

La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

COMITE CIENTIFICO

L. AVENDAÑO — MAX GONZÁLEZ OLAECHEA — EDUARDO BELLO
RÓMULO EYZAGUIRRE — EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO

DIRECTOR

CARLOS A. BAMBAREN

COMITE DE REDACCION

LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — ERNESTO EGO — AGUIRRE.

Agentes exclusivos para anuncios de Francia, Inglaterra y Suiza

E. Bourdet & Cie.—9, Rue Tronchet Paris.—19, 21, 23 Ludgate Hill, Londres

Precios de suscripción	En Lima.....S. 1.50 al trimestre	AVISOS Precios convencionales
	En Provincias.,, 8.00 al año	
	En el Extranjero. 4.00 dollars al año	

Año 50 - No. 840

Junio 1933

SUMARIO

LOS ARSENICALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ERISPELA DE LOS NIÑOS, por los Dres. Gonzalo Carbajal y Víctor M. Bazul, pag.....	177
SITUACION DE LA SANIDAD Y DE LA ASISTENCIA EN EL PERU, por el Dr. Abel S. Olaechea, pag.....	182
LA FRENICO-EXERESIS EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PUL- MONAR, por el Dr. Teodomiro Vargas, pag.	194
FORMAS NEUROLÓGICAS DE LA VERRUGA, por los Drs. Carlos Monge y Daniel Mackehenie, pag.	200
LIGA NACIONAL DE HIGIENE Y PROFILAXIA SOCIAL, pag.	209
BIBLIOGRAFIA, pag.....	211

EMULSION REMY

PURISIMO ACEITE
DE BACALAO
DE NORUEGA



CONTIENE LAS MAS
RICAS VITAMINAS
INDISPENSABLES
PARA EL CRECIMIENTO

ANTIGUA BOTICA FRANCESA REMY S. A.

Los arsenicales en el tratamiento de la erisipela de los niños

Comunicación presentada a la Sociedad Peruana de Pediatría

Por los doctores

GONZALO CARBAJAL y VICTOR M. BAZUL

Constantemente va extendiéndose el uso de los arsenicales en el tratamiento de las enfermedades infecciosas. En los últimos tiempos viene generalizándose este método en las diferentes manifestaciones estreptocócicas; parece dar buenos resultados en las infecciones puerperales y se han obtenido éxitos en el tratamiento de la erisipela.

En 1928, BORDET, en la "Sociedad de Medicina y Cirugía de Burdeos", anuncia haber encontrado el remedio "seguramente curativo e incluso abortivo de la erisipela", en el sulfarsenol. Se funda en el éxito obtenido con este producto inyectándolo por vía subcutánea a ocho erisipelatosos. Al año siguiente comunica el mismo autor la curación de nuevos casos de erisipela por el sulfarsenol; esta vez en enfermos graves y en formas anormales. La medicación es de fácil empleo y no ofrece peligro alguno.

En noviembre de 1930 DROUINEAU y TOURLAIS comunican también haber tratado algunos enfermos de erisipela por medio del sulfarsenol con resultado sorprendente. En 1931 publican otros autores nuevas observaciones de enfermos de erisipela curados rápidamente con inyecciones de este preparado arsenical. En todas las historias publicadas se ha tratado siempre de adultos, algunos con fenómenos sépticos graves y con profundo compromiso del estado general. El tratamiento ha dado resultado en casos en que se habían ensayado sin éxito diversos preparados biológicos. Los autores insisten sobre todo en la rapidéz de las curaciones y en la influencia igualmente favorable sobre la dermatitis y sobre los fenómenos infecciosos.

El conocimiento de los trabajos anteriores hace pensar en la posibilidad de extender el mismo método terapéutico a la práctica infantil. En esta edad la erisipela se observa con relativa frecuencia; no nos referimos a la erisipela de los recién nacidos casi siempre mortal y que tiende a hacerse cada vez más rara con los progresos de la higiene; sino a la de los niños de más edad en los que se presenta como complicación de una dermatosis o de una simple herida de la piel. Sobre la frecuencia de esta erisipela en los niños puede dar una idea el número de casos que hemos atendido en nuestro pequeño

servicio de la Cuna Maternal de los Naranjos. En 7 años, de 1926 a 1932, han sido tratados 21 niños con erisipela, de los cuales: 17 mujeres y 4 hombres; este predominio de la enfermedad en los niños del sexo femenino, ha sido siempre señalada. En cuanto a la enfermedad misma no parece observarse con igual frecuencia en otras poblaciones. Para algunos autores la erisipela sería rara en la infancia, sobre todo en los primeros años, y todos están de acuerdo en que es mucho menos frecuente que en los adultos. Es también mucho menos grave que en estos últimos; las complicaciones son excepcionales y muy rara vez la enfermedad termina fatalmente.

Como puede observarse en el cuadro adjunto, casi todos nuestros enfermitos han curado en un plazo variable entre 4 y 8 días. Hemos visto una forma abortiva que ha durado dos días. Hemos tenido 3 casos de *erisipela recidivante*: el primero, en la niñita Carmen Paredes, enferma con erisipela en mayo de 1928; adquiere la misma enfermedad por segunda vez en febrero de 1930 y por tercera vez en octubre del mismo año. Otro caso, la niñita Ana Landero, figura en nuestra pequeña estadística con dos procesos de erisipela a un mes de distancia; y, por último, la niñita Berta La Hoz enferma también dos veces con 70 días de intervalo.

Esta erisipela recidivante, observada justamente en la infancia, la presentan niños con lesiones impetiginosas de la cara o del cuero cabelludo; la enfermedad en esta forma evoluciona con benignidad, pero la marcha es a veces lenta e insidiosa.

Existen en los niños formas de erisipela *prolongada*; algunos de nuestros casos han durado 10 a 12 días. Por último, hay formas igualmente graves en los bebés mal nutridos y afectados del aparato respiratorio.

El tratamiento general de la erisipela de los niños en su forma simple consiste en una medicación sintomática a base de tónicos y antitérmicos. En los casos graves se emplea actualmente el suero antiestreptocócico en inyecciones de 10 a 20 c. c. todos los días o cada dos días. Cuando la seroterapia es insuficiente se recomienda la vacunoterapia que parece dar mejores resultados. Se emplea la Stock-vacuna mixta o caldo de Delbet, inyectando primero 1 c.c. y después 1½ c.c. cada dos días.

Habría que dar la preferencia a los arsenicales si, como en la erisipela de los adultos, su acción fuese más rápida y más eficaz que la de los productos biológicos anteriores, en las formas graves o rebeldes de la enfermedad.

Damos a continuación las historias de tres enfermitos de erisipela que hemos tratado por este nuevo método; por razones especiales hemos usado en lugar del sufarsenol el Myo-salvarsán y el Acetylarsán.

Historia N°. 1.— N. N. de 6 meses, de raza blanca, criado al pecho y en buen estado de nutrición. La pequeña herida producida al perforar el lóbulo de la oreja izquierda se infecta, da lugar a una erisipela que es tratada en un hospital por el suero antiestreptocócico, y al poco tiempo detenida en su evolución. Después de varios días se declaran accidentes serios y la erisipela se enciende nuevamente.

Al cuarto día nos es presentada la enfermita: la erisipela ha invadido toda la cabeza y parte de la cara; hay gran edema del cuero cabelludo y de los párpados. Hipertermia. Compromiso de la mucosa bronquial con disnea intensa y estado general inquietante. Resolvimos entonces practicar una inyección intramuscular de 0'02 de Myo-salvarsán. Antes de las 24 horas tuvo lugar una defervescencia brusca de la temperatura con notable mejoría del estado general. Al día siguiente todos los síntomas infecciosos habían desaparecido. En cuanto al estado local, fueron necesarios varios días, para la eliminación de las zonas necrobióticas del cuero cabelludo que se presentaron después de la inyección.

Historia N° 2.— Nelly Luyo, de 4 años de edad, de raza india, bien desarrollada. Sufre desde hace tiempo de sarna, enfermedad de la piel que con frecuencia se encuentra en la historia de la erisipela de los niños. Refiere la madre que la enfermedad actual comenzó el 10 de octubre con postración, falta de apetito y ligera elevación de temperatura; al día siguiente notó una mancha roja en la parte inferior del muslo izquierdo, al mismo tiempo que se presentó en el niño una gran inquietud y un notable aumento de la temperatura. El día 13 fué llevado a la Cuna y al exámen encontramos lo siguiente: lesiones escabiósicas discretas en todo el cuerpo. En el muslo izquierdo, placa erisipelatosa de color rojo oscuro, de bordes bien militados, que avanza hacia el tercio superior de la pierna; los ganglios inguinales hipertrofiados y poco dolorosos. Fiebre elevada y agitación intensa. Recomendamos un tratamiento general sintomático y como tratamiento local una pomada de ictiol al 10%.

Al siguiente día (14) la placa de erisipela se había extendido a las zonas vecinas, persistía la temperatura y el estado general no era satisfactorio. Practicamos entonces una inyección intramuscular de Myo-salvarsán (0'03). La temperatura bajó en la tarde a 37°2.

Día 15. Estado del niño mejor. La placa de erisipela palidece. Temperatura: 36°7 en la mañana y 37°2 en la tarde.

Día 16. Temperatura: 36°6. Comienza la descamación.

Historia N° 3.— Augusto Noriega, de 1 año y meses; de raza india y en buenas condiciones generales. El sábado 29 de octubre enfermó bruscamente con fiebre alta, al mismo tiempo que apareció una mancha con ampollas, según expresión de la madre, en la parte inferior de la pierna izquierda; a este nivel presentaba el niño desde hacía varios días una pequeña erosión. Cinco días después, el jueves 3 de noviembre, fué observado por nosotros; antes había sido tratado únicamente por medios externos en un consultorio de la ciudad. La temperatura había sido la víspera de 39° 1/2. En el momento del exámen presenta el niño en la pierna izquierda una placa de erisipela que se extiende hasta la rodilla; hay gran edema y numerosas flictenas. Temperatura 39°2. El niño recibe una inyección intramuscular de 0'02 de Myo-salvarsán. En la tarde, temperatura 39°1/2.

Viernes 4. XI. La placa de erisipela avanza hacia el muslo. La temperatura es de 38°4. La noche ha sido muy agitada. Consideran-

do insuficiente la dosis de Myo-salvarsán y disponiendo de algunas ampolletas de Acetylarsán practicamos una inyección intramuscular de este último preparado. En la tarde: temp. $40^{\circ}1/2$.

Sábado 5. XI. El estado general del enfermito es satisfactorio. Temperatura 37° la pierna ha recuperado su aspecto normal. La placa de erisipela parece avanzar la raíz del muelo, pero está notablemente pálida. No obstante la remisión de todos los síntomas, practicamos una nueva inyección de $0'04$ centig. de Acetylarsán.

Domingo 6. XI. Estado general del niño bueno. Temperatura $36^{\circ}1/2$. La placa de erisipela no ha progresado y ha palidecido completamente.

En la tarde: temperatura $36^{\circ}9$.

Lunes 7. XI. Temperatura en la mañana: $36^{\circ}1/2$. En la tarde 36° . Comienza la descamación.

Nos proponemos seguir tratando por los arsenicales a los nuevos niños con erisipela que se nos presenten en lo sucesivo. Los pocos casos observados no nos permiten conclusión alguna. Por lo demás, es muy difícil juzgar de una medicación cuando se trata de una enfermedad como la erisipela de los niños casi siempre tan benigna, en que los casos abortivos son frecuentes y en que se manifiesta la tendencia a la curación espontánea. En nuestra estadística, 10 niños, casi un 50%, han curado sin tratamiento alguno; no nos referimos al tratamiento local, sino al tratamiento específico general. Es verdad que hemos atendido algunos casos prolongados, otros relativamente graves en que se han repetido las inyecciones de suero antiestreptocócico, pero ninguno ha terminado por la muerte. Las historias que hemos presentado de niños con erisipela tratada por los arsenicales nos dejan necesariamente en la duda sobre si el mismo resultado se hubiese obtenido con el tratamiento seroterápico o quizá sin tratamiento alguno. Es que la erisipela dificulta mucho el criterio terapéutico por las particularidades de su evolución que hemos anotado. Tratándose de la erisipela en los niños, podría, sin embargo, apreciarse fácilmente la bondad de un tratamiento, si tuviese éxito en los bebés de pocos meses, en que la mortalidad es grande o en los niños de más edad en las formas graves y rebeldes a las otras medicaciones. Dados los resultados obtenidos, creemos que los arsenicales deben ensayarse cuando estos casos se presentan.

Podría intentarse también el mismo método en la erisipela de los recién nacidos, no obstante las pocas probabilidades de éxito en esta forma de erisipela, en que la enfermedad evoluciona como una septicemia y la muerte es la regla. En el servicio N° 5 de la Maternidad hemos tratado últimamente a un recién nacido, con una erisipela de la cabeza, por medio de inyecciones intramusculares de Myo-salvarsán. La erisipela se había presentado al séptimo día del nacimiento y 5 días después inyectamos $0'02$ centigramos de Myo-salvarsán; al día siguiente inyectamos otros $0'02$ centigramos; y $0'03$ centigramos al tercer día. Cuando alentábamos la esperanza de una evolución favorable, la temperatura baja y la muerte se produce en el colapso, como ocurre con frecuencia en la erisipela de los recién nacidos.

Casos de erisipela tratados en la Cuna Maternal N°. 1
en los años 1926-1932.

FECHA	NOMBRE	RAZA	EDAD	Duración de la enfermedad	TRATAMIENTO
1926					
IV. 9.	José Bizetti	M.	9 meses	8 días	1 inyección de suero antiestrep-tocócico.
VI. 16.	Yolanda Salazar	M.	1 año	4 „	
1927	Carmen Ramírez	B.	1 año	6 „	2 inyecciones suero antiestrep-tocócico.
III. 12.	Juan Laguna	M.	10 meses	7 „	1 inyección suero
IV. 15.	Iris Mispireta	B.	3 años	6 „	2 inyección suero
VII. 25.	Aurea Noriega	B.	3 „	10 „	1 inyección suero
IX. 21.	Constanza Leveroni	M.	7 „	5 „	
1928					
III. 23.	Victoria Novella	M.	3 „	9 „	
V. 22.	Carmen Paredes	I.	1 „	5 „	1 inyección suero
VIII. 4.	Luisa Ortiz	M.	1 „	8 „	1 inyección suero
1929					
III. 20.	Efraín Isla	M.	5 „	11 „	1 inyección suero
1930					
I. 17.	Ana Landero	I.	2 „	8 „	1 inyección suero
II. 17.	Ana Landero	I.	2 „	5 „	
II. 28.	Carmen Paredes	I.	2 „	2 „	
VI. 24.	Elvira Lewis	M.	3 „	7 „	
VI. 6.	Inés Mayta	I.	1 „	10 „	1 inyección suero
X. 3.	Carmen Paredes	I.	3 „	8 „	
1931					
VII. 17.	Berta La Hoz	M.	4 „	11 „	
IX. 22.	Berta La Hoz	M.	4 „	12 „	
1932					
IV. 13.	Víctor Romero	I.	2 „	7 „	
X. 10.	Nelly Luyo	I.	4 „	5 „	1 inyección Myo-salvarsán*
XI. 29.	Augusto Noriega	I.	1½ „	7 „	1 inyección Myo-salvarsan y 2 inyecciones Acetylarsan.

Situación de la Sanidad y de la Asistencia en el Perú

(Conclusión)

Trabajo de incorporación leído en la Academia Nacional de Medicina

Por el Dr. ABEL S. OLAECHEA

IX

Consideraciones sobre la higiene social. — Los factores sociales que intervienen en la morbosidad y mortalidad. — La miseria y las instituciones de previsión.

No es posible cuando se estudian los problemas de la sanidad y de la asistencia pensar en que se ha hecho todo lo que es necesario para salvaguardar la salud de los pobladores, con sólo la adopción de las medidas que la higiene privada y la higiene pública y la profilaxia aconsejan, sino que es menester apreciar también, como corresponde, las condiciones de trabajo, de habitación, de economía, de salario, etc., que afectan muy especialmente a esa numerosa clase social que dá sus energías físicas en las labores de las fábricas, de las minas, de la agricultura, es decir, que se requiere, igualmente, estudiar, valorizar, la influencia que tales factores de orden social tienen en el desarrollo de las enfermedades, para procurar que se dicten, a la vez, las disposiciones que impidan su acción nefasta.

Al lado de la higiene privada y de la higiene pública debe, pues, considerarse hoy, con la primacía que las circunstancias de la vida moderna le confieren: la higiene social, que estudia las causas indirectas de las enfermedades, que persigue el saneamiento del medio social para mejorar la salud física y mental de las colectividades, y que en concepto de TROPEANO, "es sinónima de redención biológica y social, y está llamado a constituir en un porvenir no lejano la función mas importante del Estado".

No se puede tampoco, al ocuparse de los problemas indicados, prescindir, por que sería hacer obra trunca, de tomar en cuenta para la solución de los mismos, a las instituciones de previsión social, que tanta importancia tienen con tal fin al presente en los países adelantados.

Las leyes referentes a las instituciones de previsión social y las que se contraen a regular las condiciones de los factores sociales, para impedir que éstas sean dañosas, deben quedar bajo la vigilancia y control de la Dirección de Salubridad, o estar a cargo de una dirección distinta, la Dirección de Previsión y de Trabajo, pero que forme parte con aquella del mismo departamento gubernativo, o sea del Ministerio de Higiene y Trabajo, como sucede en muchos países.

Estoy obligado por eso a decir una palabra sobre los principales de dichos factores sociales: trabajo, habitación, salario, así como a hacer alguna referencia a la previsión.

1) — “La miseria, ha escrito STRAUSS, en su obra “La Cruzada Sanitaria”, el alcoholismo, la fatiga, debilitan la resistencia, preparan el terreno; las condiciones de vida, de alojamiento, de trabajo, crean predisposiciones, determinan una receptividad, que es evitable. Es decir, que propiamente hablando, y sin megalomanía, la competencia del higienista se extiende mas allá de su dominio propio, y que él tiene una palabra que decir, una opinión que formular, sobre los datos económicos que parecen mas alejados del objeto habitual de sus estudios”.

“Los médicos—dijo en una ocasión el gran patologista alemán que fué Rodolfo VIRCHOW—son los abogados naturales de los pobres y la cuestión social depende en gran parte de la medicina”.

Positivamente, la cuestión higiénica y la cuestión social se penetran del modo más íntimo.

Las clases que constituyen la sociedad no sufren de igual manera la acción de las causas morbosas. Las investigaciones antropológicas han demostrado que la talla, el peso, las dimensiones del cráneo y del cerebro, el perímetro torácico, la resistencia a la fatiga, la sensibilidad, se elevan gradualmente, del mismo modo que la duración de la vida, cuando se pasa de la clase obrera a las clases de mejor situación económica.

La alta proporción de individuos tarados, con deficiencias físicas orgánicas, que el exámen médico individual para el ingreso a las filas, halló en los centros industriales de Inglaterra durante la última gran guerra, hizo decir al Ministro Lloyd GEORGE: “Si nosotros hubiéramos tomado mas cuidado de la salud nacional, habríamos podido añadir a nuestras fuerzas militares un millón de hombres, cuando menos”.

Las conquistas legales alcanzadas en los países adelantados para humanizar el trabajo, defendiendo la salud y la vida de los obreros, han revestido el carácter especial de ser continuamente progresivas, de haberse acentuado cada vez más desde que se obtuvieron las dos primeras de ellas, en favor del trabajo de los niños, en 1802 y en 1819, merced a los esfuerzos de dos jefes de la industria inglesa, Roberto PEEL, denominado el “comerciante regio”, y Roberto OWEN, empresa-

rio de las fábricas de tejidos de algodón de Dale, en New Lanark, debido, hay que admitirlo, a que las disposiciones adoptadas en amparo de los trabajadores resultaron en la práctica igualmente favorables para los patrones, y al hecho de que, como aquellos dos industriales nombrados, muchos otros de los mismos, con clarividencia notable, han sido los patrocinadores del movimiento de reforma de las condiciones generales del trabajo.

Son conocidos los diversos casos en que grandes empresarios americanos, dándose cuenta de que los defectos de los artículos que producían, el escaso rendimiento de sus manufacturas, la frecuencia de las enfermedades y de los accidentes entre sus operarios, etc., (National Register Company, de Dayton; Compañía de Carbón y Acero de Birmingham, en Alabama, etc.) reconocían por causa la situación de penuria fisiológica y moral de éstos determinada por excesos de labor, por escasez de salario, por deficiencias higiénicas de las fábricas, etc. efectuaron, sin titubear, las mejoras que las últimas requerían, y, a la vez trataron de elevar la condición material y moral de dichos obreros, disminuyéndoles el horario de trabajo y aumentándoles el salario, por una parte; y construyendo, por otra para los mismos, casas para habitación, escuelas, refectorios, hospitales, dispensarios, jardines, campos de juego, etc, todo lo cual fué ampliamente compensado con el resurgimiento que se consiguió en las industrias merced a la eficiencia de los operarios, conquistada con las reformas. De este modo nacieron las obras de naturaleza social que forman parte de toda industria bien organizada, obras que se han generalizado en las fábricas de casi todos los países, particularmente después de la última gran guerra.

Y conviene hacer notar que las condiciones que deben ser imperiosamente observadas en el trabajo, para que éste no sea dañoso para los que lo ejecutan y para que produzca los rendimientos satisfactorios que se aspiran, guardan íntima relación con los principios o leyes que presiden el funcionamiento del ser humano en su aspecto integral, es decir, física, intelectual y moralmente, de manera que tales condiciones deben cumplirse con independencia de la voluntad y no pueden ser violadas impunemente, aún cuando ella concurre a realizarlo. Es esto lo que acredita claramente lo que sucedió a principios de la guerra europea en las fábricas de municiones inglesas y francesas, y que por su alto significado invita a meditar siempre en estas cuestiones del trabajo con el mas alto concepto humano. Los obreros de esas fábricas, hombres y mujeres, obedeciendo a sentimientos patrióticos, no sólo renunciaron al reposo de los días sábados y domingos, sino que aceptaron el día de trabajo de 12, 13, 14 y aún 15 horas; pero bien pronto se vió que la producción media del obrero había bajado considerablemente, teniendo que optarse para conseguir su aumento, por restablecer los días de descanso suprimidos y por disminuir la duración de la labor diaria.

Diversas comisiones científicas nombradas por los gobiernos inglés, americano y francés, han puesto en evidencia los desastrosos efectos que la fatiga origina en los trabajadores, trayendo, como consecuencia, su menor rendimiento, el aumento de los accidentes y las deficiencias en los productos de su labor,

El servicio médico de las industrias, nacido con el objeto de auxiliar a los accidentados del trabajo, fué poco a poco extendiéndose con el fin de evitar los casos de enfermedades contagiosas entre los trabajadores, muy especialmente los de tuberculosis, y ha llegado así a adquirir completa carta de ciudadanía, al punto que se dice "que los beneficios de una fábrica son proporcionales a los cuidados que ella toma respecto de la salud de sus obreros".

La necesidad de la intervención del médico en las industrias está plenamente reconocida en muchos países. Por eso la Universidad de Harvard ha fundado una Escuela de Medicina Industrial que expide diplomas de bachiller, licenciado y doctor en este ramo; y el Servicio Federal de Salud de los EE. UU. se ha esforzado, desde 1918, en desarrollar su departamento de Higiene Industrial, procurando: 1º la extensión del servicio médico de las fábricas con fines de investigación, de tratamiento y de prevención; 2º la generalización del examen médico periódico del personal; 3º el establecimiento de prescripciones mínimas sobre higiene industrial y sobre profilaxia de las enfermedades profesionales; 4º la mejora del estado sanitario en las aglomeraciones industriales; y 5º la inspección médica y sanitaria de las empresas dependientes del gobierno.

A la acción del médico se le reconoce importancia tan primordial, que en muchas fábricas americanas se ha colocado bajo la dependencia del médico jefe, no sólo al ingeniero sanitario, sino también al ingeniero encargado de la prevención de accidentes y al jefe del personal.

Entre las obras de iniciativa patronal en favor de los trabajadores, merece citarse una, de la mas alta trascendencia, debida a los industriales franceses, que ha tomado gran desarrollo en los últimos años, y ha sido imitada ya por los industriales de Bélgica. Me refiero a las "Subvenciones familiares", o sea al aumento de salario que se abona al trabajador según el número de hijos que tiene, y en proporción progresiva, es decir, que la pensión o sobre-salario que se le dá por razón de su segundo hijo, es mas elevada que la que se le abona por el primero, y así sucesivamente. Los patrones se reunen entre si formando Cajas Regionales de Compensación, a las cuales contribuyen con cantidades proporcionales a los salarios pagados por cada uno, cualquiera que sea la proporción de sus propios obreros y empleados con cargas de familia. Estas Cajas de Compensación, enteramente voluntarias y que están inspiradas por sentimientos del mas alto fervor patriótico, nacieron, simultáneamente, en 1928, en Grenoble y en Lorient. Ellas aumentan el salario del obrero en la mitad de su monto para una familia de cinco hijos, y lo duplican para una familia de diez hijos; además, abonan una prima de nacimiento y primas de lactancia, mantienen servicios de enfermeras visitadoras, consultas pre-natales, consultas de niños, centros de curaciones, colonias de vacaciones y organizan cursos de enseñanza doméstica.

No es necesario señalar los inmensos beneficios que la institución mencionada produce en relación con el aumento de la natalidad, la disminución de la mortalidad infantil y el mantenimiento de los hogares.

La importancia de una organización conveniente del trabajo en todos los países para asegurar la salud de las clases mas numerosas ha quedado perfectamente establecida en el Tratado de Paz de Versalles, cuyo preámbulo de la parte XIII, que se ocupa de la organización de la Oficina Internacional del Trabajo que funciona en Ginebra, merece ser citado por los altos principios de humanidad que sustenta.

"Atendiendo, dice, que a Sociedad de las Naciones tiene por fin establecer la paz universal y que una tal paz no puede ser fundada sino sobre la base de la justicia social";

"Atendiendo que existen condiciones de trabajo que implican para un gran número de personas la injusticia, la miseria y las privaciones, lo que engendra un tal descontento que la paz y la armonía universales son puestas en peligro, y atendiendo que es urgente mejorar estas condiciones: por ejemplo, en lo que concierne a la reglamentación de las horas de trabajo, a la fijación de una duración máxima del día y de la semana de trabajo, al reclutamiento de la mano de obra, a la lucha contra la desocupación, *a la garantía de un salario que asegure condiciones de existencia convenientes, a la protección de los trabajadores contra las enfermedades generales o profesionales y los accidentes que resulten del trabajo*, a la protección de los niños, de los adolescentes y de las mujeres, a las pensiones de vejez y de invalidez, a la defensa de los intereses de los trabajadores ocupados en el extranjero, a la afirmación del principio de la libertad sindical, a la organización de la enseñanza profesional y técnica y a otras medidas análogas";

"Atendiendo que la no adopción por una nación cualquiera de un régimen de trabajo realmente humano, hace obstáculo a los esfuerzos de otras naciones deseosas de mejorar la suerte de los trabajadores en su propio país";

Las altas partes contratantes, movidas por sentimientos de justicia y humanidad, así como por el deseo de asegurar una paz mundial durable, han convenido, etc., etc.

El art. 427 de dicho tratado manifiesta que: "reconociendo las altas partes contratantes que el bienestar físico, moral e intelectual de los trabajadores salarios es de una importancia esencial desde el punto de vista internacional, y considerando que las diferencias de clima, de costumbres y de usos, de oportunidad económica y de tradición industrial hacen difícil poder alcanzar de una manera inmediata la uniformidad absoluta en las condiciones del trabajo, recomiendan: 1º) el principio dirigente, ya enunciado, de que el trabajo no debe ser considerado simplemente como una mercadería o un artículo de comercio; 2º).....; 3º) el pago a los trabajadores de un salario que les asegure un nivel de vida conveniente, tal como se comprenda en su tiempo y en su país; 4º) la adopción del día de ocho horas o de la semana de cuarentiocho horas, como fin que debe alcanzarse donde aun no ha sido obtenido; 5º) la adopción de un reposo semanal de veinticuatro horas minimum, que deberá comprender el domingo todas las veces que sea posible; 6º) la supresión del trabajo de los niños y la obligación de imponer al trabajo de los jóvenes de los dos sexos las limitaciones necesarias para permitirles continuar su educación y

asegurar su desarrollo físico; 7º) el principio del salario igual, sin distinción de sexo, para un trabajo de valor igual; 8º) las reglas dictadas en cada país respecto de las condiciones del trabajo deberán asegurar un tratamiento económico equitativo a todos los trabajadores que residen legalmente en el país; 9º) cada Estado deberá organizar un servicio de inspección, que comprenderá mujeres, a fin de asegurar la aplicación de las leyes y reglamentos para la protección de los trabajadores”.

Antes, ya la notable encíclica “Rerum Novarum” de su S. S. el Papa León XIII, de fecha 15 de mayo de 1891, sobre la cuestión social, había definido, con el acento propio del representante de Jesucristo, muchos de los puntos contemplados en el preámbulo y en el artículo citados.

El trabajo, el deber sagrado impuesto al hombre por el Supremo Hacedor y que es para él su bien mas excelso, ha recibido así el amparo de la Iglesia y el de los hombres de Estado del mundo.

Nuestra legislación del trabajo satisface algunas de las prescripciones del artº. 427 del Tratado de Versalles; pero queda mucho por hacer, sobre todo en materia de inspección médica y de la organización higiénica que tienen las fábricas en los países importantes.

2)—Las malas condiciones higiénicas de las habitaciones pueden ser originadas por la naturaleza de su construcción, por su situación, por la falta de observancia de las reglas de limpieza por sus moradores, por las deficiencias de los servicios municipales (como distribución de agua, canalización de desagües, pavimentación, alejamiento de basuras, etc) o, por fin, a causa de que el número de personas que las ocupan exceda del que corresponde a la capacidad que tienen. Los daños que originan dichas malas condiciones se traducen por deficiencias físicas de los moradores en relación con su peso y su talla, por el aumento de la morbosidad y también de la mortalidad general e infantil.

A esos daños de orden físico hay que agregar que las habitaciones sobrepobladas dan lugar a un género de vida que afecta hondamente la decencia y la moral, habiéndose dicho, por eso, muy justamente, que ésta es una cuestión de metros cuadrados.

“Es imposible—ha dicho Lloyd GEORGE—hacer un imperio de primera clase con una población de tercera clase”. “Y no se puede—añadió el Ministro Mr. ADDISON—tener una población de primera clase en casas, en fábricas, etc. de condiciones sociales de tercera clase”. Todos los países principales se han esmerado en los años subsiguientes a la gran guerra en llevar a cabo la construcción del mayor número de edificios para habitación, siendo digno de citarse en este particular el colosal esfuerzo de Inglaterra que ha edificado 1.500.000 casas; de las que dos tercios han sido construídas con la ayuda del Estado.

En los países cuidadosos de su bienestar las habitaciones están sometidas a la vigilancia higiénica de médicos-inspectores, quienes prescriben las modificaciones o reparaciones que necesitan, encargándose la Administración de ejecutarlas cuando los propietarios no cumplen con hacerlas dentro de los plazos determinados.

No constituye todo el problema de la habitación el de sus condiciones sanitarias en si mismas, sino que es preciso tener en cuenta el número de casas que se puede construir en cada hectárea de superficie, la manera de agruparse, la extensión de terreno para jardines que ha de rodear a cada casa; y, aún más, hay que mencionar la nueva ciencia que recibe el nombre de Urbanismo, a la que debe apearse constantemente para asegurar en forma conveniente el crecimiento de las poblaciones, la reforma de sus barrios, etc., etc.

De capital importancia es organizar en cada población el catastro sanitario de las habitaciones, en el que junto con el plano de cada casa y de sus servicios higiénicos, se registran los casos de fallecimiento que le conciernen. Para esta capital sería fácil implantar dicha oficina, aprovechando para el efecto los datos del último censo.

3)—Existe una relación muy íntima entre la morbosidad y la mortalidad y el monto de los salarios que perciben los trabajadores, al punto que se ha dicho que las remuneraciones insuficientes son como el microbio mas virulento para generar las enfermedades.

La primera medida que adoptó el "Redentor de los Trópicos",— como se denomina muy meritoriamente al ilustre médico americano, que fué el Dr. W. GORGAS—con los trabajadores del Canal de Panamá, fué duplicarles su salario, lo cual justificaba diciendo: "tengo la persuasión de que es principalmente a la elevación de las condiciones materiales de la existencia, obtenidas por el aumento de los salarios, a lo que nosotros debemos los progresos notables que se han producido en el estado sanitario de la población. El servicio de higiene debe tomar las medidas necesarias para prevenir y evitar los azotes de las enfermedades individuales; pero una larga práctica me ha enseñado que es un deber mas imperioso aún ir a la raíz misma del mal y, por consiguiente, mejorar las condiciones sociales. El mejor medio de conseguirlo, según mi experiencia, es elevar los salarios".

"No son los salarios bajos sino los salarios elevados—dijo CARNEGIE—los que con una organización científica permiten la fabricación a bajo precio". Han sido los grandes industriales ingleses y americanos los que han abogado por la adopción general de un minimum legal de salario; y el gran banquero americano VANDERLIP ha avanzado hasta decir esto: *"Cuando una industria no puede subsistir sino pagando salarios inferiores al minimum indispensable, es mas conveniente para la nación que esa industria desaparezca"*.

Los salarios deficientes comprometen no sólo la salud de los trabajadores, sino que perjudican a su instrucción y a su desarrollo moral.

Los ligeros comentarios que acabo de formular sobre las condiciones de orden social que intervienen en la vida de las colectividades, determinando profundas desigualdades en los índices de morbilidad y de mortalidad de las diversas clases que forman el conjunto social, demuestran todos los obstáculos que encuentra la higiene para hacer reinar sus mandatos, y como el radio de su acción se extiende cada vez mas a sectores que parecía que le eran completamente ajenos. Demuestran también de modo inconcuso, cuán legítima es la intervención prudencial del Estado para prescribir las normas que prevengan los efectos ofensivos de las referidas condiciones sociales.

4°—Obligado el hombre por ley natural a buscar los elementos de su dicha y a realizar el progreso social con la luz de su inteligencia y la energía de su voluntad, se halla sujeto siempre a mil influencias fatales; ha sufrido en todas las edades de la historia los efectos de los infortunios mas severos, que han dado lugar en ocasiones a la interrupción del sendero de los adelantos en que estaba, y aún a la pérdida de las conquistas que le habían llevado a estados de civilización avanzada. Entre esos infortunios, uno de los más importantes y que constantemente lo asecha, es la miseria, la que reconoce causas muy diversas, y que es también el más poderoso enemigo de la higiene. Felizmente, espíritus nobles y talentos elevados preocupados de levantar el nivel de los humanos, han hallado solución para combatir dicha gran calamidad apelando a la previsión. Es justo recordar que fué en esa cuna de las grandes ideas, que constituyó la Francia, donde el gran Victor Hugo, en la Asamblea de 1849, dijo "Es preciso aprovecharse del orden reconquistado para levantar de nuevo el trabajo, para crear en vasta escala la previsión social; *para sustituir a la limosna que degrada, la asistencia que fortifica*; para fundar por todas partes, y bajo todas formas, establecimientos de todo género que den seguridad al desgraciado y animen al trabajador; para dar cordialmente en mejoras de todas clases, a las clases que sufren más, cien veces más que lo que siempre les han prometido sus falsos amigos."

"Yo no soy de aquellos que creen, señores, que se puede suprimir el sufrimiento en este mundo; el sufrimiento es una ley divina; pero soy de aquellos que piensan y afirman que se puede destruir la miseria"

La brillante idea sembrada en 1849 fructificó en Alemania en 1881 cuando siguiendo las inspiraciones del Gran Canciller BISMARCK y con el fin de calmar al socialismo, el Emperador Guillermo I, dirigiéndose al Reichstag, dijo: "Nosotros consideramos que es nuestro deber imperial pedir de nuevo al Reichstag que se preocupe con interés del bien de los obreros, y nosotros miraremos con la satisfacción más completa todas las obras que el gobierno realice, si adquirimos

la certidumbre de dejar, tras de nosotros, a la Patria una garantía durable que asegure la paz interior y dé a los que sufren la asistencia a que tienen derecho. Los obreros enfermos, lo mismo que aquellos que la edad o la invalidez hace incapaces de ganar el sustento, cotidiano tienen derecho a una solicitud que no les ha concedido hasta ahora, la sociedad. Encontrar los verdaderos caminos y medios para hacer esta solicitud efectiva, es una misión difícil, pero esencial a todo Estado que se funda en las bases morales de una vida pública cristiana".

No es oportuno tratar aquí de los fundamentos doctrinales del seguro social. Sólo me propongo manifestar que ésta legislación, que rompió muchos de los principios que hasta entonces se admitía que debían normar las relaciones del Estado con el individuo, trajo para Alemania la paz en las conciencias y el florecimiento de las obras de sanidad y de asistencia, pues con los fondos de las mutualidades obreras se emprendieron obras de higiene en las ciudades, construcciones de hospitales, sanatorios, asilos, hospicios, etc., habiendo sido especialmente merced a las rentas de las cajas de seguros, que pudo realizarse en ese país la colosal campaña contra la tuberculosis, en la que tan gran papel han tenido los sanatorios, pero los sanatorios al estilo de verdaderas cooperativas de salud. El ejemplo de los éxitos del seguro alemán, fué seguido poco a poco por las principales naciones, siendo Inglaterra la que procedió en 1911 en la forma mas radical, mas revolucionaria y mas humana, pues impuso el seguro obligatorio contra las enfermedades, la invalidez y el paro forzoso para todos los obreros de mas de dieciseis años de edad. Esta ley que gravó a Inglaterra con el inmenso egreso de diecinueve millones de libras esterlinas, trajo, como consecuencia, que se dictaran medidas, también, para vigorizar a la juventud en los colegios, a fin de que las Cajas de seguros no fuesen diezmadas por accidentes de enfermedad, inmediatamente después de la inscripción de los nuevos asegurados.

La institución de los Seguros Sociales se ha extendido en el mundo, contando con ella casi todos los países de Europa—sea en la forma de seguros obligatorios, como en la mayoría, o de seguros libres, como en el menor número—y también algunos de los de América, como Chile.

Son muy crecidos los créditos que demandan las obras de higiene y de asistencia que el Perú reclama con urgencia, porque a ellas, he dicho, se vincula el crecimiento de su población, la riqueza pública, su significado y su fuerza como nación. Parece aceptable, por lo tanto, que aquí sigamos el ejemplo de todos los países que han apelado a los Seguros Sociales para dar base económica estable a sus reformas en materia de higiene y de asistencia. Nuestra situación al respecto es excepcionalmente difícil, por cuanto no existen aquí las asociaciones de mutualidad que han servido de base, en la generalidad de los pueblos, a la institución de los seguros. Pero, naturalmente que no es posible esperar entrar en esa etapa de la mutualidad y recorrerla, para llegar en seguida a fundar los seguros. Lo conveniente, entonces, ha de ser proceder con cautela, estudiar cuidadosamente el punto, principiar quizá por seguros de

grupos de trabajadores, para llegar después de cortos períodos adonde ya están los pueblos avanzados. Mientras tanto, no será posible tampoco que continuemos en la situación del presente en los ramos a que me contraigo, satisfaciéndonos la razón—que hoy en época de penuria y que ayer en la de abundancia siempre se repite—de que faltan rentas al erario para atender a las necesidades sanitarias y de asistencia del país.

“Si nosotros tenemos bastante voluntad, nosotros tendremos siempre bastantes medios para realizar nuestros propósitos de bien”, ha dicho un ilustre pensador. La ley debe, por lo tanto, proveer los fondos que son necesarios para organizar la defensa de la salud y de la vida. No es admisible que el Estado encuentre constantemente como arbitrarse las rentas indispensables para hacer frente a la satisfacción de las diversas necesidades públicas, y que sólo se halle en la imposibilidad de disponer de los créditos necesarios para fomentar los servicios a cuyas actividades se vincula el aumento de la población y el enriquecimiento del país. Parodiando al señor Henri SELLIER, Consejero General del Sena, en su informe de 1927 relativo a la lucha contra la tuberculosis, es justo decir con él: *“No hay consideración financiera que sea capaz de detener la obra que se impone emprender. La riqueza de la nación no reside en la fantasmagoría de las cifras que simbolizan la fortuna pública o privada, sino únicamente en la sangre, la carne, el cerebro y la salud de sus hijos. Sacrificar a éstos por conservar aquellas es traicionar a su país y a la humanidad”*.

La creación de un Ministerio de Higiene, de Asistencia, de Previsión y de Trabajo, o, más sencillamente, como se le llama también, de Asuntos Sociales, ofrecería la ventaja de que no se relegaran al olvido estas cuestiones de importancia tan vital. Dicho Ministerio debería comprender cinco Direcciones Generales: Asistencia, Previsión, Higiene, Trabajo y Protección de la Maternidad y la Juventud. Rene SAND, el ilustre médico sociólogo, de nacionalidad belga, que tan incesantemente trabaja por el progreso de la higiene y de la asistencia en el mundo, recomienda la creación de esas cinco direcciones, siguiendo el ejemplo en cuanto a la última, de los países germánicos y escandinavos, que la han fundado para que pueda ser mas efectiva la acción protectora para las madres, los niños y los adolescentes.

Las consideraciones referentes a los factores sociales que intervienen en el desarrollo de las enfermedades, a que me contrahe hace pocos instantes, revelan con claridad meridiana la necesidad imperiosa que existe de que funcionen coordinadamente, bajo una sola autoridad ministerial, los departamentos de sanidad, de asistencia, de trabajo y de previsión, a fin de que puedan así rendir los resultados mas provechosos.

La formación de dicho Ministerio no impediría que subsistieran ciertas Sociedades de Beneficencia de importancia, por la conveniencia que existe de contar en este orden con la colaboración de elementos sociales, y de que la filantropía privada siga ejerciéndose como hasta aquí. Por lo demás, la reforma que se hiciera de la constitución de esas Sociedades y los rumbos que se imprimieran a su acción, permitirían que ellas no fueran óbice a la consecución de los altos fines de la asistencia.

X

La unión del gremio médico como base para alcanzar los propósitos de UNANUE en orden al engrandecimiento del Perú.—El pensamiento de dicho prócer sobre la necesidad de poblar.

Cuanto yo he dicho hasta aquí ha sido expuesto de mejor modo, con galana frase y con mas acopio de datos probatorios, por facultativos de alto valer por sus capacidades y su autoridad, y en ocasiones solemnes, en esta casa, en la Universidad o en otras instituciones Académicas. Mi carencia de títulos y el ningún mérito de este estudio han de hacer que él quede sin trascendencia práctica alguna, con tanta más razón que no tuvieron éxito feliz aquellos otros meritorios trabajos, que han sido completamente estériles. Pero, por el momento mas tardío en que yo me ocupo de los males que afligen al país en su crecimiento vegetativo, tardanza que hace más premiosa la necesidad que existe de combatirlos, me atrevo a pensar que conviene hacer algo que signifique una acción perseverante, que conduzca no muy tarde a la lucha contra esos males, y, como consecuencia, me pregunto a mí mismo, ¿no podría, no debería la clase médica unirse a esta Academia para dedicar un día anual, que se llamaría el día de UNANUE, con el fin de estudiar la condición de la República en los ramos sanitario y asistencial, y de elegir, además, una junta que se encargara durante el año de la propaganda de las reformas requeridas en esos ramos y de la reunión de datos sobre los mismos, concernientes a las diversas ciudades y regiones?

Al revelar ese pensamiento, que se convierte así en una simple sugerencia, lo hago por la convicción que me asiste de que la labor preparatoria que se requiere para alcanzar que los laudables propósitos de UNANUE se traduzcan en hechos, sólo puede ser acometida por quienes abriguen absoluto convencimiento de los altos fines de ellos, o sea por los profesionales médicos. Son estos profesionales, por otra parte, los que encontrando delante de sí en todos los ámbitos del territorio obra inmensa que realizar, se hallan relegados sin tener actividades que ejercitar. La unión de nuestro gremio bajo la bandera que hizo flamear UNANUE al fundar el Colegio de Medicina, con el fin de esparcir en el territorio jóvenes instruidos "que acudieran al alivio y consuelo de los enfermos de todo el Perú y al fomento de su población", resulta así una obligación bien clara.

Son los gremios médicos los que en las principales naciones imprimen los impulsos de las reformas que demandan la higiene, la asistencia y la enseñanza médica. La Asociación Médica Americana, que existe desde 1894, tiene distintas comisiones para ocuparse de educación médica, de higiene, de medicamentos y nuevos remedios de propaganda, de hospitales, etc. Sabido es cuanto ha hecho esta Asociación en materia de reforma de los hospitales de su país y del mundo.

La Asociación Médica Británica también se consagra a la defensa de los intereses de la clase ante el gobierno, el parlamento, las administraciones públicas y privadas; varios de sus miembros forman parte del Consejo Médico Consultivo del Ministerio de Salud, y durante la última guerra fué encargada por el gobierno del reclutamiento de los médicos militares, teniendo en cuenta para ello que ninguna región del país quedara desprovista de prácticos.

La unión de los Sindicatos Médicos de Francia, es sabido la actividad que pone en juego para la defensa de los intereses médicos, y cuanto hizo especialmente para lograr que la ley de Seguros no afectara el ejercicio profesional, en lo referente a la libre elección del médico por los enfermos. Tenemos, pues, ejemplos que dignamente podemos imitar.

Si borramos los distanciamientos que restan unidad, fuerza y entusiasmo a nuestra clase; si hacemos una conjunción de todas las voluntades; si nos organizamos para trabajar por los que sufren, para defender la raza, para engrandecer al país; cumpliremos un deber que nos dignifique, haremos labor patriótica en la acepción mas noble del término, y contribuiremos, a la vez, al progreso de la humanidad.

Si a los médicos nos corresponde ser los artífices de la obra que preconizó UNANUE para alcanzar la felicidad del país, no olvidemos este pensamiento suyo, que es como la síntesis de cuanto había dicho en otros escritos, que he citado: "Es preciso tener siempre presente que una de las primeras necesidades es poblar, y poblar bien. Para que prospere la República del Perú y pueda contarse entre los pueblos grandes de la tierra, para conservar sus riquezas y su prestigio en América, es indispensable que arregle su gobierno y sus leyes, y procure por todos los medios que estén a su alcance, aumentar su escasa población".

Tal pensamiento del médico eminente, del patriota, del político y del estadista debe ser para el gremio médico un mandato sagrado, cuyo cumplimiento elevará su propia condición y colocará al país en el sendero de las naciones adelantadas. Quiera la Providencia que así suceda.

EN LOS BELLOS TIEMPOS DE LA CABALLERIA AQUELLOS
HIDALGOS QUE ERAN ADMITIDOS EN UNA *societas o beneficium*
AL HALLARSE LA INSTITUCION EN DIFICULTADES, NO COMPROMETIAN NI DAÑABAN LAS BUENAS OBRAS DE ELLA, SINO QUE,
GOZOSOS, PROVEIAN CON SUS LARGUEZAS. ES VERDAD QUE
ENTONCES LAS PREOCUPACIONES PERSONALES TENIAN MUY
OTROS INCENTIVOS QUE OGAÑO: CADA CUAL HACIA BENEFICIO
in remedium animae meae.

Médicos del Hospital «Larco Herrera».

La frénico=exéresis en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar

Por el Dr. TEODOMIRO VARGAS

CASUISTICA

CASO 1º.—M. L. sexo femenino, natural de España, profesión bailarina. Comienzo aparente de la afección 1923. Neumotorax en España en 1925, abandonado por la paciente después de año y medio.

Estadía en el "Sanatorio Olavegoya" de Jauja de Febrero de 1929 a enero de 1930. Mejoría del estado general, pero siempre tos, expectoración, bacilos, a veces fiebre. Intentos de insuflación sin éxito.

Radiografía N°. 1 (12-2-1929) Caverna pequeña infraclavicular, caverna grande parahiliar, ambas en el pulmón derecho. Pulmón

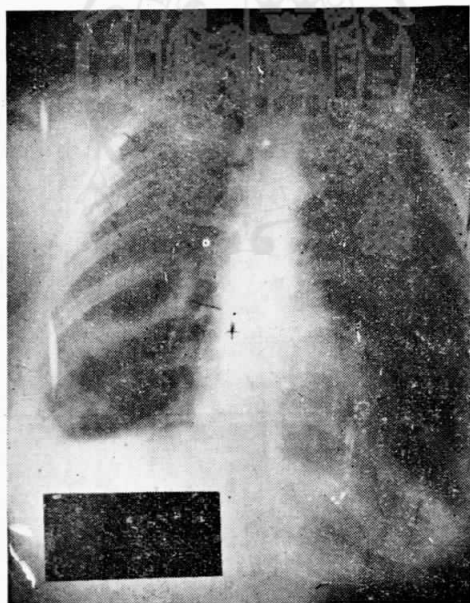


Fig. 1

izquierdo normal. Diafragma derecho a la altura de la 10ª costilla (Fig. 1).

Frenicectomía el 5 de setiembre de 1929.

A la semana de la operación se le envía donde el radiólogo quien contesta "el examen radioscópico muestra inmovilidad del hemidiafragma derecho, en posición de expiración; el hemidiafragma izquierdo excursiona normalmente. En las inspiraciones profundas se puede apreciar respiración paradójica, es decir, un movimiento de báscula o elevación del hemidiafragma derecho mientras el izquierdo desciende. Además, zona de infiltración en toda la altura del campo pulmonar derecho, con formación de imagen cavitaria que se superpone en la radiografía al tercer arco y espacio intercostal anterior derecho; lado izquierdo de aspecto normal". (Firmado) OSCAR Soto.

Resultado inmediato bueno. Mejoría del estado general, aumento de peso, disminución de la tos y la expectoración. Bacilo siempre positivo, aunque en menor cantidad.

Radiografía N.º 2 (13-9-930) Desaparición de la sombra cavitaria superior, que la ha reemplazado una mancha. La cavidad in-

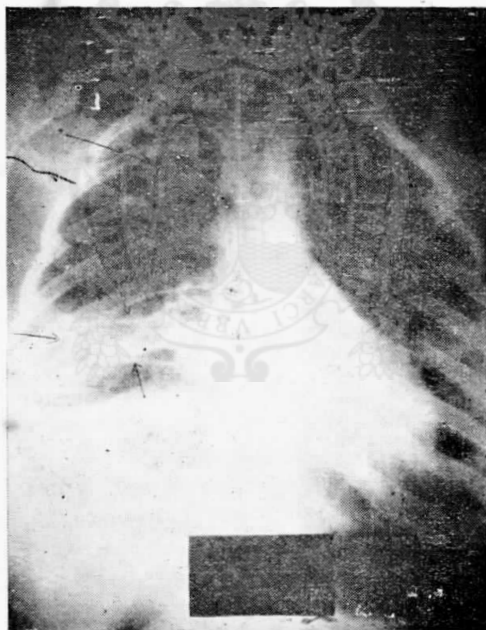


Fig. 2

ferior se ha deformado, aplanándose de arriba abajo, adoptando una figura que pudiera confundirse con el interlóbulo engrosado. El diafragma sube hasta la altura de la 8ª costilla. La radioscopia demuestra inmovilidad del hemidiafragma.

Hasta este momento el proceso iba camino de la curación, cuando en setiembre de 1930, y a causa de descuido completo del régimen,

se produce una exacerbación. (Exámen del Dr. Klinge en Chosica). La cavidad inferior no ofrece cambio. La lesión superior se ha extendido ("infiltración secundaria") y ofrece signos clínicos y radiológicos de activación. Bacilo positivo en abundancia. Temperatura axilar hasta 38.5. Con tratamiento apropiado: remisión de los síntomas, desaparición de la fiebre. Desde fines de 1930 no hemos visto a la paciente, aunque sabemos que su estado general es aparentemente bueno.

Antes y después de la frénico-exéresis: auroterapia. Ningún otro tratamiento.

Se puede considerar como mejorada.

CASO 2º.—E. O. sexo femenino, natural de Rumanía, de 25 años, sin profesión.

Comienzo aparente de la afección: febrero 1931.

Temperatura hasta 38 y 38.5. Esputo con Bacilos de Koch numerosos.

Dos intentos de insuflación en mayo y junio de 1931, sin éxito.

Radiografía (12-2-31) Mediana cavidad infraclavicular derecha, de bordes blandos e irregulares. Algunos nódulos en el tercio medio inferior del mismo lado. Hemidiafragma derecho por debajo de la novena costilla.

Frénico-exéresis: 26 de junio de 1931.—Incisión QUESADA de 4 cm. se encuentra un esternocleidomastoideo ancho, que es llevado hacia adelante. Aparece la aponeurosis cervical media engrosada. Se disecciona lo mismo que el pelotón grasoso pre-escalénico. Se encuentra el frénico bastante adelgazado. Se anestesia y se practica el arrancamiento extrayéndose más de 5 cm.

Resultado inmediato poco satisfactorio. Durante 4 meses aumento de la expectoración; ronquera fuerte, casi afonía. Ambos síntomas han mejorado poco a poco. Actualmente ha desaparecido la afonía (se trata posiblemente de una paresia mecánica del nervio laríngeo, o de alguna lesión del mismo al efectuarse la frénico-exéresis).

Estado actual: Bienestar subjetivo. Afebril. Poca tos, algo menos expectoración que antes de la frénico-exéresis. El esputo es ahora blanquizco (antes era amarillo verdoso). Apetito bueno. Bacilo positivo. Exámen clínico demuestra estertores húmedos y respiración sopla de timbre anfórico.

Radioscopia muestra hemidiafragma derecho muy poco móvil.

Radiografía (2-2-1932). Tamaño de la cavidad igual; la forma se ha hecho redonda; los bordes son más limpios. El campo pulmonar se ha limpiado por debajo.

Después de la frénico-exéresis ningún tratamiento. Exito anatómico casi nulo. Mejoría subjetiva.

CASO 3º.—E. F. natural de Lima, 21 años, sexo femenino. La enfermedad comienza en junio de 1929 como secuela de una coqueluche. En julio de 1930 comienza a sentir anorexia y sudores profusos nocturnos. Ligero adelgazamiento. Se practica una radiografía en la que se aprecian lesiones cavitarias en el pulmón derecho e infiltra-

tivas en el izquierdo. Se dirige al Sanatorio Olavegoya donde se le somete a un tratamiento por sales de oro. Comienza a engordar volviendo el apetito y disminuyendo los sudores. El 10 de octubre de 1931 se le practica una radiografía que muestra dos grandes cavernas en la mitad superior del pulmón derecho. Algunas manchas (fibrosas) en el izquierdo. Hemidiafragma derecho por debajo de la novena costilla.

Frenicectomía el 7 de diciembre de 1931.— Incisión Quesada. Frénico-exéresis sobre el escaleno bastante externo. Se aprecia su bifurcación dando una rama para el subclavio. Se secciona por debajo de ella y se arranca unos 15 cm.

Resultado inmediato muy bueno. Notable mejoría subjetiva. Disminución de la tos y la expectoración. Baciloscopía positiva pero en menor cantidad. Después de una baja inicial de peso en los primeros días, ha recuperado el peso hasta un nivel algo mayor que el de antes de la frénicoexéresis.

Clínica: respiración soplante con timbre anfórico arriba, abajo casi abolida. Algunos estertores húmedos.

Radioscopia. Hemidiafragma completamente inmóvil.

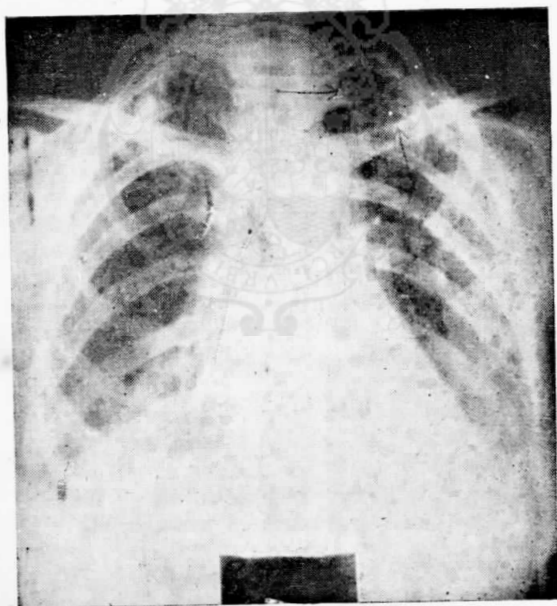


Fig. 3

Radiografía (3-1-932). Las dos cavidades se han aplanado algo y han ascendido, al borde inferior de la caverna de abajo ha subido del 6° al 4° espacio intercostal. Hemidiafragma derecho por encima de la 8ª costilla. Dado el corto tiempo en que se ha apreciado tan magníficos resultados puede considerarse como en curación. (Fig. 3).

Caso 4º—Sra. M. de S.L. Comienzo aparente setiembre de 1929. Tos, expectoración (muco-purulenta verdosa). Subfebril. Bacilo abundante.

Intento de neumotorax: enero de 1930, sin éxito.

Radiografía (7-5-1930). Caverna que ocupa casi todo el campo supraclavicular izquierdo. Retracción de las costillas del mismo lado. Hemidiafragma a la altura de la 9ª costilla.

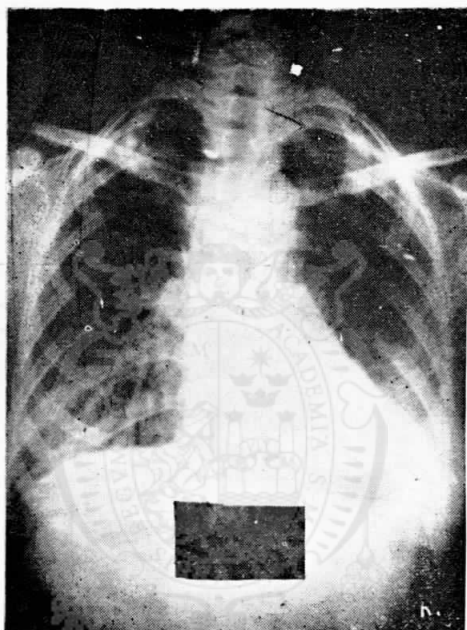


Fig. 4

Frénico exéresis el 7 de junio de 1930.— Incisión Sauerbruch. Se encuentra el nervio frénico afuera y atrás del escaleno. A la presión despierta dolor en el brazo y estómago. Anestesiado se procede a su tracción que al comienzo es bastante dificultosa, para después hacerse con gran facilidad permitiendo la extracción de 25 cm.

Marcada mejoría después de la frenicectomía. Aumento de peso. No hay tos. Casi sin expectoración. Baciloscopía negativa.

Radiografía (2-2-1931) — La caverna ha disminuído de tamaño hasta casi la mitad y ha ascendido hasta el vértice. Hemidiafragma a la altura de la 8ª costilla. La radioscopía muestra inmovilidad del diafragma. (Fig. 4)

Antes de la frénico, auroterapia, cura sanatorial. Buen éxito tanto objetivo como subjetivo. Los bacilos han desaparecido pudiendo considerarsela como sana.

Caso 5°.—T. V. sexo masculino, natural de España, bailarín. Comienzo aparente en julio de 1930 cuando espectora un poco de sangre. Siguió trabajando en su profesión presentándosele fiebre alta y abundante expectoración. Se hospitaliza y se le diagnostica, previa radiografía, tuberculosis pulmonar derecha. Se le instituye tratamiento por sales de oro y se le hacen dos insuflaciones. Como la baciloscopia continuara positiva se le envía a Jauja. En el Sanatorio se le practica 18 insuflaciones altas pero cuando se intenta hacer un neumotorax bajo se fracasa. Como hubieran dos bacilos por campo y la cavidad persistiera se le recomienda una frénico exéresis. Pesaba 125 libras y su estado general era bueno.

Radiografía (24-12-1930).— Gran cavidad oval, que ocupa casi todo el tercio superior del pulmón derecho. Campo pulmonar por debajo está sembrado de pequeñas manchas nodulares (poco visibles en la reducción). Hemidiafragma en el 10° espacio intercostal. Retracción de las costillas del mismo lado.

Frenicectomía: 7 marzo de 1931.— Incisión Quesada. Se encontró una vena adherida al nervio habiendo necesidad de disecarla. Se extrajo 6 cm. con marcado dolor al hombro y brazo derechos.

Estado general mas o menos igual al de antes de la frénico-exéresis; febril. Ligeramente más tos que antes, lo mismo en la expectoración. Baciloscopia positiva (5 por campo). Peso: 120 lbs. no hay cambio subjetivo.

En agosto de 1931 hizo el paciente una evolución febril con abundante hemoptisis.

Radiografía (8-9-1931).— Muestra deformación de la caverna que se ha aplanado algo transversalmente y parece haber disminuído ligeramente de tamaño (esto último es difícil precisarlo). El hemidiafragma ha subido un espacio intercostal (a la radioscopia se le ve inmóvil). Por debajo de la caverna se vé casi todo el campo pulmonar derecho sembrado de manchas difusas, en parte confluentes, de bordes blandos e irregulares. Se trata de una "siembra por aspiración", con producción de focos predominantemente productivo-exudativos. Debe anotarse que el enfermo se sometió durante el mes de julio a una actividad excesiva (en parte nocturna) y que eso ha producido—en parte—la evolución desfavorable del proceso. Actualmente está el paciente otra vez en período de mejoría; las manchas del pulmón derecho parecen haber disminuído algo.

Antes y después de la frenicectomía: tratamiento sanatorial y oro. Estabilizado. Estado aparentemente el mismo. Siempre hay bacilos.

(Continuará)

Formas neurológicas de la Verruga

(Continuación)

Por los Dres.

CARLOS MONGE y DANIEL MACKEHENIE

IV.—FIEBRE GRAVE DE CARRIÓN.—ENCEFALITIS. — SÍNTOMAS CORTICALES.—EPILEPSIA

1.—CASO MONGE-GARCIA-PARODI. — *Anemia grave.*—*Encefalitis.*—*Hiperestesia.*—*Hipertonía muscular.*—*Coma.*

Historia Clínica.—L. O. 25 años de edad, soltero, soldado del servicio Geográfico. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Desde el 1° de junio de 1932 ha hecho el recorrido de Acos y otros pueblos circunvecinos, en donde ha permanecido hasta días antes de su ingreso al Hospital de San Bartolomé, encontrándose perfectamente bien. Hace siete días, el 9 de Noviembre, se inicia su enfermedad con escalofríos, fiebres, sudores, cefalalgia, razón por la cual viene a Lima y se hospitaliza. En Noviembre 16 presenta accesos febriles acompañados de náuseas, vómitos y diarreas, cefalea frontal intensa, epistaxis y ligero estado soporoso. Al día siguiente continúa moderadamente febril, los vómitos se intensifican, el enfermo se queja de dolores en la región hepática, la lengua se pone intensamente saburrosa. Acusa desde ese momento ligera hiperestesia en los miembros inferiores, la cefalalgia frontal continúa. El exámen de otros órganos es negativo, con excepción del bazo que se encuentra hipertrofiado.

El pulso está ligeramente frecuente. El exámen de sangre acusa los siguientes resultados.

Hematíes	2'060,000
Leucocitos	9,250
Eosinófilos	2%
Metamielocitos	4
Polinucleares de nucleo segmentado	82
Monocitos	2
Linfocitos	10
Hay bartonelas en la sangre.	

El exámen de orina es negativo. Este cuadro, sin cambio apreciable, se mantiene en los dos siguientes días. Al cuarto día la temperatura sube considerablemente, aparece una diarrea intensa y en el curso del día se presenta una melena. Los vómitos biliosos persisten. El sopor que este enfermo ha presentado desde el primer momento continúa, lo mismo que las manifestaciones hiperestésicas de las extremidades inferiores. Debemos insistir sobre el aumento apreciable del tono muscular que tiende a la contractura. — Se instala un coma terminal. — En estas condiciones tres días después de hospitalizado sobreviene la muerte en hipertermia.

Necropsia.—Anotamos los hechos mas importantes.

Cerebro.—Corteza. Hay una congestión vascular que en algunos precapilares es bastante intensa y que ha ocasionado hemorragia. Alrededor de estos mismos vasos, por regla general existe una proliferación de histiocitos adventiciales. También se marca la presencia de células gliales protoplasmáticas. Estos histiocitos poseen bartonellas en pequeño número. También se encuentran algunos bacilos englobados por macrófagos.

Vasos del Cerebro.— En algunas de las venas de gran calibre hay trombus en vía de organización, reuniéndose los monocitos en focos. Cuerpos amiláceos con cierta profusión. En el trígono se notan focos de histiocitos y de neo-vasos parasitados.

Hígado.—Las travéculas de Remack están adelgazadas. Los sinusoides amplios contienen elementos hemáticos de la serie roja y de la serie blanca. De los primeros se ven hemáties nucleados de ambas series: Normoblástica y megaloblástica. Las células de Kupffer numerosas incluyendo hemáties, leucocitos y bertonellas. Hay una infiltración grasosa de las células hepáticas, algunas de las cuales por esta causa tienen escaso protoplasma y una gran vacuola central en la que estuvo incluida la grasa; todos los intersticios están muy marcados, en algunos de ellos se ha realizado una verdadera esclerosis dentro de cuyo tejido conjuntivo se advierten las arterias, venas y capilares biliares, pero la mayor parte de ellos contienen elementos hepáticos de las dos series: tanto la normal como la embrionaria; estos elementos se encuentran en distintos grados de evolución, desde las células basófilas hasta el hematíe o el megaloblasto, son extravasculares, multiplicándose algunos por mitosis. En cuanto a los vasos propios al intersticio se notan aquí sumamente dilatados, con los elementos peculiares hemáticos a la dolencia: megaloblastos y normoblastos en todos sus estados. La proliferación intersticial ha sido bien desarrollada de manera que se ven fajas anchas que de un intersticio parten al vecino, estableciendo casi, salvo una pequeña extensión, una continuidad conectiva que circunscribiría los lobulillos. Los vasos venosos (porta y venas) van rodeados de una cápsula o de un refuerzo conjuntivo. Las venas suprahepáticas o venas centrales de los lobulillos estan dilatados, no ofrecen pues nada de particular. Se encuentran bacilos en los sinusoides, ya aislados, ya reunidos en grupos considerables, con los mismos caracteres que describimos en el riñón.

Bazo.— Hay una moderada esclerosis de la cápsula y de las travéculas y esta se hace manifiesta igualmente en las arteriolas del

corpúsculo de Malpighio que, aún cuando presentan su luz permeable, han perdido el manto de linfocitos que normalmente las rodean; en lugar de este se ve células eritroblásticas basófilas de las dos series y sus elementos de origen, se ve también leucocitos con predominio de eosinófilos. En la pulpa se nota numerosos neo-vasos y además las células forman un retículo de mallas anchas constituido por expansiones protoplasmáticas de las mesenquimales o histiocitarias. Hay algunos islotes eritroblásticos, neo-vasos de paredes gruesas, leucocitos eosinófilos y enorme cantidad de glóbulos rojos. Los histiocitos, que son numerosos han ingerido toda clase de células hemáticas y encuéntrase también en ellos numerosas bartonellas y gran cantidad de pigmentos el que también parece hallarse libre. No es posible, establecer una demarcación entre la pulpa blanca y roja. Hay trombosis bacilares, gérmenes de salida con los mismos caracteres que describiremos en el riñón.

Ganglio linfático.— El ganglio linfático está envuelto por una ganga mesenquimal en la que se desarrollan eritroblastos extra-vasculares, es decir, entre las mallas mismas del conectivo. Los vasos del hilio están muy ingurgitados de sangre y algunos trombosados. La cápsula del órgano, ligeramente esclerosada. El seno marginal es permeable; en la linfa de él existen algunas bartonellas. No hay proliferación de los elementos retículo-endoteliales de esta parte, o sea, no hay catarro de los senos. En el órgano no se distingue una concentración de células claras, como lo que se ve en los centros germinales, ni tampoco agrupación de linfocitos en determinadas zonas. El cuadro clásico del folículo no existe. El ganglio tiene un aspecto uniforme, sin distinción de centros germinales y manto de linfocitos. Todos estos elementos están distribuidos al azar. Existen neo-vasos muy abundantes y algunas células cebadas, en las paredes vasculares. Algunos de los neo-capilares han englobado bacilos delgados y alargados. En algunas porciones hay células histiocitarias que forman anastomosis reticulares.

Músculo Estriado.— Se advierte una proliferación discreta de histiocitos algunos de los cuales están parasitados por bartonellas.

Riñón.— Se nota numerosos vasos dilatados sobre todo los venosos; varios de ellos están trombosados y este proceso puede hacerse remontar a algún tiempo, puesto que en algunos, hay una marginación clara de elementos móviles, lisis de los hematíes, englobados en una malla de fibrina. En algunos vasos se ven elementos alargados fusiformes, que consideramos de valor histiocitario. Alrededor de las arteriolas también hay diapedesis. Las células que han atravesado las paredes vasculares están cargadas de pigmentos hemáticos lo que demuestra su naturaleza histiocitaria; contienen también bartonellas. Dentro de los vasos trombosados vimos una proliferación esponjosa, francamente angioblástica. Los glomérulos poseen sus vasos dilatados. El espacio entre las cápsula de Baumann y estos es claro, sin descamación, sin catarro. Alrededor de algunas arteriolas se encuentran pequeños focos eritroblásticos.

En los glomérulos se encuentran numerosos bacilos alojados en las asas capilares, en todos los demás vasos del órgano se encuentran los mismos gérmenes. Puede decirse que hay verdaderas trombosis microbianas, constituidas por bacilos en su mayor parte alargados,

pero existen también otros, tal vez formas involutivas, mas cortas y mal teñidas. Posiblemente un exámen superficial podría hacerlos tomar por bartonellas. Embolias muy semejantes, de numerosísimos gérmenes, centenas, hemos observado igualmente en un enfermo de Fiebre Grave, sin síntomas nerviosos. Demás es decir que dichos gérmenes ocupaban claramente la luz vascular, absolutamente ocluida y no estaban incluidos en las células endoteliales.

Piel.—Reacción adventicial de Weiss muy marcada; casi todos los vasos están rodeados de histiocitos.

Este caso merece nuestra consideración por su rápida evolución, 11 días; por no haberse presentado una anemia considerable, por no encontrarse en la sangre periférica signo alguno de actividad hemopoyética embrionaria, por la desaparición de las bartonellas de la sangre, y además, por haber desarrollado un cuadro semejante al del Tifus, con sopor, signos hiperestésicos y aumento del tono muscular. En fin, por haberse encontrado bartonellas en el líquido céfalo raquídeo y en el exámen del neuroeje. Por último, por haberse señalado una fuerte metaplasia eritrogónica en los órganos internos y particularmente en el hígado y bazo, sin que la sangre acusara la enorme actividad hemopoyética, cuestiones de las que nos ocuparemos en otra oportunidad, pero de las que queremos dejar constancia desde ahora.

Como en la Leucemia aleucémica donde el hecho ha sido perfectamente demostrado; como lo quieren algunos, en la Granulomatosis maligna; así también en la enfermedad de Carrión puede la sangre periférica no presentar hematíes inmaduros y sin embargo la metaplasia hemopoyética es enteramente demostrable. Insistimos en esta particularidad que ademas señalamos en otro caso del presente trabajo; ya que esto nos lleva a una nueva revisión de la patogenia de la Enfermedad de Carrión.

2.—CASO SAENZ MONGE, 1932. *Encefalitis, crisis epileptoides y corticales.*

El enfermo A. Ch. de 23 años de edad, soltero, natural de Arequipa tiene 4 hermanos vivos y sanos, ha sufrido de paludismo hace algún tiempo.

Se encontraba en Puno desempeñando su cargo de Policía hasta hace 5 meses que fué trasladado a Lima. Consta en los libros de la 3^a. Comisaría de la cual procede que en ningún momento ha dejado de dormir en el Cuartel y que no ha hecho comisiones que lo obligaran a transitar por una zona verrucosa. Agreguemos, sin embargo, que no tenemos datos sobre sus días "francos", pues su esposa ha llegado a Lima recientemente, encontrándose el enfermo ya grave.

El paciente se presentó en consulta a la enfermería del Cuartel el día 15 de diciembre de 1932 donde fué atendido por el Dr. O. Torres, quien ha tenido la amabilidad de proporcionarnos la siguiente información: el enfermo se quejaba de cierto ligero malestar y dolores lumbares y abdominales imprecisos y fiebre que continuó en los días sucesivos. También acusaba cefalalgia. En esas condiciones se le ordenó ingresar a la enfermería del Cuartel, cosa que el enfermo no hizo, de un lado, porque todavía se sentía en condiciones de

cumplir con su servicio y de otro porque quería disponer de los días domingo y lunes, en que estaba "franco", para atenderse en su domicilio. El día lunes, refiere su esposa, se quejó de dolores abdominales mas intensos y de dolores generalizados en el cuerpo, escalofrios y fiebre, razón por la cual por primera vez guardó cama. Al día siguiente, esto es, el martes 20, la temperatura se elevó considerablemente, a las cinco de la tarde, presentó una marcada contractura de los músculos masticadores que se generalizó después, presentando un ataque convulsivo de tipo epileptiforme y con pérdida del conocimiento. A partir de este momento se instaló un estado de coma que fué acentuándose cada vez mas y mas. El día 21, según referencia del Dr. Saenz, el enfermo, sumido en un coma profundo, presentaba contracturas generalizadas a todos los músculos del cuerpo; el estado de hipertonia muscular era considerable; el enfermo daba la impresión de una rigidez tetánica. Estaba cubierto de sudor, presentaba 50 respiraciones y 100 pulsaciones por minuto, la temperatura era de 39°, las pupilas estaban contraídas. Perdía sus orines y materias fecales. En esas condiciones, la exploración neurológica no permitía señalar dato alguno, además de lo indicado. El examen de los órganos y aparatos solo acusaba una abundancia notable de estertores finos en ambos pulmones. El análisis de sangre señaló:

Hematíes	3,900,000
Leucocitos	12,750
Polinucleares neutrófilos	66%
Linfocitos	34
No había hemoparásitos.	

En la orina se encontró trazas de albúmina. En la sangre había una uremia de 0.94 por mil.

La punción raquídea dió salida a un líquido fuertemente hipertenso, cuyo examen dió el resultado siguiente:

Líquido céfalo raquídeo, 21 de diciembre de 1932.

Aspecto ligeramente turbio
Película negativa
Albúmina 0.30 por mil.
Reacción Pandy, positiva débil.
Reacción de Nonne-Appel, positiva débil
Glucosa 2 gr. por mil
Predominio de linfocitos, escasos polinucleares.

La temperatura en la tarde se elevó a 40°,3 para encontrarse al día siguiente en 39°,8.

En este día el enfermo apareció en completo estado de resolución muscular, el coma mucho mas profundo que la víspera, la disnea era siempre intensa y el examen pulmonar acusó que los fenómenos bronquiales se habían hecho mucho mas considerables.

Un nuevo examen del líquido céfalo raquídeo dió desde el punto de vista químico, el mismo resultado que la víspera. El examen

microscópico señaló fenómenos nuevos: predominio de linfocitos, presencia de células plasmáticas y endoteliales, presencia de hemáties, raros polinucleares. Este estado continuó hasta el día siguiente en que tuve ocasión de examinarlo. Temperatura 38,6°, pulsaciones 100, respiraciones 50. Estertores abundantes en ambos pulmones, pupilas contraídas. Desviación conjugada de los ojos hacia la izquierda; desviación de la cabeza hacia la derecha; contractura marcada de las extremidades izquierdas; contractura de la nuca; resolución muscular completa del lado derecho. Las condiciones del enfermo no permitían una exploración mayor. Las alternativas de resolución muscular y contractura se repitieron.

El estado del enfermo continuó agravándose y la muerte se produjo al día siguiente.

Necropsia.—Es sensible manifestar que solo nos fué permitida la necropsia de la cavidad craneana.

Llama a primera vista la atención la enorme congestión de todos los vasos de las circunvoluciones cerebrales e igualmente del cerebelo y de las meninges. A la sección aparece un enorme puntillado hemorrágico en el encéfalo, mas aparente en la corona radiante del lado izquierdo. Igual constatación se hace en el cuerpo calloso, putamen, tálamo, locus niger, y llega aun a las regiones penduncular, protuberancial y bulbar.

En el nucleo caudado algunas de sus venillas estan trombosadas y con mononucleares formando estratos aplicados a la pared interna vascular. Los precapilares del putamen estan distendidos, en algunos de ellos se nota una reacción adventicial mínima. Hay vasos dilatados y trombosados, los leucocitos se encuentran en agrupaciones pero no se vé exudación alrededor de ellos. Agreguemos que algunos de sus vasos han dado hemorragias en el espacio perivascular y aun en la sustancia nerviosa. Imagen igual conseguimos en el cuerpo calloso. Hay emigración muy marcada de monocitos. En el borde externo de la prolongación frontal del ventrículo lateral se encuentra una reacción adventicial sumamente precisa. En resumen, unos vasos estan telangectácicos, otros con hemáties que llenan el espacio perivascular, otros en que la hemorragia se ha difundido un tanto por el parénquima, rompiendo la barrera pial, siendo la exudación variable según los vasos considerados.

Es posible encontrar en estos elementos algunas bartonellas.

No podemos, por el momento, hacer el estudio completo del sistema nervioso. Consignemos únicamente la presencia de numerosos cuerpos amilaceos y la proliferación de células gliales.

Habiendo sugerido la posibilidad de tratarse de una encefalopatía verrucosa rogamos al Dr. GUZMAN BARRON, del laboratorio del Hospital Militar de San Bartolomé, que había llevado a cabo las investigaciones biológicas del caso, buscara bartonellas en el líquido céfalo raquídeo la víspera de la muerte. Efectivamente 24 horas después, siguiendo una técnica que le es propia, nos permitía ver abundantes bartonellas.

Es evidente que se trata de un caso de encefalitis difusa, con fenómenos de irritación cortical, como lo acusan el ataque epileptiforme, y las contracturas generalizadas o sistematizadas que se

presentaron en el breve curso de la dolencia. Las constataciones de la necropsia y el exámen del líquido céfalo raquídeo lo demuestran evidentemente. Agregamos aquí que el hallazgo de bartonellas en el líquido céfalo raquídeo por el Dr. GUZMAN BARRON y la demostración de la presencia de éstas en el tejido cerebral hecha por Mackehenie imprimen al cuadro morbozo una etiología verrucosa.

Fácilmente salta la objeción de que este enfermo no procede de una zona endémica de la enfermedad de Carrión. No es nuestro objeto discutir esta cuestión, de una gravísima trascendencia en la epidemiología del país; bástenos decir que el "halo epidémico" de la Verruga, en los brotes epidémicos, debe reconocérsele en la actualidad una extensión mucho mas considerable, que puede alcanzar Lima, ya que los medios de locomoción actuales permiten vehicular a los vectores a muchos kilómetros del lugar verrucoso.

3º. Caso SAENZ.—*Encefalitis*.

Los casos siguientes nos han sido proporcionados por el Doctor Saenz quien nos manifiesta haber restablecido su naturaleza carriónica a raíz de nuestros actuales estudios, en que él, también, ha participado.

El enfermo desempeñaba en la época de su enfermedad, hace varios años, un puesto en Yauyos y le estaba encargada la construcción de una carretera, en una zona verrucosa.

Llegó a Lima, con una afección febril y quejándose especialmente de cefalalgia intensísima, rebelde a todos los analgésicos.

Examinándolo se encontraba además de fiebre alta, signos de reacción del sistema nervioso. Había vómito, rigidez de la nuca, raya de Trousseau, dolores a nivel de los miembros, fotofobia, insomnio; no había Kernig. Los reflejos estaban exagerados. No había trastornos paralíticos, ni de la vejiga, ni del intestino.

No había alteraciones pupilares.

El hemocultivo y la reacción de Widal, resultaron negativos.

Se le trató con Urotropina intravenosa y medicación sintomática habiéndose conseguido la desaparición de los síntomas nerviosos y la remisión de la temperatura. Al desaparecer estos se presentó ictericia y coluria que desaparecieron en pocos días. El enfermo abandonó la clínica y se dirigió a Yauyos de donde vino un mes y medio después, con una erupción de verruga nodular que evolucionó sin molestias para el enfermo.

4. Caso SAENZ. — *Encefalitis* — *Letargia*.

El enfermo de nacionalidad italiana, de profesión comerciante y viviendo habitualmente entre Tarma y el Perené, se vió obligado por razones comerciales a permanecer por algún tiempo en Matucana, a principios del segundo semestre del año 1932.

Venido a Lima a principios de Octubre, empezó a sufrir de una afección que él califica de paludismo (el enfermo ha sufrido anteriormente de malaria) por lo que tomó quinina en fuertes dosis.

A pesar de la medicación, la fiebre continuó y el enfermo se vió obligado a guardar cama, pues se instaló un estado de somnolencia acompañado de disfagia, constipación, vómitos, raya meningítica,

retardo del pulso y de la res iración, ligera dilatación pupilar. El exámen de los demás órganos no reveló nada anormal. Investigando los antecedentes del enfermo se vino en conocimiento de que el enfermo había tenido, en los días que preceden a éstos fenómenos nerviosos, frecuentes accesos de hipo. Se le hizo un exámen de líquido céfalo raquídeo que no reveló anormalidad apreciable.

Se instituyó como medicación, Cylotropina intravenosa, y cloruro de calcio por la boca.

Los síntomas nerviosos cedieron a la medicación, la temperatura bajó; pero el enfermo ya levantado—en razón de la mejoría—presentó trastornos hepáticos; dolor al hígado, ictericia y coluria. Se volvió a presentar el vómito. La numeración y fórmula sanguínea acusaron 3.900.000 glóbulos rojos, 17.000 glóbulos blancos, con 75% de polinucleares, no había Hematozoario, pero se encontró Bartoneles. La dieta y la medicación con desinfectantes hepáticos llevaron al enfermo a la salud. Desde principios de Noviembre el enfermo se sintió completamente bien y abandonó Lima.

Hace pocos días que hemos tenido noticias de él, su salud ha seguido buena y no ha tenido erupción verrucosa todavía.

5° Caso. GONZALEZ OLAECHEA.—*Encefalitis—enagenación. Eptilepsia.*

Aquí debemos consignar el caso señalado por el Prof. Gonzalez Olacchea en 1890.

6°. Caso VALEGA 1932.—*Fiebre grave, epilepsia. Coma terminal.*

El Dr. Valega, al terminar este trabajo, ha tenido ocasión de referirnos un reciente caso de Fiebre Grave de Carrión en un niño quien, la víspera de su muerte, presentó una crisis convulsiva de tipo epileptiforme seguida de coma y muerte.

En conclusión, podemos afirmar que la mosodermosis verrucosa puede localizarse en cualquier segmento del sistema nervioso, originando diferentes tipos de neuro-axitis.

Tenemos derecho a establecer las formas siguientes:

I.—*Hemorragia cerebral y peduncular.*

II.—*Encefalitis* { a). Forma difusa.
 b). Forma epileptoide
 c). Forma coreo-atetósica.
 d). Parkinsonismo verrucoso.

III.—*Meningo-encefalitis.*

IV.—*Meningitis.*

V.—*Mielitis.*

VI.—*Psicosis.*

Además nos ha sido posible encontrar otras manifestaciones neurológicas del virus verrucoso; a saber: neuritis ciática; neuralgia en el territorio del fémoro cutáneo, ya señalada por Odriozola; tam-

bién observamos un caso de Verruga crónica con Edema trofo-neurótico de Meigne, cuya naturaleza fué aclarada por la reacción adventicial de Weiss y un caso de hiperhidrosis hemifacial. — Hagamos resaltar igualmente la muerte frecuente en hipertermia como posibilidad nerviosa. En fin, hemos podido constatar un caso eruptivo con temblor intencional, tipo de esclerosis en placas. — Si recordamos que el caso de ROSELL correspondía a una parálisis del circunflejo, que CASTILLO citó un caso de amaurosis, que ODRIOZOLA ha señalado paraplegia, que BELLO describió un caso de meningitis verrucosa, en la evolución del cual se presentó una parálisis del motor ocular externo, que PIEROLA, GONZALEZ OLAECHEA y VALDIZAN señalaron síntomas mentales: *enagenación y delirio*, se deduce que la bartonella puede atacar cualquiera de las partes del neuro-eje, de sus meninges y del sistema nervioso periférico.

En cuanto, a las lesiones anatómicas, por lo que nos ha sido dado ver en las autopsias realizadas, corresponden a una congestión de los vasos meningeos, de los cerebrales que llega hasta la hemorragia, inyectando los espacios peri-vasculares o infiltrándose también en el tejido nervioso circundante; en trombosis que algunas veces recaen en los senos, pero que de ordinario ocupan las arteriolas y venillas; en una reacción adventicial que varía de un sujeto a otro y aún de una región a otra. Por lo general los histiocitos peri-vasculares no son muy numerosos aunque dejan reconocer este refuerzo adventicial. En uno de los casos, casi de una manera esquemática, encontramos vasos en distinto momento alterativo; así algún vaso tromboso poseía leucocitos apiñados; en otro, muy próximo, la exudación era ya manifiesta y se encontraban monocitos dentro y fuera de él, a mas de la hemorragia que dibujaba la anatomía de las partes. En la proximidad de estos focos flogósicos había una evidente proliferación de las células gliales y así mismo alteración de las células nerviosas, las cuales estaban deformadas é hipercrómicas no estando bien individualizados los cuerpos de Nissl. Haremos notar que las Bartonellas se encontraban—a mas de las contenidas en las formaciones adventiciales—libres en el líquido céfalo raquídeo, dato este que explica el hallazgo de GUZMAN BARRON.

Las lesiones histológicas anotadas parecen guardar relación con el aspecto clínico.

En estudios que prosequimos pormenorizaremos aquellos puntos que han sido expuestos someramente.

De importancia capital es hacer resaltar el hecho de que el virus, en ocasiones ejerce una acción preponderante si no exclusiva, sobre el sistema nervioso, originando sintomatología neurológica; otras veces las lesiones del aparato hemopoyético preceden a las nerviosas, dejando un periodo intercalar entre la hemo-mesodermosis y la neuropatía; en otras ocasiones las perturbaciones del mesodermo repercuten simultaneamente en la sangre, en la piel y en el sistema nervioso y finalmente hay casos en que la Neuropatía es el episodio final de la Verruga.

Como quiera que sea, aún en las formas neurológicas mas puras (sin anemia), nos ha sido posible encontrar ya formándose, nidos eritroblásticos en el bazo; sospechamos que la metaplasia que ex-

perimenta esta víscera sea una de las primeras alteraciones del aparato hemopoyético.

Insistimos asimismo, en que el cuadro hemático no traduce siempre la actividad de los órganos hemopoyéticos. Hay discordancia entre la fórmula sanguínea normal o subnormal, acusando apenas una oligocitemia, a veces de cierta intensidad, y las formaciones ortoplasmáticas y megaloblásticas desmesuradas, que en un caso encontramos en el bazo, en el hígado y los ganglios linfáticos, y aún en el riñón, tal como ocurre, en la leucemia aleucémica.

Digamos también que nos ha sorprendido el considerable número de gérmenes no ingeridos por macrófagos.

Advirtamos que hay casos de Bartonelosis pura y otros en cambio en que el o los gérmenes de asociación o de salida, forman trombos densos, masas de numerosísimos bacilos, que ocluyen las asas glomerulares del riñón y que se encuentran también, aunque no tan densamente agrupados en el hígado, en el bazo y en los ganglios. No hay temor, —puesto que su Morfología es perfectamente revelada por los procedimientos tintoriales que utilizamos,—en confundirlos con agrupaciones de bartonellas.

Aún cuando no ha sido la índole de este trabajo considerar la geografía del mal, no es obligatorio dejar constancia de que uno de nuestros enfermos, no procede de una zona verrucógena, según se deduce de las informaciones oficiosas y oficiales a que hemos recurrido; hecho de excepcional gravedad que, de confirmarse, así como los dos del profesor GONZALEZ OLAECHEA, que tampoco han salido de la capital, sugiere la posibilidad sino la probabilidad, de que los vectores, gracias a los modernos procedimientos de locomoción pudieran ser vehiculados por fuera de su *habitat* normal.

Para terminar expresaremos nuestro agradecimiento al Dr. LUIS SAENZ que nos ha permitido la observación de algunos de sus enfermos en su servicio hospitalario y al Sr. J. JIMENEZ, ayudante de Laboratorio del "Hospital Loayza" cuyos servicios técnicos son inapreciables.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

SESION DE DIRECTORIO

PRESIDENCIA: Dr. V. FERNANDO QUEVEDO L.

La institución estudió la psicopatología de los torturadores, principalmente de los torturadores que realizan funciones de investigación policial, reconociendo que en la mayor parte de los casos se trata de enfermos mentales, como ha habido oportunidad de comprobarlo, ya que algunos miembros de la policía preventiva peruana han terminado sus días en el Maricomio afectados de dolencias que han evolucionado mientras ejecutaban las torturas. Con este motivo la Liga Nacional de Higiene y Profilexia

Social declara que debe implantarse el examen mental previo, a todo aquel que desee ingresar a la policía preventiva, afirmándose que se necesita condiciones paranormales al solicitar el desempeño de esas funciones. Mientras no exista hígidez mental y caracterológica en los investigadores, las torturas como método de investigación criminal, se pondrán en práctica, no obstante las sanciones que para estos delincuentes señala el Código Penal.

Se recomendó que las Comisiones permanentes estudien los siguientes temas:

Eugenesia y Biotipología: El certificado prenupcial, factor eugenésico.

Nipiología y Paidología: Servicio Social en la primera edad.

Higiene Escolar: Forma práctica para alimentar al escolar peruano.

Higiene Mental: Por deferencia a la Liga de Higiene Mental recientemente creada, se resolvió suspender, por ahora, las actividades de ésta índole.

Profilaxia Venérea, Educación y Reforma Social: Programa de Educación Sexual en la Escuela Secundaria.

Comisión de lucha contra el Paludismo: El Paludismo accidente del trabajo.

Comisión de lucha contra el alcoholismo: Enseñanza antialcohólica en la escuela.

Comisión de lucha contra los estupefacientes: Legislación sobre asistencia de toxicómanos.

Comisión de lucha contra el cáncer: Divulgación popular del diagnóstico precoz.

Comisión de higiene dental: Servicio Dental Escolar.

Comisión de higiene del trabajo: Legislación sobre enfermedades profesionales.

Comisión de higiene urbana: Medios prácticos del recojo de basuras.

Comisión de orientación profesional: Necesidad de la selección psicotécnica de los trabajadores.

Comisión de protección de la infancia en estado de peligro: Necesidad de un Código de Menores.

Comisión de legislación y Servicio Social: Necesidad de un Código de Sanidad.

Apreciándose los beneficios que reportará la ley expedida últimamente exonerando todos los derechos a la importación de los medicamentos que se usan en la lucha contra el paludismo, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social acordó declarar que esa ley constituye un acierto y significa una medida eficaz para disminuir los estragos que la malaria ocasiona en el país.

Bibliografía

EL PROBLEMA SEXUAL EN LAS PRISIONES por *Carlos A. García Videla*— Biblioteca de la "Revista de Identificación y Ciencias Penales del Museo Vucetich".—La Plata. Rep. Argentina 1932

Este árduo como complejo problema es objeto de la investigación científica de los médicos, psiquiatras y juristas más destacados, quienes buscan la manera de resolverlo con éxito. Las opiniones se muestran disconformes, pero es innegable que, véase el asunto desde el punto de vista que se quiera, el problema existe en la realidad. Sus causas pueden ser diferentes, según el ángulo que se escoja para contemplarlo, más es incuestionable que su existencia no puede ponerse en duda. Aún los mismos que lo niegan, no trepidan en presentar algunas soluciones para resolver las múltiples perversiones que existen en los establecimientos penales por factores de origen sexual.

CARLOS A. GARCIA VIDELA, demostrando poseer un fino espíritu de investigador, plantea el problema desde un miraje personal, por demás interesante. Para él, el problema sexual en las prisiones no existe en la realidad. Las perversiones de carácter sexual que se presentan ahí se deben a la mala organización y dirección de ésta. En una prisión que se cumpla con las funciones para las cuales se ha creado—afirma CARLOS VIDELA en su libro—no puede aparecer ni el onanismo, ni la homosexualidad. Y en lo que se refiere al deseo sexual, puede mantenerse dormido, sin que se manifieste, mediante los ejercicios físicos y una educación adecuada.

El libro plantea la cuestión inteligentemente, desde el punto de vista que defiende su autor. La exposición de las ideas es lógica y abarca, en su contenido, todo el problema de manera integral. Pero nos permitimos creer que da una excesiva importancia al poder de la educación sobre el instinto sexual. Además, no creemos posible mantener en los presos una verdadera castidad psíquica. Estos llegan ya a la prisión pervertidos o por lo menos, con su instinto genésico en plena potencialidad, puesto que han practicado el acto sexual con anterioridad a su entrada al establecimiento penal. Es más certero contemplar el problema teniendo presente que no se trata de personas que se han desarrollado en ambientes recomendables, sino, por el contrario, de delinquentes, de individuos que, en su mayoría, presenta taras diversas y que vienen de medios antisociales.

Es muy cierto que un buen régimen carcelario—como es el que existe en la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires, y que el autor lo cita como modelo—puede, perfectamente, impedir la pederastía, pero no es menos cierto, también, que no podrá adormecer, ni mucho menos matar, los deseos sexuales de los reclusos. El instinto genésico seguirá actuando, con mayor o menor fuerza, en los individuos condenados a una continencia forzosa. Y, de esta suerte, el problema sexual en las prisiones queda en pié.

La obra es de importancia excepcional. Es un estudio bien documentado, sereno y escrito en forma amena. Es, sin duda, brillante contribución a los estudios que se han realizado sobre el problema sexual en las prisiones; y ha merecido el honor de ser publicado por la Biblioteca de la "Revista de Identificación y Ciencias Penales" del Museo Vucetich, de la Universidad Nacional de la Plata (Rep. Argentina).

Con franco espíritu americanista, el autor cita los trabajos peruanos que le han precedido en aparición.



EL MEDICO REPRESENTA UN GRADO CULTURAL HUMANO, POR ENCIMA DEL CUAL NO EXISTE NINGUN OTRO; ADMITE GERARQUIAS, RESPETA AUTORIDADES, PERO ESTA SEGURO DE QUE EN ASUNTOS DE MEDICINA NO HAY NADIE SITUADO MAS ARRIBA. EN ESTA AFIRMACION QUEREMOS SER JUSTAMENTE INTERPRETADOS; NO PRETENDEMOS PLEITESIAS EXTRAÑAS, NI DOMINIO EN CAMPOS AJENOS; TAMPOCO RECLAMAMOS SER A OTROS SUPERIORES, PERO RECHAZAMOS SER LOS INFERIORES. NOS REFERIMOS A NUESTRA CIENCIA Y TRABAJO; NO QUEREMOS CONTAR CON LOS EPITETOS DE APOSTOLADO, SACERDOCIO, ABNEGACION, ALTRUISMO Y OTROS, QUE CORRESPONDEN AL ASPECTO VOLUNTARIO E IRRECOMPENSABLE DE LA ACTIVIDAD DEL MEDICO, CON LOS QUE, SIN EMBARGO, A VECES SE HA PRETENDIDO REMUNERAR EL TRABAJO BARATO O GRATUITO DE LOS DOCTORES; SOLO RECLAMAMOS LOS MIRAMIENTOS QUE NADIE PUEDE NEGARNOS: LOS QUE CORRESPONDEN A UNA PROFESION LIBERAL, REPRESENTATIVA DE UNA DE LAS RAMAS DE LA CULTURA, A LA CUAL NINGUNA PUEDE OPORTERLE SUPERIORIDAD, NI EN SUS FINES, DEFENSA DE LA VIDA HUMANA, NI EN SUS MEDIOS, ESTUDIO DEL SER HUMANO.

Médicos del Hospital "Victor Larco Herrera"