ha venido a este hermoso recinto, que abrillanta día a día la cultura mexicana, a tocar el corazón de su juventud ansiosa también por elevar la ciencia médica patria a las más altas cumbres de la gloria.

Lo habéis oido, dos entidades nosológicas indígenas, interesante la una, de marcha lenta y desconcertante que se resolvía en erupciones de aspecto y extensión variadas de pronóstico benigno, incierto algunas veces y la otra grave, de pronóstico sombrío, recibían de maestros y clínicos, igualmente respetables, explicaciones patogénicas distintas.

El caso del ingeniero Wilson, observado en 1875 por el profesor Espinar, parecía juntar en un solo individuo las dos entidades, bastándole este caso al concienzudo y docto clínico para afirmar la identidad etiológica de ambos procesos mórbidos.

Pero el sabio cuzqueño (Espinar) había muerto y quedaban en pie las doctas lecciones de maestros como Alarco, Manuel Odriozola, Villar, Macedo, etc., que no llegaban a un concepto definitivo satisfactorio.

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

Los trabajos del ferrocarril de la Oroya, esa maravilla de ingeniería que trasporta hoy al viajero desde la orilla del mar en el Callao, a los 20 minutos deja Lima, y a las 8 horas cruza los Andes a la altura de más de 16.000 pies, atrajeron con sus fuertes salarios a los trabajadores de Chile; la quebrada de Matucana, a 2336 metros, y las obras del puente que se llamó de Verrugas, llenaron las salas del hospital "2 de Mayo" de Lima de considerable número de enfermos de esa nacionalidad—pues los obreros peruanos eran atacados en menor número—atrayendo naturalmente la atención del ¡ilustrado médico chileno Izquierdo, quien escribió una interesante monografía sobre esta enfermedad. Fué la morfología de la erupción la que mereciera más atención del médico Izquierdo.

Los estudiantes de medicina, en todos los países, se han marcado siempre por el elevado espíritu cívico que los anima y, el Colegio de San Fernando—fundado en 1811 al fiat de Hipólito Unanue, el sabio egregio, y que se continuara en la Facultad de Medicina de Lima—conquistó, cumplida la libertad nacional, el título de Colegio de la Independencia.

Ingresaron a la Facultad en el mismo año siete espíritus dilectos, siete inteligencias privilegiadas—se les decía los 7 sabios de Grecia—Alcedán, Arce, Carrión, Medina, Mestanza, Miranda y Odriozola, el maestro. Los unía estrechamente su doble amor por la Patria y por la Ciencia. Se querían mucho: era de emocionar el anhelo con que Casimiro Medina pedía ofrendar su sangre para revivir al compañero muriente.

La guerra 1879 hizo suspender los estudios, empleando los alumnos sus conocimientos en curar o aliviar el dolor de los combatientes en las ambulancias y en los hospitales militares, cualesquiera que fuese su nacionalidad; cubriendo con su devoción al deber las amarguras del desastre.

Firmada la paz se volvió con más fervor al estudio esperando días de redención, de triunfo.

Los laboratorios, el museo anatomo-patológico el más notable por entonces en América, los elementos todos de aprendizaje y de estudio con que contaba, ampliamente, la Facultad de Medicina de Lima—fundamentos de su prestigio que reconocían agradecidos los combatientes del pueblo austral—ya no estaban en el Perú, fueron llevados a Santiago como botín de guerra!.....

Odriozola con recursos de familia fué a terminar con brillo sus estudios en la Facultad de Medicina de París en que fuera laureado. Los demás continuaron sus estudios en la querida Escuela de San Fernando, con la congoja en el corazón esperando con fe la ansiada hora.

Nuestro héroe, un gran corazón albergado en un cuerpo diminuto, se marcaba entre todos por el fervor, por la exaltación del patriotismo herido, que se revela en las frases que copia mi hidalgo amigo el Profesor Perrín.

Y su fría inmolación en holocausto a la Ciencia, si que también a la Patria, copia el estoicismo del viejo Coronel Bolognesi que en nuestra Arica, al frente de un puñado de combatientes, sin recursos, acepta el reto de tropas cinco veces, superiores, solamente en número,

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

rindiendo su vida en holocausto a la Patria *después de quemar el último cartucho.*

Si el martirio de Carrión estableció en forma definitiva la identidad etiológica de ambos síndromes clínicos que, desde entonces, quedaron incluídos en el proceso de la Verruga Peruana o Enfermedad de Carrión, los trabajos últimos del joven médico peruano Telémaco Battistini, con sus tramisiones al mono, comprueban la especificidad del protozoario del Prf. Alberto Barton también peruano, desvaneciendo completamente las objecciones del Profesor Strong y sus compañeros de la Universidad de Harvard.

PATRIAE, SCIENTIAEQUE, AMOR, *salus populi est* se lee en lo alto del paraninfo de vuestra Universidad Nacional. Satisfacción inmensa sentirá siempre el noble corazón del Señor Rector de la Universidad por haber invitado al maestro Perrín a leer, aquí, la hermosa loa que, como homenaje al Aniversario de la Proclamación de la Independiencia del Perú dedicara a la inmolación por la Patria, y por la Ciencia y con amor por la humanidad que sufre, de Daniel A. Carrión; de DANIEL A. CARRION que en México como en el Perú es ilustre y genuino representante de nuestra indo-latina raza.

Gracias señor Rector, mil gracias doctor Perrín.

Estoy seguro que, como el estudiante peruano Carrión, los estudiantes de México, evocando la grandeza de espíritu del mártir, por la Patria y por la Ciencia sonreirán al sacrificio si el amor por sus estudios médicos los conduce a honrar con la vida la memoria de sus maestros venerandos. De Casimiro Liceaga que con el Dr. Valentín Gómez Farías, del antiguo Protomedicato, hicieron surgir en 5 de diciembre de 1833 el Establecimiento de Ciencias Médicas de la ilustre, por mil títulos, Escuela de Medicina de México (definitivamente establecida en 1854), que ha dado a la ciencia sabios de la talla de los profesores Rafael Lucio y los Escobedo, Ildefonso Velazco y los maestros Vértiz José María y Ricardo, Miguel Francisco Jimenes, Gabino Barreda, Manuel Carmona y Valle, Fernando Altamirano, Luis Muñoz, Rafael Lavista, el notable cirujano Montes de Oca fundador de la Escuela Médico-Militar, y las nobles reliquias de Manuel Soriano, Gregorio Mendizábal, Ramón Icaza y tántos y tántos otros más que, con los distinguidos maestros y profesores de hoy, siguen la brillante estela que ha poco dejaran el sabio higienista don Eduardo Liceaga, Ramón Macías, el hábil cirujano y José Torres el genial clínico.

Gracias Señoras y Señores.

HIERRO QUEVENNE de PARIS. — El mas activo y economico, el único Hierro INALTERABLE en los paises cálidos. Exigir el Verdadero con el Sello de la "UNION DES FABRICANTS".-
ANEMIA · CLOROSIS · DEBILIDAD
Aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA

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

Notas Terapéuticas

LA CURA DE LA DELGADEZ POR LA INSULINA.—Es muy dificil establecer las indicaciones de la cura de la delgadez por la insulina.Es el medicamento sintomático de la delgadez en general; no se dirige — fuera de la diabetes — a la causa del adelgazamiento reconocida u oculta, que además no tiene sino importancia secundaria, porque ha dado buenos resultados en los enfermos tuberculosos, y aun cancerosos.

Persuadido de la inocuidad absoluta del tratamiento por el iloglandol, cuando el régimen alimenticio es suficientemente rico en hibrocarbonados para evitar cualquier incidente de hipoglicemia, el Dr. D. Bines. (*Tesis de la Facultad de Medicina de París* 1928) ha podido comprobar:

1° Que la dosis a veces considerable de hormona pancreática administradas por los autores alemanes y austríacos no eran absolutamente necesarias (lo cual se desprende netamente de los trabajos de Moutier y de Max Levy).

2°. Que, contrariamente a las conclusiones ya formuladas, una cura ambulatoria es perfectamente posible sin ningún peligro.

La técnica consiste en la inyección cotidiana de 15 a 30 unidades clínicas (1 o 2 ampollas de Iloglandol "Roche"), practicad as solamente algunos minutos antes de una de las principales comidas (en general por la noche) por vía subcutánea profunda, durante quince días a tres semanas. El régimen alimenticio de los enfermos debe ser bastante rico en hidrocarbonados, no solamente para neutralizar la insulina administrada (1 gr. 50 a 2 gr. por U. C.) sino también para aportar un complemento suplementario, que es la condición de la inocuidad de la cura, e igualmente la condición del éxito. La cura no necesita la hospitalización de los enfermos, ni aun un reposo en cama más o menos prolongado. Los sujetos que se tratan pueden continuar perfectamente sus ocupaciones habituales, cosa muy importante, desde el punto de vista de la práctica médica.

GUIA LASCANO De todas las profesiones, inclusive los médicos. *110.000 direcciones.*

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

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

SESION DE DIRECTORIO

Bajo la presidencia del doctor Wenceslao F. Molina celebró sesión el directorio de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.

En el despacho se dió cuenta: de una nota del Inspector General de Prisiones, en la que acusa recibo de la nómina del personal directivo de la Liga; de la Liga de Nacional contra el alcoholismo,de Chile, avisando que ha recibido idéntica comunicación y ofreciendo a la vez iniciar intercambio de publicaciones.

Se tomó conocimiento de una comunicación de la Liga de Higiene Mental del Brasil, que propone emprender una cruzada antialcohólica entre los países hispano-americanos, organizando para el efecto la "Semana antialcohólica". Como la fecha indicada fuese el mes de octubre, se acordó tomar en cuenta esa campaña el año próximo.

La Liga acordó dejar constancia en el acta de su expresión de simpatía a su expresidente doctor Leonidas Avendaño, a quien aqueja rebelde dolencia.

Habiéndose celebrado últimamente el segundo aniversario del fallecimiento de la señorita Cristina Espinoza Condemarín, se acordó expresar que la Liga reconocía la justicia de ese homenaje, de la que fué en vida entusiasta miembro de la institución.

Con motivo de la labor de divulgación y cultura popular que se lleva a cabo desde "Los viernes médicos" de"El Tiempo", la Liga acordó un voto de aplauso al doctor Juan F. Valega, redactor de esa página y a la dirección de ese diario, que con un amplio concepto del periodismo moderno, le dá cabido y apoyo.

Se dió cuenta de la cooperación que la Liga ha prestado a los trabajos de organización de la "Semana de Salud", que se proyecta celebrar próximamente con el concurso de varias instituciones de carácter médico-social, a fin de contribuir a la conmemoración del aniversario de la fundación de la Dirección de Salubridad Pública, que indudablemente significa un acontecimiento trascendental en la vida del Estado. En vista de los informes que suministraron los doctores Molina y Bambarén, la Liga acordó ratificarles su confianza para que prosigan en esa labor.

Se acordó, por iniciativa del doctor Julio G. Arbulú, recomendar al Comité organizador de la"Semana de Salud" el empleo de"afiches' de propaganda sanitaria, a fin de que de esta campaña queden recuerdos tangibles.

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

El señor J.C. Field propuso y la Liga lo aprobó, que en las actuaciones que se celebren en la "Semana de Salud" se repartan impresos de la institución conteniendo preceptos sanitarios.

El doctor Carlos Jaramillo Infante ofreció material de propaganda higiénica (películas, diapositivos, etc.), para usarse en las diversas actuaciones de la "Semana de Salud".

La señorita Zoila T. Noel, solicitó que el Comité de Higiene dental de la Liga ofrezca sus servicios profesionales y de propaganda dental a la Sociedad Cultural de Empleadas de Comercio.

Se otorgó un voto de aplauso al señor prefecto de Lima, que por su energía para hacer cumplir la Ley 2,531, ha dispuesto clausurar los establecimientos que han reincidido en violar la Ley que prohibe la vents de bebidas alcohólicas los días sábado y domingo.

La Liga tomó conocimiento de las publicaciones que el señor J. C. Field trajo de Montevideo, para incrementar la biblioteca institucional. Se trata de publicaciones del Instituto Profiláctico de la Sifílis de esa ciudad.

Habiéndose suscitado de nuevo, una discusión pública, sobre el problema del tráfico en la ciudad, la Liga acordó expresar nuevamente su opinión, emitida desde el año 1926, según la cual, uno de los medios más científicos para resolver la cuestión, es la selección psicotécnica de los guiadores de vehículos, única manera para descubrir sus aptitudes para el manejo de los locomóbiles motorizados, sin que esto signifique desconocer la importancia de los reglamentos de tráfico y de las disposiciones que rigen sobre el particular.

Existiendo en el Parlamento un proyecto de Ley, que ha merecido aprobación de la Cámara de Diputados, por el que se iniciará en el país labores de higiene y selección mental en el ejército, marina y guardia civil, y teniendo en cuenta los beneficios que esto reportará a la Nación, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, acordó dirigirse a los ministerios respectivos ponderándoles las bondades de esa ley y anticipándoles un aplauso por la diligencia con que le den aplicación.

En seguida se inició la discusión sobre conceptos mutualistas y mutualidad, expresándose que esta institución de protección social, no posee los recursos necesarios, por la unilateralidad de los aportes económicos, para subvenir a las necesidades preventivas y curativas que hay que atender en la asistencia médico-social, ya que los riesgos de la vida y del trabajo, son múltiples y numerosos.

Como en el curso del debate se expresó que el Seguro Social es la forma científica y moderna para resolver la asistencia de los riesgos de la vida y del trabajo, se nombró una comisión para que, de acuerdo con las opiniones vertidas, presente en forma concreta el pensamiento de la Liga a este respecto.

Después de lo cual se levantó la sesión.

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

Noticias

EL CENTENARIO DEL NACIMIENTO DEL DR. JOSE CASIMIRO ULLOA.—En la Academia Nacional de Medicina, se ha presentado la siguiente moción:

Los Académicos que suscriben

Considerando:

Que el día 4 de marzo de 1929 se cumple cien años del nacimiento de José Casimiro Ulloa, fundador de la Academia Nacional de Medicina y su primer secretario perpetuo.

Que éste esclarecido médico, por su saber y su obra científica y cultural es digno de la recordación agradecida de la posteridad;

Que la Academia Nacional de Medicina a la que consagró sus mejores energías debe solemnizar este centenrio, pidiendo su concurso a las diversas instituciones del país.

Proponen:

Que la Academia Nacional de Medicina presida un homenaje conmemorativo de esta efemérides, invitando a que cooperen en su celebración todas las instituciones médicas y culturales del Perú.

Lima, octubre de 1928.

Carlos Enrique Paz Soldan — Guillermo Fernandez Davila— Carlos A. Bambaren.

PRIMERA CONFERENCIA LATINO-AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL.—Con el auspicio de los Ministerios de Justicia e Instrucción Pública y de Relaciones Exteriores y Culto, se reunirá en Buenos Aires el 14 de noviembre próximo, la primera conferencia latinoamericana de neurología, psiquiatría y medicina legal, certamen que fué propuesto, y aceptado por la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires, por el Doctor Hugo Lea Plaza, profesor de Neurología de la Facultad de Medicina de Santiago de Chile.

La mesa directiva de esta primera conferencia está constituída en la siguiente forma:

Presidente, doctor Arturo Ameghino; vicepresidente, doctor Raúl Sánchez Elía; secretario, doctor Marcelino J. Sepich, y vo-

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

cales doctores Javier Bradmann, Gonzalo Bosch, José C. Belbey y Hugo Lea Plaza.

Esta conferencia tiene por objeto reunir periódicamente a los cultores latinoamericanos de esas tres disciplinas científicas; tratar las cuestiones correspondientes a ellas y, con preferencia, las de interés común a los países de la América latina.

La conferencia estará constituída por delegados de los países de la América latina, que deseen concurrir; por representantes de instituciones idóneas y por miembros adherentes. Se reunirá en sesiones primarias o parciales destinadas exclusivamente a discutir temas científicos y finalizará con una sesión plenaria de clausura.

Serán considerados miembros adherentes a la conferencia, los médicos o los profesionales de ciencias afines a cualquiera de las especialidades de que se compondrá la conferecia, o las personas que sin reunir esas condiciones se hayan destacado, en cambio, en estudios relacionados con tales especializaciones.

La conferencia realizará una sesión de apertura: una o más sesiones plenarias para la lectura y discusión de los temas oficiales; una o más sesiones dedicadas al resto de las comunicaciones y una sesión plenaria de clausura durante la cual se tratará las cuestiones de interés general propuestas por los miembros adherentes. Todas estas sesiones serán públicas.

Bibliografía

ENFERMEDADES DE LOS PAISES CALIDOS por el Dr. Martín Mayer. — Un volúmen de más de 350 págs. — *Gustavo Gili, editor.* — Barcelona 1928.

El doctor Mayer, del Instituto de enfermedades tropicales de Hamburgo, ha agrupado en un tomo aquellas enfermedades propias de los países cálidos, autóctonas de determinadas latitudes muchas de ellas, pero a las que, en conjunto, es imposible aplicar el calificativo de exóticas.

La clasificación etiológica seguida por el autor para describir los distintos procesos es enteramente metódica y racional, constituyendo la obra, en conjunto, un excelente manual de parasitología, digno de figurar en la biblioteca de todo médico.

Las descripciones clínicas, claras y sobrias, dan perfecta idea de cada enfermedad y de su evolución, contribuyendo a la comprensión del texto las numerosas ilustraciones que contiene la obra, en su mayoría fotografías seleccionadas de casos típicos, junto con magní-

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

ficos grabados y láminas en color, curvas térmicas, datos estadísticos, etc. La parte epidemiológica y la terapéutica son todo lo completas que requiere el plan y las proporciones de la obra. Precisamente su mayor valor estriba en la densidad de doctrina que contiene, dada su prudente extensión.

El doctor Mayer, su autor, ha procurado avalorar la edición española con interesantes datos terapéuticos que constituyen recientes aportaciones científicas.

LA PSICOINERVACION. TERAPEUTICA PSIQUICA por el Dr. James Mapelli. — Un tomo de 243 páginas. — *Editores Librería "El Ateneo"*. — Buenos Aires 1928. — 7 pesos.

Al presentar al público esta obra, el autor después de analizar ampliamente las diversas influencias psíquicas sobre la vida vegetativa, estudia los diferentes e intricados problemas de la conciencia y de la subconciencia, exponiendo con mucha claridad la importante fenomenología de las sensaciones estereotipadas en la subconciencia.

El valor principal de esta obra está en la explicación de los fenómenos autosugestivos y en la táctica aconsejada para poder provocar en cualquier enfermo, fenómenos positivamente sugestivos, tan indispensables para la medicina moderna.

Lenta y racionalmente el lector se siente llevado a la meditación de los impresionantes fenómenos psíquicos, del equilibrio fisiológico.

La psicoinervación, que es una nueva doctrina, está basada en la aceptación de estímulos psíquicos, que producen inervaciones en todo el organismo humano, que el autor clasifica de: calmantes, excitantes o reflexivos y que se transforman en sugestivos, solamente cuando son elegidos con criterio psicológico.

Ampliamente documentada y de elevado concepto científico, tiene el gran valor de estar escrita esta obra en forma didáctica y sencilla.

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

La Enfermedad de los Andes

(SINDROMES ERITRÉMICOS)

(*Continuación*)

Por el Dr. CARLOS MONGE

y sus colaboradores

CONCENTRACION EN IONES H.

pH. SANGUINEO.— No obstante las investigaciones de HALDANE BARCROFT y los miembros que acompañaron a ambos en sus expediciones científicas, todavía no se ha dicho la última palabra sobre este particular. BARCROFT y sus colaboradores empleando métodos ionoscópicos, el de la determinación del CO^2 combinado y libre y aplicando el diagrama de HAGGARD y HENDERSON, no se pronuncian categóricamente. Con todo, puede avanzarse que está completamente descartada la posibilidad de una acidosis sanguínea, pues así las investigaciones en cámaras neumáticas como la generalidad de las determinaciones hechas en la altura, con los métodos indicados, demuestran una disminución de la concentración iónica. Las cifras medias con el método de los indicadores de la expedición de BARCROFT, son:

Nivel del mar	Cerro de Pasco (14.200 p.)
7.46	7.59

Con el de comparación del ácido carbónico combinado al ácido carbónico libre, se encuentra también "un aumento más o menos manifiesto de la alcalinidad en todos los casos". La media de sus determinaciones en 4 de sus miembros es la siguiente:

Nivel del mar	Cerro de Pasco (14.200 p.)
7.46	7.59

Pero si es verdad que hay una concentración iónica más elevada en la costa que en la montaña, en cambio no puede decirse que haya diferencias absolutas apreciables, puesto que entre ambas cifras oscilan las variaciones normales del pH. Por último la ecuación de HASSELBACH y HENDERSON dá resultados discordantes. Insistiremos sobre este punto en otro lugar.

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

Los resultados obtenidos por nosotros con el método de los indicadores se superponen a los señalados ya anteriormente. Debemos manifestar nuestro agradecimiento al doctor Telémaco Battistini, Director del Departamento de Investigación Científica de la Facultad de Medicina, sin cuya colaboración no hubiéramos llevado a término feliz esta parte de nuestra labor.

Personalmente preparó al Sr. Escajadillo, uno de los miembros de la expedición y nos suministró un ionoscopio preparado extemporáneamente para este viaje. Para evitar toda causa de error, las determinaciones fueron hechas siempre por la misma persona en sujetos en ayunas, con excepción de unas cuantas que fueron llevadas a cabo por Monge. Los resultados son pues perfectamete comparables.

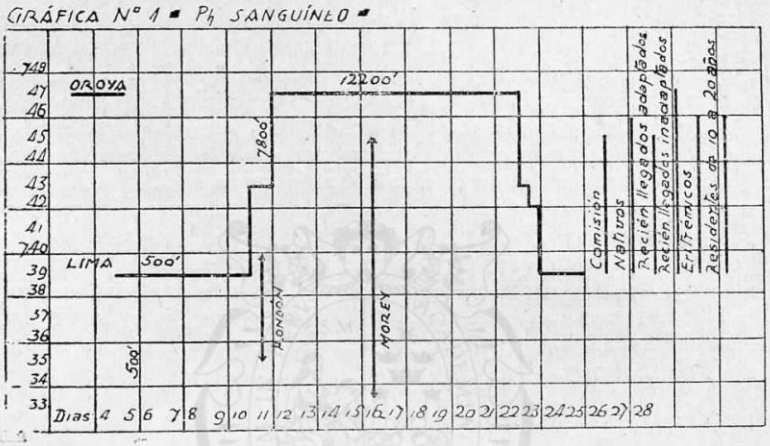
Ph de los miembros de la expedición durante su estadía en Oroya y Morococha

Nombre		Dia 11	Dia 11	Dias 12 a 22		Dia 23	Dia 37
	500 p.	7,800	13.600	12,200	14,800	2,800	500
Monge	7 37	7.45					
Encinas	7 40			7.42	7 47		7 47
Núñez	7 40	7.40	7.45	7.50	7.47		
Morcy	7.40	7.45	7.45	7 60			
Cervelli	7.40			7.45			
Heraud	7.40			7.47			
Rosa M	7.40			7.45	7.45		
Escajadillo	7.40	7.40	7.40	7.47		7 42	
Rondon	7.40		7.40	7.52			
Fosalba	7.40		7.45	7.40			
Hurtado	7.40	7.45	7 45		7.50		7 40
Lopez	7 35		7.45				7 41
Medias	7.39	7 43	7.43	7.47	7.47	7.42	7 41

Aprimera vista salta claramente la disminución de la concentración iónica en la altura que se acusa en un pH que aumenta sin excepción durante la estadía en la altiplanicie. Además se observa los pH tomados el día 11 del viaje, esto es en Matucana a 7,800 p., a las 7 a. m. y en Casapalca a 13,600 a las 2 p. m, debiendo advertirse que el personal sometido a esta prueba quedó en ayunas hasta este momento para no desvirtuar los resultados con causas secundarias. En los 8 casos, el pH subió a 7.45, y en 6 de ellos, apenas trascurridas unas cuantas noras, se aprecia claramente la disminución de la concentración iónica. En el día 23 de regreso se observa que al llegar a Chosica a 2,500 pies el pH. caía a 7.41. Hay pues una evidente onda de alcalinidad el día de la subida y de acidez el día de la bajada, todo lo cual ha de comprobarse en el capítulo sobre el pH. urinario donde se opera un análogo movimiento de desviación del equilibrio ácido básico. Con una constancia remarcable el pH se mantiene elevado durante todo el tiempo, de permanencia en la sierra y en algunos casos llega a 7.52 y aun 7.60. No hemos encontrado relación alguna entre estas variaciones de la concentración iónica y el estado de salud o de malestar de los miembros de la expedición. Comparando las cifras medias del pH. se ve claramente cómo se elevan progresivamente con el ascenso a las grandes alturas. Fisiológicamente es atribuible al aumento del pH. el estado de hiperexcitabilidad mus-

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

cular a que seguramente se deben los calambres de que se sufre frecuentemente en las alturas. En la gráfica N°. 1 se estudia nuestras medias de concentración iónica y también hemos considerado dos casos, en los que procuramos estudiar la influencia que el ejercicio tiene en el equilibrio ácido básico de la sangre. Por último, en ella describimos la media de los pH. obtenidos con individuos dis-



Variaciones extremas del Ph., durante nuestros estudios.— Obsérvese que el 11, día del ascenso, a 7,800 pies, el Ph ha subido ya para mantenerse elevado hasta el 23, día del descenso en que cae, reapareciendo después su valor anterior. Las líneas verticales, a la derecha, representan las cifras medias de Ph. en cada grupo examinado, a 12,200 pies. Los asorochados dan la cifra más alta. Las flechas bipolares expresan las variaciones extremas del Ph., antes y después de un mismo esfuerzo a 12,200 pies. Rondon, adaptado. Morey, inadaptado.

tintos, sanos y enfermos. En ella puede verse que partiendo de 7 39 que es la media de nuestras determinaciones en la costa, se eleva el día 11 del ascenso, casi inmediatamente a 7.43 en Matucana (7,800 pies) y Casapalca (13,600), para alcanzar la media de 7.47 durante nuestra permanencia en la sierra. El día 23 de regreso, se observa un fenómeno interesante: la elevación de la concentración iónica, pues en Matucana, a 7,800 pies cae a 7.43, y en Chosica a 2,500, 7.42. Dos días después del descenso el pH adquiere su valor inicial.

Es concluyente pues la desviación del pH, en el sentido de la alcalinidad, cambio en el equilibrio ácido básico que tiene una representación fisiológica y clínica. A ello obedece la hiperexcitabilidad muscular.

Se sabe perfectamente que el ejercicio aumenta la cantidad de CO^2 producida en los tejidos y baja el pH sanguíneo, por consiguiente. Llevamos a cabo dos experiencias con el objeto de determinar las variaciones de la concentración en iones H producidas por el ejercicio. En Casapalca, a 13,600 pies de altura sometimos a Rondón, aclimatado a la altura y de resistencia física incomparable, a un violento ejercicio que consistió en correr 200 m. El pH cayó de 7.4

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

a 7.35; en realidad Rondón no manifestó haber sido sometido a un esfuerzo de importancia porque rápidamente recobró su tranquilidad. Más todavía, como perdiéramos algunos segundos en la preparación de la solución neutra, se quejaba de no sentir fatiga, ya. Realmente estamos acostumbrados a observar un cambio semejante a nivel del mar. Pero ahora bien, en el caso de Morey, que estuvo asorochado durante el viaje y cuya constitución y aclimatación a la altura no son equiparables a las de Rondón, las cosas fueron muy distintas. El día 16 lo sometimos a una experiencia análoga volvió asfíxico, jadeante, en estado vertiginoso, con un color negro amoratado, enormemente disneico y con pulso incontable. Verdaderamente, en el momento preciso de terminarse la experiencia, cuando se tomó la sangre para la determinación de su pH, no estuvo en condiciones tan alarmantes como unos cuantos segundos después, cuando hubo, que llevarlo cargado al lecho. El pH había caido de 7.45 a 7.23. Sus condiciones fueron tan miserables, después de la extracción que tuvimos que administrarle O durante largo rato para mejorar su condición asfíxica durante la que seguramente el pH bajó más. No nos atrevimos a repetir una experiencia análoga. Apuntamos para terminar que lo que caracteriza el esfuerzo en la altura es el grande aumento de la concentración iónica, que no guarda paralelo con lo que ocurre a nivel del mar.

Examinemos ahora el pH. de los nativos.

Torres	7.47
Espinoza	7.47
E.H.	7.45
R.A	7.45
Media	7.46

Residentes aclimatados (soldados de 19 a 21 años, en plena actividad física, oriundos de regiones situadas sobre 2,000 metros de altura y con 2 a 3 meses de estadía).

V.N. 7.50	J.E. 7.45	M.T 7.45	A.D. 7.45
E.M. 7.45	M.D. 7.45	P.V. 7.45	A.G. 7.45
P. A. 7.45	E. A. 7.45	A.P. 7.42	A.R. 7.45
A. L. 7.45	M.A. 7.45	J.D. 7.45	V.G. 7.45
M.N. 7.45			
Media 7.46			

Residentes inadaptados (soldados de 19 a 21 años de edad, oriundos de regiones altas, pero que se quejan de síntomas de inadaptación: (pereza física y mental, disnea, dolores musculares, cianosis marcada, etc).

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

T.J.	7.50	A.P.	7.47	M.C.	7.47	M.S.	7.50
E.L.	7.45						
Media	7.48						

Residentes eritrémicos, (individuos de distintas edades, con permanencia de varios años en las grandes alturas y que presentan síntomas de Policitemia)

E.R.	7.45	Lima 500
J.D.	7.45	Yauli 4,090
E.O.	7.50	Callao 0.
Z.D.	7.50	Yauli 4,090
M.D.	7.45	Morococha 14,800
L.D.	7.42	Morococha 14,800
M.H.	7.45	Yauli 4,090
F.D.	7.47	Morococha 14,800
Media	7.46	

Varios:

L.M.	7.45	Residente. Aclimatado
P.Z.	7.45	Residente (hemoptisis)
M.N.	7.47	Residente. (estrechez mitral).
Media	7.46	

Resumen	*Oroya y Morococha*	*Lima*
Miembros de la expedición:	7.45	7.39
Nativos:	7.46	
Residentes de 2 a 3 meses acl.	7.45	
Residentes de 3 meses indap.	7.48	
Policitémicos	7.46	
Residentes de 1 a 20 años	7.46	

Se vé claramente como la altura desvía el pH en el sentido de la alcalinidad en todos los casos.

APLICACIONES Y MODIFICACIONES DE LAS FÓRMULAS DE HASSELBACH Y HENDERSON. — La concentración iónica se puede determinar conociendo el CO^2 y el ácido carbónico libre por la ecuación de HASSELBACH Y HENDERSON.

$$1)\ pH = K + \log. \frac{\text{Bicarbonato}}{\text{Acido carbónico}}$$

La determinación del ácido carbónico alveolar se hace por diferentes métodos, empleando generalmente el aparato de HALDANE. En la imposibilidad de aplicarlo nosotros hemos pretendido,

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

conociendo pH y CO^2 total, aplicar la ecuación (1) para llegar al conocimiento del ácido carbónico libre.

En efecto:

$$2)\quad pH = 6.1 + \log. \frac{(CO^2\ t. - 0.0672\ p)}{0.0672\ p}$$

Si en la ecuación (2) pasamos 6.1 al primer miembro: pH—6.1, puede considerarse como un número N., que es el log. del quebrado que constituye el 2°. miembro. Tenemos pues:

$$3)\quad N = \text{Log.} \frac{(CO^2\ t. - 0.0672\ p)}{0.0672\ p}$$

Tomando antilogaritmos:

$$4)\quad \text{Antilog. } N. = \frac{(CO^2.\ t. - 0.0672\ p)}{0.0672\ p}$$

En este estado la fórmula 4 nos permite calcular algebraicamente *p.* del modo que sigue:

$$5)\quad 0.0672\ p \times \text{antilog. de } N. = CO^2 t. - 0.672\ p$$
$$6)\quad 0.0672\ p \times \text{antilog. de } N. + 0.0672\ p = CO^2 t.$$
$$7)\quad 0.0672\ p\ (\text{antilog. de } N. + 1) = CO^2\ t.$$

$$8)\quad p. = \frac{CO^2\ t.}{0.0672\ (\text{antilog. } N+1)}$$

Barcroft y Murray, estudiando los efectos secundarios del aumento de la proporción de glóbulas rojos en la sangre (1) bajo la sugestión de Hill y Warbourg, han planteado la interesantísima cuestión siguiente: la concentración en iones hidrógeno, no puede ser la misma en una sangre que tiene una proporción anormal de hematíes, sea en el sentido de su aumento o de su disminución. Sus argumentos han sido planteados en esta forma:

—Si el CO^2 de la sangre se elimina, el radical ácido C^1 emigra del glóbulo rojo hacia la plasma quedando la base dentro de ellos.

—Si entonces, se centrifuga y se hace dos muestras de sangre, una A rica en glóbulos y una B, pobre; ambas tienen diferentes concentraciones iónicas.

—Si se agrega nuevamente CO^2 en A., como hay poco plasma regresará a los hematíes una menor cantidad de C^1; es decir, serán más alcalinos que los de la sangre normal. Por el contrario, en B., donde hay más plasma puesto que hay menos glóbulos rojos, regresará una mayor cantidad de C^1 y por lo tanto su reacción será más ácida.

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

—La curva de disociación de O, será pues desplazada en la dirección de la mayor afinidad de la sangre por este elemento, a cualquiera presión de CO^2 en la fracción A y en el de menos afinidad por el O. en la fracción B.

Llamemos las muestras de sangre A. B. y N. (normal). Determinemos su concentración en iones H por el método de electrodo y calculémosla igualmente por la fórmula.

$$pH = 6.1 + \log. \frac{CO^2 \text{ combinado}}{CO^2 \text{ disuelto}}$$

tendremos así:

Ph.	A	N	B
Electrodo	7.41	7.37	7.33
Fórmula	7.30	7.42	7.34

Es decir que con el método exactísimo del electrodo se comprueba la hipótesis de HILL; pero no ocurre lo mismo aplicando la fórmula enunciada. Evidentemente "el factor 6.1 de la ecuación no es válido con sangre de este grado de concentración globular" (BARCROFT y MURRAY).

Nosotros hemos querido emplear la ecuación que expusimos antes, a saber:

$$p. = \frac{CO^2 \text{ total}}{0.0672 \text{ (antilog. N + 1)}}$$

para encontrar su posible aplicación, sea a modo de ejercicio para los alumnos y también para determinar la tensión alveolar cuando conociéndose el pH y la saturación de la sangre arterial, se quiere determinar el valor de *p*. Veamos nuestros resultados:

Localidad: Lima 500 p.

CO^2 total	*pH*	*p.*	*Nombre*
52.3	7.40	37.13	Encinas
56.	7.40	39.76	Cervelli
51.	7.40	36.21	Morey
54.1	7.40	38.41	Fosalba
55.9	7.40	39.69	Monge
52.1	7.40	36.99	Rondón

Si comparamos estas cifras con las siguientes obtenidas por la Comisión Anglo-Americana, a nivel del mar: 40., 37.5, 35.7, 37.9, 40.5, 37.5, obtenidas por métodos directos, es evidente que la ecuación es perfectamente aplicable siempre que se trate de determinaciones llevadas a cabo a nivel del mar. El resultado por cálculo coincide

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

en todas sus líneas con los datos experimentales de BARCROFT lo que demuestra su utilidad.

Veamos ahora la aplicación de la ecuación (8) en las alturas:

Oroya 12.200 p.

CO^2	pH	p.	*Nombre*
40.0	7.60	22.79	Morey
38.3	7.52	20.87	Rondón
32.3	7.45	20.55	Fosalba
36.1	7.45	22.97	Devoto
30.9	7.45	19.66	Alarcón
34.4	7.47	21.88	Cáceres
37.6	7.45	23.92	Rivero
32.3	7.50	18.40	Martel
37.1	7.45	23.60	Gamarra

Si comparamos los valores de *p.* en este último grupo de observaciones con las cifras de 28, 24.6, 29.4, 29.1, 28.4, 26., 28.8, 24.2 y 28 obtenidas por los autores citados en el Cerro de Pasco, es evidente que la ecuación de HASSELBACH y HENDERSON en su derivación (8) no encuentra aplicación en las grandes alturas.

Pero entonces, teóricamente, si de un lado tenemos los valores de pH que puede obtenerse con la mayor aproximación, de otro, el CO^2 total, obtenido igualmente con toda exactitud, y si por último se toma en consideración los valores del CO^2 alveolar obtenidos por el aparato de HALDANE, es claro que reemplazándolos en la ecuación antedicha para que este se mantenga como tal, se hace indispensable modificar la constante 6.1; esto es, lo que hemos llevado a cabo y en esas condiciones hemos encontrado como valor de la constante

$$K = 6.2033908$$

Falta únicamente ver si experimentalmente se llega a obtener en las alturas este valor para la constante de disociación del ácido carbónico.

Hemos partido de la media de 8 determinaciones de pH, de la de 8 determinaciones de CO^2 t., obtenidas por nosotros, y como p. hemos obtenido la media de cuatro determinaciones tomadas por BARCROFT en nativos del Cerro de Pasco.

$$pH = 7.4675. \quad CO^2 t. = 34.875. \quad p = 26.8$$

Mediante el siguiente desarrollo algebraico:

$$pH = x + \log. \frac{CO^2 t. - 0.0672\ p.}{0.0672\ p.}$$

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

$$x = pH - \log. \frac{CO^2\ t. - 0.0672\ p}{0.0672\ p}$$

$$\log. \frac{CO^2\ t. - 0.0672\ p.}{0.0672\ p.} = \log. \frac{34.875 - 0.0672 \times 26.8}{0.0672\ p. \times 26.8}$$

$$= \log. \frac{33073}{1.8} = \log. 18.37 = 1.2641092;\ \text{de donde}$$

$$x = 7.4675 - 1.2641092 = 6.2033908$$

que es la constante aplicable a la altura, teóricamente considerada.

Aplicando entonces esa constante a nuestras determinaciones de la altura, obtenemos los resultados siguientes, en la Oroya:

	Constante 6.2	*Constante* 6.1
Rondón	26.	20.87
Fosalba	25.2	20.55
Devotto	28.59	22.97
Alarcón	24.47	19.66
Cáceres	26.78	21.88
Rivero	29.77	23.92
Martel	22.93	18.40
Gamarra	29.38	23.60

Las cifras obtenidas con la constante 6.2, corresponden exactamente a las cifras obtenidas en la altura por los métodos directos.

BIBLIOGRAFIA

(1) J. Barcroft and Cecil Murray. — Some effects of increasing the proportion of red corpuscles in blood. — Phil. Trans. Royal Society of London. 1922. Vol. 21. Pág. 469.

GUIA LASCANO
De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

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

El cancer y los elementos radioactivos

Por el Dr. CLAUDIO REGAUD

(Conclusión)

Sexta Leccion

Trató de la radiofisiología, esto es, de la acción de los Rayos X y de las radiaciones del Radium sobre los tejidos normales, manifestando la gran importancia de estos estudios, porque, han hecho progesar la radioterapia.

Al ocuparse de la acción de las radiaciones sobre la piel, señaló los carácteres de las perturbaciones cutáneas, que ellas ocasionan, refiriendo las quemaduras producidas por el Radium, desde la histórica que le ocurrió el profesor Becquerel, en las postrimerías del siglo pasado, recién descubierto el radium. Refirió la multiplicidad de las condiciones en que se producen estas quemaduras, y las variedades anatomoclínicas de las radio-lesiones cutáneas. Dijo que podía clasificarlas en: I) radio-lesiones agudas precoces, en las que pueden distinguirse las radio-necrosis agudas difusas y las radio-lesiones agudas electivas, sea en los pelos o en la epidermis; II) radio-lesiones agudas tardías, y III) radio-lesiones crónicas en las que pueden diferenciarse las secuelas de las irradiaciones terapéuticas y las radio-lesiones crónicas profesionales.

El profesor Regaud hizo hincapié en la similitud de las radio-lesiones, debidas tanto a los Rayos X, cuanto a los focos radio-activos. Describió los principales tipos de las radio-lesiones, las condiciones en que puede observárseles, su aspecto clínico y la anatomía y fisiología patológicas.

Trató de la causticidad difusa y de la acción citolètal electiva, sosteniendo que la electividad aumenta al mismo tiempo que el poder penetrante. Describió las quemaduras profundas de las mucosas, en todo análogas a las de la piel; las quemaduras de los tejidos sin relación con las superficies cutáneas o mucosas; la importancia que tienen los efectos cutáneos para medir la causticidad de las radiaciones, y las medidas profilácticas que deben emplearse para evitar las radio-lesiones de la piel.

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

En seguida trató de la acción de las radiaciones sobre el testículo, señalando la importancia radio-fisiológica excepcional de este poder de las radiaciones y puntualizando la diversa manera como actúan los Rayos X y el radium. Describió los efectos aparentes, que consisten en la disminución del volúmen del testículo, la azospermia y la esterilidad consecutiva, manifestando que se conserva la virilidad y que los efectos pueden ser definitivos o temporales.

Hizo el análisis histológico de las lesiones, señalando la forma como se suceden los trastornos en las células espermáticas, puntualizando el modo de la destrucción electiva de los gonados.

Dijo que la cromatina del núcleo de las células es una sustancia química, particularmente, radio-sensible, y que las radio-lesiones pueden trasmitirse por herencia, curarse por la división celular, disminuír su radio-sensibilidad por la pérdida de su facultad reproductora y por la acción del tiempo, que influye poderosamente en la intensidad de los trastornos.

Trató, a continuación, de la acción de las radiaciones sobre el ovario, y para explicar estos fenómenos radio-fisiológicos recordó la histo-fisiología de este órgano. Dijo que los folículos del ovario son muy radio-sensibles, y que sus lesiones son semejantes a las que se producen en las glándulas de secreción interna; que la castración femenina puede ser definitiva o temporal; que la acción de las radiaciones del radium es particular y que de estos efectos se deducen aplicaciones prácticas y consecuencias hereditarias. Las aplicaciones prácticas conducen a la esterilidad definitiva, particularmente deseable en los fibromas uterinos, en las metritis hemorrágicas de las mujeres de edad avanzada y en la osteomalacia; la esterilización temporal se consigue con fines especiales, que el profesor Regaud describió ampliamente. Las consecuencias hereditarias de las irradiaciones del ovario se hacen indelebles en los folículos atacados, pero no destruídos.

Luego se ocupó en la acción de las radiaciones sobre la digestión señalando su importancia práctica, las investigaciones experimentales y los accidentes gastro-intestinales de la radioterapia.

Señaló la acción de las radiaciones sobre la sangre y sobre el sistema hemopoiético, indicando la inseparabilidad fisiológica de estos dos componentes del organismo y la acción recíproca del uno sobre el otro. Expresó que la difusión del sistema hemopoietico y la movilidad de la sangre, obligan a irradiar totalmente el cuerpo humano; refirió las modificaciones que sufre la sangre, sea en los glóbulos rojos, sea sobre los glóbulos blancos. Estudió, en seguida, la acción de los Rayos X sobre los tejidos y órganos linfoides, tales como el timo, los órganos linfoides del tubo digestivo, etc; precisó la acción de los Rayos X sobre la médula de los huesos, sobre los glóbulos blancos y los rojos, indicando, después, los efectos de las irradiaciones generales del organismo y aquellas que se producen con las irradiaciones parciales, especialmente las que se hacen para la radioterapia de los cánceres. Dijo que debía tenerse presente la extensión del campo, volúmen de los tejidos irradiados y la dósis total de

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

radiaciones que absorve el enfermo; que éste debía estar protegido, convenientemente de acuerdo con la técnica roentgenológica y curieterápica.

Al terminar, refirió el modo de actuar de los cuerpos radioactivos y los accidentes que pueden sufrir y sufren los radiologistas, tanto en la piel, cuanto en la sangre, refiriendo las investigaciones experimentales hechas en animales y las comprobaciones clínicas realizadas en el hombre.

Septima Leccion

Comenzó el profesor Regaud por estudiar comparativamente la radio-sensibilidad de los órganos, tejidos y células. Explicó cómo se modifican profundamente por las radiaciones, los órganos y tejidos normales, y cómo estas modificaciones son poco extensas en otros órganos y tejidos del organismo enfermo, explicando cómo esta diferente sensibilidad para las radiaciones, constituye una noción capital en radioterapia, terminando por afirmar con Dominici, que a dosis suficiente toda la materia viva es igual, ante la muerte. Estudió después la clasificación de los elementos anatómicos, desde el punto de vista de la radio-sensibilidad, aceptando células con poco efectos de acumulación, células con intensa diferenciación morfológica y funcional y elementos anatómicos no celulares; en estos dos últimos la acumulación de las radiaciones es evidente.

El Prof. Regaud, caracterizó, después, las condiciones de la radio-sensibilidad, manifestando que la motricidad, la neurilidad, el metabolismo y la multiplicación celular, son factores de la radiosensibilidad, porque la materia hereditaria en el proceso reproductor, esto es, el núcleo, es la más sensible a los Rayos X y al Radium.

De acuerdo con Bergonier y Tribondeau, expresó que la división celular impide la acumulación de los efectos de las radiaciones.

En seguida se ocupó de los mecanismos histológicos, que explican cómo actúan las radiaciones sobre las células sensibles, manifestando que la muerte de la célula se verifica por autolisis, cuando la muerte celular es directa; que la muerte de la célula, cuando se retarda, puede determinar lesiones hereditarias y que la curación va acompañada de la desaparición de la lesión.

Estudió luego la acción de las radiaciones, después de un período de latencia, que va seguido de una acción positiva pero tardía, especialmente en lo que se refiere a las manifestaciones aparentes.

Trató, luego, de la importancia que tiene la división carioquinética para explicar la influencia del factor tiempo, en la actuación de las radiaciones sobre las células.

Estudiando la acción directa o indirecta de las radiaciones, se ocupó de la acción primaria sobre los elementos celulares, explicando los diversos factores que intervienen en el proceso, para tratar después, del modo cómo los elementos del medio vásculo-conjuntivo ejercen acción adyuvante.

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

Los mecanismos físico-químicos de la radioterapia dieron oportunidad al profesor Regaud para estudiar la relación cierta entre la acción radiofisiológica y la absorción, la posible especificidad de las distintas longitudes de onda, la causticidad difusa y la electividad, la identidad fundamental en los efectos, tanto de los Rayos X, como de la radiaciones del Radium y la radio-sensibilización artificial de los tejidos.

En seguida pasó a estudiar las razones de la radiosensibilidad de los cánceres, que se explica por el estado de multiplicación ilimitada del tejido canceroso, la fertilidad de las células provenientes de las capas fundamentales, la ausencia de factores patogénicos, distintos del poder de reproducción ilimitada, terminando por explicar el mecanismo de la esterilización y de la recidiva.

Dijo que la radioterapia es un procedimiento de curación con eficacia local, porque los cánceres son enfermedades primitivamente y durante un tiempo, locales; manifestando que es falsa la concepción de los cánceres, enfermedades generales, "enfermedades de la sangre" con eflorescencias locales. Trató, después, de los factores que hay que tener en cuenta en la cura quirúrgica o radioterápica de los cánceres, especialmente de la limpieza regional linfática y de la limpieza general sanguinea, porque de ese modo se evitan las resiembras latentes.

Definió, en seguida, los fundamentos terapéuticos de la roentgenterapia y de la curieterapia, puntualizando lo que debe entenderse por dosis cancerizada, que debe ser inferior a la dosis letal para las células normales, que es indispensable respetar. A este respecto señaló los casos concretos de la piel, el estómago y el recto, en relación con la radioterapia.

Manifestó, luego, que la radiosensibilidad verdadera de los cánceres, depende, en mucho, de los tejidos de origen, expresando que existen factores eventuales que modifican la sensibilidad de los cánceres. Dijo que la infección secundaria del cáncer aumenta la radioresistencia; que la radioterapia agrava la infección y que por esto se aconseja desinfectar, previamente, los cánceres que se encuentran en estas condiciones.

Se ocupó, después, de cómo influye el mal estado general del enfermo en la sensibilidad de los cánceres, aumentando la radioresistencia y agravando el estado general del paciente. Afirmó que también influyen los tratamientos radioterápicos anteriores, porque se ha demostrado que existe una radio inmunización progresiva del tejido neoplásico, de donde se deduce que el tratamiento radioterápico debe ser único.

La acción directa o indirecta de las radiaciones sobre las células cancerosas, dió oportunidad al profesor Regaud para estudiar: a) los efectos de las irradiaciones directas a débiles dosis; b) los efectos nulos de las irradiaciones a distancia; y c) el rol de la esclerosis conectivo vascular.

Luego estudió la radioterapia selectiva y la radioterapia difusa y cáustica, expresando que la radionecrosis masiva, no es un procedimiento de necesidad, en los neoplasmas muy radioresistentes, pero inferior a la electro coagulación, de donde dedujo la siguiente regla:

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

utilizar las radiaciones más electivas, salvo en ciertas casos de cánceres superficiales.

En seguida, explicó la conducta cronológica que es menester seguir en los tratamientos, enumerando los siguientes: el método masivo, el método de los tratamientos repetidos y el método racional, que es proporcionando los tiempos de tratamiento, a las propiedades biológicas de los cánceres.

Terminó su lección el doctor Regaud, estudiando los objetos de la radioterapia, sea la curativa, sea la paliativa.

Octava Leccion

Comenzó manifestando la importancia particular de los cánceres de la piel, desde el punto de vista de la radioterapia; son los cánceres que se han atacado con éxito por las radiaciones y los que curan regularmente. Trató después de la frecuencia de esta localización cancerosa, ocupándose en seguida de la histología general de los cánceres de la piel, para hacer luego la clasificación de estas neoplasias, que pueden reunirse en dos grandes grupos: epidermoides y no epidermoides.

Los cánceres epidermoides, llamados también espinocelulares, se presentan bajo dos formas anatomoclínicas: el tipo vegetante y el tipo ulcerofiltrante, en los que hay que estudiar la malignidad local y la malignidad metastásica, dada la frecuencia de las adenopatías en los cánceres del labio.

En seguida el profesor Regaud se ocupó de la frecuencia de los cánceres del labio, tanto de aquellos que no tienen infarto ganglionar, como de los que presentan adenopatía inflamatoria, expresando que las posibilidades del compromiso ganglionar, aumentan con la extensión del cáncer primario, aunque haya adenopatías que también acompañan a cánceres pequeños.

Ocupándose de los cánceres no epidermoides de la piel, llamados también basocelulares, hizo su definición histológica, puntualizando en seguida las formas anatomoclínicas, en las cuales pueden distinguirse el tipo vegetante, que es raro, y el tipo ulceroso, muy común, denominado también ulcusrodens.

Estudió la evolución de estas neoplasias, la malignidad local y la malignidad metastásica que es casi nula, ingresando al estudio de los estados precancerosos, tales como las diskeratosis, los papilomas, etc.

Al estudiar el diagnóstico, el profesor Regaud puntualizó todo el interés que esto tiene, porque el diagnóstico es a veces bastante difícil, particularmente cuando ya han sufrido los efectos de la radioterapia. Estudió las diversas especies histológicas de estos neoplasmas, el asiento de los cánceres epiteliales de la piel y las indicaciones terapéuticas que se deducen de estos conocimientos.

Al ocuparse de los epiteliomas de la cara, señaló las localizaciones en los labios, la nariz, las regiones periorbito-palpebrales,

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

las regiones de las orejas, etc., indicando las localizaciones de los infartos ganglionares. Estos hechos señalan las indicaciones terapéuticas para las lesiones primarias, haciendo un estudio comparado del valor del tratamiento quirúrgico, de los efectos obtenidos por los rayos X y de los resultados que suministra el radium.

Las indicaciones terapéuticas para las adenopatias, detuvieron una buena parte de la disertación del profesor francés, quien estudió las diversas manifestaciones anatomoclínicas del infarto de los ganglios.

A continuación trató de los epiteliomas de los miembros, especialmente de la mano y de los métodos y técnicas de la radioterapia para curar estos cánceres cutáneos. La técnica roentgenterápica, fué la primera que estudió, puntualizando la cantidad de radiaciones que es necesario emplear, la calidad de estas radiaciones y el tiempo que debe durar el tratamiento. Al describir la técnica curieterápica señaló la radiopuntura por medio de agujas de platino y la curieterapia de superficie, señalando las indicaciones de cada una de ellas, el material que es menester emplear, la anestesia que es indispensable hacer, la duración del tratamiento, la dosis de radium, etc.

La curieterapia en superficie dió oportunidad al profesor Regaud para exponer los aparatos y moldes que su ingenio ha hecho fabricar, aparatos que han facilitado grandemente las aplicaciones del radium.

La última parte de su lección estuvo consagrada a exponer los resultados de la radioterapia y para lo cual agrupó los cánceres en la siguiente forma: localización primaria de la neoplasia, en la que el factor principal es la extensión en superficie y en profundidad; factor histológico, hoy un tanto despreciable, y localización del cáncer, que tiene una cierta importancia práctica. Dijo que en los casos operables, nuevos, el 95 por ciento curan; que en aquellos que ofrecen adenopatías, la combinación del tratamiento quirúrgico y de la curieterapia de superficie, ha dado, hasta 1925, el 60 por ciento de curaciones. El profesor Regaud proyectó en la pantalla un cuadro de su estadística completa, en el que pudo apreciarse cómo se ha seguido paso a paso a los enfermos tratados, para averiguar, gracias al servicio social del hospital, el fin ulterior de estos pacientes.

Como conclusión práctica de su brillante lección, el profesor Regaud enumeró lo siguiente:

1.— En condiciones de igual valor entre la cirugía y los métodos radioterápicos, los cánceres de la piel no son del dominio quirúrgico; pertenecen exclusivamente a la radioterapia.

2.— Durante el período de aprendizaje, los casos inoperables y los casos que se encuentran en el límite de operabilidad, son los únicos que deben ingresar a los dominios radioterapéuticos.

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

NOVENA LECCION

El tratamiento radioterápico de los cánceres de la boca, dió ocasión al Dr. Regaud para exponer la gravedad de su pronóstico, cuando son tratados por la cirugía, que aún haciendo operaciones mutilantes, resultan insuficientes y con una mortalidad operatoria elevada. Además, existen localizaciones inoperables, lo que demuestra la utilidad de la curieterapia, que ha cambiado completamente el pronóstico de estas localizaciones cancerosas.

Enumeró, en primer lugar, las especies patológicas de los cánceres que se observan en la boca, manifestando que se les puede reunir en cánceres del grupo conjuntivo (sarcomas, linfocitomas) y cánceres epiteliales (adenocarcinomas, cánceres epidérmicos) y que el pronóstico y las indicaciones terapéuticas, varían en esos diversos tipos de neoplasias malignas.

Ocupándose de las localizaciones de los cánceres epidérmicos de la boca, señaló los cánceres de los carrillos, los que nacen en la mucosa que reviste los maxilares, aquellos que radican en el velo del paladar, los de la lengua y los que asientan en el espacio inter-maxilo-lingual.

El profesor Regaud, señaló las indicaciones curieterápicas en estas diversas localizaciones.

Las variedades en los cánceres de la lengua y del espacio linguo-maxilar, fueron objeto de estudio del profesor francés, quien trató del lugar de implantación y de las formas anatomoclínicas, puntualizando, con todo detalle, estos aspectos nosográficos.

El problema de las adenopatías que se presentan en los cánceres de la lengua y del espacio linguo-maxilar, dió lugar al profesor Regaud, para referir su estadística personal; según ella, en 35 casos, de 133 enfermos curados de su cáncer lingual, no hubo ganglios cancerosos en 6,3 por ciento, lo que que quiere decir, que sobre 100 casos, 30 a 35 no tienen ganglios cancerosos. Después, dijo, que las adenopatías se localizan en la cadena ganglionar carotidea, y que pueden ser heterolaterales y bilaterales.

En seguida trató del diagnóstico de éstos procesos morbosos, manifestando que la distinción con la avariosis, hace emplear el funesto "tratamiento de prueba"; que esta distinción tenía que hacerse igualmente con la tuberculosis, las ulceraciones de origen dentario y la hipertrofia de las papilas laterales de la lengua. Afirmó que la biopsia, era la forma más segura de hacer el diagnóstico, a fin de definir las vacilaciones clínicas.

Al estudiar la etiología, manifestó que esta localización del cáncer se presentaba 19 veces en el hombre, contra una vez en la mujer

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

y que entre los factores etiológicos, había que considerarse la infección crónica de los dientes, el tabaco y la sífilis; que cuando estos factores se asociaban, la gravedad era manifiesta y que de su conocimiento se deducía la profilaxia.

A continuación, estudió el profesor Regaud las indicaciones terapéuticas en los cánceres de la lengua y del espacio linguo-maxilar, reseñando al ocuparse de la localización bucal, la cirugía diatérmica, muy indicada en los casos de pequeños cánceres de la punta o del borde de la lengua, en las lenguas leucoplásicas, con localizaciones cancerosas múltiples y sucesivas, donde el Radium no produce beneficio alguno, y por último, en aquellas ciudades donde no hay radioterapia.

Los rayos X curan muy difícilmente estas localizaciones cancerosas y producen reacciones enormes; solo pueden elegirse en los linfocitomas.

La curieterapia, es la que produce mejores resultados, especialmente en la forma de radiumpuntura.

Las localizaciones ganglionares, merecieron un estudio particular, en lo que se refiere a su tratamiento por el Radium, refiriendo, la técnica que se emplea en el Instituto del Radium de París.

La radiumpuntura en los cánceres de la lengua y del espacio pelvi lingual, dió oportunidad para que el profesor Regaud, expusiese el empleo de las radiaciones ultrapenetrantes, indicando el material que se necesita, la preparación del enfermo, el manual operatorio, los cuidados durante la colocación de las agujas, la duración del tratamiento, la dósis que hay que emplear, el momento de retirar las agujas y la evolución de la lesión.

Al estudiar la curieterapia de las adenopatías, señaló los principios de la irradiación, el material que debe emplearse, las dósis que deben usarse, las reglas del tratamiento propiamente dicho, y las lesiones que pueden producirse por un exceso de dósis.

En seguida trató de las complicaciones y accidentes que pueden sobrevenir en el curso del tratamiento, sea en la piel, sea en la boca, la disfagia que puede producirse, los accidentes sépticos, muy raros, la hemorragia, el edema y los hematomas, la pérdida de las agujas y las radionecrosis.

Al terminar el profesor Renaud expuso la estadística del Instituto del Radium de París, durante el período de 1920-1925, citando el número de casos tratados y los éxitos conseguidos.

Decima Leccion

Comenzó el profesor Regaud, manifestando que el cáncer del útero, era el primero de los cánceres profundos tratado con buen éxito y curado por los métodos radioterápicos; que desde los primeros casos, obtenidos por Abbe, en 1905, hasta los que se comprueban hoy, el tratamiento de esta clase de neoplasias, habría marchado en progresión ascendente, de modo que es posible, en la actualidad, se-

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

ñalar estadísticas abundantes e indicaciones terapéuticas precisas.

Refirió el debate, muy encendido al principio, entre los radioterapeutas y los cirujanos, explicando los éxitos de unos y otros.

El primer asunto que trató, estuvo relacionado con las nociones patológicas preliminares, sobre los cánceres del útero en general. Al describir las especies histológicas, señaló los epiteliomas epidérmicos, que constituyen 9/10 de todos los cánceres uterinos y los adenocarcinomas, que comprenden de 5 a 10 por ciento de todos los cánceres de esta parte del cuerpo. Analizó el origen, las variedades y el asiento de estos tumores malignos, para señalar después, los cánceres raros, como los corioepiteliomas, los deciduomas y los sarcomas.

Al ocuparse de las especies anatomoclínicas, trató de los cánceres del cuerpo uterino y de los cánceres del cuello de la matriz, mencionando los caracteres clínicos esenciales, las variedades anatomoclínicas, la extensión del tumor, etc. Al ocuparse de las características clínicas, dijo que estas localizaciones podían presentarse en las mujeres, cualquiera que fuese su edad,diciendo después, que la malignidad de estos tumores es siempre grande; manifestando, luego, que hay que tener en cuenta su extensión al tejido conjuntivo periuterino, a las vías linfáticas y su particular radiosensibilidad.

Luego el profesor Regaud expuso las principales complicaciones de estos tumores, manifestando que la infección, secundaria es dañina desde el punto de vista radioterápico y que es menester tener en cuenta las hemorragias, las perforaciones y la repercusión que ejercen estas neoplasias sobre el estado general.

Demostró, la importancia del diagnóstico precoz, manifestando la dificultad para hacerlo, especialmente de parte de las enfermas, razón por la cual es necesario organizar debidamente, esta sección de la lucha anticancerosa a fin de que todas concurran, oportunamente, y se les pueda diagnosticar con toda prontitud.

Mencionó después los errores de diagnóstico, especialmente en los casos de cánceres fúndicos y endocervicales, con los fibromas, la metritis crónica y los adenomas, tratando después, del diagnóstico diferencial entre los cánceres cervicales y las metritis cervicales crónicas. Dijo que cuando la biopsia no permite dilucidar un caso dudoso, es preferible amputar el cuello del útero.

Tratando de las indicaciones terapeúticas en el Instituto del Radium de París, las justificó, por los resultados obtenidos, manifestando que tres eran los medios terapéuticos que podían ponerse en juego: la excéresis quirúrgica, la curieterapia y la roentgenterapia. Cuál de estos tres medios, se debe elegir, preguntóse enseguida el profesor Regaud. Su respuesta fué la continuación de la lección.

Las indicaciones de la excéresis quirúrgica, se hacen en los siguientes casos: en los cánceres fúndicos, operables, por medio de la histerectomía; en los cánceres cervicales de tipo adenocarcinoma, después de curieterapia preliminar; en los casos dudosos, cuando hay un cuello precanceroso, que es lo único que se amputa; en los casos de reparación, por un fracaso del Radium; cuando coexiste una anexi-

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

tis supurada y un cáncer operable, y, por último, cuando una malformación vaginal, hace imposible una curieterapia correcta.

A pesar de estas indicaciones precisas, el debate entre el radium y la cirugía se ha pruducido y se mantiene aún.

Las indicaciones de la curieterapia sola, se hace en todos los casos operables, no comprendidos en las categorías anteriores. Los casos en que se supone un principio de extensión al tejido conjuntivo peri-uterino, deben tratarse por Radium y Rayos X asociados.

Las indicaciones de la asociación de la roentgenterapia y de la curieterapia, se hace en todos los casos que se encuentran en el límite de la operabilidad, en aquellos donde una aplicación de Radium es posible, técnicamente y no ofrece peligro. Lo es igualmente en los casos inoperables.

La roentgenterapia sola, está indicada en los cánceres primarios, donde la curieterapia correcta es imposible o peligrosa, y en las recidivas después de la operación.

La aplicación sucesiva y sistemática de la curieterapia y de la histerectomía, es, en concepto del profesor Regaud, un método recomendable, cuando la eficacia de la curieterapia sola es dudosa. La curieterapia post-operatoria, es ineficaz por las vías naturales e irracional. La combinación radiumquirúrgica, es ilusoria e inútil. La curieterapia exterior, a distancia, se encuentra todavía en estado experimental.

Son contraindicaciones del tratamiento del cáncer del útero por las radiaciones, la infección rebelde y grave, la caquexia y las metástasis.

Por último, el profesor Regaud, expuso las estadísticas del Instituto del Radium de París, analizando las cifras numéricas de tan importantes estudios y observaciones.

Actuación en honor del Dr. Claudio Regaud

El éxito que ha tenido el Dr. Claudio Regad, en el curso que ha dictado sobre cáncer y elementos radioactivos, terminó con una actuación solemne, que organizaron en su honor, la Academia Nacional de Medicina y la Facultad. La primera lo eligió miembro extranjero y la segunda la proclamó profesor *honoris causa*.

Publicamos los discursos, pronunciados con ese motivo.

Discurso del Dr. Estanislao Pardo Figueroa, presidente de la Academia.

Señor profesor Claude Regaud:

Es para mí motivo de especial satisfacción este solemne momento en el que, en nombre de la Academia Nacional de Medicina, me es

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

grato proclamaros miembro correspondiente de ella, y entregaros la insignia que nuestra institución tiene reservada para personalidades científicas que, como vos, señor profesor, han consagrado su vida y sus actividades al cultivo de la ciencia y al bien de la humanidad.

La Francia, vuestra noble patria, que tiene con el Perú tantos vínculos de unión y de confraternidad, ha querido halagarnos enviando a uno de sus más eminentes maestros, al profesor Regaud, que en las brillantes e instructivas disertaciones que le hemos escuchado, nos ha revelado, junto con el caudal de sus conocimientos, los bienes que se derivan de esta clase de misiones,sobre todo a países que, como el nuestro, siguen ávidamente, los progresos de la ciencia en el Viejo Mundo,para aprovecharlos en bien de su, todavía, escaso capital humano.

Profesor Regaud; recibid la insignia que os entrego en nombre de la Academia de Medicina,que en consorcio con nuestra vieja y culta Facultad, fundó esta corporación de la que, desde este momento, sois preclaro miembro. Al usar esa insignia en vuestra patria, recordad que el Perú, en la era de progreso a que le ha conducido la acción de un estadista, labora con fe y esfuerzo singulares su cultura y su engrandecimiento; recordad a vuestros numerosos amigos y admiradores; y estad seguro que vuestra misión ha sido apreciada en lo que vale.

Escuchad, ahora, profesor, el elogio académico que de vuestra personalidad científica hará el doctor Constantino Carvallo, prestigioso miembro de nuestra institución y las palabras protocolares de nuestro Secretario perpetuo doctor Carlos Enrique Paz Soldán

---

DISCURSO DEL DR. CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN, SECRETARIO PERPETUO DE LA ACADEMIA.

Señor presidente:

Señores:

Una vez más el cargo que desempeño, en esta Academia de Medicina, que fundaron ahora medio siglo varones de gran probidad intelectual para que fuera hogar del pensamiento médico peruano, me impone la obligación de levantar mi voz, para proclamar, como a uno de los nuestros, al profesor Claude Regaud, insigne representante de la Francia científica y auténtico valor de la medicina europea.

Procuraré cumplir tan honrosa tarea, pidiendo sus inspiraciones, no sólo a mi devoción por corresponder a la confianza y afecto de mis compañeros, los señores académicos que expontáneamente me eligieron secretario perpétuo de esta institución, sino, además, a mi

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

admiración por la Francia, maestra del espíritu humano al través de las edades y guía generosa del mundo que estudia, por los difíciles senderos de la verdad.

La presencia del profesor Regaud en el seno de esta Academia Nacional de Medicina de Lima, es el resultado de esa política previsora y noblemente iniciada por la Sorbona, para el intercambio de sus maestros, y que ha permitido a los pueblos de América ponerse en contacto directo con el pensamiento francés. Brasil y Paraguay, Cuba y Colombia, Salvador y Argentina ya han sentido esta emanación generosa de ideas, que irradia, gracias a estos nuevos peregrinos, desde la milenaria montaña de Santa Genoveva.

En tal acto cultural, en tal siembra de ideas, en tal fecundación de corazones para la comprensión, la tolerancia y el amor palpita una certidumbre de paz, como la concibe con concepción original, Valery, al estimarla "este estado de cosas en el cual la hostilidad natural de los hombres entre sí, se manifiesta por creaciones, en vez de traducirse por destruccciones, como lo hace la guerra".

Y hay tal certidumbre de paz, porque toda enseñanza cuando es real, es decir cuando brota de la inteligencia impulsada por el saber y urgida por los dinamismos de la idea, es una creación; más todavía, la creación más creadora, porque con ella se anticipa en los espíritus en formación, la verdadera realidad.

Por esto la obra de los maestros franceses en el Perú y en la América hay que mirarla como obra de la pacificación de las conciencias y de elevación de las almas a la región serena en donde el pensamiento confundiendo a los hombres en el espacio sin fronteras del saber, les torna sensibles a ese ideal humano y divino a un tiempo de la solidaridad.

Y no ha podido ser más oportuno el momento para tal empresa. El Perú atravieza bajo los estímulos de un gobierno sin plural en nuestra historia, su gran crisis de desarrollo; con su progreso impresionante, con sus ufanías de pueblo que recien se asoma a la mayoridad política y con ese cortejo inevitable de trastornos ideológicos que anuncian la peruanidad mental, preludio para la afirmación del genio propio de la raza.

De aquí que necesitemos, no sólo del concurso irremplazable, de nuestras fuerzas ancestrales: tradición, usos, costumbres, ideas y sentimientos pasados; sino que, además, nos hallemos urgidos de recibir las aportaciones que nos traen los maestros — como el que recibimos en estos momentos —que representan la encarnación viviente del genio francés, que hace siglos aprendió a pensar de conformidad con las reglas imperecederas que dictaron Grecia y Roma y que a pesar de progresos infinitos continúan siendo los inmutables horizontes abiertos al espíritu humano.

Y en este período de crecimiento — fatal y necesario en la evolución de los pueblos — el peligro mayor está en los prejuicios, veleidades y demasías que a menudo seducen la conciencia colectiva y la desvían de la ruta del progreso. Es la influencia de los imponderables, creadores de una mística, que no sólo deforma la visión clara de la realidad, sino lo que es peor todavía, impide el justo concepto so-

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

bre las doctrinas que han de anticiparla y hacerla posible por el poderoso aliento que infunden a la acción realizadora.

La obra cultural que en nombre y por encargo de la Sorbona, lleváis a cabo adquiere aquí uno de sus mayores aspectos. Vuestras enseñanzas constituyen un intento directo de europeización. Sois los mensajeros del genio francés y europeo; y con el encanto seductor de vuestros métodos docentes, infundís nuevos soplos de vida a la mentalidad del Nuevo Mundo.

No hay lisonja en este juicio. Es apenas el reconocimiento de una coincidencia entre vuestra labor y el ideal de europeización mental que abrigan cuantos en América piensan en su magnífico destino. Porque sólo esta europeización, logrará libertar al Continente que habla español y portugués de los dos más graves peligros que le amenazan: del materialismo exclusivo de su actividad, con sus utilidades inmediatas y que impiden el vuelo generoso de la inteligencia con sus futuras, asombrosas realizaciones; y del indigenismo, es decir, ese miraje que a menudo hipnotiza y embriaga al espíritu nacional y lo petrifica en el gesto regresivo de contemplar el ayer milenario, como si fuera el único elemento de nacionalización, con menosprecio de todos los demás factores que son precisamente los verdaderamente útiles para forjar la grandeza venidera de estas patrias.

No se crea, sin embargo que tales palabras impliquen que abominemos del pasado, ni que juzguemos inútil, para la formación de la individualidad de nuestra cultura, el fondo autóctono que emana de la Tierra y de la Historia.

Los Andes serán siempre, para nosotros que vivimos a su sombra, manantial inagotable de nacionalismo; y siempre recibiremos de ellos su lección imperiosa de serenidad, de magnificencia, de alturas, de paz y de eternidad.

Lo que condenamos es ese gesto estéril de cuantos quieren hundir al nacionalismo intelectual del Perú, en las sombras funerarias del pasado, que aunque envuelto en la leyenda, carece de esa fuerza que la continuidad histórica presta a la tradición, tornándola imperativo del porvenir.

Y aquí hay otro aspecto de la cooperación que hasta nosotros traeis, eminentes maestros de la Universidad de París; recordamos que nuestra América y en especial el Perú, son el producto de una raza mediterránea que en su hora de apogeo y en servicio de Cristo realizó entre sus hazañas épicas, el prodigio de trasfundir su sangre en las razas autóctonas del Nuevo Mundo, para que brotara, con el criollo, el asiento de las nuevas nacionalidades. Diríase que somos un pueblo bizonte, como el dios pagano con sus dos caras: la del pasado que nos legó el indio para recordar las glorias que el Sol iluminó, y la del porvenir que nos legó España para contemplar, al través del signo de la Cruz, la belleza sublime del Espíritu.

En estas fiestas de la inteligencia—que es vuestra incorporación a nuestro hogar científico—bien está este grito de alerta que lanzamos para prevenir la mutilación que resultaría, si por excesiva alucinación, sólo miráramos para inspirar nuestro avance futuro, aquellos sepulcros en donde duermen su sueño milenario las monias bien

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

muertas de un pasado que también murió; y olvidáramos la otra faz, que debe recibir sus resplandores del genio inmortal de la latinidad.

Al lado de tan provechosa incitación al progreso espiritual, hay en vuestra obra algo que debe merecer nuestra mayor gratitud y es que al encarnar el pensamiento francés, personalizándolo, nos habéis demostrado, como una joya, el método maravilloso que os legó la antigüedad clásica y que vuestros pensadores pulieron hasta prestarle aquellos destellos fulgurantes con que deslumbra a la inteligencia del mundo. Porque vuestras enseñanzas con hallarse grávidas de ciencia y con ser trasunto de un profundo saber, ofrecen el primer del método con que se han compuesto y que les da valor perdurable. Es aquí en donde vuestro concurso es inestimable, sobre todo en estos momentos de crisis que atraviesa la enseñanza superior en el Perú, agitada por ideologías múltiples, sujeta a nuevas normas legales y víctima de no poca confusión.

Si es verdad que el progreso de los estudios es el principio de la prosperidad de las naciones, vuestra labor de importación del método y cultura latinos, interpretados por el genio francés, es labor benéfica que florecerá más tarde en gratitudes múltiples que dirán a los venideros de vuestras fatigas y abnegaciones. Y hay fatiga y abnegación porque vuestra empresa lleva en sí la más hermosa de las liberaciones; la de la inteligencia mostrándole una vez más, esa sentencia que dictó Pasteur, inspirado por su genio, al afirmar que "sin teoría que es método, la práctica sólo es rutina dada por el hábito".

La Academia de Medicina de Lima, que nació de un grito de rebeldía de la Medicina patria y que desde sus orígenes, ahora medio siglo, tuvo por inspiradora y modelo a la sabia y gloriosa Compañía que se fundó en París el 20 de diciembre de 1820, y cuya historia está ligada al servicio de esta forma de libertad que es la verdad, al veros aquí quiere expresaros su aplauso y su afecto y además su anhelo porque cada día se amplien los vínculos de amistad intelectual que felizmente existen entre nuestras dos instituciones.

Por eso, profesor Claude Regaud, os invitó a tomar asiento en nuestra casa como un colega más y que escuchéis de los labios autorizados de uno de nuestros más destacados valores académicos el profesor Carvallo, cómo consideramos vuestra personalidad intelectual. Podéis estar seguro que con ello sentimos un placer y nos dispensáis un honor. Sólo os pedimos que cuando retornéis al hogar francés no olvidéis de decir a la Academia de Medicina de París, que en el Perú habéis contemplado una institución que sirve abnegadamente a la causa de la Medicina, que es nexo mundial de fraternidades, y que para tal labor se inspira en los ejemplos de su glorioso modelo.

He dicho.

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

Discurso del Dr. Constantino J. Carvallo, miembro de la Academia.

Señor Rector

Señores Catedráticos y Académicos

Señoras y señores:

La Facultad y la Academia Nacional de Medicina han querido, al unir en un solo acto, su homenaje al profesor Regaud, confiarme el encargo, muy superior a mis dotes, de ofrecer un retrato fiel de de esta figura máxima de la Ciencia contemporánea, a la que hoy incorporamos como miembro de honor a nuestras dos más destacadas instituciones médicas, honrándonos con ello a nosotros mismos.

El profesor Claude Regaud, a quien hemos tenidos el placer de escuchar en sus brillantes conferencias sobre el "Cáncer y las radiaciones", sustentadas últimamente y que han constituído modelos insuperables de erudición científica y ejemplos maravillosos de clara exposición didáctica y de absoluto dominio del tema tratado, no necesitaría ser presentado ante el público que me honra escuchándome, formado como lo está por personas de nuestra élite científica, porque el profesor Regaud se destaca con claridades propias e irradia su saber, desde hace años, en el cielo de la cultura universal.

Sin embargo, en acatamiento al mandato recibido y disculpándome por esta obediencia, de la insuficiencia de mis fuerzas, ensayaré de trazar un croquis lo menos imperfecto posible de la personalidad polimorfa y de la obra científica estupenda del profesor Claude Regaud.

Antes de analizar las diversas colaboraciones prestadas al progreso humano por el profesor Regaud, vamos a dar algunos datos biográficos sumamente interesantes y que servirán para demostrar la sólida preparación de quien es hoy en día una indiscutible autoridad en la moderna Cancerología.

Nació Claude Regaud el día 30 de enero de 1870 en la ciudad de Lyon, cuna de tantos hombres conocidos universalmente como Oliver, Poncet, Lepine, Jaboulay, Renaut, Bouveret, etc., y que han dado brillo extraordinario a la medicina lionesa. Hizo su educación en su ciudad natal y continuó sus estudios médicos en la Facultad de Medicina de Lyon desde 1889 hasta 1897. Fué interno de los hospitales de esta ciudad en 1891 a 1895. Alumno del profesor Renaud en Histología, de Morat en Fisiología, del doctor Bouveret y del profesor Lepine en medicina interna, adquirió una sólida instrucción clínica.

Su carrera médica profundamente cuidada con la adquisición de bases como la Histología y la Fisiología, se desvió en 1894 hacia la Histología Normal, comenzada como jefe de trabajos prácticos del profesor Renaud primero y después como profesor agregado de Histología y Embriología en la Facultad de Medicina de Lyon desde

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

1901 hasta el año 1912. Durante estos doce años, la labor del profesor Regaud aplaudida en Lyon es tal, que es llamado en el año 1912 por el Instituto Pasteur de París, para ocupar el puesto de profesor de Radiofisiología y al mismo tiempo se le confiaba, debido a su prestigio adquirido por la publicación de sus admirables trabajos sobre la radiofisiología normal y patológica, y la terapéutica de los cánceres por las radiaciones, la dirección del Instituto del Radium de la ciudad de París.

Durante la gran guerra, 1914-1918, Regaud es médico militar y se le encomiendan diversas funciones sumamente delicadas. En 1914 la Academia de Medicina de París lo incorpora en su seno.

La fama adquirida por Regaud es universalmente conocida y es debido a ello que se le encarga constantemente misiones destinadas a llevar la ciencia radiológica francesa a distintos países. Así, en 1924, va al Canadá y en 1926 a los Estados Unidos de América, donde sustenta conferencias sobre el Cáncer, que son unánimemente aplaudidas.

Es también nombrado profesor de intercambio intelectual en Bélgica donde sostiene cursos sobre el Cáncer y la Radioterapia, uno de Lieja en 1924 y otro en la Universidad de Lovaina en 1926.

En los Congresos Médicos relativos al Cáncer y a las radiaciones, la figura del profesor Regaud es familiar, casi obligada, pues es una autoridad que no puede faltar en ellos. Así ha asistido especialmente invitado al Congreso del Cáncer de Estrasburgo realizado en la reunión de la Sociedad Internacional de Cirugía en 1926. Ultimamente, en 1928, al notable Congreso sobre el Cáncer realizado en los Estados Unidos en Lake Mohouk. También este año el profesor Regaud ha asistido a los Congresos realizados en Londres sobre el Cáncer y en Estokolmo sobre la Radiología.

La Liga de las Naciones, en su Sección de Higiene, ha nombrado a Regaud presidente de la Comisión del Cáncer, tributando así un honor extraordinario al notable maestro francés que la Universidad de París ha tenido la feliz idea de mandarnos para que tengamos la suerte de oirlo una vez siquiera.

La obra científica de Regaud, enorme ya, no está sin embargo concluída, ya que la continúa, día a día, con un ahinco tenaz, en colaboración con sus jóvenes colaboradores, en la quietud de sus laboratorios del Instituto del Radium de la ciudad de París. En lo adquirido hasta ahora, la obra de Regaud presenta varias facetas; podemos considerarle cinco; es se diría, una pirámide de cinco caras que encierra las distintas actividades de su inteligencia.

Estas facetas son las que reunen sus trabajos diversos sobre:

1°.—La Histología Normal;

2°.—La Histología Patológica;

3°.—La Radiofisiología;

4°.—La terapéutica de los cánceres; y

5°.—La dirección de los periódicos y de las publicaciones científicas.

No pretendemos analizar en detalle la obra así dividida, ni mucho menos hacer la crítica científica, ni tampoco glosar toda esta

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

obra maravillosa, pues no estoy capacitado para hacerlo, ni el tiempo, ni las circunstancias lo permitirían. Sólo pretendo enumerar, aunque sea someramente, las distintas cuestiones tratadas, estudiadas, descubiertas por el profesor Regaud y los resultados adquiridos en una obra tan vasta, poliforme y que, sin embargo, al conocerla en detalle, se ve tan intimamente unida, tan conexa, tan pacientemente preparada, desde los tiempos remotos en que el modesto preparador de trabajos prácticos de histología normal del profesor Renaut en el año 1894 en Lyon, hace treinta años, se convierte en una de las autoridades más conocidas y respetadas de la Cancerología y del tratamiento de los cánceres.

I. — Sobre la Histología Normal debemos citar sus primeras investigaciones sobre los vasos linfáticos del testículo, aparecidos en 1897. Anteriormente había publicado otro trabajo sobre los linfáticos de la glándula mamaria (1894).

Posteriormente estudia con una precisión admirable "*La estructura del testículo y la espermatogenesis de los mamíferos*" y en una serie de memorias sucesivas publicadas en varios periódicos, especialmente en los "Archives d'Anatomie Microscopique" da a conocer estas cuestiones sumamente interesantes.

Después de un lapso de tiempo, de 1895 a 191, se ocupa del estudio de la Histología Normal y Fisiológica, publicando en el "*Bulletin de la Societé de Biologie, en el Bulletín de l'Association des Anatomistes* y en la *Bibliographie Anatómique*" los siguientes trabajos: "*Etudes sur los mitochondries et sur les phenomenes cytologiques de la secretion*". "*Etudes sur la structure et sur la physiologie de l'ovaire des mamiferes*". "*Etudes comparatives sur la structures du rein chez les vertebres*".

Son estos los trabajos más importantes de la actividad de Regaud en la Histología Normal y que van a constituir sólida base para sus trabajos posteriores.

II. — En Anatomía Patológica, Regaud estudia en el año 1897, junto con los vasos linfáticos normales del testículo y de la mama, las perturbaciones patológicas que la enfermedad produce y así aparece un notable trabajo "*Etudes sur les vaisseaux lymphatiques des tumeurs*".

Otro sobre "*Les myocarditis dans la diphterie et la fievre tiphoide*" "*Etudes sur les mitocondries des cellules cancereuses*". Y sobre todo un gran estudio que se refiere a "*Etudes sur diverses espéces de tumeurs malignes*".

Estos trabajos y profundas investigaciones han preparado notable y sólidamente al investigador que va a dedicarse a estudios especiales sobre la Radiofisiología.

III. — Estas investigaciones de Regaud constituyen, podemos decirlo así, la parte más interesante de su actividad científica y allí es completamente original, es un sabio y un pioner de la nueva ciencia a cuya eclosión ha contribuído notablemente.

Desde el año 1905 a 1928, Regaud estudia los efectos determinados en los tejidos normales y cancerosos por las radiaciones de los rayos X y por las del Radium, primero sobre el testículo, ovario, sobre la piel, sobre el timo y sobre las mucosas digestivas. Son

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

justamente estas notables investigaciones las que motivaron la llamada de Regaud a París para conferirle el honor de la dirección del Laboratorio de Biología del Instituto del Radium y también han constituído el punto de partida de la nueva faz de la obra de Regaud del comienzo de sus trabajos sobre la radioterapia científica.

La radioterapia, y más especialmente la radiumterapia o curieterapia, es la cuestión que ha embargado principalmente la actividad del profesor Regaud desde el año 1919 hasta la fecha; y ha constituído el objeto de numerosas publicaciones y trabajos científicos en los cuales ha creado una escuela, podemos llamarla francesa, a veces en oposición a tendencias sajonas y que hoy tiene el profesor Regaud el placer de ver aceptadas en sus resultados por muchos que antes la combatían o no la aceptaban.

Esta faceta, una de las más nutridas y de más utilidad práctica, comprende dos partes. Una primera, se refiere a la tecnología de los métodos rudiumterápicos. La segunda parte podemos llamarla los resultados conseguidos por los perfeccionamientos técnicos introducidos por Regaud.

Los métodos rudiumterápicos utilizados en el Instituto del Radium de París y que son seguidos hoy en casi la totalidad de los institutos del mundo, han sido imaginados o perfeccionados por Regaud y sus colaboradores, y son el fruto de la aplicación de los estudios profundos que sobre Histología patológica y Radiofisiología han sido hechos anteriormente. Regaud ha contribuido a la creación de la Radioterapia y Radiumterapia científica.

En materia de perfeccionamientos técnicos debemos citar las técnicas sobre radiumpuntura y su aplicación a los cánceres de la lengua; así como los procedimientos racionales para la radiumterapia de los cánceres del útero. Estas técnicas de Regaud son hoy clásicas y aceptadas por casi la totalidad de los radiumterapeutas.

Otra perfección técnica ha sido el estudio de la aplicación de las materias plásticas en la preparación de soportes moldeados para el tratamiento de los cánceres de la piel y de los cánceres medianamente profundos. En esta materia ha sido descubierta una mezcla especial, por un colaborador suramericano del doctor Régaud, el doctor Esquerra, natural de Colombia, y la pasta especial se llama "pasta Colombiana".

La curieterapia a distancia del cuerpo es también obra de Regaud y es allí donde reside el porvenir en materia de resultados últimos en Curieterapia. Cuestiones relativas a la notación de las dosis y a la interesante cuestión del "factor tiempo" en los resultados de la terapéutica por las radiaciones, así como el descubrimiento de una cronología nueva y más eficaz en el tratamiento de los cánceres epidermoides, son también el resultado de la actividad de Regaud en materia de radiumterapia.

Los resultados de los métodos terapéuticos así perfeccionados, han sido considerablemente mejorados en el tratamiento de los cánceres epidérmicos que tienen las siguientes localizaciones: en la piel y en los orificios cutáneos; en las mucosas bucal y lingual; en la faringe y laringe; así como en la del seno maxilar y en la del útero, a punto que las estadísticas que nos ha presentado el profesor Regaud

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

en sus brillantes conferencias, se comparan y a veces son superiores a las que se consiguen con los métodos quirúrgicos. Estos resultados obtenidos en la curación de los cánceres epidérmicos han sido dados a conocer por el Prof. Régaud en distintos Congresos Internacionales celebrados en Londres, Estrasburgo, París, Roma, Lake Mohouk, etc., y han constituído, al ser aceptados unánimente, el mejor premio a las más honrada, científica y vasta obra de un sabio.

V.—Por fin, el trabajo del profesor Régaud se extiende también a la publicación de su obra y de sus colaboradores y así dirige la "Revue d'Histologie" en colaboración con el profesor Renaut, desde el año de 1906 a 1913.

Es director de "Index analytiques cancerologiae" desde 1927; así como del periódico "Radiophysiologie et Radiotherapie", también desde 1927.

Señores:

He terminado la rápida enumeración de las múltiples manifestaciones de la actividad científica, prodigiosa, del eminente maestro profesor Régaud. Ella no puede representarnos el valor inmenso del sabio francés que nos ha instruído en asunto tan nuevo y tan difícil como es la radiumterapia de los cánceres, pero sí nos permite, aunque aproximadamente, aquilatar sus reales y efectivos valores.

Por su incorporación a nuestras filas, si bien es la máxima expresión de honor que podemos conceder, proyecta asimismo honor y grande a nuestra centenaria Facultad y a nuestra más alta corporación científica, la Academia Nacional de Medicina.

He dicho.

Agradecimiento del Dr. Rigaud

El Dr. Reguad, agradeció en frases expresivas el homenaje, leyendo enseguida un estudio sobre "*El Instituto del Radium de la Universidad de Paris y la Fundación Curie*", del cual extractamos los siguientes conceptos:

Refiriéndose a la labor del Instituto, insistió en que la división y coordinación del trabajo, entre las secciones biológica y médica, habían producido magníficos resultados para el progreso de la técnica del tratamiento del cáncer por los cuerpos radioactivos. Enumeró después, con todo detalle, el personal que trabaja en el Instituto del Radium de París, en las secciones de investigación y en los diversos departamentos de asistencia de enfermos.

Afirmó que la división del trabajo tiene grandes ventajas, pero poseería graves inconvenientes, sino estuviese compensada por la disciplina de los trabajadores y la armonía de su labor, cosa delicada, pero que se facilita muchas veces por la comprensión del jefe, que participa del ideal de todos los miembros del equipo, por el trato frecuente, la estimación mutua; en una palabra por un fino y comprensivo espíritu colectivo.

El resultado general de esta organización simbiótica es excelente, dijo; es el auxilio de unos a otros, para emprender y laborar con fortuna, publicando en común trabajos de largo aliento, imparciales, serios y dignos de fé. Agregó que en su concepto la producción del Instituto del Radium de París en los últimos años había sido im-

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

portante; que las investigaciones allí realizadas le habían servido para sus lecciones en nuestra universidad.

La razón de ser de todas las instituciones científicas es el progreso de los conocimientos y la investigación de la verdad. Tal fué una de las bellas expresiones del sabio francés, que si condensan la filosofía de la ciencia, podrían servir de magnífico resumen, del interesante trabajo que leyó.

Notas Terapéuticas

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL TRATAMIENTO DEL TETANOS.—El tratamiento curativo del tétanos se compone esencialmente de tres factores; obstaculizar la toxiinfección por medio de un tratamiento local; neutralizar la intoxicación, embebiendo literalmente el enfermo con suero y por fin calmar las crisis.

El tratamiento local consiste siempre en hacer una gran incisión en la herida inicial; la seroterapia deber ser intensa, precoz y contínua, siendo preciso inyectar diariamente 200 a 400 cc. de suero, de manera fraccionada, teniendo en cuenta la edad del enfermo, sobre todo por vía intramuscular o subcutánea; para atenuar las contracturas y los espasmos o sea con miras a la vez médicas y humanitarias, nada da tan buenos resultados como las inyecciones intramusculares (8 a 10 cc. al día) y en particular las inyecciones intravenosas (6cc.) al día de somnifeno: estas dosis se repetirán cotidianamente hasta la cesación de los paroxismos.

El Dr. Polonski, (*Tesis de París* 1928) publica una observación muy interesante tomada en la clínica del Profesor Sergent, en el hospital de la "Charite", en la cual fueron verdaderamente impresionantes los resultados obtenidos por el empleo del somnifeno, no solamente por vía bucal, sino también por vía intramuscular y endovenosa.

Este remedio no sólo es útil en el tétanos sino también en el estado epiléptico, en la eclampsia, en el delirium tremens, en las psicosis intensas, etc.

En resumen, el somniféno, en casos muy graves, muéstrase el calmante de elección; por vía bucal, en forma de gotas, es el más práctico y el más manejable de los hipnóticos.

LA MEDICACION BROMURADA EN MEDICINA GENERAL. — La medicación bromurada está indicada en múltiples casos de la práctica diaria: eretismo nerviso en todas sus formas, fenómenos exitomotores, cerebro y bulbomedulares, crisis de angustia, ansiedad, agitación, insomnio, en todos los síntomas nerviosos de las afecciones cardiacas (neurosis taquicárdicas en particular), de las enfermedades del tubo digestivo (dispepsias, solaralgias,

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

gastroenteritis), del aparato urogenital (vaginismo, incontinencia de orina, espermatorrea, erecciones nocturnas, etc.), ciertas formas de asma, de jaqueca; en numerosas dermatosis y, en las convulsiones, corea, tos ferina, espasmo de la glotis, etc. Sin embargo, es esencial escojer el bromuro y la forma bajo la cual se ha de administrar.

Todos los clínicos son unánimes en decir que es el bromuro de sodio el que se debe dar, por ser el mejor y no tener efectos depresivos sobre el corazón y ser admirablemente soportado por todos los enfermos aún por los niños. Además, es necesario emplear exclusivamente un bromuro de sodio del cual se tenga absoluta seguridad y administrarlo en solución caliente lo bastante diluida, de modo que disimule bien su gusto.

Según el Dr. J. M. Sacaze (*Concours Medical* N°. 13.—París, 1928) el ***sédobrol*** permite hacer tomar el bromuro de sodio en forma particularmente agradable; este extracto de caldo vegetal concentrado, aclorurado y bromurado es siempre bien aceptado hasta por las personas más delicadas y en dosis de un gramo de bromuro de sodio por tableta, permite todas las modalidades de la medicación bromurada; por otra parte, y este es un punto práctico importantísimo, el sédobrol realiza el solo medio verdaderamente elegante de hacer absorver bromuro a un paciente sin que él se dé cuenta de ello; en efecto, se sabe que, entre el público, el bromuro no tiene muy buena reputación, pues se cree que es un medicamento indicado exclusivamente en las neurosis graves, como la epilepsia por ejemplo, y se proclama que entorpece al enfermo; de ahí esta fobia del bromuro la cual ha existido y ciertamente existe todavía; pero que el sédobrol contribuye a hacerla desaparecer poco a poco.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

SESION DE DIRECTORIO

Bajo la presidencia del doctor Wenceslao F. Molina celebró sesión el directorio de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.

El tema sobre mutualismo y mutualidades, que quedó pendiente en la sesión anterior, suscitó animado debate, acordándose formular las siguientes declaraciones:

La mutualidad es un concepto antiguo, que pretende satisfacer las necesidades originadas por los riesgos que se presentan en la vida y el trabajo. Basándose en la idea de la ayuda mutua, demanda a los que se asocian con estos fines, su contribución personal, siempre fija, sin guardar relación con la renta o salario que disfruta el asociado.

Sólo persigue la asistencia de los enfermos y su entierro en caso de fallecimiento, descuidando la prevención de las enfermedades y de otros riesgos, distintos de la enfermedad y la muerte.

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

Nació el mutualismo cuando no había aparecido el concepto de la obligación del Estado de atender la salud y proteger la vida de sus componentes, idea que arranca de la Revolución Francesa, que proclamó el principio de la asistencia del indigente por el Estado.

Desde los primeros años del presente siglo, han irrupcionado nuevos conceptos en el campo de la asistencia social, salvando las deficiencias de la mutualidad, institución particular y casi siempre desconectada de la obra de gobierno.

Según ideas que sostuvieron por primera vez Bismarck, en Alemania, y Lloyd George, en Inglaterra, compete al Estado atender al enfermo, subviniendo proporcionalmente a sus necesidades, en cooperación con el capital y el trabajador, dado que a la Nación le interesa la conservación del capital humano, la industria se beneficia con la sald del trabajador y éste debe aportar la parte que le corresponde en proporción con su renta.

Este nuevo concepto de la triple cooperación económica es lo que se conoce con el nombre de "Seguro Social", que libra de la indigencia, dignifica al hombre y permite atender los riesgos que la mutualidad no satisface. Estos riesgos son: la ancianidad, la invalidez, la maternidad y el paro forzoso.

Entre los muchos beneficios que el Seguro Social produce, hay que citar la asistencia profiláctica, sólo realizable por los cuantiosos recursos económicos que se reunen por esta forma de protección social, y llevada a cabo obedeciendo los principios de la medicina preventiva.

En atención a lo que han declarado el comité de higiene y la sección del trabajo de la Liga de las Naciones, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social sostiene que sólo puede llamarse Seguro Social al que esté sustentado en el trípode: Estado, Capital y Trabajo, declarando también que sólo debe ser nacional, ya que así se cumplen los imperativos de la asistencia social y se da oportunidad al Estado para que resuelva mejor el problema que suscita la atención de las listas pasivas.

El doctor C. Jaramillo Infante sostuvo que las exclusivas o monopolios en la asitencia médico-social, con el carácter de seguro, son inmorales. Este concepto no fué aprobado.

En vista de que la Federación Odontológica del Perú ha iniciado un movimiento de opinión para dilucidar si la asistencia médico-dental que proporcionan los Municipios está en armonía con las prescripciones de la ley, con los bien entendidos intereses de la colectividad y con los principios de la salubridad pública, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, atendiendo a la recomendación formulada por su comité permanente de higiene dental, declara que debe hacerse una gestión conjunta de todas las instituciones de carácter médico-social, para canalizar debidamente estas actividades de asistencia médico-dental, que proponiéndose una finalidad generosa, necesitan mejor orientación para llenar cumplidamente su objeto, contemplar los intereses profesionales y los principios generales de la asistencia, que sostiene que sólo se proporcione ésta por las instituciones creadas específicamente para estos fines.

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

Se insinuó la conveniencia de estudiar la forma de hacer práctico el anhelo municipal de hacer labor de higiene social, conceptuándose que los "Consultorios de investigación médica prematrimonial" son los que debieran existir en los municipios, ya que en ellos están los Registros del estado civil.

Teniendo en cuenta que la enseñanza y la higiene dental en las escuelas es de mucha importancia y que debe intensificarse el cumplimiennto de la ley que la ha hecho obligatoria, la Liga acordó solidarizarse con las gestiones que lleva a cabo la Federación Odontológica del Perú, a fin de que en el próximo año escolar tenga su enseñanza y la práctica de la higiene dental escolar toda la amplitud que merece.

Bibliografía

REVISTA DE SANIDAD MILITAR. — Acaba de aparecer una publicación médico-militar de este nombre, que sirviendo de órgano al Servicio de Sanidad Militar del Perú, constituye un esfuerzo muy loable y el exponente del progreso y desarrollo que ha alcanzado la Sanidad de nuestro Ejército, hoy floreciente por el esfuerzo de los miembros que integran esta repartición del Instituto Armado y porque los Poderes del Estado prestan a ese sector del Ejército todo el apoyo que merece, dado que es una de las reparticiones de la Administración Pública, que, dentro de su radio de acción, defiende el capital humano, la población del país, que para continuar la marcha ascendente de su progreso, necesita hombres y más hombres, pero hombres fuertes, sanos y completos y desarrollados en el cuerpo y en la mente.

A la nota editorial que puntualiza la función primordial del Servicio de Sanidad del Ejército, que se preocupa de conservar los efectivos militares, poniendo en práctica las modernas conquistas de la medicina preventiva y que presenta un saludo a todos los que pueden tener vinculación con el Servicio de Sanidad Militar del Perú, siguen una serie de trabajos, todos muy interesantes, que ocupan una extensión de 136 páginas.

Deseamos al nuevo colega, larga y próspera publicidad.

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

PRIMERA CONFERENCIA LATINO-AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL.

(Buenos Aires 14-18 Noviembre 1928.)

Trabajos enviados por la Comisión cooperadora peruana, integrada.

Por los DRES. SEBASTIAN LORENTE, GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA, CARLOS A BAMBAREN Y LUIS D. ESPEJO.

Necesidad de uniformar la Legislación sobre el riesgo profesional.

El riesgo profesional médico, no está por lo general reconocido en muchos países de América, a pesar de que existen leyes de accidentes del trabajo, que en los momentos que se dictaron, trataban de beneficiar, exclusivamente, el trabajo obrero.

Las modernas conquistas de la legislación social y el desarrollo con que se está haciendo la socialización de la medicina, permiten tratar, sin discusión y dicidencia, del trabajo profesional, que comprende a los trabajadores intelectuales y a los trabajadores manuales, sea porque la sindicalización de las clases, los vincula doctrinariamente, sea porque el riesgo profesional médico, resulta una modalidad particular del riesgo engendrado como consecuencia del trabajo.

En el Perú la Ley de Accidentes del Trabajo sólo contempla los riesgos profesionales del obrero, estando en esto de acuerdo, con la mayoría de las legislaciones vigentes sobre la materia. Pero el médico, en razón del ejercicicio de su profesión, sea a particulares o a las instituciones públicas, está expuesto a contagios y percances de índole morbígena, sin que encuentre ningún amparo ante estos riesgos que dimanan de su actividad.

El tema ha mereceido la atención de algunos tratadistas peruanos, preferentemente por los profesores de Medicina Legal de la Facultad de Lima, habiéndose llegado a una conclusión sustantiva en el Primer Congreso Nacional de Medicina, que se celebró en Lima en diciembre del año 1927. En este certámen se recomendó que se gestionase la forma de hacer práctico el riesgo profesional médico, a fin de que pueda incorporarse en una nueva Ley de accidentes del trabajo.

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

Por esta breve exposición se propone el siguiente voto:

La Primera Conferencia Latino Americana de Neurologia, Psiquiatria y Medicina Legal, declara que el riesgo profesional medico, es una modalidad del riesgo del trabajo, que merece figurar en la legislacion positiva, beneficiarse de las reparaciones correspondientes e incorporarse en la Ley de Accidentes del Trabajo.

Conveniencia de independizar la función Médico-Forense Policial de la Judicial.

En casi todos los países de América la función pericial en los Departamentos de policía y en los Juzgados de instrucción, está desempeñada por médico-legistas, que la atienden simultánea y recíprocamente.

En el Perú esta labor médico-forense está a cargo de los llamados médicos de policía; ellos informan a la Policía de la magnitud del daño y justiprecian también todos los acontecimientos que los juzgados de instrucción criminal les solicitan.

No hay duda que la apreciación médico-forense, es distinta en sus consecuencias, sea que se trate de informar a la Policía o a la Justicia, porque en el primer caso, por lo general, se trata de puntualizar la asistencia médica que necesita una persona, y en el segundo, los alcances del peritaje médico-legal, penetran en los linderos de la Ley.

Naturalmente que el perito médico-forense, pone a concurso en ambas circunstancias, el bagaje de su técnica especializada, pero la separación de la función pericial, ante la Policía y la Justicia, reporta un beneficio pragmático, que no se puede olvidar. El perito médico-forense que informa ante la Policía, inicia, casi siempre, el expediente judicial, sobre el que debe hacerse el peritaje que señalan los Códigos de procedimiento. Si el mismo médico perito ejecuta estas dos labores, es imposible que deje de poner en sus dos peritajes sus conceptos personales; en cambio, estableciendo separación entre la función forense policial y la judicial, se dá oportunidad para que intervengan en la cosa juzgada, distintas opiniones técnicas que vienen a ilustrar a la Justicia.

Además, en muchos países no se exige al médico de policía, la especialización ejecutoriada, que se pide al perito que informa a los tribunales de Justicia; por ese motivo resulta benéfico separar ambas funciones periciales.

En el Perú el asunto ha merecido la atención del gremio médico que expresó en el Primer Congreso Nacional de Medicina,

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

celebrado en Lima en diciembre del año 1927, que, para la mayor eficiencia de la labor pericial y de acuerdo con los preceptos jurídicos era necesario independizar la obra médico-forense policial, de la que necesitan los tribunales de justicia.

Como consecuencia de lo expuesto, se propone el siguiente voto

LA PRIMERA CONFERENCIA LATINO AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL, DECLARA QUE PARA LA MAYOR EFICIENCIA DE LA LABOR PERICIAL, ES NECESARIO QUE SE INDEPENDICE LA OBRA MEDICO-FORENSE POLICIAL, DE LA QUE NECESITAN LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA.

Los "Servicios Abiertos" en la modernización de asistencia de Alienados y en las labores de Higiene Mental.

En la asistencia de los alienados, pueden señalarse algunas fechas y acontecimientos importantes, que marcan las etapas que ha recorrido el tratamiento de estos enfermos. Felipe Pinel, que humaniza la asistencia del loco; Beers, que inicia en Estados Unidos de Norte América la cruzada prodigiosa en favor de la Higiene Mental y Toulousse que en Francia brega por la implantación de los "Servicios abiertos" en los Establecimientos de asistencia de alienados.

En la mayoría de los países de América, los Manicomios, Asilos Colonias de Alienados, Casas de Orates, etc. son establecimientos cerrados, en los cuales ingresa el paciente, después de un procedimiento particular en cada país. Este procedimiento es, a veces, bastante complicado, y no sólo tiene este inconveniente, sino que también dificulta la salida de los enfermos, que ya no benefician nada del tratamiento en el Establecimiento asistencial.

No hay duda que en muchos países de América, se han implantado ya los "Servicios abiertos" y que en otros se propugna por su creación. En el Perú, desde 1922, la Academia Nacional de Medicina recomendó, por sugerencia formulada por el Doctor Carlos A. Bambarén, la creación de servicios abiertos, como uno de los elementos de la moderna asistencia de los alienados y como un procedimiento de higiene mental, ya que la asistencia oportuna del psicópata aminora las posibilidades de que su trastorno mental se haga crónico.

En los últimos tiempos, la difusión de la toxicomanía, obliga a pensar con más detención en los "Servicios abiertos", porque esta clase de psicópatas, sin llegar a ser alienados definitivos, deben bene-

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

ficiarse con la moderna forma de ingreso al hospital psiquiátrico; beneficio que también debe acordarse a los "pequeños psicópatas", que también no deben estar comprendidos, en el régimen de los alienados peligrosos, para los cuales el Establecimiento de asistencia debe estar cerrado, cuando se trate de su posible egreso.

Por estas consideraciones, se propone el siguiente voto:

LA PRIMERA CONFERENCIA LATINO AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL, RECOMIENDA LA CREACION DE "SERVICIOS ABIERTOS" EN LOS ESTABLECIMIENTOS DESTINADOS A LA ASISTENCIA DE ALIENADOS, PORQUE DE ESTE MODO SE FAVORECE EL TRATAMIENTO DE LOS TOXICÓMANOS Y DE LOS PEQUEÑOS PSICOPATAS, REALIZANDOSE, A LA VEZ, OBRA DE HIGIENE MENTAL.

Necesidad de que en los Hospitales Generales existan departamentos especiales para atender psicópatas agudos.

En la organización moderna del hospital urbano, tiene cabida la asistencia del psicópata agudo, porque éste por la naturaleza e intensidad de su padecimiento mental, no necesita ingresar a los hospitales psiquiátricos, dado que su trastorno resulta muchas veces un epifenómeno y en otras ocasiones constituye manifestaciones de desequilibrio psíquico, que no desadaptan completamente al sujeto del medio ambiente.

Además, el tratamiento de estos pacientes debe ser en cierto modo profiláctico, porque hay que evitar el deterioro psíquico, que lleva fatalmente a la cronicidad.

La psícosis dinámicas, las disfunciones neuro-vegetativas con trastornos psíquicos, etc., son otras tantas manifestaciones mórbidas, que pueden atenderse en los hospitales generales. Igualmente, los procesos psicopáticos agudos que intercurren en un proceso morboso orgánico, son pasibles de asistencia en estos hospitales.

Por otra parte, estos departamentos para psicópatas agudos, dan oportunidad para establecer Consultorios o Dispensarios, que cumplen funciones de higiene mental, porque dan oportunos consejos a los psiconeurósicos que necesitan la opinión técnica y especializada del mentalista, a fin de canalizar por la buena senda su vida y su actividad, presta a desviarse a las primeras incidencias ambientales, por el camino de la contravención de la Ley, de la delincuencia y de la locura.

Conviene, pues, puntualizar la necesidad de estos Departamentos en la técnica nocosonial, que cumplen precisas funciones de asistencia social y realizan marcada obra de profilaxia mental.

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

Por estas breves consideraciones, se propone el siguiente voto:

La Primera Conferencia Latino Americana de neurologia, Psiquiatria y Medicina Legal, declara que de acuerdo con los modernos postulados de la tecnica nocosomial, es necesario que existan en los hospitales generales, Departamentos especiales para la asistencia de los psicopatas agudos, ya que ellos cumplen no solo funciones de asistencia, sino que tambien desempeñan importante papel en la profilaxia mental.

Necesidad de crear en los países de América, institutos de Psicotecnia y orientación profesional

El trabajo profesional, se orienta por nuevos rumbos; la eficiencia no se adquiere por ensayos o tanteos. Precisa descubrir las aptitudes antes de emprender el aprendizaje de un arte, oficio o profesión. El taylorismo resulta insuficiente, si no está precedido por la selección psicotécnica, que descubre las aptitudes mentales, necesarias y adecuadas al trabajo profesional que se pretende realizar.

Las necesidades de la industria, las exigencias de la producción, la competencia económica, han obligado a dirigir el trabajo de acuerdo con las orientaciones psicotécnicas, porque todos los individuos no son aptos para desempeñar indistintamente una misma actividad profesional. El perfeccionamiento de la máquina trata de reemplazar al hombre y las complejidades de la mecánica moderna exigen condiciones particulares en el hombre que debe manejarlas, de acuerdo con el mecanismo de éstas y con las necesidades del trabajo.

La vida moderna ha aumentado los riesgos a que está expuesto el individuo; la precisión en los servicios públicos, exije un mayor rendimiento individual y los afanes de la medicina preventiva permite desarrollar útilmente los mecanismos que luchan contra el deterioro mental y las causas disgénicas, particularmente en el ámbito de la actividad psíquica.

Los progresos de la Psicología aplicada han permitido esta obra de orientación profesional, pudiendo decirse que es una de la más importantes conquistas de la moderna ciencia psicológica, que aprovecha todas las orientaciones que fructifican en el campo de las disciplinas mentales, particularmente la "psicología diferencial" y la "psicología del comportamiento".

Con motivo de estas consideraciones, se propone el siguiente voto:

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

LA PRIMERA CONFERENCIA LATINO AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL, RECOMIENDA QUE SE CREEN EN LOS PAISES DE AMERICA INSTITUTOS DE PSICOTECNIA Y ORIENTACION PROFESIONAL.

La selección escolar debe hacerse con criterio Psicopedagógico.

Las ciencias de la educación ostentan progreso indiscutible. El mejor conocimiento del niño, particularmente en la dirección biotipológica de Pende, y los resultados obtenidos con la psicología aplicada a la educación, explican este progreso.

Pero, desgraciadamente, estos conceptos no se han difundido en la forma que anhelan los especialistas en la materia. En América existen algunos ensayos bastante apreciables, pero todavía no se han generalizado estas ideas y no se las acata por las personas que en la Administración Nacional tienen a su cargo la instrucción pública.

La selección escolar, se hace, por lo general, empíricamente; los postulados de la Psicopedagogía, no se siguen por desconocerlos o por conceptuar que no alcanzan todavía las técnicas de la psicología aplicada, la fuerza probatoria que poseen.

Conviene hacer propaganda de estos conceptos, que abarcan no sólo la instrucción escolar primaria y secundaria, sino que son muy importantes para la instrucción superior.

En el Perú el problema de la selección mental de los escolares, sólo se ha esbozado, procurándose alguna realización práctica, con el voto emitido por el Primer Congreso Nacional de Medicina, que dejando de lado la parte del problema que corresponde a la instrucción primaria y secundaria, se limitó a recomendar que se establezca la selección mental de los que pretendan ingresar a la universidad y escuelas especiales.

Como consecuencia de la breve enumeración de los fundamentos de esta iniciativa, se propone el siguiente voto:

LA PRIMERA CONFERENCIA LATINO AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL, TENIENDO EN CUENTA QUE LA SELECCION DEL ALUMNADO NECESITA ORIENTARSE EN EL SENTIDO DE LA PSICOLOGIA APLICADA, RECOMIENDA QUE LA SELECCION ESCOLAR DEBE HACERSE CON CRITERIO PSICOPEDAGOGICO, ORGANIZANDOSE EN TODOS LOS PAISES DE AMERICA EL SERVICIO MEDICO-ESCOLAR, EN EL QUE TRABAJEN ARMONICAMENTE LOS MEDICOS ESPECIALISTAS EN PSICOLOGIA Y LOS PEDAGOGOS QUE DOMINEN LA MATERIA.

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

Necesidad de establecer en los Códigos de Procedimiento Civil y Penal, capítulos especiales referentes al peritaje médico forense.

La función pericial médico-forense, tiende cada día más a individualizarse de las otras formas de peritaje en relación con la justicia; y ello es muy lógico de afirmar, si se considera la importancia de la actuación del médico legista en los procesos judiciales, tanto civiles como criminales, y en sus variadas formas de criterio médico, psiquiátrico, quirúrgico, toxicológico, etc.

El trascendental papel que el médico desempeña, en el auxilio que brinda a la Justicia, en la dilucidación de los complejos problemas que tiene que resolver; y la generalización de este aporte, aumentando su radio de acción, sin limitación precisa, hacen que la función del perito médico-legista, cobre un aspecto peculiar, que no puede continuar manteniéndose en el capítulo genérico de los peritos, tal como sucede actualmente en la mayor parte de los Códigos de Procedimiento Civil y Penal de los países de América.

Urge, por tales razones, pensar en la necesidad de sugerir a los codificadores, la premiosa necesidad de establecer en los Códigos capítulos especiales, referentes a la actuación pericial de los médicos, desglosándolos de rubro común de los peritos, pues tal clase de peritajes se realizan además, bajo normas peculiares, muy distintas de aquellas otras.

Por estas consideraciones, y otras muchas repetidas insistentemente por todos los tratadistas en Medicina Legal, la Comisión Organizadora en el Perú, formulan el siguiente voto:

LA PRIMERA CONFERENCIA LATINO-AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL, RECOMIENDA QUE EN LOS CODIGOS DE PROCEDIMIENTO CIVIL Y PENAL SE ESTABLEZCAN CAPITULOS ESPECIALES DEDICADOS AL PERITAJE MEDICO-FORENSE.

Necesidad de crear Institutos de especialización médico-forense, para preparar médicos legistas

La especialización médico-forense requiere, cada día más, un conjunto de factores y exige un acúmulo de conocimientos tal, que su desarrollo sólo puede hacerse por profesionales que se dediquen exprofeso e intensivamente al cultivo de estas disciplinas.

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

De otro lado, la enorme responsabilidad que su práctica impone en la mayoría de los casos al perito médico-legista, y la importancia y trascendencia de los problemas que tiene que resolver, obliga a la imperiosa necesidad de poseer un bagaje de conocimientos y de experiencia, sólo exigible a los que especialmente se dediquen a medicina legal.

De aquí la necesidad de la preparación y perfeccionamiento de los médicos forenses, en Institutos especialmente preparados y convenientemente habilitados, para proporcionar una instrucción que permita el otorgamiento de títulos de especialización, que garanticen la corrección y la eficacia de sus labores.

La posesión de ese título, debe ser como un complemento de todo esto, el requisito indispensable para ocupar los diversos puestos de función médico-legal en la administracción de justicia; y, igualmente, el diploma de médico-legista debe ser obligatorio para el nombramiento de perito, formulado por los jueces.

Esta especialización debe hacerse, de preferencia, en Institutos organizados en las Universidades y Facultades, como una ampliación de la docencia ordinaria de medicina legal a los estudiantes de medicina; y contando con todos los elementos que le proporcionen, tanto la administración de justicia, como los departamentos policiales, en orden a cadáveres, prácticas de laboratorios, gabinetes de identificación, museos y bibliotecas, etc.

Consecuente con estos principios, la Comisión Organizadora Peruana, presenta el siguiente Voto:

LA PRIMERA CONFERENCIA LATINO-AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL, RECOMIENDA LA NECESIDAD DE CREAR INSTITUTOS DE ESPECIALIZACION MEDICO-FORENSE, QUE OTORGUEN TITULOS OBLIGATORIOS PARA TODA FUNCION MEDICO-LEGAL

Necesidad de unificar en los países de América la terminología médico-legal.

Cada ciencia tiene un conjunto de términos que son los medios con los que expresa sus hechos y sus principios, todos los cuales le son propios y peculiares, y que, en síntesis, constituyen su terminología especial.

La Medicina Legal, si bien en principio, no es sino una ciencia de aplicación y especulación en un sentido determinado, de las diversas ramas de la Medicina y de otras varias del acervo de los conocimientos humanos, parecería estar huérfana de términos propios que expresaran variados aspectos de sus disciplinas, pero con todo,

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

tiene muchos vocablos que le pertenecen y que forman su riqueza terminológica.

De otro lado, al hacerse la traducción de diferentes voces extranjeras de valor médico-legal, se hacen y se aplican en las obras de Medicina legal, con palabras diversas y de sentido variado, que, en muchos casos, dan origen a erróneas interpretaciones y permiten distingos que oscurecen y mistifican la verdad y el lógico sentido de hechos y principios.

Sería por eso conveniente que, por lo menos en los países de América, se tendiera a cierta unificación de la terminología médico-legal, basándose en estos tres requisitos:

1°.—que adopten en Medicina legal los mismos términos, consagrados por la Ciencia, de las diversas ramas de aplicación de la Medicina.

2°.—que se traduzcan los términos médico-legales al español de las lenguas extranjeras, en su asepción más lógica y científica.

3°.—que se tienda a unificar en los países de América, estos términos a manera de tener en Medicina Legal un lenguaje que le sea propio y fácilmente interpretable por todos los especialistas.

Para complementar este desideratum, sería conveniente la confección de un Diccionario hispano-americano de términos médico-legales.

Consecuente con todo lo expuesto, se presenta el siguiente voto:

LA PRIMERA CONFERENCIA LATINO-AMERICANA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL, DECLARA QUE ES CONVENIENTE UNIFICAR EN LOS PAISES DE AMERICA, LA TERMINOLOGIA MEDICO-LEGAL.

Necesidad de reglamentar uniformemente en los países de América la técnica de la autopsia médico-legal.

Siguiendo una norma adoptada primeramente por Prusia en el año de 1858, y continuada después en varios países de Europa, algunas naciones de América han hecho intentos para reglamentar las técnicas de la autopsia médico-legal.

La cuestión, objetada en un principio, ha entrado en un camino de amplia aprobación; y hoy, en la mayor parte de los Estados, tanto del viejo como del nuevo continente, se acepta la necesidad de sujetar a normas precisas la labor pericial de autopsias. VIRCHOW y STRASSMANN en Alemania, BROUARDEL, LACASSAGNE y THOINOT en Francia, FERNANDEZ CARO y LECHA-MARZO en España, ZIINO y

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

Foa en Italia, Acevedo Neves en Portugal; y en América Peixoto en el Brazil y Fernandez Davila en el Perú, han abogado siempre entusiastamente en tal sentido.

Fúndase esta necesidad en el hecho de que teniendo que compulsar el valor y los elementos de un protocolo de autopsia, personas con limitada versación en la materia, como son los jueces, es conveniente realizar la labor y manifestar los resultados bajo pautas precisas y uniformes, de manera de que la interpretación de las conclusiones sea más fácil y factible.

De otro lado, siendo incipientes las organizaciones de los servicios médico-forenses en varios países del nuevo continente y actuando en la función pericial en tal sentido, factores y circunstancias diversas, es conveniente sujetar a un reglamento el *modus operandi* de la labor necrópsica, llamada a verificarse por cualquier facultativo, aún por aquellos no especializados en medicina legal.

Toda autopsia, practicada sin sujeción a preceptos claros y terminantes, no conduce sino a la esterilidad de los esfuerzos y a la pérdida de los valiosos elementos que puede la Justicia obtener de tan importante práctica judicial; conviene, por lo tanto, asegurar en lo más posible sus resultados, y ello no puede lograrse sino con la fuerza imperativa de una disposición legal expresa.

Son estas las razones, entre otras, que obligan a la Comisión Organizadora Peruana, a presentar el siguiente voto:

La Primera Conferencia Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria y Medicina Legal, acuerda recomendar la conveniencia de reglamentar uniformemente en los paises de America la tecnica de la autopsia medico-legal.

Necesidad de escribir la historia de la Medicina Legal de los pueblos de América

La influencia de la historia en la marcha y desenvolvimiento de las instituciones, tiene un valor incomensurable, que sólo se aquilata cuando se compulsan sus etapas evolutivas, y los beneficios derivados, viéndose como los progresos que se realizan no constituyen sino modificaciones sustentadas sobre hecho históricos anteriores.

La Historia de la Medicina Legal, a través de los tiempos y de las naciones que han integrado a la Humanidad, es primordialmente importante, pues siendo ella una rama de especialización especulativa de la Medicina, no puede marcar sus compases de avance, sino sobre los progresos y adelantos que las diversas especialidades médicas le proporcionan, a más de aquellas que igualmente le brin-

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

dan otras ramas del saber humano, como son el Derecho, la Filosofía, la Psicología, la Biología, la Literatura, etc. etc.

En tal sentido, es de capital importancia escribir en los pueblos de América la Historia de la Medicina Legal, ya que sus vinculaciones de origen, de idioma, de intereses, etc., mantienen entre ellos un ligámen que merece especularse y conservarse. A más, tendiendo estas Conferencias a uniformar criterios, y en particular la presente a unificar los preceptos legales en las múltiples cuestiones que de ella se derivan, conviene escribirse el historial de la especialidad, como base sustantiva para esta labor de fusión y unidad que se persigue.

Con este fin sería conveniente designar uan Oficina central que se encargara de recopilar los datos que de todas las naciones americanas se envíen, para reunirlos y armonizarlos, a fin de que puedan servir de base para la publicación de los trabajos sobre el tema,que pueden imprimirse sucesivamente bajo la forma de Anales. Para ello, igualmente, se designarían los delegados en cada nación, encargados de esta labor de recopilación y envío de datos.

Consecuente con todo lo anterior, la Comisión Organizadora Peruana, propone el siguiente voto:

La Primera Conferencia Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria y Medicina Legal, recomienda se escriba la Historia de la Medicina Legal de los paises de America y crea una Oficina Central (Buenos Aires), a la que se enviaran los datos que de cada uno de ellos reunan los Delegados nombrados al efecto. Estos datos se publicaran en forma de "Anales".

Necesidad de uniformar en los países de América la Legislación contra las toxicomanías.

El opio, la morfina, la heroína, la cocaína, el éter, que tanto uso tienen en Medicina, son principalmente los tóxicos que después del alcohol, causan las toxicomanías, constituyendo por su asombrosa diseminación desde la guerra europea, un gran peligro para el porvenir de la raza, y para los profesionales especializados en medicina social, un problema de actualidad.

La toxicomanía, puede decirse que existe desde la más remota antigüedad. Los pueblos a través de las épocas, han usado siempre bebidas o sustancias capaces de producir alegría o de mitigar los sufrimientos. El alcohol ha sido el más usado en todos los tóxicos, el más admitido y el más tolerado por el mundo entero, habiendo lle-

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

gado a tener un gran valor social, a pesar de los defectos deletéreos sobre el individuo y su descendencia. Los otros tóxicos, a que hemos hecho referencia, habían quedado reducidos fuera del empleo terapéutico y determinadas regiones, a ciertos ambientes; no eran ostensibles, por decirlo así; el resto del mundo sólo tenía noticias por los viajeros o por la literatura más o menos exótica, en la que se hacía con frecuencia la apología del vicio y se alentaba al lector para la búsqueda de los placeres y raras sensaciones, capaces de sentir sólo los civilizados en el concepto de la literatura morbosa.

Pero es a raíz de la última guerra mundial que se ha extendido por el orbe la toxicomanía, como una epidemia, al punto tal que ha sido indispensable en muchos países establecer medidas enérgicas de represión, con el fin de detener el mal que se propaga con violencia propia de las infecciones en terrenos vírgenes y con todos los caracteres del contagio mental; una verdadera epidemia psíquica, multiplicando las degeneraciones, pues es sabido los efectos perniciosos que los tóxicos producen sobre el individuo, convirtiéndolos frecuentemente en enfermos incapaces de dirigirse en la lucha por la vida, comprometiendo sus intereses, los de su familia y en resumen los de la raza. Degenera al individuo en plena juventud, planteando un problema de gran trascendencia, desde el punto de vista penal y social, pues aumenta cada vez más el número de delitos cometidos por los toxicómanos y así como la población de los hospitales y de los Asilos para alienados.

El toxicómano es casi siempre un predispuesto, desde el punto de vista psíquico. Va al vicio por diversas causas; hay causas individuales, que son todas aquellas que dependen de la constitución física y psíquica del sujeto, causas que dependen del medio ambiente y causas accidentales. Es precios aquí llamar la atención sobre las toxicomanías denominadas, con mucha justicia, médicas, en las que una grave responsabilidad incumbe al profesional, que emplea con frecuencia inútilmente prolongada, el uso de los tóxicos en el tratamiento de los enfermos.

La defensa social contra la toxicomanía y los tóxicos, debe contemplarse desde diversos aspectos; es indispensable afrontar el problema de las causas.

Uno de los medios es la fiscalización de los tóxicos. La producción e importación de tóxicos debería limitarse, de acuerdo con las necesidades de cada población. Se puede conocer la cantidad de tóxicos que un país necesita anualmnte con fines terapéuticos. Es necesario, para atender a la salud pública, que los gobiernos de los países en donde existe la producción de tóxicos como negocio, prohiban que en las fábricas se prepare mayor cantidad que la fijada por la autoridad sanitaria del país. Esta medida es importantísima para que no resulten burlados los esfuerzos que hagan los países en la lucha contra el peligro tóxico. El contrabando de las drogas tóxicas proviene, en resumen, del exceso de producción.

Debe establecerse la asistencia obligatoria de los toxicómanos, en Establecimientos especiales y a cargo de médicos especializados. Para comprender y organizar una terapéutica eficaz, es necesario un conocimiento profundo de la psicología de los toxicómanos.

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

Aunque las medidas represivas tienen su importancia, debe colocarse en primer término,en la lucha contra el tóxico y las toxicomonías, la profilaxia. La acción debe ser educadora y de propaganda, hecha con sobriedad e inteligencia; que diga permanentemente que existe un peligro tóxico, especial, más pérfido aún que el alcohol porque se ignora o se hace uso de las drogas narcóticas con fines terapéuticos.

Para llevar a cabo este programa, es indispensable la cooperación internacional. Cada día se vé mejor la obra de cooperación entre los países en la lucha contra los diversos factores que perturban la obra de la civilización y el progreso humano; pero contra la actividad cada vez mayor de la toxicomanía, la esfera internacional no ha reaccionado con el vigor suficiente. Por eso es preciso que cada Estado americano acometa en su política sanitaria la solución de este problema, dándole eficiencia internacional, procediendo con unidad de criterio y dando una legislación acorde.

Como síntesis de las ideas expuestas se propone el siguiente voto:

La Primera Conferencia Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria y Medicina Legal, declara que es conveniente uniformar en los paises de America, la legislacion contra la toxicomania.

Necesidad de establecer Dispensarios neurológicos y de higiene mental en los hospitales generales

Las evidentes relaciones que existen entre la neurología orgánica y dinámica y los trastornos mentales, explican suficientemente el establecimiento de Dispensarios, dedicados al doble objeto del examen neurológico y de la profilaxia mental.

Las neuropatías no constituyen estados mórbidos simples: su complejidad es tal que intervienen, en su mecanismo fisiopatológico, factores que se asocian e interfieren, sucediéndose o apareciendo simultáneamente; imbricándose de tal manera los fenómenos, que dificultan la hermenéutica clínica. El estudio de la fenomenología encefalítica y de las simpatosis, que ha ilustrado Laignel Lavastine, ha demostrado que en los trastornos mentales interviene un factor orgánico (núcleo orgánico morbígeno) o un trastorno dinámico, funcional (perturbación fisiogenética) de orden sensoriomotriz o vago-simpático. Estas constataciones aportan una base somática a los trastornos mentales; concepción ratificada por la Tipología de Krestchmer.

Por las razones expuestas, creemos que dentro del campo neurológico, cabe descubrir factores psicógenos, ya que las perturba-

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

ciones de la afectividad, raíz de la psiconeurosis, están condicionadas por alteraciones orgánicas o funcionales de las correlaciones neuro-endocrinas. El hallazgo del elemento morbígeno primitivo (órgano vegetativo) y su adecuada corrección, significaría, desde el punto de vista neurológico, labor de profilaxia mental.

De acuerdo con los razonamientos precedentes se presenta el siguiente voto:

La Primera Conferencia Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria y Medicina Legal, recomienda el establecimiento de Dispensarios neurologicos y de higiene mental en los hospitales generales.

Sobre la necesidad de que en los organismos que aseguran la Salubridad Pública en América existan departamentos encargados de la Higiene Mental.

La conservación de la salud pública es función del Estado. Es a él a quien le corresponde velar por la salud de los pueblos, asegurando los medios necesarios para que en los organismos encargados de esta labor, no sólo se trabaje por el mantenimiento de la vida, sino también por el perfeccionamiento humano.

En América ya está perfectamente definido este concepto, pero en todas partes no existe un mismo régimen, porque las condiciones particulares de cada país, impiden, hasta ahora, uniformar los procedimientos de salubridad pública.

En los últimos tiempos, con los incesantes progresos de las ciencias psicológicas y con una mejor apreciación de la superioridad individual, se nota marcado interés por preocuparse de todo lo que se refiere a la mente, sea porque la demografía ha revelado el aumento incesante de la locura, sea porque existen procedimientos más o menos eficaces de profilaxia de los trastornos mentales, sea porque la superioridad individual, resulta, más que del vigor físico, de la integridad y desarrollo de las capacidades psíquicas.

Por este motivo las reparticiones encargadas de la salubridad pública, comienzan a preocuparse de lo que se refiere a la higiene mental, creando secciones especialmente dedicadas a estudiar y resolver los múltiples aspectos que esto significa individual y colectivamente.

Hay que reconocer, que la obra particular se ha adelantado a la obra de Gobierno, y que en este sentido merece recordarse a la

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

Mental Hygiene, de New York, a la Liga de Higiene Mental de Río de Janeiro, a la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social de Lima, etc.

Como es necesario unificar conceptos sobre esta materia, se formula el siguiente voto:

La Primera Conferencia Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria y Medicina Legal recomienda a los gobierno; de America, que organicen en las instituciones encargadas de la Salubridad Publica, una seccion a la que corresponda todas las labores que se agrupan con el nombre generico de Higiene Mental.

Necesidad de unificar en los países de América los procedimientos de identificación personal

El intenso e incesante intercambio que se realiza en la actualidad en los países de América, con vislumbres de aumentar progresivamente, gracias a las facilidades de movilidad, ha planteado problemas muy difíciles de resolver en lo que a identificación se refiere.

En relación con esto la cuestión de la personalidad es capital, particularmente en lo que respecta a su comprobación. La identidad personal es necesaria en cualquier momento de un viaje y lo es también, cuando el sujeto trata de despersonalizarse, para eludir sanciones y escapar a la acción de la policía o de la justicia. Para verificar este doble aspecto de la identificación personal, hay que recurrir a procedimientos expeditivos, eficientes y prácticos.

Habiendo caído en desuso el método de Bertillón o bertillonaje, la dactiloscopia, que se halla, con más o menos desarrollo, adoptada por los países de América, es el procedimiento que debe servir para estos menesteres. Desgraciadamente, como sus modos de proceder, sus técnicas y los documentos que produce, no son uniformes, existe cierta complejidad que dificulta y esteriliza toda acción positiva.

De aquí los grandes inconvenientes que un viajero honrado tiene que encontrar muy a menudo para que no se ponga en duda su personalidad; y de aquí, igualmente, los inconvenientes que se presentan cuando se persigue, en país vecino y amigo, a un criminal prófugo que trata de cambiar de personalidad.

Es de gran valor tratar de unificar los procedimientos de identificación personal en los países americanos, adoptando, previo acuerdo, una técnica uniforme de caracterización individual. Tal desideratum se hallaría grandemente facilitado si se tiene en cuenta que la dactiloscopia es actualmente el procedimiento de elección y que el método de Vucetich o americano es el más aceptado por la ciencia.

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

En tal sentido se propone el siguiente voto:

La Primera Conferencia de Neurologia, Psiquiatría y Medicina Legal recomienda a los gobiernos americanos unificar los procedimientos de identificacion personal, tomando por base el sistema Dactiloscópico de Vucetich.

Orientaciones sobre lucha antituberculosa

Párrafos de la Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima el año 1926.

Por el Dr. ABEL S. OLAECHEA,

Médico Director del Hospital «Dos de Mayo»

(Transcripción del Boletín de la Sociedad de Beneficencia de Lima No. 453)

No corresponde evidentemente a la Beneficencia ocuparse en primer término, mejor dicho exclusivamente, de hacer labor de profilaxia,—labor compleja, de resultados lentos aunque seguros y que requiere ingentes sumas de dinero.—pero no hay duda que está obligada a compartir sus actividades en el sentido de la prevención, si contempla a la luz de la estadística los escasos resultados que obtiene manteniendo su acción en el radio estrictamente curativo.

En lo que respecta a la tuberculosis la labor preventiva está reconocida, sin discrepancias, desde hace mucho tiempo, por las instituciones científicas como la única arma eficaz de lucha. Yo no puedo dejar de recordar aquí que estas mismas ideas las he expresado a la Sociedad de Beneficencia en la sesión del 2 de diciembre de 1907, a la cual convocó a varios médicos para tratar de la creación de un sanatorio para tuberculosos. Entonces, pronunciándome en sentido adverso a ese propósito, manifesté que en el Congreso de la Tuberculosis de París de 1905 se había sancionado un voto afirmando la conveniencia de que la Asistencia Pública en todos los países dedicara sus esfuerzos a evitar la tuberculosis más bien que a curarla, y abogando por el cumplimiento de ese voto, expuse que el malogrado profesor Duclaux, que fué Director del Instituto Pasteur de París, ocupandose en uno de sus libros de la mencionada enfermedad, hacía resaltar los inconvenientes que se derivan para la lucha contra ella, de que las sociedades que tienen a su cargo la asistencia de los desvalidos ejerzan sus funciones ciñéndose extrictamente a las inspiraciones de la idea de la caridad, porque esta idea muy noble y muy bella cuando se miran los actos que sugiere en relación con las personas que los ejecutan, resulta falsa y hasta absurda cuando se contempla que esos actos no pro-

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

ducen beneficio para la sociedad. Si la caridad debió ser la inspiradora de la asistencia cuando se ignoraba que las enfermedades eran evitables, hoy que se conoce ésto, decía el eminente Duclaux, la asistencia pública debe evolucionar y no seguir haciendo sus labores conforme a los moldes de otras épocas.

Justifica el recuerdo en referencia así el hecho de que en los años trascurridos desde 1907 hasta el presente, no haya la ciencia llegado a la conquista de un tratamiento específico para la infección bacilar, como la circunstancia de que el horizonte de la profilaxia de esta cruel enfermedad parezca haberse ensanchado con la vacunación de los recién nacidos por el método del Profesor Calmette, del Instituto Pasteur de París.

La asistencia de los tuberculosos no se concibe tampoco hoy sino unida a la acción profiláctica y a la asistencia social, por lo cual en relación con ninguna enfermedad es de mayor importancia la labor que desempeña la institución denominada "Servicio Social del Hospital", la que fué creada en 1905 por el doctor Richards Cabot de Boston, y de la cual me he ocupado en anteriores memorias.

Los medios de profilaxia a que me he referido, que se ponen en práctica en cuantos países se preocupan de limitar los daños del bacilo de Koch, son los que se contraen en impedir el contagio en la familia, en la escuela, en el ejército, en la industria, en toda aglomeración de personas, y a luchar contra los factores de índole social que tanta influencia tienen en la etiología de la enfermedad, a saber: la insalubridad de la habitación inclusive su sobre-población, el exceso de trabajo, la alimentación deficiente, el alcoholismo, etc. Tales medios, la correcta organización de la asistencia de los pacientes y la orientación de la misma en su sentido social, como he dicho, constituyen las armas que han permitido dominar los estragos del terrible flagelo en naciones como Inglaterra, EE. UU. de América, Holanda, Alemania y Suiza, como lo atestiguan sus documentos demográficos, de los cuales aparece que mientras en 1900 las defunciones que dicho flagelo les ocasionó por cada 10.000 habitantes fueron, respectivamente, 18.2, 15.3, 19.5, 20 y 26.2 esos coeficientes bajaron en las tres primeras de dichas naciones a 10.3, 10.2 y 10.6, respectivamente, en 1925; en la cuarta de ellas a 15.1, en 1923; y en la última a 15.17, en 1922.

No es posible dejar de tener presente la influencia primordial que han tenido en Alemania en el éxito de la lucha anti-tuberculosa las cajas de seguros contra la enfermedad, las cuales para evitarse grandes riesgos han organizado establecimientos de asistencia para sus clientes, cooperando en obras de profilaxia, etc. Siguiendo su ejemplo, el seguro contra la enfermedad se ha establecido por ley, también, en Inglaterra y en otros países europeos, y está pendiente, junto con los otros seguros de invalidez, de vejez, etc. de sanción legislativa en Francia. Estas leyes de seguros sociales, que consagran principios de la más elevada justicia, se reconoce que contribuyen no sólo a afirmar el bienestar de las clases proletarias, permitiéndoles hacer frente digna e independientemente a las adversidades de la existencia, sino a cimentar el orden de las sociedades y la estabilidad política de los Estados.

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

Si para que no se produzcan casos de tuberculosis es necesario que se hagan observar todas las disposiciones eficaces para impedir el contagio de ella y que se luche contra los factores sociales que concurren a la evolución de la enfermedad; para realizar labor conveniente en pro de los enfermos y de la sociedad, no basta hoy, cuando se trata de asistir a los tuberculosos, con combatir los síntomas que presentan en su organismo, que es a lo que se limita la Asistencia Pública o sea la Beneficencia entre nosotros, sino que es indispensable hacer también con ellos asistencia social interviniendo respecto de los factores que, en el medio en que cada uno hizo su vida, contribuyeron a la génesis de su estado. La asistencia pública y la asistencia social tienen así esferas de acción diversas, pero que se complementan: la primera actúa, como dice un autor, haciendo terapéutica sintomática; y la segunda realizando terapéutica etiológica o causal. La asistencia pública asegura al paciente desvalido, junto con el lecho del hospital, la alimentación, los cuidados médicos, los remedios y las atenciones que presta el personal secundario de los nosocomios, es decir, que ella lo atiende en todo lo que es necesario para la conservación de su vida; pero, ese paciente que va a salir con vida del hospital o cuya vida se prolonga allí por los cuidados que se le prestan, no es un ser aislado en el mundo, sino que tiene una familia a cuya subsistencia debe atender y tiene un hogar en cuyas condiciones encontró quizá la causa de su enfermedad. Con atenderlo físicamente para devolverle la salud no se ha hecho todo lo que ese hombre necesitó si su dolencia era curable, y menos si ella sólo puede tener alivio ttemporal, como en el caso de la tuberculosis. La asistencia social diene, pues, en lo que no hace la asistencia pública, su gran razón ge ser: ella trata de aliviar material y moralmente al que sufre, asejurándole la estabilidad de su familia durante su enfermedad, mesorando las condiciones de su hogar, para que no subsistan las causas que generaron su mal, ayudándole en todo lo que requiere para salir de las dificultades de vida que le creara la enfermedad, a fin de que pueda volver fácilmente a la normalidad de la existencia. Siendo muy amplio el radio de la asistencia social, debiendo su intervención ejercerse en sentidos muy diversos, como que es de profilaxia y de sostén moral y material para el enfermo y su familia, necesita del concurso de diversas instituciones caritativas privadas, cuya acción se coordina por un órgano de investigación, puede decirse: el "Servicio Social de los hospitales", al que he aludido.

La obra por realizar entre nosotros para impedir los daños que irroga la tuberculosis es inmensa, pero entraña promesas muy halagadoras de bien, ya que no pueden haber motivos que hagan que la práctica de iguales medios a los que se ponen en juego en otros países dieran aquí resultados distintos a los que en ellos se alcanzaron; y esa obra será no sólo humanitaria, sino que tendrá proyecciones patrióticas, por sus efectos para el acrecentamiento de la población nacional.

Un programa mínimo de acción anti-tuberculosa en Lima podría comprender: la propaganda de los daños que causa la enfer-

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

medad y la enseñanza de todo lo relacionado con su profilaxia; la reforma o mejora de las obras de asistencia de tuberculosos que dependen de la Beneficencia; la creación, de toda preferencia, de obras de preservación de la infancia, por ser en esta época de la vida en la que el contagio es más temible; la creación de dispensarios del tipo Calmette, con todos sus servicios anexos; la organización del "Servicio Social" de los departamentos de tuberculosos de los hospitales; la vacunación de los recién nacidos con la vacuna antituberculosa B. C. G., vacunación cuyo campo de aplicación sería la Maternidad; la federación de las diversas obras de caridad privada existentes, para que actuaran en pró de los tuberculosos y de sus familias; y la adopción por la autoridad sanitaria de algunas disposiciones relacionadas con la profilaxia. Lo que la Beneficencia realizara en el sentido indicado no haría sino exaltar la misión que abnegadamente cumple.

Para herir al mal de que trato en uno de sus reductos más poderosos, cual es la insalubridad de las habitaciones, la Beneficencia podría, igualmente, contemplar la construcción de casas o de barrios obreros higiénicos, tomando como base económica para ello los fondos que rindiera el seguro contra la enfermedad, cuya administración en Lima le confiriera la ley correspondiente.

El método de vacunación antituberculosa del Profesor Calmette, al que me he referido, consiste en hacer ingerir a los niños, en los diez primeros días de su nacimiento, tres dosis de dos miligramos cada una de cultivo vivo de bacilo tuberculoso, de una raza de este germen a la que el mencionado profesor ha conseguido privar de sus propiedades tuberculígenas conservándole sus propiedades antígenas, lo que obtuvo resembrando el bacilo cada quince días, durante trece años, en un medio especial de cultivo constituído por bilis de buey glicerinada. El éxito de esta vacuna , que recibe el nombre de vacuna B. C. G. y ha sido debidamente experimentada en monos, por vía subcutánea, es ya muy satisfactorio, habiéndose aplicado en gran escala no sólo en Francia sino también en Indo-China, Bélgica, Italia, Suiza, etc. En Francia el número de recién nacidos vacunados de 1924 a junio de 1926 llegaba a 11.208, y observaciones atentamente seguidas en algunos grupos de esos vacunados han permitido establecer que la mortalidad de ellos en el primer año de su nacimiento es inferior al 1%, mientras que en los no vacunados de la misma edad la mortalidad es superior al 25%.

Son tan intensos los perjuicios sociales que nos irroga la tuberculosis, que siendo requeridos para una campaña seria en su contra no sólo elementos económicos sino personal experimentado y autoridad irrecusable, me atrevo a manifestar que nada sería más indicado para alcanzar resultados inmediatos de tal campaña que propender a que la efectuara la institución Rockeffeller, la que interviene en muchos países para combatir diversas enfermedades, y la que lo hizo aquí hace pocos años con la fiebre amarilla.

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

Prensa Médica Española

TRATAMIENTO DE LOS VOMITOS ACIDO-CETONICOS DE LA INFANCIA.—El Dr. M. Miralbell (*Anales del Hospital de Santa Cruz y San Pablo.*—Barcelona, Setiembre 1928), termina su interesante trabajo, con las siguientes conclusiones:

1ª. Los accesos de vómitos acetonémicos de los niños, son efecto de una acidosis no compensada, con disminución del pH y de la reserva alcalina.

2ª. Esta acidosis es causada principalmente por los cuerpos acetónicos (Acetona, Acido diacético, Acido B oxibutírico).

3ª. En los períodos de aparente normalidad, de los niños con vómitos periódicos, se encuentra un aumento de los cuerpos cetónicos en la sangre, principalmente de ácido B oxibutírico, viniendo a constituir una acidosis compensada.

4ª. Esta enfermedad viene a ser una Distrofia por retraso parcial de la catabolia de las grasas, y probablemente de las albúminas.

5ª. La carencia de los hidratos de carbono no es la causa de estas enfermedades.

6ª. Para hacer un tratamiento adecuado, hay que cubrir las siguientes indicaciones: Primero: Disminuir la acidosis—Segundo: Dar las calorías necesarias con cuerpos no cetógenos.—Tercero: Regularizar la catabolia de los cuerpos cetónicos.

7ª. La primera indicación se cumple, dando Alcalinos.

8ª. La segunda indicación se cubre dando hidratos de carbono, principalmente azúcar.

9ª. La tercera indicación se cubre con la insulina por inyección, cuyos efectos parecen ser en algunos casos admirables.

10ª. La insulina y la bilis juntas, con más o menos intensidad, obran por vía digestiva. Rápidamente sobre los vómitos, más lentamente sobre la fiebre, y con mucha más lentitud sobre la acetonuria.

11ª. Dada la benignidad general de los accesos en nuestro país, estos pueden curarse cubriendo solamente una indicación, pero la curación será más rápida, más segura y con menos esfuerzos para el organismo, si las cubrimos todas tres.

12ª. Las mismas indicaciones del tratamiento de los accesos hay que tomar en el tratamiento preventivo.

13ª. Así como el caseinato cálcico no parece dar resultado en el tratamiento del acceso, parece darlo muy remarcable en el preventivo.

14ª. Debe evitarse toda enfermedad que produzca acidosis, pues puede ser causa provocadora de un acceso.

15ª. En los períodos entre acceso y acceso se deben disminuir las grasas lo máximo posible, más no suprimirlas totalmente, pero las que se den, deberán ser lo menos cetógenas posible.

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

16ª. Las grasas de composición molecular elevada serán mucho menos cetógenas que la butirina y en general las de molécula pequeña. Y por lo cual deberán darse las grasas lo más frescas posibles, y vegetales.

17ª. Dada la conclusión 3ª., o sea que fuera del acceso los cuerpos cetónicos también están aumentados en la sangre, se podría probar si el tratamiento por la insulina da resultados como preventivo del acceso.

18ª. La insulina y la bilis por ingesta asociados, son una arma más, muy conveniente (tomándolos cotidianamente) para evitar la repetición del acceso, siempre que se cumplan las otras indicaciones.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS PERFORACIONES EN LOS ULCUS GASTRICOS Y DUODENALES.—Estas perforaciones que se producen bruscamente, a veces sin ningún signo de afección gástrica anterior, lo más frecuente después de un período más o menos largo de una dispepsia de tipo ulceroso, deben ser operadas inmediatamente, en las primeras horas que siguen al principio de la perforación. Siendo de gran claridad los síntomas de la misma, no deberían pasar nunca desapercibidos y las operaciones inmediatas deberían ser hoy la conducta general; desgraciadamente la experiencia nos ha demostrado que demasiado a menudo el diagnóstico es hecho erróneamente o bien no es hecho a tiempo, siendo operados la mayoría de estos enfermos pasadas las veinticuatro horas del debut de la perforación; todas las estadísticas demuestran claramente que la mortalidad post-operatoria se agrava en relación del tiempo transcurrido después de la perforación; es pues indudable de que el porvenir de estos enfermos está em manos de quien primero es llamado para su asistencia.

Un diagnóstico precoz seguido de una intervención inmediata, hecha después de las seis horas de la perforación, permite salvar un 90 por ciento de estos enfermos. Transcurridas las primeras veinticuatro horas, las cifras se inverten, salvándose a lo más un 10 por 100.

El diagnóstico precoz, tiene pues, una importancia capital, importando en gran manera reconocer ante todo que todo enfermo que presenta signos graves de reacción peritoneal aguda, no puede presentar más que una lesión grave de las vísceras contenidas en la cavidad abdominal y que dicha lesión no tiene otro tratamiento que la intervención quirúrgica inmediata.

Dos síntomas son capitales para hacer el diagnóstico, según el Dr. Juan Prim Rosell, (*Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.*—Barcelona, Setiembre de 1928), el dolor y la contractura abdominal. El dolor es brusco, violento, atroz;son rarísimos los casos en que no tiene estos caracteres. En algunos casos, el dolor ha regresado, hasta llegar a un período de bienestar, y la perforación no hacerse hasta un segundo tiempo, algunos días más tarde, como ha demostrado la intervención; se trata entonces de un signo perforativo, que en algunos ulcerosos precede a veces a la perforación.

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

El dolor es siempre de gran intensidad, su sitio es casi siempre en el epigastrio o hipocondrio derecho, en algunos casos se inicia en la fosa ilíaca derecha y hace pensar erróneamente en una apendicitis. Nuncá será por demás el insistir sobre el gran valor que tiene en semiología abdominal, la contractura de la pared. Antes de practicar la palpación se aprecia a simple vista el abdomen abarquillado, con el relieve saliente y rígido de los músculos rectos y con inmovilidad respiratoria. La mano confirma siempre este "vientre de madera" que se exagera a cada expiración y que no cede nunca a pesar de la suavidad de la palpación. Esta sensación tiene un valor capital; es el signo seguro de una lesión subyacente que requiere una intervención quirúrgica inmediata. Su máximo de intensidad en el epigastrio o hipocondrio derecho, fija la lesión en una de las vísceras situadas en estas regiones.

Si a estos dos signos se añaden la existencia de antecedentes gástricos (lo que ocurre a un 90 por ciento de casos) el diagnóstico de la perforación no puede ser más evidente.

Basta, pues, con estos signos para sentar el diagnóstico; por bueno que sea el estado general, el pulso, temperatura, no ausencia de macidez hepática, etc.; estos últimos signos, que hasta ahora se esperaba su aparición para precisar el diagnóstico e indicar la intervención, no son más que síntomas de una peritonitis difusa, presentada la cual, la intervención es casi siempre impotente para salvar la vida de estos enfermos.

La operación en los casos de úlcera gástrica o duodenal perforada debe limitarse a cumplir una indicación vital: la sutura de la perforación, pues la intervención en estos casos es hecha siempre en condiciones precarias, y por tanto importa obrar con rapidez y limitarse a lo esencial.

La sutura de la perforación podrá hacer necesaria a veces la práctica de una gastroenterostomía, pero este complemento operatorio que alarga la intervención, no debe ser hecha más que en casos precisos.

La excisión extensa de la úlcera con gastro-pilorectomía más o menos extensa,es una intervención muy grave en estos casos y que no se comprende como se ha considerado por algunos cirujanos como la mejor técnica a emplear en esta complicación.

En las perforaciones de las úlceras de la pequeña corvadura, aún siendo generalmente callosas y de gran tamaño, lo mejor es contentarse con una sutura en dos planos, invaginando la úlcera, lo que se obtiene colocando los puntos de sutura lejos de la perforación, en tejidos sanos, sin temer a producir una plicatura del estómago.

Si la úlcera es yuxtapilórica o duodenal y además es de pequeño tamaño y de bordes flexibles, la sutura practicada igualmente en dos planos y perpendicular al eje pilórico-duodenal, basta por sí sola la más de las veces, sin necesidad de recurrir a la gastro complementaria. Pero si la úlcera asienta sobre una base callosa extensa, hay que temer siempre la estenosis pilórica y es en estos casos en que la gastroenterostomía es el complemento obligado de la sutura.

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

Solamente en casos excepcionales, en enfermos percozmente operados, con un ulcus calloso gigante, con una gran perforación, difícil de suturar y con buen estado general, es buena la indicación de una gastrectomía.

Es interesante la cuestión drenaje después de una operación de úlcera gástrica o duodenal. El drenaje directo, colocado en frente de la sutura, drenaje con tubo de caucho o con grasa, es más bien perjudicial; es sabido que el drenaje colocado en la vecindad de una sutura del tubo digestivo tiene a menudo el inconveniente grave de facilitar la producción de fístulas: por otra parte si las suturas han sido bien hechas, y el adosamiento peritoneal completo, este drenaje es inútil. De manera que en regla general, salvo naturalmente los casos en que la sutura es precaria o ha sido casi imposible, es inútil el drenaje directo.

Naturalmente que el caso cambia si existe ya una peritonitis difusa con secreción purulenta, abundante; entonces lo prudente y lógico es el drenaje en las zonas de declive.

COMPROBACION DE UNA REACCION DE FLOCULACION PARA EL DIAGNOSTICO DE LA LUES.—Cada día son en mayor número los métodos ideados para el diagnóstico serológico de la sífilis, basados todos ellos en las modificaciones de equilibrio coloidal en suspensiones opalescentes. El fundamento físico-químico del mecanismo de producción de estos cambios, apreciables a simple vista casi siempre, no es aún del todo conocido. En espera de que salga la reacción ideal basada con pleno conocimiento de los factores que intervienen en dicho fenómeno, hay que limitarse a ensayar los distintos procederes que van apareciendo y controlar su mayor o menor efectividad.

Meinike, que fué uno de los primeros en idear estas pruebas simplificadas de floculación (año 1917), no obstante su efectividad práctica, reconocida por la casi unanimidad de los investigadores, muy a menudo ha variado su técnica, de tal manera que a su método que llamó *definitivo*, aparecido en 1919, tienen que añadirse algunos más, lo que demuestra que su autor no está aún completamente convencido de su inamovilidad y que al compás de sus experimentaciones pueden descubrirse cosas mejores.

Lo mismo viene a pasar con las de Sachs y Georgi, Kahn, Dold, Dreyer y Ward, Vernes, etc. Cada día aparecen nuevos aparatos para proceder a la dilución del extracto y a cada momento aparecen nuevas reglas para verificar convenientemente la suspensión coloidal. Además en todas estas reacciones, para que los resultados sean comparables, es preciso mandar a buscar en su sitio de origen los extractos convenientes, lo que supone un gasto de tiempo y dinero. El Dr. Ricardo Moragas (*Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.*—Barcelona, Setiembre, 1928), ha estudiado la técnica española de Manuel Garriga, que es la siguiente:

Preparación del extracto.—Se utiliza el acetonoalcóholico colesterinado de corazón desecado de buey. Se escoge un corazón de buey, se corta en pequeños trozos desprovistos de grasa y fibras tendinosas y se mantiene en la nevera durante 24 horas. Luego se

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

tritura convenientemente a máquina y la pulpa resultante se expone, en capa bien delgada, a la potente corriente de aire de un ventilador hasta que quede completamente seca. Luego se mantiene durante 24 horas dentro de la estufa a 37°. El producto seco se tritura y pulveriza en un mortero. El polvo resultante se mezcla con acetona pura de Merck, en la proporción de una parte de polvo por cuatro de acetona, en un frasco de boca ancha, a la temperatura del laboratorio y al abrigo de la luz, durante 48 horas, agitando cada día cinco minutos. Se decanta la acetona, la que se reemplaza por otra cantidad igual, continuando la extracción en la misma forma, dos veces más; después de la última extracción la acetona aparece casi incolora. Se filtra el todo, y el polvo de carne recogido sobre el filtro se deja secar al aire libre y luego dentro la estufa, hasta que haya desaparecido completamente el olor a acetona. Este polvo se mezcla con alcohol de 90°, en la proporción de una parte de polvo por siete de alcohol, durante diez días, agitando diariamente durante 5 minutos. El extracto tiene que tomar un bonito color dorado. Se filtra dos veces, se deja en reposo 24 horas y se añaden 50 centígramos de colesterina Merck por cada 100 c.c. de extracto, dejándolo en la estufa hasta disolución total (24 horas). Se abandona después a la temperatura del laboratorio durante tres meses, para estabilizar bien el extracto y, nuevamente filtrado, sin filtrado aparente, puede ya servir para la reacción.

Preparación de la dispersión.—En un tubo de ensayo de 200:20 se pone una parte de extracto, por ejemplo 1 c.c., y luego paulatinamente y en pequeñas cantidades, agitando siempre, se añaden 15 c.c. de solución de cloruro sódico alcalino previamente calentada a 37° (solución de Cutting).

La solución de Cutting consta de:

Sol. de cloruro sódico puro al 1.25 gr. por 100 en agua destilada o mejor bidestilada ..... 99 c.c.

Sol. de carbonato potásico puro anhidro en agua destilada (al 0,5 por 100) o bidestilada ..... 1 c.c.

Mézclese y esterilícese. Dura más de tres meses para el uso.

La emulsión queda opalescente y sus flóculos visibles. Puede ya verificarse la distribución en los tubos de reacción.

Práctica de la prueba.—La reacción se practica en tres tubitos bien limpios de 80.8. Otro tubo por cada grupo de reacciones, servirá de control del extracto, demostrando que este no precipita expontáneamente. Se utiliza el suero de la sangre, de 24 a 36 horas de extracción, inactivado media hora a 56° el mismo día de la reacción, y por lo menos, dos horas antes. Pueden utilizarse los sueros opalescentes y aún los ligeramente hemolizados.

Tubitos	1	2	3	Control
Extracto diluido c.c.	1	1	1	1,3
Suero inactivado c.c.	0,05	0,1	0,15	—

Se agita bien cada tubo aisladamente y se llevan a la estufa a 37ª durante 6 a 10 horas. Transcurrido el tiempo indicado se ha-

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

ce la lectura. Los resultados se aprecian a simple vista observando los tubos a contraluz. Con auxilio de una lupa pueden apreciarse las ligeras floculaciones. En las reacciones fuertemente positivas después de la floculación se produce un precipitado en el fondo del tubo, quedando éste completamente transparente.

La intensidad de la reacción es muy variable, según la mayor o menor positividad del suero. En los sueros intensamente positivos la floculación es muy clara en los tres tubos con precipitación consiguiente. En los sueros menos intensos, existe sólo floculación en el segundo y tercer tubo. Y en los débilmente positivos, sólo en el tercero. Los sueros negativos, no deben provocar ninguna floculación.

Resultados obtenidos.—Practicada esta reacción, conjuntamente con la Wassermann clásica y Hercht-Weimberg en 900 sueros, los resultados han sido concordantes en 740 casos.

Resultados divergentes.—Wassermann y Hecht-Weimberg negativas con Garriga positivas 32 casos.

Wasserman negativa, Hecht-Weimberg positiva y Garriga positiva 122 casos.

Wassermann negativa, Hecht-Weimberg positiva y Garriga negativa 6 casos.

Notas Terapéuticas

TRATAMIENTO DE LA EXPECTORACION DE LOS TUBERCULOSOS.—Toda medicación dirigida contra la expectoración, debe tender a suprimirla sin que sea perjudicial, claro está, para el enfermo. Es un procedimiento difícil de realizar, porque la mayoría de los productos empleados congestiona la mucosa pulmonar al resecarla.

Según el Dr. Vigourcux (*Languedoc Medical*, N°. 6, 1928) el thiocol es siempre admirablemente soportado si se tiene cuidado en emplear un producto rigurosamente purificado y minuciosamente comprobado. Se puede prescribirlo en forma de sellos, de comprimidos o de jarabe. La fórmula Roche utiliza un jarabe de cortezas de naranja particularmente especial, cuyas virtudes oréxicas y eupépticas completan las propiedades tónicas y dinamogénicas del thiocol mismo.

Por ejemplo, se puede dar a los niños 2 o 3 cucharadas de las de café al día de este jarabe, porque siempre se soporta bien, además calma la tos y mejora el estado general de los enfermitos. La dosis media para los adultos es de dos a tres cucharadas de las de sopa al día; en los bronquíticos obra maravillosamente; es una de las mejores medicaciones para los catarrosos; a los enteríticos sobre todo constipados les provoca la desinfección gastro intestinal; el

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

aparato bronco-pulmonar de los pretuberculosos lo pone en estado de defensa y por fin en los tuberculosos da resultados constantes y para todos estos enfermos es un excelente coadyuvante de la cura de aire y de reposo.

Claro está que no basta por sí solo para calmar una tos rebelde, quintosa y sobre todo emetizante; pero en estos casos se recurre al pantopon, el cual da resultados verdaderamente excelentes; al allonal, por ser este producto un analgésico y sedativo de primer orden y el que, combinado con el thiocol, es capaz de tener una acción calmante verdaderamente notable; más precisa saber que, en la inmensa mayoría de los casos, para todos los enfermos que tosen y espectoran,el thiocol es el mejor medicamento que se puede recetar.

Noticias

EL VIGESIMO QUINTO ANIVERSARIO DE LA CREACION DE LA DIRECCION DE SALUBRIDAD PUBLICA.—En el mes de Noviembre se han cumplido 25 años de la fundación de la Dirección de Salubridad Pública, que se creó siendo ministro de Fomento el Dr. Manuel C. Barrios.

La efemérides reviste importancia máxima, para consignarla en las páginas de "La Crónica Médica", sobre todo hoy que existe gran preocupación por las cosas de la salud pública y que esa repartición administrativa ha alcanzado desarrollo inusitado en manos de Sebastián Lorente; desarrollo e importancia que hacen augurar su elevación a la categoría de Ministerio, en un futuro más o menos próximo.

LA SEMANA DE SALUD.—Deseando intensificar la obra de propaganda sanitaria e higiénica, que realizan varias instituciones particulares, que colaboran entusiastamente en el trabajo de formación de la conciencia sanitaria, se ha llevado a cabo del 16 al 22 de diciembre una "Semana de Salud".

Las instituciones que han cooperado en este empeño han sido: La Asociación Nacional de Higienistas, la Liga de Higiene y Profilaxia Social, la Sanidad Militar, la Asociación Cristiana de jóvenes y la Federación Nacional de Periodistas.

En sus diversos sectores de acción,cada una de ellas,ha trabajado con entusiasmo, dictando conferencias, haciendo publicaciones en los diarios, editando volantes y cartillas de higiene, etc, etc.

La Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social ha cooperado en la "Semana de Salud", difundiendo por radio, preceptos y conceptos higiénicos, gracias a amenas conversaciones que ha sustentado el doctor Carlos A. Bambarén y editando un folleto de «Consejos de Higiene y Medicina Social», del cual la Dirección de Salubridad Pública hizo una tirada de diez mil ejemplares.

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

Las actuaciones de propaganda sanitaria,se efectuaron de acuerdo con el siguiente programa:

Día domingo	16	de diciembre:	"La Higiene y el Hogar",
,, lunes	17	,, ,,	"La madre y el niño",
,, martes	18	,, ,,	"La alimentación",
,, miércoles	19	,, ,,	"El alcohol y otros tóxicos",
,, jueves	20	,, ,,	"Higiene mental",
,, viernes	21	,, ,,	"Educación sexual",
,, sábado	22	,, ,,	"La eugenecia y el porvenir de la Raza".

En la Sanidad Militar, la "Semana de Salud" se ha desarrollado de acuerdo con el plan siguiente:

Lunes 17. — Higiene del Soldado en el Cuartel.

Martes 18. — Condiciones higiénicas de una buena alimentación.

Miércoles 19. — Peligros del Alcoholismo y de otros tóxicos.

Jueves 20. — Reglas prácticas para hacer la Higiene Mental.

Viernes 21. — Educación Sexual en el ambiente militar, especialmente para evitar las enfermedades venéreas.

Sábado 22. — Conceptos prácticos de Eugenesia y de Higiene Racial, especialmente en el ambiente militar.

La "Semana de Salud", ha tenido por objeto llevar a los habitantes del país hacia los senderos de la Vida Sana y Eficiente, suscitando en el ambiente y en las conciencias interés por las cuestiones de Higiene y entusiasmo por mantener la vida sana, así como la eficiencia individual.

Dada la importancia de esta campaña, los organizadores se proponen establecerla permanentemente, de modo que todos los años se celebre la Semana de Salud, no solamente en Lima, sino en el Perú entero.

PRIMERA EXPOSICION DE HIGIENE.—La Exposición de Higiene, Alimentos, Productos Medicinales y Biológicos y Artículos Sanitarios, organizada en conmemoración del XXV aniversario de la Creación de la Dirección de Salubridad, se inauguró el domingo 16 de diciembre a las 7 p.m. en el local del Palacio Municipal. Antes de la hora indicada el Director de Salubridad acompañado de los médicos de la Santidad Pública esperaron la llegada del señor Ministro de Fomento, quien en representación del señor Presidente de la República debía efectuar la inauguración, acompañándolo al salón de conferencias anexo a la Exposición. Ocupados el estrado y asientos de la sala por distinguidos profesionales y numeroso público, el señor Ministro dió lectura a un conceptuoso discurso declarando inaugurada la Exposición, procediendo enseguida a recorrer los salones deteniéndose en su visita en los diversos stands, en unión de los funcionarios de la Dirección de Salubridad y representantes de la Sanidad Militar.

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

El señor Ministro tuvo frases de aplauso, estímulo y felicitación para cada uno de los señores expositores así como para el Director de Salubridad por el éxito de la Exposición.

"ASOCIACION PERUANA DE SANIDAD MILITAR".—El Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militar, que se reunió por tercera vez en Bruselas el año 1925, recomendó que en todos los países se formasen Asociaciones de los médicos militares y de los dentistas y farmacéuticos, que trabajan en los institutos armados.

De acuerdo con ese voto que el Perú suscribió, por Resolución Suprema expedida el 13 de mayo de 1928 el Ministerio de Guerra dando cumplimiento al acuerdo del Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares, resolvió que se crease la "Asociación Peruana de Sanidad Militar".

Formulado el Estatuto de la citada Asociación, con fecha 6 de noviembre de este año se le prestó a probación suprema y de acuerdo con lo que ahí se dispone, se reunió bajo la Presidencia del Coronel Inspector del Servicio de Sanidad, doctor Gerardo Alarco, la Junta preparatoria, procediéndose a constituir la Primera Junta Directiva, cuyas labores corresponden al año 1929.

Dicha Junta ha quedado constituída así:

Presidente, Coronel Gerardo Alarco.

Vice Presidente, Teniente Coronel Carlos J. Rospigliosi y Vigil.

Secretario: Teniente Coronel César A. Zevallos.

Tesorero: Teniente Coronel Felipe A. de la Torre.

Vocales: Teniente Coronel Guillermo Fernández Dávila, Teniente Coronel Francisco Romero Elguera, Teniente Coronel Eudoro Aguilar Oliva, Capitán Angel Maldonado, Capitán Alberto Galliani.

Bibliografía

HISTORIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA por el doctor Félix Garzón Maceda.—Córdoba, 1928.

Para celebrar el cincuentenario de la fundación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Córdoba, el Consejo Superior de dicha universidad encomendó al doctor Féliz Garzón Maceda, nuestro erudito amigo, la redacción de una historia de la mencionada Facultad, desde los antecedentes de su creación hasta nuestros días.

En cumplimiento del honroso encargo, el doctor Garzón Maceda acaba de publicar el tomo primero de su "Historia de la Facultad de Ciencias Médicas", que forma un volumen de 480 pági-

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

nas. El autor ya había realizado antes trabajos sobre la materia pues cuando en 1916 formulaba el plan para su obra "La medicina en Córdoba" (apuntes para su historia) pensó dedicar el cuarto tomo a la "Crónica de la Facultad de Medicina", algunos de cuyos capítulos adelantó en la "Revista de la Universidad" de esa ciudad.

Como lo advierte el autor, después del "Bosquejo Histórico" publicado por el doctor Juan M. Garro y de la sinopsis histórica editada en 1910 por el ingeniero Manuel E. Río, no han aparecido otros trabajos históricos sobre la Universidad de Córdoba, de manera que éste del doctor Garzón Maceda es la primera crónica de la Universidad sobre sus últimos diez lustros de existencia, referida en forma completa y minuciosa.

Este primer tomo está dividido en once capítulos, que tratan, sucesivamente de los antecedentes de la enseñanza de la medicina en Córdoba; del período constructivo de la Facultad comprendido entre los dos años 1878 y 1884, de su desenvolvimiento posterior.

LOS PROBLEMAS DE LA OCLUSION INTESTINAL por el Dr. Fidel Fernández Martínez.—Un vol. de 140 páginas.— *Javier Morata*, Editor.—Madrid, 1928. —6 pesetas.

El concepto simplista de los antiguos clínicos, que consideraban al íleo como un proceso puramente mecánico, determinado por un obstáculo que se oponía al paso del contenido intestinal, ha sufrido tan radical transformación, que hoy, pasado a segundo término el valor patogénico del *atasco* de las heces, no queda apenas nada de la concepción clásica.

Las lesiones de la pared del tubo digestivo, las del peritóneo que las envuelve, las de los emuntorios, los trastornos y repercusiones que se manifiestan en la sangre, en el sistema nervioso, en los grandes aparatos y en la totalidad de las funciones vitales, son de una patogenia tan compleja, que pocos son los médicos que por la lectura de los manuales corrientes de Patología médica pueden formar un juicio exacto.

Y, sin embargo, el problema o los problemas de la oclusión dejan de serlo y se convierten en hechos de meridiana y clarísima exposición, cuando se han leído las páginas de este libro, en el que se desarrolla paso a paso la cuestión hasta desenmarañarla y esclarecerla, en términos de facilísima comprensión.

La etiología y la patogenia de las diferentes formas del íleo; la anatomía de sus lesiones; la descripción clínica de sus innumerables tipos; el diagnóstico directo y diferencial de cada uno, y el tratamiento que en cada caso debe ser elegido, son descritos con verdadero lujo de detalles en este libro, que se hará absolutamente necesario en la biblioteca de médicos y cirujanos.

MANUAL DE BACTERIOLOGIE MEDICALE, por André Philibert.—Un volumen en 8°. de 552 páginas.—*Masson et Cie., editores.*—París 1928. —55 francos.

Este libro esencialmente didáctico, está destinado a poner orden en los hechos adquiridos; su originalidad consiste en partir de un punto de vista médico, en la exposición de una ciencia donde las

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

concepciones "botánicas" han servido demasiado tiempo de guía a la enseñanza.

Lo que interesa es el microbio "viviendo en el organismo humano"; la enfermedad infecciosa representa la verdadera fisiología del microbio patógeno.

Las analogías del aspecto anatomo-clínico de las enfermedades infecciosas, al mismo tiempo que acercan a éstas, agrupan los microbios causantes; las agrupaciones microbianas establecidas así son más sólidas que las fundadas sobre la morfología.

Tales son las ideas directoras que han guiado al Dr. Philibert, y su libro ha sido escrito para ajustarse estrictamente a los conocimientos útiles al estudiante y al médico.

I. El médico tiene necesidad de conocer los recursos que le ofrece la bacteriología para ayudarle en su "diagnóstico "clínico. La primera parte está consagrada al estudio de los métodos de diagnóstico.

II. La segunda parte está consagrada a la descripción de cada microbio patógeno del hombre. En esta descripción el Autor se ha colocado en el punto de vista de la biología patógena, poniendo en primer lugar los caracteres esenciales de la enfermedad provocada desde el punto de vista anatómico, guardando de la «botánica» pura, sólo lo indispensable para determinar la especie.

III. La tercera parte trata de cuestiones generales. Los grandes procesos, por ejemplo, la inmunidad, la anafilaxia, etc., están expuestos brevemente, cuidando de demostrar que esos procesos son variados, particulares a cada grupo de microbios, corolarios de su biología.

Este libro contiene, además, una profusa ilustración en colores enteramente original que hace de él un *Manual* de Bacteriología completo.

INFECCIONES OCULARES: BACTERIOLOGIA, PATOLOGIA Y TERAPEUTICA por el Dr. M. Guijarro Carrasco. — Un tomo de 200 páginas. —*Javier Morata editor.*—Madrid, 1928.

Seguramente que ha movido al autor, al escribir este tratado la ausencia en nuestro idioma de tratados de bacteriología ocular, de uso tan necesario para el especialista. El autor en esta obra tras de estudiar en el primer capítulo las nociones generales de la infección, describe la instalación de un pequeño laboratorio de investigaciones bacteriológicas oculares, la técnica, los medios de cultivo, las diferentes clases de bacterias que producen las infecciones del ojo, estudiando a continuación toda la flora microbiana de las diferentes infecciones. Se ocupa también extensamente de la vacunoterapia, proteinoterapia y quimioterapia.

En todos estos capítulos predomina una técnica expositiva clara, como libro escrito por un hombre de laboratorio, más que por un didácta.

SIFILIS CONTROLABLE por el Dr. S. Quesada.—Un volumen de 270 páginas. —*Editor, Javier Morata.*—Madrid, 1928.

El Dr. Quesada es un distinguido médico cubano, que, apartándose de la corriente general que lleva a la juventud médica ame-

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

ricana a ampliar sus estudios en las clínicas francesas o alemanes, fué a España, y agregándose a los servicios del profesor Covisa, en poco tiempo consagróse como distinguido especialista.

El doctor Quesada sólo ha intentado hacer una obra elemental, para poner al día las más importantes cuestiones sifilográficas y, sobre todo, para dotarla de un carácter práctico que la haga verdaderamente útil, tanto para el médico profesional, como para los jóvenes que se orientan en esta especialidad, y podemos decir que el objetivo ha sido plenamente conseguido.

En todos los capítulos sobresale un espíritu de observación y un juicio personal que sólo se adquiere cuando se reúnen como el doctor Quesada, una extensa cultura bibliográfica y largo tiempo de estancia a la cabecera de los enfermos.

La descripción escueta, clarísima, ordenada de las manifestaciones cutáneas y mucosas; las notas interesantes, aunque breves, de sifilografía visceral; el capítulo utilísimo, desde el punto de vista práctico, de tecnología; el estudio completo de los medicamentos antisifilíticos, en el que prescinde de todo aquello que no tiene diaria utilización en la clínica, y, sobre todo, el referente al tratamiento de la sífilis, son dignos de consideración y revelan el valor científico y a la vez práctico del libro.

RECIENTES ADQUISICIONES EN MEDICINA. TERAPEUTICAS, CLINICAS Y LABORATORIOS por los Dres. Beaumont (G.E.) y Dodds (E. C.).—Un tomo de 451 páginas.—*Javier Morata, editor.*—Madrid, 1928.

Para estar al corriente de los progresos constantes de la Medicina moderna, necesita el médico tener a su disposición un no despreciable caudal de revistas y libros monográficos, dispendio económico no fácil de sobrellevar por todos. Este inconveniente intenta salvarlo el editor señor Morata, publicando una serie de compendios con las más recientes adquisiciones.

El primer volumen publicado recoge los más modernos avances de la medicina, teniendo capítulos de tan palpitante y moderno interés como los dedicados a la investigación de las funciones pancreáticas, hepáticas, gástricas, metabolismo basal. Otro donde se hace uno de los estudios más interesantes sobre el sistema endocrino; además contiene los más modernos métodos sobre el análisis de los humores orgánicos, sangre, orina, líquido céfaloraquideo, etc.

Tratan también los autores, en un capítulo notable, las modernas cuestiones del asma, la fiebre del heno y la desensibilización. Todo ello tratado desde un punto de vista de claridad que hace inmediatamente encontrar el práctico aprovechamiento de lo leído.

La traducción debida al doctor Die y Mas, es cuidada, y ha tendido, más que a la forma y exigencia gramatical de la traducción, a la verdad o exactitud en la exposición científica, guiado por el carácter eminentemente práctico de la obra, de la que sólo nos resta decir que ha sido editada con cuidado exquisito, especialmente en la abundate parte gráfica que aclara el texto.

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

INDICE DE MATERIAS

	Págs.
Alienación mental y Delincuencia	232
Asistencia hospitalaria, accidentes del trabajo y derechos profesionales	248
Alcohólico inveterado curado por la autoseroterapia integral	279
Actuación en honor del Dr. Claudio Regaud	363
Aspecto jurídico de la eugenesia y de la maternidad conciente	123
Bibliografía 43-72-103-133-158-18-24-267-304-343-376	404
Bacteriofagia de las bacterias patógenas	55
Bilirrubinemia en la malaria	144
Blastomicosis de las mucosas nasobuco-faringea, según observaciones hechas en varios países de América	210
Bases para un servicio de higiene mental y neuropsiquiatria en el Ejército	276
Claudio Regaud	269
Cáncer y elementos radioactivos.....309	354
Disentería amebiana en la infancia	25
Enfermades venereas. — La nueva Ley alemana sobre	13
Enfermedad de Váquez	73
Esclerosis de la arteria pulmonar consecutiva a procesos broncopulmonares crónicos.....80-111-137-167	189
Estafilococias tratadas según el procedimiento de la inmunización local	225
Enfermedad de los Andes.....238-282	345
Eugenesia y procreación	120
El 43 aniversario de la muerte de Daniel A. Carrión	330
Fiebre ondulante.—Terminología médica	153
Intersexualidad en el hombre	126
La espundia es una leishmaniasis tegumentaria	200

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