

# BOLETIN

DE LA

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

AÑO ACADEMICO 1923-1924

---

**Sesión extraordinaria, celebrada el 29 de Octubre de 1923**

**SUMARIO.**—El Dr. ARCE, presidente cesante, entrega la presidencia.—El académico Dr. MAX GONZALEZ OLAECHEA, al asumir el cargo de presidente, pronuncia un discurso.

*Presidencia de los Dres. J. Arce y M. González Olaechea.*

Abierta la sesión a las 6 y 50 de la tarde con asistencia de los señores académicos Denegri, Hercelles, Lavorería, Bello, Paz Soldán, Larrabure, Pardo Figueroa, González Olaechea, Avendaño y el secretario que suscribe, se leyó y aprobó el acta de la anterior sesión de transmisión de cargos.

El Dr. Arce, presidente cesante, expuso las razones que habían demorado la fecha de transmisión de cargos a la nueva Junta Directiva. Relató los principales acontecimientos que habían ocurrido en el período académico que había presidido, señalando como más importantes: las nuevas construcciones que en el edificio de la corporación había llevado a cabo el "Círculo Médico peruano", consiguiendo con ellas un local que llena ampliamente las necesidades; dijo también que la situación angustiosa de la Institución, desde el punto de vista de los fondos, había obligado a establecer cuotas mensuales entre los señores académicos y que quería dejar constancia que, gracias a la generosidad de algunos miembros, se había podido reunir una regular suma para atender los gastos de la impresión del "Boletín de la Academia", que muy pronto aparecerá, y a la instalación de los aparatos llegados para el "Observatorio Unánue". Al terminar, manifestó que se comprometía a presentar en breve, la memoria anual, que estaba obligado a presentar, según el reglamento de la Academia y que hacía votos porque el nuevo período académico fuese uno de los de vida científica más fecunda, dadas las especiales dotes del nuevo presidente y los entusiasmos de los señores académicos. Acto seguido entregó la presidencia al Dr. M. González Olaechea, quien al ocuparla, leyó el siguiente discurso:

Señores Académicos:

Debo a amable imposición de ustedes, el honor de dirigir las labores de la Academia Nacional de Medicina, durante el nuevo año oficial.

Hacen 39 años que un selecto grupo de profesionales, encabezado por los Odriozola, Ulloa, Alarco, Villar y Bambarén, tuvieron la feliz

inspiración de fundar la Academia Libre de Medicina, a raíz de conmociones externas e internas, consecuencia de la guerra que el Perú tuvo necesidad de sostener con Chile, en defensa de su integridad territorial.

Avidos de resurgimiento, los primeros académicos, emprendieron el estudio de variados temas en relación con: la fiebre amarilla, la tuberculosis, el cólera, la viruela, el alcoholismo, la verruga peruana; tema este último que adquirió importancia excepcional, con la inmola- ción sublime del estudiante Carrión, que en esa lejana época, demostró experimentalmente, la unidad etiológica de la *Verruga eruptiva* y de la entidad, en ese entonces denominada *Fiebre de la Oroya* y posteriormente *Enfermedad de Carrión*, en honor del mártir, que, con su sacrificio, iluminó ese campo oscuro de la medicina nacional.

Las labores científicas de la Academia tuvieron tan gran aprecio en la opinión pública, y 4 años después de establecida, fué declarada por el Congreso de 1888, Academia Nacional de Medicina, considerándola como cuerpo consultivo de los Poderes públicos.

La Academia continuó desde entonces trabajando por el bien público, y desempeñando el prominente rol, que por su constitución tenía derecho y deber de ejercitar.

La Academia debe seguir las huellas luminosas que le trazaron sus fundadores y continuar ocupándose, como hasta aquí, de los variados problemas médicos que es necesario e ineludible abordar, en los actuales momentos de renovación científica.

Señores Académicos: hemos contraído la obligación moral de engrandecer nuestra Institución, y no será obra ardua el conseguirlo, si incrementamos el caudal de nuestra cultura, dando preferencia cada uno a sus inclinaciones a tal o cual disciplina de las Ciencias médicas.

Desde hace muy poco tiempo contamos afortunadamente con casa confortable, debido al entusiasmo y generosidad del "Círculo Médico", y es menester que continúe siendo como hasta hoy ha sido, nuestro hogar científico, y en el que lejos del oleaje de las pasiones, y de los encontrados intereses individuales, laboremos en tranquilo ambiente y leal camaradería, que el tiempo en ello empleado será compensado con la fruición espiritual que proporciona el saber y el deber cumplido; tendremos además la satisfacción de haber colocado la Academia a la mayor altura de progreso, haciéndola Institución respetable y en aptitud de continuar desempeñando debidamente el importante rol, motivo de su creación.

Señores Académicos: la confianza que habéis depositado en mí, tengo pleno convencimiento, no será defraudada; y pienso así no por la voluntad decidida y devoción que pondré al servicio de la Academia, sino sobre todo porque tengo el pleno convencimiento de la eficaz cooperación de vosotros.

Se levantó la sesión a las 7 y 20 de la noche.

Carlos A. BAMBAREN, Secretario.

### Sesión celebrada en 23 de Noviembre de 1923

**SUMARIO**—Los Drs. CHUECA y QUESADA agradecen el premio «Bignon» que se les ha concedido.—Se autoriza a la Junta Directiva para estudiar las reformas que conviene introducir en los Estatutos y en el Reglamento.—Se estudia la manera de intensificar la labor científica de la Academia.—El Dr. QUESADA lee una comunicación sobre «Algunos casos de falsas apendicitis disintéricas».

*Presidencia: Dr. Max. González Olaechea.*

A las 7 de la noche y con asistencia de los señores académicos doctores Avendaño, Arce, Salazar, Quesada, Larrabure, Maldonado, Regagliati, Pardo Figueroa, Denegri y el secretario que suscribe, el Presidente declaró abierta la sesión.

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

#### DESPACHO

Oficio de los doctores F. Chueca y F. Quesada, agradeciendo la designación que se les ha hecho de un premio "Bignon". Al archivo.

#### PEDIDOS

El presidente manifiesta que conforme al Reglamento deben designarse las Comisiones permanentes, pero que después de estudiar el Reglamento ha reparado en algunas disposiciones que merecen variarse, por lo que pide autorización para que la Junta Directiva estudie las modificaciones que conviene introducir en los Estatutos y en el Reglamento de la Academia. Se acordó la autorización pedida.

El Dr. Arce expresa que debe la Academia intensificar su labor científica y propone que pronuncien conferencias los miembros de la Institución.

Con motivo de este pedido se suscita una ligera discusión y se acuerda solicitar a cada uno de los presidentes de las diferentes secciones para que se inscriban en su orden, y ofrezcan pronunciar una conferencia.

## ORDEN DEL DIA

ALGUNOS CASOS DE FALSAS APENDICITIS  
DISENTERICAS

Por el Dr. FORTUNATO QUESADA

El 5 de abril del año pasado ingresó a nuestro Servicio del Hospital "Dos de Mayo" el mestizo P. R., de 26 años de edad, porque sufría desde 15 días antes dolores cólicos con fiebre y náuseas. Refirió el paciente que una tarde, a las 6, no habiendo tomado durante el día sino un desayuno de café con leche, le sobrevino un dolor, generalizado primero a todo el vientre y luego localizado especialmente a la fosa iliaca derecha. Como anteriormente había sufrido de disenteria y entonces presentaba también diarreas, el médico tratante le aplicó una inyección de emetina, que ha repetido por cinco veces más, con lo que consiguió bastante mejoría; pero persistiendo los fenómenos dolorosos del lado del abdomen, nos lo envían con el diagnóstico de apendicitis para que sea puesto en espectación armada. Al examen encontramos los puntos de Mc Burney, francés, y Morris ligeramente manifiestos y el de Lanz muy claro. No existe antecedente de cólicos semejantes. El apetito es bueno. En su alimentación ha observado intolerancia para los huevos y la carne. Apirexia. Pulso normal. En sus antecedentes personales y familiares, lo mismo que en la exploración de sus aparatos, nada anormal. Indicamos una dieta láctea con caldo de verduras, reposo e insistimos en la medicación por la emetina. Solicitamos los exámenes de Laboratorio: de heces, de sangre y de orina, cuyos resultados fueron los siguientes: Examen de heces: presencia de huevos de ascárides lumbricoides; no se encuentran amebas; Examen de sangre: G. R. 3,380,000, G. B. 10,000, P. N. 67 por 100, P. E. 0 por 100, P. B. 0 por 100, Li. 17 por 100, Mn. 16 por 100; Coagulabilidad: 6'45"; Azoemia: 0 gr. 44 por 1000; Wassermann: negativo; Examen de orina: De. 1,022, Urea. 16 gr. 39 por 1000, Clor. 19 gr. 50 por 1000; no hay elementos anormales; sedimento con algunos hematíes. Agregamos a la medicación la santonina. Con este tratamiento, al cuarto día desaparecieron todos los fenómenos clínicos dolorosos. Llevamos al sujeto a la comprobación radiológica. (Empleamos el procedimiento de Enriquez: 200 gr. de mucilago bismutado o baritado al 30 por 100 (mejor sería la gelobarina) en 3 porciones, 17, 13 y 9 horas antes de hacer el examen, administrando en el momento mismo de verificarlo una última poción para estudiar el estómago y el duodeno. Examen de pié: cabeza opaca en el colon descendente; ciego, colon proximal y colon transversal llenos; ciego en la fosa iliaca, de buen ancho, con sus abolladuras, bien movable; la papilla opaca se insinúa en la base del apéndice; ángulo cólico derecho bajo. Llamo la atención comparándolo con el izquierdo, que es muy alto, que llega casi al diafragma; cañón de fúcil izquierdo, desplegable; siempre en la posición de pié, toma la poción para el examen gastro-duodenal: estómago hipotónico, grande, en forma de cuerno amplio, de contornos bien regulares, bastante movable; por la presión pasa algo al duodeno y se ve bien el píloro, y después de un momento de espera, se aprecia la incompleta repleción del bulbo duodenal (duodeno estrechado). Examen en el decúbito dorsal: el ciego asciende, lo mismo que el colon transversal; el estómago se redondea; no se observa ninguna otra variación. (Este examen radiológico fué amablemente hecho por el Dr. E. Campodónico).

A nuestro mismo Servicio del Hospital "Dos de Mayo" llegó el 19 de mayo del año pasado un agricultor M. P., de 55 años de edad, procedente de Huairal, refiriendo que sufría de cólicos desde tres días antes y que su médico tratante le había diagnosticado un ataque de apendicitis, por lo que nos lo enviaba para su tratamiento quirúrgico. Efectivamente, la zona de Mc Burney se ofrece dolorosa a la palpación, avanzando algo la dolorabilidad hacia el flanco derecho. No hay fiebre ni vómitos. El pulso es bueno. Tiene algunas cámaras líquidas. Dice que ha sido siempre sano, que nunca padeció de cólicos semejantes y que recuerda haber tenido cámaras sanguinolentas. Su apetito es excelente y sus digestiones también. Nada le particular en sus antecedentes familiares ni en el examen de sus otros aparatos. Indicamos la expectación en reposo, con dieta reducida y una inyección de emetina, (0.04). Solicitamos los exámenes de laboratorio: de heces, de sangre y de orina. He aquí los resultados: Examen de heces: presencia de quistes de amebas; Examen de sangre: H. 3,980,000. L. 8,000, P. N. 74 por 100, P. E. 0 por 100, P. B. 0 por 100, Mn. 10 por 100. Li. 10 por 100; Wassermann tipo, negativo; Azoemia, 0.56 por 1000; Examen de orina: Dens. 1.021, Urea. 34 gr. 67 por 1000, Clor. 6 gr. por 1000, vestigios de serina y globulina; Tévenon, positivo; hematíes en el sedimento. Durante tres días sucesivos más le aplicamos otras inyecciones de emetina (0.04), que hacen desaparecer por completo el cuadro clínico del comienzo. Un nuevo examen de heces da el siguiente resultado: no se encuentran quistes de amebas ni parásitos intestinales. Llevamos al sujeto a la constatación radiológica (Dr. E. Campodónico), preparado como el anterior caso: ciego en la fosa iliaca, movable, de parable en el ángulo cólico derecho; válvula iliocecal, normal; no se ve el apéndice; estómago vacío a las 9 horas, se llena bien y de buen contorno, bastante movable; repleción lenta del bulbo duodenal. Sabemos que el Sr. M. P. se encuentra en perfecto estado de salud.

En nuestro Servicio del Hospital "San Bartolomé" recogimos después la siguiente observación referente al soldado S. G., que ingresó allí el 13 de junio del año pasado. Refiere el paciente que ha observado que después de cada ejercicio de gimnasia le ataca un dolor al flanco derecho, el mismo que le calma con el reposo. Desde hace tres semanas siente gastralgia después de los alimentos y toda vez que ingiere líquidos. La papeleta de remisión del médico regimentario trae esta indicación: "dolor en la fosa iliaca derecha, cólicos, punto de Mc Burney; apendicitis?". To-se desde hace treinta días. Al examen clínico encontramos: lengua saburral; piel sudorosa; defensa muscular en el recto anterior derecho; puntos de Mc Burney y Lanz manifiestos. Apirético. Pulso excelente. En sus antecedentes encontramos que ha sufrido de viruela, paludismo, chancro hace 18 meses y manchas en el cuerpo hace 3 meses; es fumador. Nada importante en sus antecedentes hereditarios ni en la exploración de sus otros aparatos. El paciente queda en observación y cinco días después presenta heces muco-sanguinolentas. El examen de Laboratorio de las heces da el resultado siguiente: Presencia de amebas disentericas. Se le hace un tratamiento a la emetina (5 inyecciones de 0.04, sucesivas), pequeñas dosis de sulfato de soda diariamente y trementina. Los accidentes dolorosos y las manifestaciones intestinales desaparecen completamente. Practicamos la comprobación radiológica, siempre con la técnica de Enriquez: a las 17 horas la cabeza del bismuto está en el colon descendente; el ciego se encuentra en la fosa iliaca derecha, móvil; no se ve el apéndice; arco del transverso alto, sin cañón de fusil. No se hace el examen gastro-duodenal. El 6 de julio el enfermo tiene calofrío y sudores. Practicada la investigación de hematozoarios en la sangre, resulta negativa. El accidente no se repitió. Nota: los exámenes de sangre y orina, que constan en la historia como solicitados al ingresar el enfermo, no han sido encontrados.

En fin, en nuestro Servicio del Hospital "Dos de Mayo" hemos seguido el siguiente caso: L. E. G., de 17 años de edad, colombiano, ingresa el 9 de octubre próximo pasado, sufre desde las 6 a. m. de un

ligero dolor en la fosa iliaca derecha que ha ido aumentando progresivamente de intensidad y extendiéndose hasta el ombligo; cuatro horas después ha tenido vómitos biliosos; hay constipación. Un distinguido colega que lo ha visto, lo envía con el diagnóstico de apendicitis, al Servicio. Encontramos un vientre en general blando, depresible, con ligera defensa en la fosa iliaca derecha, que se puede vencer fácilmente; un punto doloroso encima del ombligo y otro que corresponde al Mc Burney auténtico. Apirético. Pulso a 67, bueno. Excelente estado general. Nada digno de notar en sus otros aparatos. Padre, vive, sano. Madre muerta de afección uterina. Siete hermanos vivos, sanos; dos muertos de poca edad. Ha sufrido anteriormente de rubeola y paludismo hace ocho meses. Hacen dos meses tuvo un cólico con dolor en la fosa iliaca derecha y vómitos; cólico que se repitió hacen veinte días; el actual es el tercero. Dice que nunca ha sufrido disentería. Recuerda solamente que siendo constipado crónico, a veces las cámaras se producían con ligeras manchas de sangre. Lo dejamos en reposo y observación, solicitando los exámenes de Laboratorio: de sangre, de orina y de heces, como de costumbre en estos casos. Estos fueron los resultados: Examen de sangre: H. 3.960,000; L. 10,000; P. N. 62 por 100; P. E. 2 por 100; P. B. 1 por 100; M. 10 por 100; M. md. 17 por 100; Li. 8 por 100; sin formas anormales; Wassermann, negativo; Examen de heces: Presencia de quistes de amebas disentéricas; Examen de orina: Dens. 1,015; Urea. 20 gr. 17 por 1000; Clor. 4 gr. 50 por 1000; no hay elementos anormales; sedimento normal. Iniciamos el tratamiento por las inyecciones de emetina de 0 gr. 04. El examen de heces del 15 de octubre da este resultado: Presencia de quistes de amebas y huevos de tricocéfalo dispar. Insistimos en el tratamiento emetínico con inyecciones de 0 gr. 06. El examen de heces del 17 nos dice: Presencia de quistes de amebas disentéricas y cercomonas intestinales. Insistimos aún en la emetina y el examen de heces del 21 nos revela que todavía están presentes los quistes de amebas. Empleamos entonces el tratamiento del neosalvarsán: el 23 recibe el paciente una dosis de 0 gr. 30. El examen remitido el 25 es contestado así: No se encuentra quistes de amebas disentéricas. Con el reposo y el tratamiento el cuadro clínico fué cediendo. El 28 de octubre se le administra una nueva inyección de salvarsán de 0 gr. 60. El 29 es llevado a la comprobación radiológica. (Dr. E. Campodónico). Usamos la técnica de Enriquez, pero administrando las tres dosis fraccionadas de Bismuto 24, 20 y 7 horas antes del examen. La cabeza del Bismuto está en el colon descendente; el ciego y el colon ascendente bien llenos; nada en el intestino delgado; el bismuto se insinúa en la base del apéndice; ciego bastante móvil con una conformación extaordinaria, en forma de embudo alargado; ángulos cólicos abiertos y transversos a la altura de ombligo; al examinar el estómago se encontró solamente un espasmo pilórico, probablemente reflejo. El sujeto es dado de alta el 30 y revisado hace pocos días, no ha vuelto a tener novedad alguna abdominal.

He creído oportuno traer a colación estos cuatro casos personales porque la cuestión de las falsas apendicitis es de palpante actualidad. Frente a los conocidos cuadros clínicos legítimamente apendiculares, en los cuales el apéndice cecal resulta el eje o centro del proceso, *verdaderas apendicitis*, existen otros, con semejante sintomatología, que obedecen a diferentes causas, en los cuales aquél órgano vermicular no está comprometido sino indirectamente. Despistar la presencia de unos u otros cuadros en la clínica es asunto fundamental, pues del criterio formado depende nuestra resolución de operar o abstenerse, para seguir al legítimo enemigo. Th. De Martel y Ed. Antoine han llamado la atención del público profesional sobre esta cues-

ción en un reciente libro ("Les fausses appendicitis". París, 1922), de gran interés científico y práctico. Se concretan al estudio de las *falsas apendicitis crónicas*, post-operatorias en su mayoría. Existen además *falsas apendicitis agudas*, que han sido observadas por los clínicos y cirujanos de todos los tiempos, en las que el síndrome apendicular se ofrece con caracteres de agudeza que exigen resolver el problema a breve fecha. Quizás, por este motivo, tales falsas apendicitis agudas tienen una importancia práctica más inmediata. L. Bérard y P. Vignard en su clásica obra ("L'appendicite". París, 1914), haciendo la diferenciación diagnóstica de la crisis dolorosa apendicular en su comienzo, deslindan el cuadro de la apendicitis del que ofrecen muchas enfermedades, principalmente las litiasis biliar y renal, la fiebre tifoidea, la gripe, la oclusión intestinal, las colitis, etc. Entre ellas, no dedican a la disentería sino estas pocas líneas: (p. 259) "mucho más raramente que la fiebre tifoidea, dicen, la disentería puede imponerse por una apendicitis con diarrea; sin embargo, también—en ella—la concomitancia de las dos afecciones es posible, y desde 1893, Moty presentó a la Sociedad de Cirugía de París dos observaciones de disentería con ulceraciones al nivel del apéndice vermiforme, que habían provocado todos los síntomas de una apendicitis aguda".

Entre nosotros, la presencia del síndrome pseudo-apendicular en el curso de disenterías bien averiguadas o latentes, no es tan rara. En una estadística de 50 casos personales de apendicitis en sus variadas formas clínicas presentada en una reciente conversación ante el Círculo Médico ("Sobre las apendicitis verdaderas y falsas". Lima, 1923), el 8 por 100 de observaciones recogidas indistintamente correspondía a falsas apendicitis disentéricas. Esto se debe indudablemente a la frecuencia de la disentería en nuestras regiones. J. Vives en su tesis de París ("Appendicitis et pseudo-appendicitis dysenteriques", analizada por Dumont en la "Presse Médicale" N° 56.—1919) y G. Heuyer y J. Leveuf en un artículo de los "Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition" N° 7.—1920 ("Appendicitis et syndrome pseudo appendiculaire des dysenteries", analizado por Dumont en "La Presse Médicale" N° 43.—1920), han insistido sobre este asunto. Todos ellos están de acuerdo sobre la concomitancia frecuente de ambos procesos mórbidos, disentería y apendicitis, habiendo observado todas las diferentes lesiones apendiculares de los disentéricos-apendicíticos, operados o autopsiados: desde las ulceraciones en el verme cecal con amebas en el pus hasta perforaciones con las variadas peritonitis consecuentes. Así mismo, están de acuerdo en la dificultad del diagnóstico de esta clase de apendicitis verdaderas por encontrarse su sintomatología diluida en la propiamente disentérica, yendo siempre confundida aún más con una tifitis concomitante. En fin, el acuerdo es unánime acerca de la gravedad de una tal complicación, que requiere—como todas las apendicitis agudas graves—la intervención quirúrgica de urgencia, con cecostomía complementaria para actuar sobre las ulceraciones del ciego, por medio de los lavados de nitrato de plata o de licor de Labarraque.

Las falsas apendicitis disentéricas pertenecen al curso de las disenterías crónicas recidivantes, amebianas o bacilares, acompañadas o no de otros parásitos, presentándose a veces al estado latente. Dumont

sintetiza el tipo más frecuente y fácil de despistar en estas palabras: "se ve a menudo aparecer anunciando el nuevo ataque disentérico, un síndrome que recuerda el de las apendicitis crónicas a recaídas: exacerbación de un dolor hasta entonces latente en la fosa iliaca derecha, hiperestesia cutánea a este nivel, elevación de la temperatura, lengua saburral, defensa de la pared, etc. Los enfermos entran al hospital con el diagnóstico de apendicitis, pero ellos no tardan en presentar las heces glerosas, el síndrome rectal o abdominal de la recidiva disentérica. No se trata, en efecto, de una *apendicitis verdadera*, sino de un *síndrome pseudo-apendicular* que indica un despertar de las ulceraciones cecales que preceden o acompañan las ulceraciones del colon terminal". Habiendo generalmente un diagnóstico previo de apendicitis que luego es necesario rectificar en vista de los hechos, cae muy bien a estas modalidades clínicas la denominación de *falsa apendicitis* que han extendido los autores franceses. Inútil me parece agregar algo sobre el tratamiento de estas falsas apendicitis, así como sobre la rectificación radiológica que hemos seguido en nuestros casos, después de los detalles que hemos dado en la exposición de nuestras historias: ellos tienden—de una parte—a destruir el parasitismo, y—destruido éste—a constatar si queda alguna secuela apendicular digna de tratar quirúrgicamente. De todos modos, en los casos que fracasara el tratamiento antiparasitario, se debe intervenir. En fin, creo de nuestro deber puntualizar que, en los especímenes dudosos, en el sentido de tratarse de una verdadera complicación apendicular, de una disentería más o menos tórpida, no se debe excusar la operación contra las manifestaciones apendiculares agudas, con los conocidos signos de despistage de la gravedad (pulso; temperatura; dolorabilidad; vómitos; leucocitosis; cólicos anteriores; estado general; etc.), signos que hemos investigado siempre en nuestros enfermos.

El Dr. González Olaechea manifiesta a este propósito, que es muy frecuente observar falsas apendicitis en el curso de la tifoidea y de la gripe; que estas manifestaciones enteropáticas exigen un diagnóstico minucioso, para evitar sorpresas desagradables.

El Dr. Arce objeta el término de falsas apendicitis; dice que la mejor denominación sería la de síndrome apendicular en el curso de diversos procesos morbosos; que en esta forma se evita una expresión paradógica, que se presta a equivocaciones. Se extiende en la enumeración de enfermedades en el curso de las cuales se ha señalado la apendicitis y cita como observaciones muy raras las que refieren los autores en el curso de la leishmaniasis y de la bilharziosis. Refiriéndose después al caso concreto de las observaciones clínicas en el curso de la disentería, dice el Dr. Arce que no son raras en el curso de la disentería crónica y que esto demuestra una vez más, la necesidad de esterilizar debidamente a los disentéricos, a fin de que no se conviertan en portadores o en disentéricos crónicos, que difunden la enfermedad y pueden exteriorizar en un momento dado un síndrome apendicular.

El Dr. Denegri, analiza brevemente el problema de las pseudo-apendicitis en el curso de procesos morbosos de orden médico, e ingresa de lleno en la faz quirúrgica del problema, que esquematiza con precisión, señalando de paso su criterio que juzga exagerado el concepto matemático con que en estos últimos tiempos se plantea la intervención operatoria una vez hecho el diagnóstico. Al analizar los casos presentados insiste en los síntomas que caracterizan a la apendicitis y impulsa las fórmulas leucocitarias que ofrecieron los casos relatados por el Dr. Quesada.



El Dr. Rebagliati pondera la importancia del tema que se debate, y, después de algunas consideraciones, propone que la Academia lo considere en su Orden del Día, a fin de que todos los miembros de la Institución expongan sus observaciones y los criterios que sustentan sobre todas las particularidades de esta enfermedad.

Esta proposición mereció favorable acogida, después de lo cual se levantó la sesión a las 8 de la noche.

*Carlos A. BAMBAREN, Secretaric.*

---

### Sesión celebrada el 4 de Enero de 1924

**SUMARIO.**—Informe en el pedido del académico F. ALMENARA BUTLER que solicita pasar a la categoría de miembro honorario.— El Dr. L. VEGA GAMARRA, recoge un premio 'Bignon' de 1918.— El Dr. E. FERNANDEZ SANZ agradece la elección de miembro correspondiente extranjero.—El Dr. AVENDAÑO ocupa la vacante dejada por el Dr. ALMENARA.—Se resuelve sacar a concurso la vacante habida por fallecimiento del académico Dr. VELASQUEZ.— El Dr. M. GONZALEZ OLAECHEA expone una comunicación intitulada: «Eosinofilia, infección y vagotonía».

*Presidencia: Dr. Max. González Olaechea.*

Encontrándose presentes los señores académicos Dres. Avendaño Arce, Quesada, Larrabure, Denegri y el secretario que suscribe, el Presidente abrió la sesión a las 6 y 45 de la tarde.

Se dispensó la lectura del acta de la sesión anterior.

#### DESPACHO

Informe de la comisión nombrada para dictaminar en el pedido formulado por el académico Dr. F. Almenara Butler, quien solicita ser trasladado a la condición de miembro honorario de la Academia. El informe opina favorablemente. Pasó al Orden del día.

Comunicación del Dr. Leoncio Vega Gamarra, quien manifiesta que ha conisionado a un apoderado para que recoja el premio "Bignon" que se le adjudicó a su tesis presentada a la Facultad de Medicina en 1918. Se tomó conocimiento y se dispuso que se le transcriba al Tesorero.

Oficio del Dr. Enrique Fernández Sanz, de Madrid, que agradece la elección recaída en su persona, de miembro correspondiente extranjero de la Institución. Al archivo.

Dos proposiciones del Dr. González Olaechea, en las que postula que la Academia elija miembros correspondientes extranjeros a los Dres. Daniel M. Vélez y Tomás G. Perrin, de Méjico. Pasaron a Comisión.

Se aprobó el informe recaído en la solicitud del Dr. F. Almenara. El Presidente declara vacante el puesto dejado por el referido académico. El Dr. Avendaño manifiesta que, conforme al acuerdo de la Academia, debe ocupar la primera vacante que se produzca en el seno de la Institución, porque en la actualidad está considerado como miembro titular fuera de número. Se aceptó el pedido del Dr. Avendaño y se declaró ocupando el puesto de miembro de número de la segunda sección.

El Presidente expresa que encontrándose vacante el puesto de miembro de número de la sección octava por fallecimiento del Dr. Manuel A. Velásquez, proponía que la Academia acordase sacar a concurso la vacante. Así se resolvió.

## EOSINOFILIA, INFECCION Y VAGOTONIA

Por el Dr. MAX. GONZALEZ OLAECHEA

N. N. de 57 años, de sexo masculino, de constitución fuerte, sin antecedentes morbosos que llamen la atención durante su vida.

A mediados de junio de 1922 comenzó a sufrir quebrantamiento general y alteración ligera en la temperatura (37°5); presenta la lengua saburrosa, timpanismo y constipación; el hígado, y el bazo, aumentados de volumen, no dolorosos. Sólo se observaba bradicardia, exponente del vagotonismo, que es constitucional en el enfermo.

El anterior cuadro clínico continuó sin grandes variantes durante muchos días; después la fiebre tuvo mayor incremento, llegando a 38°8, en uno de los días, y tomó una evolución de tipo remitente, con remisiones matinales de 37°2.

Después de veinte días y no obstante el tratamiento, que consistió en purgantes y antisépticos de la vía digestiva, el cuadro morbooso no se modificó; por el contrario, se presentaron nuevas manifestaciones, que aparecieron bajo la forma de crisis febriles con temperatura mayor de 39°, acompañadas de dolor epigástrico, cólico y escapular, seguidas después de algunas horas, de remisión de la temperatura hasta la apirexia y sudor. Dolor a la presión en los puntos anteriormente localizados y ligera subictericia en las conjuntivas oculares, eran las únicas huellas que quedaban de estas crisis.

El estado del paciente continuó sin modificación, durante los meses de julio, agosto y setiembre. Las crisis febriles se repitieron varias veces, con muchos días de intervalo, siendo más alejadas una de otra y con temperaturas cada vez menos elevadas.

Durante todo el tiempo de enfermedad, se notaba que el pulso no marchaba de acuerdo con la temperatura; casi siempre era lento, pues el número de pulsaciones fluctuaba entre 56 y 60, aunque en algunas ocasiones su número llegó a 76 por minuto.

En veces, y cuando las pulsaciones eran más frecuentes el reflejo óculo-cardíaco se manifestaba notablemente positivo, como por ejemplo, cuando las pulsaciones eran 76, disminuían a 60 con la compresión ocular; en otras ocasiones era sólo ligeramente positivo.

La tensión arterial al oscilómetro de Pachon era: Mx. 19 y Mn. 8.

En las veces que se examinó la orina, sólo se encontró ligera cantidad de principios biliares.

Las investigaciones en relación con agentes tíficos y malarios fueron negativas.

La numeración globular y fórmula leucocitaria efectuada por el Dr. Ramón E. Ribeyro, dió el siguiente resultado:

27 de junio de 1922.

Glóbulos rojos 5,300,000. Glóbulos blancos 7,000.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos 37 por 100. Polinucleares eosinófilos 43 por 100. Formas de transición 0 por 100. Mononucleares grandes 3 por 100. Mononucleares medianos 13 por 100. Linfocitos 4 por 100.

31 de julio de 1922.

Glóbulos rojos 4,900,000. Glóbulos blancos 15,600.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos 45 por 100. Polinucleares eosinófilos 38 por 100. Formas de transición 0 por 100. Mononucleares grandes 1 por 100. Mononucleares medianos 7 por 100. Linfocitos 9 por 100.

25 de agosto de 1922.

Glóbulos blancos 15,100.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos 58'5 por 100. Polinucleares eosinófilos 19,5 por 100. Formas de transición 1,5 por 100. Mononucleares grandes 0,5 por 100. Mononucleares medianos 5 por 100. Linfocitos 15 por 100.

4 de octubre de 1922.

Glóbulos rojos 5.000.000. Glóbulos blancos 10,400.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos 57 por 100. Polinucleares eosinófilos 9 por 100. Formas de transición 6 por 100. Mononucleares grandes 2 por 100. Medianos 15 por 100. Linfocitos 11 por 100.

9 de noviembre de 1922.

Glóbulos blancos 7,300.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos 58 por 100. Eosinófilos 2 por 100. Formas de transición 4 por 100. Mononucleares grandes 2 por 100. Medianos 8 por 100. Linfocitos 24 por 100.

El examen de las heces en cuanto a vermes parásitos o sus huevos fué negativo.

A mediados de setiembre comenzó una franca mejoría, pues la fiebre no volvió a presentarse, la lengua recobró su color normal, el timpanismo y constipación desaparecieron, lo mismo que el dolor cístico y epigástrico.

Desde esa época hasta el día de hoy o sea año y tres meses transcurridos, el paciente goza de perfecta salud; lo único que persiste es la bradicardia con 60 pulsaciones al minuto y reflejo óculo-cardíaco positivo, pues las pulsaciones disminuyen en 8 o 10 después de la compresión.

El cuadro clínico someramente relatado, muestra un proceso infeccioso, con manifestaciones en el aparato digestivo y vías biliares o angio-colecísticas; habiéndose revelado las primeras por el aspecto saburroso de la lengua, fermentaciones anormales en el tramo intestinal con timpanismo y constipación y las segundas, por crisis febriles del tipo bilio-séptico de Chauffard, acompañadas de subictericia y localización dolorosa en el epigastrio y punto cístico.

Los signos clínicos y las investigaciones de laboratorio descartaban como causa del proceso infeccioso el agente tífico o paratífico, lo mismo que la malaria; probablemente la causa eficiente fué alguno de los microbios saprofiticos del tubo digestivo, transformado en patógeno.

Sorprendió en el primer examen de sangre, efectuado por el Dr. Ribeyro el 27 de junio, la presencia de 43 por 100 de eosinófilos, por lo que inmediatamente se hizo una investigación de parásitos intestinales o sus huevos, resultando negativo y como tampoco hubiesen signos de quiste hidático ni de otro género en parte alguna del cuerpo del paciente, desechamos la idea de que esta eosinofilia fuese exponente de parasitismo.

El examen repetido que el Dr. Ribeyro hizo de la sangre reveló disminución progresiva de la eosinofilia, pues en el último verificado el 9 de noviembre, la cantidad de eosinófilos era normal.

La *eosinofilia* estaba, sin duda, en relación con su proceso infeccioso, pues fué disminuyendo progresivamente y desapareció con la yugulación de él; pero no ha sido el único factor, pues la *vagotonía* casi permanente del enfermo, ha constituido, posiblemente, un factor preponderante.

Eppinger y Hess y otros experimentadores han establecido nexo entre la *vagotonía* y la *eosinofilia*, ya que aumentan los leucocitos eosinófilos, consecutivamente a inyecciones de pilocarpina, principio que, como se sabe, es exitante del vago; sin embargo, algunos otros observadores, no han obtenido el mismo resultado.

El estado *vagotónico* dependería, según Eppinger y Hess, de la hiperplasia linfática y Biedl, Marfori, Más y Magro y otros, manifiestan que el extracto de ganglios, impide la glicosuria adrenálica y produce descenso en la presión arterial. Existiría, pues, en el organismo un principio antagonista de la adrenalina, y así como esta es exitante del simpático, el otro lo sería del vago.

Más y Magro ("Archivos de Cardiología y Hematología", Madrid, marzo 1923) en sus experiencias, no ha podido demostrar la producción de eosinofilia por la inyección de pilocarpina o de extracto de ganglio aisladamente; pero si ha obtenido fuerte cantidad de eosinófilos inyectando la mezcla de ambos principios.

Estos hechos manifiestan que la *vagotonía* y la *hiperplasia linfática* no pueden por sí solas producir eosinofilia; por cuya razón creemos aceptable la hipótesis de Más y Magro de que las extractos ganglionares contienen principios activos eosinopoyéticos, cuyos efectos sólo se manifiestan, cuando la acción propia inhibitoria de los extractos ganglionares sobre la médula ósea demostrada por los experimentos de Más y Magro sea neutralizada por la pilocarpina, o también como pensamos, por cualquiera hormozona o principio tóxico exitante del vago.

Apesar de estos hechos, no se puede negar, que la presencia en la sangre de albúminas heterólogas, o de elementos procedentes de la desintegración anormal de las albúminas propias, da lugar a reacciones coloidoclásicas y a la aparición consiguiente de granulocitos eosinófilos, que por la acción de sus fermentos restablecen el equilibrio perturbado.

La eosinofilia en nuestro enfermo se explicaría, por la acción de principios elaborados imperfectamente en el tubo digestivo, con motivo de la localización del proceso infeccioso en esa parte del organismo; principios o elementos tóxicos, que una vez en el torrente circulatorio, actuarían tanto sobre el vago, aumentando su tono, cuanto sobre los ganglios linfáticos, determinando como último resultado, la *eosinopoyesis*, que sería el exponente de verdaderas crisis de anafilaxia.

Los doctores Bambarén y Arce formulan algunos comentarios sobre el caso, y después de animado debate, se levantó la sesión a las 7 y 35 de la noche.

Carlos A. BAMBAREN, Secretario.

---

### Sesión celebrada el 18 de Enero de 1924

**SUMARIO.**—El Dr. OCARANZA de Méjico, agradece su elección de miembro correspondiente extranjero.—El Dr. OCHOTERENA solicita ser miembro correspondiente extranjero.—Se da cuenta de la colecta realizada para el monumento a Pasteur.—Se discute y aprueban las reformas propuestas, de los Estatutos y del Reglamento.

*Presidencia: Dr. Max. González Olaechea.*

A las 6 y 35 de la tarde y con asistencia de los académicos doctores Arce, Avendaño, Eyzaguirre, Bambarén, Herculles, Fernández Dávila, Larrabure y el secretario que suscribe, se abrió la sesión.

Leída el acta de la sesión anterior fué aprobada.

#### DESPACHO

Oficio del doctor Fernando Ocaranza (de México) agradeciendo su nombramiento de miembro correspondiente extranjero. Al archivo. Otro del doctor Isaac Ochoterena, solicitando ser nombrado miembro correspondiente extranjero.

El presidente propone en comisión a los doctores Arce, Denegri, Larrabure, Quesada y Bambarén para que informen. Aprobado.

Se da primera lectura al informe sobre la propuesta para miembros correspondientes extranjeros de los doctores Tomás G. Perrin y Daniel M. Vélez, (de México). El señor presidente anuncia que en la próxima sesión, después de su segunda lectura, se procederá a la votación.

El señor presidente manifiesta que ha recibido las cuentas correspondientes de la comisión pro-homenaje a Pasteur que ha estado compuesta por los doctores Ribeyro, La Puente, Bambarén y Rebagliati. Dice que han sido remitidas con toda minuciosidad y con sus comprobantes completos. Propone un voto de aplauso para la comisión, que puesto a votación, fué aprobado por unanimidad.

#### ORDEN DEL DIA

El señor presidente expone el objeto de la convocatoria de esta junta general. En seguida se da lectura al informe de la junta directiva sobre algunas reformas en los estatutos y reglamento de la institución. Para la discusión y votación se acuerda que se lea cada reforma por separado.

1ª reforma: "Modificar el inciso 2º capítulo III de los estatutos en el sentido de que el "secretario perpetuo" se denomine en el futuro "secretario general" y su nombramiento dure 5 años".

Los doctores Herculles, Larrabure y Fernández Dávila se oponen a esta reforma, alegando el valor de la tradición y la consideración especialísima que se merece el secretario perpetuo actual, uno de los fundadores de la Academia.

El doctor Bambarén defiende la propuesta que hizo a la junta directiva, teniendo en cuenta la opinión favorable que dió en el seno de ella el doctor Avendaño y la justicia que encerraría poder elegir al actual secretario perpetuo, vuelto secretario general, para la presidencia de la Academia, como lo exigen sus indiscutibles méritos. En el mismo sentido se pronuncian los doctores Arce y Eyzaguirre.

El doctor Avendaño, secretario perpetuo, dice que él está dispuesto a servir a la institución cualquiera que sea el lugar y el título que le acuerden los señores académicos.

Puesta al voto la reforma, es aprobada por mayoría.

2ª reforma: "Modificar el inciso 3º del mismo capítulo en la siguiente forma: Las secciones de la Academia Nacional de Medicina de Lima serán seis: 1ª de ciencias biológicas; 2ª de medicina interna, farmacología y terapéutica; 3ª de cirugía; 4ª de nipiología y paidología; 5ª de patología geografía médica y epidemiología nacionales; y 6ª de medicina social. Cada una de estas secciones se dividirá en subsecciones".

El señor presidente fundamenta la reforma, basándose en el concepto integral que debe informar a las secciones y, al mismo tiempo, la cabida que deben tener dentro de ellas las más modernas especialidades y orientaciones de la medicina.

El doctor Fernández Dávila se opone a la inclusión de neologismos en la denominación de la sección 4ª.

Después de las explicaciones del señor presidente, a las que se adhiere el doctor Eyzaguirre, por si era menester ser más explícito, el doctor Fernández Dávila retira su oposición.

Puesta al voto esta reforma, es aprobada por unanimidad.

3ª reforma: "Modificar el último párrafo del inciso 2º del título IV en la siguiente forma: El miembro titular que durante un año no concurra a las sesiones sin causa justificada, será trasladado a la categoría de asociado libre, considerándose el puesto que ocupaba como vacante".

Sin discusión, es aprobada por unanimidad.

4ª reforma: "Reducir el número de comisiones permanentes que señala el inciso 2º del capítulo XII a las siguientes: A) De publicaciones; B) de concursos y premios; C) calificadora y D) del Observatorio Unánue".

Sin discusión, es aprobada por unanimidad.

5ª reforma: "Suprimir la frase "así como un resumen del progreso de las ciencias médicas" en el inciso III del artículo 14 del reglamento".

Sin discusión, aprobada por unanimidad.

Después de lo cual se levantó la sesión. Eran las 8 y 10 p. m.

Dr. Fortunato QUESADA, Secretario.

### Sesión celebrada el 1° de Febrero de 1924

**SUMARIO**—Se acuerda organizar un homenaje a los miembros médicos que concurren del extranjero al Congreso Científico Pan Americano, próximo a reunirse.—Se ratifican las reformas de los Estatutos y del Reglamento, aprobadas en la sesión anterior.—El Dr. LUIS DE LA PUENTE lee un trabajo intitulado: "Traumatismo craneo-encefálico con pérdida de sustancia ósea y materia cerebral".

*Presidencia del Dr. Max. González Olaechea.*

Con asistencia de los académicos doctores Arce, Bambarén, Denegri, Eyzaguirre, Fernández Dávila, Merkel, La Puente (Luis), Pardo Figueroa, Rebagliati y del secretario que suscribe, se abrió la sesión a las 6 y 50 p. m.

Leída el acta de la sesión anterior fué aprobada sin observación.

#### DESPACHO

Se dió segunda lectura a los informes sobre las propuestas para miembros correspondientes extranjeros de los doctores Perrín y Vélez (de México). A la orden del día.

En seguida se dió primera lectura al informe sobre la propuesta para miembro correspondiente extranjero del doctor Isaac Ochoterena (de México). Quedó para segunda lectura y votación en la próxima junta general.

#### PEDIDOS

El doctor Bambarén pide que se nombre una comisión que organice el homenaje de la Academia a los miembros médicos del Congreso Científico Panamericano próximo a reunirse en esta capital.

El señor Presidente apoya este pedido y propone que dicha comisión esté constituida por los miembros de la junta directiva.

Puesta al voto esta proposición es aprobada unánimemente.

El doctor Pardo Figueroa pregunta qué debe hacer la sección de medicina frente a la solicitud de reconocimiento de una muestra de un específico.

Los doctores Denegri y Merkel opinan que dichos servicios deben ser remunerados.

El señor Presidente propone al doctor Pardo Figueroa que la comisión haga un informe en tales casos sobre los elementos que necesita. Solicitando el voto de los demás miembros sobre este temperamento, es aprobatorio.



## ORDEN DEL DIA

Al voto la propuesta para miembros correspondientes extranjeros de los doctores Perrin y Vélez. El señor Presidente designa como escrutadores a los doctores Arce y Merkel. Con nueve miembros votantes, se obtienen los siguientes resultados:

Doctor Perrin, 9 votos.

El señor Presidente proclama miembro correspondiente extranjero de la Academia al doctor Tomás G. Perrin (de México).

Doctor Vélez, 9 votos.

El señor Presidente proclama miembro correspondiente extranjero de la Academia al doctor Daniel M. Vélez (de México).

Se ponen en seguida a segunda votación las reformas del Reglamento y de los Estatutos discutidas y aprobadas en primera votación en la sesión anterior.

Primera reforma.—El doctor Merkel manifiesta su opinión favorable a esta reforma.

Puesta al voto, es aprobada por unanimidad.

Segunda reforma.—Sin discusión, es aprobada por unanimidad.

Tercera reforma.—Sin discusión, es aprobada por unanimidad.

Cuarta reforma.—Sin discusión, es aprobada por unanimidad.

Quinta reforma.—Sin discusión, es aprobada por unanimidad.

## TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO CON PERDIDA DE SUSTANCIA OSEA Y MATERIA CEREBRAL

Por el Dr. *LUIS DE LA PUENTE*

Recientemente hemos asistido un enfermo víctima de grave fractura abierta del cráneo, con salida inmediata y directa de abundante sustancia cerebral y líquido céfalo-raquídeo, y que, no obstante la intensidad del traumatismo, no presentó ningún síntoma conmocional, ni tampoco los síntomas motores o sensitivos correspondientes a los focos hemorrágicos o de destrucción de tejido nervioso central, revelando, una vez más, que no siempre existe paralelismo entre la extensión de las lesiones craneo-encefálicas y la gravedad de los signos conmocionales y neurológicos que generalmente las traducen.

He aquí la observación que nos parece interesante desde el punto de vista clínico y operatorio: por la total ausencia de los síntomas de orden nervioso, que debía haber determinado lesión tan considerable del lóbulo frontal, y por el éxito terapéutico obtenido, mediante la precocidad de la intervención quirúrgica.

A. C., de siete años de edad, blanco, entra al Hospital "Dos de Mayo" en la mañana del 3 de diciembre de 1923. Una hora antes de ingresar a nuestro servicio ha caído, desde una altura de cuatro metros, sobre el pavimento de la calle, sufriendo una herida en la región fronto-parietal derecha, que obliga a sus parientes a trasladarlo primero a una farmacia y después al Hospital.

En la piel de la región indicada, presenta una herida contusa, de tres centímetros de extensión, por la que sale materia blanquecina que se reconoce ser sustancia cerebral, y también abundante líquido céfalo-raquídeo,

Las condiciones generales del herido son buenas. El estado intelectual, las pupilas, los reflejos y todas las funciones son normales. Nosotros decidimos operarlo inmediatamente.

Bajo anestesia cloroformica incindimos ampliamente en cruz sobre la herida cutánea y desprendimos los tegumentos y el periostio. Se nos presentó entonces un orificio óseo, de las dimensiones de un sol de plata, de forma y bordes muy irregulares y del cual partían fisuras numerosas y profundas, que, irradiadas en diversas direcciones, fragmentaban la bóveda craneana sobre una gran extensión. En el fondo de esa gran pérdida de tejido óseo se veía la duramadre desgarrada, dejando filtrar, a cada pulsación cerebral, líquido céfalo-raquídeo y materia cerebral.

Nosotros retiramos algunos coágulos sanguíneos y tres grandes esquirlas, incrustradas profundamente en la sustancia cerebral, y cuya ablación produjo ligera hemorragia que se dominó fácilmente. Con una pinza-gubia regularizamos los contornos del orificio óseo, cortando todas las puntas y eminencias de hueso que pudieran, más tarde, presionar las meninges y el cerebro. Ante la posibilidad que quedasen ocultas algunas otras esquirlas, por haber sido proyectadas a distancia de la bóveda craneana, y en previsión de los accidentes que pudieran ocasionar al ser retenidas, resolvimos explorar cuidadosamente el foco. No encontramos ninguna nueva esquirla, pero si alcanzamos a apreciar la cantidad considerable de materia cerebral, perdida por efecto del accidente traumático, pues, pudimos introducir el índice, tres o cuatro centímetros, en una excavación amplia y profunda, fraguada en pleno lóbulo frontal.

Hicimos después una abundante irrigación dentro del foco traumático con suero fisiológico caliente, cuya doble ventaja, desde el punto de vista de su acción hemostática y eliminadora de pequeños residuos infectantes, es bien conocida.

Terminamos el acto operatorio suturando los tegumentos. Reunimos los bordes de la incisión del cuero cabelludo de modo de dejar un orificio cutáneo, al nivel de la herida cráneo-cerebral. Por esta abertura colocamos un drenaje conveniente.

Las consecuencias post-operatorias fueron bastante simples. El enfermo despertó rápidamente en condiciones intelectuales muy satisfactorias. En los días siguientes se renovaron las curaciones y los lavados con suero fisiológico; se retiró pronto el drenaje, y, salvo una filtración copiosa de líquido céfalo raquídeo, que persistió hasta la cicatrización completa de la herida cutánea, nada de particular tendríamos que mencionar.

La extrema frecuencia de trastornos oculares consecutivos a lesiones de la región frontal, la importancia que tiene su existencia en el pronóstico de los grandes traumatismos de que tratamos, nos obligó a solicitar una exploración oftalmoscópica. El Dr. Augusto Dammert ha tenido la amabilidad de llevarla a cabo en cada ojo de nuestro enfermo: los exámenes de la visión, del fondo del ojo, de la región macular, así como la medida del campo y acuidad visual, revelaron la integridad más completa del aparato de la visión.

A la gentileza del Dr. Esteban Campodónico debemos las excelentes radiografías que presentamos. Estas y las esquirlas extraídas revelan, de manera exacta el lugar y extensión de la lesión craneana. Fácilmente se reconoce en ellas, no sólo la situación y dimensiones de la considerable abertura existente en el hueso frontal, sino también los largos y profundos trazos de fractura que de ella irradian.

Réstanos contemplar los efectos que en el porvenir de nuestro pequeño operado, puede causar la conservación de su notable brecha

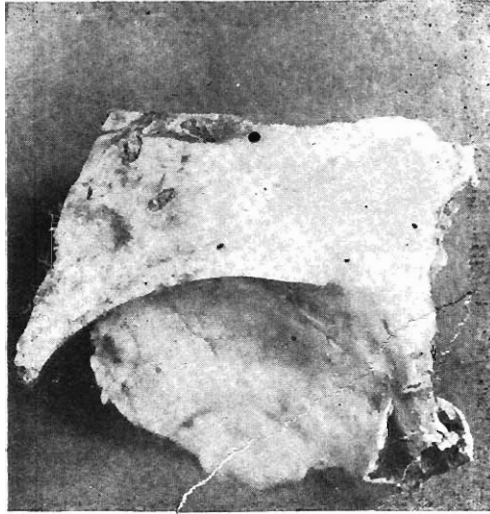


Fig. 1.—*Gran esquirla (tamaño natural)*

Comprende la cara inferior u orbitaria del frontal y una gran parte de la cara anterior de este hueso, la arcada superciliar, las apófisis orbitarias interna y externa.

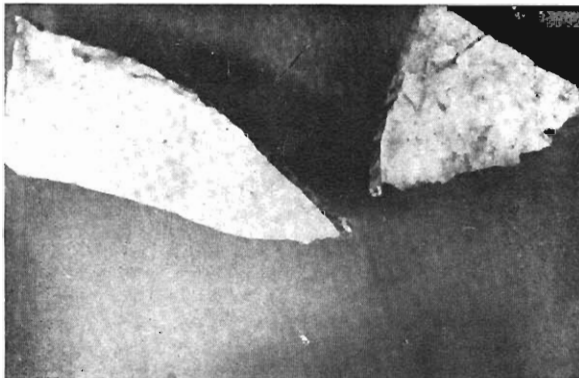


Fig. 2.—*Pequeñas esquirlas (tamaño natural)*

Proviene de la cara anterior del hueso frontal.

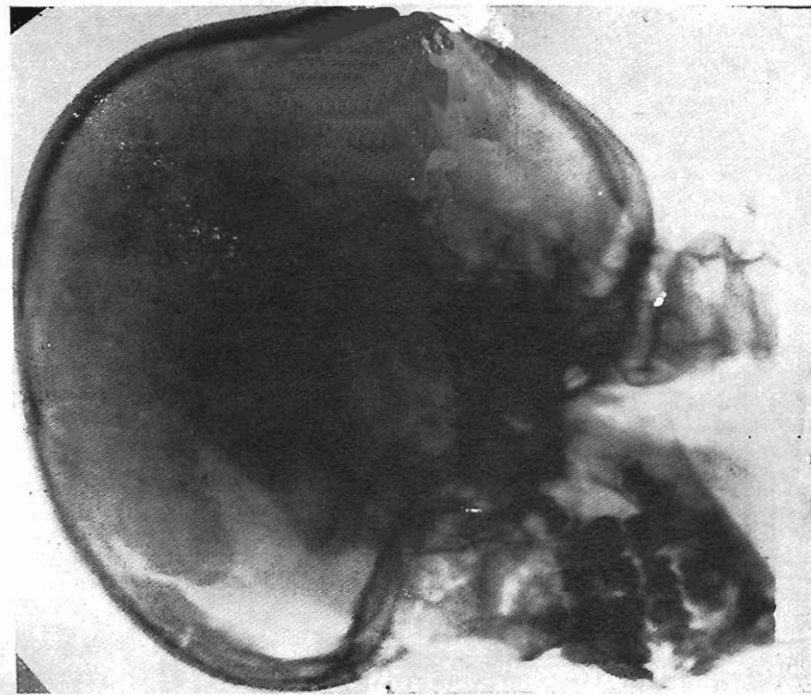


Fig. 4.—Radiografía del cráneo en la que puede apreciarse la brecha que ha quedado en el hueso frontal. (Dr. Campodónico).

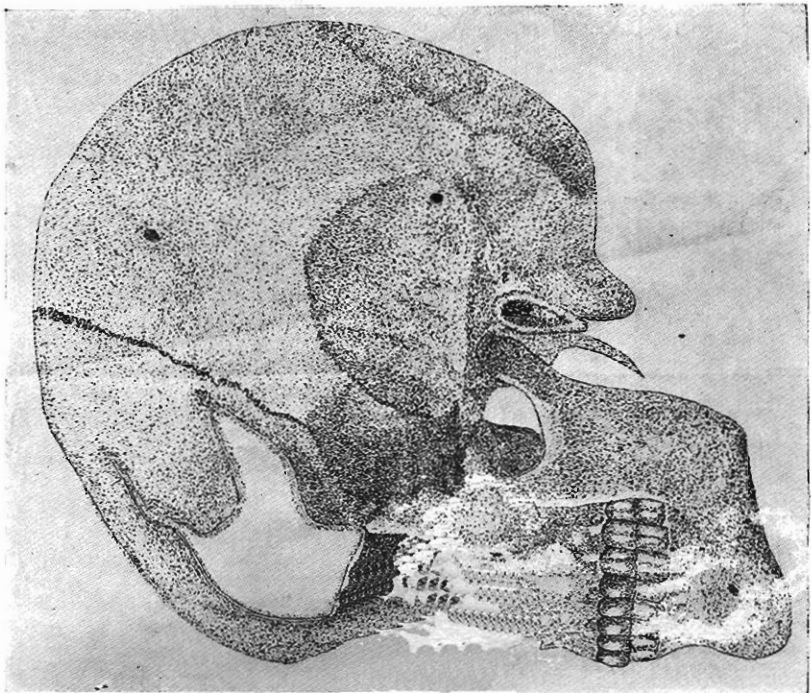


Fig. 5.—Dibujo que reproduce fielmente la enorme pérdida de sustancia ósea revelada por la radiografía. (Sr. A. Excebio).



Fig. 3.—*El herido dos meses después de la operación.*

Se observan las huellas de la extensa incisión crucial practicada sobre la región fronto-parietal derecha.

craneana y si la necesidad de restablecer la continuidad de la pared ósea por una craneo-plastia es, en este caso, indicación imperativa.

En la actualidad el estado general del herido se mantiene normal; creemos que su restablecimiento es completo. El sólo presenta hoy como recuerdo de su gravísima lesión craneo-encefálica, una fontanela irregular y más grande que un sol sobre el hueso frontal. Puerta ósea abierta sobre el encéfalo, cuya oclusión, simplemente reglamentaria, blanda y depresible, movilizada por los latidos del cerebro, levantada por impulsiones originadas por la tos y los esfuerzos, coloca ese centro nervioso en condición en extremo accesible a los menores traumatismos.

La extensión de la pérdida de sustancia ósea y, sobre todo, su situación en plena región frontal, el lugar de más fácil y peligroso acceso para el cerebro, por los choques y presiones exteriores, constituyen, entre los cirujanos consagrados a la prótesis craneana, las dos indicaciones principales, para esta clase de cirugía reparatriz. Ellas coinciden en nuestro herido para hacer aparentemente imperiosa, la indicación de obturar la enorme pérdida de sustancia craneana que presenta. Nosotros no nos hemos decidido aún a practicarla, porque pensamos que, en un niño de siete años, el desarrollo natural de su esqueleto, influya de manera favorable en la reparación espontánea de su herida craneana, reduciendo al minimum la vasta brecha ósea que hoy existe. Por otra parte, la craneoplastia no puede llevarse a cabo sino después de muchos meses de la cicatrización perfecta, por haber supurado, abundantemente y por largo tiempo, la herida de nuestro enfermo y, para esa época, ya habremos podido apreciar quizás las consecuencias lejanas del accidente traumático que nos ocupa y, mediante nuevas exploraciones neurológicas y radiográficas, precisar si la necesidad de ejecutar una prótesis craneana, se encuentra razonablemente planteada.

El doctor Denegri expone la evolución que ha sufrido el tratamiento de la heridas cráneo-encefálicas abiertas. Se refiere a tres casos que ha tenido ocasión de tratar en los últimos años por la operación precoz e insiste sobre la bondad de las punciones, la repetición y la inyección endo-raquídea de electroargol.

El señor Presidente recuerda un caso que se presentó durante su estada como médico del Hospital Militar, en el que se hizo también operación precoz y el enfermo se restableció.

El doctor Merkel hace alusión a un caso que observó con el doctor Bartón durante su internado en el Hospital "Dos de Mayo".

El doctor Bambarén insiste sobre el aspecto de zona muda que ofrece la región frontal de cerebro a los traumatismo y hace algunos atisbos sobre el síntoma conocido con el nombre de "moria", que se presenta en los tumores cerebrales.

El doctor Pardo Figueroa trata de los trastornos mentales que años después pueden presentar los sujetos que han sufrido estos grandes traumatismos craneanos y refiere un caso que ha observado.

Siendo las 8 p. m. se levantó la sesión.

Dr. Fortunato QUESADA, Secretario.

### Sesión celebrada el 22 de Febrero de 1924

**SUMARIO.**— La comisión organizadora del Tercer Congreso Científico Panamericano invita a la Academia a nombrar delegados.—El Dr. PAZ SOLDAN solicita reconsideración de las reformas de los estatutos y del reglamento, últimamente aprobadas.—El servicio de aviación solicita datos meteorológicos.—El Dr. AVENDAÑO manifiesta que la Academia debe elegir secretario general.—La federación de farmacéuticos comunica su nueva Junta Directiva.—Comunicación de los Dres. P. WEISS y H. M. ROJAS y Sr. A. GUZMAN BARRON intitulada "Caso de esputia en el que se ha encontrado leishmanias".—Comunicación del académico H. F. DELGADO intitulada: "Status Thymicolymphaticus".

*Presidencia: Dr. Max. González Olaechea*

A las 6 y 50 de la tarde, con asistencia de los académicos doctores Arce, G. Fernández Dávila, Eyzaguirre, Delgado, W. Salazar, Quesada, y el secretario que suscribe, el Presidente abrió la sesión.

Leída el acta de la sesión anterior, fué aprobada sin observación alguna.

#### DESPACHO

Oficio de la comisión organizadora del tercer congreso científico pan-americano, por el que se invita a la institución a colaborar en ese certamen científico, nombrando uno o más delegados. A la orden del día.

Comunicación del académico doctor Paz Soldán por la que plantea pedido de reconsideración de las reformas de los estatutos y del reglamento, últimamente aprobados. A la orden del día.

Oficio del Director del servicio de aviación, pidiendo se envíe semanalmente un resumen de los observaciones metereológicas para uso de la Escuela de Aviación. Se acordó contestarle, remitiendo el modelo que puede servir para enviar los datos pedidos, a fin de que haga la impresión.

Oficio del doctor Leonidas Avendaño, en el que manifiesta que, aprobada la reforma de los estatutos, que suprime el cargo de secretario perpetuo, juzga que la Academia debe proceder a elegir al miembro titular que ha desempeñar la secretaría general en el quinquenio 1924-1929. A la orden del día.

Oficio de la Federación Nacional de Farmacéuticos, acompañando su nueva junta directiva. Previa respuesta se mandó al archivo.

## ORDEN DEL DIA

Se designó como delegados al tercer congreso científico pan-americano, a los doctores Juvenal Denegri, Max González Olaccheta y Leonidas Avendaño.

Sometido a discusión el pedido de reconsideración presentado por el doctor Paz Soldán, después de algunas consideraciones se resolvió que quedase aplazado hasta que su autor, que se encuentra en el extranjero, vuelva al país y pueda concurrir a la sesión en que se discuta.

El oficio del doctor Avendaño que se relaciona con la provisión del puesto de secretario general, fué aplazado, para que se discuta después del pedido de reconsideración del doctor Paz Soldán.

### CASO DE ESPUNDIA, CALIFICADO COMO BLASTOMICOSIS, EN EL QUE SE HAN ENCONTRADO LEISHMANIAS

Por los Dres. PEDRO WEISS y HECTOR M. ROJAS  
y el Sr. ALBERTO GUZMAN BARRON

*Miembros de la Expedición médico-científica al Madre de Dios (1924)*

*(Presentada por el Dr. Julián Arce)*

Durante nuestra estadía en Arequipa hemos tenido oportunidad de estudiar en el Hospital Goyeneche, algunos casos de leishmaniasis tegumentaria, uno de los cuales nos ha permitido sacar conclusiones que por su importancia merecen comunicarse a la Academia de Medicina.

Como puede verse en la historia clínica, se trata de un sujeto de espundia desde hace 8 años, durante los cuales ha sido tratado en diferentes oportunidades, tanto en Lima como en Arequipa, sin obtener curación definitiva, habiéndose por el contrario agravado sus lesiones en estos últimos años, en tal forma que le obligaron a hospitalizarse ingresando a la sala "San Juan Bautista" del Hospital ya citado, donde ha sido sometido nuevamente a tratamiento por el tártaro emético (en solución al 1 por 100, series de 1 a 5 c.c. durante 2 años 6 meses), sin detenerse por ello el progreso del mal.

Esta última circunstancia, unida al hecho de no haber encontrado leishmanias en exámenes sucesivos por diferentes médicos de Arequipa, indujo a éstos a pensar que se trataba de lesiones distintas de la leishmaniasis.

En este estado el enfermo es examinado por nosotros y habiendo procedido a hacer frotis de las úlceras, hemos encontrado en todas las láminas verdadera muchedumbre de leishmanias, sin más alteración de la técnica comunmente usada aquí, que haber tomado el producto para los frotis, de las partes profundas de la úlcera.



He aquí la historia clínica:

N. P. de 38 años de edad, de sexo masculino, de profesión zapatero, de raza india, de estado civil soltero. Lugar de nacimiento, Miraflores (Arequipa). Otros lugares de montaña en que ha vivido; por los años de 1914 residió en el Madre de Dios, puerto Sydia, por dos años.

*Antecedentes patológicos.*—Refiere el enfermo que hace 8 años, a consecuencia de la picadura de una espina venenosa, en la montaña, le aparecieron varias úlceras en el cuerpo, en las piernas y los antebrazos. La mayor parte de ellas sanaron pronto, persistiendo algunas que le acompañaron a su salida de la montaña. Hace 4 años estando en Arequipa comenzó a sentir ronquera, afonía y dolor a la garganta. Poco tiempo después apareció en el labio inferior una lesión de tipo ulceroso, que se extendió al labio superior, al lóbulo nasal y tabique cartilaginoso. En 1919 estuvo en Lima, en el Hospital "Dos de Mayo" y sometido a tratamiento mejoró notablemente, hasta casi sanar, pero abandonó el Hospital aun no completamente sano.

*Estado actual.*—Lesiones de tipo ulceroso, que comprometen las siguientes regiones: todo el lóbulo nasal y el tabique cartilaginoso, con aspecto ligeramente botonoso; labios superior e inferior, en sus dos caras y en su borde libre, con aspecto completamente atónico y sin ninguna reacción de los tejidos. La lengua en toda la punta y en la cara superior hasta la base. La bóveda palatina en una pequeña extensión a lo largo de la arcada dentaria. Las encías en sus dos caras. En la región externa de ambos antebrazos. En el codo derecho. En la región externa de ambas piernas.

Enfermo de aspecto caquéctico.

*Examen de laboratorio.*—Extracción de un fragmento de tejido de la región naso-geniana y fijación en formol.

Frotis de la úlcera del antebrazo derecho, 5 láminas; en todas abundantes leishmanias.

Bacilo de Koch: negativo.

Cuti-reacción a la tuberculina: negativa.

Numeración globular y fórmula leucocitaria:

Hematías: 3.680.000.

Leucocitos: 8.000.

Pol. neutrófilos, 84 por 100.

Pol. acidófilos, 2 por 100.

Grandes mononucleares, 1 por 100.

Linfocitos, 13 por 100.

Normoblastos. 1 por 100.

En preparaciones, hechas posteriormente, de la lesión de la nariz se han visto leishmanias en gran cantidad.

Las conclusiones que este hecho nos sugiere, y que trataremos de constatar en otros casos que estudiemos posteriormente, son las siguientes:

*Primera:* que antes de descartar el diagnóstico de leishmaniasis, es preciso verificar exámenes repetidos, llevando la investigación a las partes profundas de los tejidos, zonas en las cuales se refugian las leishmanias, huyendo de las infecciones secundarias.

*Segunda:* que existen razas de leishmanias capaces de proliferar activamente a pesar del tratamiento por el tártaro, constituyendo por lo tanto verdaderas razas de leishmanias tártaro-resistentes.

La resistencia al tártaro ha sido invocada como argumento para separar del grupo de las leishmaniasis algunas dermatosis semejantes. Este argumento no había podido ser debatido categóricamente por la dificultad que hay para encontrar leishmanias en los sujetos portadores de lesiones antiguas, tratadas o no; pero como el caso estu-



*Caso de espundia, calificado como blastomicótico en el que se han encontrado leishmanias.*

diado por nosotros demuestra que pueden existir leismanias en sujetos portadores de lesiones antiguas y sometidas desde largo tiempo a tratamiento, éste argumento pierde todo su valor.

El doctor Arce manifestó que el enfermo estudiado en Arequipa, es el mismo que estuvo hace algunos años en su servicio, en comprobación de lo que presenta una fotografía que demuestra a la vez el progreso destructor de las lesiones. Pide que la Academia otorgue un voto de aplauso a la comisión que dirige el doctor Weiss y que va a las selvas del Madre de Dios. Se aprobó este pedido.

## STATUS THYMICOLYMPHATICUS

Por el Dr. HONORIO F. DELGADO

A pesar de que la fisiología del timo es aún una de las menos bien establecidas, desde hace mucho tiempo se conoce síndromes más o menos bien definidos en la patología de este órgano. En 1829, Johann Heinrich Kopp trató del *asthma thymicum* y de la *mors thymica*; empero, antes que él, y antes que Bichat, el padre de la anatomía general, que había señalado la relación que existe entre la muerte súbita y el grosor del timo, Félix Plater (1614) individualizó el *status thymicus*. Se debe a Arnold Paltauf (1889) la primera formulación de las características del *status thymicolymphaticus*, anomalía de constitución que posteriormente ha sido relacionada por Bartels con un tipo de constitución más amplio, el *status hypoplasticus*, e incorporada, por Bauer, en el *status degenerativus*. También se ha señalado sus relaciones con la diátesis exudativa de Czerni y con la reumática. Heubner, por su parte, ha señalado el *linfatismo*, y algunos autores, especialmente Brugsch, al presente, intentan considerar el *status thymico-lymphaticus* como eventualidad del *status lymphaticus*. El hecho es que la combinación de una serie de factores hereditarios, y acaso condicionales, determina una constitución morbida, caracterizada por la hiperplasia del timo en el niño, y, en el adulto, por la persistencia, con dimensiones propias de la infancia o la niñez (o mayores), de este órgano, que normalmente se atrofia después de la adolescencia; hiperplasia del tejido linfático, generalizada o localizada, radicando con mayor frecuencia en las amígdalas y folículos de la cavidad buco-naso-faríngea, así como en los folículos del intestino y del bazo. Aparte de estas anomalías del tejido linfático, caracteriza al estado en cuestión la deficiencia del desarrollo del sistema cardio-vascular y de algunos órganos de secreción interna, especialmente hipoplasia del tejido cromaffino y de las glándulas sexuales.

A consecuencia de las investigaciones realizadas durante la guerra europea, en sujetos sanos muertos súbitamente por herida, la doctrina del *status thymicolymphaticus* ha atravesado por una verdadera crisis, pues se pudo constatar que el timo y las estructuras linfáticas internas, lejos de sufrir una atrofia tan avanzada como se creía, en la mayoría de los sujetos persisten en proporción que antes se re-

putaba patológica. Lo mismo se ha podido constatar en sujetos muertos después de una infección gripal sobreaguda. Por otra parte, en los suicidas se encuentra frecuentemente abundancia de tejido tímico y linfático, y esto había hecho pensar que la tendencia al suicidio es consecuencia frecuente de tal constitución patológica. El hecho cierto es que el tejido linfático ofrece suma fragilidad, consumiéndose rápidamente por las alteraciones de la nutrición y por las influencias tóxicas, circunstancias que se presentan casi constantemente antes de la muerte en los casos en que ésta no tiene lugar por accidente; de ahí que a la autopsia de la gran mayoría de los casos se encuentre el timo y el tejido linfático completamente atrofiados. Al presente se señala como término medio del peso normal del timo la cantidad de quince gramos. El criterio cuantitativo es, pues, hoy en día, el que permite afirmar, por lo que se refiere al timo, el *status thymicolymphaticus*. Symmers ha constatado el peso del timo en el cadáver de sujetos que habían presentado *status* en forma indiscutible, señalando las cifras siguientes:

De menos de 1 año de edad . . . . .	25 gr. . . . .	13 casos
„ 1 a 5 años . . . . .	18 „ . . . . .	14 „
„ 6 „ 10 „ . . . . .	24 „ . . . . .	5 „
„ 11 „ 15 „ . . . . .	22 „ . . . . .	5 „
„ 16 „ 20 „ . . . . .	23 „ . . . . .	9 „
„ 21 „ 30 „ . . . . .	27.8 „ . . . . .	17 „
„ 31 „ 40 „ . . . . .	33.8 „ . . . . .	3 „

Según las investigaciones de Wiesel, el timo presenta hiperplasia del tejido linfoide y del epitelioides, siendo con más frecuencia predominante el primero, es decir, el que constituye la corteza como elemento histológico principal.

Hace varios años, Friedjung consideraba la vinculación entre la hipertrofia del timo y la del tejido linfático del organismo en general como uno de los hechos más sólidamente establecidos en la patología. Sin embargo, al presente, algunos investigadores piensan de modo distinto. Wiesel considera que no es más frecuente el hallazgo de hiperplasia tímica en sujetos de constitución linfática. Brusgh afirma que el timo grande en el linfatismo no sería sino un exponente cuantitativo de la multiplicación linfocitaria. Bauer piensa que no siempre es el timolinfatismo la causa de los accidentes que se le atribuye, y que la muerte súbita y otras manifestaciones que se observa en los tímico-linfáticos, tienen también lugar tanto en sujetos cuya constitución es sólo el *status thymicus*, cuanto en aquellos en quienes se constata solamente hipoplasia del sistema vascular (como ha señalado Kolisko) o hipoplasia del sistema cromafino (Hornowski) o aun en ausencia de todos estos factores. De todos modos, el *status thymicolymphaticus* propiamente dicho tiene, como factor constitucional dominante, una anomalía anatómico-funcional del timo (Hart).

La hiperplasia del tejido linfático en los diversos órganos, es un signo constante, aunque variable la localización. La más frecuente es la de los folículos y amígdalas de la lengua y de la cavidad nasofaríngea. La del intestino es muy frecuente. La de los ganglios del cue-

llo, de la axila, de la ingle, etc., no es rara. Respecto al bazo, las estadísticas son contradictorias. Mientras para algunos autores es signo casi constante, para otros se presenta únicamente en el 30 por 100 de los casos.

La médula ósea suele presentarse alterada, hiperplásica. La sangre exhibe linfocitosis y mononucleosis, neutropenia; menos frecuentemente, eosinofilia, disminución de la coagulabilidad y anemia o clorosis.

El sistema cardio-vascular se halla en todos los casos insuficientemente desarrollado. El corazón es pequeño, o dilatado secundariamente. El miocardio es infiltrado de elementos linfoides, nódulos, células redondeadas (Rieder). La degeneración grasosa es frecuente. Se ha constatado asimismo la degeneración granulosa. Los vasos son estrechos, especialmente la aorta, de tipo infantil; la capa muscular de las arterias es de un desarrollo particularmente pobre. Brugsch ha encontrado la hipoplasia cardio-vascular en todos los casos de linfatismo constitucional, primario. En los casos en los que no pudo comprobar este estado vascular, constató que las causas del linfatismo eran condicionales, es decir, adquiridas (sepsis de las amígdalas): siendo tal linfatismo reaccional, secundario. Un problema por resolver es si la causa del linfatismo es la hipoplasia vascular o viceversa. Según Brugsch, lo primero sería lo más verosímil, interviniendo la hematopoiesis en el proceso determinante.

Síndrome coordinado muy frecuentemente con el anterior, aún fuera de la intervención del timo, es la hipoplasia del tejido cromafino y de las glándulas sexuales, que en el *status thymicolymphaticus* se presenta como regla general. Matti y Hornowski admiten como causa de la hipoplasia del tejido cromafino exclusivamente la hipertrofia tímica, lo cual está en desacuerdo con la experiencia de una serie de investigadores (Pende, Hart, Hedinger, etc.), que han constatado dicha hipoplasia en ausencia del *status thymicolymphaticus*. Contrariamente a la regla, Pulawski ha constatado en un caso de *mors thymica* (con un timo de 47 gr.) hiperplasia de la médula de las cápsulas suprarrenales. Aparte del hipogenitalismo, ya indicado, se ha encontrado la esclerosis precoz de los ovarios y del tejido seminífero (Kyrle). Además se ha señalado otras alteraciones endocrinas en este estado constitucional, como hipertiroidismo, hipopituitarismo, hipoparatiroidismo, etc.

Existen todavía en el *status thymicolymphaticus* otras anomalías dignas de tomarse en cuenta. El desarrollo esquelético, aunque a veces normal, frecuentemente se presenta alterado: retardo de la osificación de los cartílagos epifisarios, aumento relativo del diámetro ánteroposterior del cráneo, bóveda del paladar elevada, ojival, falta de desarrollo del maxilar inferior y de la mastoides, delgadez de los huesos largos, estrechez y alargamiento del tórax, eminencia de las escápulas, amplitud de la pelvis, lordosis, encorvamiento del fémur, costillas cervicales flotantes, pie plano, formación heteroplástica de diversos huesos, etc. En el sistema nervioso: hipertrofia cerebral, tumor cerebral, anencefalia, etc. En los órganos interno: distopia de los riñones, degeneración quística, longitud excesiva del intestino y del apéndice, hiperlobulación del pulmón, persistencia del *foramen ovale*, criptorquidia, etc.

En conexión con las anomalías mencionadas, el *status thymicolymphaticus* presenta una sintomatología variada y en veces copiosa. Señalaremos especialmente los síntomas constantes y los más frecuentes. Piel fina, seca, pálida y aterciopelada (sobre todo en los niños). Dientes mal distribuídos, predominio de los incisivos medios—que son grandes—sobre los laterales, menguados; fragilidad del esmalte. Iris irregularmente pigmentado; pupila excéntrica. Distribución del pelo de carácter femenino, en mayor o menor grado: pobreza de pelos en la barba y bigote, así como en el pecho, axilas y pubis, donde el contorno suele sufrir inversión del tipo (no elevándose en la línea media hasta el ombligo). Pequeñez de la eminencia del cartílago tiroides (manzana de Adán). Glándula tiroides crecida. Epiglotis infantil, en forma de omega. Voz atiplada; respiración difícil, entrecortada, paroxismos de asfixia. Curva de las caderas y de los hombros de carácter femenino. Homosexualidad. En las mujeres también se realiza la inversión de los caracteres sexuales secundarios, *mutatis mutandis*. Insomnio, fatigabilidad, escasez de energía muscular, astenia. Arterioesclerosis, hipotensión arterial, inestabilidad del corazón, palpitaciones, tendencia al *shock*, propensión a los edemas, a la infiltración del tejido subcutáneo por la grasa, variación del peso, hipotermia, hemorragias, várices. Deglución a veces laboriosa, úlcera gástrica, constipación, prosis de diversas vísceras abdominales, cirrosis atrófica del hígado. Eppinger y Hess han señalado la prevalencia de la vagotonía; Hoxie, por el contrario, sostiene la preponderancia del sistema nervioso simpático, diciendo que frecuentemente es positiva la prueba de Goetsch. Parece justificar la aserción de Eppinger y Hess el descubrimiento de los efectos del extracto de los ganglios, la *linfoganglina* de Marfori, sobre el sistema nervioso vegetativo, deprimiendo el tono del simpático y estimulando el del parasimpático. Mazzerella ha confirmado experimentalmente este efecto en su manifestaciones hematológicas: la producción de eosinofilia y mononucleosis. La linfoganglina, según las observaciones de Marfori y Chistoni, sería la hormona antagonista por excelencia de la adrenalina. Esto acaso explicaría que en los sujetos timolinfáticos el sistema cromafino se encuentre hipoplásico. Por lo demás, la experiencia ya nos enseña a ser muy cautos en materia de generalizaciones acerca del vegetativo.

El diagnóstico del *status thymicolymphaticus* requiere tener en cuenta, especialmente, las manifestaciones del sistema linfático, del sistema circulatorio, del cromafino, del aparato genital, y, ante todo, del timo, sin descuidar, naturalmente, los otros signos señalados. Insistiremos sólo sobre las del timo. La percusión, que permite fácilmente el diagnóstico en los niños, para lograrlo en los adultos requiere un dominio absoluto de la técnica. Von Neusser aconseja una percusión suave o de intensidad media en el primero y en el segundo espacio intercostal, al lado del manubrio esternal, donde, en caso positivo, se constata amortiguamiento del sonido, en una zona de uno a dos centímetros de ancho, a la izquierda. Hoxie indica la percusión sobre el manubrio mismo, lo que, he probado, es muy aleatorio. Es menester, naturalmente, descartar la posibilidad de la existencia de ganglios linfáticos hipertrofiados en el mediastino, pa-

ra lo cual se aconseja practicar la maniobra D'Espine, que consiste en auscultar la voz cuchicheada por debajo de la espina de la séptima vértebra cervical, que se dice que da resultado positivo en el caso de ganglios hipertrofiados. Este signo, según lo he comprobado, carece en absoluto de valor, pues lo he constatado en sujetos en los cuales se ha evidenciado la ausencia de tales elementos en el mediastino. Es menester descartar, así mismo, la posibilidad de dilatación de la aorta, lo que no es difícil. Para la apreciación de la persistencia del timo con dimensiones anormales y para excluir el aneurisma de la aorta, etc., los rayos X son un auxiliar precioso, aunque sus datos, cuando negativos, no tienen un valor decisivo. En caso de revelar una obscuridad en el mediastino, por encima de la aorta, y extendiéndose hacia la izquierda, el diagnóstico de timo crecido es fundado. Conviene, no obstante, excluir la posibilidad de ganglios mediastínicos, para lo cual hay que hacer tomar al paciente la posición de Vaquez y Bordet, que permite ver la claridad (o lo sombra de los ganglios mediastínicos o traqueobronquicos, en el caso de que existan) que hay entre la aorta y la columna vertebral. Un estrechamiento del esófago a la altura del timo es un indicio precioso en el sentido de la hipertrofia. Esto hemos podido constatar en nuestro caso I, examinado bondadosamente por nuestro excelente colega Prof. Dr. E. Campodónico.

El *status thymicolymphaticus* es causa o factor asociado de algunos síndromes importantes, como el asma tímica, la *myasthenia gravis*, la tetania tímica, la prostatitis tímica, la leucemia linfática aguda, y otros trastornos endocrinos pluriglandulares. No trataremos de ninguno de ellos, sino de la *mors thymica*. La muerte súbita, como ya hemos dicho, constituye el fin más frecuente de los sujetos—siempre fácil presa de la enfermedad—cuya constitución pertenece al tipo de inferioridad orgánica de que tratamos. Una influencia exterior, que para un sujeto de constitución normal apenas alteraría su equilibrio orgánico, para un sujeto tímico-linfático puede ser causa de muerte: tal es el caso de una fuerte emoción, un baño, una droga (especialmente alcohol, narcóticos, sueros, salvarsán, mercurio), la anestesia, una operación quirúrgica insignificante, un traumatismo, una infección banal, etc., etc. De ahí el inmenso significado del diagnóstico de la constitución para una intervención médica o quirúrgica, y su gran valor en medicina legal y en materia de pronóstico para el seguro sobre la vida. La causa inmediata de la muerte es difícil de precisar, probablemente el mecanismo varía, según las características constitucionales de cada sujeto y el momento de la constelación funcional, siendo muy ardua la interpretación *post mortem*, dadas las variaciones que suceden al éxito letal. Se ha indicado la hipertimización, la sofocación y la capitulación cardiaca por compresión del corazón, por compresión del vago, por infiltración linfocitaria del miocardio, por degeneración grasosa y de otra índole del mismo con atrofia de la fibra; por la carencia de adrenalina; por el acúmulo de noxas no neutralizadas, etc. Hammar ha constatado una notable disminución de los corpúsculos

de Hassall en el timo de sujetos que han acabado por *mors thymica*. Repara, sin embargo, que no considera esta disminución como la causa inmediata de la muerte, sino "como una expresión del estado producido por otras partes del organismo, posiblemente por otros órganos endocrinos". Es menester recordar que considera los corpúsculos de Hassall—que en el *status* se encuentran mermados—como órganos de actividad antixénica, y piensa, con Barbara, que el timo tiene como función, encarnada en los dichos corpúsculos, suministrar a los fragocitos substancias estimulantes para su acción defensiva, teniendo muy otra misión el tejido linfoide, o sea, la producción de linfocitos. Eppinger sostiene la posibilidad, sobre todo en el caso de la anestesia, de que la muerte sea debida a detención o fibrilación del corazón, por hiperexcitación del vago (acaso por vía refleja del trigémino), ya hipertónico por el mismo estado constitucional. Mc. Neil aventura la hipótesis de la anafilaxia. Sajous piensa en una alteración del metabolismo del fósforo. Las teorías abundan.

Respecto a la etiología del *status thymicolymphaticus*, la cuestión es muy imprecisa; lo único cierto es que se presenta en unión de una serie de estigmas degenerativos, sugiriendo esto la posibilidad de que para que se genere necesita la conjunción de varios factores hereditarios patológicos en actividad. Se ha constatado multiplicidad de casos en una familia; pero esto no es la regla. Algunos autores, de los que el más absolutista es Lefevre, atribuyen el origen a la sífilis hereditaria. Pende da valor a la diátesis reumática de los antecesores. Hace falta, a este respecto un estudio genealógico. Pfaunders ha hecho el heredoanálisis de dos familias en las que muestra la transmisión del *status lymphaticus*, que, como hemos dicho, se considera inclusivo del *status thymicolymphaticus*. Tomamos los esquemas de la obra de Baur, Fischer y Lenz. Según algunos autores (Lubarsch, Pende, Timme), puede ser adquirido en ciertos casos, es decir, no constitucional, en el sentido restringido del término, apareciendo en la pubertad, cuando comienza en los sujetos normales la involución del timo. Se trataría de una hipertrofia del timo, compensatoria, secundaria a anomalías de determinadas glándulas de secreción interna, como hipogenitalismo (de ahí que en los eunucos se encuentran hipertinismo), hipocromafinismo, hipertiroidismo, etc., o a causa de síndromes pluriglandulares. Pighini, citado por Pende, admite la aparición del *status thymicolymphaticus*, con muerte súbita, a causa de traumatismos psíquicos reiterados.

El *status thymicolymphaticus* acompaña con relativa frecuencia, según Bauer, a la epilepsia constitucional, por ser ambos resultado de la constelación de una serie de estigmas, que los coloca bajo una designación común—e inclusiva de otras manifestaciones constitucionales serias—, esto es, el *status degenerativus*. Por ende, acompaña también a otras neurosis. Davis, basándose en estudios estadísticos en el ejército, considera el *status thymicolymphaticus* como causa predisponente de las neurosis, ya que ha podido comprobar la frecuente asociación de ambos. Sin embargo, los psiquiatras prestan poco interés a esta importante forma de constitución patológica. Así, por ejemplo,



Kraepelin, en la octava edición de su tratado mayor, de más de dos mil trescientas páginas, apenas le dedica algo más de la mitad de una (*Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Leipzig. 1915 Vol. IV. p. 2253), Bleuler no lo menciona siquiera en su *Lehrbuch der Psychiatrie* (2. Auflage. Berlín. 1918. 546pp.) La circunstancia de que simultáneamente hayan existido en mi servicio, donde la población de epilépticos de mínima, dos pacientes de esta enfermedad con *status thymicolymphaticus*, como lo acreditan las historias siguientes, es muy sugestiva de la relativa frecuencia de tal anomalía constitucional entre los epilépticos. Vale la pena hacer una investigación sistemática. A ello invito a mis colegas, que tienen la población mayor de dichos neurópatas.

En la bibliografía médica peruana no se encuentra hasta el presente una sola contribución al asunto del *status thymicolymphaticus*, a pesar de que no está en blanco la página sobre las causas de la muerte súbita. Pero yo no soy quien, entre nosotros, ha hecho el primer diagnóstico. Este se debe a mi maestro el Prof. Dr. Juvenal Degenri, quien, en 1916, cuando era yo su alumno, hizo un diagnóstico *post mortem*, con autopsia, ocupándose del asunto en una lección especial.

Caso I.—T. G., varón, raza blanca, 22 años de edad, epiléptico.

*Antecedentes hereditarios:* Su padre era reumático, alcohólico y fumador moderado; de vida libertina, muy dado a los placeres sexuales. Murió en 1915, de 45 años de edad, a consecuencia de hemorragia cerebral. Su madre: vive sana, tiene 42 años y ha tenido los siguientes hijos: 1° el paciente, 22 años; 2° varón, vive, 21 años, reumático y zurdo; 3° varón, murió, se ignora la causa; 4° varón, vive, 19 años, sano; 5° mujer, vive, 18 años, sana; 6° mujer, murió, se ignora la causa; 7° mujer, vive, 15 años, sana; 8° mujer, vive, 13 años, sana; 9° varón, murió *in utero* presentando manchas dérmicas; 10 varón y 11 mujer, gemelos., viven, 10 años, sanos.

Con diversas mujeres el padre tuvo otros hijos, pero el paciente recuerda únicamente los que viven, que son: nacidos antes que el paciente: 1° varón, vive, reumático, 36 años; 2° varón, vive, sano, 24 años. Nacidos en el mismo año que el paciente: 3° varón, vive sano, 22 años; 4° y 5° mujeres, gemelas, viven, sanas, 22 años. Nacido posteriormente al paciente: 6° mujer, vive, sana, 10 años.

*Anamnesis:* Enuresis nocturna diariamente, hasta que sobrevinieron los ataques de epilepsia y ha cesado hace dos años, al ser tratado en mi servicio, donde ha desaparecido. Ha padecido de sarampión, disentería, paludismo, *catarros frecuentes, ataques de asma*, que se manifestaron contemporáneamente a la epilepsia y han cesado hace dos años.

*Historia de la enfermedad.*—A la edad de 8 años presentó mioclonias tipo Kojewnikotff, localizadas en los músculos de la región labial, lado derecho, desviando la boca hacia atrás, abajo y a la derecha. Estas contracciones clónicas, se presentaban varias veces al día, aumentando en intensidad y número hasta que, a los 12 años, a este preludeo mioclonico de tipo facial, siguieron las contracciones tónicas del miembro superior y después del inferior del lado derecho, durando cada acceso uno o dos minutos. Hacia los 16 años, estos accesos fueron más intensos, acompañándose a veces de pérdida del conocimiento, pero momentáneamente. Los estados de excitación emotiva eran, a veces, causa aparente del estallido del acceso. En la inmensa mayoría de las veces, los ataques no producían la caída, y si ésta se realizaba, era

debido a que el acceso había sido muy intenso. Se ha observado a veces incontinencia de orina. Después los accesos eran muy repetidos y subintrantes, tantos que no podían ser contados. En estas condiciones fué indicado su traslado a Lima para que se internase en el Asilo. Refiere que en aquella época los accesos se iniciaban por mioclonias faciales derechas, seguidas por las braquiales y crurales del mismo lado; sobreviniendo contracciones tónicas. El brazo se encuentra en aducción, el antebrazo, la mano y los dedos flexionados; el pulgar en aducción y flexión. El cuerpo se inclina hacia adelante y a la derecha, pero no cae ni hay pérdida del conocimiento. Hay desviación de la mirada—de allí que no pueda ver perfectamente—pero desaparece inmediatamente después del ataque. La función auditiva no está perturbada. No puede articular la palabra.

Manifestaciones de origen simpático: palidez, alteraciones respiratorias y cardíacas, traspiración y salivación. Se muerde la lengua. Micción involuntaria. Después del ataque persisten alteraciones en la articulación de la palabra. Las facultades intelectuales están abacadas, siente embotamiento cerebral. Durante el día los ataques eran más repetidos, pero durante la noche adquirían mayor intensidad. Cuando el ataque se realiza durante la noche está precedido generalmente por sueños, en los que se ve atacado y agredido, y pretende defenderse. Al despertar se inicia el ataque. Estos ataques nocturnos van seguidos, al despertar, de un embotamiento intelectual más pronunciado, pero desaparece una vez evacuado el intestino, cuya necesidad siente imperativamente. En la actualidad, gracias al luminal y a la opoterapia, los accesos se han espaciado mucho y están reducidos en la inmensa mayoría al tipo facial.

*Examen actual.—Datos antropométricos:* Estatura: 1.70 m; peso 60.900 kg.; cráneo: circunferencia horizontal: 56.5 cm.; diámetro sagital: 19.5; diámetro frontal: 15.5; diámetro vertical: 23.8; altura de la cara: 19.5; perímetro del tórax en inspiración: 85.2; idem en expiración: 80.6; perímetro del abdomen: 73.2; perímetro de las caderas: 91.2; anchura de los hombros: 37.4; anchura de la pelvis: 27.8; longitud del brazo izquierdo: 75.3; longitud de las piernas: 80.2.

*Examen somático.—Inspección:* la coloración de la cara es de un rojo vivo. Ojos brillantes y algo prominentes, iris bruno con manchas claras, nariz afilada, boca entreabierta, labio inferior ligeramente caído hacia la derecha, escasez de pelo en la barba y los bigotes; folículos linfáticos de la V lingual muy crecidos, amígdalas ligeramente aumentadas, granulaciones linfoides crecidas en la faringe, ganglios del cuello ligeramente aumentados al lado derecho; paladar algo ojival, incisivos medios superiores muy anchos, faltan algunos dientes y otros cariados. Cuello alargado, manzana de Adán invisible; la inclinación de los hombros muy acentuada, de forma algo femenina; en la parte anterior e izquierda del manubrio esternal se percibe un ligero abombamiento; la distancia media entre las costillas y las crestas ilíacas es exigua; la distribución de pelos en el tórax es muy pobre; no se distingue uno solo sobre la cara anterior del tórax, salvo los que bordean la tetilla. En las extremidades inferiores la distribución de los pelos es abundante.

*Palpación.*—Las dos últimas costillas flotan libremente. Bazo accesible.

*Percusión.*—Area de matitez cardíaca relativa aumentada. Por encima de la matitez cardíaca, entre la línea látero-esternal y mamilar, por debajo de la clavícula, hay matitez. El bazo se percibe aumentado de volumen, sobrepasa el reborde costal; el hígado igualmente está aumentado de volumen. Reflejo rotuliano abolido.

*Auscultación.*—Ligeros estertores en el vértice del pulmón izquierdo.

El sujeto es propenso a pesadillas y sueños eróticos, masturbador de hábito, pero moderado; la cólera es un incitante para su práctica

onanística. Líbido sexual y erecciones deficientes. Muy fatigable, asténico, sobre todo en las tardes. Se queja de irritaciones oculares. Tiene la palabra entrecortada y de tonalidad alta. Suspiros largos y frecuente. Constipación intestinal. Bazo doloroso cuando corre el paciente. Sensibilidad embotada en las extremidades inferiores. Sospecha de homosexualidad.

Con relación a los exámenes químico, serológico y citológico de la sangre y líquido céfalo-raquídeo, hay que mencionar la presencia de una eosinofilia de 6.5 por 100 y una monocitosis del 37 por 100.

mononucleares . . . . .	24 por 100
linfocitos . . . . .	13 " "

Reacción de Wassermann, negativa, tanto en la sangre como en el líquido céfalo-raquídeo.

La temperatura habitual del sujeto es de 35° 2 en la mañana, y 36° en la tarde. El peso de trimestre a trimestre oscila entre 60.500 y 63.500 kg.

La tensión arterial, medida con el oscilómetro de Pachon, es de 12 la máxima y de 8½ la mínima.

La prueba de la función tiroidea acusó como máximo aumento de pulsaciones el de 15, que tuvo lugar el segundo día de administración de extracto de tiroides, o sea 0.056 gr. tres veces *pro die*. El primer día de cesación de tiroides, el pulso retornó al número normal (entre 60 y 64). No acusó síntoma alguno de tirotoxicosis. (La técnica de la prueba que hemos seguido es la de Harrower, según fórmula de Nolan D. C. Lewis y Gertrude R. Davies: *Journal of Nervous and Mental Disease*. LIV. 5, p. 389).

La prueba a la adrenalina—reacción subepidérmica de Ascoli y Fagioli—acusó reacción fuertemente positiva, con una evolución rápida, durando 1 hora 27 minutos. (La técnica es la que he introducido en mi servicio y se detalla en el trabajo de mi ex-interno, Sr. Delfín C. Espino: *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*. IV. 2, 1922. pp. 102-3).

El reflejo óculo-cardíaco, practicado ocho veces, tiene el promedio siguiente: pulso 63|64.75; respiración 17.75|16.62.

Mancha eritematosa de Marañón, positiva.

Raya blanca de Sergent, negativa.

Raya de Trousseau, fuertemente positiva.

*Examen radiológico.*—En posición frontal: al examen del tórax se nota la aorta ascendente algo dilatada; por encima del cayado aórtico, situada en la mitad izquierda del esternón, se vé una sombra; ligera oscuridad en el vértice pulmonar izquierdo. En posición oblicua anterior derecha: no se distinguen ganglios y sí la sombra por encima del cayado aórtico; iguales indicaciones en la oblicua izquierda. Se le hizo ingerir una papilla opaca y se detuvo a nivel de la sombra del timo, persistiendo durante largo tiempo. Cabeza nada importante. Abdomen, estómago ptosado, fundus a nivel de la cresta ilíaca, hígado y bazo aumentados de volumen.

*Caso II.*—A. Z., varón, raza blanca, 23 años de edad, psicosis epiléptica.

*Antecedentes hereditarios.*—Padre sífilítico (?), bebedor, fumador, muy dado a los placeres sexuales, de carácter variable, tan pronto se mostraba amable como irascible; con su esposa vivió en constante discordia. En los últimos años de su vida padeció de la dentadura y de mal de Brigh. Murió a los 65 años de edad. Su madre, de carácter amable, bondadosa, nerviosa, susceptible a la menor contrariedad. Padeció de hernia. Tuvo trastornos mentales que no hay persona que pueda precisar. Murió nueve meses después de su esposo.

Se sabe que tiene tres hermanas legítimas y una natural. No tiene hermanos. La hermana natural es la mayor y vive sana. De las otras

tres, una ha muerto y viven dos, la menor es alienada, desde hace diez años, con diagnóstico de demencia precoz, y la menor es sana, pero de carácter retraído. El sujeto es el menor de todos.

*Historia de la enfermedad.*—Desde la edad de cinco años, ha tenido lo que él llamaba "escarapelamientos" (sensación de contractura localizada, acompañada de cierta emoción desagradable) en el brazo derecho; partiendo del biceps, ~~ese~~ se generalizaba. Otra forma de "escarapelamientos" consistía en sensación de ataque inminente; eran muy fugaces. Tales "escarapelamientos" se sucedían con frecuencia cada vez mayor, hasta que, a la edad de 12 años, tuvo el primer ataque con pérdida del conocimiento. Este ataque fué nocturno, sobreviniendo pocas horas después de una cólera que tuvo con una de sus hermanas, a causa de su carácter violento desde temprana edad. Después de este ataque sólo le daba "escarapelamientos" que pasaban inadvertidos para la familia. El segundo ataque que recordaba, lo tuvo a los 14 años, siendo causa aparente el cansancio, pues, fué víctima de él, inmediatamente después de una excursión fatigosa. Después los ataques fueron muy frecuentes, habiendo llegado a tener cinco en un día. Los ataques iban disminuyendo poco a poco en número, pero no en intensidad, habiendo llegado a pasar hasta cuarenta días sin ningún ataque. Los estados de irritabilidad fueron causa aparente del estallido de los ataques.

A la edad de 18 años, a consecuencia de un ataque, le sobrevinieron trastornos mentales con alucinaciones e ideas delirantes. Como tales manifestaciones de alienación continuaban, apesar de una medicación desintoxicante, además de bromuros y baños sedantes, le internaron al Asilo.

*Otros antecedentes personales.*—Fué muy apegado a su madre, quien le quería y mimaba en exceso. Hasta los 6 años le vistió como niña, le rizaba el cabello. De carácter violento, se irritaba de hechos fútiles; indócil. De inteligencia mediocre, no tenía vocación alguna. Entró al colegio a temprana edad, siguiendo, con intervalos, hasta los 17 años. Poco aprovechado. Debe haber mostrado alguna tendencia a la homosexualidad, pues, sus compañeros le trataban de "tonto" de "maricón". Ha sido muy tímido para hablar de amor, no ha tenido ni una sola enamorada; si enamoraba, decía, no le hacían caso. A este respecto tenía mucha envidia de sus primos, quienes con facilidad conseguían mujeres. Algunas veces intentó masturbarse, no habiendo logrado nunca ni placer ni eyaculación. Con frecuencia sufría de constipación. A los 14 años tuvo úlceras en las piernas, que le obligaron a hospitalizarse. Le diagnosticaron sífilis. Aplicáronle inyecciones de neosalvarsán, alternadas con aceite gris. Sanó de dichas úlceras con el tratamiento y no así de los "escarapelamientos" ni del ataque. A los 17 años abandonaba definitivamente el colegio y se ocupa como cobrador en una casa comercial, empleo que le trajo muchas molestias, por su fácil irritabilidad.

*Diario.*—Ingresó al Asilo el 2 de enero de 1919. Los ataques eran fuertes y continuos, aproximadamente dos o tres veces por semana. Por temporadas eran subintrantes, después de los cuales quedaba en estado inconsciente, delirante. Los ataques casi siempre eran diurnos y generalmente tenían estas manifestaciones: se iniciaban con aura, sensación de movimiento en los músculos, palidez de la cara. Había grito, aunque no siempre, caída fuerte e inmediata, pérdida completa del conocimiento, contracciones tónicas y clónicas generalizadas, muy acentuadas en los músculos de la cara, desviación de los globos oculares hacia la izquierda, flexión de los dedos, guardando el pulgar contra la palma, debajo de los otros, mordedura de la lengua, salivación abundante y espumosa, respiración estertorosa, a veces, micción. Duraban los ataques de 4 a 6 minutos. Al ataque casi siempre seguía un sueño profundo, por espacio de 20 a 30 minutos. Después del ataque las facultades intelectuales estaban obnubiladas, sentía em-

botamiento cerebral. El luminal actuó eficazmente en el tratamiento de los ataques, pues, de tan fuertes y reiterados que se sucedían, disminuyeron en número e intensidad, habiendo dejado de darle hasta más de un año.

Los trastornos digestivos eran notorios y tenaces. Sufría de constipación, que sólo corregía la administración de extracto de cuerpo tiroideo. Periódicamente, durante el tratamiento opoterápico (tiroides, paratiroides, extracto testicular, etc.) se presentaban diarreas. Sufría de resfriados y catarros muy frecuentes. La reacción de von Pirquet fué negativa. Le aparecían forúnculos, periódicamente, en distintas regiones del cuerpo, especialmente en el cuello. El se creía sifilítico por herencia. La reacción de Wassermann en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo ha sido negativa. El examen histo-químico del último, arrojó lo siguiente: albuminosis 0.220 por mil, linfocitos 2 por mm<sup>3</sup>.

Muy fatigable, después de algún ligero trabajo, respiraba con dificultad y se sentía cansado. Suspiraba fuerte y con frecuencia, sin causa manifiesta. La resistencia muscular era muy pobre; ejecutaba cualquier trabajo con dificultad y no bien hecho. Algo miope, usaba anteojos.

*Datos antropométricos y examen somático.*—Talla 1.65 m. (a los 19 años). Circunferencia craneana: 51; diámetro ántero-posterior: 17.5; diámetro transverso: 15. Peso variable entre 54 y 65 kg., con oscilaciones de un trimestre a otro hasta de 6.500 kg. Tórax alargado y estrecho, alado. La distancia entre las crestas ilíacas y las costillas muy estrecha. Ombligo algo elevado, pelvis ancha, de forma femenina. Las extremidades inferiores muy alargadas, las superiores también más que lo normal. La coloración de la cara rubicunda, el resto del cuerpo blanco pálido. Piel de aspecto pastoso, casi siempre infectada, acné, forúnculos, etc. Adiposis fofa, característica *del status thymicolymphaticus*, sobre todo los dos últimos años. Ojos pequeños, casi siempre con anisocoria. Párpados inflamados con frecuencia. Nariz afilada. Boca delgada y algo entreabierta, algunas veces dejaba caer saliva involuntariamente. Pelo escaso y fino en la barba y los bigotes; muy poco y pequeño en el cuerpo, con distribución femenina, típica, sobre todo, en el pubis. Ni un solo pelo en el pecho. Amígdalas marcadamente aumentadas. Propenso a inflamaciones de las amígdalas y folículos nasofaríngeos. Ganglios cervicales hipertroficados, tanto que alguna vez se pensó en una adenitis tuberculosa. Paladar francamente ojival. Implantación dentaria anómala: faltaban muchos dientes y otros eran cariados. Sufría de frecuentes dolores e inflamaciones en las encías. Cuello corto. Manzana de Adán poco visible. Hematomas espontáneos en la parte posterior del pabellón de la oreja izquierda. Inflamación frecuente de los ganglios inguinales, lado derecho. Más de una vez se quejó de dolor al hipocondrio izquierdo, y se pudo constatar que el bazo era grande, sin que nunca hubiera sufrido de malaria. La circulación precaria, anormal: sentía el corazón, se quejaba de dolor y palpitaciones. Se llevaba constantemente la mano al corazón para mitigar el dolor o angustia que experimentaba: decía que el corazón se le oprimía. El pulso variaba, en tranquilidad, 60 al minuto, pero en las crisis de taquicardia paroxística llegaba a 130. Respiración anormal; tenía períodos de disnea. Padeció de catarros y resfrios muy frecuentes. Función genital: hipoevolución de los órganos genitales. Nunca practicó el coito, ni tuvo eyaculación. Pocas veces ha tenido erección del pene; aprovechando de tan raras oportunidades, practicaba deliberadamente la masturbación, sin llegar jamás al orgasmo. Le preocupaba mucho su impotencia. Declaraba sentirse algo femenino. La homosexualidad era evidente: más de una vez tuvo diálogos del tenor: "Yo le dijera una cosa, pero Ud. se molesta, seguramente". No me molesto, diga. "Si yo fuera mujer, yo le daría mi cuerpo, y si Ud. fuera mujer y yo tuviera plata, yo la haría mío; y si fuera pobre yo lo o la poseería por la fuerza". Actividad onírica: propenso a pesadillas

y ensueños, en los que aparecían escenas de su vida pasada y motivos eróticos, de homosexualidad francamente pasiva.

La prueba a la adrenalina, realizada en enero de 1922, dió como resultado una reacción disminuída, con una evolución de 1 h. 50' (El protocolo del caso se encuentra en la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*, IV. 2. 1922. p. 111).

Reflejo óculo-cardíaco, comprobado una sola vez, en setiembre de 1921, acusa las cifras siguientes: pulso 60/62, respiración 20/14.

Reaccionó bien a la administración de extracto tiroideo, por cuya razón se le dió frecuentemente pequeñas dosis; como se ha dicho, era lo único que podía vencer la constipación del paciente.

El 3 de noviembre de 1923, pocos minutos después de haber tomado 15 gramos de aguardiente alemán, con 30 gr. de jarabe de nerprun, en la solución habitual, tuvo un ataque, epiléptico en apariencia, durante el cual murió súbitamente. Desde hacía más de un año gozaba de completo bienestar, habiendo mejorado hasta en lo relativo al carácter y a la inteligencia (en pocos meses aprendió a hablar admirablemente italiano). Ya se había notificado a la familia para que le buscara una ocupación apropiada, para que pudiese salir del Asilo, con la sola condición que siguiese usando el luminal, que no dejaba desde tres años antes.

A nadie que examine con atención este par de historias clínicas se le puede ocurrir dudar del diagnóstico de *status thymicolymphaticus*. En el primer caso ofrecemos la evidencia. La *mors thymica* del segundo caso se impone, a despecho de la falta de ciertos datos que no se pudo recoger en vida del sujeto, y a pesar de que la autopsia no pudo realizarse, por circunstancias que no es del caso mencionar.

Hemos sido prolijos en los detalles, al referir las historias clínicas, porque es nuestra convicción que las características especiales de cada caso—acumulándose las observaciones—pueden permitir el mejor conocimiento de este estado constitucional y establecer una clasificación de las variedades, ya que, como insisten los más recientes investigadores, en especial Timme, Hart y Birk, son múltiples los factores que intervienen en la patogenia, y variable el compromiso de las diversas glándulas de secreción interna.

Hubiéramos querido hacer algunas investigaciones farmacológicas, como por ejemplo la prueba a la atropina por vía endovenosa (según el método de Danielopolu, que al presente ensayamos en mi servicio), pero la fragilidad de los timolinfáticos obliga a evitar ponerlos en peligro de muerte con tales tentativas.

### TRABAJOS CONSULTADOS

Julius Bauer: *Die konstitutionelle Disposition zu innere Kraheiten*. 2. Auflage. Berlín. 1921. 650 p.

Edwin Paur, Eugen Fischer, und Fritz Lenz: *Grundris der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene*. 2. Auflage. München. 1923. 2 Vol. 8ro p.

Birk: "Die innere Sekretion der Thymusdruese", *Muenchener Medizinische Wochenschrift*. LXX. 50. 1923. p. 1472-1475.

Theodor Brugsch: *Allgemeine Prognostik oder die Lehre von der aertlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen*. 2. Auflage. Berlín, Wien. 1922. 623 p.

Thomas K. Davis: "Status lymphaticus: its occurrence and significance in war neuroses". *Archives of Neurology and Psychiatry*. II 4. 1919.

Hans Eppinger: en H. Luedke, C. R. Schlayer: *Lehrbuch der pathologischen Physiologie*. Leipzig. 1922. p. 111-115.

J. Aug. Hammar: "New views as to the morphology of the thymus gland and their bearing on the problem of the function of the thymus", *Endocrinology*. V. 5 y 6. 1921.

C. Hart: *Die Lehre vom Status thymicolymphaticus*. München. 1923. 127 p.

George H. Hoxie: en Lewellys F. Barker: *Endocrinology and Metabolism*. New York, London. 1922. 4 vols., Vol. II. p. 395-421.

Smith Ely Jelliffe and William A. White: *Diseases of the Nervous System*. 2n. Edition. Philadelphia, New York, 1917. 938 p.

Arturo Mazzarella: "Modificazzioni della formula leucocitaria prodotte dalla linfoganglina", *Haematologica*. III 7. 1922.

Nicola Pende: *Le debolezze di costituzioni*. Collezioni Bardi. Roma. 1922. 2 Vols. 301 p.

H. Rieder: "Rundzelleninfiltrate in Myokard bei Status thymolymphaticus". *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XCVII. 1|2. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*. XLVIII. 13, 1922. p. 435).

Walter Timme: "A new pluriglandular compensatory syndrome", *Endocrinology*. II. 2. 1918.

J. Wiesel: en M. Lewandowski: *Handbuch der Neurologie*. Berlin. 1910-1914. 5. Vols., Vol. IV. (1913). p. 380.

\*

\* \*

El Presidente felicitó al comunicante, después de lo cual se levantó la sesión a las 8 y 30 de la noche.

Dr. Carlos A. BAMBAREN, Secretario.