



GACETA DE LOS HOSPITALES



TOMO VI

1909



GACETA DE LOS HOSPITALES

Admisión y Redacción
Chacarilla 430, reja derecha
TELÉFONO 978
Correo—Apartado—1122

Lima, 1.º de octubre de 1909

Director-propietario
Dr. Miguel C. Aljovín

SUMARIO:—*Clinica médica.* Hospital "2 de Mayo", quinta lección del Profesor Dr. Ernesto Odriozola.—*Clinica quirúrgica,* Hospital "2 de Mayo", segunda lección del Profesor Dr. Aníbal Fernández Dávila.—*Clinica médica,* cáncer del cardias, (Lección del Catedrático interino Dr. Belisario Manrique).—*Existe la Fiebre de Malta en Lima?*, por el Dr. A. L. Barton.—*Revista de la prensa.*—*Rectificación.*—*Libros nuevos.*—*Variaciones.*

CLINICA MEDICA

Hospital "2 de Mayo"

Quinta Lección del Profesor
Dr. Ernesto Odriozola.

Lunes, 24 de mayo.

Hoy, señores, vamos á ocuparnos de un enfermo cuya dolencia no es muy frecuente en nuestras salas y cuyo singular aspecto, de muy limitada localización, le imprime una fisonomía sui generis, verdaderamente interesante.

Se trata de un hombre que está acostado en la cama número 34 de nuestra sala. Es, para decirlo de una vez, un alcohólico perfectamente ejecutoriado. Es natural de Ayacucho é ingresó á este hospital el día 18 de abril del presente año, ocupando una cama en la sala de "Santa Ana".

Refiere que la madre murió de disentería. Su padre vive y es sano. Tiene dos hermanos también sanos. Desde niño, buscó en su tierra oficio, dedicándose á la zapatería. Cuenta haber padecido, en varias ocasiones, de tercianas y siendo muy pequeño, sufrió un ataque de sarampión.

Hacen seis años abandonó Ayacucho, para venir á Lima, ingresando en el ejército, en calidad de conscripto. Poco tiempo después, partió en dirección á Huaraz, en donde permaneció, con la guarnición militar, durante dos años, al cabo de los cuales, regresó á Lima. Sirvió todavía, por espacio de año y medio, hasta que fué licenciado. Tratando entonces de ganarse la vida, buscó trabajo en los fundos vecinos de la capital, permaneciendo en ellos hasta hace un mes. Durante este tiempo, sólo sufrió de tercianas, una que otra vez.

Refiere nuestro enfermo, que el día 17 de abril, después de haber estado bebiendo, durante la tarde, hasta llegar á embriagarse, se durmió en el suelo, apoyando su cuerpo sobre el brazo izquierdo. A la media noche, al procurar moverse, sintió que el brazo "se le había muerto".

al mismo tiempo que experimentó un malestar general; viéndolo en este estado, sus compañeros, lo trajeron al hospital. Este hombre niega todo antecedente venéreo.

El examen general de este hombre, nada nos revela de particular. El análisis de su orina, nos ha demostrado la existencia de *serina* [0.30 gr.]. El único trastorno que presenta es el que ustedes le ven en el miembro superior izquierdo. Si ustedes le hacen extender todo el miembro, como lo verifica en este momento, notarán al punto que la mano cuelga del antebrazo, como si fuera un segmento inerte. En efecto, está flexionada y el antebrazo en pronación; y si ustedes le ordenan que levante la mano, sin mover el antebrazo, notarán que le es completamente imposible. Hay, como ustedes ven, imposibilidad de extender el puño y también el pulgar; la extensión de las primeras falanges de los otros dedos es también imposible. Ustedes ven, en cambio que la extensión de las dos últimas falanges está conservada. Hay en estos hechos algunos puntos que parecen contradictorios, pero que sin embargo tienen su explicación. El nervio radial, como ustedes saben, inerva el músculo tríceps braquial el supinador largo, los radiales, el supinador corto y los músculos de la cara superior del antebrazo, es decir el cubital posterior, el anconeo, el abductor largo del pulgar y los diferentes extensores. Para tener una idea del género de trastornos que ocurren en lesiones del nervio radial, procederemos como lo recomiendan Cestan-Verger, á estudiar la parálisis que determinaría una sección del nervio radial en su origen y presentar, en seguida, las diferencias entre ella y la producida por compresión ó á frigore.

Cuando esto sucede, el miembro se presenta en las condiciones siguientes: antebrazo semiflexionado, la mano en pronación y en semiflexión. El dato importante es que la extensión del puño y del pulgar no pueden realizarse, lo mismo que la extensión de las primeras falanges de los otros dedos, en cambio, se conserva la extensión de las últimas falanges. Esto se explica, porque el movimiento de las dos últimas falanges está bajo la dependencia de los músculos interóseos y de los lumbricales, los cuales están inervados por el cubital y el mediano. Debemos, sin embargo, hacer observar que en la parálisis radial, esta extensión parece, á primera vista, impracticable, así como la flexión de la mano, que está bajo la dependencia de los nervios mediano y cubital. Esta circunstancia se debe al acortamiento de los músculos flexores que proviene de la parálisis de sus antagonistas, los extensores. Por

He querido, señores, presentaros el caso así, como problema diagnóstico, dejando para resolverlo, solo los datos anamnésticos, el examen que de él hemos hecho, así como los razonamientos á que nos ha conducido la serie de perturbaciones funcionales que han podido ustedes apreciar por el examen del enfermo y sus secreciones, para que vayan dándose cuenta de la posibilidad de llegar á la verdad, á pesar de la vaguedad ó ausencia de síntomas clínicos del lado del estómago. Para confirmar una vez más cuanto se ha dicho yo debo consignar la prueba tangible, la radioscópica. Han visto ustedes, el trayecto sinuoso que siguen las pastillas de bismuto para llegar á un punto donde se reúnen todas antes de caer en la cavidad, en el punto más alto, pero correspondiente al cardias donde se descubre una zona de torno más claro, de bordes irregulares, como mamelonada, del tamaño casi de un puño cerrado y cuyo eje mayor está dirigido de arriba abajo y de derecha á izquierda, que corresponde á un tejido de consistencia distinta del resto del estómago, y que origina la sombra más clara, correspondiendo en mi concepto á la neoplasia, que á la manera de los focos tuberculosos, se destaca en la radioscopia con tono distinto del resto de tejido pulmonar normal.

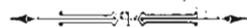
Yo no alcanzo, señores, á ver, que otra cosa sino un carcinoma podrá ser la causa de tales accidentes. Yo debo eliminar la suposición de cuerpo extraño ó proceso torácico pero extra digestivo que pudiera revelar el cuadro descrito. Yo elimino también la hipótesis de un goma ulcerado, porque ni los antecedentes son bien claros, ni hay estigmas secundarios que conduzcan con naturalidad en ese sentido. No puede ser la arterioesclerosis gástrica, de que tantos ejemplos se han citado en la época, á pesar de que el enfermo se revela un ateromatoso marcado, porque el proceso es neoplásico y no de hiposintención isquemico ó neorobirtico.

En resumen, señores, si nosotros no tenemos un signo patognomónico, revelado por la sonda, lo que tiene siempre el carácter de un hallazgo para que el microscopio nos de la confirmación estructural del neoplasma, los antecedentes, su evolución, la exploración directa y los análisis son bastantes á pensar que estamos en presencia de un carcinoma del

cardias en propagación hacia el fondo de saco mayor, y muy probablemente hacia el esófago.

En tal situación ustedes se explicarían, la ausencia de tumoración al examen del vientre, que se encuentra en muchos de los carcinomas, gástricos, del cuerpo del estómago ó el píloro, y la relativa escasez de hondas perturbaciones digestivas, muy frecuentes en estos, pero escasas ó nulas en aquel por estar libre toda la cavidad y en casi completa actitud funcional; razón que hace considerar aunque sin justicia, el cáncer del cardias, no entre los gástricos sino entre los del esófago, porque es allí, que dan su primera señal de alarma.

Si podríamos considerar como buena fortuna, hacer un diagnóstico del cáncer del píloro en época relativamente prematura, como hemos hecho el presente, porque la oportuna intervención operatoria es coronada casi siempre de éxito, para prolongar la vida del enfermo y evitarle sufrimientos; tratándose del actual, no sucede lo mismo, porque, hoy por hoy, estamos casi desarmados frente á él. No hay una medicación específica, que tal vez el porvenir nos guarde, porque la intervención quirúrgica, tan eficaz y racional en los demás, no tiene en este caso otro fin que paliativo. Saben ustedes que la gastrotomía, única indicación del caso actual estaría destinada solo á facilitar la alimentación, cuando no basten los esfuerzos del enfermo ó la ayuda que pudiéramos prestarle con la sonda; y sin que la terapéutica tan rica en elementos, pueda darnos otra cosa que un lenitivo para sus dolores ó la ayuda en sus funciones digestivas. Nuestra actitud es pues bien definida: cuidados de higiene, lavados gástricos, alimentación apropiada, cupepticos, y más tarde alimentación artificial y finalmente la gastrotomía.



Existe la Fiebre de Malta en Lima?

POR

El Dr. A. L. Barton

Hay entre nosotros una fiebre, la verdadera naturaleza de la cual no ha sido aun bien definida, y cuyos caracteres principales son: su larga duración, marcha irregular y escasa mortalidad. Entre sus síntomas más salientes del

larse: sudores copiosos, manifestaciones reumáticas ó neurálgicas, constipación é infarto esplénico.

El curso de la pirexia de que tratamos es á menudo muy largo. Una duración de 100 á 120 días puede estimarse como un término medio que es común observar. Conocemos varios casos que han evolucionado entre 9 y 12 meses, y aún tenemos datos de un paciente en quien la fiebre se prolongó por dos años. La marcada irregularidad en la marcha de este proceso febril, constituye otra de sus características. Así se observa que á un período de fiebre más ó menos prolongado sigue otro, de duración también variable, en que la temperatura es normal ó casi normal, al que sucede una nueva exacerbadón febril seguida á su vez de otro período de apirexia y así sucesivamente hasta que trascurrido un tiempo más ó menos largo el paciente queda curado. Durante estos estadios febriles el tipo de la pirexia es más ó menos remitente en unos casos, intermitente en otros, ó se combinan ambos tipos resultando una curva de irregularidad notable. En el curso de esta fiebre suelen presentarse temperaturas hiperpiréticas. Hacia el fin de la enfermedad la fiebre tiende á afectar la formación intermitente, en tanto que en sus primeras etapas es más bien continua ó exhibe remisiones mucho menos marcadas. El pronóstico es bueno en lo que á la mortalidad se refiere. Solo se de un caso que terminó fatalmente entre los que conozco de esta clase de fiebres ocurridos en los dos últimos años.

Entre las manifestaciones dolorosas de esta infección, que como dejamos dicho se observan con alguna frecuencia, debemos señalar las neuralgias facial, intercostal, ciática y el lumbago—este último á veces de gran intensidad,—y las artralgias diversas, con ó sin derrames articulares, que atacan con preferencia la cadera, el hombro, las rodillas, articulaciones radio-carpianas y tibio-tarsianas. Del lado del vientre hay que señalar la constipación como síntoma casi constante. Los sudores son con frecuencia abundantes. Hemos visto casos en que ha sido necesario cambiar durante la noche varias veces á los enfermos, que según su propia expresión, parecía que se les hubiera echado un jarro de agua. El bazo casi siempre se infarta hasta hacerse palpable. Hay además cierto grado de anemia fácil de apreciar. De parte del

aparato respiratorio suelen observarse síntomas de catarro bronquial y congestión pulmonar que agregados á la fiebre y á los sudores nocturnos han hecho que algunos de estos enfermos fueran considerados como tuberculosos. La marcha ulterior que han seguido estos casos ha venido á demostrar el error en el diagnóstico.

Un hecho que llama la atención en estas fiebres es el estado general relativamente bueno que conservan muchos de estos enfermos aun después de haber tenido temperaturas altas por varias semanas consecutivas, hecho que contrasta singularmente con el estado toxémico profundo que se advierte en otras infecciones que tienen con aquellas semejanzas, como la tifoidea por ejemplo. Trascurrido algún tiempo parece como si estos enfermos llegaran á conaturalizarse en cierto modo con su fiebre; así se les ve que con temperaturas de 38 y 39 grados están de pié entregados á sus obligaciones domésticas, ocupándose de sus negocios en la ciudad, ó á caballo en el campo, gozando de un apetito bastante bueno y ejercitando su inteligencia con lucidez y actividad.

Las fiebres de que nos ocupamos son frecuentes en Lima, y en ciertas épocas se presentan muchos casos á la vez como ocurrió á fines de 1907 y principios de 1908 en que hubo una pequeña epidemia que tuvo la particularidad de escoger sus víctimas entre las clases acomodadas de nuestra sociedad. Los enfermos son casi siempre personas jóvenes, que han gozado de buena salud y parece que sufren igualmente hombres y mujeres.

Cuál es la naturaleza de esta pirexia? Por algunos es considerada como una infección tífica, paratífica ó colibacilar, otros sostienen que se trata de una infección palúdica, en tanto que no pocos las denominan *fiebres infecciosas*, término genérico que nada significa y que pone en relieve nuestra ignorancia sobre la verdadera índole del proceso. Nos parece innecesario que entremos en detalladas consideraciones sobre el diagnóstico diferencial con estas diversas infecciones. Baste decir que el curso prolongado de la fiebre de que tratamos, la forma especial de su curva térmica, la existencia de manifestaciones reumáticas y neurálgicas así como la falta de síntomas abdominales, la distinguen suficientemente de las infecciones tíficas y simil-

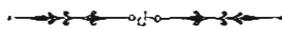
tíficas. En cuanto al paludismo, la ineficacia de la quinina, que aún administrada en inyecciones á altas dosis no produce modificaciones sensibles en su curso, es prueba concluyente de que en ellas no tiene participación el gérmen malárico. Además, debemos hacer notar que la reacción aglutinante de Vidal y la investigación del gérmen de Laverán han dado resultados negativos en todos los casos que hemos examinado desde este punto de vista.

Ahora bien, si pasamos en revista la descripción de las diversas fiebres en las obras más modernas de nosografía médica, nos veremos forzados á concluir que las que analizamos en estas breves anotaciones, corresponden perfectamente, tanto por sus síntomas como por la marcha que siguen, á la Fiebre de Malta; y creemos que en el terreno de la clínica hay fundamento suficiente para sostener que en Lima existe dicha fiebre. Si así no fuera habríamos de convenir en que se trata de una entidad patológica desconocida, autóctona de esta localidad y de afinidades estrechas con la fiebre de Malta. La prueba definitiva de su existencia consistiría por supuesto en demostrar en estos enfermos la presencia del micrococcus melitensis que como se sabe es el gérmen específico de ese mal. Solo en un paciente hemos tenido la oportunidad de hacer esta clase de investigaciones, sembrando con tal fin 10 c. c. de su sangre—tomada del pliegue del codo y mezclada con citrato de soda para evitar su coagulación—en un litro de caldo peptonizado repartido en tres balones. Obtuvimos así el cultivo de un gérmen con los siguientes caracteres: coco ó cocobacilo, muy pequeño que se presenta aislado y en pares, ó en cortas cadenas cuando se le cultiva en caldo. No es móvil pero exhibe vibraciones bronchianas muy activas. Se tiñe bien con los amilenas básicas y se decolora por el Gram. Su crecimiento es lento aún á la temperatura de 37°. En caldo forma un depósito floculento sin película en la superficie. No desarrolla olor ni liquida la gelatina.

En placas de agar forma pequeñas colonias que vistas con un ligero aumento aparecen redondas, de bordes iguales finamente granulados y algo más oscuros en su parte central que hacia la periferia. Como se ve este gérmen posee los caracteres principales del agente específico de

la fiebre de Malta, pero para que su estudio sea completo deberá sembrarse y observar los caracteres de sus cultivos en leche, papa y medios azucarados, así como estudiar sus reacciones aglutinantes, lo que nos proponemos hacer en cuanto tengamos el tiempo disponible para ello.

Nuestro principal objeto al publicar estas observaciones incompletas, es estimular el interés por el estudio de estas fiebres locales, no solo porque es deber del médico hacer todo esfuerzo por darse cuenta de la índole de los males que sufren sus enfermos; sino también porque si llegara á comprobarse que se trata efectivamente de casos de fiebre de Malta, podría anticiparse un pronóstico relativamente bueno lo cual es por lo menos un gran consuelo para el paciente y sus allegados ya que nuestro tratamiento es tan ineficaz; y además, y es esto lo más importante, nos hallaríamos en condiciones de sugerir medidas profilácticas muy útiles. Se sabe en efecto, como resultado sobre todo de los estudios practicados desde 1904 por la comisión especial nombrada por la Real Sociedad de Londres, que la fiebre de Malta se adquiere casi exclusivamente por la ingestión de leche de cabras infectadas; y aun cuando entre nosotros se toma muy poco de esta clase de leche, en cambio hacemos un gran consumo de queso fresco elaborado con leche cruda de cabra en el que podría fácilmente persistir un gérmen que como el micrococcus melitensis goza de gran resistencia vital. Es un hecho que merece señalarse á este respecto, que casi todos los enfermos de estas fiebres á quienes hemos interrogado á este respecto, han resultado ser muy aficionados á esta clase de queso.



Revista de la prensa

CIRUJÍA GENERAL.—280. *La cocaína en la cirugía general.*—Reclus.—(“Revue de Chirurgie”).

Las conclusiones de Reclus son las siguientes: Así como el cloroformo y el éter pueden dar lugar á ciertos accidentes en los enfermos en quienes se emplean dichos anestésicos, y aun en las operaciones más rápidas, así mismo, la cocaína puede ser peligrosa cuando no se sabe manejar y usar con la suficiente pruden-