

Anales de la Facultad de Medicina de Lima

SUPLEMENTO

Memoria del Decano correspondiente al año escolar de 1920

El señor Decano ha pasado al Rector de la Universidad la siguiente Memoria que corresponde a las labores docentes del año 1920.

Lima, 6 de diciembre de 1920.

Señor Rector de la Universidad.

Durante el presente año, la Facultad de Medicina ha desarrollado sus labores con la regularidad compatible con los limitados recursos de que ha podido disponer.

Ya en años anteriores, he manifestado a ese Rectorado, cuales eran las necesidades más urgentes reclamadas por la moderna enseñanza y en esta ocasión tengo que insistir en lo mismo, con todo el apremio que ellas exigen. Siendo hoy la enseñanza de todos los ramos de la Medicina, de carácter objetivo y netamente práctico, no es posible pensar en su mejoramiento efectivo, sino se la provee de los fondos necesarios para conseguir su objeto y la verdad es que hasta ahora no ha podido haberlos, en forma que satisfaga la conveniente y pronta adquisición de los elementos más indispensables.

Por razones que ese Rectorado conoce bien, la Facultad de Medicina ha tenido que afrontar la más honda crisis que registra su historia. La reforma de su docencia, después del conflicto universitario, que culminó en una amplia renovación de su personal, prometedora de muy provechoso resultado, no ha resuelto el problema en el fondo, porque en el aprendizaje actual de la Medicina, la inteligencia y el saber son condiciones muy valiosas ciertamente, pero incapaces de ejercitarse con fruto, sino disponen de los elementos necesarios para ponerlos en relieve. Mientras la Facultad no los posea, es inútil hablar de reformas sustanciales.

Hasta la fecha permanece vacío el Gabinete de Física y casi en las mismas condiciones el de Fisiología. La importancia fundamental de esta última enseñanza, que es el baluarte más sólido de nuestro actual edificio científico y a la cual hay que dar personalidad propia, reclama, con inaplazable urgencia, que se le dote al fin del material necesario y del personal *extranjero* idóneo que eche las bases del aprendizaje práctico. En las corporaciones oficiales se ha hablado ya bastante de estas necesidades y la Facultad, en todos los tonos, ha dejado oír su palabra repetidas veces; pero hasta hoy el asunto no ha sido resuelto de manera definitiva y en forma que satisfaga

sus justas e improrrogables aspiraciones. Yo apelo, señor Rector, como otras veces lo he hecho, a su reconocido celo y al elevado concepto que le merecen los progresos efectivos de la enseñanza médica, para que se dé atención preferente a dicha provisión, tratándose, como ya he dicho, de una Cátedra que es hoy, por sus múltiples y amplias ramificaciones y su ineludible intervención en el estudio de las demás, el más notorio exponente del florecimiento de una Facultad Médica.

El Gobierno, en el curso del año, votó la suma de Lp. 1.200.0.00, para adquirir un aparato de rayos X, pero hasta la fecha no ha podido hacerse efectiva, de manera que la práctica de esta importantísima materia no puede todavía realizarse.

La Facultad ha gestionado también la adquisición en el extranjero, de un médico especialista en *radiología* a fin de formar la Escuela respectiva entre nosotros. No necesito, señor Rector, encomiar la urgencia de su implantación y que se den por consiguiente los pasos necesarios para traer al mencionado especialista.

La gran extensión adquirida por los cursos de Patología General y de Cirugía, decidió a la Facultad a proponer su división que fué aprobada por el Consejo Universitario y también por el Gobierno. La primera ha sido dividida en Patología General por un lado y Semiología y Clínica Propedéutica por el otro y la segunda en Cirugía General y de la boca y Cirugía de Regiones. De suerte que se han agregado dos nuevas Cátedras al plan actual de estudios. Es pertinente a esta división, dejar testimonio de que los fondos propios de la Facultad son insuficientes para habilitar a los nuevos Catedráticos y proveer a las dichas asignaturas de los elementos necesarios y se hace indispensable, afin de que puedan funcionar en el próximo año, que el Gobierno procure los fondos tanto para los dos nuevos Catedráticos como para los elementos más indispensables, que modestamente calculados estos últimos, representarían una suma de Lp. 600.0.00 por una sola vez y de Lp. 160.0.00 al año para su sostenimiento y renovación.

Los grandes adelantos realizados en estos últimos tiempos por la Cirugía infantil y la Ortopedia, han determinado a muchas Facultades extranjeras, a establecer esta nueva disciplina autónoma. Nuestra Facultad siguiendo este ejemplo, ha hecho lo propio y ya el Gobierno la ha creado, nombrando su respectivo Catedrático y consignando su haber en el actual presupuesto; pero falta todavía dotarla de los elementos indispensables y de un ayudante que coopere en esa importante y vasta enseñanza; se necesitaría para adquirir material de estudio Lp. 500.0.00 por una sola vez y Lp. 200.0.00 para su sostenimiento y renovación y el haber del ayudante podría estimarse en Lp. 5.0.00 mensual.

La vastedad actual de los estudios químicos, encomendados hoy a un sólo Catedrático, hace imposible que se pueda dar una enseñanza amplia de la materia que comprende, de manera que debe ya considerarse la necesidad de dividirla en dos asignaturas: la de Química Biológica y la de Química Analítica aplicada a la Clínica. Con esta innovación la enseñanza se haría más completa y provechosa.

En el año en curso se realizaron las pruebas para el concurso de Ginecología. Se presentaron dos opositores y ambos revelaron gran

competencia en la materia. La Facultad favoreció al Dr. Dn. Miguel C. Aljovín para Catedrático en propiedad de la indicada asignatura. Es indudable que este distinguido profesional, sabrá continuar las inapreciables tradiciones del recordado fundador de la Catedra.

Las Secciones de Odontología y Farmacia han funcionado con toda regularidad. La primera, provista ya de suficientes elementos, goza de una vida autónoma que favorece su progresivo desenvolvimiento. Los beneficios que la implantación de la Clínica Dental han producido, están a la vista. El número de personas que acuden a ella en solicitud de asistencia es cada vez más crecido, encontrando allí competente atención y muy módicos precios para las labores de alguna importancia que representan ciertos gastos de material; las intervenciones menores se hacen gratis.

Todavía no se ha podido dotar a la Sección de Farmacia del material necesario para su enseñanza práctica. El alto valor alcanzado por los aparatos los ha hecho inabordables a su limitado recurso. Se necesitan por lo menos Lp. 2.000.0.00 para establecer una regular instalación, estando el local ya designado para su funcionamiento. Las rentas que los alumnos pagan por derechos de matrícula y exámen, sirven para el sostenimiento de los profesores y empleados de la Sección, quedando un pequeño sobrante, que sin contar la participación natural que debe tener en los gastos generales de la institución, ha servido para encargar lo indispensable todos los años, pero en cantidad muy insuficiente por cierto, para dar amplitud a los estudios.

La gran importancia que día en día va adquiriendo esta Sección, como lo prueba la creciente afluencia de alumnos reclama urgentemente que se dé a su mejoramiento e independencia toda la atención que ella merece.

El año antepasado el Congreso votó una partida de Lp. 1.000.0.00 para ensanchar el museo de Anatomía Patológica, suma que hasta la fecha no ha sido oblada. El rico material que se pierde por este motivo, merece tenerse en seria consideración, pues se trata de piezas anatomo-patológicas de gran importancia, no sólo desde el punto de vista científico, sino también de inapreciable valor docente. Es de desear que se integre la indicada suma, afin de proceder a la ampliación del museo aludido.

Como se vé señor Rector, por la fatigosa exposición que precede —y omito muchos puntos que se relacionan con el buen funcionamiento de la Facultad—la cuestión recursos domina todo el porvenir de su docencia en forma amplia y constituye un postulado permanente en los crecientes progresos de la evolución médica. Mientras no se procuren los fondos necesarios para impulsar y perfeccionar la enseñanza práctica, vuelvo a insistir, que es inútil hablar de reformas serias y fundamentales.

Con sentimientos de mi más alta consideración.

Dios guarde a Ud.

(firmado) ERNESTO ODRIOZOLA.

Consejo de Educación Médica

PROYECTO

El catedrático que suscribe.

Teniendo en consideración:

1.º—Que algunas de las reformas introducidas en el plan de estudios del año que termina, no han correspondido a los fines que las inspiraron;

2.º—Que se han creado últimamente nuevas asignaturas, que es preciso considerar en el plan de estudios de 1921, y

3.º—Que para el mejor acierto de las reformas que exigen los anteriores considerandos, así como los progresos incesantes de la ciencia y la renovación consiguiente de los métodos de enseñanza, es indispensable el nombramiento de una comisión especial de catedráticos, que se encargue de estudiar y determinar, anualmente, el plan de estudios que debe seguirse.

Propone:

1.º—La Facultad de Medicina elegirá una comisión compuesta de seis catedráticos que, bajo la presidencia del decano, estudiará y fijará, cada año, el plan de estudios y los métodos de enseñanza correspondientes.;

2.º—Las resoluciones de esa comisión, para ser efectivas, deben contar siempre con el voto de cinco de sus miembros, cuando menos;

3.º—La comisión constará de dos médicos, dos cirujanos, un especialista y un profesor de laboratorio, presididos por el decano; y

4.º—El personal de la comisión se renovará a la vez que el de la junta directiva, pudiendo ser reelegidos sus miembros.

Lima, 30 de diciembre de 1920.

(Firmado) J. ARCE.

Lima, 30 de Diciembre de 1920.

Dése cuenta a la Facultad.

(Firmado) ODRIOZOLA.

Lima, 30 de Diciembre de 1920.

Visto por la Facultad en sesión de la fecha, se acordó pedir informe a la Comisión de Reglamento.

(Firmado) ODRIOZOLA.

INFORME

FACULTAD DE MEDICINA

COMISIÓN DE REGLAMENTO

Señor Decano:

La proposición que el Dr. Julián Arce ha presentado a la Facultad, da a la Comisión de Reglamento una oportunidad magnífica para llamar la atención sobre la necesidad imperiosa de emprender una revisión sistemática de nuestra actividad docente, de acuerdo con los modernos avances de las ciencias pedagógicas.

Invocando la necesidad de reformar y armonizar nuestros planes de enseñanza, el Dr. Arce propone la creación de una comisión especial, de carácter permanente y con poderes amplios para dirigir una evolución cultural, lenta y progresiva, que conduzca a la Facultad a la realización de los mismos ideales educativos que hoy tienen cumplido éxito en los centros más adelantados de enseñanza médica.

El proyecto que nos ocupa está apoyado por el concepto fundamental que señala a cada centro de enseñanza superior el rol de un organismo social siempre activo, sujeto a una renovación incesante, cuyas doctrinas, normas e ideales requieren estar orientados sobre bases definidas.

Los más importantes problemas pedagógicos de nuestra Facultad, no son los que se refieren a cada cátedra considerada aisladamente, sino a la armonía del conjunto, que exige cierta uniformidad en los métodos de enseñanza y una dirección general eficaz y severa.

Por otra parte, los principales problemas estudiantiles no son los que afectan a la particular *instrucción* que se ofrece en determinada cátedra, sino a la *educación* médica, integral y única, que el estudiante recibe durante su vida en nuestros claustros y hospitales.

De allí la imposibilidad de que aquellos asuntos generales en materia de educación sean tratados en una sesión de la Facultad, en donde cada profesor sólo está en disposición de contemplar el aspecto que interesa a su propia cátedra.

Un «Consejo de Educación», creado a ejemplo de las escuelas de Medicina de los principales países del mundo, debe velar por todo lo que se refiera a la actuación de maestros y discípulos en el campo de la docencia médica. Le corresponde fijar el plan de estudios, revisar los programas, aconsejar nuevas normas de enseñanza, estimular el trabajo personal de los alumnos, orientarlo con altos fines de educación profesional y controlarlo, para que la labor escolar durante todo el año nos de la medida de la capacidad del estudiante.

Las relaciones entre profesores y alumnos, en cuya cordialidad se cifra en gran parte el éxito de una escuela de instrucción superior, han de recibir un benéfico impulso, si son inteligentemente orientadas por una comisión especial formada por corto número de catedráticos. Las renovadoras ideas que han transformado el espíritu de las más adelantadas universidades, nos imponen la obligación de considerar en cada estudiante el problema de una vida humana que debemos orientar, de manera íntegra y armónica, en provecho de la sociedad. Por consiguiente, no se trata tan sólo de ofrecerle instrucción, sino de educarle, es decir, de prepararle para la vida mediante la influencia del maestro sobre todas las facultades de su espíritu juvenil. La universidad moderna aspira a hacer sentir su influencia en medio de todas las necesidades, materiales y espirituales de la juventud estudiosa, para encaminarla y sobre todo para protegerla. Es así como el *liberalismo* desenfadado que colocaba a profesores y alumnos en amenazadora oposición, ha sido lentamente transformado en un *proteccionismo* que encierra el secreto de la enorme fuerza social de las grandes universidades. Sintiéndose protegidos, gozando de un patrimonio espiritual legítimamente emanado de sus maestros, genérase en los estudiantes aquel sentimiento lleno de fé que da a la Universidad el nombre de Alma Mater.

La orientación de la labor individual de los maestros hacia una sola finalidad educativa y la eficaz dirección de la vida estudiantil mediante la ingerencia de la Facultad en todas las fases de la actividad de nuestros discípulos, son ideales que todavía están lejos de nuestros actuales alcances. La creación de un Consejo de Educación

nos permitirá hechar las bases de esta evolución saludable, cuyo sólo enunciado es un augurio feliz para nuestra Facultad.

Por tales razones, la Comisión de Reglamento, haciendo suya la importante iniciativa del Dr. Arce en lo que tiene de fundamental, propone la creación de un «Consejo de Educación Médica», formado por catedráticos de la Facultad; y siendo indispensable determinar con precisión las atribuciones y derechos de este Consejo, se permite ampliar las demandas del proponente, sometiendo a la consideración de la Facultad las siguientes conclusiones:

1a.—El «Consejo de Educación Médica» se compondrá de seis catedráticos y del Decano de la Facultad quien lo presidirá.

2a.—Son atribuciones del Consejo:

a).—Fijar anualmente el plan de estudios;

b).—Introducir reformas en la instrucción, facilitando la aplicación de nuevos métodos de enseñanza;

c).—Revisar anualmente los programas de estudios;

d).—Cooperar con el Decano en la supervigilancia de cada una de las cátedras y procurar la indispensable armonía en el desarrollo de todos los programas;

e).—Determinar cada año lo concerniente al exámen de admisión de nuevos alumnos;

f).—Orientar la vida estudiantil en bien de nuestros discípulos, especialmente procurando incrementar su cultura física e intelectual (campos deportivos y ejercicios físicos sistemados, facilidades para la adquisición de libros y elementos de estudio, para investigaciones científicas en laboratorios y bibliotecas, para el aprendizaje de idiomas, etc.);

g).—Aumentar la influencia del profesorado, procurando atraer al estudiante por medio del consejo, verbal o escrito, en relación con cualquier circunstancia de su vida dentro o fuera de la Facultad;

h).—Llevar un libro, en el que se destine una página para cada alumno matriculado y donde se anote todo dato importante sobre la actuación de ese estudiante en nuestra Facultad, los puestos que ha ocupado, el resultado de sus exámenes, sus trabajos escolares y científicos, y toda particularidad de carácter personal, cualidad o defecto, cuyo conocimiento contribuya a su mejor educación.

3a.—Las resoluciones del Consejo tienen fuerza ejecutiva, sin otras limitaciones que las que señala la 7a. conclusión.

4a.—El Consejo no puede tomar resolución alguna sin contar por lo menos con el voto aprobatorio de cinco de sus miembros.

5a.—El Consejo tomará en debida consideración toda iniciativa propuesta por cualquiera de los catedráticos, ya le sea presentada directamente o en una sesión de la Facultad.

6a.—Cuando trate de tomar acuerdos que directamente afecten a alguna de las cátedras, el Consejo consultará la opinión del respectivo catedrático.

7a.—Los acuerdos del Consejo sólo pueden ser reconsiderados en sesión de la Facultad, con el voto de los dos tercios del número de catedráticos asistentes.

8a.—El personal del Consejo se renovará cada cuatro años, a la vez que el de la junta directiva de la Facultad, pudiendo ser reelegidos sus miembros.

9a.—La elección se verificará por votación directa y secreta, en dos cédulas. En una primera cédula figurarán un médico, un cirujano y un especialista o un profesor de laboratorio. En una segunda cédula se inscribirá a otros tres catedráticos libremente seleccionados.

Lima, 15 de febrero de 1921.

(Firmado) E. PARDO FIGUEROA.

(Firmado) CARLOS VILLARAN.

(Firmado) W. S. SALAZAR.

(Firmado) J. ARCE.

(Firmado) C. MORALES MACEDO.

Lima, 23 de febrero de 1921.

Dése cuenta a la Facultad.

(Firmado) ODRIOZOLA.

Lima, a 24 de febrero de 1921.

Visto en la sesión de ayer se acordó publicar en hojas sueltas el anterior informe y remitir a cada Catedrático una copia a fin de facilitar la discusión y resolución de asunto tan importante.

(Firmado) ODRIOZOLA.

M. A. VELASQUEZ
Secretario.



Primer Congreso Nacional de Medicina

Con plausible fin y nobles miras patrióticas, la Academia Nacional de Medicina ha acordado celebrar un Congreso Médico Nacional—que será el primero de su índole en la república,—en julio de este año, como tributo de homenaje al centenario de la independencia nacional.

La organización de ese congreso ha sido encomendada a los doctores Enrique León García e Hipólito Larrabure, quienes trabajan activamente en el desempeño de su cometido, como se verá por los documentos que damos a continuación:

CIRCULAR AL CUERPO MÉDICO DE LA REPÚBLICA

Primer congreso nacional de medicina.—1921.—Lima, 10 de febrero de 1921.—Señor doctor don..... Distinguido colega:

La Academia Nacional de Medicina ha resuelto contribuir a la celebración del centenario de nuestra independencia, convocando a un congreso de medicina e higiene nacionales, que se reunirá en Lima en la primera decena del mes de agosto del presente año.

En esa oportunidad, al mismo tiempo que rendiremos a la patria un homenaje a su magna fecha, nos será posible, a cada uno, contribuir con nuestros conocimientos y energías, a la solución de los numerosos y vitales problemas de higiene y medicina nacionales, que quedan, hasta ahora, fuera del alcance del esfuerzo particular mejor intencionado y dirigido, pero que pueden ser resueltos por la obra de todos.

Además esta Asamblea tendrá ocasión para trazar un programa de Deontología médica nacional y realizará, siquiera temporalmente, la aproximación del conjunto importante de hombres, que cultivan la misma ciencia, hoy, un tanto dispersos y desvinculados en todo el país; en esta ocasión será posible crear y atar los lazos, que deben mantener y armonizar las aspiraciones científicas y sociales de los médicos peruanos.

Para la ejecución de sus planes, la Academia Nacional de Medicina, invoca el patriotismo y la solidaridad de los médicos y hombres de ciencia, en cuyo número le considera a Ud., por lo que le invita a colaborar en la obra útil a que nos hemos referido.

Rogándole que se sirva darnos, a la mayor brevedad, su estimable respuesta quedamos de usted atentos y seguros servidores.

Doctor Enrique León García.—Doctor Hipólito Larrabure.

REGLAMENTO DEL CONGRESO

El primer Congreso Médico Nacional se celebrará en Lima del 1.º al 10 de agosto del presente año, en conmemoración del centenario de la república.

OBJETO Y FINES DEL CONGRESO

Artículo 1.º—El Congreso Médico Nacional tiene por objeto:

a) Contribuir al estudio de las ciencias médicas en general y, particularmente, a lo que se refiere a sus aspectos y aplicaciones nacionales.

b) Favorecer por los medios a su alcance, la adopción de medidas apropiadas para la defensa sanitaria del país.

c) Crear y mantener vínculos de solidaridad entre las instituciones y personalidades médicas del país, fomentando el intercambio intelectual.

Artículo 2.º—Los fines del congreso son exclusivamente científicos y deontológicos.

SU COMPOSICION

Artículo 3.º—El congreso tendrá:

a) Una comisión organizadora;

b) Un comité ejecutivo, y

c) Comités departamentales.

La comisión organizadora tiene a su cargo la organización general del congreso y la vigilancia de su ejecución. Estará formada por un presidente, un vicepresidente, cuatro vocales, un tesorero y dos secretarios.

El comité ejecutivo se ocupará de la propaganda, organización y dirección efectiva del congreso hasta su clausura; además, hará la publicación de las actas de trabajo del congreso. Estará formado por los dos secretarios de la comisión organizadora.

Los comités departamentales son los encargados de realizar la propaganda en las provincias de sus respectivos departamentos y de reunir los materiales de estudio y las comunicaciones que serán sometidas al congreso.

MIEMBROS DEL CONGRESO

Artículo 4.º—Podrán formar parte del congreso, como miembros titulares: los médicos y cirujanos; los farmacéuticos, químicos y naturalistas, los ingenieros y arquitectos sanitarios; los dentistas; los demógrafos y los veterinarios.

Podrán formar parte, como miembros asociados, los estudiantes de medicina.

Artículo 5.º—Los profesionales mencionados en el artículo 4.º, que deseen tomar parte en las labores del congreso, deberán solicitarlo por escrito, sea directamente a la comisión organizadora o a los comités departamentales. En la boleta de Adhesión, los solicitantes indicarán claramente su nombre, apellido, domicilio, títulos, funciones que ejercen; la sección o secciones a que deseen pertenecer y los títulos de las comunicaciones, que van a presentar al congreso.

Artículo 6.º—La inscripción de los miembros del congreso será gratuita, adquiriendo, los que lo hagan oportunamente, derecho a recibir también gratuitamente, todas las publicaciones y trabajos del congreso.

TEMAS

Artículo 7.º—El congreso se ocupará de los asuntos siguientes:

- a) Informes sobre temas de interés general, designados por la comisión organizadora.
- b) Informes sobre temas de interés general o local, designados por la comisión organizadora o los comités departamentales.
- c) Temas recomendados a estudio por la comisión organizadora.
- d) Comunicaciones y trabajos personales.

SECCIONES

Artículo 8.º—El congreso se dividirá en ocho secciones, a saber:

- 1a.—Historia y geografía médica nacionales.
- 2a.—Biología, Anatomía y fisiología normal y patológica. Bacteriología y Parasitología.
- 3a.—Medicina social e higiene pública, climatología, epidemiología, sanidad militar y naval, higiene escolar, demografía y estadística sanitarias, ingeniería y arquitectura sanitarias. Eugenesia y puericultura. Medicina legal y toxicología.
- 4a.—Medicina y sus especialidades. Neurología, Siquiatría, Pediatría, Tisiología, Dermatología, Venereología. Enfermedades nacionales.
- 5a.—Cirugía y sus especialidades. Urología, Otorinolaringología, Oftalmología, Cirugía Pediátrica, Ortopedia, Obstetricia y Ginecología. La cirugía en el Perú.
- 6a.—Terapéutica y Farmacia. La Flora y la fauna peruanas.
- 7a.—Odontología.
- 8a.—Veterinaria.

DE LAS SESIONES

Artículo 9.º—Habrá dos clases de sesiones:

- a) Generales o especiales, que reunirán a todo el congreso.
- b) Las parciales u ordinarias.

SESIONES GENERALES

Artículo 10.º—En estas sesiones sólo se tratará las proposiciones enviadas por las distintas secciones o por la mesa directiva.

Artículo 11.º—En la sesión de clausura, además de lo especificado en el artículo anterior, se procederá a la designación de la sede y fecha del próximo congreso.

SESIONES PARCIALES

Artículo 12.—Las sesiones ordinarias o parciales serán las llevadas a cabo por las distintas secciones o subsecciones, las que quedarán autorizadas a determinarse los temas particulares sin intervención del comité ejecutivo.

Artículo 13.—Las sesiones parciales serán presididas por sus respectivas mesas directivas. El comité ejecutivo determinará, de acuerdo con las respectivas mesas directivas, el lugar, fecha y hora en que éstas se llevarán a cabo, tratando en lo posible de conciliar un horario que facilite la concurrencia de los señores miembros a las diferentes sesiones.

Artículo 14.—Los miembros del congreso, que desearan presentar algún trabajo deberán comunicarlo a la respectiva secretaría hasta el 15 de junio de 1921, acompañando un resumen que será sometido a la consideración de la mesa, quien resolverá sobre su aceptación.

Artículo 15.—Las distintas secretarías llevarán un registro de inscripción de los trabajos presentados y su inclusión en la «orden del día». Su lectura se hará por riguroso orden de inscripción.

Artículo 16.—Las órdenes del día de las secciones serán publicadas con anterioridad a la apertura del congreso. No se podrá incluir ningún trabajo en ellas, después de publicadas, sin consultar al comité ejecutivo del congreso.

Artículo 17.—Todo comunicante debe hacer entrega previa en secretaría de su trabajo escrito a máquina, sin cuyo requisito no podrá comunicar.

Artículo 18.—Las comunicaciones no deben durar más de quince minutos, debiendo expresar sintéticamente los hechos de observación o las apreciaciones que el autor desee hacer conocer, con exclusión de datos bibliográficos que no sean los indispensables para la crítica del punto en cuestión.

Artículo 19.—Los temas oficiales del congreso serán tratados por los relatores nombrados por el comité ejecutivo y dispondrán de media hora para sus relatos. Los miembros adherentes del congreso podrán tratar los mismos temas; serán comunicados a continuación de los anteriores, gozando de los mismos derechos que aquellos.

Artículo 20.—Todas las comunicaciones podrán ser observadas por los señores miembros del congreso, disponiendo para ello de cinco minutos como máximo. La réplica dispondrá de diez y la de los relatores oficiales de quince minutos.

Artículo 21.—A la terminación del congreso, el comité ejecutivo procederá a la publicación de las actas y trabajos del congreso.

Artículo 22.—Con el objeto de recoger con exactitud las opiniones vertidas y proceder oportunamente a su correcta publicación, los miembros del congreso, que tomen parte en los debates, dentro de las 24 horas subsiguientes, deberán entregar a la secretaría un resumen de las ideas emitidas o caso de haber taquígrafos, revisar la versión taquigráfica correspondiente.

Artículo 23.—Sólo se publicarán las discusiones aprobadas por la mesa directiva respectiva y siempre que no excedan de una página impresa.

Artículo 24.—Toda cuestión no prevista por el presente reglamento será resuelta, en última instancia, por la comisión organizadora.

Lima, 10 de febrero de 1921.



Movimiento Médico

ANATOMIA NORMAL

Los primeros estadios de la clavícula humana.—La literatura sobre la clavícula contiene tres teorías sobre el origen de dicho hueso. Se ha considerado como un hueso puramente cartilaginoso, como un hueso puramente dérmico y como un elemento mixto, que contiene porciones cartilaginosas y dérmicas. Puesto que el último trabajo sobre este punto (1918) intenta resucitar la teoría expuesta en el primer trabajo sobre la clavícula (1864), el problema queda sin resolver, abierto a nuevas investigaciones.

Frank Blair Hanson (*The Anatomical Record*, N.º 6. 1920) ha estudiado los primeros estadios del desarrollo de la clavícula humana en una extensa serie de embriones humanos del Laboratorio Carnegie de Embriología, confirmando la opinión que considera a la clavícula como un elemento que se osifica en sus primeros estados como un hueso puramente dérmico, al cual se agrega el cartílago en estados ulteriores, pero sin significación morfológica.

NOSOGRAFÍA QUIRÚRGICA

Acerca de la linfogranulomatosis.—La serie de enfermedades del aparato linfático que suelen presentar grandes dificultades para el diagnóstico, ha inducido a Von Bierich (*Munchener Medizinische Wochenschrift* 1920; *Revista Española de Cirugía*, 1920) a publicar este trabajo, en el que se ocupa preferentemente del linfogranuloma.

La puerta de entrada de esta enfermedad es desconocida. La localización de la dolencia en los linfáticos cervicales y supraclaviculares hace pensar que en la boca se hallará dicha puerta de entrada, y, sin embargo, no ha podido demostrarse. Asimismo no se ha demostrado que el linfogranuloma sea una infección hematógena. Parece lo más probable que el origen de los focos parenquimatosos esté en los ganglios y vasos linfáticos.

El proceso, que, como decimos, se origina en las glándulas linfáticas, permanece en ellas localizado durante semanas, y aun meses. La propagación se realiza por crecimiento infiltrativo de la periferia de los nódulos primitivos, es decir, que en un principio es una propagación por vecindad. Más tarde, y cuando comienza la gene-

ralización, ésta se realiza por vía linfática, y, órgano adonde llega, ataca inmediatamente a sus elementos linfáticos y conjuntivos. En contra de lo que ocurre en la tuberculosis ganglionar, en el linfogranuloma no se observa la invasión, por vecindad, de la piel que recubre los ganglios enfermos.

Después de un corto estadio de hiperplasia del tejido linfático primario, ataca a los tejidos de sostén de las glándulas, es decir, a las células conjuntivas, endotelio reticular, etc. Se encuentran entonces en el tejido granulomatoso células epitelioides, plasmáticas y gigantes. La abundancia de células plasmáticas habla en favor de la naturaleza inflamatoria del granuloma.

Después de la fase de hipertrofia, y observándose una abundancia de eosinófilos en los tejidos enfermos, se aprecia que éstos caen en regresión.

Son dignos de tenerse en cuenta la serie de experimentos y observaciones clínicas, que han demostrado en el linfogranuloma la producción de albúminas extrañas al organismo, que producen sus correspondientes síntomas anafilácticos, aunque no sean éstos tan violentos como el típico *shock* anafiláctico, por lo cual es lógico suponer que el linfogranuloma es una forma atenuada de anafilaxia.

Entra después el autor en el estudio de los síntomas de la enfermedad que le ocupa:

La *fiebre* no es específica de la enfermedad, y el que se presente de forma continua, remitente o intermitente depende de otras condiciones de localización, etc., y no de la enfermedad en sí. La fiebre de tipo recurrente se suele presentar en un 25 a 30 por 100.

Los síntomas que suministra el *cuadro hematológico* son los siguientes: leucocitosis crónica pronunciada, con aumento de los mononucleares grandes y eosinofilia. Todos estos síntomas tienen mucho valor, pero en conjunto, y en unión con los datos que proporcione una detenida exploración clínica.

En las localizaciones abdominales del linfogranuloma, se da como característica la existencia de leucopenia. Sin embargo, el autor en dos casos abdominales, no la ha observado y sí la ha podido apreciar en dos enfermos con localizaciones mediastínicas. Parece que la leucopenia sería más propia de los casos graves.

Por lo que a los *síntomas cutáneos* se refiere, Von Bierich dice que no ha observado en sus casos ni eczema, ni exantema, ni prurito, y en un caso en que había dudas de que se tratara de un linfogranuloma, un líquen escrofuloso, la biopsia demostró se trataba de una paraqueratosis no específica.

La *diazorreacción* parece que sólo se presenta en los linfogranulomas de curso grave, con pronunciadas alteraciones de tejidos.

La *escisión de prueba* demostrará únicamente en el estadio primero, la existencia de un tejido de granulación nada característico.

Termina el autor avalorando su artículo con algunas historias clínicas.

Un caso de infección hidatídica ósea con equinocosis multilocular.—Hombre de sesenta y cinco años, que había sufrido varios traumatismos en el muslo derecho; presentaba desde hacía ocho años

una tumoración a este nivel. A la entrada en el hospital tenía el miembro en rotación externa, irreductible, con un acortamiento de 15 cm., presentaba una tumoración irregular, que bajaba del pliegue de la ingle al tercio inferior del muslo, tumoración indolora, elástica y no fluctuante. En la ingle había otro tumor voluminoso, blando, elástico, reductible. Hacia atrás, por bajo del pliegue glúteo, otro tercero. Por último, en el abdomen, una gran masa elástica, que se extendía desde la ingle al reborde costal.

El exámen radiográfico descubrió una fractura de fémur en su extremidad superior, con un aspecto que recordaba el de los neoplasmas. Intervención. Incisión sobre uno de los tumores inguinales, que dió salida a una cantidad enorme de una substancia blanda, granulosa, parecida a tapioca cocida. El exámen a simple vista demostró a C.C. Corlette (*The Lancet*, N.º 14 1920) que se trataba de una cantidad innumerable de quistes hidatídicos pequeñísimos. La bolsa, que tenía inmensos divertículos, se lavó con suero y suturó sin drenaje. El enfermo falleció a consecuencia de una hemorragia intraquística al duodécimo día.

En la autopsia se descubrió un vasto sistema de cavidades quísticas comunicantes entre sí, que ocupaban el muslo, la nalga y la parte derecha del abdomen. Otros dos tumores aislados ocupaban: uno, la cara posterior del muslo izquierdo, desde un extremo al otro; el otro, del tamaño de una naranja, el espacio interfreno-esplénico. El hígado y los riñones estaban sanos. Todo el hueso ilíaco derecho estaba erosionado, perforado y transformado en un fino enrejado óseo. La cavidad cotiloidea y la cabeza femoral habían desaparecido. El cuello del fémur estaba transformado en un canal de paredes delgadas, que desembocaba en una gran cavidad que ocupaba la parte superior del fémur, muy dilatada. Las cavidades intraóseas comunicaban con las extraóseas.

En el tórax tenía el pulmón izquierdo normal, pero el vértice del derecho ofrecía aspecto marmóreo, producido por la acumulación de pequeños quistes subpleurales. En el borde inferior del lóbulo superior se veía otra masa hidatídica, del tamaño de un huevo de paloma, que no contenía ni líquido ni tenía membrana de cubierta, sino una masa densa de membranas hidatídicas arrugadas, que formaban una jalea sólida.

La corrección de la actitud viciosa en las fracturas, con un concepto nuevo del mecanismo de las fracturas del miembro superior.— Cuanto más se ha empleado la radiografía para comprobar la corrección obtenida en las fracturas diafisarias de los huesos largos, acompañados de cabalgamiento, más nos convencemos de que una perfecta corrección no puede ser alcanzada, sino por una operación sangrienta.

Para Turner (*La Presse Medicale*. N.º 26 1920), la mayor parte de las fracturas y de las luxaciones del miembro superior son debidas a caídas sobre la mano. En la luxación, la rotura del eje esquelético del miembro tiene lugar a nivel de una articulación, y es seguida de desplazamiento de los fragmentos.

En toda caída, el miembro superior se interpone, con la palma de la mano hacia abajo y el codo en extensión forzada, entre el cuerpo y el suelo, para amortiguar el choque; la aplicación de la fuerza es idéntica en todos los casos de caída. En los tipos comunes de fracturas y luxaciones del miembro superior, el desplazamiento de los fragmentos o de las extremidades articulares es mejor explicado por la acción de la fuerza traumatizante que por la contracción de un músculo o grupo muscular. Así que el desplazamiento clásico, arriba del fragmento inferior, en la fractura de la extremidad inferior del radio, es el mismo que se observa de ordinario en las luxaciones corrientes del codo hacia atrás y en las fracturas supracondíleas del húmero.

Turner opina que hay iguales razones para admitir que la caída sobre la mano desempeña en estas dos variedades de lesiones igual papel etiológico que en las fracturas de la extremidad inferior del radio, donde semejante mecanismo es admitido por todos.

Turner hace notar que en la mayor parte de las fracturas del cuello quirúrgico del húmero, en las luxaciones escápulo-humerales y acromioclaviculares en las fracturas de la clavícula (siempre que el húmero se coloca en el mismo plano que la clavícula) se halla el mismo desplazamiento hacia abajo, adentro y adelante del fragmento externo y un desplazamiento hacia arriba del fragmento interno. Este desplazamiento idéntico supone igual mecanismo; es muy probable que la hiperabducción del brazo, que se supone responsable de las luxaciones del hombro, lo es también de las otras fracturas y luxaciones de la cintura escapular. ¿Pero no es ocasionada la hiperabducción casi siempre por una caída sobre la mano? Por ello en todas las roturas del eje esquelético del miembro superior vemos siempre intervenir el mismo factor etiológico fundamental: la caída sobre la mano.

Determinando la fuerza actuante el desplazamiento de los fragmentos, Turner ha ideado sobre ella un concepto nuevo de reducción de las fracturas: de igual modo que la mejor manera de reducir una luxación es hacer recorrer, pero en sentido inverso, el camino seguido por una de las extremidades óseas bajo la influencia del trauma, así se puede lograr un excelente resultado observando igual proceder para los fragmentos óseos desviados.

TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA

Empiema.—A. V. Moschcowitz (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, N.º 7 1920), termina su importante trabajo con las siguientes conclusiones:

1a.—El empiema, en la mayoría de los casos, es producido por la rotura de un absceso pequeño subpleural pulmonar.

2a.—Un empiema es el resultado de un proceso en el que la pleuresía serosa es el primer estadio, y el segundo, una pleuresía seropurulenta.

3a.—El foco de un empiema inicial está aislado por una adherencia pleural reciente.

4a.—La mayoría de los empiemas son encapsulados.

5a.—El tratamiento del empiema debe comenzar cuando el exudado se ha convertido en pus.

6a.—Es imprudente efectuar la operación de empiema en su período de estadio. La mortalidad es terrible, a causa de la neumonía que se produce silenciosamente, y, además, por la falta de adherencias, el neumotórax agudo, y, como consecuencia, se entorpecen los movimientos del corazón.

7a.—El mejor procedimiento quirúrgico en el período preformativo del empiema son las aspiraciones repetidas, siempre que estén indicadas, en particular cuando, por la rápida acumulación del líquido, se eleve mucho la presión intrapleural. En un corto número de casos se han obtenido otras tantas curaciones.

8a.—Una alimentación rica en calorías es un importante auxiliar en el tratamiento del empiema en su período de estadio.

9a.—El tratamiento del empiema en su período agudo consiste en una toracotomía intercostal. Esta operación no es de urgencia cuando es satisfactorio el estado del enfermo; ésta es la llamada intervención tardía.

10.—La toracotomía urgente está indicada solamente en el pionesumotórax agudo.

11.—El empleo del líquido de Carrel-Dakin es de gran valor en el tratamiento postoperatorio del empiema; debe ser admitido en todos los casos.

12.—La mortalidad en el empiema agudo es inferior a la suministrada con otros métodos de tratamiento.

13.—El empiema de las cavidades cura por tres métodos: a) por la formación y absorción del exudado estéril; b) por la formación y absorción del neumotórax cerrado, y c) por el método clásico de la expansión del pulmón y obliteración de la cavidad pleural.

14.—El empiema crónico no debe tener lugar; pero si así fuera, el método de tratamiento del empiema agudo es más ventajoso que todos los conocidos.

15.—Por eso, los casos crónicos definidos como empiemas no se hallan sujetos al tratamiento con el líquido de Carrel-Dakin.

16.—La recidiva en el empiema es con frecuencia el resultado de cerrar prematuramente la abertura de la toracotomía. La proporción de recidivas es menor desde que se emplea el método de Carrel-Dakin.

17.—La gran mayoría de operaciones que se han ideado en el empiema crónico son de limitada utilidad, si bien el método de tratamiento aconsejado es superior a los conocidos.

Consideraciones fisiológicas sobre el tratamiento inmediato en las hematemesis graves.—La hemorragia produce un descenso de la presión arterial, que es compensado con una contracción de las arterias periféricas, menos de las coronarias y cerebrales, previniendo así la naturaleza, que se disminuya el riego de órganos tan esenciales para la vida como el corazón y el cerebro. De este hecho deduce W. A. Bastedo (*American Journal of the Medical Sciences*, N° 3 1920), que inútil en la mayoría de los casos la administración de tónicos cardíacos, ya que el corazón es de los órganos que menos sufren, e igual-

mente cree contraindicados el uso de vasodilatadores, ya que no es necesario aumentar el aflujo de sangre a los órganos esenciales para la vida.

La gravedad de la hemorragia depende no sólo de la cantidad de sangre perdida, sino de la rapidez con que se produzca; una persona de 67 Kg. necesita para morir, según Giesthand, perder de una vez 3.000 g. de sangre, mientras que podrá perder más cantidad sin que le ocasione la muerte, si la hemorragia es lenta o por brotes sucesivos.

Las primeras condiciones que requiere el tratamiento de una hematemesis es procurar *que el estómago esté tranquilo y contraído, el corazón sosegado y pausada la respiración; impedir los vómitos y vigilar cuidadosamente la introducción de líquidos para restaurar el volumen de la sangre*, medidas todas que tienden a favorecer la formación de trombus en el vaso que sangra y a impedir que se desprenda una vez que se haya formado.

Bastedo recomienda la morfina como el mejor remedio para obtener estos resultados, pero asociada a la estricnina o a la atropina, para neutralizar su acción relajante sobre los músculos gástricos, impidiendo así que el estómago se dilate, pues esto favorecería la hemorragia. No cree justificada el uso de la emetina.

El lavado de estómago puede emplearse si, por continuar la hemorragia, tenemos la seguridad de que aún no se ha formado un coágulo obturador, contraindicando está práctica si la sonda provoca náuseas violentas. Si se hace el lavado, se aprovechará la sonda para introducir por ella algún coagulante.

En general, las hematemesis por hemorragia venosa son benignas; en los casos en que haya hipertensión del sistema porta pueden ser aquéllas de extraordinaria gravedad. En las cirrosis, por ejemplo, que se forman várices alrededor del cardias, pueden, al romperse, ocasionar hematemesis gravísimas, porque la hipertensión favorece la salida de sangre, y porque por la lesión hepática estará disminuída la coagulabilidad de la sangre. Como en los casos de hemorragia por várices esofágicas, el uso de la sonda puede ser altamente perjudicial, aconseja abstenerse en absoluto de su uso cuando haya síntomas de aumento de tensión en el sistema porta.

Entre los vasoconstrictores locales, recomienda el uso de la adrenalina. No debe emplearse en inyección, sino por la boca, para que se ponga en contacto con el vaso sangrante; se administrará de 4 a 10 c. c. de la solución al milésimo, diluída dos a cinco veces en la cantidad de agua necesaria para bañar el estómago.

Una de las medidas más prácticas es aumentar en lo posible la coagulabilidad de la sangre, suministrando un agente que provoque la formación del coágulo. Estos agentes son, en la sangre normal, el calcio, el fibrinógeno y la trombina. Los elementos anticoagulantes son la antipretrombina y la antitrombina. En la coagulación queda libre la pretrombina, que se apodera del calcio y se convierte en trombina, y ésta precipita al fibrinógeno en forma de fibrina, produciendo el coágulo.

Dice Bastedo que en las hematemesis profusas, aunque la coagulación se verifique normalmente, no es bastabnte rápida, y cree justificado el empleo de alguna substancia coagulante; citando a este

objeto la tromboplastina o cefalina, el extracto de plaquetas sanguíneas, el suero fisiológico, la sangre desfibrinada y la sangre completa. Estos coagulantes pueden ser útiles especialmente en las hemorragias pequeñas, pero repetidas.

La *tromboplastina-Hess*, que es una solución de líquido de Ringer, de plasma de cerebro, se recomienda a la dosis de 4 c. c. en 15 gramos de agua, administrando tres a cuatro dosis cada media hora. En inyección subcutánea o intramuscular, a la dosis de 10 c. c., cree Bastedo que es peligrosa su administración por vía intravenosa, menos en los hemofílicos, aunque Hess cree que tampoco en ellos debe emplearse esta vía.

La *coagulina* es un polvo preparado con plaquetas sanguíneas, y se administra por la boca a las dosis de 20 a 60 c. c. de un solución al 10 por 100.

El *suero sanguíneo* es considerado como un agente que estimula la producción de elementos coagulantes. Recomienda Bastedo la dosis de 10 a 50 c. c. cada seis a doce horas en inyección subcutánea, o 100 c. c. por vía intravenosa. Willy Meyer inyecta 400 a 500 c. c. subcutáneamente. Según Hess, se necesita de doce a veinticuatro horas para que la inyección subcutánea de suero modifique la coagulación.

La *coagulosa* es un preparado obtenido tratando suero de caballo con acetona y éter; tiene la ventaja de conservarse mucho tiempo. Se prepara en ampollas que contienen 0,65 de polvo, que se disolverá para inyectarlo en 8 c. c. de agua esterilizada, y equivale a 10 c. c. de suero.

La *sangre total* no tiene sobre el suero—dice Bastedo—ninguna ventaja; tampoco cree que con el *calcio* se obtendrán en las hematemesis resultados, pues para que ejerza su acción, hay que emplearlo varios días. Proscribe el uso de los astringentes locales, por irritantes y excitantes de los movimientos gástricos.

Entre las medidas para restablecer el volumen de sangre perdido, estudia el articulista, en primer lugar, la *transfusión sanguínea*. Aconseja ésta como la mejor práctica para sustituir el volumen líquido perdido, prefiriendo el método de la jeringa-cánula de Lindeman al del citrato de sodio (Weil, Lewisohn) y al de la hirudina, pues en éstos se introduce una substancia anticoagulante, que no será nada conveniente al organismo que sangra. Durante la transfusión debe vigilarse la presión arterial, para que no suba demasiado y produzca el desprendimiento del coágulo obturante que se había formado.

Aunque la regla de Bernheim es que se practicará la transfusión si la presión sistólica baja de 70, Bastedo practica y aconseja la transfusión, si la hemorragia continúa o se repite, ya que por la elasticidad y contracción de las arterias la presión sanguínea puede, durante algún tiempo, mantenerse en apariencia alta, a pesar de que el volumen sanguíneo se halle muy disminuido.

Cuando sea imposible practicar la transfusión, se administrarán inyecciones subcutáneas o intravenosas de suero fisiológico o de líquidos de Ringer o de Locke, en cantidad que no exceda de 1.000 a 1.200 c. c., pudiendo añadir, si la presión es muy baja, 1 c. c. de pituitrina o adrenalina, en cuyo caso la inyección se hará con mucha lentitud.

Le inyección de estos líquidos tiene sobre la trasfusión la enorme desventaja de disminuir la viscosidad sanguínea y la tensión osmótica. Para remediar esto en parte, conviene añadir al líquido que se inyecta una solución de gelatina al 1 o 2, 5 por 100 en suero fisiológico. También recomienda Schreiber, para aumentar la viscosidad sanguínea, 200 c. c. de una solución de glucosa al 5 por 100.

Otra medida aconsejable es el hielo sobre el estómago, y en caso de gran pérdida, para mantener a toda costa la circulación cerebral y coronaria, serán útiles el vendaje de los miembros, levántándolos en alto, y la ligadura del abdomen por el método de Meltzer.

Termina su artículo Bastedo analizando las indicaciones operatorias, y opina que nunca debe aconsejarse la intervención quirúrgica como tratamiento inmediato de una hematemesis; cree, como Lund, que carece de valor práctico el abrir el estómago de un paciente que sangra, para pretender ligar la arteria en el fondo de una úlcera. Tan contrario se muestra a la intervención quirúrgica, que aconseja en una de sus conclusiones, que cuando no se logre contener la hematemesis y se tema un desenlace funesto, se consulte a un cirujano, «para compartir la responsabilidad, pero no para operar».

Peritonitis aguda difusa.—Una serie de veintiún casos consecutivos.—La peritonitis puede ser producida por traumatismos y por afecciones de los órganos abdominales, y tanto en un caso como en otro, la infección peritoneal se acompaña, en primer término, de exudación inflamatoria en el tejido celular subperitoneal más próximo al sitio afecto, que es seguida por derrame inflamatorio en la cavidad peritoneal misma. El exámen microscópico del líquido exudado en el interior de la cavidad abdominal demuestra estar constituido por células endoteliales y leucocitos polinucleares, pero no contiene bacterias. Aún cuando los cultivos demuestran la presencia de estafilococos, éstos proceden probablemente de la piel. El exudado descrito se transforma en líquido purulento en breve tiempo, y en tal caso, los fenómenos generales se manifiestan como consecutivos a la absorción tóxica. Cuando la inflamación no se localiza por la formación de bridas y detención del peristaltismo, la peritonitis se difunde por toda la cavidad abdominal, interviniendo en este proceso muy principalmente el peristaltismo, aveces activado por un purgante.

Los primeros signos que se presentan en una peritonitis son la rigidez de la pared abdominal, el dolor espontáneo y la sensibilidad a la presión, y si el proceso progresa, aparecen los vómitos y el timpanismo, adquiriendo mayor extensión de dolor a la presión y la defensa. El estreñimiento, la disminución de la cantidad de orina y el hipo pueden completar el cuadro peritoneal.

La infección peritoneal puede complicarse de toxemia, de abscesos y de oclusión intestinal.

El primer precepto que hemos de seguir en el tratamiento es extirpar el órgano infectado o alejar la causa de la infección peritoneal. Si el líquido reaccional está poco infectado, como sucede en los primeros momentos, en que más bien desarrolla cualidades protectoras, basta con secarlo cuidadosamente por medio de compre-

sas de gasa esterilizada, abandonando, desde luego, toda forma de drenaje; pero si el líquido es purulento, debemos dejar drenaje establecido hasta el foco primario de infección, para quitarlo a las cuarenta y ocho horas.

El restablecimiento de la permeabilidad intestinal exige la administración de morfina y atropina a intervalos de ocho horas la primera y de doce la segunda, espaciando la morfina a dos tomas al día cuando la pupila se contrae. A los cuatro o cinco días generalmente comienzan a pasar gases y materias, y entonces se suspende la medicación indicada. Para combatir la deshidratación producida por el vómito recomienda B. Hughes (*British Medical Journal*, 1920) las infusiones salinas subcutáneas o la intrarrectal a lo Murphi, así como también beber copiosamente aguas alcalinas. Terminado el vómito, se permite la administración de agua albuminosa azucarada; pasada una semana, se alimenta al enfermo con leche, huevos, natillas, purgándole a los doce días con aceite de ricino, pudiendo entonces considerar pasado todo riesgo.

Tratamiento de las osteoartritis tuberculosas por injertos óseos.—

En este artículo, Robertson Lavalley (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1920), hace una aplicación a las osteoartritis fímicas del método de Albee para tratar la tuberculosis vertebral.

Hace notar muy oportunamente cómo el tratamiento de la enfermedad que le ocupa va evolucionando en un sentido abstencionista y cómo las cruentas intervenciones (amputaciones, resecciones, etc.) van teniendo cada vez más limitadas sus indicaciones, y, en cambio, los medios médicos, especialmente la tuberculina y helioterapia, van adquiriendo más adeptos.

Sin embargo, a pesar de que el tratamiento no cruento cura en muchas ocasiones, la curación no se obtiene sin que pasen tres o cuatro años de constantes cuidados, y por esto el autor ha buscado siempre un método que acortase este plazo tan largo.

Recuerda el autor la formación ósea de las epífisis, constituidas por tejido óseo, limitado por una parte por el cartílago de crecimiento, y por otra, por la superficie articular. Esta sólo recibe su riego arterial de los vasos que vienen por el periostio que recubre las superficies óseas y de los que proceden de la cápsula articular y demás tejidos periarticulares. Es natural que cuando, por existencia de hidrartrosis, se ponen tensas dichas cubiertas, se estiran sus vasos, se oblitera la luz de éstos y se disminuye notablemente el riego de la superficie articular.

El proceso tuberculoso que se implanta en una articulación produce entre otros fenómenos, una osteítis rarefaciente, acompañada de disminución de riego arterial, y un éxtasis venoso. Asimismo se producen hidrartrosis y mal posiciones, debidas a contracciones musculares reflejas.

La extensión continua combate estas mal posiciones, y, además, favorece la deplección del sistema venoso y la reabsorción del líquido intraarticular.

La helioterapia, además de estos efectos, tiene una acción fagocitaria y tónica general muy interesante.

En una palabra todos los remedios médicos tienden a obtener los mismos resultados: aumento de circulación arterial, disminución del éxtasis venoso, y como resultado final, favorecer el proceso natural de enquistamiento de las partes tuberculosas.

El autor, recordando el tratamiento de Albee en el mal de Pott, ha pensado que la inmovilización de la articulación enferma por medio de injertos óseos puede ser útil, y así lo ha hecho, en efecto, siguiendo los mismos principios que se deben seguir en el método de Albee, o sea:

I.—Injertos autógenos.

II.—Asepsia rigurosa.

III.—Hemostasia perfecta.

IV.—Rapidez en el empleo del escoplo, que se usará en vez de sierra, que podría producir necrosis de la superficie del injerto. El lecho del mismo será practicado en tejido sano.

V.—No se empleará ningún material de sutura, y se procurará que el injerto esté colocado en el tejido óseo subcortical.

VI.—Inmovilización de la región.

Los buenos resultados en el método del autor son debidos:

Primero.—A que por su acción trófica produce en el área circundante al proceso una osteítis, mejorando así el poder de osificación..

Segundo.—Porque como el injerto se llena en seguida de capilares, esto favorece el riego sanguíneo, disminuyendo notablemente el éxtasis venoso.

Los injertos los coloca Robertson Lavallo uno a cada lado y extendiéndose desde la diáfasis a la epífisis, cruzando la línea cartilaginosa de crecimiento, pero sin tocar la articulación.

Después de la intervención se debe proceder a la helioterapia, extensión y vendajes apropiados, durante seis meses, al cabo de los cuales se observa con los rayos X que los injertos, que eran de un tamaño como un palillo de dientes, van creciendo hasta tener el grosor de una costilla. Al cabo de estos meses, y siempre con radiografías a la vista y auxiliándose con la palpación, se procede a quitar subcutáneamente los injertos, y diez o doce días después de esta pequeña intervención se procede al masaje y movilidad de la articulación.

Respecto al empleo de los rayos X, se debe recurrir a ellos siempre, pero no abusando, pues es necesario evitar las radiodermatitis ulceradas, que producen molestias periarticulares, que dificultan los movimientos de la articulación enferma.



Bibliografía

PRECIS DE MICROBIOLOGIE par Fernand Bezançon.—3e. édition.—1 vol. de 600 pages.—*Masson et Cie.*, editeurs.—Paris, 1920.—35 frs. net.

La tercera edición de la bella obra del Profesor Bezançon de Paris, es el resultado de una cuidadosa revisión de la segunda edición. Como aquella, conserva el mismo plan, conteniendo las últimas investigaciones y los últimos trabajos que han enriquecido el Laboratorio.

Los incesantes progresos de la Bacteriología colocan hoy a esta ciencia como una de las colaboradoras indispensables de la clínica. La obra del profesor parisien está concebida con esta orientación.

En esta edición, se dá una mayor extensión a los capítulos de *diagnóstico bacteriológico práctico*, tales como aquellos de la meningitis cerebro-espinal epidémica, de la fiebre tifoidea y de los paratífus, de la disentería, de la difteria, etc.

Las cuestiones relacionadas con los portadores de gérmenes y con el análisis bacteriológico del líquido cefaloraquídeo, del pus, de los esputos, del agua, están tratadas ampliamente, mencionándose dentro de esta amplitud, los métodos que unen a su facilidad, la seguridad de sus resultados, por haberlo así sancionado la práctica.

La obra ofrece abundosas ilustraciones, más numerosas que en la edición anterior y más perfectas en su confección.

Por todas estas razones, el *Precis de Microbiologie Clinique* de Bezançon, es una obra nueva, por la que hay que felicitar a los editores *Masson y Cía.* de París.

