

# LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

SECRETARIOS DE REDACCION

Drs. Juan Marín

y

A. Rojas Carvajal

SE RUEGA A LOS SEÑORES  
SUSCRITORES COMUNICAR  
INMEDIATAMENTE TODA  
IRREGULARIDAD QUE NO-  
TEN EN EL ENVÍO DE LA  
REVISTA.

COMITE CIENTIFICO

SRS. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

G. Amunátegui A. Orrego Luco R. Aguirre Luco  
M. Brockmann D. García Guerrero  
L. Sierra E. González Cortés E. Petit  
A. del Río E. Aldunate B. R. Donoso M. Cádiz  
E. Croizet J. Luco L. Vargas Sajcedo  
C. Monckeberg J. Ducci L. Calvo M. A. Larragibel  
C. Pardo C. A. C. Sanhueza C. Charlín C.

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

F. de Amesti L. Córdova G. Grant B.  
E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto  
Director: Prof. O. FONTECILLA

TODO ASUNTO RELACIONADO CON  
LA ADMINISTRACIÓN DE LA RE-  
VISTA DEBE DIRIGIRSE A DELI-  
CIAS 1626, SANTIAGO. — TELÉ-  
FONO 2844.

Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

Por un año ..... \$ 20.—  
Número atrasado ..... > 150  
Las suscripciones son sólo por un año.

## SUMARIO

## EL SINDICATO MÉDICO DE SANTIAGO

Texto:

ERNESTO ROBERT DE LA MAHOTIERE.—Pericarditis  
con derrame fibrino-hemorrágico y mediastinitis  
anterior (3 figs.), p. 329.

EL CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA (Conclusión),  
p. 331.

Sociedades Científicas: Sociedad Médica de  
Santiago.—Sociedad Médica de Valparaíso,  
p. 332.

Anexo:

El Sindicato Médico de Santiago, p. 445.

Conversando con el profesor Brockmann, p. 445.

MALBRAN.—Tumores cerebrales, p. 449.

Conferencias.—Primera sesión del Sindicato de Mé-  
dicos de Santiago, p. 455.

Apenas apagados los últimos ecos de la  
agitación que ha conmovido recientemente  
el ritmo de nuestra civilidad, ha venido a co-  
brar forma definitiva la organización mé-  
dica sindical.

La solución de los numerosos y comple-  
jos problemas que afectan a nuestro gre-  
mio en la hora presente, necesita de la cola-  
boración decidida y leal de todos sus miem-  
bros. Si no todo esfuerzo será vano y la ilu-  
sión de la obra planeada se perderá en el  
vacío.

Los médicos de Santiago han elegido re-  
cientemente un Directorio que es garantía  
de eficacia y de éxito.

Los doctores Javier Castro Oliveira, Jo-  
sé Ducci, Juan Marín y Ladislao Labra, re-  
cogen en sus manos la arcilla fresca y pro-  
metedora; de su acción depende solamente

la realización del edificio sólido y dura-  
dero.

Nuestra Revista aplaude cordialmente la  
bella iniciativa del Sindicato y sus columnas  
quedan abiertas para servir iguales fines.

## Conversando con el profesor Brockmann

Después de varios años de enseñanza de  
la Patología Médica, correspondió al Dr.  
Mauricio Brockmann el honor muy mere-  
cido de suceder al malogrado profesor Mai-  
ra, en la Cátedra de Clínica Interna.

Ha regresado hace pocos días de un viaje  
de estudio por las clínicas europeas.

En el deseo de informar a nuestros lecto-  
res, sobre las últimas noticias científicas del  
otro lado del Atlántico, solicitamos de di-  
cho Dr. una entrevista.

## DIPLOSAL

Es el éter salicílico del ácido salicílico introducido en 1908  
por Minkowski en el arsenal terapéutico. Es por consiguiente un de-  
rivado de dicho ácido que se compone exclusivamente de ácido  
salicílico. Puede considerarse también como un ácido acetyl-sali-  
cílico en el que el residuo acético, perjudicial e inactivo, se  
encuentra sustituido por ácido salicílico, o como un salol en el  
cual el residuo fenol se ha sustituido por ácido salicílico.

Debido a este doble carácter, el Diplosal hállase indicado  
en los dos grupos de enfermedades en que se empleaban los dos  
citados productos, a saber: reuma muscular y articular, agudo y  
crónico, neuralgias de todas clases ciática, jaqueca, gripe, anginas,  
catarrros, y en general en todas aquellas enfermedades que  
tienen por causa un enfriamiento.

Las principales ventajas que presenta el Diplosal son:  
Insoluble en los ácidos diluidos y muy difícilmente soluble en  
el agua, atraviesa por consiguiente el estómago sin descomponerse  
y por ende, sin producir jamás irritación alguna, ni aún en los  
enfermos de estómago muy sensible.

Soluble en los alcalis, a su contacto, el Diplosal se descom-

pone en las dos moléculas de ácido salicílico que lo forman, con  
lo que 100 partes de Diplosal producen 107 partes de ácido sali-  
cílico. Únicamente pues en el canal intestinal, es donde sobre-  
viene la descomposición, asimilación y resorción del Diplosal, con  
una acción salicílica suave y protaética. Su empleo no produce  
por consiguiente esos grandes sudores originarios en la mayoría  
de los casos de una peligrosa debilidad, dando ocasión además  
a nuevos enfriamientos.

DÓSIS:

(en polvo o en tabletas)

Cada toma: de 0.5 a 1 gramo.

Dosis diaria: de 3 a 6 gramos.

ENVASES:

Tubos de 20 tabletas con 0.5 gramos de Diplosal.

Literatura y Muestras a disposición de los señores Médicos.

Representante en Chile:

JOSE KLIMEK, Casilla 2110-Santiago.

C. F. Boheringer & Soehne G. m. b. H. Mannheim-Waidhof

Amablemente accede el querido Doctor a nuestra solicitud y nos da cita en su casa, en una de estas tardes de Domingo, propicias al buen pensar.

Iniciamos nuestra charla interrogándole acerca de lo que más le haya llamado la atención en su último viaje por las clínicas de Europa.

—Al visitar las clínicas de Alemania y de Francia, después de algunos años de ausencia, me llamó desde luego la atención, la normalidad con que efectúan las clases y los trabajos. De la gran hecatombe, ya no hay vestigios; era para mí profundamente grato, recorrer de nuevo aquellos sitios, que viera sumidos en el más completo abandono y pobreza, en aquellas horas en que la metralla sonara incesante a ambos lados del Rhin. Hoy día el material de trabajo es abundante y perfecto, las instalaciones buenas, el personal numeroso y disciplinado y en mucha parte formado por voluntarios.

—¿Cuántas clínicas médicas hay en Berlín?

—Hay cuatro, y funcionan a distintas horas, de modo que en un día se puede asistir a lecciones, sobre diez o quince enfermos. Anexo al curso de Clínica, los agregados hacen un curso de Propedéutica.

—¿Recuerda alguna lección que le haya parecido interesante?

—Sí, recuerdo varias. Por ejemplo, a propósito de una serie de enfermos del riñón, el Profesor Kraus llama la atención a los nuevos rumbos que toma hoy la clínica, des-

prendiéndose del diagnóstico puramente anatómico, para elevarse en concepto más general, en que se considera a todo el organismo armónicamente.

Esto se vé bien claro en el concepto actual de las enfermedades renales, de orden inflamatorio; no son estas afecciones localizadas al riñón, si no que la economía entera, y en especial los capilares, están lesionados y aún más, la lesión de éstos precede a la del riñón.

Así se propone cambiar el nombre de glomerulo-nefritis, por el de capilaritis generalizada.

Esta afección de los capilares en el riñón, trae como consecuencia su espasmo y su vacuidad, lo cual a su vez provoca una alteración del equilibrio coloidal del plasma sanguíneo y la consiguiente precipitación de los lipoides bajo la forma de cristales simples o birrefringentes.

Puede Ud. ver con este ejemplo, cómo la fisiopatología, y en especial la fisicoquímica coloidal, dominan en la interpretación de los fenómenos biopatológicos.

—¿Podría, Doctor, decirnos algo de la nueva concepción de la histeria formulada por Kretschmer?

—Este autor considera la histeria, no ya como un cuadro clínico con sus estigmas y sus síntomas, sino como una anormal forma de reacción psíquica a las exigencias de la vida. Me explico: dos soldados no pueden ya soportar la vida terrorífica de la guerra; el uno, se examina en sus aptitudes, en su

hermosa escritura, en los amigos que lo pueden ayudar, en sus capacidades técnicas, medita en pro y en contra, y emprende una serie de gestiones astutas, que lo llevan por fin a una oficina tranquila, lejos del campo de batalla. Al otro soldado se le encontrará un buen día, después de un bombardeo, vagando por las trincheras, se le saca de allí, se le habla, y es atacado de un violento temblor; se le envía entonces al lazareto y de allí a la oficina de la guarnición más próxima, en donde se le emplea en trabajos de escritorio.

Por distintos caminos han llegado al mismo fin. El primer medio, es propio exclusivamente del género humano; el segundo, es una reacción biológica, que se encuentra, desde los seres unicelulares, hasta el hombre. Si un infusorio se acerca a una zona de agua caliente, reacciona con una sobreproducción de movimientos vivos e incoordinados, que duran hasta que uno de éstos, lo aleja casualmente del peligro. Si un pájaro o un insecto entra extraviado en una pieza, no se pone a meditar ni examina puertas y ventanas por donde poder escapar al aire libre, sino que, dejándose guiar por su instinto, que lo impulsa a volar a luminosas regiones, comienza a ejecutar una serie de movimientos incoherentes y sin plan, que repite por accesos, hasta que por casualidad logra salir por la ventana al gran aire en donde comienza inmediatamente su vuelo tranquilo.

Estos movimientos tumultuosos son una

## “Vacuna Antipiógena Polivalente Bruschetti”

**Dr. C. CADOUL**

Lundi, Mercredi, Vendredi, Samedi:  
de 1 h. a 3 h.  
et sur rendez-vous  
144, Rue La Fayette  
PARIS

Paris, 7 Août 1920.

Le informo que he usado las vacunas del Profesor Bruschetti con resultados satisfactorios. He sido sorprendido en todos los enfermos por la ausencia de toda reacción y en vista de su absoluta inocuidad, deseo continuar las experiencias comenzadas.

Firmado: DR. CADOUL.

**Dr. DECRETON**

Lundi, Mercredi, Vendredi  
de 1 h. a 3 h.  
28, Rue des Belles Feuilles (XVie)  
Téléphone: Passy 52-58  
PARIS

Paris, 6 Août 1920.

Tengo el placer de comunicarle que he usado muy a menudo el «Siero Vaccino», el «Vaccino Curativo», el «Polivaccino Antipiógeno (para las formas bacilosas)» y en especial el «Vaccino Antipiógeno Polivalente» y el «Vaccino Antigonococcico», que el Prof. Bruschetti ha querido poner a mi disposición.

Me complace en comunicarle que los mencionados productos me han dado resultados favorables. No habiendo observado en ningún caso reacción alguna, puedo dar fe de la absoluta inocuidad de estos productos, como son indicados y aconsejados por el Profesor Bruschetti.

Firmado: DR. DECRETON.

Muestras y Bibliografía a disposición de los señores Médicos

DIRIGIR E A: **Hijos de Atilio Massone**

Claros 205 ≡ SANTIAGO ≡ Casilla 3584

**Dr. De Berne Lagarde**

54, Avenue de Saxe  
Saxe 70-87  
PARIS

Paris, 6 Août 1920

Tengo el placer de informarle que he usado muy a menudo el «Vaccino Antigonococcico», que el Profesor Bruschetti tuvo la gentileza de poner a mi disposición.

Certifico que este producto me ha dado buenos resultados. Los enfermos no han acusado jamás reacción alguna, por lo que puedo afirmar su absoluta inocuidad.

Firmado: DR. DE BERNE LAGARDE.

**Dr. RENAUD BADET**

Lundi et Vendredi  
de 2 h a 4 h.  
et sur rendez-vous  
17, Rue d'Edimbourg (VIIe)  
Téléphone: Wagram 02-7  
PARIS

Paris, 8 Août 1920

He tenido oportunidad de usar las ampollitas de «Vaccino Antigonococcico» que el Prof. Bruschetti tan gentilmente ha querido poner a mi disposición. Los resultados que he obtenido han sido completamente satisfactorios, comparables con los que he logrado con otras vacunas actualmente empleadas, pero con la ventaja de no ocasionar al enfermo reacción alguna general, ofreciendo por consiguiente una perfecta inocuidad.

Firmado: DR. RENAUD BADET.

reacción psíquica de los seres vivientes contra peligros o situaciones difíciles y constituyen así, un objetivo biológico de defensa. Pero esta forma de reacción desaparece poco a poco, a lo largo de la historia de la graduación evolutiva, para dar lugar a una acomodación más reflexiva y consciente.

En el hombre, los medios derivados del intelecto, que le son propios, pueden ser anulados en un momento determinado, por un schok psíquico o material y entonces él, también recurre al instinto, existente siempre en estado de latencia, como herencia filogenética y trata de escapar del peligro, que para él representa ese schok, produciéndose entonces un ataque histérico en una de sus variadas formas.

No es posible desarrollar estas ideas en muy pocas palabras. Sólo quiero mostrarle, claramente, el camino enteramente nuevo que se comienza a aplicar en la interpretación de algunas enfermedades nerviosas.

—¿La fisico-química domina hoy la explicación básica de los fenómenos biológicos?

—En efecto, no sólo de los biológicos, sino también de los procesos patológicos. Actualmente, se refunden en un sólo concepto amplio, fenómenos biológicos y patológicos; ambos están bajo la directa regulación del sistema endocrino, en estrecha relación con el sistema nervioso vegetativo.

La Clínica se escapa del marco estrecho en que la encuadraba la patología y la anatomía patológica y se eleva a consideracio-

nes generales más interesantes; no se limita a un diagnóstico esquemático, anatómico, sino que trata de llegar al fondo mismo del problema que le presenta la vida y la enfermedad.

Como consecuencia de estos conceptos clínicos, la terapéutica se insinúa por los mismos senderos; los clásicos medicamentos tan reducidos, cuya acción conocemos un poco más, se siguen empleando, pero la proteinoterapia y la endocrinoterapia, constituyen las dos piedras angulares del edificio de la futura terapéutica.

—¿Algo de nuevo, Doctor, en el tratamiento de la sífilis?

—Pude anotar en las clínicas alemanas que se ha abandonado casi por completo el mercurio, para reemplazarlo por el bismuto y el yodo en sus diversas formas; la prescripción de Neosalvarsán se deja exclusivamente para las sífilis recientes y para las lesiones terciarias del aparato circulatorio, y en este caso, en dosis pequeñas y repetidas.

—¿Y en el campo de la tuberculosis?

—El tratamiento por medio del tiosulfato doble de oro y sodio, llamado sanocrysi-ne, de que es autor el profesor Moolgaard, de Copenhague, me parece interesante y lleno de promesas para el porvenir, se emplea en inyecciones intravenosas en dosis de medio y un gramo cada vez. Las reacciones violentas que él produce, las atribuye Moolgaard, a que el medicamento actúa directamente sobre los bacilos de Koch, cuyas

toxinas son llevadas a la circulación, provocando así una reacción de tuberculina, más o menos intensa. Para combatir este schok medicamentoso, el mismo Moolgaard prepara un suero anti tuberculoso, en vacas o caballos, inyectados periódicamente con bacilos muertos. Este método combinado, de inyecciones de sanocrysi-na con sueroterapia antituberculosa, ha sido ampliamente experimentado en el hombre, en las clínicas médicas de Kund Faber, de la Universidad de Copenhague, con resultados verdaderamente notables.

—¿Qué otras clínicas visitó en Alemania?

—Estuve en Breslau, en la Clínica de Minkowsky, el célebre investigador de la diabetes pancreática y la impresión que de allí traigo es fascinadora. Gran seriedad en los trabajos de investigación, y dotación completa del material necesario.

Hoy día no se concibe una clínica que no sea capaz de llenar el doble fin de la enseñanza y de la investigación.

Estuve en Suiza, en la Universidad de Zurich, verdadera gloria para la enseñanza médica; en una pequeña elevación de la ciudad y dominando con la vista el legendario y hermoso lago, se encuentran diseminados los grupos de edificios, que constituyen la Universidad, construídos en severo estilo arquitectónico y rodeados de amplios y bien cuidados jardines. En uno de ellos funciona la Clínica Médica de Naegeli, el conocido explorador de la sangre; sus laboratorios y

## ESTÓMAGO - INTESTINO

# "Gastro Sordine"

### DOS FÓRMULAS

### DOS PRESCRIPCIONES

por C. a S.

Bicarb. 2 - Fosfato 1. Sulfato de Soda 0.50

Prescribir "GASTRO-SODINE"

Sulfato 2. - Fosfato Soda 1. Bicarbonato 0.50

Prescribir "GASTRO-SODINE" fórmula S

Una cucharadita de café, todas las mañanas en ayunas, en un vaso de agua, caliente de preferencia

Muestras y Literatura

AM. FERRARIS - COMPAÑIA 1205 - SANTIAGO

A  
N  
E  
M  
I  
A

# "Calciline"

C  
L  
O  
R  
O  
S  
I  
S

RECALCIFICACIÓN

REMINERALIZACIÓN

COMPRIMIDOS GRANULADO

de Sales Cálcidas Fluoruradas

PURA — CON ADRENALINA — CON METARSINATO

Pos: 2 comprimidos o una medida

en un poco de agua antes de cada comida

Niños 1/2 dosis

CONCESIONARIO PARA CHILE

Am. Ferraris - Casilla 29 D - Santiago

T  
U  
B  
E  
R  
C  
U  
L  
O  
S  
I  
S

Prescribir: Cal-ci-li-ne

## LAS HEMORRAGIAS GINECOLÓGICAS

son dominadas en seguida por el

# “TAMPOSPUMAN”

por ser un estíptico ginecológico que ataca directamente la hemorragia en su origen y en su flujo.

**TAMPOSPUMAN** reúnen en sí las tres principales cualidades de curación: estrechez vascular, aceleramiento de la coagulación y taponamiento espumoso.

**TAMPOSPUMAN** es indispensable en el estuche del médico, por ser un estíptico poderoso y eficaz, pues en las hemorragias de índole seria como: neoplasma, endometritis y afecciones salpingo-ováricas, responde ampliamente en el terreno prescrito.

**TAMPOSPUMAN** restaña las hemorragias también en el recto y en la uretra del hombre.

**TAMPOSPUMAN** viene envasado en varitas y en pastillas.

## LUITPOLD-WERK., München

Para literatura dirigirse a los depositarios en Chile, señores DRUBE y Cía.

# SÍFILIS HOBI

Hidróxido de Bismuto en Solución aceitosa perfectamente esterilizada

### INDICACIONES:

Esta ampollita contiene 2 c. c. de líquido, equivalente a 0.15 de hidróxido de bismuto porfirizado.

Está indicado en todos los periodos de la sífilis y en todas las sífilis nerviosas.

**Sífilis en cualquier periodo.**

0.15 a 0.30 gr. cada 2 días o 0.20 gr. cada cinco días en series de 10 inyecciones intramuscular con 10 días de descanso. El número de series es por lo general de dos o tres.

**Sífilis nerviosas.**

Tabes, parálisis general en su comienzo, hemiplejias, paraplejias, gomas y sífilis cerebral

Empezar por media ampollita día por medio. Descanso de cinco días Después series de 10 inyecciones a razón de una ampollita cada dos días.

Tratamiento racional de la **TUBERCULOSIS** en todos sus periodos raquitismo, neurastenia, linfatisimo, debilidad general, convalecencias, etc.

# KAUROLÁN

Solución orgánica de cal perfectamente asimilable y absolutamente inofensiva para niños y adultos

Desde la primera inyección se observa un aumento rápido de peso, de las fuerzas y del apetito, desaparición de los sudores nocturnos en los tuberculosos.

En inyección hipodérmica de 1 c. c. diariamente, absolutamente indoloras.

Se envían muestras a los Sres. Médicos cuando lo solicitan.

Representante **C. O. WIEDMAIER** Avda. Matta 1502 SANTIAGO

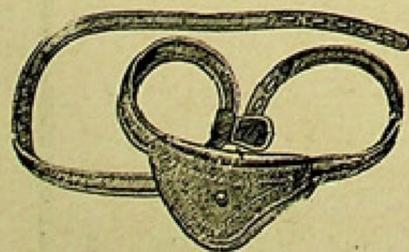
# INSTITUTO ORTOPEDICO ALEMAN

SAN ANTONIO 546 — SANTIAGO

CASILLA 3494 — TELEFONO ING. 4388

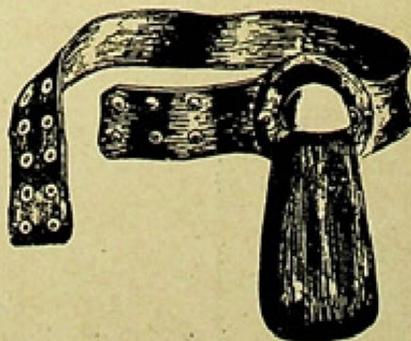
### PROTESIS:

Manos, Brazos, Piernas, Pies artificiales, Corsés ortopédicos, Bragueros, Fajas y todo trabajo concerniente al ramo. ::



Braguero.

Especialistas  
en  
Aparatos



Aparato para el ano iliaco.

Ortopédicos  
de  
corrección



Pierna artificial

sus colecciones de preparados microscópicos de sangre son magníficos.

Asistí como miembro al Primer Congreso Climatológico Internacional de Davos, efectuado bajo los auspicios del observatorio físico meteorológico, fundado hace quince años por Dorno, y del Instituto de Fisiología de las alturas e investigación de la tuberculosis, creado el año veinte y uno, bajo la dirección del fisiólogo Loewy. Con decir que se verificaron cincuenta y ocho conferencias, de la más alta importancia, se tendrá una idea de la repercusión que esta iniciativa ha tenido entre los hombres de ciencia; me llevaría muy lejos el querer resumir algunos de los trabajos.

Sólo recordaré a la ligera las ingeniosas instalaciones del Instituto, para someter a una exacta verificación, el intercambio nutritivo y la composición de la sangre, en las diversas alturas; y aunque aún no se ha disipado el misterio de la acción de las influencias climatológicas en el hombre, Loewy, con sus experiencias, descubre lentamente el velo y nos demuestra que son numerosos estos factores; pero, que hay dos principalmente, la intensidad de la irradiación solar y la presión atmosférica que tiene una influencia predominante sobre la respiración, la presión arterial y el intercambio de los gases.

En resumen, y para terminar, le puedo decir que mi impresión de conjunto es que nos encontramos en un período de transición: las nuevas orientaciones no adquieren

sus perfiles definitivos; pero la clínica, como ya lo he dicho, se escapa rápidamente de su antiguo marco de fierro; basándose en los grandes progresos de la física y la química colodiales, emprende el vuelo y trata de penetrar en los incógnitos problemas de salud y la enfermedad. La naturaleza no conoce de divisiones entre lo normal y lo anormal, así como la clínica de hoy no admite de una patología hecha de capítulos; en el orden biológico sólo existen fenómenos, en una serie de infinitas variedades.

Cuando regresaba al país, con el ansia de volver a pisar la tierra querida y contemplaba desde el vapor ante mí la inmensidad del mar, sentía más viva mi inteligencia y más ágil el cuerpo y el espíritu, con la satisfacción de haber recibido impresiones, que pueden ser convertidas en realidades útiles. Al darme cuenta de todo esto y al compararlo con el estado de depresión general, en que salí del país, comprendí, lo que tiene especialmente de duro sacrificio el profesorado entre nosotros: de un lado las tareas de la enseñanza, difíciles por la escasez de material y de personal, y del otro, las absorbentes labores del ejercicio profesional a que estamos obligados a recurrir. Nuestro cuerpo se desgasta rápidamente y nuestro espíritu pierde esa elasticidad, tan necesaria para un trabajo continuado. No nos queda, ni siquiera, la íntima satisfacción de contribuir en forma apreciable al progreso de la ciencia...

Duerme por allí, en los archivos de algu-

no de los Ministerios, un proyecto de ley en que se consultan ciertas facilidades para aquellos profesores de nuestra Facultad que después de cinco años de trabajo quieran descansar un año y hacer un viaje por las Universidades europeas. ¿Será verdad algún día este proyecto?

Si Uds., desde su revista, "La Clínica", abren campaña en este sentido, harán un señalado servicio a nuestra ciencia y a nuestra profesión...

Sanín.

## TUMORES CEREBRALES (1)

por el

Dr. MALBRÁN

Señores:

Al aceptar el honor que Uds. me dispensan en estos momentos, mi ánimo fué traerles un enfermo de tumor cerebral que sirviera de base a esta conferencia, desgraciadamente sucedió lo que nos acontece a diario: los enfermos abandonan los servicios hospitalarios cuando aún no se les ha ter-

(1) Conferencia dada en el auditorio del Hospital de San Juan de Dios.

# ELIXIR DIXI

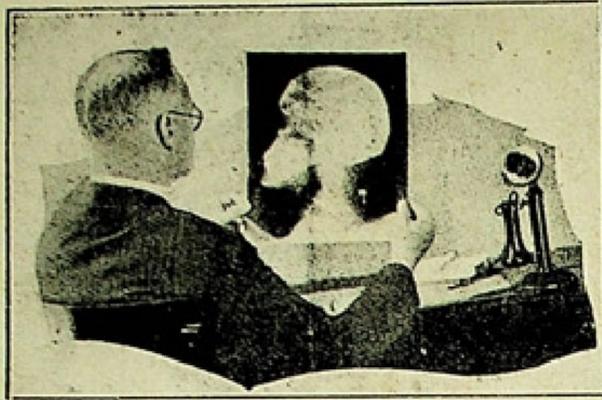
## EL MEJOR DEPURATIVO DE LA SANGRE

DOSIS: Una cucharada antes de los alimentos.

LABORATORIOS RECALCINE



## Películas Antifricción "VICTOR" para Rayos X.



La nueva película **ANTIFRICCIÓN "VICTOR"** para Rayos X, se ofrece a la profesión como un verdadero paso de avance en la fabricación de películas para Rayos X.

El inconveniente que existía en las antiguas películas era el trabajo para manejarlas. Este obstáculo ha desaparecido con la nueva película «VICTOR», pues está fabricada a prueba de marcas por el contacto con los dedos u otras huellas producidas durante el proceso de fabricación.

Esta película resiste el manejo continuo del laboratorio sin que llegue a dañarse.

Su uso significa economía, por la claridad de sus negativos, su fácil manipulación, la carencia absoluta de marcas extrañas y su rapidez.

Las propiedades principales de una película para Rayos X. son:

**RAPIDEZ — CONTRASTE — DENSIDAD — DETALLE**

Cada una de estas propiedades es dependiente la una de la otra.

La película «VICTOR» posee estas cuatro propiedades en propia escala.

Es la película «Ideal».

**VICTOR X-RAY CORPORATION**

Fabricantes de Aparatos de Rayos X., Tubos Coolidge y Aparatos de Fisioterapia

Solicite presupuestos e Informaciones a sus Representantes:

**International Machinery Co.**

INGENIEROS-IMPORTADORES

Teléfono 4580 — Santiago, Morandé 520 — Casilla 107-D

# Haedensa

La mejor preparación realmente eficaz para curar las : : :

## ALMORRANAS

La recetan eminentes médicos en Alemania y otros países, obteniendo siempre con ella resultados sorprendentes, según consta en los certificados ante notario que obran en nuestro poder.

MUESTRAS A SOLICITUD DEL CUERPO MÉDICO

: : Se vende en las buenas Boticas surtidas : :

▽ ▽ ▽

INTRODUCTORES:

**Guttman, Maurer y Cía.**

Casilla 85 D. — SANTIAGO. — Calle Moneda 1065.

Siempre que le sea posible

## PREFIERA LAS AUTOVACUNAS

En mi Laboratorio las obtendrá rápidamente y preparadas en las mejores condiciones que es posible exigir en la actualidad.

**DR. LEONIDAS CORONA**

LABORATORIO CLÍNICO

DELICIAS 868 ☒ SANTIAGO

## SCHWARZENBERG y Cía.

Estado 146 — Casilla 847

SANTIAGO

: Artículos Quirúrgicos :

y

Muebles para Hospitales

minado de estudiar; así, pues, esta disertación será exclusivamente teórica.

En clínica se entiende por tumores cerebrales toda formación neoplásica, quística, aneurismal o inflamatoria que se desarrolle en la cavidad craneana. De modo, pues, que así entendidas las cosas, debemos estudiar no sólo los tumores de la sustancia cerebral, sino que también los de la vecindad, cuya acción repercute en el cerebro.

Etiología y Anatomía Patológica. — Nos llegan noticias de que en Inglaterra se ha descubierto el agente patógeno del cáncer; mientras no tengan confirmación y nosotros podamos estudiarlas, seguiremos la antigua escuela.

I. Hay tumores que tienen su origen en el mismo tejido nervioso: entre éstos citamos, en primer lugar los gliomas y cerebromas, que aunque en ocasiones se manifiesten tarde, parecen tener un origen fetal, y lo más a menudo coinciden con la hidrocefalia de los recién nacidos.

Otro tumor de origen nervioso o ectodérmico es el epiteloma, que puede afectar la forma de papiloma, que encontramos en las glándulas pineal y pituitaria.

II. Tumores mesodérmicos o congestivos-vasculares. — Se desarrollan también en las glándulas ya mencionadas, como el epiteloma, en los vasos, en los plexos coroideos y en las envolturas del cerebro.

El sarcoma es el más frecuente, tiene un desarrollo rápido y es generalmente basilar.

El endotelioma en todas sus formas, sien-

do las más frecuentes el fibroma y el angioma.

El cáncer es generalmente secundario a un cáncer de la mama propagado a la pleura y pulmón y secundariamente al cráneo; dura-madre o plexos coroideos.

Tumores quísticos. Son éstos producidos por el cisticerco y el equinococo. Otros quistes son restos de reblandecimientos o hemorragias.

El cisticerco no vive mucho tiempo en el cerebro; sufre a menudo la degeneración gránulo grasosa.

Tumores inflamatorios. Comprenden éstos los tubérculos, los gomas, los abscesos enquistados, los aneurismas arteriales y las meningitis serosas. A estas últimas nos referiremos con más detención en un momento más.

Sintomatología. Todos estos tumores producen dos clases de signos: generales y de localización.

Los signos generales son producidos por la hipertensión intracraneana, y el principal de ellos es la cefalea.

La cefalea es mucha veces precoz, sobre todo en los tumores de la fosa posterior. Muy rara vez la cefalea aparece como último signo. Es generalmente constante; otras veces aparece por crisis, y siempre aumenta con los esfuerzos, cambios de posición e ingestión de alimentos. No cesa con los calmantes.

Muchas veces cesa con el trascurso de la enfermedad, y se dice entonces que el cere-

bro se acostumbra a la compresión; pero hay autores que asignan a las toxinas cancerosas mucha parte en la producción de este signo.

Cuando la cefalea es localizada y produce dolor en el cuero cabelludo o se manifiesta aguda a la percusión en un punto del cráneo, sirve también como signo de localización. Pero, recordemos que la cefalea frontal es producida muchas veces por tumores de la región posterior del encéfalo.

A continuación de la cefalea debemos darle todo su valor al éxtasis papilar. Este signo es muchas veces precoz. Las venas de la papila aparecen dilatadas, las arterias exangües, a veces sólo una parte de la papila se borra; en un grado más avanzado la papila se hace saliente y se borra, las venas engrosadas y flexuosas; en este grado de éxtasis no es raro encontrar hemorragias de la retina y de la papila. El éxtasis papilar no marcha conjuntamente con la disminución de la acuidad visual y la estrechez del campo. Se encuentra en algunos enfermos un campo muy estrechado con buena agudeza visual y gran éxtasis papilar o vice-versa.

En las lesiones del nervio óptico no se olvidará que los colores se pierden primero el verde y el rojo, y los últimos en desaparecer son el amarillo y el azul; en tanto que en la histeria el rojo es el último en perderse.

Hacemos principal hincapié en que el estado de la papila no regresa con una operación, sea ésta definitiva o paliativa, como es la descompresión. Por tanto, al encontrar

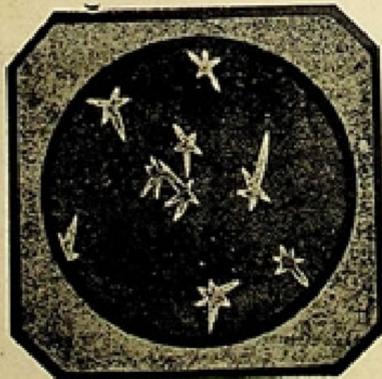
# CODOFORME

## BOTTU

No es una mezcla ordinaria de CODEINA-bromOFORMO, sino una nueva combinación cristalizada de Bromoformo sólido rigurosamente dosificada en comprimidos. Estos tienen la ventaja sobre los jarabes, pociones, gotas, etc., de ser agradables, prácticos, económicos y de no cansar ni irritar el estomago.

**TOS**

emetizante de los Tuberculosos.



**TOS**

nerviosas y espasmódicas.

Cristales de una sal cristalizada de Bromoformo aislada y preparada en los Laboratorios del Prof. BOTTU de París, que en el intestino dan Bromoformo líquido : : : :

# NATIBAÏNE

es la ÚNICA asociación de la verdadera Digitalina NATIVELLE con la verdadera Ouabaine ARNAUD.

### INDICACIONES:

Miocarditis con Taquicardia  
Hipertensos en vías de Arritmia completa con disminución manifiesta del «tonus» miocárdico.

Pequeñas dosis prolongadas: X a XX gotas por 24 horas.

Dosis medianas: XX a XXX gotas por 24 horas.

Prescribir: **Natibaïne Nativelle**

MUESTRAS Y LITERATURA

**AM. FERRARIS**

Compañía 1295—Santiago

**NÉOL** previene la **GRIPPE** y cura la **ANGINA**

(con gargarismos a 1/2)



# ANIMASA

El primer medicamento Organo - Terapéutico suministrado por vía bucal que preserva de la aterosclerosis

## ARTERIO - ESCLEROSIS

y de todas las afecciones concomitantes (calcificación de las arterias, alta presión arterial, esclerosis renal) ha dado excelentes resultados en los ensayos clínicos practicados durante más de seis años.

Activación de la inmunidad celular, histógena de la íntima por acción estimuladora selectiva, órgano-tropa, en combinación con una disminución de la presión sanguínea y activación no específica del protoplasma por productos de desdoblamiento de albúmina con acción parenteral.

**COMPONENTES:** Productos de desdoblamiento de la albúmina de los glóbulos sanguíneos del suero de animales jóvenes, combinados con extractos de las paredes arteriales de estos animales.

LITERATURA GRATUITA

### ORGANOTERAPIA

**BROWN - SEQUARD, Prof. ZUNTZ: Prof. POEHL**

FABRICANTES:

**Organoterapeutische Werke**

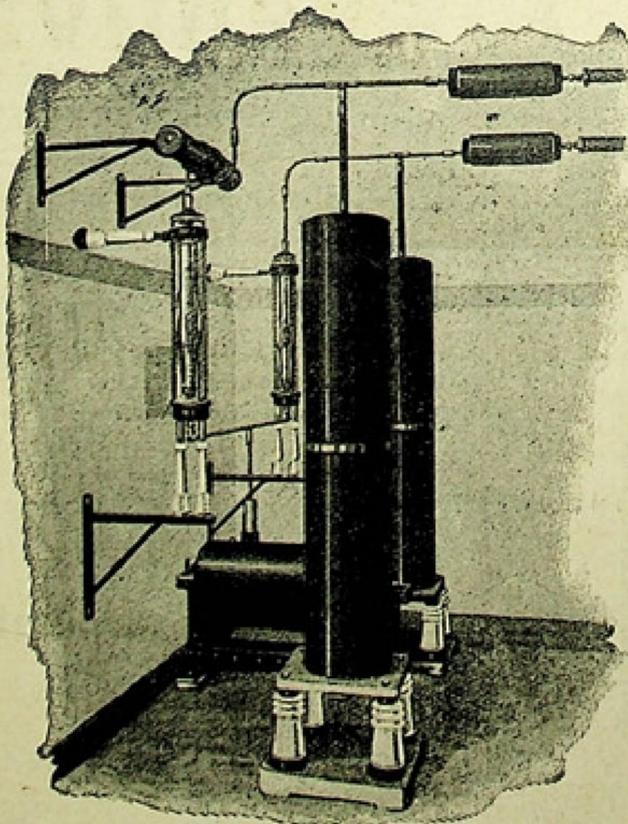
NEUENKIRCHEN en Oldenburg  
(Alemania)

Introducción y Concesionario exclusivo para Chile:

**L. ARENSBURG - Santiago**

CASILLA 3099

## SIEMENS & HALSKE STABILIVOLT



El aparato más potente para  
**Terapia profunda**

Genera 250,000 volts de corriente continua constante para accionar continuamente

**Tubos Coolidge**

con 8 milliamper.



Solicítense Prospectos y Catálogos.

# SIEMENS - SCHÜCKERT LTDA.

Compañía de Electricidad

Santiago:

Huérfanos 1017 - 1041

Casilla 104 - D.



Valparaíso

Concepción — Valdivia

Antofagasta — Iquique.

éxtasis papilar debemos con urgencia indicar la operación para librar a nuestros enfermos de una ceguera incurable.

La hipertensión intracraneana produce también lentitud del pulso por compresión del vago, lentitud respiratoria, sensación de vértigo y vómitos.

El vómito producido por la hipertensión es sin arcadas, es, como se dice, un vómito fácil y se le llama vómito cerebral.

Fuera de estos síntomas la hipertensión produce somnolencia, apatía, delirio con excitación y a veces con ideas de persecución o demenciales, y lo que es más importante, ataques epileptiformes que, cuando afectan la forma de epilepsia jacksoniana, nos conducen fácilmente a la localización, siempre que no olvidemos que el tumor puede estar en el lado opuesto a la región excitada. Así, pues, cuando encontremos un enfermo de más de 30 años que tenga un ataque epiléptico, debemos tener en cuenta que este ataque es sintomático de una afección cerebral: tumor, parálisis general o demencia precoz.

Además la hipertensión produce signos de compresión radicular como son los dolores a la nuca y los que recorren los miembros en forma de descargas eléctricas; en ocasiones, crisis viscerales que pueden hacer pensar en una tabes incipiente.

#### Signos de localización

Cuando la hipertensión intracraneana es muy grande, se hace difícil y a veces im-

posible, hacer un diagnóstico de localización; en estos casos, en primer lugar se debe hacer una descompresión, y en seguida, buscar los signos que aparezcan. Los rayos X nos prestan también una eficaz ayuda.

Para estudiar los signos de localización, los dividiremos según la zona afectada del cerebro.

**Tumores de la región frontal.** — Estos tumores producen desde el principio trastornos visuales, disminución de la agudeza visual, alucinaciones atrofia del nervio sin éxtasis papilar. Alucinaciones olfativas. Pérdida del oído. Trastornos de la deglución y neuralgia del trigémino.

La palabra se torna lenta, y esta lentitud va unida a una lentitud de los procesos psíquicos.

Cuando el tumor es más grande produce compresión del cuerpo estriado y los enfermos aparecen con fisonomía sin expresión, rigidez del cuello y temblor de los miembros.

La región anterior y superior del lóbulo frontal es una zona sorda; los signos físicos aparecen cuando el tumor ha adquirido un gran desarrollo; en cambio, encontramos signos psíquicos. Los enfermos aparecen eufóricos, pueriles, con pérdida de los afectos y de la memoria, se vuelven obscenos y libertinos, y coordinan mal sus ideas.

Se ha descrito también una ataxia frontal, estudiada por Bruns, que se asemeja a la ataxia cerebelosa sin tener los signos de este

síndrome, y en la que faltan también el nistagmus rotatorio y calórico propios de la ataxia laberíntica.

**Lóbulo parietal.** Los signos principales de los tumores de esta región son los espasmos, la epilepsia jacksoniana y las parálisis; éstas últimas pueden llegar a abolir todo movimiento voluntario; pero persisten los automáticos, v. gr.: si un enfermo tiene paralizado un miembro inferior, y por consecuencia, no puede hacer la flexión dorsal de los dedos, ésta se verifica al plegar fuertemente la rodilla. Otro signo de localización cortical es la flexión del pie en adducción, en vez de producirse el signo de Babinsky.

Es raro encontrar una sintomatología puramente sensitiva cuando el tumor lesiona la parietal ascendente; hay una verdadera epilepsia jacksoniana sensitiva o bien los trastornos sensitivos afectan la forma radicular. Aún cuando la zona afectada sea la frontal ascendente hay pérdida del sentido estereognóstico.

Los tumores de la región parieto-occipital izquierda pueden producir: Ceguera verbal, es decir, abolición funcional de la facultad de dar el verdadero sentido a las palabras leídas (lesión del pliegue curvo). Esta ceguera verbal se complica a menudo de hemianopsia por extensión en profundidad y sección de la vía óptica subyacente.

**Lóbulo temporal.** La sordera verbal es el signo típico, y consiste en la imposibilidad de poder atribuir su sentido a las palabras escuchadas.

## Vacuna Tífica Preventiva

### “HOECHST”

Cultivos puros de gérmenes tíficos muertos cuidadosamente, en suspensión, en solución fisiológica de cloruro de sodio.  
:: Cada cc. contiene 1,000 millones de bacilos de Eberth. ::

#### INDICACIONES:

En la aparición de casos esporádicos, en personas que han estado en contacto con los enfermos, y en general como medida profiláctica para evitar la adquisición de la enfermedad.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Bruening Hoechst a/Main.

Parafasia o perversión cualitativa de la facultad del lenguaje; perversión según la cual el enfermo dice una palabra por otra. Los internos que visitaron mi sala la semana pasada, recordarán aquel hemipléjico que decía: "La señora está enferma"; por decir, "La monja me llamó al orden".

**Tumores profundos.** El centro oval presenta también una tolerancia muy grande; pero generalmente estos tumores presentan el síndrome talámico, hemiplejia sensitivo motora con pérdida del sentido muscular y estereognosia.

La compresión de las fibras capsulares puede determinar la hemiplejia con anestesia, hemicorea, hemiatetosis.

**Lóbulo occipital.** Más que ninguno otro produce éxtasis papilar. También produce hemianopsia pura y simple, sin ceguera verbal. La ceguera verbal, como Uds. lo saben, es la imposibilidad que presenta el enfermo de reconocer las palabras que lee o las sílabas, y aún, las letras mismas.

La hemianopsia, en este caso, se produce por destrucción de la circunvolución calcarina que da nacimiento a las fibras ópticas.

Cuando el tumor es muy grande produce la ceguera completa por compresión del lóbulo opuesto.

**Región basilar.** — Los tumores de esta región son generalmente tubérculos y los signos son más por compresión: parálisis oculares, parálisis facial, neuralgia del trigémino, trastornos del oído, de la deglución y de la articulación de las palabras.

El tumor puede comprimir, además, los pedúnculos y la protuberancia, conjuntamente con parálisis del tercero, quinto, sexto y séptimo par, semejando síndromas intraprotuberanciales o pedunculares.

Cuando la zona afectada es más lateral, dan lugar al síndrome ponto-cerebeloso, determinando sordera, parálisis del séptimo sin R. D.; el sexto par o motor ocular externo es el más tomado; además, todos los signos cerebelosos del mismo lado de la lesión con hemianestesia también del mismo lado rara vez cruzada.

**Cuerpo caloso.** El cuerpo caloso lesionado dá muy poca sintomatología, la que casi se reduce, como en el lóbulo frontal, a trastornos psíquicos: cambio del carácter, pérdida de la memoria, sin trastornos de los sentimientos afectivos.

**Tubérculos cuadrigéminos.** Los tumores de esta región producen síntomas cerebelosos unidos a una oftalmoplejia externa total y bilateral.

**Tumores de la Hipófisis.** Dan signos mecánicos y distróficos.

**Mecánicos:** hemianopsia bitemporal, atrofia óptica, fractura de la silla turca visible a los rayos.

**Distróficos:** Acromegalia si se producen después de la pubertad; gigantismo si se desarrollan antes de la soldadura de las epífisis.

Y por la relación de esta glándula con las otras de secreción interna dan lugar al síndrome adiposo genital de Froelich, consti-

tuido por el desarrollo exagerado del tejido adiposo con hipofunción de las glándulas genitales y ausencia o pérdida de los caracteres sexuales secundarios. Además, no es raro encontrar una diabetes insípida por compresión de la base del III ventrículo.

**Región epifisiaria.** Muy poco estudiada. Estos tumores son frecuentes en los niños y se ha encontrado la hidrocefalia y la amaurosis precoz y trastornos paréticos bilaterales.

**Tumores del cerebelo.** Cefalea precoz, acompañada de vértigos y vómitos. El vértigo se produce en todas las posiciones aún estando el enfermo acostado. El éxtasis papilar es también precoz.

La localización de estos tumores se hace más difícil, porque los síntomas no son tan claros como en la atrofia cerebelosa.

Recordemos que los signos son homolaterales y así podemos encontrar: asinergia, adiadocinesia, nistagmus, movimientos coreiformes y atetósicos, la dismetría y la marcha cerebelosa.

En los niños estos tumores son generalmente tubérculos.

**Complicaciones meníngeas:** Los tumores cerebrales producen complicaciones ya banales, ya neoplásicas, y muchas veces se descubren sólo por una punción lumbar en que unidas a una hiperalbuminosis se encuentran células cancerosas.

Pero hay una forma de meningitis a la que ya me referí antes, y es la serosa. Produce síntomas de compresión como los neo-

## Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M. (Alemania)

AGENTES EN CHILE: **ALERT y Cía.** Compañía 1289, Casilla 1932, Teléfono 203, SANTIAGO

### ALBARGINA

Antigonorreico excelente,

no irritante, fuertemente bactericida, de acción profunda. Dosis: uso profiláctico solución de 5-10 por ciento; uso terapéutico: solución de 0.1-3%

ENVASE DE ORIGEN:

Tubos de 20 tabletas a 0.2 g.  
" " 50 " a 0.2 g.

### ANESTESINA

Anestésico local duradero, insoluble en el agua, inofensivo, no irritante, de uso interno y externo contra dolores de heridas, gastralgias, etc.

DOSIS:

al exterior: al 5-20% o pura,  
al interior: 0.25-0.25 g antes de las comidas,

Sólo servimos la Anestésina pura en polvo

### PERLAS VALIL

excelente Remedio calmante.

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

ENVASE DE ORIGEN:

frasco de 25 perlas de 0.125 g.  
2-3 veces al día 2 a 3 perlas después de las comidas.

# ALIVAL

"HOECHST"

(yododihidroxiopropano)

El compuesto orgánico de yodo que contiene el tanto por ciento de yodo más elevado (63%).

Aplicación interna y externa; inyectable. Perfectamente tolerado.

#### Indicaciones:

Sífilis, arterio-esclerosis y sus fenómenos censecutivos, asma bronquial, bronquitis crónica, angina de pecho, cirrosis hepática, etc.

#### Envases de origen:

Tubos de 10 tabletas a 0.3 g.  
Cajas 5 amp. 1 c. c.

Literatura y muestras a disposición de los Sres. médicos.

### NOVALGINA

Antipirético, Antirreumático, nalgético

en las poliartrosis, reumatismos musculares, fiebres infecciosas. Casi insípido y muy bien tolerado.

ENVASES DE ORIGEN:

Tubos con 10 tabletas de 0.5 grs.  
Cajas con 5 y 10 ampollas de 1 y 2 cm<sup>3</sup> de solución al 50% para inyecciones.

### TUMENOL

Preparado de Brea bituminosa sulfonada

Inodoro, no irritante, antiflogístico. En los eczemas dermatitis, úlceras, etc.

DOSIS:

Pomadas: 1-20% tintura, pincelaciones, etc. La mejor forma para recetas: Tumenol amónico. No servimos ninguna especialidad a base de Tumenol.

### MIGRANINA

remedio contra la jaqueca

Acción antineurálgica y analéptica

1 a 3 veces al día 1 tableta a 1, 1 g o 3 tabletas a 0.37 g.

ENVASE DE ORIGEN:

Cajas de 5 tabletas a 1-1 g.  
Frascos de 21 tabl, a 0.37 g.

plasmas, con todo el cortejo de síntomas de la región en contacto y que solo el estudio paciente del enfermo puede hacer llegar al diagnóstico.

Ha habido casos en que se ha operado a enfermos por cáncer y se ha encontrado una meningitis cerosa, la que abierta ha traído la total curación del enfermo. Así Krause y Placzeck, en 1907, encontraron uno de estos quistes cerosos en la fosa cerebral posterior, y Finkelstein, en 1908, encontró otro en la base del cerebro.

La etiología de estas meningitis serosas son las otitis, fiebres eruptivas y lesiones oculares. La encefalitis letárgica también ha producido meningitis enquistadas.

La hipertensión del líquido céfalo raquídeo en estos casos, no es muy alta; el manómetro de Claude, que normalmente marca entre 15 y 20, no sube más de 30.

La cantidad de albúmina del líquido céfalo-raquídeo es muy poco superior a 0,10 por ciento y no se encuentra linfocitosis.

Estas meningitis serosas enquistadas son más raras que las hidrocefalias internas; pero cuando hayamos hecho el diagnóstico de un tumor del ángulo ponto cerebeloso no olvidemos que podemos encontrar una meningitis serosa y que la operación le devolverá por entero la salud al paciente.

La marcha de estas meningitis no es siempre continua, sino por recaídas que engañan al médico con sus falsas mejorías y lo llevan a hacer el diagnóstico de pseudo tumores cerebrales. Una operación, ya lo

hemos dicho, no sólo alivia a estos enfermos, sino que los mejora.

Tampoco hagamos tratamiento específico a un enfermo al que le hayamos hecho el diagnóstico de tumor cerebral, aunque el líquido céfalo raquídeo nos de Wassermann positiva, si no estamos seguros por los antecedentes y por la R. W. de la sangre, de que se trata de un goma.

La paquimeningitis hemorrágica, a pesar de su brusquedad y de su evolución discontinua, es también una causa frecuente de errores.

El Laboratorio y los rayos son nuestros grandes aliados; tratemos siempre de determinar la naturaleza del tumor y abandonemos la antigua máxima que nos enseñaba que hecho el diagnóstico de tumor cerebral no había más que hacer que el tratamiento específico, el que muchas veces procura alivio de los dolores, entorpeciendo así más el criterio del médico.

CONFERENCIAS

Sobre "Apendicitis agudas", habló el Dr. Constant en la Clínica del Prof. Sierra.

En el mismo local disertó sobre "Fracturas"; el Dr. León.

PRIMERA SESIÓN DEL SINDICATO DE MÉDICOS DE SANTIAGO

El Martes 24 de Noviembre tuvo lugar la primera reunión de este nuevo e importante organismo cuya necesidad se hace sentir con más fuerza cada día, en presencia de los numerosos problemas que afectan directa-

mente los intereses de la profesión y cuya defensa es indispensable que se haga por un organismo que represente debidamente a todos los médicos de Santiago.

Se procedió a nombrar una Mesa directiva con el carácter de provisoria, y que fué integrada con gran acierto con las designaciones del Dr. Javier Castro Oliveira para presidente.

José Ducci K. para Vice.

Juan Marín, para Secretario, y

Ladislao Labra, para Tesorero.

Se autorizó a la Mesa para que convoque a las agrupaciones médicas de los distintos hospitales para que elijan entre ellos representantes con el carácter de directores. Integrado en esta forma el Directorio deberá proceder a la elaboración de un proyecto de Estatutos que se someterá a la aprobación de la asamblea general.

Es oportuno recordar que los sindicatos locales de médicos llevan ya larga vida, floreciente y fructífera, en distintos centros de la República, motivo poderoso también, fuera de muchos otros que existen, para que los colegas de la capital se interesen en forma activa en dar vida a este organismo que les es tan necesario y que lo será indudablemente, más cada día.

Por lo demás, sólo así tendrá todo el vigor y la representación necesaria la Sociedad Médica de Chile, ya constituida, y que es el organismo coordinador de todos los sindicatos locales y demás agrupaciones de médicos de todo el país.

# TRICALCINE

EL RECONSTITUYENTE más poderoso, más racional y más científico.

Tratamiento de la TUBERCULOSIS

REGALCIFICACIÓN intensa del organismo debilitado.

No confundir la TRICALCINE con los numerosos específicos de nombres parecidos, que no poseen estas cualidades.

Único concesionario

**Víctor Corry**

Sucesor de CASA ARDITI

Monjitas 739 : Casilla 78 D. : SANTIAGO

## TÓNICO MANGANITA

Jarabe de Yoduro de Manganeso ◀▶ Regenerador de la sangre

El YODURO DE MANGANESO es un medicamento de gran valor terapéutico en la curación de la anemia, la cloro-anemia, el raquitismo y la escrofulosis. Ejerce sobre el organismo una doble acción medicinal, por el yodo que contiene su molécula, útil en los estados raquídeos y escrofulosos y, por el manganeso, cuya fuerza hemoglobínogena hace que se le considere un medicamento de elección en el tratamiento de las diversas anemias.

El YODURO DE MANGANESO por su acción estimulante y reconstituyente es también recomendable en el agotamiento nervioso, en el surmenaje físico e intelectual, y en todos los estados depresivos del organismo. Pero su más preciosa cualidad, es el poder que tiene de aumentar en considerable proporción los glóbulos rojos de la

sangre (acción hemoglobínogena). Las sales manganosas se comportan como verdaderas oxidazas, esto es, fijan oxígeno, y lo ceden en seguida a la célula orgánica y así hacen el papel de la hemoglobina misma.

Los organismos debilitados, de sangre empobrecida por falta de oxígeno, encuentran pues, en el YODURO DE MANGANESO un agente que suple con eficacia la insuficiencia de los fermentos vitales del protoplasma celular.

Su preparación al estado de Jarabe hace que su ingestión sea fácil y agradable aún para los niños de corta edad.

DOSIS.—Para los adultos, una cucharada grande antes de las principales comidas. —Para los niños, reemplazar la dosis por cucharaditas de té.

Fórmula: YODURO MANGANESO AL 20/3

LABORATORIO PETRIZIO - Calle Estado 93-95, Santiago de Chile

Droguería Botica "LA CARIDAD"

FÉLIX BELLICIA

21 DE MAYO 688

Casilla 1390

Teléfono 3712

DESPACHO EXACTO DE RECETAS

DEPÓSITO:

PERFUMERIA "BRISAS PORTEÑAS"

HIPNOTICO PODEROSO - SEDATIVO NERVOSO

# GARDENAL

INDICACIONES:

**Epilepsia — Excitación Nerviosa**  
**Insomnios rebeldes**

En tubos de 20 comprimidos a 0 gr. 10; de 30 comprimidos a 0 gr. 05 y de 80 comprimidos a 0 gr. 01

Estos últimos para la terapéutica infantil



Los Establecimientos **POULENC Frères**

86 y 92 Rue Vieille - du - Temple — PARIS

# DIADERMINA

**BONETTI FRÈRES**

Para evitar confusiones exíjase siempre: "Diadermina Bonetti"

El mejor excipiente  
para todas  
las pomadas  
medicamentosas:  
tactos, masajes, etc...  
Se vende en frascos  
desde 1 K.º a 1/16 K.º

Neutro - Inalterable  
Agéptico  
fácilmente  
absorbible  
soluble en el agua  
sin  
incompatibilidades

AGENTE PARA CHILE:

CASILLA 61

**J. B. DIDIER**

SAN PABLO 1340

SANTIAGO

CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
 PROF. E. GONZÁLEZ CORTÉS

## PERICARDITIS

### con derrame fibrino-hemorrá- gico y mediastinitis anterior

por el

Dr. Ernesto ROBERT de la MAHOTIERE

C. A., chileno, de 29 años de edad, profesión hojalatero, soltero, ingresó a la Sala Santo Domingo del Hospital de San Juan de Dios, el día 30 de Octubre del presente año, quejándose de trastornos que se iniciaron 10 días atrás, consistentes en un dolor cansado de la región precordial, cuya intensidad fué disminuyendo a los pocos días, persistiendo muy atenuados en el momento de nuestro examen.

Cinco días después de iniciado este dolor, se instala una sensación de opresión al pecho, con disnea, angustia y, por momentos, gran dificultad para efectuar los movimientos respiratorios. En ciertos momentos notaba la aparición de una tumefacción en la región epigástrica, lo que coincidía con exaltación de las molestias ya descritas.

Desde hace cinco días se ve obligado a permanecer sentado en su lecho, porque cuando adopta la posición en decúbito dorsal aumenta la opresión y el ahogo.

Todas estas molestias le impiden conciliar el sueño.

Posteriormente se ha agregado dolor de espalda, en el lado izquierdo. No ha tenido tos ni desgarro.

El apetito ha disminuído, junto con la aparición de un aumento en el número de deposiciones, que suman seis en las 24 horas, las cuales son de color amarillento y acuosas, pero desprovistas de sangre. En los últimos días sólo tenía 3 a 4 al día con el mismo carácter que las anteriores.

No hay disfgia ni disfonía.

Al examen físico de nuestro paciente anotamos en la papeleta de observación la posición sentada, de que él ya nos había hablado, y su estado de extrema angustia.

Tiene bien conservada la piel, un abundante tejido adiposo y muscular.

La cara es cianótica, las pupilas normales y la lengua saburral. El estado de su dentadura es sólo regular.

El cuello y los miembros superiores no presentan nada de anormal.

A la percusión torácica anotamos submatidez en los dos tercios inferiores del pulmón derecho y en la base del izquierdo, y la auscultación de esas regiones manifiesta abolición del murmullo vesicular, sobre todo en ambas bases pulmonares.

El tipo respiratorio es costo-abdominal, el ritmo normal y el número de respiraciones de 40 por minuto.

Valiéndonos de todos los procedimientos conocidos, no nos es posible determinar la existencia ni el sitio del choque de la punta del corazón, pero, sí, nos llamó la atención una curvatura pequeña en la región precordial, a la altura del 2º y 3.er espacio intercostales, en la región comprendida entre la línea externa izquierda y la línea mamilar correspondiente.

Como consecuencia de la percusión más o menos detenida (el estado del enfermo nos impide colocarlo en las condiciones óptimas para hacer una percusión precisa y prolongada) de la región precordial, nos llama la atención el gran aumento del área de matidez cardíaca.

A la auscultación, los tonos cardíacos se perciben muy apagados.

En cambio, las pulsaciones son 66 por minuto, débiles, de presión baja y de amplitud pequeña, presentando el fenómeno singular designado con el nombre de pulso paradojal, a saber, que durante las inspira-

respiraciones, fácil nos es relacionar el fenómeno respiratorio con el circulatorio y ver que la disminución de la amplitud de las dichas pulsaciones coincide con el acto inspiratorio.

Recordando la observación de Chavigny, no dejamos pasar inadvertidos estos detalles, a saber: posición sentada, cara cianótica, ausencia del choque de la punta, curvatura precordial, área cardíaca muy aumentada, apagamiento de los tonos, presión baja, pulso pequeño y hepatomegalia, lo que nos decide a enviar nuestro paciente, con el mayor cuidado posible para no aumentar su fatiga, al Laboratorio de Radiología. El jefe nos contestó en su informe que la "sombra cardíaca está muy aumentada de volumen y que es posible la existencia de un derrame en el pericardio". Por nuestra parte, ya habíamos formulado ese diagnóstico por los síntomas anteriores, y porque atribuímos la deformación del contorno izquierdo de la sombra al signo conocido con el noni-



ciones la amplitud de las pulsaciones es tan pequeña que desaparece casi completamente (véase trazado gráfico).

El hígado está aumentado de tamaño, puesto que pasando su límite superior por el 5º espacio al nivel de la línea mamilar derecha, el inferior llega hasta el ombligo; su superficie es lisa, de consistencia aumentada y doloroso a la palpación.

Esta característica singular del pulso de nuestro enfermo, que desaparece cuando se le coloca en posición de pie, nos decidió a tomarle un trazado gráfico, y en el esfigmograma de la radial derecha representado en la figura, puede observarse que por cada 3 o 4 pulsaciones existen una o dos pequeñísimas, de mucho menos amplitud que las dos precedentes. Si tomamos en cuenta que en el momento del examen el paciente tenía 132 pulsaciones por minuto, junto con 32

bre de "escotadura de Sibson" (véase figura).

En vista de que el resultado del examen radiológico venía en parte a consolidar nuestras sospechas de que hubiese gran cantidad de líquido en la cavidad pericardíaca, tratamos, aunque infructuosamente, de poner de manifiesto el signo de Rotch, o sea, matidez en la parte interna del 5º espacio intercostal derecho; naturalmente que el signo de Ewart, es decir, la transformación del ángulo cardio-hepático, que de agudo o recto se vuelve obtuso en los derrames del pericardio, tampoco pudimos encontrarlo. Respecto a la forma de la matidez, como bien puede verse en el esquema ortocardiográfico, no es ni simétrica ni globulosa. El signo conocido de la no coincidencia de los latidos de la punta del corazón con el límite inferior del derrame, no nos

fué posible investigarlo, puesto que ya hemos dejado anotado que el choque apexiano había desaparecido.

La pared torácica no está edematosa y el signo de Auenbrügger es negativo, a pesar de que es posible su existencia si nos atenemos a la afirmación del paciente que dice que por momentos aparece una tumefacción en el hueco epigástrico.

Por supuesto que tratándose de un sujeto adulto, el signo de Pins debía ser negativo; igualmente negativo lo es el de Essex Winter; la movilidad diafragmática está



conservada, lo cual, por lo demás, pudo comprobarse en forma más objetiva tras la pantalla fluoroscópica.

Queremos especialmente llamar la atención sobre el signo tan discutido de la escotadura de Sibson, el cual ha sido negado o puesto en duda por algunos autores y que, sin embargo, a pesar de que en el caso presente no se pudo poner de manifiesto en el examen clínico del enfermo, su presencia pudo establecerse en forma irrefutable en el examen radioscópico. Más aún: fué justamente esta verdadera solución de continuidad del contorno izquierdo del corazón en su parte superior, la que nos llamó la atención y nos orientó hacia un diagnóstico de certidumbre.

Desde el día 31 de Octubre hasta el día 2 de Noviembre inclusive, sometimos a nuestro enfermo a un reposo absoluto en cama, a una dieta hidro-láctea y a la inyección, por vía intravenosa (la congestión del hígado nos impedía utilizar el tubo digestivo) de diez gotas de digitalina Nativelle al 1 por mil, diariamente. Sin embargo, después de este tratamiento intenso tónico-cardíaco, en lugar de atenuarse la disnea, que era el principio realmente insoportable, tanto para el enfermo mismo como para los que presenciaban el cuadro de una asfixia lenta, ésta se había acentuado.

Esto habla más aún en favor de un derrame y no de una simple dilatación del corazón, la que se habría modificado sensiblemente con el tratamiento mencionado.

También el examen radioscópico nos hace

descartar la existencia de una hipertrofia del miocardio, la cual, cuando es hasta tal punto intensa que puede hacer pensar en un derrame, se produce a costa del ventrículo izquierdo, secundaria, las más de las veces, a una lesión del orificio aórtico.

Los tumores del mediastino, ya sean quistes hidatídicos o neoplasmas malignos, se excluyen con facilidad, debido a que los primeros ofrecen al examen radiológico una sombra bien particular, de contornos netos y como hecha a compás; en cuanto a los segundos, la buena conservación del estado general y del tejido adiposo, indican que no hay ningún compromiso del tejido linfático de ninguna región del organismo.

Los derrames pleurales, ya sea de la gran cavidad o del mediastino anterior, habrían presentado signos bien característicos, de todos conocidos y que no habrían explicado el cuadro clínico de nuestro enfermo. No habría habido motivos para que desapareciera el choque de la punta ni la percepción de los tonos del corazón. Por lo demás, la radiología fué bien explícita sobre este punto.

Naturalmente que el estado del paciente exigía una intervención rápida y con motivo de su gran disnea, que lo hizo tomar, en una ocasión en que lo pusimos en posición de pie, la actitud que se aproximaba a la que adoptan los mahometanos para el rezo, por cuanto se echó hacia adelante apoyándose con ambos brazos sobre el carro del cual acababa de bajarse, decidimos enviarlo a un servicio de cirugía para que fuese puncionado su saco pericardiaco, siguiendo el procedimiento de elección aconsejado por Marfan, por ofrecer mucho menos peligros que los de Dieulafoy, Delorme y Mignon o el de Rotch. Con el objeto de evitar la posible punción del miocardio, aceptamos el ofrecimiento del cirujano de practicar una pericardotomía por vía torácica, la cual, al parecer, no tiene los inconvenientes de una operación practicada a ciegas y a tientas.

a la vista una sustancia espesa, compuesta en su mayor parte de fibrina y de la cual se extrajeron aproximadamente 100 c. c., cuyo examen dió el siguiente resultado:

Líquido pericardiaco: aspecto gelatinoso, de reacción neutra.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares: 60 por ciento;

Mononucleares: 20 por ciento;

Células epiteliales: 20 por ciento.

El examen bacteriológico y los cultivos son negativos.

A continuación permanece el enfermo tres días después de su operación quejándose siempre de disnea, que sólo se calma con inyecciones repetidas de morfina y tónicos cardíacos.

Fallecido el día 6 de Noviembre, se practica la autopsia al día siguiente, con el resultado que copio a continuación:

#### "EXTERIOR:

"Paniculo adiposo abundante. En la región precordial, a la altura de la tercera costilla, por encima y por dentro del mame-lón, hay una cicatriz operatoria de 5 centímetros de longitud, paralela al borde costal.

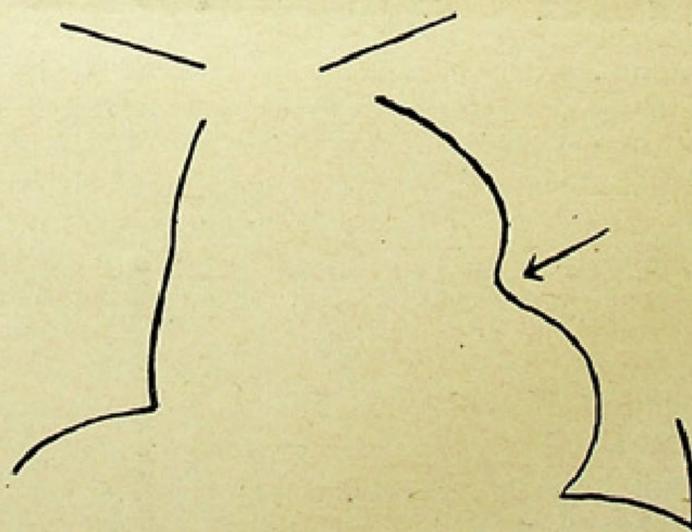
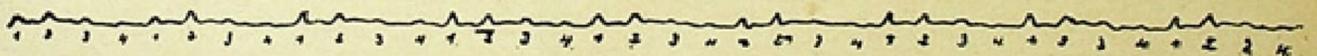
#### "INTERIOR:

"Cavidad torácica:

"Al levantar el esternón, están adheridos los órganos del mediastino a éste. El pulmón izquierdo está rechazado y no se ve. El pulmón derecho sobresale un poco por sobre el saco del pericardio. Ambos están congestionados.

"En ambas pleuras hay derrame de unos 400 c. c. de líquido sero-sanguinolento (de estos, 350 c. c. corresponden a la pleura derecha). Están lisas y brillantes.

"El pericardio. — El saco pericardiaco presenta un área de extensión anormal, sobretudo hacia arriba (hacia los grandes vasos) en que se presenta como una tumefac-



En efecto, mediante anestesia local con novocaína e inyección intramuscular de 0,02 grs. de morfina, hecha la incisión del pericardio, previa resección del cartilago costal tercero y de la extremidad interna de la costilla correspondiente, se presentó

ción con abolladuras. Al incindir esta tumefacción está constituida por una masa semi-sólida de pus chocolate mezclada con fibrina. Hacia abajo se ve el corazón, rechazado a la derecha, libre en la cavidad pericardiaca, en la que hay un derrame fibrino-

hemorrágico de unos 300 c. c. El pericardio visceral presenta una superficie irregular y vellosa (lengua de gato) de una coloración rojo-chocolate.

El miocardio. — Degeneración gránulo-grasosa.

El endocardio. — Válvulas aórticas, pulmonares, tricúspides indemnes. La aorta no presenta señales anormales.

"Cavidad abdominal:

"Hígado. — Sobresale 4 traveses de dedo por debajo del reborde costal. Al corte presenta el aspecto del hígado moscado (cardíaco). Peso: 2,700 grs.

Bazo. — Pesa 100 grs.

Riñones. — R. d.: peso: 240 grs.; R. I.: 250 grs. Ambos presentan una congestión intensa. Nefritis aguda. Resto del árbol génito-urinario sin detalles de importancia.

"Estómago, intestino. — Normales.

"Cerebro. — Hay congestión y ligero edema. Las meninges están lisas y brillantes.

Linfáticos. — No hay adenitis ni compromiso de él en ninguna zona.

El examen histológico de un trozo de exudado reveló que se hallaba compuesto casi exclusivamente por fibrina.

Examen histológico: contiene grandes masas de fibrina;

Numerosas células endoteliales;

Glóbulos de pus englobados en ellas.

Nos explicamos ahora de que no hubiese sido posible poner en evidencia algunos de los signos que los autores señalan como característicos de los derrames del pericardio debido a las adherencias fuertes que unían el pericardio parietal con la pared torácica anterior y que inmovilizando el saco impedirían que éste se desviase libremente hacia la derecha para producir el signo de Broadbent, de Rotch y de Ewart.

Y como conclusiones importantes desprendidas del estudio atento de nuestro enfermo señalaremos las siguientes:

1º Existe en realidad la escotadura de Sibson en los derrames del pericardio.

2º Es de importancia el signo del pulso llamado paradójico, en las pericarditis con derrame, ya que sin él tal vez no se nos habría ocurrido proseguir nuestras investigaciones hasta demostrar la existencia de un derrame;

3º Es de obligación tener presente, cuando se sospecha la existencia de una pericarditis con derrame, la posible presencia de adherencias peri-pericárdicas que podrían dificultar la solución del problema diagnóstico en esta clase de enfermos; y

4º El escaso valor del signo de Essex Winter en el diagnóstico de una pericarditis.

## II CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA

(Conclusión).

TERCERA SESIÓN

Jueves 17 de Septiembre 5, 30 P. M.

Presidieron los Dres. M. J. Barrenechea,

B. Cerda y F. Opazo

TEMA OFICIAL. — CIRUGÍA RENAL

Dr. Guzmán

Es muy importante para la práctica del cirujano general, tener presente el resultado de las experimentaciones de Hyden, de San Francisco, quien ha ligado el uréter en perros, con el resultado conocido de que cesa el riñón respectivo de funcionar. Cuando desliga el uréter, el riñón vuelve a trabajar, si esto se hace antes de cuatro semanas a contar del día de la ligadura; pero si se suelta después de cuatro o cinco semanas, el riñón no vuelve a trabajar.

Esto puede aprovecharse en casos en que durante una intervención ginecológica cortamos el uréter y lo ligamos: tendremos un plazo para hacer el abocamiento de los cabos.

También, cuando nos hallemos ante casos en que, por intolerancia de la vejiga, no se pueda hacer cistoscopías, y debamos intervenir, podremos extirpar un riñón muy enfermo, porque sabremos que, si hay orina, es del trabajo exclusivo del otro riñón. Es frecuente encontremos hidronefrosis por calculosis o tuberculosis del uréter en estas condiciones.

La enervación renal

Drs. C. Lobo Onell e I. Díaz Muñoz.

Queremos transcribir algunos párrafos de este trabajo, muy importante, de los distinguidos especialistas en urología.

En el año 1921 tuvimos la oportunidad de asistir a las primeras operaciones de resección de los nervios del pedículo vascular practicadas por Papin, para tratar de suprimir el dolor en síndromas de diverso origen que se caracterizan por crisis paroxísticas de dolor renal o por pielo-nefalgias persistentes.

Posteriormente pudimos también estudiar, antes de la intervención, los primeros enfermos del Prof. Legueu y seguirlos en el acto operatorio y a distancia de él. Nos fué, de esta manera, posible formarnos concepto de los resultados; de la sencillez de la técnica, así como de la perfección de sus efectos en cuanto al dolor y de su inocuidad respecto de la función renal.

El presente trabajo refleja, por lo tanto, no sólo la corta experiencia personal nuestra (hoy día alcanza a 5 casos), sino la que hemos podido recoger de los casos observados en colaboración con los iniciadores y divulgadores de esta operación.

Después de enumerar y justificar las indicaciones de esta operación en ciertos casos, hacen los autores un estudio fisiopatológico muy completo y claro del dolor en las afecciones renales, pudiendo establecer que la sensibilidad renal puede considerarse como de origen simpático y que para que sus sensaciones sean percibidas, es necesario que salgan del sistema simpático a través de los ramos comunicantes blancos hasta los centros cerebro-espinales y entonces son reflejados en los territorios de los nervios con los cuales éstos están en relación. El neumogástrico no tendría ningún rol en la conducción del dolor renal.

A continuación, entran a precisar la técnica de la operación y a considerar la influencia posible de ella en el campo del funcionalismo renal, para llegar, finalmente, a las conclusiones que copiamos:

1º Las indicaciones de la enervación se reducen a los síndromas dolorosos que no tienen una lesión anátomo-patológica que obligue a intervenciones iterativas. Entre éstas, el primer lugar lo ocupan las nefritis dolorosas; vienen en seguida las hidro ne-

frosis pequeñas, frecuentemente bilaterales, los riñones movibles dolorosos, las dilataciones ureterales complicadas consecutivamente con alteraciones piélicas.

2º La practicabilidad de la operación la pone al alcance de todo cirujano avezado en las intervenciones viscerales.

3º El resultado de esta intervención es sumamente constante y satisfactorio, en lo que hace al dolor.

4º La enervación hecha en la forma indicada por Papin y Legueu y Flandrin, es una operación inocua respecto de la función renal.

5º El estudio del rol de los nervios en la secreción renal está muy distante de su terminación, pero desde luego parece legítima la supresión de los nervios pediculares en los casos de síndromas renales dolorosos.

Ectopía testicular

(Procedimiento de Del Valle)

Dr. M. Torres Boonen. Después de reparar someramente la embriología del testículo y su descenso hasta el escroto, se ocupa el autor de describir las diversas técnicas que hasta hoy se han usado en el tratamiento de esta afección congénita. Hace la crítica y sugiere las observaciones que los métodos le merecen.

Relata después varias observaciones de enfermos operados con el método de Del Valle, y que han obtenido curación.

Consiste el método en una plástica que comienza con el desprendimiento intra-abdominal a todo lo largo del trayecto del canal deferente, por una parte, y del paquete vascular por otra, lo cual permite una gran movilidad del testículo. Se aísla el conducto peritoneo-vaginal, abriéndolo por su parte anterior y seccionándolo por su hemicircunferencia posterior. Se prepara una "loge" apropiada en las bolsas y se termina la operación suturando el infundíbulo peritoneal fijando por un solo punto la rienda vascular a la arcada de Poupart, invirtiendo la vaginal como profilaxis del hidrocele postoperatorio y reconstituyendo a su normali-

dad el canal inguinal. La incisión inicial es la misma que para la hernia en el procedimiento de Bassini clásico.

#### Tratamiento de las várices por las inyecciones flebo-esclerosantes

**Dr. Manuel Matus.** Con una experiencia de 98 casos en que ha utilizado este método, el autor lo recomienda decididamente como un procedimiento sencillo, sin peligro, y generalmente eficaz, no para uso exclusivo para desplazar el tratamiento quirúrgico, sino como una ayuda de éste cuando esté contraindicado, ya sea por recidiva operatoria, por mal estado general o aún por razones de estética.

Analiza el valor de las diferentes sustancias que se usan corrientemente, el carbonato de soda, el salicilato de sodio, el clorhidrato de quinina, el bi ioduro de mercurio, etc., dando una franca preferencia a la siguiente fórmula:

Clorhidrato básico de quinina . . . 0.40 grs.  
Uretano . . . . . 0,20 „  
Agua destilada, c. s. p. . . . . 3 cms.<sup>3</sup>  
Para una ampolla esterilizada.

Califica de teóricas las objeciones de intoxicación, de embolia, pues estos accidentes, en la práctica, no se producen. La formación de escaras y empastamientos dolorosos se evitan con una técnica cuidadosa.

Estudia, en seguida, las indicaciones, las contraindicaciones y la técnica operatoria, y llega a las siguientes conclusiones:

Las inyecciones fleboesclerosantes constituyen un buen tratamiento de las várices; son eficaces, inocuas y de fácil manejo.

Se pueden usar siempre como un tratamiento ambulatorio, que no impide en absoluto que el individuo varicoso pueda desarrollar sus actividades, cualesquiera que éstas sean.

No deja cicatrices visibles y la curación de las venas enfermas es definitiva.

Está absolutamente indicado en los cardíacos, diabéticos, nefríticos, etc., que no podrían tolerar una larga intervención quirúrgica.

El tratamiento esclerosante no está destinado a combatir el tratamiento quirúrgico, sino más bien a ayudarlo, y muchas veces tendremos que recurrir a la cirugía, ya sea por fracaso de las inyecciones esclerosantes o porque éstas no están indicadas.

**Dr. de Ramón.** Pide la palabra para felicitar al colega Matus por su interesante presentación y recordar al efecto un trabajo hecho sobre la misma materia por el Dr. Pulgar, hace tres años, y que le sirvió como tesis para recibirse de médico. El Dr. Pulgar usó únicamente las inyecciones de carbonato neutro de sodio y sus resultados fueron muy buenos, según pude comprobarlo en varias enfermas del Servicio de Ginecología del Hospital del Salvador que siguieron el tratamiento. Mejorado el método con sustancias más eficaces o al menos más inocuas, merece vulgarizarse a fin de extender su uso.

**Dr. Opazo.** El concepto etiológico sobre las úlceras del miembro inferior que ha dominado por muchos años, atribuyéndolos casi únicamente a las várices, se ha modificado en los últimos tiempos.

La observación de casos de esta afección permite comprobar que hay individuos con enormes várices, los que jamás sufren de úlceras; otros sin várices y con enormes úlceras, y, por fin, hay otro grupo con várices y sin úlceras, los que sometidos a la resección de los paquetes varicosos, algún tiempo después aparecen con las ulceraciones. Estos hechos clínicos han inducido a los investigadores a profundizar el estudio de las causas de las úlceras del miembro inferior. Los trabajos histológicos de Proust y Lhermite demuestran de una manera inequívoca que hay alteraciones nerviosas, neuritis. De ahí han nacido los nuevos tratamientos operatorios, encaminados a modificar el estado nervioso de la región: las simpaticectomías peri arteriales (Leriche), las resecciones de trozos nerviosos (Nabias).

**Dr. Lachaise Gastón.** A la Sociedad Médica de Valparaíso presenté 10 casos de úlceras varicosa tratados algunos con inyecciones, una por semana. En una sesión se inyectaban hasta 60 ctgrs. de quinina y 30 de uretano; los resultados son muy buenos.

**Dr. Lea-Plaza Hugo.** La patogenia de estas úlceras es una neuritis consecutiva a las várices y como algunas de estas úlceras tienen tendencia a la curación, no hay que entusiasmarse mucho con un tratamiento determinado.

**Dr. Muñoz P. Basilio.** Si con la anestesia local podemos cortar las venas en unos pocos minutos, no veo por qué echar mano de intervenciones molestas y largas.

#### Septicemia quirúrgica

**Prof. Lucas Sierra.** Comienza su trabajo con algunas consideraciones fisiopatológicas sobre la infección en general y la producción de la septicemia. Considera el factor individual, la receptividad del sujeto, la virulencia del germen, etc. Llama la atención sobre la importancia que juegan los "focos" de infección.

Cree que la septicemia podría explicarse por un fenómeno de orden anafiláctico.

El tratamiento precoz da la clave del pronóstico; desaguar los focos de la infección y mantener el estado general bueno desde su parte psíquica hasta su función renal e intestinal.

Se manifiesta un poco excéptico respecto de los resultados de la vacuno-terapia.

Termina exponiendo el tratamiento con la dibromo fluoresceína o mercurio-cromo, producto que parece haberse mostrado muy eficaz para los experimentadores y cirujanos extranjeros.

**Dr. Pardo Caupolicán.** El Dr. Sierra, con sus conocimientos y experiencia, nos trae los últimos conocimientos de los grandes centros. La comunicación fija principios de los cuales no debemos apartarnos para

entusiasmarse con tratamientos llamados específicos, cuando muchas veces no conocemos ni el germen que produce la infección.

#### Tratamiento del cáncer uterino por el radio

**Drs. Caupolicán Pardo Correa y Eleanira González Donoso.** En esta interesante comunicación, los autores hacen un recuerdo de Mme. Curie, descubridora del principal de los cuerpos radioactivos, el Radio, cuyo valor terapéutico estudian en el cáncer del útero.

De las diversas clases de radiaciones es sabido que las que se designan con la letra  $\gamma$  son las que tienen mayor importancia en Medicina, aún cuando no representan sino el 4,8 por ciento de la energía total del Radio, pero su poder de penetración, así como su poder necrosante sobre los tumores malignos, es muy considerable. Respecto a la técnica de las aplicaciones son puntos importantes las filtraciones de los Rayos  $\alpha$  y  $\beta$  por medio del platino o el aluminio, que las dosis recibidas por el tejido enfermo sea suficiente, porque, caso contrario, el efecto es estimulante, etc. Un factor importantísimo es hacer, antes de la aplicación, el diagnóstico histopatológico del tumor, pues la sensibilidad de las distintas variedades de tumor es diferente y hay que medir con exactitud la cantidad de radium necesaria.

Hacen ver los autores la diversidad de opiniones respecto al punto más capital de la asociación del radium a la cirugía y a la radioterapia profunda, recomendando las ideas del Prof. Faure, que dice: Un cáncer operable del útero, para la cirugía pura y simplemente, y reservar el radium para los casos inoperables.

El efecto local del radium es maravilloso. A los 4 o 5 días después de la aplicación, los tejidos cancerosos empiezan a caer esfacelados y el cuello se transforma en tejido fibroso que poco a poco da a la vagina el aspecto característico que se ha llamado embudo vaginal.

Lo primero que desaparece, después de la aplicación, son las hemorragias, en seguida la leucorrea con su fetidez, y por último, los dolores. Viene, en seguida, el aumento de peso, que a veces es considerable.

La experiencia personal de los autores se refiere a 39 casos en total. De estos, hay 15 curaciones que se mantienen hasta el día de hoy. 14 han recidivado, de las cuales 5 han muerto, y de 10 no se ha vuelto a tener noticias.

**Dr. Leonardo Guzmán.** Nuestra distinguida colega, señorita González, manifestó que aún no se había especificado bien en qué casos estaba indicado el radio y en qué otros la intervención quirúrgica. En realidad, ya ese es un punto bien delineado: hay acuerdo general (Sistrunk, de la Clínica Mayo, Schmitz y Ochsner, de Chicago, Kelly, de Baltimore, Hayman, de Stokolmo y también algunos autores alemanes), no operan carcinoma del cuello, sino sólo lo tratan con radium. Operan únicamente los del fondo del útero, cuando no hay adherencias.

Mac-Carthy, patólogo de la Clínica Mayo, ha dividido anato-patológicamente los carcinomas en cuatro grupos: A, B, C y D. Los A se acercan a la estructura normal; los B se alejan más, hasta llegar al grupo D, compuesto exclusivamente de células embrionarias hacinadas sin orden.

Esta clasificación es importante para la dosificación del radium y para el pronóstico, pues las del grupo D son las más sensibles a este metal.

El Prof. Pardo Correa dice que las estadísticas dan una sobrevida de 25 por ciento en las operadas por "el Wertheim", y la misma en los tratados con radium. Pero yo le ruego considerar este hecho: el Wertheim en las mejores manos tiene una mortalidad operatoria de 16 por ciento, mientras el radium sólo una mortalidad inmediata de 1 por ciento, lo que ya hace una enorme diferencia en favor del radio. Todavía más, se hace Wertheim sólo en los casos poco avanzados, mientras que el radium se aplica a casos en que ningún cirujano querría intervenir, para no obtener un fracaso.

Dr. de Ramón. El hecho de haber publicado recientemente un trabajo en que figura la materia tratada en este momento por el Prof. Pardo Correa y la Dra. señorita González, ha sido motivo para que no presentara a este Congreso una comunicación especialmente detallada al respecto. Sin embargo, no puedo eludirme de decir algunas palabras por el hecho de haber continuado después de la publicación de dicho trabajo usando el radium y la radioterapia profunda en el tratamiento del cáncer del útero, con lo que he aumentado el número de casos tratados. Por otra parte, salvo casos aislados, sólo en ambos Servicios ginecológicos, en San Vicente y en el Salvador, se ha hecho uso sistemático del radium en el cáncer uterino, por lo cual deben figurar nuestras aún pequeñas estadísticas paralelamente. Del estudio de ambas sacarán alguna idea más o menos precisa los colegas que aún no hayan utilizado el radium y los rayos X en esta afección.

Mi estadística no cuenta sino con un caso operable por el estado local, pero inoperable por las copiosas y repetidas hemorragias que mantenían la enferma profundamente anémica y abatida. El radium la curó maravillosamente, su restablecimiento fué rapidísimo y hasta ahora, hace ya más de ocho meses, continúa en excelentes condiciones. Todos los demás casos operables los hemos operado. Pero ¿con qué resultado? Debemos confesarlo sinceramente: con un resultado muy mediocre. No podría fijar un porcentaje de mortalidad operatoria, ya que no alcanzan sino a un escaso número tales casos, conocido, como es, que la inmensa mayoría de las cancerosas uterinas llegan a nuestras manos tardíamente. Pero se puede declarar que es elevado y las recidivas prontas y frecuentes. Por esta causa es que numerosos grandes especialistas, como Kelly, Döderlein, Hartmann, Recasens, etc., se inclinan a irradiar todos los casos operables, asegurando que a la larga el número de sobrevidas es más o menos el mismo, y

en cambio, la mortalidad inmediata es nula. Yo confieso que, salvo casos muy incipientes, en que una simple histerectomía total puede bastar, irradiaré todos los demás casos, en la conciencia de hacer un mayor bien al conjunto de mis enfermas.

No he tratado ningún caso de cáncer del cuerpo del útero, tanto porque son poco radio-sensibles, cuanto porque en dichos casos la cirugía da un resultado indudablemente bueno, muy superior al del cuello.

Me he reducido así a tratar los cánceres inoperables del cuello uterino y desde luego debo decir que uno de mis fracasos fué debido a colocar radium en uno con avance local hasta el tabique véscico-vaginal. En realidad, la infiltración de dicho tabique, así como del recto-vaginal, contraindican la aplicación, ya que al fundirse los tejidos cancerosos se producen perforaciones de esos tabiques con las malas consecuencias que es fácil suponer. Fuera de eso, la mayor parte de los casos tratados tenían ya una avanzada caquexia, casi todos dolores, intensísimos en algunos, uno tenía ya edema de los miembros inferiores.

Los casos inoperables tratados ascienden a 23, de los cuales 20 son del cuello, 2 recidivas en el fondo vaginal de antiguas operadas de cáncer y 1 recidiva en el parametrio izquierdo. Esta última es de tratamiento muy reciente para hablar del resultado. Es una enferma operada en el Servicio de histerectomía por cáncer, en Octubre del año pasado, la recidiva se presentó a los 6 meses en el parametrio izquierdo. Dado el mal resultado obtenido en otros casos análogos con la radioterapia profunda, le hice una laparatomía, incluyéndole en la masa cancerosa 4 agujas de radium, de 12½ mgr. cada una, por 20 horas y taponando con un Mikuliz para aislar el intestino. La marcha post-operatoria no tuvo incidente alguno digno de mención. Poco a poco los dolores intolerables que sufría la enferma se fueron pasando, así como el edema de la pierna izquierda; ambas complicaciones han cesado ahora del todo y la zona de infiltración se palpa mucho más reducida. Hace ya dos meses desde la inclusión. Yo no puedo responder si esta enferma sanará o nó. Ha obtenido una evidente mejoría. Si no sana, es porque tal vez la dosis fué insuficiente, debido a la carencia de tubos apropiados para inclusiones de esa especie que permitan dar una dosis suficiente sin peligro de cauterizaciones por la acción de los rayos secundarios, lo que incuestionablemente sucede con las agujas.

De las 2 recidivas, las cuales han cicatrizado con rapidez bajo la acción del radium, 1 ha recidivado a los 6 meses en el parametrio izquierdo.

De los 20 casos de carcinoma del cuello hay 12 enfermas sanas hasta el momento. En 4 no se obtuvo la cicatrización: 2 de ellas ya no existen, las otras 2 están aún vivas, pero sin esperanza. Las otras 4 han muerto después de recidivar. De las 12 sanas, 4 son recientes, las 8 restantes tienen desde 18 a 6 meses. Justamente en los últimos días he vuelto a ver dos enfermas, una

tratada en Enero y la otra en Marzo de 1924, ambas en perfectas condiciones. La tratada en Enero, o sea, 18 meses atrás, tenía un cáncer muy avanzado con dolores intolerables y edema de las piernas.

En 10 casos se hizo posteriormente radioterapia profunda, lo que debiera hacerse siempre para irradiar los linfáticos y ganglios que el radium no abarca, pero la pobreza de las enfermas les ha impedido costearse un tratamiento que debían hacerlo en Institutos particulares, a falta de aparatos adecuados en los Hospitales y de los cuales recientemente se ha instalado uno en San Vicente de Paul.

La mayoría de estos casos han sido de epitelomas espino-celulares, algunos basocelulares y algunos de combinación. Contrariamente a lo que hasta hace poco se sostenía y de acuerdo con algunas publicaciones recientes, no he observado mayor sensibilidad en los basocelulares y radio-resistencia en los espino-celulares sino que la acción ha sido semejante en ambos y la mayor sensibilidad ha correspondido a los cánceres con más abundancia de células kariokinéticas.

No entraré en ningún detalle técnico para no alargar estas palabras. He querido solamente exponer estos casos para hacer ver la espléndida acción del radium en el cáncer inoperable del cuello. Hoy por hoy es el mejor tratamiento paliativo y a veces también curativo, en un número de casos cuyo porcentaje varía según los autores.

Tenemos, pues, el deber de someter todas nuestras enfermas a dicho tratamiento. Aún en los casos que recidivan hemos logrado meses o años de excelente salud y las recidivas son en general intrapelvianas, sin hemorragias ni fetidez, que hacen la enfermedad intolerable para los enfermos y la familia.

No es el radium un medio de curar seguramente todos los casos de cáncer, pero es un auxiliar precioso del que no podemos prescindir hoy día. Igual cosa puede decirse de la radioterapia profunda. Y si logramos que un buen número de cancerosas irremisiblemente perdidas curen por meses o años y algunas definitivamente, creo que podemos decir que esto ya es mucho tratándose de tan maligna afección.

#### Cirugía del tiroides

**Prof. A. Covarrubias.** Estudia la fisiología normal de la glándula tiroides y especialmente la acción de su principio activo, la "tiroxina".

Bajo la influencia de factores más o menos desconocidos, entre los cuales la falta de yodo alimenticio no es la menos importante, la glándula tiroides se hipertrofia dando lugar al bocio.

Existen variaciones que no son propiamente patológicas, sino más bien propias de la edad, menstruación, etc.

De las diversas clasificaciones del bocio, es la de Plummer la más sencilla:

- 1) Bocio simple o coloideo.
- 2) Adenoma sin hipertiroidismo.
- 3) Adenoma con hipertiroidismo.
- 4) Bocio exoftálmico.
- 5) Cretinismo.
- 6) Mixedema.
- 7) Tiroiditis.
- 8) Degeneraciones.
- 9) Acumulados.

Los cuatro primeros son "casos quirúrgicos".

Pasa en revista las distintas técnicas operatorias modernas y finalmente emite un juicio crítico sobre la suero-terapia de estas afecciones.

## SESIÓN DE CLAUSURA

18 de Septiembre de 1925

Presidieron los doctores E. Petit, A. Tirado y M. Barrenechea.

Continuando la discusión sobre el tema Tratamiento del cáncer por el radio, varios miembros del Congreso hicieron interesantes consideraciones.

El Prof. Pardo. El tema tratado por la distinguida colega señorita González es de tal importancia, que aún a riesgo de fatigar a los congresales, deseo ocupar algunos minutos su atención, justificándome con el desarrollo enorme que toma el cáncer en todos los países. Para concretarme sólo a lo que ocurre entre nosotros, puedo dar los siguientes datos de 1924. Hubo en el país 114,194 defunciones, de las cuales 1,599 lo fueron por cáncer, es decir el 14 por mil, y entre éstas el 1,3 por ciento lo fué del útero.

También es una razón para comentar este trabajo el que se ocupe de un medio terapéutico para el cáncer que dá resultados, discutidos todavía, pero que tienen una base científica y que por lo menos, sin discusión, retarda su desarrollo, llegando a producir algunas curaciones evidentes.

A fin de interesar a los que se interesan por el estudio en el tratamiento de esta enfermedad deseo citar unas pocas cifras que servirán para comparar sus resultados.

El Prof. Weibel (1) publica los resultados obtenidos en el cáncer del útero con la operación de Wertheim. 1,500 operaciones en 25 años. Operables sólo el 51 por ciento. Mortalidad operatoria inmediata de 42 por ciento, luego 16, 8, y hoy en los incipientes, 3 por ciento. Sobreviven:

44	%	—	1	año
26	"	—	2	"
14	"	—	3	"
10	"	—	4	"
5,5	"	—	5	"

(1) Socie. Médica de Viena.—XI—1925.

Ward y Farrar (1) aplican últimamente el radio solo, sin rayos X ni tratamiento quirúrgico. Enfermos, 139; operables, 24,4 por ciento.

Mortalidad inmediata, 0.

Viven después de 3 años . . . . . 74,1 %  
Viven después de 5 años . . . . . 52,9 %

Podrían agregarse las siguientes:

Autor	curaciones absolutas	método empleado
Jhon Hopkins . . . . .	26,6%	radio
Doederlein . . . . .	12,2%	radio y rayos X
Resher . . . . .	27,8%	cirugía

que son tomadas de publicaciones de este año, con el objeto de mostrar sus resultados comparándolos entre sí.

Naturalmente, hay factores que modifican en absoluto el criterio y es una de las dificultades de los tratamientos quirúrgicos, y es la operabilidad con que se presentan las enfermas. Así, Stockel, en 350 enfermas ha tenido una operabilidad de 70,6 por ciento, en tanto que S. G. Clark, sólo 17 por ciento en 140 casos. Entre nosotros, en mi Servicio, no pasa de un 5 por ciento.

A fin de abreviar tiempo, me permito pedir a los colegas que unamos nuestros esfuerzos para concretarlos, en primer lugar, para ilustrar al público a fin de recurrir a los Servicios especiales o a un médico en los comienzos, cuando es una enfermedad local. En segundo lugar, a insistir en la necesidad del diagnóstico microscópico, que aclara muchas dudas y permite comprobar hechos que clínicamente son muy dudosos.

En tercer lugar, convencer al público y a los médicos que esta enfermedad, hoy por hoy, es mortal en 100 por ciento, y que sólo un tratamiento precoz y científico da esperanzas de salud.

Sabiendo que se presentarán entre las conclusiones generales algunas que atañen directamente a este asunto, dejo la palabra.

## CONCLUSIONES GENERALES

En seguida se aprobaron las siguientes conclusiones generales:

1º Hecho el diagnóstico de abdomen agudo, se considera que la laparatomía es de urgencia, porque corre peligro la vida del enfermo.

Cuando se pueda precisar un diagnóstico de apendicitis, anexitis, etc., el cirujano obrará en cada caso según su criterio.

2º El diagnóstico precoz de la tuberculosis debe buscarse en la clínica y no en la radiología.

3º El traumatismo por sí solo es incapaz de hacer desarrollar una tuberculosis ósea, ni aún en un terreno tuberculoso; sólo reactiva un proceso latente desconocido.

4º El tratamiento de las tuberculosis ar-

(1) Journal of the American Medical Association.—Agosto 1.º, 1925.

ticulares se basa en la inmovilización absoluta, en la helioterapia, y en un tratamiento general, aereación principalmente.

Otros acuerdos. — El segundo Congreso de Cirugía acuerda que es de necesidad pública el organizar en forma práctica la lucha anticancerosa en todo el país con todos los medios que le permitan realizar los objetivos de sus tres bases fundamentales:

1º La enseñanza y propaganda médica para la vulgarización de sus principales nociones;

2º El diagnóstico precoz; y

3º El tratamiento.

El segundo Congreso de Cirugía acuerda solicitar de quien corresponda la provisión de la cantidad de radio necesaria para sus aplicaciones en el país.

El segundo Congreso Nacional de Cirugía pide a la Facultad de Medicina que recabe del Supremo Gobierno la creación de la clase de Anatomía Topográfica, como cátedra regular, por considerarla de suma importancia para la práctica del cirujano y para el ejercicio profesional del médico práctico.

Se acordó, finalmente, convocar a un Congreso Panamericano de Cirugía que tendrá lugar en Santiago, en Septiembre de 1927, y se fijó como sede del tercer Congreso Nacional de Cirugía de 1926 a la ciudad de Temuco. Quedó facultada la Mesa para formar las comisiones organizadoras de ambos Congresos.

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS

### SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO

Sesión del Viernes 9 de Octubre de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El Dr. Casasbellas presenta un caso de Leucemia mieloide. Se trata de una enferma más o menos joven, que presenta la sintomatología siguiente: cansancio manifiesto, aún durante el reposo, cierto grado de anemia, un hígado y un bazo grandes. Éste alcanza un tamaño tan considerable que, en los países en los cuales no existe la malaria, hace que el diagnóstico de Leucemia se imponga.

La enfermedad ha comenzado más o menos en Enero del presente año y ha sido consecutiva a un aborto y una neumonía. Desde esa fecha ha empezado a sentir cansancio, palpitaciones, dolores en el flanco e hipocondrio izquierdos, notando al mismo tiempo ser presa de una gran debilidad y un enflaquecimiento progresivo. El examen de la sangre confirma el diagnóstico de Leucemia.

Hay, efectivamente, en él, 2.900,000 glóbulos rojos y una gran leucocitosis de 550 mil glóbulos blancos con un predominio notable de mielocitos y polinucleares neutrofilos, habiendo muy pocos linfocitos. La Reacción de Wassermann fué negativa.

Ahora bien, clínicamente podría haberse pensado, en este caso del Dr. Casasbellas, en que se trataba de una leucemia linfoidea, porque la enferma presentaba un gran aumento de volumen de los ganglios del cuello, axilas, codo, ingles; pero el examen de la sangre y el compromiso del bazo nos hablan a su vez de la leucemia tipo mieloide. Es esta, pues, una forma rara y precisamente la forma espleno ganglionar de la Leucemia mieloide.

El tratamiento, en estos casos, se reduce a las aplicaciones de rayos, otros aconsejan el radium, el torio X (x.) y el benzol.

A continuación el Dr. Alessandrini presenta un caso de quiste hidatídico del riñón y expone que tales casos son sumamente raros y generalmente hallazgos quirúrgicos, ya que un diagnóstico de esta especie puede suponerse, pero en ningún caso fundamentarse ciertamente.

Se trata de un paciente joven cuyos antecedentes hereditarios y personales no ofrecen importancia alguna; pero que desde hace 18 meses, más o menos, había comprobado la aparición de un tumor en el hipocondrio derecho, que fué creciendo, según expresa el enfermo, en forma un tanto caprichosa, y que iba acompañado de manifestaciones dolorosas, irradiadas últimamente al miembro inferior derecho.

El estado general del enfermo era bastante bueno, no habiendo, por lo demás, tenido nunca molestias de parte del aparato urinario. Un examen de rayos mostró un rechazo de la sombra gástrica motivado por un tumor que se suponía situado en el hígado. Pensándose en un quiste hidatídico se practicó la reacción de Cassoni con resultados negativos. Eliminada, por otra parte, la posibilidad de una hidronefrosis, se fué sin diagnóstico preciso a una laparatomía. Se empleó la anestesia raquídea y se practicó una incisión transversal que comenzó a tres traveses de dedo por encima del ombligo y se continuó horizontalmente hacia el hipocondrio derecho. El tumor resultó estar constituido por el riñón. Extirpado y abierto, pudo verse que se trataba de un quiste hidatídico que había reducido el parénquima renal a una delgada capa y que presentaba su interior completamente lleno de vesículas hijas.

En la discusión del caso de Leucemia mieloide presentado por el Dr. Casasbellas, el Dr. Johow estima que la esplenectomía aconsejada por algunos, puede que dé algún resultado favorable en el tratamiento de la Leucemia mieloide, y en tal caso sea superior al tratamiento por medio de los rayos, del radium, benzol, torio, etc.

El Dr. Casasbellas manifiesta que, efectivamente, la esplenectomía ha sido practicada en tales casos sin obtener en ningún momento los resultados que de ella se esperaban. Por lo demás, este tratamiento cuenta cada día con menor número de partidarios.

El Dr. Prado Tagle expresa a su vez que esplenectomía tiene una indicación perfecta, en los casos de Ictericia biliar, en algunos casos de anemias esplénicas, en las cuales el bazo desempeña un gran papel, y en la

cirrosis biliar hipertrófica de Hanot, no así en los casos de Leucemia mielógena, en la cual el tratamiento de hoy es, por desgracia, un tratamiento paliativo, que en ningún caso llevará a un restablecimiento definitivo.

En la segunda hora se leyó y aprobó por aclamación un voto propuesto por el Dr. Ducci a nombre de la Sociedad Médica de Santiago, en el que se pedía la aprobación del Código Sanitario.

Se levantó la sesión.

Sesión del Viernes 16 de Octubre de 1925.

Presidencia del Dr. Prado Tagle.

Acta. — Fué leída y aprobada el acta de la sesión anterior.

A continuación se lee una comunicación del Ministro de Higiene, Dr. P. L. Ferrer, en la cual felicita a la Sociedad Médica por su entusiasta cooperación en favor de la aprobación del Código Sanitario.

El Dr. Casasbellas presenta un caso de hidronefrosis por compresión ureteral, a consecuencia de un neoplasma uterino.

Se trata de una enferma de 39 años que llegó hace dos semanas, a la Policlínica, presentando la sintomatología siguiente: un gran tumor situado en el flanco izquierdo y que a la palpación daba la sensación de contener un líquido a gran tensión.

La enferma no acusaba manifestaciones dolorosas. Enviada a la Clínica Ginecológica se comprobó la existencia de un neoplasma uterino con infiltración de los parametrios.

El examen citoscópico de la enferma reveló la existencia de un edema buloso semejante a granos de uva, y sobre todo abundante en el fondo de la vejiga. No se veían los orificios ureterales.

Al tacto vaginal se comprobó la existencia de un tumor de consistencia leñosa y que sangraba fácilmente. Como se vé, se trataba de una gran hidronefrosis izquierda debido a la compresión ureteral por el neoplasma uterino que había infiltrado los parametrios.

La sintomatología dolorosa negativa se explica en éste, como en otros casos semejantes, debida a la obstrucción lenta y progresiva de que es objeto el uréter.

La expectación y el tratamiento sintomático fué a lo que se sometió la enferma; pues no se consideró indicado en este caso la nefrotomía ni la radioterapia profunda.

A continuación el Dr. Prunés disertó sobre "Luz ultravioleta" y en especial sobre su aplicación en el tratamiento de la pitiriasis rosada de Gibert.

La luz ultravioleta, dice él, constituye uno de los capítulos importantes de la terapéutica, y sus aplicaciones benéficas se extienden de día en día en las distintas ra-

mas de la medicina moderna. La manera de obtener esta luz consiste en hacer pasar una corriente por quemadores de cuarzo puro, que contienen mercurio metálico, el cual, a su vez, sirve de conductor. La acción de la luz ultra violeta no está perfectamente conocida en su intimidad.

En cuanto a la técnica de aplicación, es muy sencilla. Es necesario cuidar únicamente del tiempo de aplicación y de la distancia. Se empieza por dosis pequeñas, de dos a tres minutos de duración, que varía, por lo demás, según los distintos individuos, para ir en seguida aumentando a 5, 10, 15 minutos, hasta media hora y más, en algunos casos.

La acción de la luz ultra violeta es muy extensa, pero, por lo que se refiere a la piel, produce un eritema actínico, alteración de los elementos nucleares y una cariocinesis activa, como lo demuestra la investigación histológica que se ha hecho al respecto. Sobre el estado general, produce una modificación del metabolismo, principalmente del calcio, glucosa, tirosina, y aún del fósforo. Sobre la piel produce una pigmentación que puede ser secundaria al eritema actínico de los rayos, o bien, producirse sin que haya un eritema primitivo, y en tal caso sería la consecuencia de una alteración del sistema endocrino.

En la sangre da lugar a un aumento de los glóbulos rojos en casos de anemia, a una hiperleucocitosis y secundariamente a una linfocitosis; en el plasma produce un aumento del fósforo en un porcentaje equivalente al ciento por ciento, mientras que el aumento del plasma llega sólo al 60 por ciento.

En los hipertensos produce un descenso de la presión. Tiene, además, acción sobre otros órganos, como el bazo, órganos hematopoyéticos, sistema nervioso, etc., etc. Es, pues, muy extensa la aplicación de este elemento terapéutico.

El Dr. Prunés se refirió en seguida al empleo de ella en el tratamiento de una de las enfermedades que ha carecido hasta hoy de una terapéutica decisiva: la pitiriasis rosada de Gibert.

Es esta una enfermedad que se caracteriza por la aparición de una erupción localizada en un principio al nivel del cuello o del tronco, generalizada después a todo el cuerpo con excepción de la cara, manos y pies, y en algunos casos puede dar lugar a confusión con la sífilis.

Es una enfermedad de etiología desconocida, aunque para muchos autores tiene un origen infeccioso externo; hay, efectivamente, algunos caracteres que así lo afirman: la enfermedad tiene un desarrollo evolutivo, reviste una forma cíclica, presenta una topografía definida y no da lugar a recidivas. Carece ella de prodromos y se manifiesta solamente en su comienzo por la aparición de una placa (medallón inicial), seguida pronto de una generalización. Ahora bien, el Dr. Prunés manifiesta que no hace muchos días se presentó a su consulta una niña que presentaba una afección de esta especie, localizada a nivel del tórax. El tra-

tamiento que se propuso fué el de la luz ultra violeta, de la cual se hicieron tres aplicaciones con intervalo de dos días cada una, y pudo notarse que las lesiones desaparecieron después de la última aplicación; pero no fué éste un tratamiento definitivo: las lesiones aparecieron en el abdomen. Cabe advertir que las aplicaciones anteriores se hicieron únicamente en el tórax. Se efectuaron aplicaciones sobre el abdomen, viéndose entonces, después de tres sesiones, desaparecer la enfermedad. En vista de que la erupción no se ha propagado a regiones en que el proceso se señala últimamente, como los brazos, muslos y parte superior del tórax, debemos concluir que con el empleo de la luz ultra violeta se evita el brote generalizado y se reduce la evolución de la enfermedad en términos extraordinarios. Efectivamente, con el antiguo tratamiento de expectación y protección de la piel con el fin de evitar lesiones secundarias, la pitiriasis rosada tenía una evolución de 5 a 6 semanas, mientras que con este nuevo tratamiento ha evolucionado en el espacio de diez días.

Durante la segunda hora ocupa la tribuna, en medio de grandes aplausos, el Dr. Long, quien comentó extensamente el Código Sanitario.

A continuación, el Directorio de la Sociedad Médica propuso como miembro honorario de esta institución al Dr. Long, indicación que fué aceptada por aclamación.

## SOCIEDAD MÉDICA DE VALPARAÍSO

236.ª Sesión ordinaria, celebrada el 1.º de Septiembre de 1925

Preside el Dr. Sepúlveda y asisten los doctores Badilla, Betzhold, Fricke, Hugo Grove, Katz, Marín, Thierry, Vera y el licenciado señor Romeo Cádiz.

Acta. — Fué leída y aprobada el acta de la sesión anterior.

Cuenta. — Se ha recibido una comunicación de la Liga de Higiene Social solicitando el envío de una lista de médicos de Valparaíso y enviando un folleto titulado "Enfermedades de trascendencia social: sífilis, chancro blando y gonorrea".

Se ha acusado recibo a la carta enviada por la Sociedad Médica de Valdivia.

## PRESENTACIÓN DE ENFERMOS

Dr. Vera. Presenta un enfermo de 16 años de edad, que padece de granulosis ru-

bra nasi. Tiene antecedentes específicos y tuberculosos. Como enfermedades anteriores, alfombrilla, bronco neumonía y coqueluche. Se encuentra al examen, fimosis congénita y lóbulo de la oreja adherente; en las vísceras nada de particular. R. Wassermann negativa en la sangre.

La enfermedad actual, que principió a los dos años, se caracteriza por una coloración rojo intensa en la base de la nariz, en la región cartilaginosa, presencia de granulaciones del tamaño de una cabeza de alfiler y gotitas de sudor. La extremidad interna de las cejas, el labio superior y el mentón están también permanentemente cubiertos de sudor.

La etiología de esta afección, que radica en las glándulas sudoríparas, es oscura; algunos autores la han considerado como una tuberculide. La edad puede hacerla desaparecer. El tratamiento más adecuado es la radioterapia.

Dr. Marín. Presenta una enferma a la que en 1922 diagnosticó tuberculosis ósea del fémur derecho. La enferma había sido operada en 1916 en Santiago, de un raspaje del fémur. Fué operada ocho veces en tres años, quedándole 6 trayectos fistulosos. El Dr. Marín hizo un tratamiento de 50 inyecciones de tuberculina (preparada en un laboratorio de Iquique) y al principio inyectó en los trayectos comunicantes, éter iodoformado, lo que tuvo que suspender pronto, porque las fistulas curaron completamente. La tolerancia a la tuberculina fué perfecta, no observándose alzas de temperatura, aunque la temperatura no se tomó con proligidad.

Sres. H. Grove y R. Cádiz. El señor Cádiz lee tres observaciones sobre cáncer del útero, en que se hizo histerectomía abdominal total (operación de Wertheim).

La primera es una enferma de 40 años, con dolores y pérdida de sangre. Cuello ulcerado. Epitelioma pavimentoso espino celular.

La segunda es de 52 años, que no ha presentado pérdida de sangre. Masa granulosa del cuello. Epitelioma cilíndrico.

La tercera es de 39 años. No ha tenido pérdidas de sangre. Cuello ulcerado, casi totalmente destruido. Epitelioma cilíndrico.

En las tres operaciones se ha colocado sondas ureterales.

## DISCUSIÓN

Caso del Dr. Marín.—Dr. Betzhold. Fundándose en que las cicatrices no tienen aspecto de lesiones tbc. cicatrizadas, cree que puede haberse tratado de una osteomielitis que ha sido influenciada por el éter iodoformado.

El Dr. Fricke dice que las osteomielitis crónicas sanan espontáneamente, en el niño por lo menos, con el mejoramiento del estado general. El caso es discutible, porque la falta de reacción febril a la tuberculina indica que no hay tuberculosis. La falta de exámenes no permite un pronunciamiento definitivo.

El Dr. Badilla recuerda que no debe olvidarse las micosis y sífilis óseas.

El Dr. Mujica agrega que las micosis son rápidamente influenciadas por el yodo.

El Dr. Marín no se atreve a sostener que haya sido tuberculosis. El éter iodoformado sólo se aplicó tres a cuatro veces.

Casos del Dr. Grove. — Dr. Betzhold. Es interesante la falta de metrorragias en dos casos.

El Sr. Cádiz agrega a lo dicho que las tres enfermas se operaron con raquí anestesia cocaínica y fueron dadas de alta, encontrándose actualmente en buenas condiciones.

El Dr. Grove dice que en poco más de 200 enfermas del Servicio de Ginecología de San Agustín, hay más de 12 carcinomas, lo que es un indicio de mayor conocimiento de la importancia de la enfermedad en el pueblo. Las mujeres deben saber que los cánceres son insidiosos e indolores en sus principios y que la operación debe ser hecha oportunamente. En toda afección ginecológica debe examinarse con espéculo y hacer el tacto, y en toda lesión sospechosa del cuello debe hacerse biopsia. Si el cáncer se dirige a la vejiga se debe hacer cistoscopia. El tratamiento es el radio y la operación quirúrgica. Detalla las indicaciones del radio. El tratamiento quirúrgico se hace en casos en que la intervención permite la exéresis completa, incluso de los ganglios, y en que el estado no la contra indica.

El Sr. Cádiz agrega que Recasens, de Madrid, cita casos de cánceres del útero sin metrorragia.

Sigue después una discusión y cambio de ideas sobre raquí anestesia.

Se levantó la sesión.

237.ª Sesión ordinaria, en 28 de Septiembre de 1925

Preside el Dr. Sepúlveda y asisten los doctores Thierry, Badilla, Ponce, Solovera, Rubén Fernández, Reed, Betzhold y Marín.

El Dr. Betzhold presenta un enfermo que padece de un aneurisma aórtico, que ha corroído todo el manubrio externo. Presenta el caso dificultades para su diagnóstico diferencial.

El Dr. Solovera presenta un pie bot varus operado. Hace referencia al diagnóstico diferencial, entre un pie bot varus congénito y un pie bot varus paralítico. Refiere la técnica de Fell para las correcciones de los pies bots. En este caso se efectuó una incisión externa, resecaando el astragalo cuboides y parte del calcáneo y una tenorrafia del tendón de Aquiles. El éxito operatorio en este caso es evidente.

El Dr. Thierry felicita al Dr. Sepúlveda por su nombramiento de Director del Hospital San Juan de Dios.

Actúa de secretario en esa sesión el Dr. Betzhold.

Se levanta la sesión a las 10.30 P. M.