



BOLETIN DE LA ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA
AÑO ACADEMICO 1923 - 1924

SEGUNDO FASCICULO

SUMARIO

Sesión celebrada el 28 de Marzo de 1924. — ORDEN DEL DIA: Se discuten reformas al Estatuto y al Reglamento.	37
Sesión celebrada el 28 de Abril de 1924. — ORDEN DEL DIA: El Dr. Carlos A. Bambarén presenta su comunicación: El regimen dietetico y el tratamiento en algunos casos interesantes de tifoides.	40
Sesión celebrada el 16 de Mayo de 1924. — ORDEN DEL DIA: — Comunicación del Dr. Honorio F. Delgado: correlación entre la constitución somática y las formas de psicosis (psicosis maniaco depresiva y esquizofrenia	45
Sesión celebrada el 2 de Junio de 1924. — ORDEN DEL DIA: Comunicación de los Drs. Carlos Monje y Carlos E. Paz Soldán. La lepra en el Perú	54
Sesión celebrada el 5 de Julio de 1924 — ORDEN DEL DIA: Comunicación del Dr. Eduardo Bello: Figuras de la Medicina operatoria: José María Romero	62
Comunicación del Dr. Raul Rebagliati: Papel patógeno del Colibacilo	68
Comunicación del Dr. Max Gonzalez Olaechea: La insulina en las complicaciones quirúrgicas de la diabetes.	75

DIRECCION:
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
PLAZA EXPOSICION — LIMA-PERU

**BOLETIN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
DE LIMA**

Sesión celebrada el 28 de Marzo de 1924

SUMARIO.—El Dr. CANCINO comunica que se ausenta de Lima.—El secretario presenta el "Boletín" de la institución correspondiente al período 1922-1923 —Orden del día: Se discute el pedido de reconsideración, presentado por el académico Paz Soldán, de las reformas al Estatuto y al Reglamento, últimamente aprobadas.

Presidencia: Dr. Max. González Olaechea

A las 6 y 50 de la tarde con asistencia de los académicos doctores Denegri, Eyzaguirre, Herculles, Fernández Dávila Guillermo, Paz Soldán, Larrabure, Delgado, Rebagliati, Salazar Wenceslao y el secretario que suscribe, el Presidente abrió la sesión.

Se leyó el acta de la sesión anterior, que se aprobó sin observación alguna.

DESPACHO

Comunicación del académico doctor Cancino, manifestando que se ausenta un mes de la capital. Con conocimiento de la Academia, al archivo.

El Secretario presenta el "Boletín" correspondiente al período académico 1922-1923, impreso bajo sus cuidados.

ORDEN DEL DIA

El Presidente manifiesta que se encuentra a la orden del día el pedido de reconsideración, presentado por el doctor Paz Soldán, sobre las reformas hechas últimamente en los estatutos y reglamento de la Academia. Expresa, también, que se había reservado su discusión hasta que estuviese presente el autor del pedido y que como ahora se encontraba en la sesión, ponía el asunto en debate.

El doctor Paz Soldán comienza dando las gracias a la Academia por la deferente tramitación que se había dado a su pedido y manifiesta que entre las reformas aprobadas, disiente de la que suprime la secretaría perpetua y de aquella que da una nueva organización a la institución. Se declara partidario de la persistencia de la secretaría perpetua y expone que la antigua agrupación de las secciones le parece más adecuada que la que se ha aprobado últimamente. Dice, por último, que ingresando en el terreno de las reformas, debía haberse tenido en cuenta su proposición hecha en 1921 sobre ceremonial de incorporación e insignias de la Academia.

El Presidente explica la génesis de la reforma de los estatutos y reglamento últimamente aprobados; dice de lo inconexa que era la agrupación de las secciones y de las comisiones permanentes; hace ver la bondad de las reformas aprobadas y termina solicitando la opinión de los presentes sobre el pedido de reconsideración.

Con motivo de este asunto se suscita animado cambio de ideas, y después de interesante debate en el que toman parte los doctores Hércules, Delgado, Rebagliati, Eyzaguirre, Larrabure, Denegri y Bambarén, se acuerda aceptar el pedido de reconsideración presentado por el doctor Paz Soldán, aprobándose en seguida la persistencia de la secretaría perpetua.

Puesta en discusión la parte de la reconsideración que se refiere al número de secciones en que debe estar dividida la Academia, se suscita viva discusión, vertiéndose diversos conceptos a favor de las reformas. El doctor Paz Soldán defiende el antiguo número de secciones y su agrupación. En el curso del debate el doctor Maldonado propone el nombramiento de una comisión que, de acuerdo con las opiniones vertidas en la sesión, estudie nuevamente las reformas ya aprobadas. A esta opinión se adhieren los doctores Delgado y Salazar.

Puesta al voto esta cuestión previa, se aprueba por mayoría de sufragios, y como consecuencia el Presidente clausura el debate y designa a los doctores Denegri, Eyzaguirre, Paz Soldán y Bambarén, para que en Comisión emitan nuevo informe sobre las reformas discutidas.

Se levantó la sesión a las 8 y 20 de la noche.

Dr. Carlos A. BAMBAREN. Secretario.

Sesión celebrada el 28 de Abril de 1924

SUMARIO.—La "American Medical Association" invita a la Academia para que se haga representar en la 75 reunión anual, que se realizará en Chicago.—El "Comité du monument Pasteur" de Estrasburgo, acusa recibo de la suscripción que envió la Academia.—El tesorero presenta el Balance correspondiente al año económico 1923-1924.—El Dr. JUAN VOTO BERNALES postula ocupar una vacante.—Se designa al Dr. HONORIO F. DELGADO para que pronuncie el discurso de orden en el homenaje acordado al Dr. H. VALDIZAN.—Orden del día: Se elige miembro correspondiente extranjero al Dr. ISAAC OCHOBERENA, de Méjico.—Comunicación del Dr. FOUVEAU de Courmelles: Fenómenos de excitación y de sedación de los órganos, por las radiaciones o la opoterapia.—Comunicación del académico Dr. CARLOS A. BAMBAREN: El régimen dietético y el tratamiento en algunos casos interesantes de tifoidea.

Presidencia: Dr. Max. González Olaechea

A las 6 y 45 de la tarde se abrió la sesión con asistencia de los académicos doctores Arce, Avendaño, Aljovín, Denegri y el secretario que suscribe.

Se leyó y aprobó sin observación, el acta de la sesión anterior.

DESPACHO

Comunicación de la "American Medical Association" invitando a la Academia para que se haga representar en la 75 reunión anual, que tendrá lugar en Chicago, en junio del presente año. Previa contestación, al archivo.

Oficio del "Comité du monument Pasteur" de Estrasburgo, acusando recibo de la cantidad enviada como suscripción del cuerpo médico peruano, y que la Academia inició oportunamente. Al archivo.

Carta del doctor Foveau de Courmelles, de París que acompaña a un trabajo que envía a la Academia, con el título "Phenomenes d'excitation et sedation des organes par les radiations ou l'opotherapie". Se acordó insertarlo en el "Boletín" de la institución y agradecer el envío.

Balance presentado por el Tesorero, correspondiente al año económico 1923-1924. Se envió a conocimiento de la Junta Directiva.

Comunicación del doctor Juan Voto Bernaldes, por la que postula ocupar la vacante que hay en la sección VIII de la Academia. Pasó a informe de la respectiva sección.

PEDIDOS

El Presidente manifiesta que está pendiente el homenaje acordado al académico doctor Hermilio Valdizán, con motivo de la publicación

de su "Diccionario de Medicina Peruana". Se resolvió que se realice cuanto antes, designándose para que pronuncie el discurso de orden al doctor Honorio F. Delgado.

ORDEN DEL DIA

Se leyó por segunda vez el informe recaído en el pedido del doctor Ochoterena de Méjico, que solicita ser miembro correspondiente extranjero de la Academia. Previa votación y escrutinio se le aceptó en votación unánime, como miembro, en la categoría solicitada.

EL REGIMEN DIETETICO Y EL TRATAMIENTO EN ALGUNOS CASOS INTERESANTES DE TIFOIDEA

Por el Dr. CARLOS A. BAMBAREN

Por creerlo de interés voy a referir algunas observaciones de dotientéricos en los que el proceso morboso ha tenido algo de interesante. En un caso se presentó afasia en el curso de la evolución de la tifoidea, que felizmente fué pasajera y curó con el fin de la infección. En otro, la ebertiosis sobrevino después de la segunda inyección de la vacuna preventiva. En dos más, en fin, la seroaglutinación de Widal sólo se presentó en la convalecencia. Con motivo de estas observaciones clínicas, es de interés estudiar la patogenia de la afasia tífica; el mecanismo de la infección en el curso del proceso inmunizador y el valor de la reacción aglutinante en esos casos; analizando, al último, el significado diagnóstico de la sero-aglutinación del bacilo tífico cuando se presenta tardíamente.

TIFOIDEA Y AFASIA.—B. R. de 14 años de edad, mestizo, soltero, de nacionalidad peruana, procedente de Lima y de ocupación albañil, ingresó al servicio "Ernesto Odriozola", cama N° 33, el 13 de enero de 1922, correspondiéndole el N° 41 en el registro clínico.

Nada hay importante que consignar en sus antecedentes hereditarios; en los personales menciona fiebres de carácter intermitente.

La enfermedad que lo hospitaliza comenzó el 7 de enero con escalofríos, y fiebre; como la administración de un purgante, que se repitió dos veces más, no modificase el estado febril y como apareciesen cámaras diarreicas en número de 8 o más al día, ingresó al servicio.

El examen clínico reveló los siguientes datos: desarrollo proporcionado, actitud indiferente, regular estado de nutrición, facies característica tifoide. En la piel hay cicatrices que asientan en el cuero cabelludo y arco superciliar derecho.

El cráneo es dolicocefalo, el cuero cabelludo presenta pelo abundante; las conjuntivas oculares están pálidas; la lengua saburral en el centro y roja en la punta y bordes; la mucosa bucal pálida y seca.

Se notan algunas crepitaciones en ambos pulmones; el tipo respiratorio es costal inferior; hay 22 respiraciones al minuto; la expectoración es mucosa.

El pulso estaba frecuente; 88 pulsaciones al minuto, de débil tensión, con algunos extrasístoles. En el corazón no hay nada anormal. La frecuencia del pulso no está de acuerdo con la temperatura que es de 39.4°, hay disociación esfigmotérmica.

El abdomen está abovedado, doloroso a la palpación, con gorgoreo en la fosa ilíaca derecha. Hay dolor cólico y timpanismo.

Espacio de Traube libre, no se palpa el bazo. Anorexia y diarrea. La reacción aglutinante fué positiva para el bacilo de Eberth.

El enfermo ingresó al servicio con 8 días de enfermedad y la pirexia se mantuvo 11 días más. En el curso del proceso morboso se presentaron los siguientes síntomas: obnubilación del sensorio, delirio tranquilo, onírico y postonírico, desorientación en el tiempo y en el espacio; afasia motriz, había comprensión de las palabras e imposibilidad para articularlas. A los 8 días de encontrarse apirético comenzó a recuperar la palabra, emitiendo al principio monosílabos para terminar, pocos días después, recuperándola totalmente. Lentamente se hizo su reconexión con el mundo exterior.

Un análisis de orina hecho en la convalecencia descubrió en el sedimento algunos leucocitos y algunas células renales.

El tratamiento consistió únicamente en urotropina por vía oral y por vía venosa, adrenalina y aceite alcanforado. Se alimentó con dieta mixta.

No se tuvo complicación en el aparato urinario atribuible al tratamiento urotropínico.

Abandonó el servicio, curado, el 16 de febrero de 1922.

TIFOIDEA EN EL CURSO DE LA VACUNACION PREVENTIVA.—M. P. de 18 años de edad, blanco, soltero, de nacionalidad peruana, procedente de la Escuela de Artes y Oficios, donde hace sus estudios, ingresó al servicio "Ernesto Odriozola", ocupando la cama N° 9 el 18 de febrero de 1922 y correspondiéndole en el registro clínico la historia clínica N° 104.

Padres vivos, la madre padece de asma. Son 4 hermanos.

Ha tenido sarampión en la infancia y después grippe y disentería. Niega venéreas.

Ingresó a los 6 días de encontrarse enfermo y el proceso morboso comenzó con ligera indisposición, malestar general, fiebre y diarrea, que el enfermo atribuyó a la segunda inyección de vacuna antitífica que se le aplicó profilácticamente. Como a pesar de los días trascurridos desde la fecha del inicio de estos síntomas no mejorase, ingresó al servicio.

El exámen clínico ofrece los siguientes datos: desarrollo proporcionado, actitud indiferente, buen estado de la nutrición, facies tifoide, buena conformación general y abundante panículo adiposo.

Lengua saburral, roja en los bordes y en la punta, seca y resquebrajada.

Ligeros estertores de bronquitis en ambos pulmones; tipo respiratorio costoabdominal con 26 incursiones respiratorias al minuto.

Pulso dicroto, con 86 latidos al minuto.

Abdomen ligeramente abovedado, ligera defensa a la palpación, que descubre gorgoreo en la fosa ilíaca derecha. Traube libre, bazo no se palpa. Había apetito y diarrea.

El enfermo ingresó con 38.6 de temperatura ostentando disociación esfigmotérmica. La fiebre se mantuvo durante los 13 primeros días de su permanencia en el servicio.

La seroreacción aglutinante fué positiva para el bacilo de Eberth y el poder aglutinante se elevó hasta la dilución del 1 por 400.

El tratamiento se redujo a urotropina por vía enteral y paraenteral, aceite alcanforado y dieta mixta.

Abandonó el servicio completamente curado el 11 de marzo de 1922.

TIFOIDEA Y REACCION AGLUTINANTE TARDIA.—A. B. de 18 años de edad, blanco, soltero, de nacionalidad peruana, procedente de Lima, de ocupación carpintero, ingresó al servicio "Ernesto Odriozola", cama N° 19, el 6 de abril de 1922, correspondiéndole en el registro clínico de la sala el N° 182.

Padre vivo y sano; madre viva, "nerviosa", padeciendo de blefarotic.

En sus antecedentes personales patológicos refiere "perniciosa" a los 7 años, paludismo varias veces y grippe en 1919.

La enfermedad actual comenzó en 24 de marzo, fecha en la cual experimentó "descomposición del cuerpo", seguida de fiebre elevada y sudores. Desde el primer momento hubo constipación pertinaz y ligero dolor en la región umbilical. No hubo vómitos. La agudización de estos síntomas le obligó a hospitalizarse.

El exámen clínico reveló lo siguiente: sujeto de desarrollo proporcionado, en mal estado de nutrición, con facies estuporosa; en la piel erupciones de sudamina.

Existe ptosis palpebral derecha; lengua seca con tremor fibrilar; dientes bien implantados y en mal estado de conservación.

En el aparato respiratorio se observó macisés en el vértice izquierdo con respiración ruda, algunos estertores roncantes diseminados en ambos pulmones; el tipo respiratorio era costoabdominal con 32 respiraciones al minuto. Había tos y expectoración mucosa.

Pulso frecuente, pequeño y despresible, con ritmo y 100 pulsaciones al minuto.

Se observó meteorismo abdominal y contractura de las paredes del vientre; hígado aumentado de volumen un través de dedo debajo del reborde costal; espacio de Traube ocupado, pero el bazo solo se percucía. Había anorexia y constipación.

En el sistema nervioso sólo se notó perturbación del sueño (Insomnio).

El exámen hematológico dió ligera leucopenia y mononucleosis. El serodiagnóstico fué negativo en la primera investigación practicada el momento de su ingreso; sólo el 2 de mayo, la reacción aglutinante para el bacilo de Eberth fué positiva.

El enfermo ingresó al hospital y fué hospitalizado en un servicio de Cirujía con el diagnóstico posible de obstrucción intestinal; después de 6 días de observación fué al servicio expresándose la no existencia del íleo dinámico.

El enfermo fué sometido exclusivamente a tratamiento eutroponico y a dieta mixta, y salió curado el 17 de mayo de 1922.

E. P. de 26 años de edad, mestizo, nacido en Chiquián, (provincia de Bolognesi), procedente de Lima, de ocupación empleado, ingresó al servicio "Ernesto Odriozola" cama N° 31, el 1° de diciembre de 1922 correspondiéndole en el registro clínico del servicio el N° 520.

Padre muerto de tífus; madre viva y sana. Son seis hermanos. Tiene tres hijos sanos.

Ignora las enfermedades que ha tenido en la infancia. A los 15 años padeció de proceso febril de 3 semanas de duración. Después ha tenido grippe y paludismo de un año de duración, contraído en 1914. Niega enfermedades venéreas. Hace un año que padeció de trastornos dispépticos de tipo ácido, acompañados de constipación.

La enfermedad actual comenzó hace 12 días; le atacó dolor pertinaz periumbilical y cefalalgia; estos trastornos se acompañaron de fiebre y náuseas. Como a pesar del tratamiento no mejorase ingresó al servicio.

El exámen reveló, sujeto de desarrollo proporcionado, en mediocre estado de nutrición, sin facies característica.

Cráneo mesocéfalo, cuero cabelludo abundante; pupilas isocóricas, reaccionan a la luz y la acomodación; lengua húmeda y limpia; hay padar ojival.

Se palpa el tiroides.

Las clavículas son rugosas; el tipo respiratorio es costoabdominal con 24 incursiones al minuto; hay tos con expectoración.

El pulso es de buena tensión rítmico, con 72 latidos al minuto.

Se encuentra micropoliadenopatía inguinocrural.

En el abdomen la palpación profunda descubre punto doloroso en el epigastrio; el hígado ligeramente aumentado de volumen y con punto cístico. El espacio de Traube está libre y el bazo no se palpa. Hay anorexia y ligera constipación.

Las tibias están rugosas.

El exámen hematológico sólo señaló como dato particular inversión de la fórmula blanca en el sentido de la linfocitosis (34%). La seroreacción aglutinante para el bacilo de Eberth fué negativa en examen practicado el 4 de diciembre; sólo se hizo positiva el 16 de diciembre, aglutinando al bacilo de Eberth hasta el 1 por 100.

El enfermo ingresó con 38,2 de temperatura, que al día siguiente alcanzó hasta 38,8; la apirexia se presentó a partir del 11 de diciembre.

El tratamiento empleado fué la urotropina por vía envodenosa y la dieta mixta. El enfermo salió curado del servicio el 22 de diciembre de 1922.

Debo decir que en los casos referidos, así como en todos los tíficos que se asisten en el servicio "Ernesto Odriozola" del hospital Dos de Mayo, se acostumbra, en el curso de su proceso morboso, alimentarlos con una dieta mixta, muy de acuerdo con la que preconiza Marañón, de Madrid. Con este régimen alimenticio se obtienen grandes ventajas, para la evolución de la enfermedad, para la convalescencia, y, sobre todo, para mantener el metabolismo energético que conviene a estos enfermos febriles. Con este motivo me declaro partidario de la alimentación convergente en las enfermedades febriles, particularmente en la tifoidea, enfermedad en la cual el régimen lácteo exclusivo, predispone a fenómenos carenciales y retarda mucho la convalescencia, dado que impide alimentar pronto a estos pacientes.

En lo que respecta al tratamiento, alabo los efectos terapéuticos de la urotropina aplicada por vía venosa, en solución al 40%.

El doctor L. Avendaño dice que inspirándose en lo observado por los médicos militares franceses en la última gran Guerra, alimenta a los enfermos de tifoidea.

El doctor González Olaechea expone que ha observado algunos casos de tifoidea en los cuales han sobrevenido accidentes en los centros nerviosos, pero que felizmente desaparecieron con la curación de la enfermedad.

Los doctores Denegri y Aljovín formulan algunas consideraciones sobre la alimentación en los tíficos, preconizando la cautela en la dieta que conviene a estos enfermos.

El doctor Arce dice que lucha, en toda oportunidad, por alimentar a los enfermos febriles; que desde hace tiempo sigue a los clínicos, que imitando a Graves suministran una dieta sustanciosa a estos pacientes, después de disertar sobre las cualidades energéticas que debe poseer un régimen nutritivo para alimentar a los enfermos febriles, propone que la Academia formule un voto de recomendación a los prácticos, para que alimenten a estos enfermos, de acuerdo con la dietética que conviene en cada caso particular.

Con este motivo se suscitó una breve discusión, acordándose que el doctor Bambarén desarrolle estos tópicos en una conferencia, que sirva de fundamento para expresar, ulteriormente, la opinión de la Academia.

Se levantó la sesión a las 8 de la noche.

Dr. Carlos A. BAMBAREN, Secretario.

Sesión celebrada el 16 de Mayo de 1914

SUMARIO.—El académico HIPOLITO LARRABURE renuncia ser delegado de la Academia ante la Junta de vigilancia de la profesión médica y de la obstetricia.—**Orden del día:** Comunicación del Dr. HONORIO F. DELGADO: Correlación entre la constitución somática y las formas de psicosis (psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia).

Presidencia: Dr. Max. Gonzalez Olaechea.

A las 6 y 45 de la tarde y encontrándose presentes los académicos doctores Monge Paz Soldán, Delgado, Livorería, Larrabure, Rebagliatti, Aljovín, Eyzaguirre, Denegri y el secretario que suscribe, el Presidente abrió la sesión.

Se leyó el acta de la sesión anterior que se aprobó sin observación alguna.

DESPACHO

Comunicación del doctor H. Larrabure, manifestando que hace renuncia irrevocable de delegado de la Academia ante la Junta de vigilancia de la profesión médica y de la obstetricia, por cuanto esta comisión no llena debidamente sus fines. Al orden del día.

Informe de los miembros de la VIII sección, en la solicitud presentada por el doctor J. Voto Bernaldes para ocupar la vacante que existe en esa sección. Se reservó para segunda lectura.

PEDIDOS

El doctor Aljovín solicita que la Academia contemple la posibilidad de tener que abandonar el local, por los proyectos de embellecimiento de la ciudad. Con este motivo hubo un cambio de ideas y se designó al presidente para que estudie el asunto, de acuerdo con los presidentes del círculo médico y la sociedad peruana de cirugía.

ORDEN DEL DIA

El Presidente somete a discusión la renuncia formulada por el doctor Larrabure, de delegado de la Academia ante la Junta de vigilancia del ejercicio de la medicina y de la obstetricia.

El doctor Larrabure señaló los casos concretos en los que no se había cumplido lo que dispone la Ley sobre ejercicio profesional y las dificultades que había encontrado la Junta para desempeñar su cometido.

Después de amplia discusión, se aceptó la renuncia, acordándose transcribirla al presidente de la Junta y no reemplazar al renunciante.

CORRELACION ENTRE LA CONSTITUCION SOMATICA Y LAS FORMAS DE PSICOSIS

Nota previa

Por el Dr. HONORIO F. DELGADO

El estudio de la constitución es al presente uno de los temas más fecundos de la investigación clínica, tanto en medicina general, como en la psiquiatría. Los clínicos alemanes, particularmente desde la publicación de la obra de Martins, *Konstitution und Vererbung*, han contribuido al asunto con una cantidad de trabajos verdaderamente abrumadora. Antes, empero, en Italia, De Giovanni y Viola habían empleado el método antropométrico en la clínica. En Francia, Sigaud, Chaillou y Mac Auliffe, que iniciaron el estudio de la morfología humana con aplicación clínica, no han logrado hacer escuela. Hoy en día la escuela alemana y la italiana ofrecen una obra riquísima en esta materia, siendo difícil enumerar todos sus cultodios. En castellano no ha aparecido aún contribución alguna. Nosotros desde principios de 1922, hemos incorporado al estudio de la constitución en la enseñanza de la Facultad de Medicina, por reputarlo de capital importancia para el conocimiento de la enfermedad en cada individuo y para el progreso de la medicina.

En esta oportunidad queremos simplemente exponer los primeros resultados de nuestras investigaciones en 79 alienados, realizada con la diligente colaboración del Dr. JOSE R. MONTAÑA, siguiendo los métodos de Kretschmer (1). Como es sabido este notable investigador, gracias al estudio antropométrico y morfológicos de numerosos pacientes de psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia, ha podido determinar cuatro tipos de conformación corporal, tres de ellos bien definidos, que son: el *piánico*, el *atlético* y el *asténico*, y uno no unívoco, correspondiente a un grupo menos homogéneo en su conjunto, el *displástico*, que involucra el gigantismo eunucoide, la constitución hipoplástica y el infantilismo. Ha constatado, asimismo, que existe, en la gran mayoría de los casos, correlación entre el

(1) Ernst Kretschmer: *Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Dritte Auflage.* Berlín, 1922.

habitus corporal y determinada clase de psicosis, y aun del carácter normal o semi-normal. Los tipos asténico, atlético y displástico se encuentran con mucha mayor frecuencia en la demencia precoz que en la psicosis maniaco-depresiva. Por el contrario, sucede que el tipo pícnico se encuentra casi exclusivamente entre los sujetos que sufren psicosis maniaco-depresiva. La tabla siguiente, de Kretschmer, ilustra al respecto:

Circulares Esquizofrénicos

Asténicos	4	81
Atléticos	7	31
Asténico-atléticos	2	11
Pícnicos	58	2
Pícnicos, tipo mezclado	14	3
Displásticos	—	34
Inclasificables	4	13
Total	85	175

La misma correlación tiene lugar, *mutatis mutandis*, en el caso de los temperamentos *esquizotímico* y *ciclotímico*, así como de las personalidades seminormales *esquizoide* y *cicloide*.

Es oportuno—antes de pasar adelante—recordar las ideas de Bleuler (2) acerca de la relación entre la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva y los temperamentos correspondientes. Considera Bleuler que todo individuo nace con componentes, tanto esquizotímico como *sintónico*, mezclados en proporción variable. Es posible, por ende, considerar la esquizofrenia "pura" y la psicosis maniaco-depresiva "pura" sólo como casos extremos de predominio de la esquizoide o de la sintonia; siendo lícito en la mayoría de los casos clínicos—si se trata de precisar el diagnóstico diferencial—preguntarse hasta qué punto es esquizofrénico o en qué proporción es circular el individuo en cuestión, en vez de querer colocarlo de una manera radical en uno o en otros de estos casilleros de la sistemática psiquiátrica.

Como se puede ver en el esquema de la constitución que después reproducimos, y que es la fórmula que usamos en nuestra investigación, son muchos los factores que hay que tomar en cuenta para caracterizar los diversos tipos corporales, de cuyo examen nos ocuparemos en un trabajo ulterior; pero la relación entre la estatura y el peso es uno de los datos de mayor importancia para la distinción entre los tipos asténico, atlético, y algunas variedades de displásticos, por una parte, y el pícnico, por otra parte, la mayor talla con el menor peso corresponde a aquéllos y la menor talla con el mayor peso a éste,

(2) Eugen Bleuler. "Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie". *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* LXXVIII, 1922. p. 373.

es decir, que el pícnico tiene un índice P|E (P, peso en gramos, y E, estatura en milímetros) mayor, o sea mayor número de gramos por milímetros de altura. Pende (3) ha constatado la correspondencia entre los tipos asténico, atlético y displástico y diversas variedades del *habitus longiguilíneo* o *microspláncnico* de la escuela italiana y entre el pícnico de Kretschmer y su *braquilíneo* o *megalospláncnico*. Estas razones nos autorizan para presentar, por el momento, sólo lo relativo a este aspecto.

Entre nosotros—en el Perú—hasta el presente, que sepamos, no se ha hecho ninguna investigación antropométrica (4). Por tal razón no conocemos el tipo de nuestro hombre medio; de ahí que en este estudio usemos como término de comparación, no la media de un normotipo, sino la que resulta promediando las medias parciales de nuestros grupos de esquizofrénicos y circulares. Por otra parte, si es cierto que los factores talla y peso son muy importantes en esta investigación, no son sin embargo los únicos fundamentales: Kretschmer atribuye mucho valor a la forma de la cabeza, al perfil de la cara, etc. Esto quiere decir que en los resultados que logremos tomando en cuenta sólo la talla y el peso, habrá alguna inexactitud, pero las causas de error señaladas no son de entidad tal que puedan invalidar lo fundamental de las conclusiones, las cuales, por lo demás, son provisionales, constituyen meramente una primera aproximación. Cuando—en el trabajo que preparamos—analicemos críticamente cada uno de los factores constitucionales en cada uno de los casos, entonces la exactitud será rigurosa—todo lo que puede ser en cuestiones biológicas de esta naturaleza—. No es demás que digamos desde ahora que es muy posible que algunos elementos constitucionales, y acaso la proporción de los fundamentales, no se comporten de la misma manera que en el material estudiado por Kretschmer, pues Stern-Piper (5) y el mismo Kretschmer (6) han notado que los caracteres morfológicos en cuestión no son ajenos al factor raza. Esto mismo da valor a investigaciones de este género en países diversos.

A continuación reproducimos el esquema que seguimos en nuestra investigación de conjunto.

(3) Nicola Pende: *Le Debolezze di Costituzione. Introduzione alla Patologia Costituzionale*. Roma, 1922. Vol. I. p. 67-75.

(4) El Dr. G. Fernández Dávila y el pedagogo Mac Night inician investigaciones en el ejército y en la población escolar, respectivamente.

(5) Ludwig Stern-Piper: "Zur der Frage der Bedeutung der psycho-physische Typen Kretschmers". *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. LXXXIV. 1923. pp. 408-414.

(6) Ernst Kretschmer: "Konstitution und Rasse". *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. LXXXI. 1923. pp. 139-147.

ESQUEMA DE LA CONSTITUCION

(Modelo de Ernst Krestchmer adaptado por Honorio F. Delgado)

NOMBRE: FECHA DE LA INVESTIGACIÓN:
 EDAD RAZA OCUPACIÓN DIAGNÓSTICO:

I. MEDIDAS:

<i>Estatura:</i>	<i>Peso:</i>				
<i>Cráneo:</i>	Circunferencia horizontal:		Altura de la cara:		
	Diámetro sagital:		Anchura de la cara:		
	" frontal:		Longitud de la nariz:		
	" vertical:				
<i>Perímetro:</i>	Tórax en inspiración:		Antebrazo iz.:		
	" expiración:		Mano iz.:		
	Promedio:		Pantorrilla iz.:		
	Vientre:		Caderas:		
<i>Longitud</i>	Pierna:	Brazo:	Anchura:	Hombros:	Pelvis:

II. CRANEO Y CARA:

Forma de la cabeza Elevada, chata (pícnica), pequeña y redonda, en torre, en ampolla, atípica.

Perfil: En ángulo, de nariz larga, hipoplástico, pícnico, atípico.

Lineamiento frontal de la cara:
Ancha, en forma de escudo, plana, pentangular, en forma de huevo alargado, en forma de huevo acortado, oval infantil, hexangular, atípica.

Proporciones de altura:
(parte media: mandíbula)

Nariz:

Diseño:

III. CONFORMACION DEL CUERPO:

Huesos:

Musculatura (relieve):

Tejido adiposo:

Cuello:

Hombros:

Tórax:

Vientre:

Extremidades:

Pelvis:

Manos y pies

Diseño:

IV. PELO Y PIEL:

Cabellera:

Cejas:

Barba:

Genital:

Axila:

Estado de la piel y de los vasos (color de la cara, etc.)

Tronco:
Brazos:
Piernas:
Diseño:

V. GLANDULAS:

Tiroides:
Timo:
Linfáticas:
Testículos:
Pene:
Anomallas sexuales:

VI MOMENTOS:

Inicio del trastorno mental:
.. de la pubertad
.. .. involución:
.. .. adiposis:
.. del enflaquecimiento:
.. de determinadas enfermedades corporales:

RESUMEN:

A continuación exponemos el resultado de nuestras investigaciones, en lo que se refiere a la talla y al peso.

VARONES

PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA

No.	Nombre	Peso (P)	Estatura (E)	Índice (P/E)	Relación con el promedio general (34.342) (7)
1	R. G	61000	1595	38.371	Mayor
2	A. F.	57500	1610	35.403	Mayor
3	E. M.	49300	1485	33.198	Menor
4	L. L. R.	63000	1680	37.500	Mayor
5	M. R.	50000	1630	30.674	Menor
6	M. F.	61000	1660	36.747	Mayor
7	T. L.	50000	1547	32.320	Menor
8	J. A.	54500	1610	33.850	Menor
9	V. G.	60000	1566	38.314	Mayor
10	A. G.	62000	1718	35.506	Mayor
Promedio.....		56780	1610	35.267	Mayor 6 Menor 4

(7) Este Promedio General resulta de la división en 2 de la suma de los promedios del índice (P/E) del grupo de la psicosis maniaco-depresiva (35.267) y del grupo de la esquizofrenia (33.418). Por consiguiente, varía en cada sexo.

VARONES
ESQUIZOFRENIA

Nº.	Nombre	Peso (P)	Estatura (E)	Índice (P/E)	Relación con el promedio general (34.342)
11	F. U.	57500	1716	33.508	Menor
12	M. T.	63700	1747	36.462	Mayor
13	L. R.	56800	1692	33.569	Menor
14	V. M.	61500	1600	38.437	Mayor
15	J. B.	48500	1667	29.094	Menor
16	J. O.	48000	1696	28.301	Menor
17	E. C.	49500	1665	29.279	Menor
18	G. L.	52000	1560	33.333	Menor
19	M. V.	54200	1660	32.650	Menor
20	C. B.	57500	1832	31.386	Menor
21	A. S.	64000	1630	39.263	Mayor
22	D. M.	66000	1720	38.372	Mayor
23	S. G.	54000	1657	32.589	Menor
24	F. G.	49000	1617	30.303	Menor
25	V. T.	53500	1675	31.940	Menor
26	A. M.	45500	1570	28.980	Menor
27	C. C.	65000	1685	38.575	Mayor
28	M. N.	57200	1725	33.153	Menor
29	J. F.	50700	1560	32.500	Menor
30	R. L.	47200	1558	30.295	Menor
31	J. C.	48000	1616	29.702	Menor
32	P. Ch.	57700	1727	33.410	Menor
33	O. M.	50000	1616	30.940	Menor
34	J. R.	46000	1578	29.138	Menor
35	V. Z.	57000	1747	32.627	Menor
36	N. R.	58300	1627	35.832	Mayor
37	P. T.	41000	1600	25.625	Menor
38	J. G.	57300	1567	36.566	Mayor
39	C. F.	63500	1670	38.024	Mayor
40	F. B.	64500	1680	38.392	Mayor
41	M. S.	56400	1616	34.900	Mayor
42	M. F.	43500	1526	28.506	Menor
	Promedio	55140	1650	33.418	Menor 22 Mayor 10

MUJERES

PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA

					(33.152) (8)
43	C. H.	45700	1505	30.365	Menor
44	M. M.	37000	1427	25.928	Menor
45	M. C.	80000	1576	54.568	Mayor
46	E. T.	51500	1430	36.013	Mayor
47	Z. R. C.	49800	1540	32.337	Menor
48	R. E.	57500	1475	38.983	Mayor
49	M. G.	55500	1555	35.691	Mayor

$$(8) \text{ Índice (P/E)} \frac{35.570 + 30.734}{2} = 33.152.$$

Nº.	Nombre	Peso (P)	Estatura (E)	Indice (P/E)	Relación con el promedio general (33.152)
50	R. H.	41500	1462	28.385	Menor
51	M. C.	63800	1532	41.644	Mayor
52	H. N.	37000	1502	24.633	Menor
53	Z. V.	67000	1655	40.483	Mayor
	Promedio	53854	1514	35.570	Menor 5 Mayor 6

MUJERES

ESQUIZOFRENIA

54	C. C.	39200	1470	26.666	Menor
55	E. V.	45200	1418	31.875	Menor
56	D. C.	46000	1500	30.666	Menor
57	A. M.	46000	1490	30.872	Menor
58	M. P.	48000	1500	32.000	Menor
59	E. M.	50000	1480	33.783	Mayor
60	E. L.	37000	1474	25.101	Menor
61	D. I.	30000	1469	20.422	Menor
62	M. R.	59100	1592	37.123	Mayor
63	I. V.	35300	1485	23.771	Menor
64	P. G.	57200	1476	38.753	Mayor
65	V. C.	46000	1520	30.263	Menor
66	M. B. L.	49000	1525	32.131	Menor
67	A. R.	45000	1565	28.753	Menor
68	A. L.	47100	1481	31.802	Menor
69	A. V.	48500	1440	33.680	Mayor
70	B. M.	60000	1505	39.867	Mayor
71	L. F.	51500	1325	38.867	Mayor
72	R. M.	39000	1503	25.948	Menor
73	J. B.	47600	1495	31.839	Menor
74	A. C.	44000	1446	30.428	Menor
75	E. B.	49200	1520	32.368	Menor
76	M. G. A.	30500	1468	20.783	Menor
77	G. C.	43000	1440	29.861	Menor
78	J. P.	44500	1390	32.014	Menor
79	E. H.	44000	1500	29.333	Menor
	Promedio	45457	1479	30.734	Menor 20 Mayor 6

CUADRO DE CONJUNTO

VARONES

PROMEDIOS

	Peso	Estatura	Indice (P/E)	N. de casos.
Psicosis maniaco-depresiva	56780	1610	35.267	10
Esquizofrenia	55140	1650	33.418	32
Promedio General			34.342	
Están por encima del Promedio General, en el grupo de la psicosis maniaco-depresiva				6

	<i>N. de casos</i>
Están por debajo del Promedio General, en el grupo de la psicosis maniaco-depresiva	4
Están por encima del Promedio General en el grupo de la Esquizofrenia	10
Están por debajo del Promedio General, en el grupo de la esquizofrenia	22

MUJERES

PROMEDIO

	<i>Peso Estatura Índice (P/E)</i>	
Psicosis maniaco-depresiva	53854 1514 35.570	11
Esquizofrenia	45457 1479 30.734	26
Promedio General	33.152	
Están por encima del Promedio General, en el grupo de las psicosis maniaco-depresiva		6
Están por debajo del Promedio General, en el grupo de la psicosis maniaco-depresiva		5
Están por encima del Promedio General, en el grupo de la esquizofrenia		6
Están por debajo del Promedio General, en el grupo de la esquizofrenia		20

Proporciones de conjunto (varones y mujeres)

Psicosis maniaco-depresiva	{	Braquilíneos.....	12 casos (57.143 %)
		Longuilíneos	9 .. (42.857 %)
Esquizofrenia.....	{	Braquilíneos.....	16 .. (27.586 %)
		Longuilíneos.....	42 .. (72.414 %)
Total de casos.... 79:			
Braquilíneos 28 (35.443%)	{	Psicosis Maniaco-D...	12 (15.139 %)
		Esquizofrenia.....	16 (20.253 %)
Longuilíneos 61 (64.557%).....	{	Psicosis Maniaco-D...	9 (11.392 %)
		Esquizofrenia.....	42 (53.164 %)

CONCLUSION GENERAL

Tomando en cuenta solamente la relación entre la talla y el peso de 79 alienados—42 hombres: 10 circulares y 32 esquizofrénicos, y 37 mujeres: 11 circulares y 26 esquizofrénicas—hemos podido constatar la existencia de cierta afinidad entre la constitución brevilínea y, la psicosis maniaco-depresiva y entre la constitución longuilínea y la esquizofrenia. La correlación que se presenta con mayor frecuencia es la longuitipo-esquizofrénica, y más notable en el grupo de las mujeres que en el de los hombres.

El Presidente reafirmó la importancia de estos estudios y felicitó al comunicante, después de lo cual se levantó la sesión a las 7 y 35 de la noche.

Dr. Carlos A BAMBAREN, Secretario.

Sesión celebrada el 2 de Junio de 1924

SUMARIO.—El Dr. MORA envía publicaciones médicas mejicanas.—**Orden del día:** Se elige miembro de número al Dr. JUAN VOTO BERNALES.—Comunicación del académico Dr. CARLOS MONGE: Un caso de eritrocitosis.—Comunicación de los académicos Drs. CARLOS MONGE y CARLOS E. PAZ SOLDAN: La lepra en el Perú.

Presidencia: Dr. Max. González Olaechea

A las 6 y 40 de la tarde y con asistencia de los señores académicos, Drs. Avendaño Denegri, Bello, Rebagliati, Eyzaguirre, Fernández Dávila G., Larrabure, Paz Soldán, León García, Monge, Quesada y el secretario, que suscribe, el Presidente abrió la sesión.

Se aprobó sin observación alguna el acta de la sesión anterior.

DESPACHO

Oficio del doctor L. I. de Mora, quien envía de Méjico, doce paquetes conteniendo diversas publicaciones científicas. Previa nota de agradecimiento, al archivo.

ORDEN DEL DIA

Se dió segunda lectura al informe emitido en la solicitud presentada por el doctor J. Voto Bernal, para ocupar el sillón vacante en la sección VIII de la Academia. Conforme al Reglamento se procedió a votación, sufragando 13 académicos.

El escrutinio fué practicado por los doctores Denegri y Eyzaguirre, obteniéndose el siguiente resultado:

Por la aceptación 13 votos.

En consecuencia el presidente proclamó miembro titular de la corporación al doctor J. Voto Bernal

UN CASO DE ERITROCITOSIS

Por el Dr. CARLOS MONGE

(Esta comunicación se publicará después).

El presidente felicita al comunicante y apoya las recomendaciones que ha hecho.

El doctor Avendaño manifiesta que esta dolencia no puede incluirse entre las enfermedades profesionales, que caben dentro del concepto de los accidentes del trabajo; define el accidente del trabajo y de esta manera justifica su oposición a la primera propuesta que hace el doctor Monge, expresando que favorece la recomendación de que se estudie la morbosidad para conocer su frecuencia entre nosotros.

El doctor Bambarén, después de felicitar al doctor Monge, expone someramente los elementos que constituyen la "enfermedad de Ayerza", síndrome mórbido individualizado por el clínico bonaerense de este nombre y que ofrece las características que se asignan a la eritrocitosis o enfermedad de Váquez. Enumera con este motivo el estudio de conjunto que ha efectuado Arrillaga en una comunicación presentada a la *Société Médicale des Hopitaux* de París, según el cual es la estenosis de la arteria pulmonar, debida a la sífilis hereditaria, el principal factor etiopatogénico. El doctor Bambarén pregunta si al hacer el diagnóstico se ha tenido presente esta entidad mórbida, que clínicamente es la eritrocitosis de los autores franceses.

El doctor González Olaechea dice que pueden diferenciarse las dos entidades morbosas. El doctor Monge formula idéntico parecer.

Después de una breve discusión, se aprueba la primera recomendación.

LA LEPRO EN EL PERU

Por los doctores

CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN Y CARLOS MONGE

La rareza de la Lepra entre nosotros explica, SS. AA. que esta comunicación sea la primera que llegue a esta casa. No es en efecto frecuente encontrar en la literatura médica nacional trabajos referentes a esta dolencia, no obstante su secular fama de ser una de las enfermedades más terribles que han agobiado en todos los tiempos al hombre.

La comprobación de un caso en el Hospital de Santa Ana ha reactualizado el tema entre nosotros y es tanto para historiarlo clínicamente, cuanto para resumir las noticias que poseemos sobre esta enfermedad en el Perú, que hemos creído interesante traer a la Academia la presente comunicación. Asimismo es propósito nuestro plantear las bases profilácticas que deben ser adoptadas sin demora para que nuestro país continúe gozando de la situación privilegiada de que siempre ha gozado con relación a la Lepra.

He aquí la historia clínica minuciosamente recogida, de una enferma procedente de Huallanca, (1) y que ingresó al Hospital de Santa Ana el día 12 de abril del presente año, habiendo venido directamente de la estación del ferrocarril central a esta casa de asistencia.

(1) Departamento de Huánuco, Provincia de "Dos de Mayo", distrito del mismo nombre población situada a 3,352 mts. sobre el nivel del mar, según el ingeniero Paz Soldán, 1905.

HISTORIA CLINICA

(Dr. C. Mongé)

El caso a que nos referimos y cuya historia analítica hacemos a continuación, es el de una enferma procedente de Huallanca en la que, simultáneamente con manifestaciones de orden general (cefalalgia, inapetencia, incapacidad para el trabajo, dolores en las extremidades, decaimiento) coincidieron un catarro nasal, que duró algún tiempo y una erupción maculosa de color rosado, manifiesta en la cara menos marcada que en el tronco y discreta en las extremidades que, en su proceso evolutivo ha durado año y medio hasta el momento de nuestro examen, ha ido transformándose en otra de tipo nodular que, desarrollándose principalmente en la frente, nariz, mejillas y orejas, ha cambiado—según refiere la misma enferma—la fisonomía de la paciente a punto tal de ofrecer un aspecto leonino característico, que sugirió la idea del diagnóstico de Lepra.

He aquí la historia:

Hospital "Santa Ana".—Sala de "Santa Isabel".—Cama N° 34.—Servicio del doctor Carlos Monge.

Manuela Pacheco, de 25 años de edad, mestiza, viuda. Natural de Huallanca (Departamento de Huánuco). Procedente de Huallanca. Tejedora (Procedimiento primitivo).

ANAMNESIS

Antecedentes hereditarios.—Padre vivo, padece de cefalalgias. Madre muerta de gripe en 1918.—Tres hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales fisiológicos.—Menstruación a los 12 años de edad, periodos regulares, duración habitual: 5 a 6 días.—Amenorrea desde hace dos meses.

Antecedentes personales patológicos. Gripe a los 24 años.—Antecedentes específicos (sífilis y blenorragia): negativos.

Antecedentes familiares.—Se casó a los 17 años. Ha tenido un hijo, muerto de gripe a los cuatro años de edad.

Enfermedad actual.—Hace año y medio que se inició la enfermedad con la aparición de máculas de color rosado que se presentaron en la piel de la región braquial posterior derecha, coincidiendo estas manifestaciones con un ligero pero tenaz catarro nasal que desapareció al cabo de algunos meses y que no se ha vuelto a presentar. Estas máculas comenzaron a aumentar de volumen, a convertirse en pápulas, se hicieron pruriginosas y tres meses después, aproximadamente, apareció en la cara una pápula rosada que se localizó debajo del labio inferior, cerca de la comisura labial izquierda. A partir de este momento, la erupción se comenzó a generalizar por todo el cuerpo. Es de advertir que todos estos trastornos coincidieron con cierta debilidad general, inapetencia, incapacidad para el trabajo, cefalalgia y dolores imprecisos tanto en las extremidades superiores como en las inferiores. Estos dolores acentuándose más durante el año y medio de enfermedad, le han impedido, de cuando en cuando, la marcha. Ha habido también, en ocasiones náuseas, vómitos y dolores de garganta.

Esta enferma nunca ha salido de su pueblo natal hasta el 25 de marzo en que se trasladó a la capital por vía férrea, ingresando al servicio el 12 de abril de 1924.

EXAMEN CLINICO

Inspección general.—Facies leonina. Erupción mameleonada más marcada en la frente, en la nariz, en la mejilla izquierda, en los pár-

pados y en las orejas. Las extremidades externas de las cejas están reemplazadas por cicatrices pigmentadas que han ahogado los folículos pilosos. En el borde palpebral superior del ojo derecho hay dos mamelones de consistencia dura; en el izquierdo, engrosado y de consistencia dura, hay un mamelón en su porción externa que hace desaparecer las pestañas. En la nariz, llama la atención un surco transversal en la unión del tercio medio con el tercio inferior, que la deforma; su coloración es de un rojo oscuro y sobre toda ella, preferentemente en la porción ensanchada del lóbulo, se ven numerosos nódulos indurados de pequeña dimensión que lo recubren en su totalidad. En la boca, en el surco naso-labial izquierdo, se observa la presencia de varios nódulos agrupados, cuyo conglomerado se extiende hasta la comisura labial del mismo lado, sobrepasándolo e invadiendo la mejilla y parte externa del labio, donde constituye una placa papulosa manifiesta. Los dientes bien implantados; faltan dos molares en la arcada dentaria inferior. Hay algunas piezas en mal estado. Los pabellones de las orejas ofrecen un aspecto sugestivo. De superficie irregular, con sus bordes engrosados deformados, un tanto retraídos, presenta elevaciones debidas a mamelones semejantes a los antes anotados; en el hélix y lóbulo se percibe a simple vista, nódulos de consistencia dura, que han aumentado el grosor de éstos; toda la oreja presenta una coloración roja. La audición está conservada.

En la cara anterior del tórax y del abdomen, hay una que otra mácula de color rosado. En el brazo derecho se ofrecen elementos eruptivos de tres categorías. En su cara externa, principalmente, y apenas marcadas en su cara interna, pueden verse pápulas de 4 a 5 milímetros de extensión y de 1 de altura, de color ligeramente rosado; o bien pápulas un tanto mamelonadas de color ajamonado, en mayor número que las anteriores; y, por último numerosas cicatrices retraídas y profundamente pigmentadas que corresponden a lesiones más antiguas. En el brazo izquierdo se observan los mismos elementos. En el dorso, la erupción es mucho más discreta. En las extremidades inferiores los elementos eruptivos se presentan como en los brazos, con idénticos caracteres, siendo las caras externas y anteriores, las favorecidas por la enfermedad.

En la región poplítea derecha hay una cicatriz acrómica con ligera pigmentación en la periferia, y algunas manchas cromáticas en la región posterior de los muslos, más manifiestas en el lado derecho; una cicatriz de color oscuro, de superficie irregular al tacto, del porte de una moneda de cinco centavos, rodeada de una zona pigmentada, en la región glútea derecha y otra que presenta los mismos caracteres que la primera, pero un poco mayor, en su similar del lado opuesto.

Aparato respiratorio.—La espiración más larga que la inspiración. —Tipo respiratorio: costo-abdominal.—No hay tos ni expectoración.

Aparato circulatorio.—Pulso.—Ritmo: regular.—Frecuencia: 76 pulsaciones al minuto.

Corazón y arterias: nada anormal.

Venas: hay una pequeña dilatación varicosa en la región poplítea izquierda.

— Sistema linfático: poli-adenopatía inguinal derecha e izquierda.

Abdomen.—Nada importante.

Aparato genito-urinario.—Normal.

Aparato locomotor.—Motilidad.—Dificultada por los dolores de las extremidades.

Sistema nervioso.—Inteligencia: normal.—Sueño: conservado.

Sensibilidad general.—(Táctil, térmica y dolorosa).—Disestesia al dolor en la región dorsal del pié.—Anestesia en la mejilla izquierda y en el ala izquierda de la nariz.

Sensibilidad estereognóstica: conservada.

Reflejos: normales.

Examen biológico.—Reacción Wassermann: positiva.—Investigación del bacilo de Hansen: positivo en el mucus nasal y en la serosidad de los lepromas.—Al examen anátomo-patológico (biopsia): leproma característico con abundantes bacilos de Hansen.

CONSIDERACIONES MEDICO-SOCIALES

(Dr. Carlos E. Paz Soldán).

No es por el lado clínico que este caso suscita su mayor interés. La historia consignada en esta comunicación, es una de las tantas historias clínicas que por doquiera ofrece la Lepra tuberculosa. Quizás si su mejor enseñanza práctica es que la presencia de una reacción de Wassermann positiva cuando el cuadro semiológico no responde completamente a la sífilis y el tratamiento se muestra inactivo, debe imponer como regla pensar en alguna otra enfermedad, la Lepra de preferencia, dada la frecuencia de W. R. positivas en esta enfermedad—100%; como lo apunta Souza Araujo.

Por donde la Academia puede interesarse en forma intensa es por el aspecto médico-social que brinda el caso historiado. Para contribuir al mayor interés de este aspecto hemos creído necesario entrar en algunas consideraciones sobre la bibliografía nacional de la Lepra y sobre la marcha de esta dolencia al través de nuestra historia sanitaria.

Muy escasas son las noticias impresas sobre la Lepra en el Perú. Manuel A. Muñiz que trató de "La Lepra en el Perú" en un meritorio trabajo publicado en 1886 (1) no logra resumir otra información que el "Discurso histórico sobre la fundación y derechos del Hospital de San Lázaro" de Bravo de Lagunas, y su propia investigación en los archivos del Hospital de Incurables. No obstante su deseo se vé forzado a declarar que: "A pesar de laboriosas investigaciones es imposible hacer un estudio estadístico de la Lepra en el Perú. Nada se encuentra". Anota sin embargo el hecho innegable de la disminución de la Lepra en los últimos años, anteriores al de la publicación de este estudio. "Desde 1870 hasta 1886 sólo han muerto en el Refugio, lugar en donde se asisten los leprosos, cinco mujeres y cinco hombres; de los cuales, cuatro chinos". Sugestionado por los estragos de la Lepra en la medioevalidad europea el joven investigador que era entonces Muñiz—no había aún recibido el diploma de médico—se lamentaba de esta laguna bibliográfica, sin ver en ella una clarísima demostración de la rareza de la enfermedad en el Perú, tal como lo demuestra la afirmación de Ulloa en 1797, y el testimonio del P. Cobo cuando relata que en el Hospital de San Lázaro fundado por Antón Sánchez, en 1563 sólo había en el año en que escribió su obra este autor, 4 o 5 enfermos.

(1) La Lepra en el Perú. M. A. Muñiz. "La Crónica Médica", tomo III, páginas 127, 171, 252 y 301.

Después del trabajo de Muñiz, encontramos dos lecciones clínicas del malogrado profesor Odrizola (2), las Memorias de los médicos titulares de Ucayali y Bajo Amazonas y dos historias clínicas, una del doctor Juan Voto Bernalles, publicada en "La Crónica Médica" (3), sobre un caso autóctono de Lima, y otra del doctor Fraser, publicada en el número de abril de "La Reforma Médica" de otro caso autóctono del litoral de Tumbes, en Talara.

Completan los elementos de evaluación de la Lepra en nuestro medio, los "Boletines de Estadística de la Sociedad de Beneficencia de Lima", en los cuales se encuentra el movimiento hospitalario de la capital desde 1913 hasta 1921, último año de su publicación, en el cual tantos datos encontraba el estudioso de las cuestiones sanitarias y que ha sido suprimido por la sociedad mencionada sin darse cuenta, seguramente, del daño que con tal supresión ha producido.

Tan pobre bagaje bibliográfico, que en nuestra opinión es suficiente para concluir en la rareza de la enfermedad entre nosotros, unido a las informaciones negativas de los archivos sanitarios del ejército, en los cuales no se descubre la Lepra, ni en los reconocimientos de miles de miles de conscriptos venidos de todo el territorio de la república, ni en los licenciamientos por causas de enfermedad, nos permiten afirmar como primera conclusión de este trabajo: que la Lepra es excepcional entre nosotros (4).

Veamos con el auxilio de estos documentos el monto de los casos esporádicos. Odrizola, en las lecciones ya citadas insiste sobre la rareza de la enfermedad en el Perú y sus descripciones clínicas fueron hechas sobre seis chinos enfermos, hospitalizados en ese entonces, en el Hospital "2 de Mayo". Voto Bernalles, en el caso que historió, hace notar el hecho de que el enfermo no salió nunca antes de su infección, de un fundo de los alrededores de Lima, y este es el único caso autóctono historiado en la capital. Es posible que la convivencia de este sujeto con los chinos agricultores entre los cuales algún leproso, explique el mecanismo de su contagio. Fraser en el caso de Talara insiste en que el sujeto no salió nunca del Departamento de Piura, pero es muy posible que adquiriera la enfermedad por contagio de algún ecuatoriano infectado.

En donde la Lepra alcanza algún desarrollo es en la cuenca amazónica, principalmente en las provincias de Ucayali y Bajo Amazonas. En la primera, el doctor Erasmo Vivar, médico titular de la provincia, nos refiere en sus memorias oficiales las pesquisas llevadas a cabo para fijar exactamente el monto de los leprosos allí existentes. En Contamana ha encontrado hasta cuatro casos, en la porción conocida como la parte baja de la población. En Iquitos, el doctor Matías Ferradas ha insistido constantemente en que se someta a los leprosos de esa población a un régimen asistencial profiláctico. En la Leprose-

(2) "La Lepra" lección clínica.—"La Crónica Médica" N° 623, mayo 1915, página 113.—"Estudio clínico y nosográfico de la Lepra" lección clínica.—"La Crónica Médica" N° 644, febrero 1917.

(3) "Sobre un caso de Lepra".—Abril 1916, N° 634, página 115.

(4) Consultar: "Una misión intelectual en el Brasil", por C. E. Paz Soldán, páginas 84 a 113.—Informe sobre la "Primera Conferencia americana sobre la Lepra".

ria de Iquitos, en el año 1916, existían hasta 8 enfermos: 3 mujeres y 5 hombres.

Para una zona tan dilatada y con tan escasa población como Loreto, la presencia de estos casos esporádicos de Lepra no representa un peligro muy grande. Es verdad que las condiciones climatológicas de nuestro oriente coinciden con las señaladas por Rogers (5), como las más favorables para la difusión de la enfermedad, lo que se comprueba con el crecido número de "morpheicos" que abundan en las poblaciones brasileñas que baña el Amazonas.

La reciente expedición de Weis al Departamento del Madre de Dios, no ha traído ningún dato positivo sobre la presencia de la Lepra en esta comarca. Igual silencio en la expedición Pesce al Perené y Chanmayo y lo mismo ocurrió con la de uno de nosotros a la Hoya del Urubamba (Monge). En una palabra no hay como encontrar la Lepra en la literatura médica nacional.

Es por lo mismo bastante curioso el siguiente cuadro que reproducimos sobre la Lepra en nuestros hospitales de Lima. Los 31 enfermos ingresado desde 1913 hasta 1921 son en realidad *nuevos casos* o se trata simplemente de enfermos *reingresados* después de haber solicitado su alta anteriormente? Es esto una de las tantas incógnitas que reservan al estudioso, las estadísticas formuladas sin tener en cuenta los hechos reales que le sirven de base. En una estadística hecha con preocupación sanitaria tal hecho no sería posible. No cabría la duda que a nosotros acompaña. He aquí el cuadro tomado de las estadísticas oficiales de la Sociedad de Beneficencia.

LA LEPRA EN LOS HOSPITALES DE LIMA. — AÑOS 1913 a 1921.

AÑOS	ENTRADAS	SALIDAS	MUERTOS	QUEDAN
1913	15	8	1	6
1914	3	3	3	3
1915	2	1	—	4
1916	6	7	1	2
1917	1	1	—	2
1918	1	3	—	—
1919	1	1	—	—
1920	—	—	—	—
1921	2	2	—	—

En la actualidad los leprosos existentes en Lima, se asisten en el Hospital de Infecto-contagiosos de Gufa. Su número se eleva a 5, de los cuales dos chinos y el resto peruanos.

Tal es nuestra situación efectiva frente a la Lepra. Podemos reafirmar le excepcionalidad de la dolencia entre nosotros. Mas este privilegio torna más imperativo si cabe el deber en que estamos de conservar nuestra envidiable situación.

(5) Comunicación a la Royal Society of Tropical Medicine. (Sesión del 15 de febrero de 1923).

La Lepra, es, sin duda, enfermedad trasmisible y contagiosa. El enfermo, principalmente el atacado de la forma tuberculosa es un verdadero medio de cultivo del bacilo de Hansen. Y es por sus excreta, por su sudor, por su saliva, por sus lágrimas y por su moco nasal que el enfermo difunde en torno suyo el temible germen. La única medida profiláctica segura es el aislamiento de los depositarios de tan triste causa de sufrimiento. El leproso debe ser aislado. Los trabajos de los especialistas del mundo entero así lo proclaman y las magníficas comprobaciones de la demografía vienen en apoyo de este procedimiento.

El Perú que es uno de los pocos países libres de tal flajelo debe ser muy cuidadoso en todo lo que se relaciona con el germen de la Lepra. Los casos de Voto Bernales y de Fraser nos indican la posibilidad de que la enfermedad arraigue en nuestro litoral. El deber de la Academia y de cuantos se preocupen por la salud pública está claro: hay que pedir el aislamiento de los leprosos en las mejores condiciones de asistencia y de profilaxia.

Ofrecemos a la Academia como síntesis de esta comunicación las conclusiones siguientes que resumen nuestro pensamiento:

- 1^o—El Perú es uno de los países en donde la Lepra es excepcional.
- 2^o—Los pocos casos historiados, constituyendo focos, se refieren a la cuenca amazónica, principalmente en los puntos ribereños del gran río Ucayali; zona que por su escasísima población y su dilatada área no es la más a propósito para la diseminación de la enfermedad.
- 3^o—El caso historiado en esta comunicación, nos revela la existencia de la enfermedad en una zona hasta ahora no incriminada como leprógena. Esta zona pertenece a la provincia del "2 de Mayo", del Departamento de Huánuco, no lejos de las riberas del Huallaga.
- 4^o—Salvo el caso relatado por el doctor Juan Voto Bernales no existe en nuestra literatura médica ningún caso autóctono en Lima.
- 5^o—El caso comprobado por el doctor Fraser en Talara, hace pensar en la posibilidad de un foco leproso en la frontera vecina al Ecuador.
- 6^o—La rareza de la enfermedad en el Perú debe imponer al poder público, como labor urgente y patriótica, atender al aislamiento sanitario de los pocos enfermos existentes dentro del territorio de la República siguiendo los consejos mundiales que piden para estos enfermos la piedad y la ciencia en su tratamiento a fin de prevenir nuevos contagios y la posible difusión de la enfermedad.
- 7^o—La Academia Nacional de Medicina invita a los médicos nacionales a colaborar a la obra de establecer con exactitud el censo de la Lepra en el Perú.

El Dr. González Olaechea, después de felicitar a los comunicantes, apunta su opinión de que las estadísticas hospitalarias se han fabricado con enfermos reingresados, razón por la cual aparece mayor número de casos de lepra de los que en realidad se han asistido en los hospitales; dice que esta afirmación la formula teniendo en cuenta el movimiento habido en su servicio del hospital "Dos de Mayo", sala en la cual se asisten casi todos los asiáticos que ingresan a ese Nosocomio.

El Dr. Avendaño manifiesta que cuando hizo su trabajo sobre la Patología del Departamento de Loreto, no encontró en el departamento casos de lepra; que los que podían observarse, provenían de los ríos Napo y Putumayo, de la frontera de Colombia.

El Dr. Rebagliati refiere un caso que observó en 1908 proveniente de Huánuco, que había mantenido relaciones comerciales con mercaderes procedentes del Brasil.

El Dr. Avendaño rememora un caso autóctono de Lima, que vive desde hace tiempo en Chorrillos.

El Dr. Bambarén comunica que le han informado que un empleado de la Asistencia Pública (el chauffeur del carro ambulancia) padece de lepra.

El Dr. Fernández Dávila, relata un caso que vió en 1909, en momentos que se embarcaba en Paita; el paciente refería haber permanecido mucho tiempo en contacto con caucheros ecuatorianos y colombianos, y que en Iquitos se había declarado la enfermedad; después tuvo conocimiento que se le había aislado en el Lazareto. El Dr. Eyzaguirre manifiesta que ese enfermo se repatrió a Italia.

El Presidente declara que el problema de la Lepra es de mucho interés, y de acuerdo con los autores, declara que queda abierto el debate, para que todos aporten su contribución personal, a fin de hacer un censo del número de casos que existe en el país.

Se levantó la sesión a las 8 y 20 de la noche.

Dr. Carlos A. BAMBAREN, Secretario.

Sesión celebrada el 5 de Julio de 1924

SUMARIO:—Se comunica haberse creado la Asociación nacional contra el cáncer. —**Orden del día.** Comunicación del académico Dr. EDUARDO BELLO: Figuras de la medicina operatoria.—Comunicación del académico Dr. RAUL REBAGLIATI: Papel patógeno del colibacilo.—Comunicación del académico Dr. MAX. GONZALEZ OLAECHEA: La insulina en las complicaciones quirúrgicas de la diabetes.

Presidencia: Dr. Max. González Olaechea.

A las 7 de la noche el Presidente abrió la sesión; se encontraban presentes los académicos Drs. Bello, Eyzaguirre, Denegri, Aljovín, Rebagliati y el secretario que suscribe.

Leída el acta de la sesión anterior, se aprobó con una observación formulada por el Dr. Rebagliati.

DESPACHO

Oficio de la Dirección de Salubridad comunicando que se ha creado la Asociación Nacional contra el Cáncer. Previo acuse de recibo, al archivo.

Comunicación del Dr. J. Voto Bernaldes, académico recientemente elegido, quien agradece en atentos términos, la designación que ha sido objeto. Al archivo.

ORDEN DEL DIA

FIGURAS DE LA MEDICINA OPERATORIA JOSE MARIA ROMERO

Por el Dr. EDUARDO BELLO

El profesor Juan Luis Faure, secretario general de la Sociedad de Cirugía de París y cirujano eximio, es también poeta laureado, literato de nota y orador fogoso, figura extraordinaria por su talento multiforme que descuella en los campos del pensamiento y de la acción.

Merece conocerse en nuestro pequeño mundo médico su Elogio de Farabeuf, magnífica oración anual, leída en el seno de la dicha Institución. La gran figura de Farabeuf, maestro genial desaparecido hacen algunos años, ha quedado impresa en la Escuela Práctica de Anatomía y Operatoria de París como reformador de la enseñanza anatómica y verdadero creador del curso de Operatoria en el Anfiteatro. Su libro magistral servirá siempre de guía a los estudiantes.

La silueta del viejo maestro está trasada con rasgos geniales que recuerdan a Balzac; su dinámica oral, su emoción, su síquis, evocada por el doctor Faure, es tan realista, que no hace falta haberlo conocido para sentirlo vivir. Hela aquí:

“En la sombra gris de una brumosa tarde de invierno, bajo la luz incierta y temblorosa, poco antes de la hora del curso, se vé salir de un recodo tenebroso de la calle de la Escuela de Medicina un ser extraño, aplastado, doblado, encorvado, arrastrando penosamente sus pies doloridos recubiertos de fieltros informes, envuelto en una capa vieja con pieles, tocado con un sombrero ruinoso que apenas deja verle los ojos, mientras la parte baja de su semblante queda enterrada en la triple vuelta de un *cache-nez* inmenso, viejo como todo lo demás, cuyas extremidades descienden en desórden hasta el medio de la espalda. En el intervalo, entre el sombrero viejo y el viejo *cache-nez*, se perfila una nariz cabalgada por varias gafas superpuestas, entre ellas una con vidrios negros para proteger sus pobres ojos que tanto lo hicieron sufrir.

“Luego, algunos minutos despues, se veía entrar al gran anfiteatro, cuyas gradas no tenían lugar vacío, bajo la gran claridad de las luces, al mismo hombre, siempre un poco encorvado pero libre de sus extraños vestidos de los que sólo conservaba una levita demasiado larga. Estaba agitado, estaba nervioso, porque la lección que iba a dictar era siempre para él una prueba emocionante. Su figura huesuda, de frente ancha y desnuda, cejas prominentes, nariz enérgica y bien dibujada, labios delgados, mentón voluntarioso encuadrado por patillas grises—su cara huesuda, bajo la influencia de la emoción interior y probablemente también de algún sufrimiento oculto, pues sufría siempre—presentaba una crispación contenida, una rigidez dolorosa, que acentuaba más aún la profundidad de los pliegues escavados en su semblante.

“Avanzaba así hasta llegar al medio de la larga mesa, cuyo verde tapis tocaba con el extremo de sus dedos enflaquecidos. Y después, cuando la agitación causada por su entrada en el inmenso auditorio estaba un poco calmada, levantaba hacia las alturas del anfiteatro la mirada de sus ojos doloridos y comenzaba su lección.

“Su voz era débil, quebrada, sacudida, con entonaciones sordas, resonancias metálicas. Palabras, frases enteras escapaban al oído más atento. Poco a poco, sin embargo, su palabra se

hacía más firme, su voz más fuerte y más mordiente, su fisonomía se aclaraba, se iluminaba a veces con una sonrisa y su demostración se acompañaba de gestos expresivos tan pintorescos que pasaban la medida común. No retrocedía ante nada cuando quería hacerse comprender y hacer penetrar su pensamiento en la mente de quienes lo escuchaban. Lo he visto, para ilustrar la explicación de ciertos movimientos articulares, subir sobre una silla y probablemente sobre la mesa; le he visto retirar la manga de su vestido para buscar allí comparaciones increíbles, pero que impresionaban por su verdad el espíritu de los alumnos de manera imborrable. Lo he visto sacar del bolsillo o tomar de bajo la mesa, aparatos extraordinarios, máquinas con resortes y elásticos, aparatos que había profundamente estudiado y construido el mismo y que demostraban con claridad maravillosa el papel y el mecanismo de ciertas articulaciones.

“Y cuando tomaba sus lápices de color para ilustrar las descripciones con dibujos que ejecutaba en la pizarra, con una exactitud, precisión y elegancia inimitables, demostrando al mismo tiempo la acción de cada músculo, el papel de cada eminencia ósea, la función de cada ligamento, su lección se convertía en magnífica evocación y como resurrección de la naturaleza misma.

“No le quedaba entonces trasa alguna de su emoción del principio, se daba todo entero a la faena sin cuidarse de la fatiga que lo abrumaba, a veces demasiado visible. Cuando se hallaba en todo el fuego, en todo el ardor, en todo el entusiasmo de su descripción, nadie hubiera podido reconocer al extraño y lamentable personaje que poco antes se arrastraba en la calle, en este hombre extraordinario, en este demiurgo de palabra ardiente y gestos iluminados, que conocía los secretos de la vida y sabía hacer penetrar en el alma de los que lo escuchaban lo que había aprendido él tratando de sorprender los secretos de la muerte”.

Lo anterior que copiamos textualmente, basta para justificar el alto valor literario y artístico del discurso académico de Mr. Faure; muchas otras páginas del mismo trabajo merecen citarse, entre ellas la descripción de la vieja granja fortificada donde Farabeuf pasó su infancia y fué a morir, en el valle de Voulzie; el relato todo de una vida donde el genio más hermoso estuvo constantemente contrariado por achaques y sufrimientos de toda especie; la apología del oficio de cirujano “tan espléndido como terrible, que pone cada día en nuestras manos la salud de los hombres como nosotros, que nos convierte en jueces soberanos de su vida y de su muerte....”

Y termina: En esas horas de infinita tristeza que conocemos todos, cuando asistimos impotentes a la agonía y a la muerte de alguna mujer joven, de un ser todo gracia, encanto y belleza; cuando frente a frente con nuestra conciencia, nos pre-

guntamos si tenemos, en la catástrofe imprevista, alguna responsabilidad material o moral, si hemos sido verdaderamente el guía recto, el consejero seguro y el buen obrero que debemos ser siempre; entonces también en lo íntimo de la conciencia hallaremos la certeza que teníamos, el derecho y el deber de actuar como hemos actuado, y allí mismo nuestra alma recobrará su fuerza y su sostén”.

Bien pueden morir los sabios confiados en no caer en el olvido, si dejando obras de valor perdurable, dieron a la humanidad los frutos de su ingenio en Patria fuerte y ardorosa, entre hombres selectos que de la gratitud hacen culto; pero muy afortunados son aquellos que, como el Maestro Farabeuf alcanzan la inmortalidad en figura y en gesto, en plena acción con todos sus atributos personales, evocados fielmente por uno de sus discípulos dotado de cerebro y corazón de gigante.

Muy distinta es la suerte de quienes actúan en medio modesto, donde la diaria tarea absorbe por completo a los luchadores de la idea; en los centros pequeños donde todo es prestado y mezquino, donde el presente ocupa casi por entero a los pocos hombres dedicados al cultivo de las ciencias; del pasado sólo llegan sombras oscuras que dejan apenas entrever los relieves vigorosos de las figuras de primer orden. Así pasa entre nosotros. De los maestros de nuestra vieja Escuela de Medicina poca memoria queda; con excepción de contados nombres venerados como satélites o continuadores de la obra iniciada por el excelso Unánue, el resto de esa falange de hombres laboriosos y buenos que constituye nuestro abolengo profesional, yace cubierta con la pesada losa del olvido. Es injusto: entre estos hombres de ciencia que parecen definitivamente muertos para lo posteridad, hubo algunos a quienes debemos eterna gratitud:

José María Romero es uno de ellos. Él creó la enseñanza de la Medicina Operatoria, según los métodos de Farabeuf, en nuestro Anfiteatro, basándose en la anatomía quirúrgica, o topográfica como entonces se le llamaba, profesando con ardor, ingenio y contancia esas dos disciplinas unidas en una sola cátedra; con escasísimos medios y en el ambiente frío y desordenado que entonces era nuestro único centro de cultura médica, supo mantener el interés por su cátedra y fijar la atención de sus alumnos. Fué el doctor Romero uno de los genios tutelares de las generaciones de cirujanos venidos más tarde; de sus lecciones de buena anatomía y de técnica quirúrgica impecable, derivaron capacidad para encarar los adelantos vertiginosos de la cirugía moderna, adaptarse a sus premiosas exigencias y seguirla, sin fatiga, en su progresión triunfal. Recordar a don José María Romero, guardarle gratitud, es deber

de todos los cultores peruanos de la cirugía; para el que esto escribe es una grata obligación ya que, habiéndolo alcanzado en la cátedra, me ha tocado en suerte ser uno de sus más modestos sucesores.

Vástago directo de uno de los brillantes oficiales argentinos que acompañaron a San Martín en el escallo de los Andes al iniciarse la magna epopeya de la independencia en las colonias españolas bañadas por el Pacífico, y que lo siguieron hasta el Perú, fué el doctor Romero caballero de forja antigua, recto, bondadoso e ingénuo; como profesional se distinguía por su cultura y afabilidad, ejerció la cirugía de guerra y tuvo plaza en el hospital militar; pero su campo de acción predilecto fué el magisterio; tenía cátedra en la Facultad de Ciencias además de la que con tanto lustre dictaba en nuestra Facultad de Medicina. En la primera dedicaba su ingenio a la botánica, la cultivaba con amor y llegó a ser Decano del cuerpo docente. Allí lo conocí y recibí de sus labios las lecciones iniciales de universitario novel; gustaba de objetivar las explicaciones llevando los bolsillos llenos de hojas y flores que colocaba sobre el pupitre al ingresar al aula.

Recuerdo como nota saliente entre mis primeras impresiones de la Universidad, la lección de botánica que escuché a Romero, mi bautizo en las aulas superiores; extraña me sonaba su voz de timbre alto y un tanto nasal repercutiendo en el aula desnuda, el resbalar continuo de los lentes sobre su nariz un tanto roma despertaba mi puerilidad, pero sus explicaciones precisas, sencillas y claras mantenían activa y firme nuestra veleidosa atención de adolescentes inquietos, apenas liberados de la estrecha disciplina del colegio, mientras que su aspecto respetable y fas severa nos imponían el orden.

Años más tarde volví a encontrar a Romero en la Facultad de Medicina, adelgasado y marchito, pero siempre enérgico; no fuí su alumno de Operatoria, sin embargo asistía con frecuencia a sus lecciones y procuraba no perder las ocasiones de verle examinar, sabía por experiencia de mi paso por San Carlos las ventajas derivadas de escucharlo, por eso puedo hablar de él como maestro de Medicina Operatoria.

Parecía el doctor Romero un anciano aunque sólo contaba 50 años—murió de 54—estaba su organismo minado por el terrible mal que debía aniquilar pronto su vida, era tuberculoso. Delgado y encorbado, densamente pálido, tenía la fas surcada por arrugas profundas, cano el bigote y el escaso pelo que restaba en su cráneo casi desnudo, amplia la frente, expresivos los ojos de un mirar profundo, fijo y melancólico, que parecían revivir e iluminarse cuando lo dominaba el entusiasmo docente. Envuelto siempre en oscura levita y tocado con sombrero de copa alta, que gustaba conservar puesto aun en las aulas, para ocultar su calvicie avanzada, tenía acentuado aspecto de Dómine severo e inflexible; esta máscara de dureza forjada

en su rostro por los sufrimientos y el hábito de gobernar voluntades inquietas durante su largo magisterio, le servía para disimular ante los alumnos su verdadera personalidad moral, toda bondad e indulgencia.

Los que departieron con él en sociedad recuerdan su espíritu alegre y gracia natural; se borraba su ceño cambiándose en expresión festiva y picaresca, el chiste fácil y oportuno daba amenidad a su conversación; por eso los hombres graves con quienes platicaba prodigando la sal criolla, solían trocar a su lado el gesto adusto por sonoras carcajadas. Tal ocurría frecuentemente en la tesorería de la Facultad donde se reunían en las mañanas muchos encanecidos catedráticos. Intachable padre de familia, con diecisiete hijos, supo hacer culto de la vida del hogar y le daba todos sus momentos libres.

La presencia del doctor Romero en la aula se hacía notar desde lejos por el sonido de su voz alta y cadenciosa, que llenaba el Anfiteatro. Allí, junto al cadáver, con los instrumentos de disección en las manos, iniciaba sus doctas explicaciones, animándose a medida que ponía a descubierto los órganos y precisaba sus relaciones, marcaba los tiempos de una operación o fijaba los jalones de una ruta quirúrgica; allí olvidaba sus sufrimientos, desaparecía de su semblante la sombra melancólica de que lo revestía el dolor, se rejuvenecía, era otro hombre. Por su claridad y precisa objetivación las lecciones del doctor Romero dejaban en la memoria de los oyentes impresión duradera: era un verdadero maestro.

Por eso ganaba con facilidad el cariño y el respeto de sus alumnos, la bulliciosa juventud le rodeaba entusiasta, olvidando durante una hora su natural frivolidad e inquietud; de todas las salas de disección acudían voluntariamente los noveles estudiantes de los primeros años, que sumaban sus unidades al grupo ya numeroso de los del quinto año para quienes se dictaba la clase, formándose así una masa compacta de jóvenes que escuchaban silenciosos y reverentes la cálida peroración de Romero, siguiendo con delectación las inflexiones de su voz, cuyas tonalidades se elevaban gradualmente como la ola de entusiasmo que iba trasfigurándolo a medida que avanzaba en la demostración, comprobando la exactitud de las relaciones anatómicas que enunciaba, o poniendo de relieve sobre el objetivo las excelencias del método operatorio escogido, o estableciendo las vinculaciones necesarias e inseparables de la cirugía operatoria con la anatomía, evidenciadas con el cadáver y la frase vehemente.

En los exámenes su silueta aparecía de nuevo saludada con el respeto y el cariño que merecen los buenos maestros. Sus preguntas incisivas y precisas, su tono imperativo, asustaba momentáneamente al examinado; pero comprendía éste pronto que sólo la benevolencia impulsaba al sonoro y rotundo examinador, que el doctor Romero tenía gran deseo de salvarle de la

prueba, sintiéndose por él guiado, impulsado a alcanzar la verdad, por el gesto y la palabra, cobraba bríos y rara vez se equivocaba sobre la nota que le daría el bondadoso viejo.

Ya en esta época, la última de docencia de Romero, golpes de tos interrumpían sus disertaciones; poco después comenzó a apagarse, su debilidad hizo progresos rápidos y por último, cayó definitivamente herido por la Peste blanca dejando felizmente el pendón de la cátedra en manos seguras que supieron continuar la obra.

Por modesto que sea nuestro centro científico, aun cuando la tarea y la lucha diaria absorban casi por entero nuestra vida dejándonos escaso tiempo para meditar sobre el pasado y sus sombras venerables, es deber de los hombres de hoy tributar homenaje de cariño y rendir culto a la memoria de los que fervorosos les iluminaron el camino de la ciencia. Quien ame sus recuerdos, quien los escrute atento, descubrirá al lado de las figuras de primer orden de profundos relieves, junto a las piedras angulares que para los más aparecen aisladas y solitarias, además de los nombres que perduran en el tiempo, otras nobles siluetas, menos aparentes tal vez por hallarse revestidas de modestia, pero no menos dignas de volver a la memoria. Entre estas últimas, al lado de Heredia y de Manuel Odriozola, debemos colocar a don José María Romero, creador entre nosotros de la Operatoria de anfiteatro según los métodos del gran Farabeuf, hombre bueno, culto y laborioso a quien debemos positivas enseñanzas, y cuyo retrato debía adornar junto con el del Maestro Celso Bambarén, la sala magna del Anfiteatro Anatómico.

La gratitud es signo de nobleza espiritual: cultivémosla.

PAPEL PATOGENO DEL COLIBACILO

Por el Dr. RAUL REBAGLIATI

El concepto del papel patógeno del bacterium coli ha sufrido—desde la primera descripción del germen que hiciera Escherich—una serie de vicisitudes. Exagerada unas veces, negada otras ha ido desmedrándose la importancia asignada a este huésped habitual del organismo y, entre nosotros, casi no se le concede patogenidad alguna. En los últimos años he tenido oportunidad de comprobar la acción patógena del colibacilo en varios estados morbosos, en términos que merecen atención.

El presente trabajo tiene por objeto fijar algunos conceptos sobre el papel que este germen desempeña en Fisiología nor-

mal y en Patología y dar a conocer algunos hechos de observación personal.

El colibacilo, gracias a su resistencia, muy superior a la que presentan las demás bacterias del grupo tifo-cóli, es un germen ubicuo: puede ser aislado, en efecto, del aire, del agua y del suelo. Se conoce un gran número de variedades de este microbio, determinadas por diferencias, a veces muy notables, en su morfología y en sus caracteres biológicos, dependientes de su especial facultad de adaptación. No es, en general, sino un saprofito, se le encuentra con frecuencia en la cavidad bucal y constantemente en el intestino del hombre y de los animales superiores aún en los recién nacidos. Esta circunstancia ha hecho investigar si el bacilo coli juega algún papel en el funcionamiento normal del organismo.

Ya en 1895, Pasteur había formulado la ley biológica de la adaptación mutua entre el animal y las bacterias, según la cual estas últimas desempeñarían un papel indispensable en la nutrición de los animales superiores. Tal idea, basada en consideraciones puramente teóricas, ha tenido una confirmación definitiva con el resultado de los estudios que Nencki y Schottelius han llevado a cabo experimentalmente. Las investigaciones de Schottelius, en especial, han demostrado que la nutrición y el desarrollo de los animales recién nacidos y alimentados en condiciones de absoluta esterilidad microbiana quedaban detenidos o se retardaban considerablemente, mientras que los animales testigos, sometidos a una alimentación ordinaria, desarrollaban de manera normal. Llevando más adelante sus investigaciones, Schottelius ha llegado a establecer que el retardo o la paralización del desarrollo era debido a una asimilación insuficiente de las proteínas alimenticias, dependiente de la falta de bacterias en el intestino. Estas contribuyen a la asimilación de los alimentos por medio de los fermentos que elaboran, los que actúan descomponiendo los albuminoideos, por hidrólisis, primero en albumosas y peptonas, luego en cuerpos de constitución molecular cada vez más simple, hasta llegar a las bases y a los ácidos aminados. Es decir, que las bacterias continúan la acción de los jugos intestinales, llevando la descomposición de los proteicos a términos en que son más fácilmente asimilables.

En estos procesos no intervienen indistintamente todas las bacterias presentes en el intestino, sino algunas especies bien determinadas, aerobias unas, anaerobias otras; siendo la más importante, entre las primeras, el colibacilo que además, puede disociar los hidrocarbonados en forma que permite su mejor aprovechamiento.

Por otra parte, el colibacilo tiende a impedir las fermentaciones pútridas, pues, en el intestino, la acción de este microbio es antagónica de la de las bacterias de la putrefacción,

Hasta aquí hemos contemplado al colibacilo considerándolo un comensal útil al organismo. Pero si generalmente es saprofito, el colibacilo puede adquirir virulencia, con ocasión de un desequilibrio orgánico y tornarse patógeno.

Hace veinte años, puede decirse que el bacilo coli estaba de moda. Constataciones bacteriológicas efectuadas en autopsias, principalmente, habían hecho reconocer al colibacilo como agente de multitud de trastornos. Había, seguramente, exageración en concederle un papel patógeno ilimitado, y hoy podemos explicarnos tales hechos conociendo la facilidad con que el organismo puede ser invadido por el colibacilo después de la muerte y aún durante la agonía. Pero no es menos cierto que investigaciones bien conducidas han permitido determinar la calidad de infecciones debidas a este germen y las condiciones de su patogenicidad.

Es indudable que existen verdaderas *colibacilosis*, infecciones específicas provocadas por el colibacilo, las que son distinguidas en colibacilosis *endógenas* y *exógenas*, según que sean determinadas por gérmenes preexistentes como saprofitos en el intestino, vueltos violentamente patógenos, o por colibacilos venidos del exterior.

Para ser patógeno el colibacilo no necesita poseer extrema virulencia. Se admite que la patogenicidad del germen no depende tanto de condiciones a él inherentes, cuanto de una disminución en las propiedades defensivas del organismo. Muchas veces, en efecto, colibacilos aislados del organismo infectado no han demostrado a la experimentación animal, tener más virulencia que cualquier saprofito vulgar de las materias fecales.

Durante mucho tiempo, se ha considerado al colibacilo como responsable de ciertos trastornos gastro-intestinales observados particularmente en los niños. Los autores franceses, en especial, fundándose en exámenes bacteriológicos y en el estudio de la virulencia de colibacilos aislados de las heces, afirman esta patogenicidad, atribuyendo a la bacteria del colon un papel preponderante en la patología del intestino.

Las observaciones fundadas en el número de gérmenes encontrados en las heces carecen de valor, pues el colibacilo puede ser muy abundante aún en deposiciones normales. Tampoco la virulencia del coli aislado de los excretos puede servir de criterio en favor de la apreciación de su patogenicidad, pues hay bacilos que, provenientes de intestinos normales, muestran para el cuy una gran virulencia y, al contrario, gérmenes aislados de heces patológicas apenas acusan poder patógeno. Las propiedades aglutinantes del suero de los enfermos sobre las bacterias aisladas de las materias fecales tampoco pueden servir de criterio, pues la aglutinación del colibacilo es un fenómeno muy inconstante y no guarda relación con su virulencia. Por otra parte, en las lesiones atribuidas a la acción del coli-

bacilo, han podido ser aisladas otras bacterias que se presentan con mayores caracteres de patogenicidad.

Un cierto número de estados catarrales y, en especial, el cólera nostras, que fueron considerados función del colibacilo, han sido reconocidos como alteraciones que están bajo la dependencia de otras bacterias del mismo grupo del coli, tales como bacilos paratíficos, bacilos disintéricos tipo Flexner y otros bacilos de las intoxicaciones alimenticias. El perfeccionamiento de la técnica bacteriológica ha hecho reconocer estos gérmenes vecinos del colibacilo, restándole a esta bacteria la importancia que se le atribuía, como agente de infecciones puras, específicas, en los trastornos intestinales.

Pero si el colibacilo no ocasiona, por sí solo, estados patológicos intestinales, adquiere un papel muy importante como bacteria de infección secundaria. El cólera, la fiebre tifoidea, la verruga, la disentería, el parasitismo intestinal, las enteritis de la infancia, provocan en el intestino alteraciones mediante las cuales el coli puede actuar produciendo complicaciones que pueden quedar localizadas en el intestino, agravando el estado intestinal con esta "subinfección", como la denominan los autores norteamericanos. Además, la destrucción o el desgaste de la pared intestinal producida por las infecciones primarias, permite el paso del coli al peritoneo, donde se le encuentra en estado puro o bien asociado a otras bacterias, en las peritonitis sin perforación, observadas en esas infecciones, y en las peritonitis por perforación, como ocurre en la fiebre tifoidea y en los trastornos intestinales de orden quirúrgico; estas mismas causas favorecen la penetración del coli a la sangre, produciendo en tales enfermedades bacteriemias colibacilares, que complican el cuadro clínico, ensombreciendo el pronóstico. La mayor parte de las muertes sobrevenidas en las enteritis infantiles son débiles, según muchos autores, a la persistencia de la bacteriemia colibacilar.

Pero no es necesaria la efracción ni el adelgazamiento de la pared intestinal para explicar la constitución de una bacteriemia. Ha quedado claramente establecido que el colibacilo puede pasar del intestino a la sangre aún con absoluta integridad de la pared intestinal; es así como normalmente puede ser encontrado en la circulación, durante la digestión intestinal, sin provocar en el organismo trastorno alguno. Pero si éste se encuentra debilitado en sus defensas naturales, el colibacilo puede instalarse en la sangre y provocar una bacteriemia de marcha tifoide, generalmente benigna, o bien fijarse en algún órgano para constituir una infección localizada.

Las localizaciones más frecuentes y también las más importantes del colibacilo se realizan en el aparato génito-urinario. El colibacilo puede infectar el riñón por vía sanguínea, produciendo nefritis y pielitis, infección que, continuando por los uréteres, invade la vejiga, llegando a constituirse una cis-

titis colibacilar. Esta forma de infección, por *vía descendente*, es posible pero excepcional. El agente infeccioso llega generalmente a la vejiga siguiendo la uretra, en cuyo orificio exterior se le encuentra regularmente. En la mujer, como se comprende, esta forma de infección es bastante frecuente, dada la pequeña longitud del canal urtral y la proximidad al ano del orificio vulvar. También se ha observado casos de cistitis colibacilar a consecuencia de operaciones en el intestino, efectuándose la infección por paso directo del microbio del intestino a la vejiga. Los abscesos urinarios tienen al colibacilo como causa más frecuente, pudiéndosele identificar al bacilo de Clado, descrito en otro tiempo como germen específico de esta clase de infecciones. Según Rostowski, un 80 por 100 de los casos de infección del aparato urinario son causados por el colibacilo.

En Ginecología adquiere el colibacilo una gran importancia, pues este germen ocasiona metritis e infecciones anexiales ya agudas, llegando a la supuración, ya crónicas, provocando infecciones focales que mantienen al organismo en estado de constante intoxicación.

Frecuentes son también las colibacilosis de las vías biliares. La infección puede verificarse por vía sanguínea, pero la infección ascendente es más realizable. La bilis constituye para el colibacilo un excelente medio de cultivo y son las descargas biliares lo que, en el estado normal, impide la progresión del bacilo coli; pero un obstáculo en la marcha regular de la bilis favorece el paso de este germen del duodeno al colédoco, a la vesícula y a los canales biliares superiores, como lo demuestran numerosos casos de observación clínica y la experimentación animal. Además, el colibacilo, como el bacilo tífico, es encontrado frecuentemente en el núcleo de los cálculos biliares. Se ha llegado a obtener in vitro la precipitación de la colesantina y de otros componentes de la bilis, sometiendo esta secreción a la acción de cultivos de colibacilo y de bacilo tífico.

Las amígdalas, las meninges, el aparato bronco-pulmonar, la serosa pleural, pueden, también, ser asiento de determinaciones colibacilares. Esto se comprende por la facilidad con que el colibacilo puede pasar a la sangre y fijarse, por consiguiente, en los órganos más vulnerables, conduciéndose, a este respecto, como el bacilo tífico. Las colibacilosis, son, pues, una realidad en Patología.

En el curso de esta exposición, hemos visto el papel del colibacilo como bacteria de infección secundaria, agravando, por lo general, el cuadro morboso. Así se manifiesta en la fiebre tifoidea, en el cólera, en la disentería, en las enteritis infantiles, en las enfermedades quirúrgicas del intestino; complicando el estado intestinal, produciendo determinaciones peritoneales, bacteriemias, septicemias y metastasis supurativas.

Según propias observaciones, el colibacilo es, además, bacteria muy importante en las infecciones mixtas. El coli, aso-

ciado al estreptococo, produce amigdalitis de evolución muy severa; la asociación con el bacilo diftérico, ocasiona infecciones hipertóxicas; con el estafilococo, flemones y absesos de marcha rápidamente invasora. Las historias clínicas que, en extracto, van a continuación, son la base de las anteriores observaciones:

—Señor M. B., 27 años, constitución robusta. Nada de importancia en su pasado patológico. Sufre, actualmente, de una forunculosis discreta. Un forúnculo en la región glútea, adquiere súbitamente los caracteres de un flemón, muy doloroso, que se extiende con rapidez. Estado general angustioso; temperatura 40°5, gran ansiedad, insomnio, anorexia, náusea, cefalalgia. Incisiones profundas dan salida a un pus cremoso, hemático, del que se recoge, asépticamente, una muestra con el objeto de preparar una vacuna. El cultivo contiene, además del estafilococo dorado, abundantes bastoncitos que fueron identificados con el bacilo coli. La misma asociación existe en el producto original.

—Sr. B. 40 años. Presenta un estado febril (38°), acompañado de dolor a la deglución; exudado blanquizco y extenso de la faringe nasal y bucal; dolor en la parte superior del cuello, con ligero infarto de los ganglios submaxilares de ambos lados; nada en sus demás órganos y aparatos. El examen bacteriológico del exudado demuestra la presencia de un bacilo corto sin caracteres morfológicos específicos en abundancia tal que hace el efecto de un cultivo puro; ausencia de bacilos diftéricos. Al día siguiente, el estado general es el mismo; el exudado ha avanzado hacia la mitad posterior de la lengua; la temperatura, el dolor y el infarto cervical persisten. Un nuevo examen bacteriológico da resultado idéntico al anterior; se hace, además, cultivos. Al tercer día de enfermedad, el estado general ha empeorado: temperatura 38°5, 110 pulsaciones, 36 respiraciones, gran malestar, agitación, fuerte dolor cervical, aumento del infarto ganglionar, deglución casi imposible. Un examen atento de la rino-faringe hace ver un pequeño exudado con todo el aspecto de una falsa membrana diftérica, en la que las investigaciones bacteriológicas permiten descubrir, tanto al examen bacterioscópico como en los cultivos, el bacilo diftérico, a la vez que el otro germen bacilar tan persistente. Aislada esta bacteria, presentó los caracteres morfológicos y biológicos del colibacilo.

—Niña R. P., de 6 años de edad, presenta una inflamación amigdaliana unilateral, con exudado pseudo-membranoso, infarto del grupo ganglionar correspondiente; temperatura 38°5; estado general bueno. El examen bacteriológico del exudado hace descubrir, tanto al examen directo como en los cultivos, un bacilo corto, que fué, posteriormente identificado con el colibacilo. Al día siguiente, el estado de la enferma ha empeorado: dolor intenso, temperatura 39°5; la inflamación se ha extendido al velo del paladar y a los pilares; la amígdala está muy prominente y exhibe cavernas llenas de un exudado purulento. Un nuevo examen de este producto hace ver la asociación de estreptococos al colibacilo. Se inyecta suero antiestreptocócico. En la tarde del mismo día, el dolor, el estado general, la gravedad de la paciente, imponen la exéresis del flemón amigdaliano, lo que produce, además de la hemorragia consiguiente, la salida de algunas gotas de pus cuyo examen demuestra la misma asociación microbiana.

Con el objeto de comprobar el papel del colibacilo en sus asociaciones con el bacilo diftérico, el estreptococo y el estafilococo, hemos llevado a cabo, con el valioso concurso del señor

Francisco Villa García, ayudante del Laboratorio de Bacteriología de la Facultad de Medicina, las siguientes inoculaciones:

Experiencias I, II y III.—Los cuyes I y II han recibido, cada uno, por inoculación subcutánea, 0,5 cc. cultivo de bacilo diftérico poco virulento. El II ha recibido, además, 0,5 cc. cult. b. coli recientemente aislado. Mientras I casi no ha sufrido alteración durante los cuatro primeros días de la experiencia, II ha mostrado una sensible elevación térmica desde el segundo día, la que se intensifica al 4^o día, a la vez que aparece una fuerte zona inflamatoria en el punto de inoculación. Desgraciadamente, el cuy I murió al 6^o día, por causa traumática y no nos fué posible conseguir otro animal adulto, para repetir la experiencia. Sólo conseguimos un cuy pequeño (III), en el que, como se comprende, las alteraciones se sucedieron con mayor rapidez. Sin embargo, las experiencias son comparables; pudiéndose juzgar la acción de los productos inoculados en los cuyes I y II hasta el 6^o día de la inoculación, y el resultado de la autopsia de los cuyes II y III. Según estas experiencias, el b. coli, inoculado conjuntamente con el b. diftérico, exalta la patogenicidad de éste, pues acelera la producción de una bacteriemia colibacilar y reacción peritoneal debida al mismo germen.

Experiencias IV y V.—Dos cuyes del mismo peso han recibido, bajo la piel, 0,5 cc. cultivo de estafilococo que acababa de ser aislado del pus de un forúnculo. El V recibió, al mismo, 0,5 b. coli. El primero no sufrió otra alteración que una infiltración de la zona inoculada, 8^o día de la experiencia, fenómeno que fué amenguado hasta desaparecer; mientras el segundo mostró elevación de la temperatura a partir del cuarto día; el 6^o, gran reacción inflamatoria, la que continuó hasta la supuración y la apertura espontánea del absceso, en los días subsiguientes.

Experiencias VI y VII.—0,5 cc. cult. estreptococo de escasa virulencia, ha sido inoculado a dos cuyes; el segundo de los cuales recibió, también, 0,5 cc. cult. b. coli. El primero no ha sufrido la menor alteración. En el segundo se ha observado elevación térmica desde el segundo día, apareciendo reacción inflamatoria local al 3^o, intensificada al 4^o y decreciendo en los días subsiguientes, a la vez que la temperatura volvía a la normal el 20^o día.

Experiencia VIII.—Se ha inoculado a un cuy, bajo la piel, 0,5 cc. cult. colibacilo de la misma semilla empleada en las experiencias anteriores, sin notarse en él, durante una observación prolongada, ningún fenómeno anormal.

Estas experiencias prueban que la inoculación simultánea de diversas bacterias patógenas con el colibacilo, produce reacciones mórbidas más intensas que cuando se realiza la inyección aislada de las primeras y ofrecen estrecha semejanza con lo que se observa en la clínica, que al ofrecer casos morbosos de gravedad inusitada, el examen bacteriológico ha revelado que eran producidos por asociaciones microbinas en las que el bacilo coli representaba el germen patógeno secundario.

INSULINA Y COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA DIABETES

Por el Dr. MAX. GONZALEZ OLAECHEA

Al problema, hoy de toda actualidad, de los resultados que se consiguen con la insulina en las complicaciones quirúrgicas de la diabetes, aporto la siguiente observación, llena de interés y de datos particulares.

El 20 de abril del presente año (1924) fuí solicitado para atender a una señora, mayor de 50 años, que desde hace algunos años, sufre de diabetes.

La paciente presentaba, desde de ese día, vómitos y diarreas, que aumentaron en frecuencia conforme avanza la noche.

Encontré a la enferma en notable grado de adinamia, con pulso pequeño y blando, que latía 120 veces por minuto, con 35°2 de temperatura y piel fría al tacto. Los vómitos y diarreas eran, las primeras de aspecto bilioso y serosas las últimas; sufría además calambres intensos en los miembros inferiores y en el vientre.

La paciente, seguía régimen alimenticio caprichoso, pues, no aceptaba dirección médica.

En la búsqueda de anamnésticos, supe que en el almuerzo de ese día, ingirió guiso de bacalao, preparado el día anterior. Con este dato se interpretó el cuadro mórbido en relación con una intoxicación de origen alimenticio, sin dejar de pensar, por cierto, en una posible acidosis.

El tratamiento que se instituyó fué una inyección de 1 cc. de solución de adrenalina al milésimo, 250 gramos de suero fisiológico por vía hipodérmica y una poción de citrato de soda.

Esta terapéutica influyó rápidamente sobre el cuadro morboso, pues tres horas después de empleada lo modificó en tal forma que desapareció la gravedad.

Efectuado el examen de orina en la primera emisión de la mañana del día siguiente, se encontró vestigios de serina, 57 gramos de azúcar y trazas de acetona.

Ya habían desaparecido los síntomas de intoxicación y todo hacía suponer que la normalidad se restablecía, cuando la enferma comenzó a sentir dolor e hinchazón en el tercio medio del muslo derecho, sitio donde se le inyectó suero fisiológico el primer día de enfermedad; el dolor y la tumefacción

aumentaron progresivamente, presentándose después fiebre con exacerbaciones vesperales; síntomas todos que hicieron presumir un foco de supuración en el muslo.

El examen de orina, que volvió a efectuarse seis días después del comienzo de sus manifestaciones gastro-intestinales, indicó 62 gramos de glucosa por litro, trazas de ácido diacético y 15 centigramos de acetona. El dosaje de glucosa en la sangre indicó 0,350 por ciento; el poder de concentración del plasma sanguíneo con el ácido carbónico 61,4 por ciento; concentración en Ph 7.4.

La tumefacción del muslo continuó extendiéndose e invadió el hueso poplíteo y la parte superior y posterior de la pierna; el dolor se intensificó y la fiebre aumentó hasta 39°, tomando un tipo remitente matinal; el examen local revelaba, fluctuación profunda, además de ligera rubicundés en la piel del muslo.

Con estos síntomas perfectamente claros, el cirujano doctor Luis de La Puente, practicó dos incisiones profundas en el tercio medio del muslo y en la región poplíteo, que dejaron salir enorme cantidad de pus, de fetidés intensa, de putrefacción; en el fondo de las incisiones los tejidos se encontraban necrobiosados, de color plomizo. Terminada la intervención, se drenaron los focos y se hizo la respectiva cura antiséptica.

Ante la gravedad del caso, pues se trataba de un flemón gangrenoso en una diabética acidósica, se comenzó a emplear inyecciones de insulina Lilly, habiéndosele inyectado el primer día 50 unidades; como al día siguiente, siempre se encontró en la orina fuerte cantidad de acetona, ácido diacético y 30 gramos de glucosa, adinamia intensa y la fiebre alta, (39°5), se inyectó 100 unidades de insulina en dos partes, antes de las principales comidas, que consistían en leche, sopa de avena y sumo de naranjas. Al tercer día sólo hubo 2 gramos de glucosa en la orina y fuerte proporción de acetona y ácido diacético, razón por la cual sólo se inyectó 50 unidades de insulina en dos partes.

Para combatir el proceso flogósico del muslo y de la pierna, fué necesario practicar tres incisiones, después de las cuales la temperatura remitió, especialmente, cuando se hizo la tercera incisión, en el tercio inferior y posterior de la pierna, que dió salida a un foco de infiltración que se había formado en ese sitio.

Desde ese momento la supuración cambió favorablemente, los tejidos mortificados se eliminaron, desapareciendo, por consiguiente, el olor de putrefacción.

Durante el período agudo de la infección (desde el 26 de abril hasta el 31 de mayo), se continuó usando insulina a dosis de 50 unidades durante ocho días, 30 durante diez días después y 20 unidades por diez días más.

Antes de practicar las inyecciones se investigaba en la orina glucosa, acetona y ácido diacético.

En los últimos días el ácido diacético y la acetona desaparecieron en la orina, no así la glucosa que se mantuvo al rededor de 10 gramos. Desde el 31 de mayo se usó la insulina cada tres o cuatro días, en dosis de 10 unidades.

La enferma se encuentra en las mejores condiciones; apirética, sin supuración y con dos de las incisiones cicatrizadas.

Los análisis efectuados por el doctor Almenara el 2 de julio han dado el siguiente resultado: En la orina 39 gramos de glucosa por litro (117 grs. en las 24h.) y trazas de acetona.

En la sangre 0.400% de glucosa; poder de combinación del plasma sanguíneo con el ácido carbónico 66%; concentración en Ph 7.5.

No ha sido posible que la paciente siga un régimen dietético científico, por tratarse de persona llena de prejuicios.

En resumen, este caso sin el poderoso recurso del tratamiento insulínico, habría terminado fatalmente.

El Dr. Bello relata un caso de gangrena diabética seguido en su servicio del hospital "Santa Ana", el cual antes de ser operado se preparó previamente por la insulina, bajo la dirección del Dr. Monge. A este respecto dice que el tratamiento de las gangrenas sobrevenidas en los diabéticos, ha sido infructuoso, pues, el deseso se ha producido siempre, después de la operación. En el caso consignado, la operación se practicó después de raquianestesia y el post-operatorio no se vió perturbado por ningún accidente. Señala este buen resultado y se propone continuar sus observaciones.

El Dr. Aljovín se refiere a los vómitos incoercibles de origen acetómico, y aunque ha obtenido buenos resultados con la medicación alcalina pregunta si la insulina producirá más eficaces y rápidos resultados.

El Dr. González Olacoea relata brevemente los éxitos terapéuticos que ha alcanzado en los vómitos recurrentes de los niños empleando inyecciones subcutáneas de suero glucosado, pero dice que los observadores señalan últimamente, con entusiasmo, los éxitos que han alcanzado en estos casos con la insulina.

Después de animada discusión sobre el empleo de la insulina en el tratamiento de la diabetes y en otras afecciones se similitud etiológica, se levantó la sesión a las 8 y 35 de la noche.

Dr. Carlos A. BAMBAREN, Secretario.
