

Dr. CARLOS MONGE M.

La Enseñanza de la Nosografía Médica
en la
Facultad de Medicina de Lima

PROGRAMA ANALITICO Y RAZONADO

Imprenta del Asilo "Víctor Larco Herrera"
LIMA, MCMXXIII
Universidad Nacional de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

ERRATAS NOTABLES

			Dice	Debe leerse
Pág.	9	Línea	6 Ariana	Ariadna
"	"	"	27 el	al
"	12	"	13 intoxicación	perturbación
"	29	"	final didácnicas	didácticas
"	31	"	31 equinoccia	equinococia
"	46	"	26 adaptivos	adaptativos
"	48	"	5 estreptolócica	estreptocócica
"	61	"	18 ostiomietitis	osteomielitis
"	66	"	final diolácticas	didácticas
"	67	"	3 ADMOSFERICA	ATMOSFERICA

TITULOS Y TRABAJOS CIENTIFICOS

Premio de año. 1909.

Contenta de Bachiller. 1910.

Premio de la Sociedad Union Fernandina. 1910.

Premio extraordinario. Dispensa de los Derechos de Médico. 1911.

Graduado de la Escuela de Medicina Tropical de Londres. 1912.

Premio Bignon. 1912.

Secretario en el Perú de la Sociedad de Medicina Tropical de Londres. 1913.

Enviado a Europa por el Supremo Gobierno en viaje de perfeccionamiento. 1911-1913.

Jefe de Clínica Médica. 1914.

Jefe de Laboratorio de la Sanidad Militar. 1910-1920.

Miembro de la Academia de Medicina.

Profesor interino del curso de Nosografía Médica de la Facultad de Medicina. 1919.

Certificado de la Escuela de Medicina Tropical de Londres. Bacteriología. Profesor Hewlett. 1912. (*)

Certificado de Trabajos Prácticos de Bacteriología en la Facultad de Medicina de París. 1912. (*)

Certificado de Trabajos de Laboratorio en el servicio del Profesor Widal. París. Hospital Cochin. 1912. (*)

(*) Presentados a la Facultad de Medicina de Lima cuando la oposición al Concurso de Historia Natural Médica.

Algunos puntos de la Hematología de la Enfermedad de Carrión. Tesis para el Bachillerato. 1910. Crónica Médica. 1911. Revista Universitaria.

Carrión's Disease or Verruga Peruana. The Jour. of London Sch. of Trop. Med. 1912,

The Haemoleucocytic Formula in Carrión's Disease. The J. of. L. Sh. of. T. M. 1912.

El Mielocito basófilo homogéneo en la Enfermedad de Carrión. Informe al Gobierno del Perú. Crónica Médica, 1912.

La intervención de los similitícos en la Enfermedad de Carrión. Informe al Gobierno del Perú. Crónica Médica. 1912.

Cuerpos endoglobulares X encontrados en la Enfermedad de Carrión. Crónica Médica. 1912.

Hematología de la Enfermedad de Carrión. Las formas benignas. Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano. 1913.

Hematología de la Enfermedad de Carrión. Las formas mortales. Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano. 1913.

La Espundia es una Leishmaniasis de la Piel. Informe al Gobierno del Perú. Abril 1912. Crónica Médica, N° 54. 1913.

El Tiac-araña (Nota preliminar a un estudio sobre las Leishmaniasis del Dermis). Crónica Médica. Octubre. 1913.

El Tiac-araña, la juccúya, el quécpo (2ª Nota preliminar). Crónica Médica. Noviembre 1913.

La Leishmaniasis del Dermis en el Perú. El agente patógeno. Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano. 1913.

La Leishmaniasis del Dermis en el Perú. Las formas Clínicas. Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano. 1913.

La Uta es una Leishmaniasis. Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano. 1913. (en colaboración con el Dr. Vélez Lopez).

La Leishmaniasis del Dermis en el Perú. Leishmaniasis

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

UBHCD

americana (*Uta*, *Juccuya*, *Quecpo*, *Espundia*, *Tiac-araña*). Tesis para el Doctorado. 1914. Crónica Médica. 1914.

Dos casos de meningitis cerebro espinal. Gaceta de los Hospitales. 1910.

El Meningococo de Weichselbaum. Gaceta de los Hospitales. 1910.

Estudio citológico del líquido céfalo raquídeo en la meningitis epidémica. Gaceta de los Hospitales. 1910.

La necesidad del estudio en el Perú de la Medicina Tropical y de la Historia Natural Médica. Informe al Gobierno del Perú. 1912.

Estado actual de nuestros conocimientos sobre el Bacio de la Lepra. Informe al Gobierno del Perú. 1911.

Monge y Carvallo. Algunas consideraciones sobre un caso de estómago bilocular. Premiado por la Sociedad Unión Fernandina. 1910.

Comunicaciones a la Sociedad Clínica del Hospital de Santa Ana. 1914.

La albuminuria intermitente de los bríghticos.

La angina de Vincent en Lima. Monge y Gastiaturú.

La Leishmaniasis flagelada. La Reforma Médica. N° 8. 1915.

El mal de Bright. La Reforma Médica. 1915. N° 11.

Monge y Rebagliati. La Anquilostomiasis en el Perú. Identificación del *anquilostoma duodenale*.

Monge y Benavides. Un caso de Elefantiasis. Identificación de la *microfilaria bancrofti*.

Monge, Zevallos, Cruzado. Un caso de Sarcomatosis primitiva del Hígado.

Programa de Historia Natural Médica. Aprobado para la enseñanza por la Facultad.

Programa de Bacteriología. 1915. Aprobado por la Facultad.

Las Icterias Hemolíticas en Patología Tropical. 1915. La Reforma Médica.

Leishmaniasis y Blastomycosis en el Perú. 1915. La Reforma Médica N° 6. (Monge y Almenara).

Sobre Leishmaniasis Americana. La Reforma Médica. 1915. N° 9. .

El Tártaro Emético y su rehabilitación farcomológica. 1915. La Reforma Médica. N° 15. (Monge y Paz Soldán).

Consideraciones acerca de la Pandemia Gripal de Lima. 1919. La Reforma Médica. N° 60.

El primer caso de Encefalitis epidémica en el Perú. 1918. Comunicación a la Academia Nacional de Medicina.

La Hepatitis Intersticial. La Reforma Médica. 1919. N° 63.

Sobre el primer caso de Encefalitis Letárgica en el Perú. Revista del Centro de Estudiantes de Medicina. 1920. N° 1.

Dietética. Revista del Centro de Estudiantes de Medicina N° 3.

Distrofia Hipofisiaria Adiposo Genital. Revista de Psiquiatría. 1920.

Clasificación de las Hepatopatías. Boletín de la Asociación Peruana para el Progreso de la Ciencia. 1921. Fasc. 1.

Un caso de Giardiasis Duodenal. Boletín de la Asociación Peruana para el Progreso de la Ciencia. 1921. Fasc. 2.

El Bocio Endémico en la Hoya del Urubamba. Crónica Médica. 1920.

Síndrome Basedowiano y Cretinismo. Crónica Médica. 1921.

La Diabetes y su tratamiento. Gaceta Médica Peruana N° 3.

Reflejos Parasimpáticos de origen cardioaórtico. Comunicación a la Sociedad Peruana para el Progreso de la Ciencia. 1923.

Las Aortitis enmascaradas en un Síndrome gastropático. 1923.

Primeras observaciones sobre Endocarditis Estreptocócica en el Perú. Comunicación a la Academia Nacional de Medicina. 1923.

I

LA ENSEÑANZA DE LA NOSOGRAFÍA MÉDICA.—POSTULADOS ESENCIALES.—LA MEDICINA DEBE ESTUDIARSE CON UN CRITERIO DINÁMICO DE PERTURBACIÓN FUNCIONAL.—CÓMO DEBE APRECIARSE LA “ENTIDAD NOSOGRÁFICA”.—LA PATOLOGÍA VISCERAL SE EXPLICA EN BUENA PARTE POR LA DISFUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO.—INCURSIÓN EN LA NOSOGRAFÍA CON UN CRITERIO FISIOLÓGICO.—INSUFICIENCIA DEL CRITERIO ANATÓMICO.

Para que la enseñanza de una disciplina médica o de una ciencia cualquiera tenga su eficiencia máxima es absolutamente indispensable que esté conforme con los siguientes postulados: 1º. Que la doctrina del curso responda al pensamiento científico del momento en que se vive; 2º. Que la enseñanza se conduzca en armonía con los métodos de la pedagogía médica moderna.

Inspirados en este criterio, que nos sirvió útilmente en 1914 y 1915 en los programas de Historia Natural Médica y de Bacteriología, que presentamos a la consideración de la Facultad de Medicina y que mereció su aprobación, hemos de definir ahora, como en ese entonces, cual es el concepto interpretativo de la Medicina Interna y cuales los procedimientos que deben ponerse en práctica para su enseñanza. Nos apresuramos a declarar categóricamente que en lo que se refiere a la doctrina del curso, la informaremos hasta donde nos sea posible en un criterio funcional, y en lo que res-

pecta a la conducta que debe seguirse en su enseñanza ha de ser preciso la objetivación de ésta, mediante la presentación de casos, para que los conceptos generales de la enfermedad no aparezcan enteramente abstractos sino se ligan, por un procedimiento racional y lógico, al hecho concreto de una realidad morbosa.

La nosografía médica ha seguido inevitablemente las fluctuaciones de las doctrinas médicas, oscilando entre los conceptos humorales hipocráticos; la revolución introducida con el descubrimiento del microscopio que inició la era de la patología celular de VIRCHOW, quien creyó encontrar en la deformación de la célula el secreto de la enfermedad; el descubrimiento maravilloso de PASTEUR que puso de manifiesto la naturaleza microbiana de un número enorme de procesos morbosos; la importancia de la bioquímica moderna, que parece dar la clave de muchos cuadros nosológicos y, por último, el advenimiento de una nueva etapa debida a los fisiólogos y clínicos contemporáneos, que nos parece final—como un momento de reposo después de tantas vicisitudes—, y que en el estado actual de nuestros conocimientos, responde a la verdad, de ahora. La enfermedad es la perturbación funcional de la célula; la lesión anatómica puede o no existir; la alteración funcional es lo que importa para que se exprese el proceso morbozo; el concepto anatomo patológico, ha dejado paso al concepto fisiopatológico. Asistimos, en la hora actual, a la renovación del humorismo expresado ya no en hipótesis caprichosas sino en leyes bioquímicas perfectamente demostradas. Ya no puede decirse que la gastritis es una inflamación; que las dispepsias, o son químicas, o no son tales; ni siquiera hay derecho para afirmar, como lo dice algún fisiólogo contemporáneo, que las dispepsias son motoras o que no son tales dispepsias; ni es posible asegurar tampoco, que son procesos autónomos del estómago, porque es la disfunción del sistema nervioso vegetativo la

que pueda producirlas y, tentados estamos de decir que, por lo menos, en muchos casos dichas dispepsias, no se producirían, de no intervenir un factor psíquico, que puede actuar como causa primera y decisiva. He allí un encadenamiento de hechos, en que solo un criterio de perturbación funcional puede servirnos, como el "hilo de Ariana" para penetrar en todos ellos, y tener una pauta segura que no nos deje extraviar en las mil encrucijadas de este laberinto de la vida celular morbosa. Y otro tanto hay que decir a propósito de todos los procesos patológicos: la diátesis coloido-clásica no es sino la expresión de un profundo desequilibrio físico químico del organismo humano donde no hay patología celular posible que la explique; el Bocio endémico, que, como un flagelo de muerte y de degeneración de la raza, perennemente actúa en todas las serranías del Perú, no es una lesión anatómica de la glándula Tiroides, es un proceso endocrinopático complejo que algunos autores reputan infeccioso, y que otros refieren a una avitaminosis; tampoco puede explicarse con determinada lesión celular, pero sí se sabe, que la administración de Tiroides mejora una de sus formas en que la herencia implacable suma sus taras para producir el cretinismo; los órganos expresan su sufrimiento a distancia, enmascarando sus lesiones, con un bombardeo de reflejos nerviosos o endocrínicos que hacen posible la confusión entre cosas tan distintas aparentemente como las enfermedades del pulmón y del estómago; a procesos bioquímicos de hiperfunción, suceden procesos bioquímicos inversos: el mal de Basedow, el mixedema; a la obesidad, la diabetes; a la hiperclorhidria la hipoclorhidria; y en muchas ocasiones fenómenos de hiperfunción se suman a fenómenos de hipofunción, como en los espasmos y atonías de la enfermedad de GLENNARD.

Solo con un criterio dinámico, capaz de adaptarse a tan desemejantes circunstancias es posible explicarse estas paradojas, que así aparecían para la medicina que pasó. Solo un criterio fisiológico de disociación funcional nos da la clave de cosas tan distintas. Lo que no quiere decir por cierto, que hemos de hacer tabla rasa de nociones inconmovi-

bles que la anatomía patológica nos ha dejado y ha de construirnos todavía, y que han resistido al embate de una severa crítica constructiva, porque como dijimos alguna vez, citando una frase de un eminente pensador francés, “la ciencia camina a través de las ruinas de las verdades científicas”; pero no las sepulta, sino las aprovecha, para construir sobre ellas, el edificio que encierra la verdad de hoy.

De donde resulta inevitablemente que el concepto de la “Entidad Nosográfica”, no puede ser otro, que el de la interpretación razonada de los cuadros morbosos, ocurriendo de una manera preferente a la fisiología patológica cuando ésta nos permite hacer su apreciación global, como en la mayor parte de los capítulos de la patología visceral. Y habremos de ocurrir a la anatomía patológica considerada, no con un criterio estático, sino dinámico--lo que más vale llamar criterio anátomo clínico porque nos dá la medida del proceso evolutivo de una lesión--en todos aquellos casos en que un simple concepto funcional no nos permita hacer debida interpretación del cuadro sintomatológico.

En una palabra, hasta donde nos sea posible, procuraremos que la descripción de la entidad nosográfica, no sea una enumeración memorística de síntomas, sino la expresión de una ley tomada de la patología general que haga el proceso filosófico del complejo sintomático, que le de unidad, y que lo haga razonadamente accesible al espíritu de los alumnos.

La Patología visceral, en gran parte, es función de perturbaciones del sistema nervioso vegetativo; de donde se infiere que el conocimiento de éste es fundamental para la razonada interpretación de los cuadros nosológicos. HEAD, MACKENZIE, POTTINGER, EPPINGER, CASTELLINO, PENDE Y GUILLAUME nos han dado la clave de las interpretaciones sintomatológicas. Por eso en la parte analítica de nuestro programa hemos de iniciar cada capítulo con las nociones

indispensables del sistema nervioso vegetativo cuya disfunción explica la mayor parte de la Semeiótica.

Es así como las apendicitis pueden aparecer enmascaradas en un cuadro de hiperclorhidria con dolor tardío simulando una úlcera de estómago. En tal caso la lesión anatómica queda en segundo lugar para producir reflejos a distancia por vibración anormal del sistema nervioso vegetativo. El conocimiento de estas perturbaciones funcionales alejadas es capital para la debida interpretación del cuadro morbosos. Tal enfermo que hace una crisis de fibrilación auricular, no es un cardíaco como se podría colegir si pensáramos siempre anatómicamente: un estudio profundo de sus crisis taquicárdicas, nos dicen que coinciden con manifestaciones de colecistitis calculosa; he ahí un caso evidente de reflejos vegetativos de muy difícil interpretación con necesarias, aunque pasajeras alteraciones anatómicas y en que el concepto histopatológico no basta para darles acertada explicación. La lesión anatómica es insuficiente para explicarlo todo y hay que acudir a un concepto dinámico, funcional para aproximarse a la verdad.

Tal tuberculoso que se enronquece, como pasa con mucha frecuencia, no es portador de una bacilosis laríngea, ni siquiera sufre de una laringo-traqueítis; en cambio, hay una paresia evidente de una o ambas cuerdas vocales, exponentes de un reflejo parasimpático cuyo punto de partida está en el pulmón. Tampoco aquí la anatomía morbosos se basta para explicar el síntoma que sólo encuentra interpretación en un criterio funcional. Y así podríamos multiplicar indefinidamente los ejemplos. Bástenos para terminar recordar la frecuencia de manifestaciones gástricas en las aortitis silenciosas que no hemos encontrado suficientemente descritas en la literatura médica y que son motivo del trabajo que acompaña a este programa.

El criterio anatomo patológico en las nefritis intersticiales y parenquimatosas no resiste al análisis más sencillo porque efectivamente, a cada instante encuentra el patólogo cuadros distintos con la misma lesión anatomo patológica, o los mismos cuadros clínicos, con distintas lesiones anató-

micas. Por el contrario, el criterio fisiopatológico disocia las funciones de la célula renal en síndromes: albuminúrico, clorurémico, azoémico, creatininémico, fosfatémico, etc., etc.; cada uno de los cuales individualmente o asociado a los otros, dan la medida exacta de las perturbaciones clínicas del mal de Bright. Dentro de este criterio hay una alteración funcional, hay una perturbación bioquímica, hay una interpretación patogénica que nos explica el síntoma, y hay también, un corolario terapéutico. Tampoco puede el criterio anatómico explicar la uremia que hoy, gracias a la doctrina médica de perturbación funcional, encuentra una adecuada interpretación. La uremia, tomada la expresión en un sentido clínico, es una intoxicación, que unas veces se acompaña de uremia química, y otras solamente de hipercreatininemia, o es una perturbación cerebral por hidropesías de las zonas motoras corticales en una nefritis clorurémica; o es función de acidosis en una nefritis fosfatémica; o es por último, consecuencia de golpes de hipertensión arterial. Es esta una disociación funcional que nos da una clara explicación patogénica, permitiéndonos un diagnóstico seguro, un pronóstico exacto, y todavía una regla terapéutica.

Y si todo esto no fuera bastante no habría sino que, recordar los trabajos magníficos de los MAYO, de CROHN y de ALVAREZ en Estados Unidos, sobre el pensamiento fisiológico que debe informar la cirugía. Crohn ha demostrado que todo gastroenteroanostomizado está condenado fatalmente a la dilatación del estómago que explica una buena parte del porcentaje de fracasos de las operaciones; Alvarez, el conocido fisiólogo de la Universidad de California, ha hecho ver que normalmente hay sincronismo de las ondas peristálticas que caminan por ambas curvaturas del estómago a través de elementos neuromusculares que son

al estómago lo que el haz de His es al corazón, de donde se infiere el fracaso funcional de las resecciones cuneiformes de úlceras de la pequeña curvadura por ruptura de la armonía funcional de las paredes del estómago. Hay una cirugía como hay una medicina fisiológica.

El porvenir de ambas está en las esperanzas que a los ojos del estudioso se ofrecen cuando se contempla la Nosografía con un criterio funcional, que es la doctrina más pródiga en interpretaciones razonadas.



II

LA ORIENTACIÓN DE LA ENSEÑANZA.—ENSEÑANZA TEÓRICO-PRÁCTICA.—EL PENSAMIENTO MÉDICO CON SER UNA ABSTRACCIÓN DEBE EDIFICARSE SOBRE UNO O MÁS HECHOS MORBOSOS QUE EL ALUMNO DEBE CONOCER OBJETIVAMENTE.—EL PAPEL ACTIVO QUE TOCA DESEMPEÑAR AL ALUMNO EN LA ENSEÑANZA,

Se ha hablado, tratándose de Patología Interna, de enseñanza teórica y enseñanza práctica: se ha incriminado a la primera, se ha aplaudido la segunda. A mi juicio,—decía, alguna vez, en uno de mis concursos de la Facultad de Medicina,—se ha partido siempre de un concepto equivocado: la verdadera enseñanza no puede ser ni solamente teórica, ni solamente práctica: o es ambas cosas a la vez, o deja de ser enseñanza.

Nada más engañoso que una enseñanza exclusivamente teórica, memorista; nada más falaz que el establecimiento de conceptos abstractos, de esas «entidades de razón», tan fáciles de percibir por cuanto ponen en juego la capacidad razonadora del alumno, alejándolo totalmente de la realidad. Por complicados que sean los hechos, una feliz disertación oratoria los lleva fácilmente al espíritu de los estudiantes quienes se imaginan que no sólo los han comprendido sino también que no vá a haber más dificultades cuando ellos se pongan en contacto con la realidad de estos hechos. Y sin embargo, [REDACTED] nada más erróneo que esta falsa seguridad del conocimiento. Esa engañadora suficiencia está irremi-

siblemente condenada a fracasar luego que tenga un objetivo de inmediata aplicación. Por el contrario, si el alumno está en contacto con el enfermo, si palpa la complejidad de hechos aparentemente sencillos, cuando son presentados como entidades de razón, si tropieza con las enormes dificultades de interpretación y tiene al lado un guía seguro que oportunamente enmienda errores y rectifique opiniones y, si arrancando primordialmente de estas dificultades del exámen del enfermo, el profesor lo eleva a las síntesis nosográficas, es evidente que la entidad de razón reposará sólidamente sobre la firme base de un conocimiento que ha arrancado del enfermo mismo.

Ya TROUSSEAU, decía, cuando hace muchos años la enseñanza de la Nosografía era exclusivamente teórica, que el alumno al leer un tratado de Patología Interna se cree genio, mientras que en contacto con un caso clínico, siente que la tierra se abre bajo sus piés. Y DIEULAFOY, una de las figuras más ilustres de la Medicina, aseguraba, en su memorable lección inaugural del curso de Nosología, que Clínica y Patología se dan las manos, se hacen mútuos préstamos y concesiones; que el profesor de Patología hace clínica cuando para definir el concepto de un estado morboso, recurre a la historiación de un caso y que el profesor de Clínica hace Patología, cuando en contacto con una realidad clínica, tiene que recurrir a la Nosografía para señalar los hechos principales de la enfermedad.

Y como si esto no fuera bastante, el ilustre Profesor francés agregaba: yo no concibo cómo puede ser alguien profesor de Patología sin ser al mismo tiempo médico de hospital.



El «caso» imprime a la enseñanza un punto de partida que, como una unidad de medida, hace posible la valoración de procesos semejantes: el estudio práctico así considerado, permite la integración de una o más formas morbosas que el maestro puede mostrar en un momento dado, con o-

tras, que no le sea dado presentar; y entonces la entidad nosológica, no es ya una exposición abstracta y memorista, sino una función a la que se ha llegado, por el conocimiento de uno o más hechos que el alumno ha podido compulsar suficientemente, desempeñando papel activo en la labor de integración del proceso nosológico.

No se nos oculta las dificultades con que necesariamente hemos de tropezar, dado que nuestro medio hospitalario, no abunda en material suficiente para llenar este desideratum; con todo creemos que en la generalidad de los casos, mediante la selección oportuna de enfermos, será posible imprimir a la enseñanza de este curso, esta saludable orientación. Y de otro lado, téngase entendido que, en ciertos capítulos de la nosografía, tanto como los enfermos, han de valer las preparaciones anatómo-patológicas, los exámenes hematológicos, los trazos poligráficos, oportunos exámenes radiológicos, fotografías apropiadas, etc., etc., de todo lo cual haremos uso, para que la enseñanza sea realmente provechosa.

Por lo demás en los mejores centros educativos de Alemania, Estados Unidos y aún en Francia, cada día es más marcada la tendencia a arrancar la enseñanza de la Nosografía del mismo enfermo. Las horas de las lecciones teóricas están contadas, dijo el Profesor VINCENT en el Congreso de Educación Médica de los Estados Unidos de 1919.

Lo que no quiere decir por cierto, que allí, en contacto con el paciente el profesor no deba elevarse al establecimiento de los principios filosóficos que necesariamente informan la enseñanza. Un hecho no vale sino por su razonada interpretación. Y el establecimiento de las entidades de razón o, para decirlo con más claridad, la descripción de los estados nosográficos ha de suceder inevitablemente al examen del enfermo o ha de tomar vida real, objetiva, que la fije definitivamente en el espíritu, cuando llegue la oportunidad de la presentación del «caso».



Pero, hay algo más todavía que robustece la opinión de que la enseñanza de Nosografía médica deba ser hospitalaria. Dentro de la Pedagogía médica moderna no se concibe una enseñanza en que los alumnos jueguen un papel meramente pasivo; no se concibe que los cerebros de los estudiantes sean receptáculos, dentro de los cuales el profesor ha de depositar más o menos cantidad de conocimientos; no se concibe que la misión de los alumnos ha de ser únicamente de escuchar: es preciso que se labren con sus propias manos, con su propio esfuerzo, con su propia actividad, el camino que ha de conducirlos al conocimiento de la verdad. De ahí la necesidad de que se pongan en contacto con los hechos, para darles después su interpretación. Y esto ha de conseguirse, seguramente, con la presentación del «caso», a cuyo conocimiento han de llegar nó, con el procedimiento analítico del clínico, sino con la exposición sintética del enfermo historiado y presentado por el profesor.

Queremos que el alumno no sea únicamente un receptor pasivo, modelado exclusivamente por la palabra del profesor; pretendemos desarrollar, en el más alto grado posible, su iniciativa a fin de que él mismo colabore en la obra de enseñanza; esperamos que el entusiasmo y un decidido espíritu de trabajo de los jóvenes estudiantes respondan a las exigencias didácticas que tendremos con ellos, obligándolos a llevar a cabo ejercicios escritos, metodológicamente distribuidos durante todo el año, para desarrollar su capacidad investigadora, su espíritu crítico y el hábito de estudio.

En suma: objetivación de la enseñanza mediante la presentación de casos, para hacer vivido el establecimiento del concepto fisiopatológico que integra el cuadro, nos parece el procedimiento metodológico que debe seguir el espíritu en la adquisición de la verdad, sobre la base de una activa colaboración entre Profesor y alumnos.

III

EXTENSIÓN DEL PROGRAMA.—LÍMITES DEL CURSO.—EL CRITERIO QUE INFORMA LA EXTENSIÓN Y MATERIAS DE QUE DEBEMOS OCUPARNOS.—COMO DEBE CONDUCIRSE LA ENSEÑANZA.—EL SENTIMIENTO DE LA PROPIA RESPONSABILIDAD DEL ALUMNO.

La extensión que debemos dar al desarrollo del programa estará necesariamente en relación con el tiempo de que disponen los alumnos y que la Facultad ha señalado, después de maduro exámen, en 80 lecciones. Nos apresuramos a declarar que no pretendemos hacer un desarrollo integral de todo el curso conforme podía suponerse al contemplar su parte descriptiva. En ésta, necesariamente debemos anotar la totalidad de las materias, porque no se concibe un programa que la ley exige analítico y razonado, que no sea integral y que, en un momento dado, no pueda servir de guía al estudiante que quiera abordar preferentemente una rama cualquiera de determinado conocimiento nosográfico, aparte de que aparecería trunca una obra de sistematización nosológica que debe presentarse lo más completa posible; pero no significa en forma alguna que el profesor ha de ocuparse inevitablemente de todos los temas comprendidos.

Los tratados de nosografía médica comprenden cuestiones de sinonimia, etiología, patogenia, fisiología patológica, anatomía patológica, sintomatología, diagnóstico, pronós-

tico, tratamiento y profilaxia; no es por cierto éste el plan ni la extensión que debe darse a la enseñanza. Desde luego, el curso de nosografía médica tiene límites precisos que le están marcados por disciplinas conexas.

Los cursos diferenciados de piel, sífilis, lesiones génito urinarias, del sistema nervioso, enfermedades tropicales, etc. etc. le imponen necesarias limitaciones; el de Patología Externa le resta muchos procesos que están en los linderos de las dos ciencias. Las cuestiones de profilaxia y tratamiento no son de nuestra incumbencia sino en forma elemental; el pronóstico es más bien una cuestión clínica que nosológica.

Conviene pues definir con toda claridad cuál es la extensión que el profesor debe dar al curso de Nosografía Médica: si ha de abarcar todas las materias, o si ha de limitarlas y, en este caso, a que criterio ha de obedecer esta limitación. Nuestra opinión es, que una selección atinada, cuidadosa, de los cuadros nosológicos más importantes, mas frecuentes, más útiles, permitirá al profesor orientar debidamente el pensamiento del alumno. El profesor ha de ser un guía espiritual que procurará huir de la tendencia de dar al curso desmesurada extensión que, a la postre, no haría sino sacrificar las nociones fundamentales que el alumno debe conocer sólidamente, en aras de una multiplicidad de conocimientos imposible de poderse retener. Siendo esta la tercera vez que tenemos el honor de someter un programa de enseñanza a la consideración de la Facultad, hemos de repetirnos necesariamente.

“Lo que debe buscarse es el concepto integral, la capacidad para orientarse en un momento dado y de ninguna manera recargar la enseñanza a tal extremo que a fuerza de analizar las cosas, se pierda el alumno en los detalles y no llegue a adquirir la orientación que se persigue. A los estudiantes hay que familiarizarlos con los hechos; pero

“antes, con las ideas científicas. He aquí la tendencia didáctica que debemos perseguir. La Facultad de Medicina no es solamente escuela de profesionales; lo es también de cultura general y esta puede darse en todos los casos, particularmente en esta ciencia que abarca temas tan extensos y de tantas aplicaciones”.

“Pero hay que saber escoger para hacer la labor útil, conservando al mismo tiempo la elementalidad de una ciencia en que se inicia el estudiante y la trascendencia de las leyes generales que pueden deducirse de su atinada interpretación. No obstante, pues, la multiplicidad de puntos de nuestro programa en su parte expositiva, estamos firmemente persuadidos que una selección bien hecha hará perfectamente accesible su enseñanza.

“Capacidad de orientación, pues—dada sistemáticamente con la presentación de enfermos,—concepto integral—que permita descubrir las proyecciones derivadas del examen de un hecho positivo—tal es la síntesis de nuestro pensamiento en lo que respecta a la forma de conducirla.

“Enseñar es antes que nada elegir y simplificar” dice el Profesor WIDAL. Y a esta elección, a esta simplificación sólo se llega cuando se está profundamente penetrado de los límites de una Ciencia, de sus alcances, de sus tendencias utilitarias y sobre todo, cuando se comprende que cosa es lo que se debe enseñar y se experimenta el placer de transmitir integralmente el pensamiento de uno al alma del que se inicia. Enseñar, en realidad, es hacer pensar a los alumnos.

He ahí el criterio de la extensión que debemos dar a la enseñanza de este curso en su sentido más general que en lo que respecta a los tópicos que preferentemente hemos de estudiar, no pueden ser otros que aquellos que, por su importancia, su frecuencia, o las proyecciones que tengan en el vasto campo de la Nosografía, reclamen su indispensable conocimiento por el alumno.

Hemos dicho en el capítulo anterior que la enseñanza de la Nosografía Médica debe ser hospitalaria, por razones que nos parecen enteramente concluyentes; cabe ahora demostrar cual es el método que habremos de seguir para llevarla a cabo. Desde luego habiendo renunciado al procedimiento exclusivo de lecciones teóricas, se hace indispensable la estrecha colaboración entre el profesor y el alumno. Por lo tanto, es absolutamente indispensable, que el alumno sienta la responsabilidad del papel que debe desempeñar, como lo dijo el presidente de la Institución Rockefeller en el Congreso de enseñanza médica de Estados Unidos, de 1919; sentimiento de la responsabilidad de la propia labor, sin el cual es imposible que la enseñanza adquiera su eficiencia máxima. Dado que los alumnos del curso son en su totalidad internos o externos de hospital, a la invitación que el catedrático les hace, de estudiar sus casos clínicos en los hospitales, de leer oportunamente sus libros de texto, a fin de estar en condiciones, cuando llegue el momento de la lección magistral, de asimilar fácilmente los cuerpos de doctrina de cada entidad morbosa, han de responder voluntariamente; y a mayor abundamiento, la enseñanza ha de ser objetivada con uno o más «casos» debidamente historiados y presentados por el profesor, que los alumnos examinarán en las oportunidades que sepan darse, o que la Facultad les dé, mediante la ayuda del Jefe de Trabajos.

Es este un procedimiento racional en que la discutida actuación de los internos y externos se justifica porque hace de los servicios hospitalarios los colaboradores de la enseñanza y que tiene además la enorme ventaja de una preparación preliminar del curso que el alumno hace en sus libros de texto, poniéndolo en condiciones óptimas para que sea hacedera la enseñanza sistematizada de un curso tan extenso como la Nosografía Médica.

~~~~~

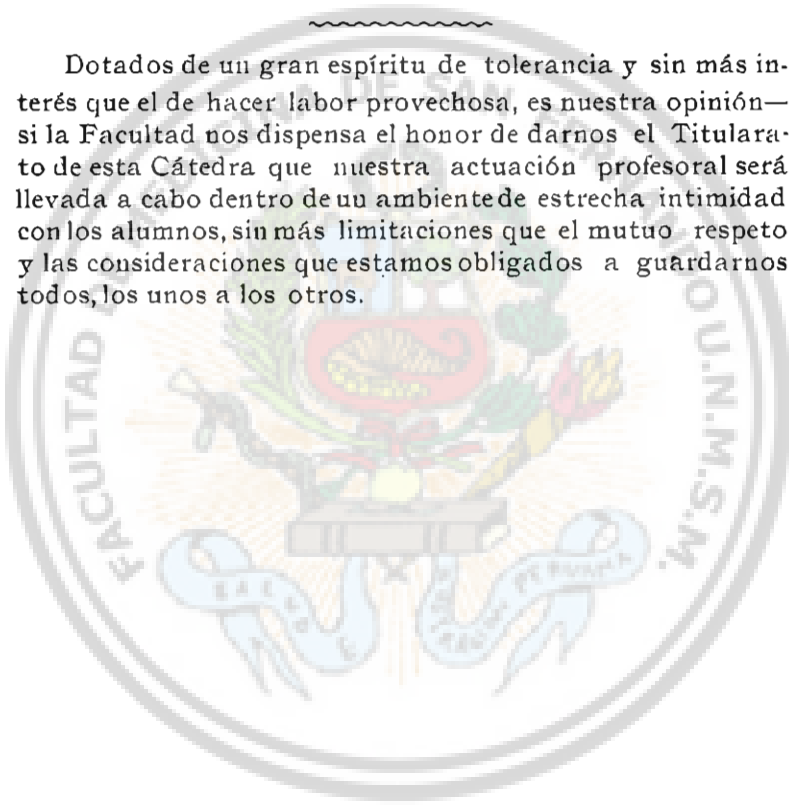
Pero para que esta labor sea factible, se requiere como condición *sine qua non*: que el alumno tenga el sentimiento de su propia responsabilidad.

Por nuestra parte sentimos la responsabilidad de nuestra labor que llevamos descrita anteriormente y en pró de la cual, en los años que llevamos de enseñanza, no hemos omitido esfuerzo alguno.

Esperamos que los alumnos puedan hacer también la misma afirmación.

~~~~~

Dotados de un gran espíritu de tolerancia y sin más interés que el de hacer labor provechosa, es nuestra opinión— si la Facultad nos dispensa el honor de darnos el Titularato de esta Cátedra que nuestra actuación profesoral será llevada a cabo dentro de un ambiente de estrecha intimidad con los alumnos, sin más limitaciones que el mutuo respeto y las consideraciones que estamos obligados a guardarnos todos, los unos a los otros.



PROGRAMA ANALITICO

Seguimos la clasificación de BARKER (The Monographic Medicine. Appleton, New York and London) «que responde a un criterio fisiológico». Con la expresión «estudio nosográfico» queremos manifestar el conjunto de nociones indispensables de conocer en cada estado patológico. Para dar mayor facilidad a los alumnos establecemos cuadros de diagnóstico diferencial con los cuales el programa será evidentemente algo más que un índice. Incurrimos exprofesamente en repeticiones de entidades morbosas, en distintos capítulos, por parecernos de mayor conveniencia didáctica. Por esta misma razón no es extraño que aparezcan entidades que deben estudiarse en Patología Externa.

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

Dejaremos de lado aquellos estados nosográficos que se estudian en cursos especializados.

Este estudio, para ser fructífero, ha de ser precedido de la revisión de nociones de anatomía patológica a fin de que el alumno en posesión del conocimiento de las lesiones elementales (alveolitis, atelectasia, enfisema, etc, etc.) pueda interpretar debidamente los signos clínicos de las entidades nosológicas que va a estudiar después.

De otro lado, haremos la integración de las informaciones semeióticas mediante el estudio razonado de la fisiología patológica del sistema nervioso vegetativo, cuyo desequilibrio es origen de reflejos múltiples, cada uno de los cuales nos dá la clave e interpretación de determinado síntoma.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Estudiaremos pues:

I. Anatomía patológica de las lesiones pulmonares.

II. Fisiopatología.

a) Reflejos simpáticos; Reflejos víscero-sensitivos, víscero-motores, víscero-tróficos.

b) Reflejos parasimpáticos (neumogástrico, motor ocular común, trigémino, facial, glosofaríngeo, pélvico).

c) Reflejos del pulmón cuyo punto de partida está en otro lugar de la economía.

I. Enfermedades de la traquea y de los bronquios

Consideraremos las traqueobroncopatías de origen inflamatorio, por dilatación y estenósicas.

1. TRAQUEO-BRONCOPATÍAS INFLAMATORIAS.

a) Traqueo-bronquitis catarral; Su estudio nosológico; Diagnóstico diferencial: Tuberculosis; Neumonía; Enfisema, Enfermedad cardiovascular; Bronquiectasia.

b) Bronquitis capilar; Su estudio nosológico; Diagnóstico diferencial: Bronconeumonía.

c) Bronquitis fibrinosa.

d) Bronquitis crónica.

e) Asma bronquial. Con la aplicación a la nosología del hecho trascendental encontrado por WIDAL, ABRAM y VALLÉRY-RADOT sobre la crisis hemoclásica inicial que caracteriza el choque anafiláctico, el Asma—por lo menos en un buen número de casos—está por fuera de las teorías clásicas. Y por lo tanto debería entrar, como lo veremos posteriormente, en el capítulo de las entidades nosológicas por anafilaxia. Su estudio nosológico; Diagnóstico diferencial: Enfermedad cardio-vascular; Enfermedad de Bright. Enfisema; Histeria; Bronquitis; Compresiones bronquiales; Cuerpos extraños.

2. BRONCOPATÍAS POR DILATACIÓN. SUS RELACIONES CON LA SÍFILIS

Bronquiectasis; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Tuberculosis; Bronquitis crónica; Abscesos y Gangrena del pulmón; Empiema circunscrito.

3. ESTENOSIS DE LA TRAQUEA Y BRONQUIOS

II. Enfermedades del pulmón

Clasificación:

1. Neumopatías inflamatorias.
2. Neumopatías por perturbaciones de la textura alveolar (no infecciosas).
3. Neumopatías circulatorias.
4. Neumopatías parasíticas y por cuerpos extraños.
5. Neumopatías neoplásicas.

1. NEUMOPATÍAS INFLAMATORIAS.

Consideraremos dos grupos:

- A. Neumopatías parenquimatosas.
- B. Neumopatías específicas.

A. Neumopatías parenquimatosas:

a) Neumonía lobar; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Bronconeumonía; Pleuresía; Meningitis; Pericarditis; Infarto pulmonar; Apendicitis; Tuberculosis; Atelectasia; Empiema interlobar; Tifoidea; Neumotorax; Influenza; Congestión pulmonar.

b) Bronconeumonía; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Atelectasia; Neumonía; Pleuritis; Tuberculosis.

c) Neumonía metastásica.

d) Absceso del pulmón; Diagnóstico diferencial: Empiema; Tuberculosis; Bronquiectasis; Absceso subfrénico; Absceso hepático; Supuración de los ganglios peribronquicos.

e) Gangrena del pulmón.

f) Congestión pulmonar.

Esta expresión, como dice LETULLE, quiere manifestar un proceso nosológico que los clínicos encuentran fácilmente; pero que anatomo-patológicamente es imposible individualizar. Creemos, que clínicamente también, tal entidad no existe a menos que se llame así, los procesos neumónicos o bronconeumónicos o de alveolitis que, en último término, son la expresión de los brotes evolutivos de la tuberculosis pulmonar.

B. Neumopatías específicas:

a) Tuberculosis pulmonar.

Siendo nuestro medio pródigo en manifestaciones de esta índole, dedicaremos una preferente atención al estudio de este capítulo con el que el alumno, y el médico mas tarde, ha de encontrarse en trato frecuente. Por eso se impone la revisión de la semeiótica.

1. Perturbaciones funcionales.

Valor semiológico de los antecedentes y de la tos.

Valor semiológico de la expectoración.

El bacilo de KOCH.

Valor semiológico de la Hemoptisis.

Valor semiológico de la disnea y del dolor de costado.

2. Perturbaciones generales.

Semiología de la fiebre y de los sudores nocturnos.

Semiología de las perturbaciones digestivas.

Semiología de las variaciones de peso.

Semiología de la sangre.

Semiología de la circulación.

Semiología de las perturbaciones nerviosas.

Semiología de la orina.

Hábito externo.

3. Los signos físicos de la tuberculosis pulmonar.

El tórax de los tuberculosos.

La palpación y la percusión.

La auscultación.

Exploración radiológica.

Como siempre que se trate de Patología visceral, integraremos estos conceptos analíticos mediante su interpretación a la luz de los conocimientos actuales sobre fisiopatología del sistema nervioso vegetativo.

CLASIFICACIÓN DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

No podríamos iniciar el estudio de este capítulo sin dejar expresa constancia de todo lo que la Clínica Médica Peruana debe al tisiólogo Dr. CORVETTO que ha hecho escuela en el Perú al imponer, desde hace 15 años, una clasificación, como la de BARD, que en la actualidad se reconoce como una de las mejores. Efectivamente, después de un largo silencio en que parecía estar olvidada por los mismos tratadistas de nacionalidad francesa, aparece citada y adoptada en algunas de sus formas nosológicas, en los tratados de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS y BABONNEIX y en el reciente de ROGER, WIDAL y TEISSIER. Damos un esquema de esta clasificación, con las modificaciones introducidas por el Profesor Dr. CORVETTO. (Véase pág. 28).

No creemos que sería pedagógico iniciar al alumno bruscamente en la complejidad de todos los hechos que comprenden esta clasificación; debemos pues limitar su enseñanza a sus formas más frecuentes y mejor definidas. Para ello, la presentación de un buen número de casos y la dedicación de un tiempo suficiente son imperativos.

Habremos, pues, de restringir su enseñanza a los capítulos siguientes:

TUBERCULOSIS ABORTIVAS

Tuberculosis agudas.

Pleuroneumonías y neumonías caseosas. Tisis galopante
Granulias.

TUBERCULOSIS PULMONAR

Modificación de la clasificación de Bark

	FORMAS PROGRESIVAS			
	FORMAS ABORTIVAS	Evolución caseosa	Evolución fibrosa	Evolución fibrocaseosa
TUBERCULOSIS PARENQUIMATOSAS	Tuberculosis parenquimatosa abortiva	Neumonía caseosa Tuber. caseosa extensiva	Tuber. fibrosa diseminada Tuber. fibrosa densa	Tuber. fibrocaseosa extensiva Tuber. fibrocaseosa congestiva Tuber. fibrocaseosa cavitaria * Tuber. úlcero fibrosa caquectisante
TUBERCULOSIS INTERSTICIALES	Granulía discreta	Granulía supurada	Granulía generalizada Granulía emigrante	
TUBERCULOSIS BRONQUIALES	Bronquitis tuber. superficial	Bronco-neumonía tuberculosa	Bronquitis capilar tuberculosa	Bronquitis crónica tuber. profunda
TUBERCULOSIS PLEURALES	Pleurésia de repetición	Pleuro-neumonía tuberculosa	Tuber. fibrosa post-pleúrica	Tuber. fibrocaseosa post-pleúrica

* Tuberculosis cavitarias {estacionaria
progresiva

TUBERCULOSIS SUBAGUDAS Y CRÓNICAS
Tuberculosis fibrocaseosas, sus variedades.

Tuberculosis fibrosas.

Estudio nosográfico.

1. Tuberculosis abortivas.

a) Tuberculosis pulmonar abortiva; Diagnóstico diferencial: Tuberculosis fibrocaseosa común.

b) Pleuritis de repetición; Diagnóstico diferencial: Tuberculosis pulmonar abortiva; Pleuroneumonía superficial de Sabourin; Tuberculosis fibrosa post-pleúrica.

c) Bronquitis superficial tuberculosa; Bronquitis banales.

d) Granulía discreta; Diagnóstico diferencial: Grippe; Embarazo gástrico; Tifoidea; Septicemias; Fibrocaseosa extensiva; Granulía generalizada; Fiebre de Malta; Endocarditis subaguda.

2. Tuberculosis progresivas.

A. TUBERCULOSIS CASEOSAS (Tisis agudas).

1) Neumonía caseosa; Diagnóstico diferencial: Neumonía franca.

2) Tuberculosis caseosa extensiva (Tisis galopante.) Diagnóstico diferencial: Bronconeumonía gripal; Tuberculosis fibrocaseosa extensiva en uno de sus brotes evolutivos; Neumonía caseosa.

3) Bronconeumonía tuberculosa: Diagnóstico diferencial: Bronconeumonía de otro origen; Tisis galopante; Granulía; Bronquitis capilar.

4) * Bronquitis capilar tuberculosa; Diagnóstico diferencial: Bronquitis capilar de otro origen; Bronconeumonía; Granulía sofocante.

5) Pleuroneumonía tuberculosa—Esplenoneumonía; Pleuresía en una fibro-caseosa extensiva.

6) I. Granulía generalizada; Diagnóstico diferencial: Fiebre tifoidea; Fiebre de Malta; Endocarditis estreptocócica subaguda. II. Granulía sofocante: Bronquitis capilar—Bronconeumonía tuberculosa. III. Granulía supurada; Diagnóstico diferencial: Píohemia; Septicemias; Endocarditis; Pa-

* La consideramos aquí por razones didácticas.

ludismo; Fiebre de Malta; Neumonía franca. IV. La tifo-bacilosis de Landouzy.

Razones de orden didáctico y de evolución nos obligan a hacer conjuntamente el estudio de las granulias.

B. TUBERCULOSIS FIBRO-CASEOSAS

I. Tisis fibrocaseosa común; Su estudio nosográfico. División clásica de la tisis en tres periodos; su crítica;

Tisis incipiens: Su estudio nosológico; Diagnóstico en su primer período: Pleuritis del vértice; Bronquitis de un vértice; Tisis galopante; Granulía discreta; Tuberculosis pulmonar abortiva.

Tisis confirmata: Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Congestiones broncopulmonares de las cardiopatías y del Mal de Bright. Neumonía y bronconeumonía gripales. Tisis galopante. Pleuritis en el curso de una Tuberculosis fibrosa. Fibrocaseosa congestiva. Aspergilosis. Espirilososis pulmonar de Castellani. Quiste hidático. Sífilis pulmonar. Micosis pulmonar. Paragonimiasis. Filariasis. Cáncer del pulmón.

Tisis desesperata: Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Tuberculosis caseosas; Cáncer; Bronquiectasia; Sífilis; etc.

Siendo así que esta forma se desarrolla mediante brotes evolutivos, los estudiaremos de una manera particular; así como la sintomatología de los periodos de remisión.—Brotes evolutivos.—Signos físicos.—Signos funcionales.—Bacilo de Koch.—Localización de los brotes sucesivos y distribución topográfica de las lesiones.—Duración y terminación.

La descripción que hemos hecho corresponde a la tisis común. Consideraremos además las modalidades siguientes:

II. Tisis fibrocaseosa congestiva. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Gripe; Esplenoneumonía; Pleuresía; Tisis común; Neumonía tuberculosa; Sífilis; Tuberculosis abortivas

Razones de orden didáctico nos obligan a considerar aquí la

III. Tisis fibrocaseosa post-pleúrica.

IV. Tisis fibrocaseosa cavitaria. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Caverna en una tisis común; Neumo-torax parcial; Pleuresías interlobares; Sífilis pulmonar; Bronquiectasia.

V. Tisis úlcero-fibrosa caquetizante. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Cáncer.

VI. Bronquitis común tuberculosa profunda: Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial; Tisis fibrocaseosa; Tisis fibrosa; Sífilis pulmonar; Asma.

C. TUBERCULOSIS FIBROSAS.

El papel de la Sífilis en su determinación. Modalidades.

I. Tisis fibrosa difusa con entisema. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Bronquitis común; Tisis común; Asma; Sífilis; Cardiopatías.

II. Tisis fibrosa densa. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Tisis fibrocaseosa; Granulía; Sífilis; Cáncer; etc.

b) Sífilis del pulmón; Su estudio nosográfico.

c) Micosis del pulmón; Estudio nosográfico.

d) Espiritosis del pulmón; Estudio nosográfico.

2. NEUMOPATIAS PRODUCIDAS POR ALTERACIONES DE LA TEXTURA ALVEOLAR.

a) Atelectasia. b) Entisema.

3. NEUMOPATIAS CIRCULATORIAS.

a) Congestión pasiva. b) Hemoptisis. c) Embolismos, infartos y trombosis. d) Edema del pulmón.

4. NEUMOPATIAS PARASITARIAS Y POR CUERPOS EXTRAÑOS.

a) Neumoconiosis. b) Parásitos del pulmón. c) Quiste hidático. d) Paragonimiasis. Estudiaremos preferentemente la Equinoccia, cuya frecuencia es cada día más grande entre nosotros.

5. NEUMOPATIAS NEOPLÁSICAS.

Tumores del pulmón. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial:

III. Entermedades de la Pleura

Es fácil comprender que al ocuparnos de la Tuberculosis pulmonar necesariamente hemos de haber esbozado este capítulo.

1. Pleuropatías inflamatorias. 2. Pleuropatías circulatorias. 3. Neumotorax. 4. Pleuropatías neoplásicas.

1. PLEUROPATIAS INFLAMATORIAS.

- a) Pleuritis plástica. Su estudio nosográfico.
- b) Pleuresía exudativa. Su estudio nosográfico.
- c) Pleuresía purulenta. Su estudio nosográfico.

Diagnóstico diferencial.

2. PLEUROPATIAS CIRCULATORIAS.

Hidrotorax. Chilotorax.

Neumotorax. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Hernia diafragmática. Cavernas. Enfisema. Aërofagia. Abceso subfrénico. Pleuresía. Neumonía.

3. PLEUROPATIAS NEOPLASICAS.

Tumores.

IV. Enfermedades del Mediastino

Mediastinopatías. Mediastinitis. Tumores. Sus causas. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial.

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Creemos conveniente iniciar cada capítulo de este estudio con breves consideraciones propedéuticas, indispensables de recordar al hacer el estudio nosográfico.

Sin aceptar, como lo pretenden EPPINGER y HESS, que la vida visceral está bajo el control de dos sistemas nerviosos antitéticos—vago y simpático—sino mas bien, como lo afirma CANNON, que el primero es un sistema diferenciado para responder a las necesidades de los órganos, o si se quiere para presidir la vida visceral, mientras que el segundo actúa globalmente en determinadas emergencias, en que todo el organismo vibra en un sentido señalado; creemos que el conocimiento del sistema nervioso vegetativo—en su fisiología y fisiopatología—se hace indispensable para la atinada interpretación de los síndromes del aparato digestivo. Y ahora bien: que se trate de un cuadro puramente síquico, como una neurosis gástrica; o de un estado disfuncional del sistema nervioso vegetativo, como el asma; o de una perturbación refleja, como la dispepsia de ciertos apendiculares; o de una lesión del mismo órgano, como la úlcera, o por último, como lo hemos demostrado, de un reflejo alejado, como en los casos de lesiones aórticas o del corazón, el sistema vago simpático traduce su desequilibrio por signos muchas veces constantes, o de fácil interpretación y que el estudiante debe conocer para explicarse el por qué de análogas historias, dentro de procesos enteramente desemejantes (hiperclorhidria de los ulcerosos, hiper-

clorhidria de los tuberculosos, hiperclorhidria de los vesiculares, de los asmáticos, de los apendiculares, de los aórticos, etc. etc.)

Es evidente que han de integrarse estas nociones con las admitidas hoy sobre los centros nodales del intestino —señalados por KEITH—y que son al aparato digestivo lo que el haz de HISS al corazón; y, por cierto, que han de completarse mas con el conocimiento de los procesos endocrinos de cuyo desequilibrio muchas veces depende la disfunción de órganos y aparatos.

De este concepto novísimo de interpretación nosológica aplicable no únicamente a estos procesos sino a toda la Patología y fructífero en síntesis sencillas y racionales, el alumno y la enseñanza han de beneficiar enormemente.

I. Enfermedades del esófago

Varices esofágicas; Esofagitis; Ulceras del esófago; Estenosis del esófago; Dilataciones del esófago; Cáncer del esófago; Cuerpos extraños del esófago.

II. Enfermedades del estómago

La aplicación del criterio fisiopatológico que hemos aceptado, como el elemento de mas valor en el estudio de la Nosografía Médica, nos lleva, siguiendo a BARKER, a dividir su estudio en los siguientes capítulos: 1. Gastropatías nerviosas; 2. Gastropatías inflamatorias; 3. neoplásicas; 4. por perturbaciones de la motilidad; 5. por anomalías de posición.

1. GASTROPATÍAS NERVIOSAS.

El estudio de las dispepsias va aclarándose a medida que un mejor conocimiento de otros estados patológicos, restringe los amplísimos límites que se les había dado. Años atrás el diagnóstico de Dispepsia era fácil y cómodo de hacer; en la actualidad solo puede llegarse a él después

de una difícil incursión en el terreno de la Patología visceral.

a) Gastropatías hipervagotónicas.

1. Bulimia; Gastralgia. 2. Píloroespasmó; Cardioespasmó. 3. Gastrosucorrea; Pírosis. 4. Hiperclorhidria.

b) Gastropatías hipersimpaticotónicas.

1. Anorexia. 2. Atonía; Dilatación. 3. Hipoclorhidria; Aquilia; Pírosis. 4. Dispepsia de Mathieu sensitivo motora.

c) Gastropatías nerviosas mixtas.

2. GASTROPATÍAS INFLAMATORIAS

a) Gastritis: Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial con: Cólico vesicular; Úlcera del estómago o duodenal; Crisis gástrica del tabes; Pancreatitis; Apendicitis; Angina de pecho; Toxemia gravídica.

b) Gastritis crónica; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Cólico vesicular; Dilatación del estómago; Úlcera gástrica; Pancreatitis; Apendicitis crónica; Pto-sis del estómago; Carcinoma; Infecciones biliares.

c) Aquilia gástrica. La enfermedad de EINHÖRT a la que debe referirse la Aquilia hemorrágica de MAYO es, a nuestro juicio, una gastropatía inflamatoria o una perturbación funcional.

d) Úlcera del estómago; Úlcera del duodeno; Su estudio nosográfico. Es un hecho evidente que, hablando anatómicamente, no es este el lugar de estudiar la úlcera duodenal; pero son tan íntimas las conexiones entre ambos estados patológicos que nos parece didáctico el hacerlo conjuntamente.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis; Neurosis gástricas; Carcinoma; Enfermedad de la vesícula biliar; Gastritis; Sífilis del estómago.

e) Sífilis y tuberculosis del estómago; Su estudio nosográfico. Los casos de sífilis del estómago son más frecuentes de lo que se cita en los clásicos, no obstante que FOURNIER nos habló ya de esta entidad patológica. Diag-

νόstico diferencial: Gastritis; Carcinoma; Úlcera del estómago.

f) Linitis plástica. Su estudio nosográfico.

3. GASTROPATÍAS NEOPLÁSICAS.

a) Cáncer del estómago. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Enfermedades de la vesícula biliar; Anemia perniciosa; Neurosis gástricas; Gastropotosis; Apendicitis; Tuberculosis; Dilatación crónica del estómago.

4. GASTROPATÍAS POR PERTURBACIONES DE LA MOTILIDAD.

a) Insuficiencias motoras. De estas, la más importante es la Dilatación aguda del estómago; Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Peritonitis; Pancreatitis; Colecistitis; Vómitos post-anestésicos; Obstrucción intestinal; Uremia; Dilatación del ciego.

b) Dilatación crónica del estómago; Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Importancia de las crisis tetánicas que la complican. Su interpretación.

5. GASTROPATÍAS POR ANOMALÍAS DE FORMA Y POSICIÓN.

Debe estudiarse aquí someramente el estómago bilocular, la hernia diafragmática, para dar más importancia a la Enfermedad de GLENARD. Su estudio nosográfico. Tetania, Epilepsia. Entre nosotros su estudio es de primordial importancia. El examen de rayos X en personas que sufren de trastornos del abdomen revela que, en la mayor parte de los casos, el fondo del estómago está por debajo del ombligo lo que nos ha obligado a aceptar que la ptosis abdominal es un hecho frecuentísimo en nuestro medio.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma; Colelitiasis o Colecistitis; Ectopia renal; Úlcera; Apendicitis; Enteritis; Nefrolitiasis, Hidronefrosis; Ectopia del ciego; Dilatación del estómago; Tuberculosis.

Creemos de todo punto interesante, terminado este estudio, ocuparnos de las perturbaciones que sufren las funciones del estómago en ciertos estados patológicos. Así consideraremos el estómago en las infecciones agudas febriles, en la apendicitis, en la colecistitis, en la tuberculosis,

en la clorosis, en el paludismo, en las enfermedades del corazón y riñones, en la diabetes y reumatismos.

Enfermedades de los intestinos

Sus procesos más importantes pueden clasificarse así:

1. Enteropatías inflamatorias; 2. Enteropatías circulatorias; 3. Enteropatías por alteraciones de la luz del intestino o de situación; 4. Enteropatías parasitarias; 5. Enteropatías neoplásicas; 6. Enteropatías congénitas; 7. Enteropatías nerviosas.

Debemos comenzar el estudio de las enteropatías por el proceso de constipación que en unos casos constituye una verdadera enfermedad y en otras ocasiones es un natural proceso endocrínico que puede estar dentro del límite de la salud. Y en veces, también, un estado vagotónico, tal vez de origen endocrínico, puede ser el substratum de su condición. Por mas, pues, que se intente clasificar la constipación dentro de los grupos de BARKER, es evidente que no se le encuentra emplazamiento normal. Con todo, nosotros la estudiaremos antes de otras perturbaciones porque su conocimiento es indispensable para entender mejor las entidades que hemos de considerar después. El mismo profesor BARKER nos ha autorizado para darle autonomía.

CONSTIPACIÓN.

Su estudio nosográfico. Extasis intestinal crónico. Dilatación crónica del duodeno, ciego móvil, incompetencia de la válvula ílio-cecal. Su estudio nosográfico. Enfermedad de GLENARD. Enfermedad de LANE. Visceroptosis.

1. ENTEROPATÍAS INFLAMATORIAS.

a) Enteritis aguda. Su estudio nosográfico.

b) Enteritis crónica. Es evidente que de la misma manera que la apendicitis tiene un asiento infeccioso sustantivo, la inflamación crónica del intestino debe también reconocerlo. Así pues, el estudio de la colitis crónica debe ser hecho aquí. Este punto de vista es tanto más fundamentado cuanto que hay hechos similares de la patología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

UBHCD

del estómago, ultimamente puestos en evidencia por el profesor RHEFFUS, de Filadelfia, quien ha descrito gastritis infecciosas de origen hematógeno, tratadas eficazmente por vacunas. Pero al lado de estos hechos importantísimos, debemos hacer una especial mención de las colitis de orden meramente funcional, por perturbaciones nerviosas motoras, sensitivas o secretoras del intestino, que no reconocen un substratum infectivo y que, sin embargo, se parecen en todo a las anteriores. Didácticamente es mas importante hacer aquí su estudio completo. Ese es nuestro modo de pensar. Las estudiaremos conjuntamente.

Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Neoplasmas; Colitis parasitaria; Tuberculosis intestinal; Disentería; Colecistitis.

c) Úlceras del intestino. Ya hemos indicado que la úlcera duodenal encuentra desde el punto de vista didáctico, un emplazamiento mejor al ocuparse de úlceras del estómago. De la misma manera, consideraremos allí la úlcera yeyunal. Aquí trataremos de las úlceras trombósicas y embólicas. Trombosis de las arterias y venas mesentéricas.

d) Apendicitis. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Litiasis vesicular; Peritonitis perforativa; Úlceras del estómago o duodeno; Hiperclorhidria; Gastritis o Enteritis; Obstrucción intestinal; Cólico de plomo; Fiebre tifoidea; Neumonía o Pleuresía; Pancreatitis; Epididimitis; (?) Carcinoma visceral; Peritonitis tuberculosa; Crisis gástrica del tabes; Cólico nefrítico; Embarazo ectópico; Indigestión; Visceroptosis; Disentería; Anexitis; Tuberculoma hipertrófico del ciego.

e) Enteritis tuberculosa. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial; Importancia de su conocimiento y confusión frecuente con las colitis. El tuberculoma hipertrófico del ciego.

f) Proctitis. Su estudio nosográfico.

De la misma manera que hemos considerado la constipación, al comienzo de estos trastornos, es oportuno reservar aquí un capítulo para el estudio de las diarreas, descartar

tando totalmente los procesos parasitarios. Nos ocuparemos de las diarreas anaclorhídricas, pancreáticas, por putrefacción de las albúminas, por fermentación de los feculentos y de las de origen simpático o vago-tónico.

Estudio de las diarreas.

2. ENTEROPATIAS CIRCULATORIAS

a) Hemorragia intestinal. b) Hemorroides. c) Embolismos y trombosis de las arterias y venas mes entéricas.

3. ENTEROPATÍAS POR ALTERACIONES DEL CALIBRE Y POSICIÓN

a) Obstrucción intestinal aguda. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Dilatación aguda del estómago; Peritonitis; Atonía del intestino; Constipación.

b) Obstrucción intestinal crónica.

c) Dilatación del intestino: Extasis ilial; Diverticulitis; Hernias abdominales. Enteroptosis. (Propiamente hablando, haremos este estudio al ocuparnos de la visceróptosis.)

4. ENTEROPATIAS PARASITARIAS

Este capítulo como el anterior los enunciaremos brevemente puesto que son motivo de lecciones de otros cursos.

5. ENTEROPATIAS NEOPLÁSICAS

a) Cáncer. b) Sarcoma. c) Poliposis.

6. ENTEROPATIAS CONGÉNITAS.

8. ENTEROPATIAS NERVIOSAS.

a) Neurosis motoras. b) Neurosis sensitivas. c) Neurosis secretoras.

IV. Enfermedades del hígado y del tractus biliar

Con un estricto criterio fisiopatológico, mal cabría hacer el estudio de la litiasis biliar en este capítulo, puesto que está considerada como una desviación del metabolismo y

por lo tanto debería estudiarse al lado de los estados glucémicos u oxalémicos. Y como la Endocrinología es evidentemente el capítulo que estudia manifestaciones similares es allí donde debería considerársele. Pero el hecho es que sus manifestaciones son imperativamente hepáticas, lo que justifica, como una tendencia didáctica, su inclusión en este lugar, tanto más cuanto que la litiasis biliar de orden infeccioso—cuyo parecido clínico es saltante—exige su estudio aquí mismo.

De otro lado abandonamos el concepto clásico de estudiar las icterias infecciosas en el capítulo de las enfermedades de los conductos biliares (angiocolitis) para anteponerlas aquí, siguiendo la tendencia renovadora de Widal, Abrami y Brule que nos parecen haber demostrado que la ictericia es una hepatitis; paso avanzado en nosografía a nuestro juicio, por inspirarse en un concepto de perturbación funcional.

Por último, creemos haber contribuido al mejor conocimiento de las hepatitis al crear una modalidad. La hepatitis intersticial aguda—enteramente nuestra.—(La Reforma Médica 1919).

Véase el archivo de la Asociación Peruana para el progreso de la ciencia.—Fascículo 1-1921.

Clasificación:

1. Hepatopatías inflamatorias. 2. Hepatopatías circulatorias. 3. Hepatopatías degenerativas. 4. Hepatopatías parasíticas. 5. Hepatopatías neoplásicas. 6. Anormalidades.

1. HEPATOPATÍAS INFLAMATORIAS.

a) Hepatitis aguda. He aquí donde Barker hace esta afirmación: «Es obvio que la totalidad de este tema necesita revisión».

1. Hepatitis aguda simple.

Creemos haber aislado una forma que denominaremos:

2. Hepatitis intersticial. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial. Absceso hepático. Sífilis del hígado. Cáncer del hígado. Cirrosis.

3) Hepatitis supurada. Absceso hepático. Su estudio nosográfico. (*)

b) Hepatitis icterígenas. La ictericia grave.

1. Espiroquetosis ictero-hemorrágica. Fiebre amarilla. Su estudio nosográfico. (*)

2. Icteria infecciosa bacteriana. Su estudio nosográfico.

3. Atrofia amarilla del hígado. (?)

Nosográficamente estos procesos son idénticos y solo se distinguen en el germen causal y en ciertas lesiones anatómo-patológicas. Diagnóstico diferencial: Calculosis icterígena; Presión de ganglios; Angiocolitis; Icterias hemolíticas; Bridas o acodamientos; Cáncer de las vías biliares; Icterias tóxicas; Cáncer del páncreas.

c) Hepatitis crónica.

1. Perihepatitis crónica hiperplástica.

2. CIRROSIS DEL HÍGADO. Discusión sobre su interpretación fisiopatológica. Necesidad didáctica de una clasificación.

Cirrosis portal-tipo Laennec. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Indigestión; Carcinoma del hígado; Asistolia hepática; Úlcera del estómago; Peritonitis; Tumor retroperitoneal; Quiste del ovario; Úlcera del duodeno; Enfermedad de Banti.

Cirrosis biliar-tipo Hanot. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Icteria por obstrucción. Hígado amiloide. Enfermedad de Banti. Carcinoma del hígado. Asistolia hepática. Sífilis del hígado. Hepatomegalia.

Cirrosis mixtas. Su interpretación. La cirrosis litiásica.

d. Sífilis del Hígado: Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial; su forma gomosa con: Quiste hidático; Hepatitis intersticial; Colecistitis calculosa; Tumores neoplásicos.

e. Tuberculosis del hígado.

2. HEPATOPATÍAS CIRCULATORIAS

Es corriente admitir dos procesos de congestión hepática—

(*) No son de nuestro resorte.

ca uno pasivo por falla del miocardio: uno activo, exponente de perturbaciones gástricas y que se ha llamado, en veces, hígado tropical (Barker). Creemos que este último es un proceso intersticial de múltiples orígenes y lo estudiamos en el capítulo designado con el nombre de hepatitis intersticial. No basta sino recordar el título de hepatopatías circulatorias para reconocer el ningún derecho de estudiar aquí las congestiones activas del hígado.

Congestión pasiva del hígado. Su estudio nosográfico.

3. HEPATOPATÍAS DEGENERATIVAS.

a) Hígado graso; b) Hígado amiloide; c) Atrofia amarilla aguda del hígado, (considerada anteriormente); d) Hepatopatías tóxicas.

4. HEPATOPATÍAS PARASÍTICAS

Quiste hidático. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Cáncer; Sífilis; Cirrosis; Hidronefrosis; Vesícula biliar dilatada.

5. HEPATOPATÍAS NEOPLÁSICAS

Cáncer del hígado. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Sífilis; Hígado amiloide; Tumores; Cirrosis; Quiste hidático; Pleuresía; Sarcoma; Absceso del hígado; Hepatitis intersticial; Acumulaciones fecales.

6. ANORMALIDADES.

Enfermedades de los conductos biliares y de la vesícula biliar

a) Angiocolitis. Ya hemos hecho ver que constituye una excepción rarísima como proceso aislado.

b) Colangitis purulenta.

c) Colecistitis aguda. Capítulo al que los autores franceses dan poca importancia. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Apendicitis; Úlcera; Peritonitis; Fiebre tifoidea; Neumonía; Sífilis; Aortitis.

d) Colecistitis crónica; Su sintomatología puede superponerse a la de la colecistitis calculosa.

e) Litiasis biliar. Estudio nosográfico; diagnóstico.

diferencial: Apendicitis; **Crisis gástrica**; Pericarditis; Sífilis. Nefrolitiasis; **Pancreatitis**; **Neumonía**; Úlcera; Angina de pecho; Indigestión; Cólico saturnino; Obstrucción pilórica; Cáncer; Procesos inflamatorios de los conductos biliares.

f) Neoplasmas de los conductos biliares.

g) Cáncer de la vesícula biliar; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Litiasis; Cáncer del hígado; Sífilis del hígado; Carcinoma de la ampolla de Vater.

VI. **Enfermedades del Páncreas**

Es singularmente difícil el estudio de sus procesos nosográficos, por que no obstante de que sus funciones están definidas, la suplencia de otros órganos hace confusa la apreciación de sus perturbaciones morbosas. Esto en lo que se refiere a sus procesos crónicos que por lo que respecta a los agudos, su sintomatología se asemeja en mucho a la de otros cuadros morbosos agudos del abdomen.

Clasificación:

1. Pancreatopatías inflamatorias. 2. Pancreatopatías circulatorias. 3. Pancreatopatías neoplásicas. 4. Enfermedades de los conductos pancreáticos.

En lo que se refiere a sus perturbaciones endócrinas, serán motivo de estudio aparte de otro capítulo de la nosografía. Importancia para su estudio del tubaje duodenal.

1. **PANCREATOPATÍAS INFLAMATORIAS**

a) **Pancreatitis aguda**. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal aguda. Cólico biliar; Peritonitis aguda; Embarazo ectópico; Ruptura de aneurisma.

b) **Pancreatitis supurada**. Su estudio nosográfico.

c) **Pancreatitis crónica indurativa**. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Indigestión; Colecistitis; Apendicitis crónica; Úlcera del estómago.

d) **Inflamaciones específicas del páncreas**.

2. PANCREATOPATÍAS CIRCULATORIAS

3. PANCREATOPATÍAS NEOPLÁSICAS

Carcinoma del páncreas. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Litiasis biliar; Pancreatitis crónica; Icteria por obstrucción; Carcinoma de otros órganos.

4. ENFERMEDADES DE LOS CONDUCTOS PANCREÁTICOS.

a) Calculosis pancreática. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Litiasis biliar; Úlcera; Cáncer del estómago; Pancreatitis; Quistes; Neoplasmas; Cáncer de los conductos biliares.

b) Quiste del páncreas. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Abscesos retroperitoneales; Cáncer del páncreas; Sarcoma retroperitoneal; Quiste de otros órganos. Aneurisma de la aorta abdominal.

VII. Enfermedades del peritonéo

Clasificación:

1. Peritoneopatías inflamatorias; 2. Peritoneopatías circulatorias; 3) Peritoneopatías parasíticas; 4) Peritoneopatías neoplásicas.

1. PERITONEOPATÍAS INFLAMATORIAS.

a) Peritonitis aguda.

1. Peritonitis aguda generalizada. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Neumonía; Pleuresía; Uremia; Atonía intestinal; Hemorragia; Pancreatitis; Cólico saturnino; Obstrucción intestinal; Embolismo; Dilatación aguda del estómago.

2. Peritonitis aguda circunscrita. Los abscesos perigástricos, pericólicos, sigmoideos, subfrénicos. Su estudio nosográfico.

b) Peritonitis tuberculosa. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Fiebre tifoidea; Enteritis; Apéndice; Cáncer abdominal; Atrofia de la pared intestinal [niños]

Estos procesos serán estudiados en su oportunidad al ocuparse de la patología de órganos en que se producen y lo mismo haremos con los siguientes:

2. PERITONEOPATÍAS CIRCULATORIAS

a) Ascitis. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Quiste del ovario; Dilatación del estómago; Quiste hidático; Obesidad; Quiste pancreático; Dilatación del intestino; Embarazo con hidramnios; Quiste del peritonéo; Hidronefrosis; Dilatación de la vejiga.

Por más que la ascitis no constituya una entidad nosográfica, sin embargo es de tal interés su conocimiento sindromático que no hemos vacilado en dedicarle un capítulo especial.

b) Hemoperitonéo.

3. PERITONEOPATÍAS PARASÍTICAS.

4. PERITONEOPATÍAS NEOPLÁSICAS.

Sarcoma; Carcinoma; Estudio nosográfico.

VIII. Enfermedades del mesenterio

Embolismos y trombosis de las arterias y venas mesentéricas. Su estudio nosográfico.

Tumores. Quistes.

ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO Y DE LAS ARTERIAS

Enfermedades del corazón

Como en los capítulos anteriores, haremos una revisión de los conocimientos de fisiopatología necesarios. Insistiremos en las perturbaciones reflejas que los cardiopatas o aórticos pueden producir, enmascarando su lesión, como lo hemos demostrado en la monografía que acompaña este trabajo. "Las aortitis enmascaradas". El conocimiento cabal de las arritmias es indispensable al alumno, quien debe considerarlas como entidades morbosas a título excepcional, y sí mas bien, como perturbaciones fisiopatológicas, que muy diversas causas (extrínsecas o intrínsecas al miocardio) pueden producir. La historia del corazón arterioesclerótico, está hecha en gran parte por la sucesión de perturbaciones hisianas, para no citar sino un caso. El capítulo de la Arterioesclerosis es lo más confuso. Procuraremos edificar sobre hechos la doctrina más aproximada a la verdad de una entidad clínica cuya existencia es innegable, pero cuya interpretación es imperfecta. Insistiremos en los diferentes aspectos de la insuficiencia cardiaca, ligera y avanzada, así como en la insuficiencia aguda del corazón. Procuraremos objetivar lo más posible esta enseñanza, concediéndole todo el tiempo necesario.

CLASIFICACIÓN: 1. Arritmias; 2. Insuficiencia circulatoria; 3. Procesos adaptivos del corazón; 4. Cardiopatías inflamatorias; 5. Cardiopatías valvulares; 6. Cardiopatías congénitas; 7. Cardiopatías toxi-degenerativas; 8. Angina de pecho.

I. Arritmias

A. Arritmias sinusales; B. Arritmias bathmotrópicas;
C. Arritmias inotrópicas; D. Arritmias dromotrópicas.

A. Arritmias sinusales.

Arritmia respiratoria; Intermitencias.

B. Arritmias bathmotrópicas.

a) Arritmias extrasistólicas; Sus causas; Significación clínica; Los extrasístoles en las cardiopatías y en ausencia de ellas. b. Taquicardia paroxística; Su estudio nosográfico; c. Fibrilación auricular; Su estudio nosográfico; d. Ondulación auricular.

C. Arritmias inotrópicas.

Pulso alternante; Su significación.

D. Arritmias dromotrópicas.

a) Bloqueo atrioventricular; 1. Conducción alargada; 2. Bloqueo parcial; 3. Bloqueo completo; 4. Bloqueo intraventricular;

b) Enfermedad de Stokes-Adams.

Incursión en la Patología para apreciar el proceso evolutivo de las arritmias.

II. Insuficiencia circulatoria

Lo que, según BARKER, nos abre un nuevo horizonte, es la consideración del papel que desempeña el sistema arterial, ese corazón periférico en el que tanto insistía HUCHARD.

a) Insuficiencia circulatoria crónica; Sus relaciones con las carditis.

b) Insuficiencia circulatoria aguda. Para VAQUEZ hay un síndrome de angina de pecho de decúbito.

III. Procesos adaptativos

Hipertrofia del corazón. Dilatación del corazón.

IV. Cardiopatías inflamatorias

A. Endocarditis.

a) Endocarditis aguda.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

b) Endocarditis lenta; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial; Tuberculosis; Septicemias; Paludismo; Fiebre tifoidea; Anemia perniciosa; Fiebre de Malta; Fiebre de origen focal.

La Endocarditis subaguda estreptocócica ha sido señalada por nosotros. Su frecuencia. (Academia de Medicina 1923).

B. Miocarditis; Su estudio nosográfico; Su frecuencia Síndrome de insuficiencia suprarrenal.

C. Pericarditis.

a) Pericarditis aguda. b. Pericarditis crónica. c. Pericarditis con derrame; Diagnóstico diferencial: Dilatación cardíaca; Pleuresía; Crisis cólicas; Hipertrofia cardíaca; Angina de pecho; Neumonía; Enfermedades dolorosas del torax.

Además estudiaremos aquí procesos no inflamatorios del pericardio: Hidropericardio; Hemipericardio; Neumopericardio.

V. Cardiopatías valvulares

a) Estrechez aórtica; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Aortitis; Aneurisma; Soplo funcional.

b) Insuficiencia aórtica; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Aneurisma; Estrechez mitral; Aortitis.

c) Estrechez mitral; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Insuficiencia aórtica.

d) Insuficiencia mitral; Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Soplos funcionales.

e) Estrechez pulmonar; Su estudio nosográfico.

f) Insuficiencia pulmonar; Su estudio nosográfico.

g) Estrechez tricúspide; Su estudio nosográfico.

h) Insuficiencia tricúspide; Su estudio nosográfico.

VI. Cardiopatías congénitas

VII. Cardiopatías toxidegenerativas

a) Cardiopatía arterioesclerótica; b. Sobrecarga

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

UBHCD

grasosa del corazón; c. Cardiopatía nefropática; d. Cardiopatía tirotóxica.

VIII. Angina de pecho

Diagnóstico diferencial: Aneurisma torácico; Crisis cólicas; Colecistitis; Neuralgia intercostal; Úlcera del estómago; Apendicitis; Falsas anginas; Síndrome que o es una manifestación de insuficiencia del corazón o un signo de aortitis.

ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS

I. Arteritis

Confesamos, como debe ser de rigor en cuestiones científicas, que, hoy por hoy, no hay un cuerpo de doctrina en el capítulo más interesante de esta sección: el de la arterioesclerosis. Para WIDAL (lecciones clínicas de 1911) la arterioesclerosis era lo mismo que el mal de Bright de forma hipertensiva; las experiencias de JOSUE aislaron un tipo de lesiones ateromatósicas que se confundían con la arterioesclerosis; los autores americanos señalan un estado arterioesclerótico con hipercolesterinemia; y, por último, ALBUTT, ha creado una nueva entidad: la hiperpiepsis. Las cápsulas suprarrenales son preferentemente incriminadas en la actualidad, así como los citosts. (TURK). Estudiaremos:

a] Arteritis agudas; b. Arteritis crónicas; La ARTERIOESCLEROSIS; Su estudio nosográfico. c. Hiperpiepsis de ALBUTT. d. Arteritis sifilítica.

II. Enfermedades de la aorta

A. AORTITIS.— a) Aortitis aguda. b) Aortitis crónica. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Asma; Uremia; Nefritis; Miocarditis; Aneurisma; Tuberculosis; Úlcera del estómago.

Las aortitis enmascaradas en un síndrome vagotónico.

B. ANEURISMA. a) Aneurisma del cayado de la aorta. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Tumores del mediastino; Mediastinitis; Aortitis; Enfermedades valvulares; b) Aneurisma de la aorta abdominal.

III. Enfermedades de las venas

Flebitis y trombosis. Várices.

ENFERMEDADES DEL APARATO UROGENITAL

En este grupo debemos considerar: A. Enfermedades de los riñones. B. (*) Enfermedades de las vías urinarias (uréteres, vejiga). No nos ocuparemos de las afecciones genitales del hombre y de la mujer, sino muy incidentalmente, por ser materia de estudios especializados.

NEFROPATÍAS.—Desde los trabajos de Virchow, el criterio anatómo-patológico ha prevalecido en su estudio: con el advenimiento de las doctrinas pasteurianas se creyó haber encontrado la clave de una división etiológica que fracasó pronto. Es indudable que corresponde al profesor Widal, de París, el honor de haber instituido un criterio fisiopatológico para el estudio de la nefritis crónica.

Clasificación.

1. Nefropatías congénitas; 2. Nefropatías circulatorias; 3. Nefrosis. 4. Nefropatías inflamatorias. 5. Nefropatías por lesiones de la pelvis renal. 6. Nefropatías parasitarias. 7. Nefropatías neoplásicas.

I Nefropatías congénitas

a) Ectopia renal. Consideraremos aquí además la ectopía renal adquirida. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Tumores del riñón y de otros órganos; Litiasis renal; Cistitis; Hidronefrosis; Tuberculosis renal.

b) Riñón quístico congénito; Riñón poliquístico.

(*) Curso especializado

II. Nefropatías circulatorias

a) Congestión pasiva del riñón. b. Nefropatía arterioesclerótica.

III. Nefrosis

a) Albuminuria febril. b. Nefritis mercurial. c. Nefritis toxémica, d. Riñón amiloide.

IV. Nefropatías inflamatorias

a) Glomérulo-nefritis aguda focal; Su origen hematógeno; Trabajos de W. Mayo; El flemón perinefrítico; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Caries de la espina dorsal; Supuración del riñón; Hidronefrosis; Apendicitis; Tumores.

b) Nefritis. 1. Nefritis aguda; Su estudio nosográfico; Diagnóstico diferencial: Retención de orina; Cardiopatía; Nefritis crónica; Hematuria; Albuminuria

2. Nefritis crónicas; Dificultades para su interpretación; El Mal de Bright; Trabajos del profesor WIDAL; Los síndromes funcionales establecidos por él se han incrementado a medida que se estudia mejor la fisiopatología del riñón. Así pues ha sido preciso agregar un síndrome acidótico por impermeabilidad renal a los fosfatos, aislado por los autores americanos. De otro lado se ha disociado la retención azoada en sus diversas modalidades: urea, creatinina, ácido úrico. Es este un capítulo de espera, precursor de otros más. EPSTEIN, de Nueva York, ha aislado un síndrome albuminúrico por perturbación del equilibrio de coloides y lipoides de la sangre.

Síndrome albuminúrico; Síndrome clorurémico; Síndrome azoémico, (por retención de urea o creatinina); Síndrome hipertensivo; Síndrome acidótico; Síndrome nefrótico de EPSTEIN.

Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial.

La uremia. Su disociación clínica: por edemas, hipertensión, creatininemia, azoemia, acidosis, etc.

El síndrome de Epstein parece aproximarse más bien a un trastorno de la nutrición por avitaminosis, semejante al «edema de la guerra.»

c) Nefropatías específicas.

1. Tuberculosis renal. Diagnóstico diferencial: Nefritis; Pionetritis; Cistitis; Hematurias de otro origen.

2. Nefritis tuberculosa; Sífilis del riñón.

d) Perinefritis.

V Enfermedades de la pelvis del riñón

a) Pielitis y pielonefritis. b) Hidronofrosis.

No son de nuestro resorte.

c) Nefrolitiasis; Cólico nefrítico.

Solamente a título de que los estados uricémicos u oxalémicos traen, en ocasiones, verdaderas enfermedades de la pelvis renal, es que incluimos en esta sección el estudio de la nefrolitiasis; sin olvidar por cierto que, en el fondo de estas y otras análogas perturbaciones patológicas, hay un trastorno del metabolismo sobre el que insistiremos en otro lugar. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Crisis de Dietl; Obstrucción del ureter; Apendicitis; Colecistitis.

En el caso de cálculo enclavado, el diagnóstico diferencial debe hacerse con: Tuberculosis; Caries de la espina; Absceso perinefrítico; Colecistitis; Cálculo de la vejiga; Obstrucción ureteral; Lumbago.

VI. Nefropatías parasíticas.

VII. Nefropatías neoplásicas.

Tumores del riñón; Hipernefroma; Sarcoma; Carcinoma; Su estudio nosográfico.

Las demás enfermedades son del dominio de cursos especializados.

ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMOPOIETICOS

Para que el alumno pueda penetrarse de las enfermedades de la sangre, es indispensable que tenga nociones definidas sobre la hemopoiesis. Iniciaremos pues nuestra labor, mediante la revisión de ésta, en el embrión y en el adulto. Entonces es fácil la apreciación de los estados anémicos en que la sangre o se regenera normalmente (ortoplastía), o recurre a su génesis ancestral (displastía) o la médula se inhibe y la aparición de elementos normales, enmascara la sideración de los órganos hemopoiéticos.

Por lo demás, la aplastía de la médula puede ser fugaz como hemos tenido oportunidad de constatarlo y, entonces, es posible el hallazgo de tipos intermedios.

I. ANEMIAS. a) Anemias ortoplásticas. Sus características. b) Anemias displásticas y aplásticas.

1. Anemia perniciosa. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Anemias secundarias; Leucemia; Enfermedad de Adisson; Clorosis; Tabes; Enfermedad de Hodgkin; Cáncer; Esplenopatía; Anemia carriónica.

2. Anemia aplástica.

II. POLICITEMIAS Y LEUCOSIS.

Enfermedad de Vaquez. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial.

III. LEUCEMIAS. a) Leucemia mieloide aguda. Su estudio nosográfico. b) Leucemia mieloide crónica, Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Hodgkin; Anemia perniciosa; Tuberculosis ganglionar; Es-

plenomegalias. c) Leucemia linfoide aguda. Su estudio nosográfico. d) Leucemia linfoide crónica. Su estudio nosográfico.

IV. GRANULOMATOSIS. a) Enfermedad de Hodgkin. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Leucemia; Adinitis sífilítica; Tuberculosis; Tumor del mediastino; b) Linfo-adenitis tuberculosa; c) Linfo-sarcomatosis; d) Adenia sífilítica.

V. HEMODISTROFIAS Y DIATESIS HEMORRAGICAS.

Las Hemodistrofias para ser tales según el concepto felicísimo del eminente Profesor Pittaluga que ha creado este capítulo, deben reunir estos caracteres: 1º que la perturbación bioquímica sea más importante que la celular; 2º que haya un factor endocrinopático; y 3º que la herencia pueda acusarse manifestamente.

A. a) Hemofilia. b) Púrpura. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Hemofilia; Escorbuto; Leucemia. c) Escorbuto; Su naturaleza avitaminosa. Enfermedad de Barlow; d) Hemoglobinuria paroxística.

B. CLOROSIS.

C. ICTERIAS HEMOLÍTICAS.

VI. HEMOPLASIAS LINFOIDE Y ESPLENOMEGALICAS.

Enfermedad de Banti. Sus relaciones con la cirrosis del hígado. Estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Leucemia; Paludismo; Icteria hemolítica; Tuberculosis esplénica; Quiste hidático; Tumores del bazo.

Esplenomegalias hemolíticas.

VII. HEMOPATÍAS INFECCIOSAS.

Púrpura.

METABOLISMO

Ha sido la escuela de Viena la que ha dado una importancia de toda actualidad al estudio del metabolismo. Pero es sobre todo en E.E. UU. donde se ha producido el mayor número de contribuciones sobre este particular.

Clasificación.

1. Artritis; 2. Estados de hiponutrición; 3. Diátesis amino-acidas; 4. Estados de hipernutrición; 5. Poliurias no diabéticas; 6. Diabetes; 7. Gota.

I. Artritis

Con este nombre se ha designado un conjunto de estados desemejantes entre los cuales creyó encontrarse un parentesco clínico. Para la escuela francesa: reumatismo, gota, obesidad, asma, litiasis, etc. son manifestaciones artríticas. En la actualidad es preciso dar al artritis una acepción más restringida. Nuestro criterio ha sido señalado en una tesis inspirada a uno de nuestros colaboradores en la Jefatura de Clínica de 1915. Nuestra opinión, en síntesis, es disociar el artritis en los siguientes estados diatésicos:

1. Uricemia; 2. Oxalemia; 3. Hipercolesterinemia; 4. Hiperglucemia; 5. Hipoglucemia; 6. Diátesis amino-acidas; 7. Estados anafilácticos.

Ahora bien, en la base de estos estados bioquímicos se encuentra casi siempre una alteración endocrínica; es así como la uricemia acompaña ciertos estados hipotiroideos como el reumatismo; la hipercolesterinemia, por lo menos, coin-

cide con estados funcionales o disfuncionales del ovario muchas veces aparentes; la hipoglucemia y la hiperglucemia se suceden a menudo para que la obesidad de paso a la diabetes y hoy está bien demostrado que la insulina regula el catabolismo de los carbohidratos; por último: asma, urticaria, migrañas, epilepsia, hidrorreas nasales, edema angioneurótico son función de crisis de coloides, como bien lo han demostrado WIDAL y sus discípulos; y se sabe como la adrenalina yugula ciertas crisis mientras que otras aparecen en determinados estados discrínicos.

Está pues justificado renovar los viejos conceptos humorales sobre bases bioquímicas y entonces decir que hay una diátesis coloidoclásica, como la hay uricémica, etc. Y quizá si habría hasta el derecho de asegurar que hay un estado timolinfático en que la Sífilis o la Tuberculosis o algo más todavía, determina el *primun movens* de ulteriores desarreglos.

II. Estados de Hiponutrición

1. Inanición.

2. Avitaminosis y enfermedades por carencia. La teoría de los simbiosis.

Desde los trabajos de FUNK y con el impulso que en Estados Unidos ha recibido este capítulo, gracias a HESS, OSBORNE Y MENDEL, MC. CALLUM, GOLDBERG, &, se ha demostrado que las avitaminosis o simplemente una alimentación incompleta en amino-acidos, puede producir determinados trastornos que consideramos a continuación. Pero es justo agregar que no se ha dicho todavía la última palabra.

a) Escorbuto. Estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Periostitis; Reumatismos; Anemias; Parálisis infantil; Estomatitis.

b) Beri-beri. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Nefritis; Tabes; Neuritis; Poliomiélitis; Enfermedad de Landry; Lepra.

c) Pelagra. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Dermatitis; Sprue; Disentería; Psicosis; Ergotismo; Arterioesclerosis; Sífilis; Lepra; Gastro-enteritis.

- d) Ceguera nocturna.
 - e) Raquitismo. Su estudio nosográfico.
 - f) Edema de la guerra.
3. Caquexias.

III. Estados de Hipernutrición

Obesidad. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Mixedema; Adenolipomatosis; Adiposis dolorosa; Adiposis cerebrales.

IV. Diatesis amino-ácidas

V. Poliurias esenciales

La consideramos aquí dada la reacción que hay en la actualidad para admitirle un origen extra-hipofisario.

VI. Diabetes

Su estudio nosográfico.

El coma diabético. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Uremia; Apoplejía; Alcohólico; Encefalitis; Intoxicaciones; Traumatismos; Tumores; Meningitis.

La necesidad actual de conocer el balance de la alimentación del diabético nos obliga a agregar unas tablas para el fácil cálculo de ésta. (*)

VII. Gota

Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Artritis; Reumatismo; Artropatías.

Reumatismos diatésicos. Su estudio nosográfico.

ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS

I. Introducción

Si no fuera suficiente para demostrar la importancia de este estudio el admirable desarrollo de la Endocrinología que ha penetrado insospechadamente en todos los campos de la Nosología, bastaría para que diéramos a su conocimiento una atención preferente, el hecho de que uno de sus capítulos,—el Bocio endémico, Cretinismo,—constituye una entidad morbosa desparramada a través de todo el territorio de la República, como un elemento manifiesto de degeneración de la raza.

II. Fisiopatología de las glándulas endócrinas

III. Semiología de las glándulas endócrinas

Faltos de conocimientos sobre el mecanismo íntimo de los trastornos endocrínicos y en la obligación de hacer un curso elemental que oriente al alumno, creemos que como criterio de clasificación no cabe otro sino un ensayo de disociación funcional. Veremos, pues, de encontrar las perturbaciones que puedan relacionarse con las cinco posibilidades siguientes: estado de afunción, de hipofunción, de hiperfunción morbosa, de hiperfunción constitucional y de disfunción. Hemos agregado este último estado a la clasificación de PENDE, por cuanto no es raro encontrar síndromes complejos de hiper o hipofunción, tal como ocurre en la glándula tiroides.

I Tiropatías

a) Afunción; b) Hipofunción. 1. El bocio endémico. Su estudio nosográfico. 2. El cretinismo. Su estudio nosográfico. 3. El mixedema. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Idiotéz; Mongolismo; Cardiopatía; Nefritis; Encefalopatía; Anemia.

c) Hiperfunción constitucional.

d) Hiperfunción morbosa. Enfermedad de Basedow. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Neurastenia; Nefritis; Exoftalmia; Taquicardia; Cardiopatía.

e) Estados disfuncionales.

II. Paratiropatías

a) Aparatiroidismo. Tetania post-operatoria. b) Hipoparatiroidismo. Tetania. Su estudio nosográfico.

III. Hipofisopatías

a) Apituitarismo. b) Hipopituitarismo. 1. Enfermedad de Froelich. 2. Infantilismo. c) Hiperpituitarismo funcional. d) Hiperpituitarismo morbosus. Acromegalia. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Osteitis deformante; Diabetes; Osteoartropatías.

IV. Interrenopatías y cromafinopatías

a) Asuprarrenalismo. b) Hiposuprarrenalismo. 1. Enfermedad de Addison. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Anemia perniciosa; Bocio; Cáncer; Argiria; Vitiligo; Embarazo; Malaria; Pelagra; Diabetes bronceada; Pigmentaciones parasitarias. 2. Insuficiencia suprarrenal. c) Hipersuprarrenalismo funcional. d) Hipersuprarrenalismo morbosus. 1. Pseudo hermafroditismo. 2. Pubertad precoz. 3. Virilismo. e) Estados disfuncionales.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

UBHCD

V. Gonadopatías

a) Agénitalismo. Eunuquismo. b) Hipogenitalismo. Eunucoidismo. c) Hipergenitalismo funcional. d) Hipergenitalismo morbozo. Pubertad precoz.

VI. Timopatías

a) Atimismo. b) Hipotimismo. c) Hipertimismo funcional. d) Hipertimismo morbozo. 1. Diátesis tímica. Su estudio nosográfico. 2. Hipertrofia del timo. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial:

VII. Epífisopatías

a) Pubertad precoz. b) Obesidad.

VIII. Infantilismo

IX. **Síndromes multiglandulares.** (Trabajos de Sergio Bernalés.)

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Solo nos ocuparemos, puesto que su estudio es objeto de una enseñanza especializada de las entidades nosológicas siguientes:

Encefalitis epidémica. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial:

Meningitis cerebro espinal epidémica. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial:

Meningitis tuberculosa. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial.

ENFERMEDADES DE LOS MUSCULOS

I. Miopatías congénitas

II. Miopatías inflamatorias

a) Mialgias. Lumbago. Su estudio nosográfico. b) Tortícolis. Pleurodinea. c) Miositis.

III. Miopatías parasíticas

IV. Miopatías neoplásicas

ENFERMEDADES DE LOS HUESOS

I. Osteopatías congénitas

II. Osteopatías endocrínicas

Como es fácil colegirlo encontraremos este capítulo en otras partes de nuestro programa. a) Raquitismo. Su estudio nosográfico. b) Acondroplasia. Su estudio nosográfico. c) Osteomalasia. Su estudio nosográfico.

III. Osteopatías circulatorias

Gangrena de las extremidades. Enfermedad de Barlow.

IV. Osteopatías inflamatorias

a) Ostitis. b) Sífilis ósea. Tuberculosis. Actinomicosis. (De otro resorte). c) Enfermedad de Paget. Estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Acromegalia; Artropatías crónicas; Raquitismo; Osteitis sífilítica; Osteomalasia; Osteoporosis senil.

ENFERMEDADES DE LAS ARTICULACIONES

Este es uno de los capítulos más confusos de la Nosografía. Las razones son muchas: la sinonimia variadísima con que autores de distintos países designan la misma manifestación; la falta de datos etiológicos precisos, pues una misma lesión anatómo-patológica puede reconocer diferentes causas; la circunstancia de aceptarse en Francia una “diatesis artrítica” que los autores sajones no admiten sino dentro de una muy limitada acepción y, por último, nuestra ignorancia de los procesos íntimos que rigen su determinismo morboso. Con todo—y en lo que respecta a este último factor—debemos decir que la significación etiológica de las infecciones focales ha venido a precisar mejor ciertos estados reumáticos que originaban frecuentes errores de interpretación.

Estableceremos los postulados siguientes:

1º.—El reumatismo articular agudo es una entidad autónoma, infecciosa, específica, que estudiaremos en el capítulo de las enfermedades infecciosas. 2º.—Los pseudo-reumatismos infecciosos, como su nombre lo indica, son manifestaciones articulares que complican procesos infecciosos. 3º.—La gota es una entidad producida por perturbaciones en el metabolismo de las purinas. El reumatismo crónico diatésico de los autores franceses o poliartritis primaria crónica progresiva, de los autores americanos, debe englobarse en la diátesis artrítica. 4º.—El reumatismo nudoso tiene características clínicas y posiblemente etiológicas precisas.

I. Artropatías inflamatorias

- a) Reumatismo articular agudo.
- b) Artropatía de la gota. Reumatismo diatésico.
- c) Reumatismo deformante. Su estudio nosográfico.

co. Diagnóstico diferencial.

d) Reumatismos secundarios. Pseudo-reumatismos. Artritis crónica secundaria. Reumatismo tuberculoso. Reumatismo gonocócico. Artropatías de la columna vertebral. La spondilosis rizomiélica. Los nódulos de Heberden. La comptodactilia de Bouchard. Las infecciones focales.

e) Reumatismos crónicos.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Por más de que al estudiar las enfermedades de órganos se estudie las endocarditis, por ejemplo, creemos que es didácticamente necesario que al estudiar el estreptococo, estudie también la endocarditis o por lo menos reciba un esbozo de sus manifestaciones clínicas. Es esta la razón que nos mueve a hacer una enumeración de las enfermedades bacterianas no solamente consideradas en su determinación capital sino haciendo referencia, además, a sus distintas manifestaciones organopáticas.

1. ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR LAS BACTERIAS

I. Enfermedades producidas por el estreptococo

Septicemias. Endocarditis. Erisipelas. Trombosis. Anginas. Reumatismo.

II. Enfermedades producidas por el estafilococo

III. Enfermedades producidas por el neumococo y el pneumobacilo

Neumonía lobar. Septicemia.

IV. Enfermedades producidas por el gonococo

Gonococia. Endocarditis. Reumatismo gonocócico

V. Enfermedades producidas por el meningococo

Meningitis cerebro espinal epidémica. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Meningitis ótica; Neumonía; Fiebre tifoidea; Meningitis tuberculosa; Escarlatina; Indigestión; Sarampión; Poliomiелitis anterior; Encefalitis.

VI. Enfermedades producidas por el micrococcus melitensis

Fiebre de Malta. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Fiebre tifoidea y para-tíficas; Paludismo; Gripe; Tifo-bacilosis; Sífilis; Endocarditis maligna; Infecciones de origen focal; Fiebre recurrente; Tuberculosis; Reumatismo; Fiebres de origen endócrino.

VII. Enfermedades producidas por el bacilo de la influenza

Influenza. La gripe. Endocarditis. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Bronquitis; Neumonía; Fiebre de Malta; Amigdalitis; Tuberculosis; Fiebre tifoidea.

VIII. Enfermedades producidas por el bacilo de Bordet y Gengou

Tos convulsiva.

IX. Enfermedades producidas por el bacilo de la peste

Peste. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Adenitis de otro origen; Neumonía; Parotiditis; Enteritis; Bacteriemias sobre-agudas.

X. Enfermedades producidas por el bacilo tífico y paratífico

Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Fiebre recurrente; Sífilis; Endocarditis; Tifus; Apendicitis e inflamaciones abdominales; Paratífus; Osteomielitis; Enferme-

dades eruptivas; Enfermedad de Hodgkin; Paludismo; Tifobacilosis; Tuberculosis; Gripe; Fiebre de Malta; Neumonía; Colibacilosis; Septicemia; Meningitis; Verruga.

Icterias tíficas. Gastroenteritis.

Paratífus. Su estudio nosográfico.

XI. Enfermedades debidas al colibacilo

Su estudio nosográfico.

XII. Enfermedades debidas al bacilo disentérico

Disentería bacilar. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Disentería amebiana y parasitarias; Colitis; Apendicitis; Presiones pelvianas; Quiste del ovario; Enteritis; Cólera; Hemorroides y pólipos; Intoxicaciones; Tuberculosis.

XIII. Enfermedades producidas por el bacilo de la difteria

Difteria. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Angina de Vincent; Croup espasmódico; Angina estreptocócica; Laringitis estridulosa; Angina sífilítica; Edema de la laringe; Escarlatina.

XIV. Enfermedades producidas por el bacilo de Koch

a) Las afecciones tuberculosas están consideradas en sus capítulos respectivos. Tuberculosis y embarazo. Tuberculosis y matrimonio. Tuberculosis y alcoholismo. El diagnóstico precoz de la tuberculosis.

XV. Enfermedades debidas al bacilo de la Lepra

XVI. Enfermedades producidas por el vibrión del cólera

Cólera. Su estudio nosográfico.

XVII. Tifus exantemático (*)

Su estudio nosográfico: Diagnóstico diferencial: Tifoidea; Viruela; Paludismo; Tifus recurrente; Escarlatina; Purpura; Septicemias; Sarampión; Meningitis epidémica.

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR HONGOS PATOGENOS

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR PROTOZOOS Y VIRUS

Solo nos ocuparemos de sus determinaciones organopáticas puesto que casi todas ellas son del dominio de cursos especiales.

d) Rabia. Tifus. Su estudio nosográfico.

ENFERMEDADES ERUPTIVAS

1. Escarlatina. Su estudio nosográfico.
2. Sarampión. Su estudio nosográfico.
3. Rubeola. Su estudio nosográfico.
4. Varicela. Su estudio nosográfico.
5. Viruela. Su estudio nosográfico.
6. Vacuna. Su estudio nosográfico.
7. Sudor miliar. Su estudio nosográfico.

Consideraremos además.

a) Parotiditis. Su estudio nosográfico. Diagnóstico diferencial: Parotiditis secundaria; Linfadenia; Triquiniasis; Fiebre tifoidea; Peste. b. Dengue.

(*) Incluida por razones diolácticas.

ENFERMEDADES PRODUDIDAS POR EL CALOR, EL FRIO, LA RADIOACTIVIDAD Y LOS CAMBIOS DE PRESION ADMOSFERICA

INTOXICACIONES

I. Alcoholismo.

Fisiopatología. Anatomía patológica.

Alcoholismo agudo. Su estudio nosográfico. Alcoholismo crónico. Su estudio nosográfico. Intoxicación por la chicha.

II. Intoxicación por el opio y sus derivados. Su estudio nosográfico.

III. Intoxicación por la cocaína. Su estudio nosográfico. La coca.

IV. Tabaquismo. Su estudio nosográfico.

V. Intoxicación por los metales.

VI. Intoxicaciones alimenticias. Botulismo.

VALOR DE LOS VEGETALES EN CARBOHIDRATOS

5%	10%	15%	20%
Lechuga.....	Zapallo.....	Arbejas.....	Papas.....
Berros.....	Nabos.....	Frijoles verdes.	Camotes.....
Escarola	Zanahorias.....	Alcachofa	Yucas.....
Col.....	Hongos.....		Arroz.....
Coliflor.....			Menestras
Calabaza			Maiz.....
Apio.....			
Tomates			
Cebollas.....			
Radiche.....			
Pimientos.....			
Espinacas.....			
Acelgas.....			
Vainitas.....			
Celery.....			
Caiguas.....			
Aceitunas			
20% grasa..	Limones	Manzanas	Plátanos.....
	Naranjas.....	Peros.....	Ciruelas.....
	Fresas.....	Peras.....	Uvas.....
	Sandía.....	Cerezas.....	
	Granadilla.....		
	Tunas.....	Chirimoya.....	
	Melocotones.....		
	Piña.....		

VALOR CALORICO DE LOS ALIMENTOS

30 gr. o 1 onza	Carbohidratos	Proteínas	Grasas	Calorías
Avena.....	20	5	2	120
Leche.....	1.5	1	1	120
Conchas (6)	4	6	1	50
Carne cruda.....	0	6	1	50
Carne cocida.....	0	8	3	50
Un huevo.....	0	6	6	75
Vegetales al 5% y 10%.....	162	0.5	0	6 a 10
Papa (veg. 20%).....	6	1	0	25
Pan.....	18	3	0	90
Mantequilla.....	0	0	25	225
Pescado.....	0	6	0	20
Caldo.....	0	0.7	0	3
Una naranja.....	10	0	0	40
Lactosa.....				72
Cocoa 1 cucharadita.....				25
Azúcar 1 cucharadita.....				40