

# LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

LAS COMUNICACIONES RELATIVAS A LA REVISTA DEBEN DIRIGIRSE AL SECRETARIO DE REDACCIÓN, DELICIAS 1626, SANTIAGO. SE RUEGA A LOS SEÑORES SUSCRITORES COMUNICAR INMEDIATAMENTE TODA IRREGULARIDAD QUE NOTEN EN EL ENVÍO DE LA REVISTA.

## COMITÉ CIENTÍFICO

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 Salcedo  
C. Monckeberg J. Ducci L. Calvo M. A. Larraguibel  
C. Pardo C. A. C. Sanhuesa 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: O. FONTECILLA

TODO ASUNTO RELACIONADO CON LA ADMINISTRACIÓN DE LA REVISTA DEBE DIRIGIRSE A DELICIAS 1626, SANTIAGO. — TELÉFONO 2844.

## Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

Por un año ..... \$ 20.—

Número atrasado ..... > 150

Las suscripciones son sólo por un año.

## SUMARIO

### Texto:

CÉSAR FIGUEROA. — Reumatismo crónico infeccioso, p. 181.

MANUEL OPORTOT GATICA. — La proteinoterapia en algunas afecciones cutáneas, p. 182.

J. MONTERO O. — Un caso de parálisis diafragmática (2 fig.) p. 184.

E. ROBERT DE LA MAHOTIERE. — Afección Hepática de la forma llamada grueso-hígado sifilítico, p. 185.

JUAN A. PUGA M. — Indicaciones de la interrupción terapéutica del embarazo (conclusión), p. 188.

### Anexo:

DR. RENÉ SAND. — Los médicos y la medicina social (cont.), p. 217.

NOTAS PRÁCTICAS. — Aneurisma de la aorta, p. 225.

BIBLIOGRAFÍA. — Archivos americanos de medicina, tomo 1.º, N.º 1, año 1925. — Buenos Aires. — Diccionario de Medicina Práctica, por los Drs. Sir Malcolm Morris, Federico Langmead y Gordon M. Holmes, de las Universidades de Dublin y de Londres, p. 227

## LOS MEDICOS

Y LA

## MEDICINA SOCIAL

por el

Dr. René SAND

Los médicos como consejeros de la vida familiar (Herencia y habitación) (Continuación)

La única solución, en general, satisfactoria, es la creación de la habitación familiar, de la casa reservada a una sola familia.

La construcción puede ser emprendida: por particulares, procediendo con un fin lucrativo; por industriales, obrando en bien de su personal; por filántropos o sociedades de fines filantrópicos; por sociedades de socorros mutuos, sindicatos, cooperativas, ca-

jas de ahorros; por sociedades de habitaciones baratas, persiguiendo un fin de utilidad pública, y por los poderes públicos.

En todos estos casos, el problema tiene una dificultad económica fundamental: la construcción de casas que tengan el mínimo de comodidades e higiene, viene a costar un precio que hace imposible la compra o el alquiler a la mayor parte de las familias obreras. No se ve, pues, una solución fuera de la amplia intervención pecuniaria de los poderes públicos, que pueden consistir en préstamos a muy bajo interés. Los capitales que poseen las Cajas de Ahorro, las cajas de seguros populares, la asistencia pública, pueden ser empleados con utilidad en este objeto.

Pero, ¿dónde construir estas casas? En nuestras ciudades llenas del humo de las fábricas, bulliciosas y excesivamente pobladas? El problema de la habitación es solamente una parte de un problema más importante, la vida de la colectividad.

El plan regular de vuestras ciudades evi-

## SEROFIMINA

DEL LABORATORIO

CERA - BARCELONA

EL REMEDIO CONTRA LA  
TUBERCULOSIS

Pídanse muestras a los Agentes Generales

INSTITUTO SÁNTAS

SANTIAGO

Agustinas 1955-Casilla 3457-Tel. 2438

ta la anarquía de las ciudades europeas, pero deja subsistir la tristeza de vías monótonas, la ausencia de armonía arquitectónica, la negación de todo contacto con la naturaleza.

La solución a la cual siempre se llega es a la ciudad jardín, construída según un plan lógico: una arteria central atravesada por tranvías y autobuses y destinada a oficinas, almacenes y edificios públicos. Al rededor abundan las alamedas floridas, a las cuales dan habitaciones sencillas rodeadas de verdor. La industria es relegada a las afueras. Se fija un límite preciso para el crecimiento de la aglomeración, rodeado de un recinto sin construcciones.

Cada casa posee su jardín de recreo y su huerto; punto es éste de mucha importancia si se piensa alejar al obrero de las cantinas y a los niños de las distracciones malsanas. Juntamente con la habitación, el jardín es un elemento esencial de la vida de familia. El huerto, por otra parte, procura recursos apreciables y permite una alimentación de legumbres indispensables para la salud y un empleo sano y útil de los tiempos desocupados.

En diversas partes de Bélgica y de Francia, la reconstrucción se ha hecho según el sistema de las ciudades jardines. Las compañías de ferrocarriles, los industriales, las sociedades filantrópicas, las Cajas de Ahorros y de Crédito, los poderes públicos, han creado centenares en Inglaterra, en Holanda, en Dinamarca, en Estados Unidos y he-

visto ejemplos en las puertas mismas de Santiago.

Dos cifras darán una idea de los beneficios que pueden asegurar las ciudades jardines: en el Puerto Sunlight, ciudad construída por Lord Leverburme para sus obreros, los niños de 14 años pesaban término medio 26 libras más que los niños de las escuelas populares de Liverpool, que es la ciudad vecina, y la mortalidad era allí en 1912, de 8 por mil contra 13 para el resto de Inglaterra en su conjunto. Es una de las cifras más bajas del mundo entero.

La ciudad jardín puede ubicarse en una ciudad corriente: constituye entonces el barrio jardín, o puede establecerse a cierta distancia, formando una ciudad jardín propiamente dicha.

Pero el problema de la habitación no es sino una parte de un problema más amplio, el de la vida urbana. El urbanismo (l'art civique, Town Planning, Civic Desing, Landscape architecture) es la ciencia más moderna que se preocupa de reunir los datos y de estudiar las leyes de la construcción de estas ciudades. Tiene ya actualmente enseñanza oficial en Francia, en Alemania, en Holanda, en Dinamarca, en Inglaterra y en Estados Unidos.

Uno de sus primeros actos ha sido el de construir los *dossiers des villes* que es una documentación que hasta hoy día había sido descuidada y que permitirá reglamentar el desarrollo de las aglomeraciones, de manera que satisfaga a la vez las reglas de la higie-

ne y las exigencias del arte, dando al mismo tiempo, más fuerza y unidad a la vida colectiva, más atractivo a la vida individual y familiar.

Se preocupa de los factores físicos, económicos, industriales y sociales, de las vías de comunicación, de los medios de transporte, de los parques y de las canchas de juegos, de las escuelas, teatros y lugares públicos, en fin, de la distribución de las habitaciones, para lo cual recomienda lo que se llama el **Zoning**, esto es, la división de la ciudad por ordenanza municipal, en barrios que tienen cada uno una función exclusiva: industria, comercio o habitación.

Se conciben las ventajas de este sistema desde el punto de vista de la higiene, de la estética y aun del interés de los propietarios, siempre expuestos a ver la instalación de una fábrica bulliciosa o de mal olor que viene a causar una depreciación en sus muebles o en sus terrenos. Todas las grandes ciudades americanas, y un gran número de aglomeraciones menos importantes, han adoptado el Zoning, que extiende sus beneficios al 40% de la población urbana de los Estados Unidos, y cuya importancia es tal, que M. Hoover ha creado una oficina y una Comisión del Zoning en el Ministerio Federal de Comercio.

Pero la preocupación del orden y de la organización racional que representa el urbanismo no se circunscribe en los límites de una comuna. Debe fatalmente extenderse al distrito, al departamento, al país entero:

## Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. Main (Alemania)

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

# SULFOXIL - SALVARSÁN

sulfoxilato de p arsenofenildimetilaminopirazolona

**Solución al 5% debidamente estabilizada y dispuesta para el uso.**

Probado en la Sección biológica del Instituto Georg Speyer, Frankfurt a. M.

- Indicaciones;**
1. Cura ulterior en luéticos;
  2. Lúes latente seropositiva;
  3. Lúes terciaria, parálisis y accidentes metasifilíticos;
  4. Fiebre recurrente, terciana, framboesia (bubas).

En los períodos primario y secundario de la sífilis será conveniente no aplicar el Sulfoxil - Salvarsán

**Dosis: 8, 10 hasta 12 cm<sup>3</sup>. (por vía endovenosa).**

Atendida la larga permanencia de este preparado en el organismo, no debe exceder de 4 el número de inyecciones para cada cura que con él se haga, y mediar un intervalo de 10 a 14 días por lo menos entre inyección e inyección

**Envases: Ampollas de 8, 10 y 12 cm<sup>3</sup>.**

LITERATURA A LOS SEÑORES FACULTATIVOS QUE LA SOLICITEN.

la conservación de las selvas, la construcción de caminos y de ferrocarriles, la conservación de las bellezas naturales, el establecimiento de nuevas industrias o de nuevas aglomeraciones, la distribución de electricidad por superestaciones, todos estos problemas deben ser considerados en conjunto y en sus relaciones con el desarrollo de las grandes ciudades.

Y aun aquí la ciencia moderna nos promete mejoras cuyas proporciones serán enormes: las ciudades y las naciones crecían y se desarrollaban como podían, al acaso, cuando la situación se hacía insostenible, con grandes gastos se abrían avenidas, y se demolían barrios congestionados.

No había ninguna preocupación para mantener el habitante en su barrio o en su ciudad; no existía ningún plan, ni ninguna previsión.

El urbanismo creará el cuadro material de la ciudad futura, organismo colectivo viviente, que hará sensible e íntima la solidaridad cívica. La cuestión de la habitación empieza por la demolición del conventillo y se acaba por la construcción en la piedra y en el espíritu de la sociedad futura.

CUARTA LECCIÓN

EL SERVICIO SOCIAL Y LA LUCHA CONTRA LA MISERIA

No hay llamado más conmovedor que el de la desesperación, ni sentimiento más uni-

versal que el de la compasión. Brotando del corazón mismo del hombre, la caridad ha sabido endulzar regímenes implacables, ennoblecer épocas depravadas. Las más hermosas vidas humanas le han sido consagradas; los ricos la han practicado con lo superfluo, los pobres con lo necesario. El cristianismo y el budismo hicieron de ella la llave del cielo y la regla del mundo. No se puede pronunciar su nombre sin pensar en los Santos que la han hecho ilustre. Sin embargo, hace dos mil años que se han multiplicado sus favores y no se ha agotado la miseria.

Ante la impotencia de la generosidad, los poderes públicos hicieron un llamado a la represión, la cual no se mostró más eficaz y, por último, a la organización: la reina Isabel de Inglaterra, la Revolución en Francia, reconocieron el derecho a la asistencia, creando así los primeros estatutos de la caridad.

Esta, sin embargo, se limitaba a la ayuda inmediata. Considerada como institución divina, nadie se atrevía, según parece, a analizar la miseria por temor de profanarla. Se temía organizar la caridad por temor de verla perder sus virtudes. Sin embargo, los inconvenientes de los dones ciegos se hicieron tan evidentes, que el gran filósofo Chalmers se declaró, hace un siglo, enemigo de toda asistencia. Aplaudió, no obstante, la iniciativa de Chadwick, quien, nombrado secretario de la Administración Central de la Beneficencia, reconoció en las enfermeda-

des de la fuente principal de la miseria, y en el mejoramiento de las condiciones de existencia el mejor medio de luchar contra ella. Nosotros hemos hecho notar cómo hizo crear con este fin el Servicio Nacional de Higiene.

La revolución de la filantropía, se encontraba en germen en esas dos ideas. La caridad cesaba de ser instintiva para convertirse en razonada; no se contentaba con consolar, quería prevenir. La higiene fué el primer auxiliar que llamó en su ayuda; más tarde vinieron los seguros sociales, la legislación social, la enseñanza profesional, la eugénica.

En 1852 otro progreso capital se realizó por una innovación que se hizo célebre con el nombre de sistema de Elberfeld, organización que descansa sobre la acción de los curadores de los pobres (Armenpfleger) agentes voluntarios encargados de ayudar y de socorrer cada uno cuatro familias indigentes. La descentralización y la individualización eran introducidas en la asistencia pública. A pesar de esto, las obras privadas continuaban obrando aisladamente y sin sistema.

Se veía en Londres, especialmente, cómo la miseria se hacía cada día más cruel, y cómo la mendicidad se ponía más insolente. Falsos pobres y falsas obras desviaban una parte importante de los cien millones de francos que cada año la generosidad privada echaba en el tonel de las Danaides de las instituciones caritativas. A pesar de las va-

NO DUDE



Averigüe la fórmula.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

SAA & VIAL

SANTIAGO - CHILE

Agustinas 1270 - Casilla 2350 - Teléfono 2350

TERAPÉUTICA ARSENICAL de las Enfermedades Protozoarias

NOVARSÉNOBENSOL BILLOU	INDICACIONES	PRESENTACIÓN
(Dioxy-diamino-arsenobenzol-metileno-sulfoxilato de soda)	SÍFILIS en general <i>Paludismo, Pian, Fiebre recurrente, Angina de Vincente</i>	En ampollas de todas dosis, para inyecciones intra-venosas,
NARSENOL	Sífilis (cura de mantención). <i>Disentería amibiana, Gripe, etc.</i>	En frascos de 30 comprimidos de 0 gr. 10
ATOXIL (Arsenanilido)	<i>Tripanosomiasis</i>	En ampollitas de todas dosis.
STOVARSOL (Acido acetyl oxiaminofenilarstnico)	Tratamiento precoz de la Sífilis y del Pian. <i>Disentería amibiana</i>	En frascos de 14 y de 28 comprimidos de 0 gr. 25.
EPARSENO (Amino arseno-fenol) Preparación 132 del Dr. Pomaret	SIFILIS Se emplea también en el tratamiento de la lepra.	En cajas de 5 ampollas de 1 cc. Se emplea en inyecciones INTRA-MUSCULARES.

Los Establecimientos POULENC Frères - Paris

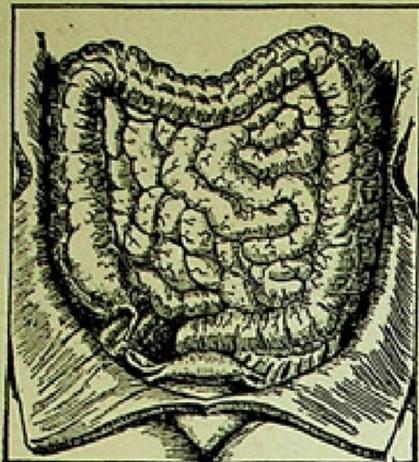
Agente para Chile:

J. B. DIDIER SANTIAGO

Casilla 61  
Teléfono 3018  
San Pablo 1340

# Lubricación Terapéutica

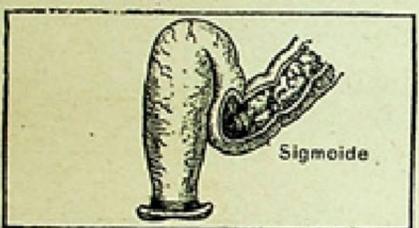
## EN DIVERTICULITIS



Atonía debido a las adhesiones sigmoidales



Intestino espáptico Mostrando ulceraciones



Disquecia debido al atasco de materias fecales

**DIVERTICULITIS**, dice un prominente gastroenterologista, es la formación de pequeñas bolsas a lo largo de las paredes del colon debido al prolongado estreñimiento. Estas bolsas, al llenarse de materias fecales, no tardan en inflamarse, lo cual trae por consecuencias ulceraciones del intestino, abscesos o adherencias. Esto puede evitarse con una dieta cuidadosamente arreglada que no produzca estreñimiento, y con un lubricante intestinal.

El **NUJOL** es el lubricante ideal para la corrección de los desórdenes intestinales. El **NUJOL** se mezcla y lubrica el contenido de los intestinos y de esta manera ablanda y humedece las materias fecales, las cuales son evacuadas sin dificultad y de una manera natural.

El **NUJOL** penetra en las masas o capas que a

menudo se adhieren a la pared del intestino. Las desprende poco a poco hasta que quita completamente la acumulación.

Como el **NUJOL** es un lubricante intestinal, no un catártico, su acción es enteramente distinta que el Aceite Castor y otros laxantes o catárticos. El **NUJOL** no es absorbible por la mucosa del estómago y del intestino. Hasta la última gota de **NUJOL** que entra en el cuerpo sale de él. El **NUJOL** protege la membrana mucosa, se extiende sobre los lugares irritados y les da oportunidad de curar.

El **NUJOL**, por lubricación, ayuda a la naturaleza a vencer el estreñimiento, a prevenir la estagnación y proteger contra la auto-intoxicación. Es usado por los mejores médicos y en los hospitales de todas partes del mundo.

# Nujol

FABRICADO POR

M. C. R.

STANDARD OIL CO. (NEW JERSEY)

Está en venta en todas las Farmacias y Droguerías

AGENTES GENERALES:

## WEST INDIA OIL COMPANY.

SANTIAGO, BANDERA 624 — CASILLA 50-D



ANTOFAGASTA — CONCEPCION — VALPARAISO

# Aparatos Electro-Medicinales de la renombrada fabricación "Siemens & Halske"

OFRECEMOS PARA ENTREGA INMEDIATA:

## Instalaciones Rayos "X"

Aparatos Roentgen para diagnóstico, terapia, universales y de construcción transportable. Instalaciones completas. Soportes para diagnóstico, terapia y universales. — Tubos Coolidge y de gas. Accesorios.

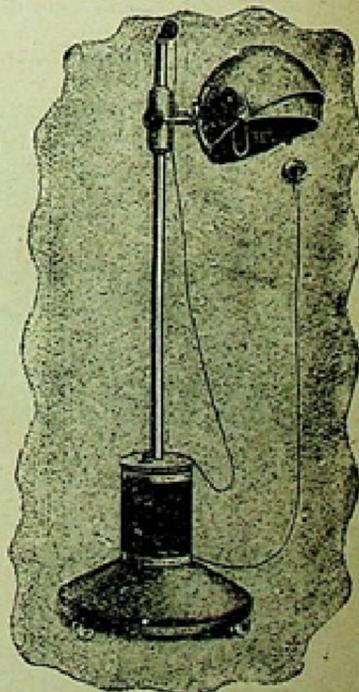
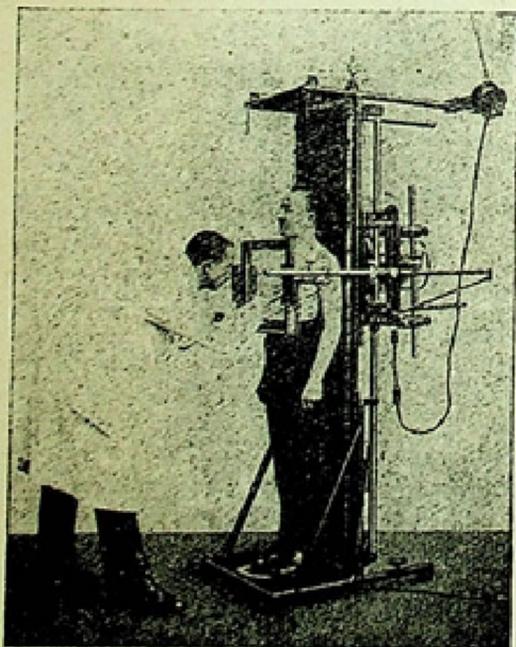
## Aparatos Electro-Medicinales

Aparatos para conexión universal (pantostatos). Aparatos diatérmicos. Electrocardiografos. Accesorios para todos los tratamientos.

## Lámparas Helioterápicas original "Hanau"

Lámparas de cuarzo, tipos «Bach», «Jesionek» y «Kromeyer». — Lámparas «Sollux» y «Cemach», con soporte de pie y para colocación sobre mesas o en las paredes.

Elaboramos toda clase de presupuestos por instalaciones entregables desde fábrica.



# Siemens-Schuckert

Compañía de

SANTIAGO

Huérfanos 1017 - 1041. □ Casilla 104 D.



# Limitada

Electricidad

VALPARAISO □ CONCEPCION

VALDIVIA □ ANTOFAGASTA □ IQUIQUE

cilaciones de los dirigentes de éstas, celosos de conservarles una independencia absoluta, la Charity Organisation Society se fundó en 1869 con el fin de realizar una doble misión: mantener un cuadro central de todos los asistidos, con el objeto de evitar la explotación de las obras por llamados simultáneos a varias de entre ellas; llevar una nómina de las instituciones de caridad, a fin de constatar las lagunas y los dobles empleos de la caridad, y de eliminar las obras parasitarias que siempre han abusado de la generosidad pública; organizar la visita de los pobres sobre la base de una información precisa, consignada en una ficha detallada; por último, conceder, no un socorro temporal, sino una ayuda inteligentemente concebida, que permitiera a la familia indigente salir definitivamente de su situación.

Coordinación de los esfuerzos, organización de los métodos; abandono de la beneficencia paliativa en favor de la beneficencia curativa, tales son los principios fundamentales que la Charity Organisation Society de Londres ha introducido en la asistencia.

Bases sólidas se establecían por fin para la edificación de la filantropía moderna. Los métodos científicos debían darle un vuelo rápido e imprevisto.

Desde 1873 se reunían cada año en los Estados Unidos, una Conferencia de la Caridad y de la Represión (Charities and Correction) cuyas sesiones anuales marcaban los progresos llevados a efecto en sus domi-

nios. En la Asamblea de 1897, que por excepción se celebró en Toronto (Canadá), Miss Mary Richmond sugirió la idea de formar el personal de las obras filantrópicas por medio de una educación teórica y práctica, sistemáticamente llevada en escuelas especiales comparables a las escuelas normales, y en las escuelas de enfermeras. Conforme con esta idea, M. Eduardo T. Devine inauguró, en 1898, en la Charity Organisation Society de Nueva York, y por los agentes de esta sociedad, un curso temporal que se convirtió, en 1904, en la Escuela de Filantropía, y que fué rebautizada en 1919 con el nombre de Escuela de Servicio Social. Escuelas semejantes se habían creado en el intervalo en Amsterdam en 1899, en Berlín en 1908. Hoy día, cerca de un centenar de estas escuelas, de las cuales muchas están en relación con las Universidades, forman en una quincena de países, los trabajadores y las trabajadoras sociales que fecundan el campo de la caridad.

La dispersión de los esfuerzos, permanencia, sin embargo, como el gran obstáculo. Ya en 1891 se había tratado de ponerle remedio por un medio material muy sencillo: los secretariados de las obras filantrópicas de New York se habían trasladado todos a un mismo local, el Charity Building. Las relaciones de vecindad así establecidas han contribuido de una manera inesperada a la cooperación en el trabajo. A pesar de la creación de un hotel des Sociétés Charitables y de la colaboración recíproca, por in-

termedio de la oficina central de beneficencia no parecieron suficientes a las obras que en Holanda, en Alemania y en Estados Unidos, y últimamente en Francia (el Havre, Lyon y Marsella), se agruparon localmente en Federaciones o Consejos de las Obras Sociales. Estas instituciones aseguran un mejor reparto del trabajo, uniforman los métodos, estudian los problemas de la filantropía, desde un punto de vista de conjunto.

En cierto número de ciudades americanas, esta Federación ha creado una Caja Común de las Obras (Community Chest), que centraliza los llamados a la caridad pública y reparte los fondos recogidos, según un "barème" convenido de antemano. Este método ha multiplicado las donaciones y el número de donantes, a tal punto que, a veces, todas las familias de una ciudad, sin excepción, están inscritas en las listas de suscriptores: en estas condiciones, la participación en el presupuesto de las obras, se convierte en una verdadera contribución general, diferenciándose de las que se paga al Estado, por el solo hecho de que cada uno, en vez de una cuota fija, determina, por sí mismo, el monto a su arbitrio. Como proviene de un llamado anual enviado por correspondencia, las sumas dadas por el público son así integralmente empleadas en fines caritativos, mientras que antes, una parte considerable era absorbida por los gastos generales de las colectas, loterías y fiestas de caridad. De esta manera se hace la educación del sentido social suprimiendo los estimulantes artifi-

Calcioterapia  
intravenosa  
por el



KNOLLYCIA.  
LUDWIGSHAFEN DEL RHIN

*Campos principales de aplicación:  
asma bronquial, fiebre del heno  
(también como preservativo), urticaria,  
toda clase de hemorragias,  
gripe, polaquituria, epifenómenos  
debidos al salvarsán.*



PIDA

Agua Oxigenada

"MERCK"

DOBLE

1 frasco de éste vale  
por 2 de las otras  
aguas oxigenadas de  
comercio.



LLEGÓ UNA REMESA  
FRESCA DE

SANATOGÉN

EN VENTA EN TODAS LAS  
BUENAS BOTICAS

# Poliglandine

20 veces más poderoso que el  
Aceite de Hígado de Bacalao

FORMULADO POR PROFESORES Y MEDICOS EMINENTES

LABORATORIOS RECALCINE

## A los Señores Médicos:

La Dirección de "LA CLÍNICA" pone en conocimiento de los Sres. Médicos del Norte, Centro y Sur de la República, que la Administración de esta Revista atenderá gratuitamente toda clase de encargos, referentes a libros, instrumental o cualquier dato sobre la profesión.

Escribanos y tendremos el mayor agrado en atenderlo.

## BEHRING - WERKE

MARBURG. (Alemania)

### SUEROS y VACUNAS - TUBERCULINAS

PREPARADOS BAJO EL CONTROL DEL ESTADO ALEMÁN

GONOVACCIN A y B (polivalente)

### YATREN:

(Yod-sulfon-o-oxy-benzol-pyridin) *no produce el yodismo*  
Antiséptico—Desodorante—Estimulante y Bactericida de primer orden

YATREN - CASEINA (débil y fuerte)

GONO - YATREN: A - (débil) y B - (fuerte)

ESTAPHYLO-YATREN—ESTREPTO-YATREN

Acaban de llegar:

### NEURO-YATREN:

para la terapéutica del estímulo óptimo, en las afecciones del sistema central y periférico de los nervios.

### TRICHO-YATREN:

para la terapéutica específica—no específica combinada de la tricofitis superficial y profunda según el Dr. Engelhardt.

### OZAENASÁN

Pedir prospectos, literatura y muestras a los agentes y depositarios:

J. A. NOCK SANTIAGO - Casilla 1648  
Huérfanos 1059

BALTZ, OETJEN y Cía. VALPARAISO  
Casilla 1451

(PARA LAS PROVINCIAS)

LOS PRODUCTOS DEL "INSTITUTO BEHRING" SE VENDEN EN TODAS  
LAS BUENAS FARMACIAS DEL PAIS.

ciales de la caridad, siempre algo chocantes, por otra parte, por el contraste del lujo que se ostenta en esas ocasiones, de los placeres que se ofrecen y de la miseria que se trata de consolar.

En ciertos países, como Holanda, la Federación de las obras privadas, entre ellas y su coordinación con la asistencia pública, está prescrita por la ley que crea para cada Municipalidad un Consejo de las Obras Sociales.

Esto no es todo: federadas por ciudades, las obras sociales llegan a agruparse en una Unión Nacional como, por ejemplo, el **British Council of Social Service** asociado al **British Institute of Social Service** que fué el promotor y que es la oficina de estudio y de información.

Se ven las etapas recorridas para la coordinación de las instituciones caritativas: creación de una oficina central, yuxtaposición de las obras en un local único, federación de estas obras, constitución de una Caja común, y después, cruzando los límites de la ciudad en la cual se ha producido esta evolución, fundación de una federación nacional y de una oficina nacional.

A este desarrollo de sus relaciones recíprocas, ha correspondido un movimiento de diversificación de las obras. Cuando la caridad se limitaba a la limosna, ciertas instituciones se ocupaban particularmente de diversas clases de afligidos: viudas, huérfanos, ciegos, enfermos, incurables, ancianos; otros se especializaban en un género de so-

corros: alojamiento, vestuario, alimentos; otros, en fin, se consagraban a categorías nacionales o religiosas especiales. Pero la asistencia curativa y la asistencia preventiva, que se remontan a las causas de la miseria, necesitan una variedad más grande de medios de acción: se crearon obras de higiene, de previsión, de enseñanza profesional, se fundaron bibliotecas, hogares, patronatos, residencias sociales (Settlements), canchas de juego; las obras emprendieron la tarea de colaborar con las escuelas, las usinas, los hospitales, el ejército, la marina, los tribunales, las prisiones. Por obra de la ciencia, la caridad se había transformado en filantropía; ampliada hasta englobar la ayuda mutua en todas sus formas, se convierte en el Servicio Social, expresión que simboliza a la vez un campo de acción más vasto, métodos más variados y una organización más precisa.

Así, desde hace sesenta años, más o menos, todo ha evolucionado en el dominio de la ayuda mutua social: de paliativa, la caridad se ha convertido en curativa y preventiva; de empírica, se ha hecho racional; antes estereotipada, se ha individualizado hoy; ayer dispersa, forma hoy día un haz de fuerzas organizadas; a las colaboraciones improvisadas, ha substituído el trabajo de agentes especializados; en fin, ha educado el sentido social de la población y se ha amplificado hasta el punto de comprender la asistencia social en sus formas más variadas.

Hace medio siglo, la caridad era una gran dama que venía con las manos llenas, con el corazón henchido de generosidad, a visitar un rancho miserable, al que sus dones, desgraciadamente, no reformaban sino rara vez.

Hoy día es una visitadora social preparada por dos años de estudios y de práctica, fuerte con su conocimiento de la psicología, de la legislación y de las obras sociales. Puede parecer extraño que en vez de provisiones o de vestuario, no lleve sino una libreta. Pero con las notas que toma en su libreta se hará el diagnóstico exacto de la situación y la indicación del remedio que pondrá término a los males. Menos romántica que la caridad, el Servicio Social es más regenerador. No es que tenga menos corazón, es que tiene más ciencia y organización.

El Servicio Social se basa en el conocimiento de las causas de la miseria, que nos han revelado las encuestas colectivas y las encuestas individuales.

Estas causas son: la enfermedad: la enfermedad lleva consigo la pérdida o la disminución de los recursos de la familia, por la invalidez parcial o total, temporal o permanente, o por la muerte del padre. La enfermedad lleva consigo consecuencias casi tan graves cuando ataca a la madre, cuya actividad doméstica paraliza, o a los niños cuyos cuidados y régimen especial minan una

Remineralización

Recalcificación

POR AUTOFIJACION EN LOS TEJIDOS, DEL FOSFATO TRICÁLCICO NACIENTE Y COLOIDAL

**“GAUROL”**

NUEVA SAL ORGANICA DE CAL  
INTEGRALMENTE ASIMILABLE

(Comunicación a la Academia de Ciencias 14 Febrero 1921)

EL UNICO QUE HA DADO POSITIVOS  
RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO  
DE LA TUBERCULOSIS : : :

FORMA. AMPOLLETAS

(Una ampollita de 1<sup>cc</sup>. por día en inyección sub-Cutánea o intramuscular, absolutamente indolora).

Muestras y literaturas a disposición de los Srs. Médicos donde el agente depositario

**VICTOR CORRY**

MONJITAS 739

SANTIAGO

**OPOTERAPIA**

EXTRACTOS TOTALES CHOAY

Sólo los extractos obtenidos por el método CHOAY es decir por disección en el Vacío hacia 0° son los más activos.

Prescríbase bajo formas:

PILDORAS. COMPRIMIDOS. AMPOLLETAS

**Opoterapias Asociadas**

TRATAMIENTO DE LAS PERTURBACIONES ENDOCRINIANAS COMPLEJAS

**SYNCRINES CHOAY**

(EXTRACTOS DE ÓRGANOS)

Asociados en fórmulas respondiendo a los principales síndromas

PRESCRIBIR COMPRIM: O AMPOLLAS CHOAY FORMULA N.º

Muestras y literaturas a disposición de los Sres. Médicos donde el agente depositario para Chile:

**VICTOR CORRY**

MONJITAS 739

SANTIAGO



# HIDRO-MAGNESIA

(M. C. R.)

“La Mejor Leche de Magnesia”

LOS MAYORES PREMIOS EN TODAS  
LAS EXPOSICIONES A QUE SE HA  
PRESENTADO

**Laboratorio Chile**  
**SANTIAGO**

Avenida Ecuador 3555

## EL CEREBRO

y derivaciones ramificadas que se nombran  
**SISTEMA NERVIOSO**

ejercen la acción directiva de las funciones viscerales del organismo, la que al ser perturbada por una causa cualquiera, se manifiesta como afecciones patológicas de los más variados caracteres.

Más que a remediar síntomas, las orientaciones de la medicina moderna se esfuerzan por mejorar la acción funcional del sistema o la de las vísceras afectadas, mediante una eficaz y acertada disposición.

Esta intensificación de las facultades fisiológicas nerviosas se han demostrado ser subordinadas a la acción del iodo fisiológico de la especialísima condición del

## Cinetgenol

por lo que éste se comporta como único y seguro recurso contra:

Las irregularidades cardíacas.  
Incidencias en la circulación sanguínea.  
Afecciones artríticas y derivados consecuenciales.  
Propensión a resfriados y deficiencia calorífica.  
Exudaciones de las vías respiratorias, romadizos, toses, flemas y desgarros bronquiales.

LABORATORIO CORTÉS — Santiago-Chile — Casilla 3989

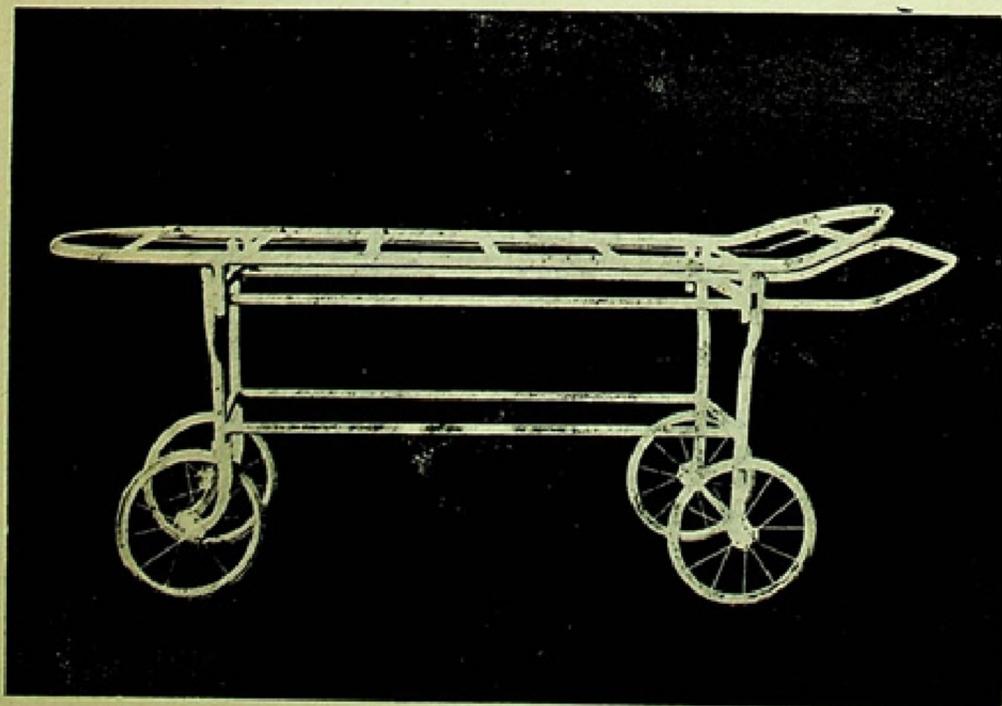
# Styles y Compañía

FABRICANTES DE

**MUEBLES QUIRÚRGICOS ASÉPTICOS**

Almacén: BANDERA 580. - SANTIAGO - Fábrica: MAPOCHO 3155. - Casilla 1249

**Ofrecemos construir muebles de diferentes modelos**



Carro para transportar enfermos N.º 81 con camilla quitable.

Nos esmeramos en el acabado, tanto respecto al esmaltado como del Niquelado. El esmalte no consiste de pintura blanca, sino de esmalte especial aplicado con brocha neumática y endurecido en un horno especial. El Niquelado es una capa gruesa aplicada sobre una capa de cobre, cuando la pieza es de fierro o acero.

Nos permitimos encarecer a los interesados la conveniencia de inspeccionar cuidadosamente nuestros productos, pues sostenemos que no admiten comparación en cuanto a excelencia y perfección con otros similares que se fabriquen en el país.

**EMBALAJE y EMBARQUE.** — El embalaje de los muebles es hecho por un personal competente y con toda prolijidad, para así protegerlos contra un tratamiento razonable en el trayecto, de manera que no podemos aceptar responsabilidades por mermas, quebrazón o robos después de la salida de las mercaderías de nuestra bodega.

**NUESTRO LEMA:**

**Igual sino mejor  
que los importados**

parte importante del presupuesto familiar; los accidentes y la vejez, cuyas consecuencias son semejantes a las de la enfermedad; la falta de trabajo, debido a veces a la situación económica del país, a veces a la ignorancia profesional; la insuficiencia del salario; el número elevado de hijos; la ignorancia de la economía doméstica; el abandono de la familia por el padre; el alcoholismo, el juego, el vicio, la prodigalidad; en fin, esos estados patológicos que determinan el vagabundaje, la inestabilidad, la pereza, la ineptitud profesional, y que hace que se encuentre de generación en generación los mismos nombres sobre los registros de la Oficina de beneficencia. Se ha visto a la bisabuela, a la abuela, la madre y la hija vivir en el mismo hospicio de indigentes. De todas las causas que hemos enumerado, la más frecuente es la enfermedad. La higiene es, pues, el factor más importante en la lucha contra la miseria: la higiene individual, la higiene pública, la higiene social, con su cortejo de medidas de educación, de saneamiento del trabajo, de urbanismo, de protección de la mujer y del niño, de lucha contra el alcohol, la tuberculosis, las enfermedades sociales, las afecciones mentales. La higiene previene no sólo las enfermedades propiamente dichas, sino que también la vejez prematura, y por la eugénica, los estados mentales mórbidos que conducen al alcoholismo, al vagabundaje, a la mendicidad.

La disminución del número de los accidentes deriva de la organización industrial,

que evitará también en la medida que sea posible, el paro debido a causas económicas. La orientación y la enseñanza profesional reducirán la desocupación debido a la falta de habilidad individual.

Estas medidas pueden ser eficaces. No son soberanas. Siempre persistirán los casos de enfermedades, de invalidez, de accidentes, de vejez, de falta de trabajo, de muerte, de abandono. Con el fin de barajar las consecuencias de estos estados, se ha instituido el seguro social, las pensiones de vejez, las pensiones a las madres. Estas admirables creaciones, honor de nuestra época, eliminan los principales causantes de la miseria.

Quedan la insuficiencia del salario, contra la cual se ha prescrito la fijación del salario mínimo; el número elevado de los hijos, al cual remedia el sobresalario familiar y las ventajas acordadas a las familias numerosas; la ignorancia de la economía doméstica, que subsanará una enseñanza apropiada; en fin, el abandono y los vicios, que deben ser prevenidos por todas las influencias moralizadoras, especialmente por las obras de entretenimiento popular, por las instituciones de educación, de ayuda mutua y de progreso social.

Este programa de asistencia preventiva, realizado en una medida que crece sin cesar por la legislación y por las obras sociales, interesa en alto grado a la higiene, puesto que la escasez de los recursos engendra las enfermedades. La higiene social no se limita a la educación popular y a la creación de

dispensarios; comprende todas las medidas destinadas a salvar la situación económica de las clases menos favorecidas. La lucha contra la miseria se justifica desde otros puntos de vista, presenta otros aspectos, pero la higiene social la reclama como parte integrante de su acción preventiva.

(Continuará)

## NOTAS PRACTICAS

### ANEURISMA DE LA AORTA

(Tratamiento por medio del método "Wiring")

El método de Moore-Corradi, llamado en la práctica anglo-americana bajo el nombre de "wiring", consiste en introducir un cuerpo extraño en la cavidad del aneurisma, de manera de facilitar la formación de un coágulo en el interior de esta cavidad.

Entre los aparatos imaginados para permitir esta introducción, el de Colt, según Sir d'Arcy Power, parece ofrecer más seguridad, realizando el máximo de velocidad y de asepsia con el máximo de traumatismo. Se compone de un trocar con su cánula y de un pequeño cepillo metálico. El cepillo, que representa al cuerpo extraño que se

### ... "Muchos me han preguntado por qué he fijado un límite a la eficacia de la preparación lecitínica"

La razón es sencilla: con el tiempo se produce la hidrólisis y la lecitina pierde su poder enzimático como puede demostrarse in vitro y, en consecuencia, desaparece su acción catalítica. Se inyecta en tal estado un producto estéril, inofensivo, pero de escasa eficacia. Esto sucede también con productos más resistentes que la lecitina, como los alcaloides: es sabido cómo se debilita la acción de las soluciones activas de cocaína y de estricnina.

Después de lo que he dicho, que no es sino el resumen de lo que he publicado durante veinticinco años, es innecesario que insista mayormente sobre las indicaciones terapéuticas de la lecitina.

En todas las enfermedades que llevan a la caquexia, en todas las que producen un retardo de la nutrición, en los estados distróficos de la infancia, en la anemia, en la tuberculosis, en el cáncer, en la sífilis, en el paludismo, en la convalecencia de las enfermedades agudas, en las depresiones nerviosas, en las dispepsias, sea cual fuere su causa, y en la senilidad, se obtienen óptimos resultados con la cura lecitínica, que será hecha a altas dosis en los casos graves o cuando se desea obtener un efecto rápido; a dosis normales en los casos comunes. Está contraindicada en los pletóricos y en los enfermos con hipertensión, que presentan a menudo formas depresivas debidas a un exceso de alimentación que los hace confundir con los deprimidos, mientras que son intoxicados por excesos alimenticios"...

Estos interesantes conceptos sobre la BIOPLASTINA SERONO han sido emitidos por el Prof. Sero en su notable trabajo: "Veinticinco años de terapéutica lecitínica" (Págs. 13 y 14).

Muestras y bibliografías a disposición de los señores Médicos.

DIRIGIRSE A HIJOS DE ATILIO MASSONE

Claros 205    SANTIAGO    Casilla 3584

debe hacer penetrar en el saco aneurismal, está constituido por cierto número de pequeños hilos dorados, cuya superficie es irregular, en forma de permitir una coagulación más rápida de la sangre. Estos hilos de oro están soldados entre sí por una de sus extremidades y encorvados de manera que el cepillo formado por ellos presenta el aspecto de un paraguas en miniatura. El cepillo está introducido en el tubo hueco, de tal manera que las varillas o hilos metálicos se encuentran en el interior tensas como resortes. Existen cepillos de varias dimensiones, de modo que, para cada caso, se escoge aquél que convenga mejor al volumen del aneurisma.

En cuanto al modo de empleo, después de haber hecho una esterilización perfecta de las diversas partes del aparato y de tener cuidado de cerciorarse de su buen funcionamiento, se atraviesa la piel con el trocar y su cánula hasta la cavidad del aneurisma, de lo que puede darse cuenta fácilmente por la sangre que saldrá por la cánula una vez retirado el trocar. En seguida se fija a la extremidad libre de la cánula el tubo que contiene el cepillo no faltando más que empujar este último hasta el saco aneurismal con ayuda de la varilla que lleva al efecto. Por último, se retira la cánula y puede, en seguida, por medio de la radioscopia, verificarse la presencia del cepillo que se encuentra abierto dentro del saco.

Algunos autores aconsejan apresurar la producción del coágulo, por medio de la elec-

trización; pero este procedimiento es más delicado. Parece, además, que el empleo de hilos mal dorados, de superficie rugosa, como los que constituyen el cepillo del aparato de Colt, facilita la trombosis sanguínea y hace inútil la electrización (d'Arcy Power).

El resultado inmediato más tangible en los casos en que las personas, desde un tiempo más o menos largo, sientan vivos y tenaces dolores, sería la cesación brusca o muy rápida del dolor. Después del "wiring", se constataría que el saco cesa de latir, o al menos, que las pulsaciones se atenúan considerablemente; estos cambios explicarían la cesación de los dolores.

En cuanto a los resultados lejanos, son difíciles de precisar. En efecto, el empleo del aparato de Colt es relativamente reciente. Por otra parte, el "wiring" ha sido practicado en el hospital y hay pocas observaciones que hayan podido ser seguidas largo tiempo. En fin, los enfermos han sido igualmente sometidos a un tratamiento antisifilítico. Hay que notar, sin embargo, que algunos enfermos han podido restablecer una vida relativamente activa y que algunos han sobrevivido largo tiempo. Pero, el tratamiento antisifilítico, algunas veces da él sólo resultados semejantes.

En suma, la acción más clara del "wiring" nos parece manifestarse en los fenómenos dolorosos. Podría, pues, estar indicado en los aneurismas sacciformes fácilmente accesibles cuando violentos dolores

resisten a las prescripciones terapéuticas, en particular al tratamiento antisifilítico.

Pero, el empleo del aparato de Colt, ¿está desprovisto de peligro? Los autores anglo-americanos consideran el "wiring" como no peligroso cuando es practicado con habilidad y sangre fría; algunos han aún renunciado a toda anestesia, general o local. No obstante, nos parece difícil considerar este método como desprovisto de todo peligro. En efecto, hemos sido desagradablemente impresionados por toda una serie de casos desgraciados anotados en la estadística de Sir d'Arcy Power, quien hace el panegírico del método. En 8, de 16 observaciones, la muerte ha sobrevenido entre 2 a 11 días después de la operación. Por el contrario, Joseph Sailer recuerda que Hare ha tratado por medio del "wiring" 35 casos sin un sólo accidente y con resultados casi uniformemente buenos. Agrega 16 casos que personalmente ha tratado por medio del "wiring", sin ningún accidente y con varios resultados excelentes.

C. Lian y Perisson.



## KAUROLAN

Recalcificación del Organismo

Solución fosforada orgánica de cal completamente asimilable en

Inyecciones Hipodérmicas

para el tratamiento de la Tuberculosis, Anemia, convalecencias, deformaciones óseas, embarazo, lactancia, debilidad congénita o adquirida del sistema Nervioso.

Ampolla inyectable de 1 c. c.  
Una ampolla diaria en inyección hipodérmica e intramuscular.  
Muestras a disposición de los Sres. Médicos.

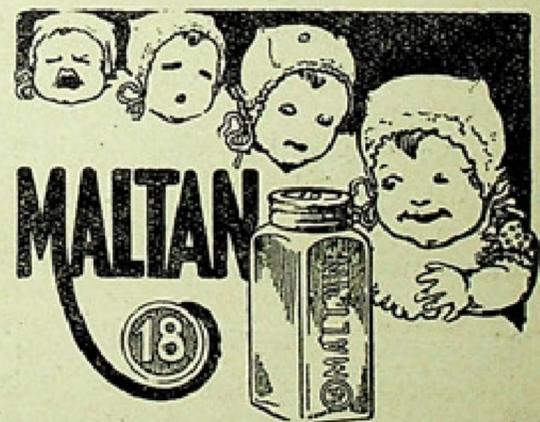
C. O. WIEDMAIER,  
MATTA 1502.

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 S SANTIAGO



- Maltan 18 puro
- Maltan 18 con aceite hígado de bacalao
- Maltan 18 con cal
- Maltan 18 con fierro
- Maltan 18 con hemoglobina
- Maltan 18 con cal y hemoglobina
- Maltan 18 para sopa

# BIBLIOGRAFÍA

ARCHIVOS AMERICANOS DE MEDICINA, tomo 1º, N° 1, año 1925. — Buenos Aires.

Bajo la dirección del distinguido Profesor de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires, Dr. León Velasco Blanco, se han comenzado a publicar los Archivos Americanos de Medicina.

Esta obra representa un esfuerzo sumamente laudable, puesto que a su valor científico intrínseco agrega el simpativo carácter de lazo espiritual panamericano. Figuran en la dirección de la nueva revista los nombres más representativos de las ciencias médicas hispano-americanas: Gregorio Araoz Alfaro (Argentina), Luis Morquio (Uruguay), Aloyso de Castro (Brasil), y Carlos Mönckeberg (Chile).

Entre los redactores chilenos anotamos a los Drs. Carlos Charlin, A. C. Sanhueza, Oscar Guzmán, L. Calvo Mackenna, Alfredo Commentz y Oscar Fontecilla.

El Dr. Velasco Blanco, fundador de estos Archivos, es muy ventajosamente conocido entre nosotros por su magnífico libro "Alimentación y trastornos nutritivos del lactante". El Dr. Velasco representa, por lo

tanto, una seria garantía para el éxito de esta nueva publicación.

El primer número trae el siguiente sumario:

## Artículos originales

1º—Breve exordio en el primer número de los "Archivos Americanos de Medicina", por la Redacción.

2º—Prof. Dr. Luis Morquio. — Enfermedad de Friedreich con estudio anatómo-patológico.

3º—Drs. León Velasco Blanco y Humberto Paperini. — Contribución al estudio de las hemorragias meníngeas en el recién nacido.

4º—Dr. Néstor Morales Villazón. — Sobre nuevos métodos de cultivo del bacilo tuberculoso.

5º—Dr. León Velasco Blanco. — Sobre un caso de meningitis meningocócica.

## Bibliografía

1º—Dr. Gregorio Araoz Alfaro. — Estudios clínicos sobre tuberculosis.

2º—Dr. Gabriel R. Brusco. — Leucemias y Seudoleucemias.

3º—Dr. Luis Morquio. — Sobre leucemias agudas en la infancia.

4º—Dr. C. Mönckeberg. — Del traumatismo obstétrico en el recién nacido.

5º—Dr. C. Muniagurria. — Introducción al estudio de los trastornos digestivos y nutritivos del lactante.

DICCIONARIO DE MEDICINA PRÁCTICA, por los Drs. Sir Malcolm Morris, Federico Langmead y Gordon M. Holmes, de las Universidades de Dublin y de Londres.

Esta importante obra ha sido redactada por ciento veintiséis especialistas, bajo la dirección de los eminentes profesores que dejamos nombrados. La traducción española que tenemos a la vista, ha sido anotada, adicionada y corregida por los notables catedráticos españoles Jesús María Bellido y Santiago Pi y Suñer y prologada por el conocido Profesor de la Universidad de Barcelona, Augusto Pi y Suñer.

Este diccionario es bastante completo, muy al día y la traducción se recomienda por su estilo sobrio, claro y elegante.

Creemos que es una obra que no debe faltar en la biblioteca de ningún médico.

Dr. O. Fontecilla.

## INSTITUTO ORTOPÉDICO ALEMÁN

San Antonio 546 - 548 — Casilla 3494

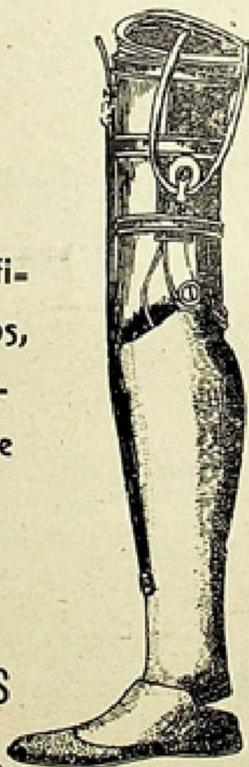
SANTIAGO

### PRÓTESIS

Manos, Brazos, Piernas, Pies artificiales, Corsées ortopédicas, Bragueros, Fajas y todo trabajo concerniente al ramo.



Especialistas en aparatos Ortopédicos de corrección.



## Señores Médicos:

LA FORMULA DE NUESTRO PREPARADO

# PANCADOL

(Antes PANGADUOL)

ES:

Principios activos de aceite de Bacalao correspondiente a .....	10	grs.
Jarabe Hip. Compo .....	18	..
Vino Generoso .....	40	..
Alcohol .....	15	..
Agua Laurel Cerezo .....	2	..
Extr. Fl. de Quina .....	0.05	..
Ess. Badiana .....	0.02	..

Para prescribirlo en ANEMIA, CONVALECENCIA, DESARREGLOS DIGESTIVOS, DEPRESIÓN FUNCIONAL, ENFERMEDADES CRÓNICAS, PERTURBACIONES DE LA MENSTRUACIÓN, RAQUITISMO, y en general en todos los casos en que se necesite un Poderoso Tónico.

El PANCADOL produce sus benéficos resultados, desde las primeras dosis.

MUESTRA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MÉDICOS PREPARADO Y GARANTIDO POR EL

## LABORATORIO FRANCIA

Av. Vicuña Mackenna 1381 - SANTIAGO - Casilla 190

# INSTITUTO DE SALUD CISTERNA

(Población Nueva España)



Destinado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades  
:- nerviosas y mentales. :-

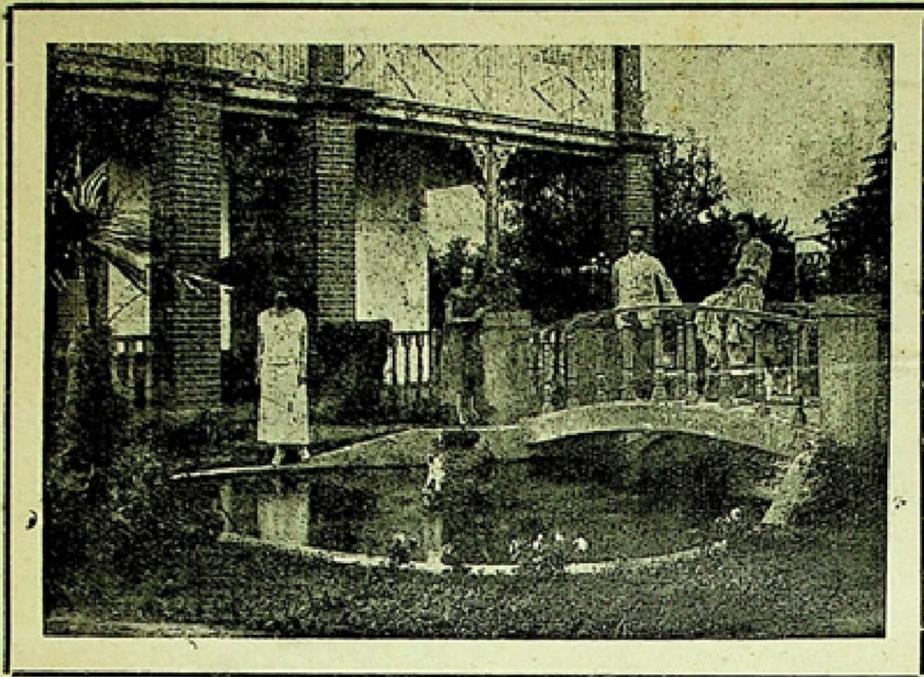
DIRIGIDO POR EL

## DOCTOR FONTECILLA

SANTIAGO — DELICIAS N.º 1626



ELECTRICIDAD MEDICA, BAÑOS, ETC.



# IMPRENTA CHILE

— — — SANTIAGO - CHILE — — —

Morandé 767 - Teléfono 1574 - Caaila 120



Impresión de REVISTAS, MEMORIAS, FOLLETOS,  
RECETARIOS, ETC.



PUNTUALIDAD EN LA ENTREGA DE TRABAJOS

# REUMATISMO

## CRÓNICO INFECCIOSO

por el

Dr. César FIGUEROA

Octubre de 1923.

A esta enferma se le han hinchado y le duelen las dos rodillas, la izquierda desde Abril y la derecha desde Junio. Los dolores no son espontáneos. Los siente al hacer movimientos, al ponerse de pie; no son muy intensos y no le impiden andar. A veces aumentan y se siente un poco afiebrada; entonces se siente más cómoda quedándose en cama.

Ambas rodillas están aumentadas de volumen, siguiendo este aumento uniformemente la forma de la sinovial, que contiene líquido en regular cantidad. Aunque la piel no está roja ni edematosa, hay un poco de calor local. La sinovial está engrosada de un modo uniforme, más en la izquierda que en la derecha. Las epífisis presentan una sensibilidad difusa a la presión. Los movimientos provocan dolor y están algo limitados. No hay atrofia muscular notable. La temperatura axilar es de 37°. La radiografía de una rodilla (se tomó de la derecha), no reveló nada de especial: el tejido óseo, el periostio y los cartílagos no están alterados.

De lo dicho se deduce que hay en la rodilla una sinovitis exudativa de marcha subaguda.

Entre los antecedentes de la enferma hay una afección poliarticular que comenzó hace cuatro años (cuando tenía 35) por la rodilla izquierda, con dolor, que era poco intenso, que se manifestaba al ponerse de pie o al sentarse y que solía desaparecer por algunos días. Esta dolencia no la abandonó sino después de algunos meses. Después tuvo dolores en la parte posterior de las caderas, se producían espontáneamente y más al hacer movimientos, y eran a veces lo suficientemente intensos para que la enferma diga que "no la dejaban darse vuelta en la cama".

El año pasado, en el invierno, comenzó a dolerle el hombro derecho, después el izquierdo, con irradiaciones a los brazos. Le dolían espontáneamente a ratos o al hacer movimientos. Solía pasar algunos días sin dolores. Nunca tuvieron el carácter de nocturnos. Se le quitaron en Abril. También le dolieron las articulaciones temporomaxilares y las metatarso-falángicas.

En Enero de este año, los dolores se localizaron en ambos puños, en el codo izquierdo y en las articulaciones de las primeras con las segundas falanges de las manos. Hubo un poco de tumefacción y calor local y la enferma se sintió un poco afiebrada. También se le quitaron en Abril, épo-

ca en que le aparecieron en las rodillas, que es el motivo por el cual ingresó al Hospital.

Esta larga afección reumatoidea ha dejado algunas deformaciones. En los puños se nota una depresión que hace el efecto de una subluxación del carpo hacia la cara palmar, hay una especie de ensilladura en el dorso del puño. Los movimientos no están limitados, no producen dolor ni crujidos. Los interóseos están atrofiados y los dedos índice y medio presentan una incurvación hacia el borde cubital. Las radiografías no demuestran claramente lesiones óseas, quizás haya un ligero enrarecimiento y la deformación de los puños más parece debida a relajación de los medios de contención.

Durante su estadía en el Servicio tuvo dolores en el hombro derecho y se notaron crépitos suaves. Otras articulaciones también estuvieron adoloridas durante unos pocos días.

Todas estas manifestaciones podemos interpretarlas como un reumatismo articular crónico que está poco avanzado y que últimamente ha provocado un ataque subagudo en las rodillas.

Las causas del reumatismo crónico poliarticular son muy variadas. Las infecciones forman el principal grupo, que cada día crece más a expensas de los otros. En muchos reumatismos crónicos calificados de tóxicos, nerviosos, de causa desconocida o de origen endocrino, se ha demostrado su naturaleza infecciosa. Si no se habla con más frecuencia de esta causa, es porque muchas veces es difícil encontrar el foco de infección latente en algún punto del organismo, y porque la prueba concluyente, la presencia de microbios en las articulaciones, por causas que no conocemos, es ingrata.

En el presente caso hemos sido afortunados. Se puncionó la rodilla izquierda y se extrajeron 30 c. c. de líquido amarillo citrino con depósito hemorrágico y con la reacción de Rivalta positiva. Contenía 27 por mil de albúmina, 8,20 por mil de cloruros, abundantes hematíes y gran cantidad de glóbulos de pus. Por el examen en lámina se estableció la siguiente fórmula leucocitaria: 51% de polinucleares neutrofilos, 19% de mononucleares, 21% de linfocitos, 2% de eosinofilos y 7% de formas de transición.

Se trata, pues, de una artritis infecciosa.

El cultivo en caldo dió lugar al desarrollo de algunos grumos de cadenas cortas de estreptococos y de un diplococo Gram negativo, que el Dr. Paiva especificó como diplococo catarral.

¿Cuál es el origen de esta infección? La enferma dice que siempre ha tenido buena salud, sólo ha sufrido de los dientes, que los tiene en muy mal estado desde joven. No recuerda haber sufrido de la garganta, ni de la nariz, ni de los oídos, cuyo examen demostró el estado normal. No ha tenido afecciones de la piel. Nada hace sospechar que haya tenido apendicitis o colecistitis. Dice que no ha tenido perturbaciones urinarias

(que harían pensar en una pielitis o en una cistitis), ni perturbaciones genitales.

En Marzo del año pasado tuvo un aborto del cual mejoró sin accidente. Sin embargo, hicimos practicar un examen microscópico de la orina extraída de la vejiga, cuyo resultado fué el siguiente: abundantes células vesicales, numerosos glóbulos de pus, cristales de oxalato de calcio y urato de sodio. En vista de esta supuración pedimos un examen bacteriológico: aparecieron diplococos catarrales y pequeñas cadenas de estreptococos, como en el líquido extraído de la rodilla.

Tomamos secreción del cuello uterino y la sembramos en agar. Se desarrollaron un estreptococo en cadenas cortas y diplococos catarrales, lo mismo que en la siembra del líquido articular.

Extrajimos una raíz dentaria e hicimos una siembra en agar, que también dió un desarrollo de diplococos catarrales y cadenas cortas de estreptococos. También se desarrollaron estafilococos. No hicimos la investigación en el intestino porque seguramente habría sido positiva, puesto que existía la infección en los dientes.

En vista de estos múltiples focos infecciosos, provocados por los mismos agentes, hicimos una hemocultura. No dió lugar a ningún desarrollo.

En resumen, tenemos una septicemia crónica, cuyo origen podemos suponer en los dientes, que se encuentran en mal estado desde hace mucho tiempo. Como los microorganismos encontrados en la articulación, en la vejiga, en el cuello uterino y en las raíces dentarias son los mismos, debemos suponer que el reumatismo de esta enferma es un episodio de la septicemia.

Pero se nos presenta una duda. Las manifestaciones articulares que se vienen presentando desde hace cuatro años ¿han sido producidas por las mismas causas? ¿o la infección de las articulaciones de las rodillas es un proceso nuevo agregado al reumatismo crónico? Debemos tratar de dilucidar este punto investigando otras causas de reumatismo crónico.

Desde luego, podemos decir que la enferma no ha tenido gota aguda, puesto que no ha tenido los accesos que la caracterizan. Ni gota crónica d'emblée, puesto que esta forma, una vez que ha tomado una articulación, no la deja. Los depósitos de ácido úrico que se producen en los cartílagos desde la primera manifestación, no desaparecen (crónica desde el principio). Hemos visto cómo se mueven libremente las articulaciones que antes estuvieron enfermas. Además, no hay tofos.

El reumatismo articular crónico simple, no siempre es la consecuencia del articular agudo, a veces es crónico desde el principio y llega a la producción de deformaciones después de algún tiempo, sin que presente manifestaciones características. El salicilato en esta forma crónica, no sirve de tratamiento de prueba, porque no da resultados brillantes como en la forma aguda.

Menos lo tendría en este caso, en que habría una sobreinfección. Le hemos dado salicilato a la enferma y los pequeños dolores han desaparecido en las otras articulaciones; pero hemos podido observar que también se van sin medicamentos, como se han ido durante cuatro años. No tenemos cómo rechazar la idea de un reumatismo articular crónico simple, como afección primitiva. Pero debemos hacer presente que hay la tendencia a atribuir a esta variedad un origen infeccioso no específico.

En la radiografía del puño derecho aparece en el cuarto inferior de la diáfisis del radio un hinchamiento fusiforme del periostio de unos cuatro mm. de espesor. Esta imagen radiográfica, unida al aborto del año pasado, hacen pensar en la sífilis. Pero los dolores nunca tuvieron el carácter de dolores espontáneos nocturnos. Además, esta enferma ha tenido numerosa descendencia: diez hijos vivos, de los cuales uno solo ha muerto (de 15 años), y actualmente está embarazada de 7 meses. No hay rastros de sífilis en el sistema nervioso ni en la piel, y la aorta no está ancha ni oscura. La reacción de Wassermann, practicada dos veces, fué negativa. Podemos, pues, decir que la enferma no tiene sífilis.

La tuberculosis también puede producir reumatismo crónico. "La evolución de un reumatismo tuberculoso secundario, en nada se distingue de la evolución del reumatismo tuberculoso primitivo. Artralgia simple, artropatías agudas, subagudas, crónicas y deformantes, tales son las principales variedades". "Puede curar aunque el foco bacilar primitivo continúe su evolución, las artropatías disminuyen y desaparecen sin llegar a la tuberculosis articular definitiva". Sea el bacilo de Koch o sean sus toxinas las que llegan hasta la articulación, ésta puede sanar por resolución, como sucedió en un caso observado en el Servicio de Dieulafoi, en que se había constatado la presencia del bacilo de Koch en el líquido articular. Con estos antecedentes, y en presencia de una enferma que tiene un reumatismo crónico, que tiene de la parte superior y lateral del cuello una cicatriz dejada por una operación hecha para extirparle un pequeño tumor (?), se hace necesaria la investigación de la tuberculosis. Nada de especial se aprecia por el examen clínico de los pulmones, ni hay antecedentes bacilares. No hay ganglios tuberculosos ni indicios de tuberculosis en los otros órganos. El examen radioscópico del pulmón no revela tuberculosis. Como entra en lo posible una infección múltiple de la sinovial, hicimos una inoculación subcutánea a un cuy y fué negativa.

El resultado negativo de estas investigaciones y el resultado positivo de las anteriores, nos hacen formular como definitivo el diagnóstico de reumatismo poliarticular crónico infeccioso, que constituye el episodio más sobresaliente de una septicemia crónica producida por un estreptococo y el diplococo catarral, cuya primera localización ha sido posiblemente dental.

# LA PROTEINOTERAPIA

## EN ALGUNAS

### AFECCIONES CUTÁNEAS

por el

Sr. Manuel OPORTOT GATICA

En vista de las dificultades que se presentan en la curación de ciertas afecciones crónicas y agudas de la piel, psoriasis, eczemas crónicos, acné polimorfo, forunculosis, etc., hemos usado en ellas la proteinoterapia, basados en ciertos trabajos publicados últimamente, que recomiendan el buen efecto de dicha terapéutica.

Antes de dar cuenta de dichas observaciones, haremos una breve exposición de las bases y principios generales de este interesante método de curación de las enfermedades.

Hasta hace poco, las enfermedades infecciosas han sido consideradas como signos de una lucha entre el hombre y el microorganismo, lucha en que la acción y la reacción consiguiente, tienen el carácter de específicas, no sólo por la manera de responder el organismo invadido ante un microbio determinado, sino también por las afinidades particulares que presenta cada microorganismo respecto de alguno de nuestros tejidos en órganos vitales. En efecto, muchas enfermedades infecciosas tienen características propias, una sintomatología especial, por medio de la cual el médico puede llegar a determinar clínicamente la causa del proceso; existen, además, localizaciones determinadas, como en el tifus, meningitis, disentería, etc., que indican precisamente la elección del agente por determinados tejidos.

Las experiencias de laboratorio demostraron además, que el microbio introducido por cualquier vía provocaba la formación de anticuerpos específicos que reaccionaban sólo en presencia del agente correspondiente. Eso sí, que esta ley biológica, muy fija para ciertos casos, sufre variaciones de importancia en otras ocasiones. La afinidad entre el microbio y el anticuerpo no está siempre restringida en forma específica a un bacterio determinado, sino que puede extenderse a todo un grupo de especies microbianas. Con todo, estos hechos fundamentales de la inmunología debían necesariamente conducir a una terapéutica estrictamente específica que se mantuvo por muchos años. Pero al lado de ella se han desarrollado observaciones que guardan relación con otros hechos, a los cuales se les ha reconocido una importancia creciente en los últimos años.

Todos recuerdan los resultados obtenidos por Kraus en la República Argentina, con el uso del suero normal de bovinos en el tratamiento de la pústula maligna. El suero antidiftérico ha sido usado con éxito por Cantu en la neumonía, y el mismo suero ha sido usado con buenos resultados en la tu-

berculosis. Bingel y Weitz han curado dífitericos con suero normal y con suero anti-neumónico de caballo (460 casos), sin encontrar una diferencia notable entre los resultados obtenidos y los que proporciona el uso del suero específico antidiftérico.

En las infecciones localizadas, y también en las septicemias, la sueroterapia no específica ha dado resultados que no se pueden desconocer y que en muchos casos son iguales a los obtenidos por la sueroterapia específica.

Pero lo que llama la atención en la terapéutica inespecífica, fuera de los resultados sensiblemente iguales a los de la terapéutica específica, es la manera de obrar tan semejante en ambos casos. En efecto, si a un enfermo de pústula maligna se le hace una inyección intravenosa del suero específico, se operan fenómenos que son constantes y que se pueden resumir así: después de un cuarto de hora o media hora, se notan escalofríos intensos, a los que sigue un alza de la temperatura de uno o más grados, seguida, después de algunas horas, de un rápido descenso en crisis, raras veces por lisis. A estos síntomas generales, se agregan en la sangre, una leucopenia a la cual sigue una hiperleucocitosis más duradera. Ahora bien, idénticos fenómenos se operan después de una inyección de suero normal inespecífico, de manera que la coincidencia de las reacciones que se producen, indica que la coincidencia en los efectos terapéuticos puede no ser una cosa fortuita.

Pero no es solamente con los sueros con los que se ha obtenido semejantes resultados. Ludke ha usado soluciones de denteroalbuminas, albuminoides que ya han experimentado un principio de digestión, en el tratamiento del tifus. Nolf y su escuela han propuesto una terapéutica a base de peptonas, producto proteico más simple aún, en las septicemias por heridas infectadas, y los resultados han sido óptimos. Schmidt preconizó la lactoterapia, que ha tenido enorme auge en Alemania, ya sea con el uso de leche esterilizada o preparada en forma especial (aolán, caseosán). Se le ha usado en infecciones pulmonares agudas, infecciones puerperales, venéreas, etc., con el fin de desarrollar aquella misma serie de fenómenos que se verifican con el empleo de los sueros y se ha tenido iguales beneficios.

Las proteínas bacterianas han sido propuestas y ensayadas por varios autores. Los fenómenos que se siguen a su inyección son de la misma naturaleza de aquéllos indicados en el uso de proteínas de origen animal, reproduciéndose el mismo cuadro, con el mismo orden, con reacciones más o menos intensas.

De manera que al lado de la acción específica innegable de los sueros y vacunas, hay que reconocer a éstos una acción no específica, heteróloga, que es compartida con las sustancias proteicas más variadas, de origen animal, bacteriano, etc., y este hecho constituye la base fundamental de la terapéutica paraespecífica.

Los efectos obtenidos con la proteinoterapia, nos indican que la antigua concep-

ción de acción y reacción específicas en la lucha entre el organismo y los bacterios, no es ya suficiente para dar una explicación de los hechos, porque ellos sobrepasan aquellos límites fijados al primitivo concepto de la inmunidad. Los resultados clínicos de la terapéutica inespecífica, no han determinado los de la acción específica, porque nadie puede negar la realidad del valor específico de los anticuerpos, sino que, sencillamente, han ampliado los antiguos conceptos. Al lado del proceso específico se desenvuelve otra serie de fenómenos, lo que nos indica que las terapéuticas, específica y no específica, pueden completarse mutuamente, pero no substituirse, porque la primera va dirigida contra el germen y la segunda va a modificar muy probablemente el desequilibrio coloidal de los medios orgánicos. Así, no será prudente privar a un enfermo de difteria del suero específico, ni hacer la profilaxia del tétanos en un herido, con algo que no fuera precisamente el suero anti-tetánico; pero, en cambio, en aquellos casos en que el carácter de una infección o de una epidemia no sea claro, en que probablemente obran varios gérmenes asociados, es sumamente útil unir al tratamiento específico, la ayuda preciosa que representa la terapia paraespecífica.

La proteínoterapia ha sido usada ya en el tífus, paratífus, grippe, tuberculosis, escarlatina, erisipela, complicaciones de la blenorragia, en las enfermedades hemorrágicas, como la hemoglobinuria paroxística, la hemofilia, el púrpura, etc., en ciertas asma, la urticaria, en afecciones cutáneas, en el correa de Sydenham, etc., etc.

Entre los diferentes medios empleados, la leche tiene sin duda grandes ventajas, por ser la caseína una albúmina nativa, de fácil dosaje, y por la facilidad con que se puede obtener un producto estéril.

El suero de caballo, tan bien tolerado en general, tiene el inconveniente de la anafilaxia a las reinfecciones. En la práctica, la equivalencia de estos diversos medios de terapia inespecífica, no es perfecta como lo quisiera la teoría. Una indicación clara y precisa para una terapéutica apropiada a cada forma morbosa no se puede dar hoy día; pero la práctica demuestra que donde fracasa un medio, puede otro ser provechoso.

En cuanto a la acción de las proteínas y sus manifestaciones en el organismo, podemos distinguir fenómenos locales, focales y generales.

1º Encontramos una reacción local, en el mismo punto de la inyección, que consiste en una irritación local con acompañamiento de dolor.

2º Una reacción focal en la región afectada y que consiste en una reagudización del proceso inflamatorio.

3º Encontramos, por último, una reacción general que se manifiesta por escalofríos, seguidos de una elevación de la temperatura con sensación de cansancio y falta de fuerzas. Algunas veces se suelen presentar vómitos y sudores profusos y en muy raros casos colapsos. Estos últimos síntomas, que

indican una gran reacción, se deben, generalmente, a una dosificación excesiva.

Estas tres formas de reacción constituyen lo que ha sido llamado por Schmidt "fase negativa de la proteínoterapia" y es efímera, pues no dura más de algunas horas.

Después de este período que acabamos de describir, se produce en el enfermo un bienestar manifiesto, con disminución de sus síntomas.

Zimmer ha estudiado las reacciones focales que se producen con la leche o el yatren, o el aolán, en más de cinco mil enfermos, y ha observado las relaciones que hay entre las dosis y las reacciones del organismo en individuos sanos, en individuos con procesos inflamatorios agudos y en individuos con tejidos crónicamente inflamados.

Las conclusiones a que ha llegado son las siguientes:

1º En individuos sanos, con diferentes dosis, no se observan reacciones clínicas, solamente se puede comprobar algunas alteraciones en la composición de la sangre.

2º En individuos con un proceso inflamatorio agudo, con las mismas dosis se observan manifiestas reacciones focales y al mismo tiempo intensas reacciones generales.

3º En individuos con tejidos crónicamente inflamados, se tienen buenos efectos con pequeñas dosis: primero hay una agudización del proceso y luego se pasa a un estado de mejoría.

En general, se puede agregar que es conveniente evitar las reacciones focales y generales demasiado violentas.

En nuestros enfermos hemos recomendado, ante todo, el reposo durante las primeras horas que siguen a las inyecciones, basándonos en lo que dice Bier: que el organismo no pierde sus fuerzas en funciones que no son vitales, y puede dedicar todas sus energías disponibles a la acción curativa que queremos provocar, exigiendo a dicho organismo un esfuerzo máximo. Siempre hay que cerciorarse, además, que el enfermo que vamos a tratar de un proceso determinado, no tenga en otra parte de su organismo focos inflamatorios de diverso orden que pueda dar intensas e inesperadas reacciones focales. Si no se toma a este respecto las precauciones debidas, nos exponemos a dañar al enfermo, aun cuando la dosificación no sea excesiva.

Las inyecciones de leche se pueden administrar en las siguientes condiciones: inyección intradérmica, subcutánea, intramuscular e intravenosa.

Para la aplicación de inyecciones intradérmicas se usa la técnica corriente, que es la que sigue: se hace un pliegue en la piel, en donde se introduce una aguja bastante fina, lo más paralelamente posible al plano de la piel, y se inyecta la dosis de tres a cuatro gotas, habiéndose llegado a veces hasta la cantidad de un centímetro cúbico. La inyección está bien colocada cuando sobre el dermis queda un pequeño solevantamiento de la piel, de un color blanco lechoso. Este método se usa con mucha frecuencia, por presentar reacciones débiles, muy

soportables, y la leche en esta forma se reabsorbe con mucha facilidad. Las inyecciones subcutáneas, tan empleadas para toda clase de medicamentos, se usa poco, debido a que la inyección resulta algo dolorosa; las dosis corrientes son de uno a cinco c. c., más o menos.

Las inyecciones intramusculares, en especial en la región glútea, han subsanado algunas dificultades, como ser, disminuir el dolor, no presentar reacciones tan intensas como las inyecciones intravenosas, y además se reabsorben fácilmente. Su dosificación ha sido muy variable, desde 1 c. c. hasta 10 o 12, siendo más usada la dosis de 5 c. c.

La vía intravenosa casi ha sido abandonada, por presentar reacciones muy intensas, que pueden perjudicar al enfermo.

Todo esto está sujeto a distinciones, según que se trate de procesos agudos o crónicos y según la susceptibilidad del sujeto.

En los casos agudos hemos usado las inyecciones diarias los primeros días, hasta dominar el proceso, siguiendo después con inyecciones día por medio o cada dos días. Hemos empezado siempre con una dosis de 5 c. c. de leche intramuscular en la región glútea, aumentándola según la reacción que provoca. En los niños hemos empezado con dosis más pequeñas. Generalmente se espera que los fenómenos de reacción desaparezcan para hacer una nueva inyección. Este tiempo varía en los distintos enfermos. Si la reacción no es muy intensa, aumentamos la dosis a 8 c. c.; un día de descanso, e inyectamos 10 c. c., tomando siempre en consideración la reacción que haya habido. Con esta dosis máxima hemos seguido hasta conseguir el efecto deseado.

Esta manera de proceder parece ser la normal en este tratamiento. Pero si, en cambio, después de las primeras dosis se produce una gran reacción general con fiebre alta, sudores y vómitos, disminuirémos en la segunda inyección la cantidad, o la mantendremos según la manera personal de apreciar la intensidad de la reacción anterior.

En los casos crónicos debemos emplear dosis menores e ir modificando esta cantidad, según la reacción que ella provoque en el organismo afectado.

Debemos dejar establecido que, tomando siempre en cuenta la posibilidad, aunque remota, de un accidente anafiláctico, no debe dejarse intervalos prolongados entre una y otra inyección. En los casos en que por cualquier motivo no haya sido posible mantener esta regla, se debe comenzar nuevamente con dosis más pequeñas.

Está contraindicado siempre este tratamiento en los casos de una tuberculosis activa, y hay que ser muy parco para su dosificación en los casos en que hay un foco de tuberculosis latente; en estos casos es necesario siempre vigilar el pulmón.

Por nuestra parte, después de haber ensayado algún tiempo la proteínoterapia (inyecciones de leche), en algunas afecciones

de la piel, hemos obtenido los siguientes resultados:

9 erisipelas de la cara y 1 de la pierna izquierda, éxito completo.

4 casos de forunculosis, éxito completo.

1 acné polimorfo, éxito completo.

7 casos de psoriasis, con dos fracasos, una mejoría manifiesta y cuatro éxitos completos.

3 eczemas crónicas, dos fracasos y un éxito completo.

Agregando a estos resultados terapéuticos.

1º Su rapidez de acción.

2º Su fácil manejo y su adquisición económica, consideramos este método terapéutico un poderoso coadyuvante en el tratamiento de algunas afecciones de la piel.

INSTITUTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA  
DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

## UN CASO DE PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA

por el

Dr. J. MONTERO C.  
Jefe del Servicio.

La historia clínica correspondiente a la autopsia del cadáver de B. V., procedente del Servicio del Prof. Petit, es la que sigue:

B. V., 50 años, gañán.

A. H. — Sin importancia.

A. P. — Fumador, bebedor moderado.

Enfermedades anteriores: Gripe en diversas ocasiones; colitis disenteriforme, gonorrea.

A fines del año pasado tuvo durante dos meses una colitis disenteriforme caracterizada por diarreas profusas con tenesmo y sangre, rojiza unas veces y negruzca otras.

Poco tiempo después comenzó a sentir perturbaciones gástricas que consistían en sensación de pesantez a nivel del hueco epigástrico, pirosis, regurgitaciones ácidas, etc., molestias que se aliviaban después de las comidas para volver a producirse media hora después; todo este cortejo iba acompañado de un decaimiento general, falta de aptitud para el trabajo y de un considerable enflaquecimiento.

### Examen físico

P. 100. T. 36,9. R. 20. M. 10,5, Mín. 6 (Pachon-Gallavardin).

Individuo de mediana estatura, con escaso panículo adiposo.

Cabeza: cráneo normal. Cara: ojos: pupilas reaccionan bien. Boca: dentadura en mal estado. Lengua saburral.

Cuello: corto.

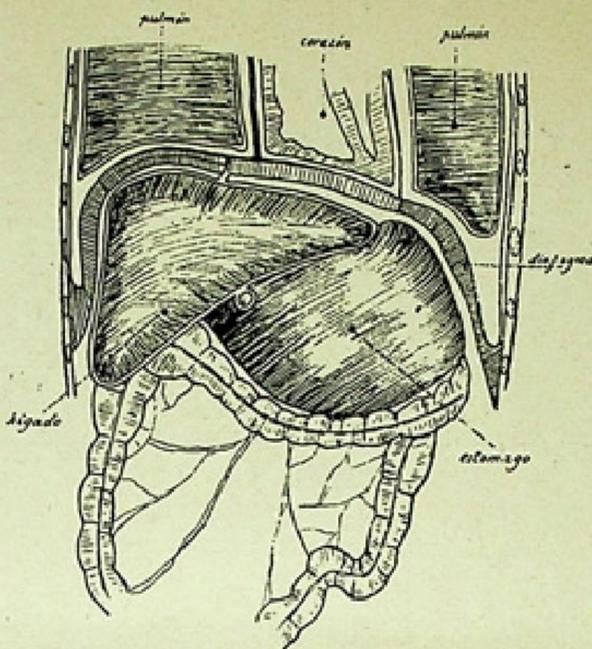
Tórax: de forma aplastada, tipo respiratorio corto-abdominal. Pulmones: la sonoridad es normal y a la auscultación se perciben estertores crepitantes en las bases.

El corazón no muestra ningún trastorno.

Abdomen. — Está excavado y algo doloroso por debajo del apéndice xifoides.

En la línea media, a cuatro traveses de dedo por encima del ombligo, existía un tumor reductible, que aumentaba con los esfuerzos de la tos.

El hígado no está aumentado a la palpación ni percusión.



El bazo no se percute.

Los exámenes de laboratorio practicados en los diferentes Institutos del Hospital, dieron el siguiente resultado:

Reacción de Wasserman positiva + + +.

Cantidad de urea en la sangre 0,26 por mil.

Desayuno de Ewald. — La cantidad extraída fué de 40 c. c. y filtra fácilmente. La reacción al tornasol es ácida. Las reacciones de Congo, Topfer y Gúrvabourg son positivas. El Uffelmann es negativo.

H. Cl. libre . . . . . 0,62.00

H. Cl. combinado . . . . . 0,33.40

Acidez total . . . . . 0,95.40

Orina. — Cantidad, 1.000 c. c. Densidad, 1.011. Reacción alcalina. — Albúmina, glucosa, acetona, indican, no contiene. Urobilina contiene. Cloruros contiene un 10 por mil y urea 4,68 por mil.

El sedimento contiene escasos glóbulos blancos, algunas células epiteliales de las vías urinarias inferiores y una flora microbiana abundante.

### Examen radioscópico del estómago

(No se anota ningún dato del tórax). — Se encuentra una gastro-ptosis hasta cuatro traveses de dedos por debajo de la línea bi-crestal. El estómago se llena bien, su movilidad es normal. No se ven contracciones ni paso de bario al intestino.

Con esta sintomatología se hizo en la Clínica del Prof. Petit el diagnóstico de hernia epigástrica, y se procedió a la operación por los Drs. Amestí, Sáenz y Sorolla.

Esta consistió en una laparatomía media supra e infra-umbilical. Abierto el abdomen se exploró el estómago, el duodeno y las vías biliares, sin encontrar otra anomalía que la ptosis gástrica. En seguida se procedió a hacer la ketotomía, y en el curso de ella, se notó que el enfermo se ponía cianótico y el pulso se hacía incontable, lo que obligó a los operadores a cerrar rápidamente

el vientre mediante una sutura de la pared en un solo plano. A pesar de todos los cuidados que se prodigaron al operado, consistentes en respiración artificial, inyecciones intravenosas de ouabaina e intracardíaca de adrenalina, el enfermo falleció media hora después.

La anestesia consistió en inhalaciones de pequeñas cantidades de éter, desestimándose la raqui-anestesia por la considerable hipotensión.

### Autopsia

Damos aquí los detalles pertinentes de la autopsia, en forma sucinta:

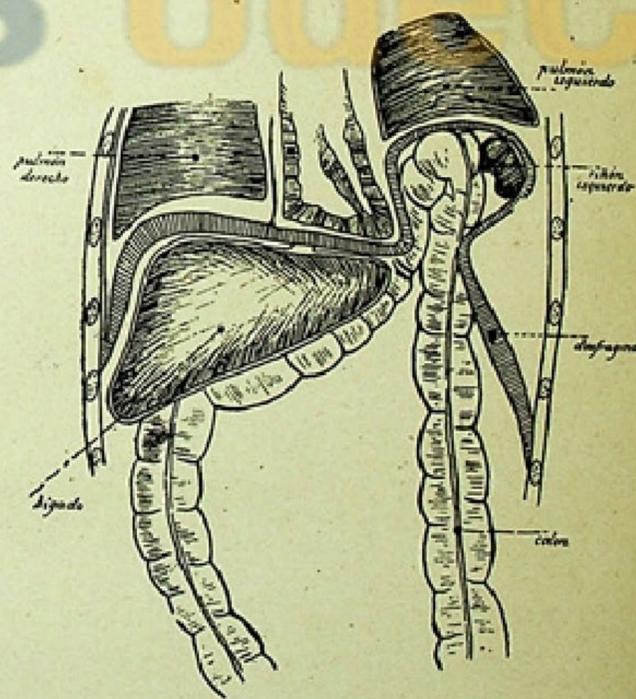
Cerebro: edema.

Cavidades torácica y abdominal: al levantar el plastrón externo-costal, llama inmediatamente la atención una eminencia del tamaño de una cabeza de feto que avanza desde el abdomen hacia la cavidad torácica, rechazando la hoja izquierda del diafragma en forma de cúpula, y ésta, a su vez, al pulmón izquierdo, el cual está retraído hacia el hilio y en atelectasia.

El diafragma está intacto: se le incide, e incluidos en la bolsa, formada por la hoja diafragmática izquierda (según lo indica el esquema adjunto), se encuentran el riñón izquierdo y el ángulo esplénico del colon.

Ambos órganos se han insinuado hacia la cavidad torácica — sin salirse de la cavidad abdominal — a través de un anillo constituido a expensas de la hoja izquierda del diafragma, el cual está en su integridad anatómica comprobada histológicamente.

No se trata, pues, en este caso, de una



hernia diafragmática, sino de una parálisis del diafragma izquierdo.

Seguramente, si se practica un examen radioscópico del tórax, se habría hecho el diagnóstico de la lesión, de suyo antigua, porque el riñón estaba alterado por las presiones, y tenía una forma cuadrangular.

Corazón: Hipertrofia del ventrículo izquierdo. Miocarditis fibrosa crónica.

Pulmón izquierdo: Atelectasia total por compresión del riñón izquierdo y ángulo esplénico del colon.

Pulmón derecho: Edema y congestión.

Hígado y bazo: Nada de particular.

Riñón derecho: Está en su sitio. Riñón izquierdo: De forma cuadrangular, coronado por la supra-renal, no presenta otra alteración que la anomalía de posición, de aspecto ya mencionado.

Este hecho tan singular de la parálisis unilateral del diafragma, y la eventración consiguiente, ¿ha podido constituir una de las causas de la muerte? La respuesta es obvia, puesto que la atelectasia del pulmón izquierdo consecutiva al desplazamiento de los órganos abdominales ha traído una limitación del campo respiratorio, que fué la generadora de la cianosis intensa que se observó en los primeros tiempos de la intervención.

Este hallazgo de autopsia, bastante sugestivo en su alcance clínico, lo damos solamente como una modesta contribución al estudio de las causas de la muerte súbita durante el acto operatorio.

CLÍNICA MÉDICA DEL PROF. GONZÁLEZ CORTÉS

## AFECCIÓN HEPÁTICA DE LA FORMA LLAMADA GRUESO - HÍGADO SIFILÍTICO

por el

Dr. E. Robert de la MAHOTIERE  
Médico-Ayudante del servicio.

J. R., de 44 años de edad, corredor de comercio, casado, ingresa a la Sala San Camilo, cama número 257, el 18 de Noviembre del presente año, y nos cuenta que en el mes de Enero se iniciaron molestias dispépticas consistentes en desarrollo de gases y pesantez, sobrevenidas después de las comidas, las que desaparecían en pocas horas. En esta forma estuvo hasta Septiembre, en que comenzó a percibirse decaído e incapaz para el trabajo, al mismo tiempo que a notar el abultamiento persistente del vientre que ya no desaparecía, como en los primeros tiempos. Estos síntomas, unidos a una constipación pertinaz, lo indujeron a ingresar a este hospital, donde fué colocado en el Servicio de Vías Urinarias, para ser curado de una afección de los órganos genitales externos, que el especialista consideró de importancia secundaria, pidiendo su traslado a la sección de medicina interna, en que está.

Desde los 22 años ha sufrido de trastornos gástricos que fueron atribuidos a un proceso de dilatación del estómago. Hace quince años contrajo un chancro que fué tratado por un sifilógrafo, durante un año, con inyecciones mercuriales.

Ha tenido diez hijos, de los cuales viven ocho, bien sanos. Su esposa ha sufrido de abortos en tres ocasiones.

Hasta hace ocho meses ha sido muy be-

bedor de toda clase de alcohol, y fumador moderado.

El examen objetivo de nuestro paciente impresiona, en primer lugar, por el aspecto de la piel, que ha perdido su elasticidad y se ha teñido de un pigmento que le da una especial coloración amarillo-rojiza, y luego, por la considerable pérdida de los tejidos muscular y adiposo.

La dentadura está en mal estado y en la nariz existe una atrofia de los cornetes inferiores.

El cuello es corto, con venas prominentes.

El tórax es ligeramente aplastado. Los pulmones son normales, pero en la base derecha existen los signos físicos de un derrame. El choque de la punta se hace en el quinto espacio intercostal izquierdo al nivel de la línea mamilar. El límite derecho de la matitez relativa pasa por el borde izquierdo del esternón y el límite superior está al nivel del tercer cartílago costal. El límite derecho de la matitez absoluta está a un través del borde esternal derecho y el límite superior corresponde al cuarto cartílago. Los tonos están encorvados doazaa eirl mhtahah nös están conservados. La presión arterial es normal. El pulso no presenta nada de particular.

La inspección del abdomen, que está vultuoso por la presencia de ascitis libre, y en el cual se comprueban ligeras arborizaciones venosas en los contornos del ombligo, muestra, además, un sollevamiento epigástrico, claramente visible, correspondiente a un tumor del tamaño de una naranja, de superficie igual, ligeramente doloroso, de consistencia dura, que es mate a la percusión, sin un puente de sonoridad entre él y el hígado, y que sigue las excursiones respiratorias del diafragma. El límite superior de esta víscera está un través por encima del normal, y el inferior se confunde con el de la masa neoplásica, sin presentar irregularidades. El bazo está fuertemente aumentado de volumen. Los riñones no se palpan. El sistema nervioso no está alterado. En los exámenes de laboratorio se anotan las siguientes particularidades: en la orina con 1022 de densidad, una reacción alcalina intensa (por presencia de amoníaco), 24 gramos de urea y 14 de cloruros, no hay pigmentos, ni sales biliares, albúminas y glucosa, pero, sí, una gran cantidad de urobilina. En el sedimento se encuentra una abundante flora microbiana y algunos glóbulos blancos.

En la sangre, el análisis cuantitativo y cualitativo muestra sólo un aligera cloroanemia, el tenor ureico es de 0,40 por mil, la reacción de Wassermann es fuertemente positiva (+ + +), la de Weinberg negativa y las pruebas de las hemoconías y hemoclasia digestiva dan resultados aproximadamente normales. La inyección de azul de metileno ofrece la siguiente curva: principia la eliminación a la media hora, para alcanzar su máximo dos horas y media después y desaparecer a las veinte horas.

La reacción de Triboulet fué positiva. En la pantalla fluoroscópica se determinó la

presencia de una sombra horizontal sobre el diafragma derecho, que está casi inmóvil. El corazón está aumentado de volumen, así como el hígado y el bazo.

Resumiendo, tenemos que lo que llama más la atención en este paciente, es la prominencia circunscrita del hígado unida a la esplenomegalia, síntomas a los cuales se ha agregado una astenia considerable.

En la diferenciación clínica podríamos pensar, desde luego, en un cáncer de la glándula hepática, con sus dos tipos clásicos: el primitivo y el secundario. El primero se presenta en tres aspectos: el epitelio-ma macizo, el nodular y el mezclado al adenoma. Si bien es cierto que la primera de ellas se inicia con perturbaciones digestivas semejantes a las que aparecieron en nuestro enfermo, el enflaquecimiento no es muy rápido ni presenta la coloración característica de ella. Es, además, sabido que la evolución es muy corta, de tres a cinco meses, mientras que nuestro paciente tiene molestias desde más de un año. En el adenocarcinoma las dificultades son tan considerables que el diagnóstico se hace, por lo general, sólo en la autopsia. Más frecuente es el cáncer secundario, a una neoplasia visceral de marcha a veces insidiosa, evolución clínica distinta y que no permite una supervivencia mayor de medio año.

Desestimamos la posibilidad de un quiste hidatídico, por la ausencia de signos positivos, sean locales o generales, la perturbación grave del estado general, sin que esa exclusión pueda tener carácter absolutista, porque es frecuente la confusión de esta afección parasitaria con otras que revisten la modalidad de una tumoración.

Si bien es cierto que en la enfermedad de Hanot se produce aumento de volumen del hígado, es habitual en ella la ictericia, de marcha irregular, que jamás se complica de ascitis. Con grandes razones se pueden eliminar las afecciones que producen aumento de volumen hepático, como las cirrosis, las degeneraciones, etc., pues lo predominante en este caso es la lesión circunscrita; las supuraciones, las consecuencias de infecciones biliares exigen, igualmente, un pasado patológico que aquí falta, y a mayor abundamiento, constituyen procesos de marcha séptica.

El hígado cardíaco es sólo un epifenómeno durante la evolución de una afección circulatoria mal compensada.

En clínica se observa la localización hepática de la sífilis terciaria, en diferentes aspectos, a tal punto, que se podría decir que la mayoría de las alteraciones de este órgano pueden corresponder a lesiones específicas. Sin embargo, entre todas ellas se destaca una cuya frecuencia ha obligado a denominarla "forma habitual", y otra que, al revés de la anterior, es excepcional y queda comprendida en el grupo de la degeneración amiloidea.

Algunos autores dan el mismo valor semiológico a las alteraciones del hígado y bazo en el período terciario de una lúes y, de acuerdo con ese criterio, describen tres formas: hepática, hepato-esplénica y espléni-

ca; sin embargo, parece casi imposible hacer una distinción clara de cada una de ellas en una pauta tan estrecha, ya que sería difícil encontrar alteraciones únicas de órganos profundamente relacionados.

Los signos físicos y funcionales que manifiestan la sífilis terciaria, se pueden encontrar en muchas otras afecciones hepáticas, dificultad que ha dado lugar a errores de diagnóstico; por ejemplo: muchos pretendidos carcinomas, quistes hidatídicos, cirrosis, peritonitis tuberculosas, etc., han sido simplemente procesos de esta especie. En todas las formas clínicas que describiremos, tendremos como ayuda la reacción de Wassermann, haciendo la reserva de que no toda hepatopatía con carácter positivo es sífilítica, así como tampoco no se debe desechar la etiología específica cuando esta prueba es negativa, pues, en la avariosis latente el Wassermann es positivo sólo en un porcentaje de diez y ocho.

Vamos a tratar de resumir las formas clínicas descritas en los numerosos trabajos publicados, pero con la advertencia que la mayoría de ellas evolucionan con una sintomatología muy semejante a la que ya consideramos común. Estas son: **habitual** (cuatro modalidades), **frusta**, de **cirrosis biliar** (dos), de **cirrosis venosa** (dos), **síndrome de Banti**, **gomosa pura**, **degeneración amiloidea**.

1º En la forma **habitual** la lesión hepática consiste en una sífilis esclero-gomosa que puede permanecer latente y no ser descubierta sino en la autopsia, aunque más frecuentemente, se manifiesta con síntomas clínicos importantes.

El comienzo de la enfermedad no es uniforme, las primeras manifestaciones morbosas pueden pertenecer al tubo digestivo y consisten en anorexia, vómitos, meteorismo, crisis de diarrea, hematemesis y enterorragias, simulando el cuadro de una dispepsia; otra veces, con una perihepatitis precoz, existe un dolor sordo o agudo del hipocondrio derecho que se irradia al hombro; por fin, frecuentemente, sobrevienen en medio de una debilidad general, una astenia, en que el sistema nervioso se deprime, sobre todo, en las noches.

Tras de un tiempo más o menos largo, se llega al verdadero período de estado de la enfermedad, en el cual se registran alteraciones subordinadas a las lesiones hepáticas, de las cuales, las principales, son las **hemorragias** por disminución de la coagulabilidad sanguínea e hipertensión portal, que se traducen en epistaxis, hematemesis, enterorragias, etc., los dolores localizados en el flanco derecho debidos a la peritonitis localizada circunscrita, y la **ascitis**, que corresponde a un compromiso peritoneal o a la compresión de las venas portales **extranguladas** por la esclerosis del parenquima; con esta última se hacen perceptibles los **edemas** de las extremidades inferiores y también una marcada rebeldía a todo tratamiento que no sea el específico. El líquido es citrino, quiliforme o hemorrágico, de abundancia variable, y en él se puede hacer la prueba de Wassermann, de gran valor cuando es positiva, y también la fórmula

leucocitaria, aunque la linfocitosis no tenga gran valor por encontrársela también en la cirrosis de Laennec y en la tuberculosis.

El examen objetivo no revela una ictericia crónica, sino un ligero tinte subictérico, por lo cual algunos autores (Baix), la denominan **hepato-esplenomegalia sin ictericia crónica**; la palpación, como dijimos antes, es dolorosa y muestra un órgano fuertemente hipertrofiado, de superficie lisa (**grande hígado**); o tapizado de nódulos salientes (**seudocanceroso**); con el borde anterior cortante y profundamente escotado a trechos (**ficelé**); siendo más raro encontrar una hipertrofia del lóbulo derecho con atrofia del izquierdo (**lobulado**). El bazo se encuentra hipertrofiado, ya sea por la mayor tensión sanguínea o por el desarrollo de lesiones específicas pulpares.

Entre los signos generales merece mencionarse la fiebre causada por el mismo espiroqueta, y no como se creía antes, por lesiones agregadas, y la astenia, que es constante. La orina es escasa, pobre en urea, rica en urobilina y albúmina, ya que siempre se agregan **lesiones renales**. A este respecto se ha dicho: "La asociación de una albuminuria masiva y de un gran hígado cirrótico debe hacer pensar en la lues".

La evolución de la enfermedad es progresiva, haciéndose cada vez más marcados los síntomas ya descritos, y no podrá ser interrumpida sino con los resultados del tratamiento específico. Si este no interviene, los individuos sucumbirán por caquexia, infección secundaria o alteraciones subordinadas a una insuficiencia hepática (ictericia grave, hemorragias).

El pronóstico se basa en la forma que se haya aceptado, así, en el gran hígado, se tratará de una infección reciente en que el tratamiento tiene grande eficacia; en el ficelé, es reservado, aunque la mejoría es posible, y en las seudocancerosas y lobulada, existen lesiones profundas en las cuales la medicación influirá poco, haciéndolo, por consiguiente, sombrío. No se lo debe, tampoco, formular sin estudiar en forma completa el valor funcional de la célula hepática con auxilio de las pruebas de la glicosuria alimenticia, eliminación del azul de metileno, coeficiente urotóxico, etc.

El diagnóstico presenta muchas dificultades; en la seudocancerosa, la confusión es fácil con la **neoplasia maligna nodular primaria**, sobre todo, cuando se complica de ictericia y ascitis, pero en la hepatitis específica, los tumorcitos se desarrollan más lentamente, el estado general se conserva, el bazo aumenta paralelamente con el hígado, los infartos ganglionares subclaviculares son muy raros, y el Wassermann en el líquido ascítico puede ser positivo. El **cáncer masivo** es equivocal con el gran hígado lobulado, y la diferencia se hará tomando en cuenta lo expuesto anteriormente; los rayos Roentgen establecerán la presencia de un **quiste hidatídico**. El hígado **ficelé tuberculoso** se distinguirá por la evolución más rápida, la existencia de una curva febril y la coexistencia, casi siempre constante, de lesiones bacilares pulmonares. El gran hígado se puede distinguir del

**hígado leucémico** por la ausencia de ganglios, y principalmente, por el examen de la sangre.

2º La forma **larvada (fruste)**, corresponde a un hígado grande, congestionado, y posteriormente, irregular y consistente, en que no hay ascitis ni ictericia (solamente un tinte subictérico), cuya marcha es lenta.

Esta variedad es difícilmente diferenciable del quiste hidatídico, sobre todo, cuando se acompaña de temperatura, leucocitosis (eosinofilia), y aun, urticaria. La existencia de lesiones específicas, el Wassermann positivo y la deducción radiológica, permitirán establecer un diagnóstico bien cimentado.

3º En las **cirrosis biliares**, en general, se aceptan etiológicamente tres causas principales: la litiasis, paludismo y sífilis. Estas se manifiestan en forma variada (típica o enfermedad de Hanot, esplénica, hepática sin esplenomegalia, atrofia biliar, anictérica, ascítica), pero pueden reconocer un origen sífilítico sólo dos: la típica y la hiperesplenomegálica, descritas por Boix y Gerhart en el cuadro de las lues hepáticas terciarias con los nombres de **hepato-esplenomegalia con ictericia crónica** y **hepato-hiperesplenomegálica**, respectivamente.

a) En la modalidad **hepato-esplenomegalia con ictericia crónica** se trata de individuos que tienen un hígado voluminoso, duro, doloroso, de superficie lisa y con su borde inferior cortante, sin deformaciones. El bazo está también aumentado en relación con la hepatomegalia. No hay signos de hipertensión portal (ascitis, circulación venosa complementaria, hemorroides, etc.) y la ictericia no descolora los excrementos. La duración puede ser de años y la evolución es progresiva y no por poussées, como en las de causa litiásica y palúdica.

Debove ha estudiado la anatomía patológica y acepta la existencia de una hepatitis gomosa, semejante a la del recién nacido.

En el diagnóstico debe calificarse primero la cirrosis biliar, cuidando de no confundirla con las ictericias crónicas que se acompañan de hepatomegalia, sirviéndose de un modo general para su reconocimiento de la hipertrofia concomitante del hígado y bazo, así como de la ictericia sin decoloración de las materias fecales. Una vez hecha tal determinación se buscará el origen sífilítico, basándose primero en la evolución progresiva y no por poussées, el Wassermann positivo y en los signos de sífilis reciente que, generalmente, se encuentran.

b) En la forma **hepato-hiperesplenomegalia** hay un aumento considerable del volumen del bazo, presentándose así con los caracteres de una enfermedad de dicho órgano, pero la ictericia crónica y el aumento del volumen del hígado nos librarán de la confusión.

El diagnóstico se debe hacer con las diversas esplenomegalias, tales como la primitiva descrita por Debove y Bruhl, los tumores esplénicos, la enfermedad de Banti y las ictericias infecciosas esplénicas estudiadas por Hayem, que, en realidad, no tienen sino una variante de grado con esta for-

ma. Una vez catalogada ésta, falta reconocerle su origen específico, oportunidad en la cual se presentan las mayores dificultades y solamente las lesiones sífilíticas concomitantes nos acercarán a la posibilidad de hacerlo.

4º Las cirrosis venosas pueden manifestarse en dos formas principales: atróficas e hipertróficas.

Las investigaciones modernas han confirmado que la sífilis juega un papel más importante del que hasta ahora se le ha atribuido en la producción de ellas (Debove, Letulle, etc.); y así, hay autores que, sistemáticamente, han efectuado la prueba de Bordet-Wassermann en todos estos casos, y llegado a la conclusión de que la asociación de treponema y alcohol interviene, a menudo, eficazmente, en su producción.

a) En la cirrosis venosa atrófica de origen específico, se encuentra, generalmente, un hígado ficelé, acompañado de esplenomegalia y, como los individuos son, generalmente, específicos terciarios, se encuentran frecuentemente gomas en sus miembros inferiores. La prueba de Wassermann puede ser positiva en el suero y, si lo es en el líquido ascítico, adquiere los caracteres de un signo de mayor probabilidad. Sin embargo, la cirrosis sífilítica pura es casi imposible diferenciarla de la de Laennec, pues la noción etiológica de nada sirve: harán pensar en la lúes, con cierta reserva, la presencia de dolores vivos de perihepatitis y la existencia, bien difícil de comprobar, de bridas peritoneales, revelables a la auscultación como frotos. Esta diferenciación será únicamente segura en la autopsia al examinar las lesiones vasculares.

b) Las cirrosis venosas hipertróficas de origen sífilítico constituyen casos frecuentes de la clínica, de modo que, en presencia de un enfermo de esta naturaleza, se debe investigar los antecedentes, las manifestaciones terciarias, la prueba de Wassermann y aun insistir en el tratamiento de prueba.

5º La anemia esplénica o enfermedad de Banti, que fué el primero en describirla el año 1894, al presentar 50 casos correspondientes a 32 mujeres y 18 hombres, de los cuales 26 habían tenido buena salud, y en todas las historias faltaban los trastornos gástricos primitivos, las enfermedades del hígado y biliares, el paludismo o la sífilis. Esta forma morbosa fué confirmada en Italia por Maragliano, en Francia por Bret (1897); en América por Osler (1899) y entre nosotros, por el profesor García Guerrero (1903). Sin embargo, desde entonces, no han faltado autores que la han combatido como entidad patológica, considerándola, más bien como un síndrome provocado, a pesar de la negativa del profesor de Florencia, por múltiples causas (sífilis, paludismo, etc.)

6º La forma gomosa pura tiene en la literatura abundancia de observaciones; pero como la mayoría no fueron diagnosticadas en el vivo, se deja comprender el gran número de errores cometidos.

La anatomía patológica de esta enfermedad difiere considerablemente de las otras en que hay una alteración esclero-

gomosa, al revés de ésta, en que existen aisladamente los gomas, que no se acompañan de lesiones de aspecto cirrótico. Estos pueden desarrollarse en la cápsula o en el parenquima. En la perihepatitis gomosa la cápsula no sólo está interesada por el proceso gomoso sino que puede presentar también adherencias, surcos y cicatrices; las adherencias son el resultado de una peritonitis localizada y se hacen lo más a menudo con el diafragma, píloro, bazo, riñón, duodeno, colon ascendente, epiplon gástrico, etc. Se pueden encontrar también gomas nacidos en la periferie del hígado que invaden la cápsula y la levantan, formando tumores salientes de consistencia variable, que se perciben a través de la pared abdominal con la apariencia de cánceres. En el parenquima, los gomas se localizan de preferencia en las bandas de esclerosis y rara vez por fuera de éstas; por lo general, se encuentran cerca de la superficie y particularmente en la vecindad del ligamento suspensor; su tamaño varía desde el de un grano de garbanzo hasta el de un huevo de gallina.

En la forma gomosa pura, los síntomas pueden ser nulos, ya que este cuerpo extraño incluido en el parenquima y rodeado de una cápsula, no perturba las funciones hepáticas, ni provoca dolor, ictericia y ascitis. Otras veces se manifiesta por alguna complicación que permite relacionarla a su verdadera causa.

De una manera general, dos categorías de síntomas debemos estudiar en la sífilis gomosa: los unos funcionales y generales, que nada tienen que ver con el goma propiamente dicho y que son semejantes a los ya descritos en la forma habitual, y otros que corresponden más bien a accidentes en la evolución de dichos gomas, como ser: peritonitis, infecciones pulmonares, hemorragias gastro-intestinales, degeneración amiloidea generalizada, ictericia grave (por compresión de las vías biliares), ascitis considerable, etc. Una complicación extrema consiste en la comunicación de una caverna gomosa con las vías biliares, dando origen a la eliminación de sus productos, lo que se traduce generalmente por crisis dolorosas y violentas en el hipocondrio derecho, con fiebre, vómitos, que duran 3 a 4 días, repitiéndose a intervalos regulares y simulando una apendicitis, o un ataque de litiasis. Otra eventualidad la forma la fistula bronco-biliar, observada por Bruhl y esta clínica, en un caso de goma abierto en el pulmón derecho, que se acompañó de expectoración biliosa.

El diagnóstico de estos gomas sífilíticos es, por lo general, difícil y oscuro, y así lo ha dicho Chauffard, "a menudo no puede ser sino sospechado y aun los casos con todos los datos confirmatorios de sífilis quedará en suspenso, sin el examen necroscópico que lo ratifique".

En la literatura se encuentran numerosos errores, y así Curston declara que en 27 casos, solamente hizo el diagnóstico en 3 y los 24 restantes fueron tomados por tumores de otra índole.

La distinción con el cáncer nodular pri-

mitivo se puede hacer con cierta reserva por la presencia de esplenomegalia, ya que hay formas gomosas puras que se acompañan de pérdida de peso tan sensible como en el cáncer; si el cáncer es secundario, ya el diagnóstico adquirirá más precisión por los trastornos de otros órganos (estómago, recto, etc.)

El quiste hidatídico, por lo general, es más voluminoso, su forma redondeada, regular, lisa, su superficie no es dolorosa, y es renitente y elástico. Además, habrá que tener en cuenta el frémito, la eosinofilia, reacción de Weinberg, el crecimiento continuo y la ausencia de bazo grande.

El absceso hepático, en su evolución aguda, es fácil de ser diagnosticado (dolores localizados e irradiados, temperatura, disnea, coloración terrosa, etc.), pero, cuando la evolución es subaguda o crónica, las dificultades sobrevienen y el examen de la sangre adquirirá grande importancia (leucocitosis polinuclear), careciendo el hígado de los caracteres que presenta la sífilis gomosa.

A veces los gomas localizados en el borde inferior del hígado, y especialmente en la zona de la vesícula biliar, se acompañan de signos que simulan la colecistitis y la pericolecistitis.

Otra localización que ha dado lugar a equivocaciones es la paravesicular. El tumor, por su forma y sitio, aparenta una gruesa vesícula, presentándose al examen clínico el problema siguiente: ¿se trata de cáncer, quiste hidatídico o sífilis? A pesar de que los canales biliares y la vesícula no estén directamente interesados, la evolución de un tumor esclerogomoso en su vecindad inmediata y en su contacto, es susceptible de provocar verdaderos accidentes biliares que dificultan aun más la interpretación exacta del caso.

Hay gomas hepáticas que simulan la úlcera callosa gástrica o duodenal, o un neoplasma gástrico. Se hará la diferenciación en la primera por el vivo dolor despertado con la ingestión de los alimentos, de localización epigástrica y dorsal, por los vómitos que sobrevienen inmediatamente después de las comidas y que calman las crisis dolorosas, por las hematemesis y la hiperclorhidria; para la duodenal servirá el asiento del dolor que radica generalmente encima y a la derecha del ombligo, su aparición 3 o 4 horas después de las comidas, la frecuencia de las melenas y la rareza de hematemesis y vómitos. En el cáncer predomina la anorexia, los trastornos del quimismo estomacal (hipoclorhidria o anaclorhidria), la presencia de ácido láctico, la evolución rápida, y por fin, la caquexia.

Por último, deben recordarse en el diagnóstico los tumores renales, la peritonitis tuberculosa y los neoplasmas del colon transversal y epiplon.

7º La degeneración amiloidea casi nunca se presenta aislada en el hígado, sino acompañada con igual lesión renal, esplénica o intestinal; aunque es la localización más frecuente. En la sintomatología se encuentra un hígado hipertrofiado uniformemente, duro, liso y de borde anterior romo; casi

siempre hay esplenomegalia y trastornos derivados de los otros órganos (vómitos, diarrea, albuminuria, anemia, edemas, ascitis y pérdida de las fuerzas). El diagnóstico se hará con todas las hipertrofias del hígado, buscando la noción causal.

Aunque la forma de grueso hígado aparece claramente diseñada en nuestro paciente, hemos creído indispensable recoger en este largo artículo los conceptos difundidos en la literatura moderna de la sífilis terciaria.

CLÍNICA OBSTÉTRICA DE LA FACULTAD DE  
MEDICINA  
HOSPITAL DEL SALVADOR  
SERVICIO DEL PROFESOR MÖNCKEBERG

## INDICACIONES

DE LA

# INTERRUPCIÓN TERAPÉUTICA DEL EMBARAZO

por el

Dr. Juan A. PUGA M.

Ayudante de la Clínica

(Conclusión)

**Endometritis deciduales.** — Se conoce bajo este nombre a cierto número de alteraciones de la caduca uterina, que aunque tienen un origen muy diferente, pueden bajo el punto de vista clínico, ocasionar las mismas complicaciones.

Las endometritis son frecuentes durante el embarazo, lo que no debe asombrarnos, ya que todas las enfermedades que pueden afectar a la mujer en cinta, son susceptibles de ejercer una acción directa o indirecta sobre la caduca. Esta membrana sufre, en efecto, de tales modificaciones de estructura y de vascularización, bajo la influencia de la gestación, que presenta por esto, casi siempre, una menor resistencia ante las afecciones del organismo materno.

Sus causas, anatomía patológica, su división clínica y su evolución, por ahora no nos interesa. Diremos sólo que, cual más cual menos, tienen un pronóstico casi siempre favorable, por lo menos en cuanto a la vida de la madre se refiere. Por ahora sólo nos interesa una sola eventualidad, o más bien, un solo cuadro clínico de ellas: "La endometritis de forma hemorrágica", que a veces se acompaña de fenómenos tan graves, que pueden llegar a poner en serio peligro la vida de la embarazada. Cuando en esta enfermedad la hemorragia ha sido muy grande y el estado de la enferma es inquietante, puede discutirse la oportunidad de la interrupción artificial del embarazo.

En vista del pronóstico grave que la endometritis hemorrágica comporta para la mujer grávida, algunos autores han querido fijar síntomas para saber cuándo la prosecución del embarazo lleva en sí un peligro inmediato para la vida de la madre y poder así fijar el criterio del médico, sobre el momento en que debe intervenir. Los unos han tomado en cuenta la frecuencia del pul-

so para indicar la interrupción del embarazo, diciendo que se podría proceder a efectuarla cuando éste permaneciera sobre 100 pulsaciones por minuto. Los otros, en cambio, toman como base para decidir la intervención, el examen de la sangre; entre estos últimos, Bonnaire, Macé y Duvraigne, proceden a provocar el aborto, cuando el número de hematies ha bajado de dos millones y el porcentaje de hemoglobina ha descendido a 35 en el hemoglobímetro de Gowers.

Diremos que más bien que en síntomas aislados y aun extremos, debemos proceder con un criterio más ecléctico y fijarnos en el examen general de la enferma, ya que pueden presentarse casos en que el estado de la embarazada sea muy grave, aunque ni el pulso haya subido de 100 pulsaciones por minuto, ni el número de hematies haya bajado de dos millones.

**Desprendimiento de la placenta inserta en sitio normal.** — Cuando el feto es expulsado de la cavidad uterina, la retractilidad y contractilidad de la matriz provocan el desprendimiento de la placenta, al mismo tiempo que las fibras musculares que rodean a los vasos sanguíneos, por su contracción, sirven de hemostáticos (ligaduras vivas de Pinard). Mas, si por efecto de causas, que aquí no es del caso mencionar, la placenta se desprende parcial o totalmente antes que el feto haya salido de la cavidad uterina, el efecto hemostático de las fibras musculares no se realiza, trayendo esto como consecuencia, la producción de una hemorragia de abundancia y caracteres distintos, según la zona placentaria desprendida.

Debido a este desprendimiento prematuro, dos eventualidades pueden presentarse:

I. Algunas veces no sale al exterior ni una sola gota de sangre, quedando acumulada entre la pared del útero y la placenta. Si el derrame es abundante, la mujer acusa una sensación de tensión y plenitud a nivel del útero, y palpando esta parte se percibe una zona blanda y elástica (signo poco frecuente). Son las hemorragias internas, que pueden producir los síntomas de anemia aguda y aun la muerte de la enferma de un modo inesperado y rapidísimo.

II. En otros casos la sangre puede escurrirse por entre la pared del útero y las membranas, saliendo por la vagina al exterior. Se comprende que el diagnóstico es aquí fácilmente hecho. Son las hemorragias externas o mixtas.

El pronóstico para el niño en el desprendimiento prematuro de la placenta es por demás grave; casi todos ellos sucumben, asfixiados por falta de circulación, mucho antes que se presenten los primeros síntomas de parte de la madre. Para la vida de la embarazada, también el pronóstico es gravísimo, dependiendo en general de la extensión del desprendimiento placentario.

Se comprende la dificultad de asegurar la hemostasis en semejantes casos. En efecto, todos los procedimientos que se han señalado, como: lavados vaginales calientes, el taponamiento vaginal, la ruptura de las membranas, etc., no han dado resultado alguno.

Para cohibir definitivamente estas hemorragias, no contamos sino con un solo medio seguro: la evacuación del útero, ejecutada lo más rápidamente posible. Así, pues, en todo caso de desprendimiento prematuro de la placenta, la interrupción inmediata del embarazo se impone como único medio de salvar la vida de la madre.

**Placenta previa.** — Las hemorragias producidas por la placenta inserta viciosamente, constituyen accidentes de los más graves que pueden presentarse durante el embarazo o principios del parto. La gravedad para la madre depende, principalmente, de la oportunidad del tratamiento y de la intensidad con que se presente la pérdida de sangre.

El feto pierde la vida en un número muy grande de casos, no porque la sangre que se derrame le pertenezca, sino porque la separación de una parte más o menos grande de la placenta, significa para el feto deficiencia de hematosis, con muerte consiguiente por asfixia.

La gravedad de la hemorragia aumenta, por regla general, cuando más grande es la proximidad de la placenta al orificio del cuello del útero; así, la placenta central es con mucho más grave que la marginal, y ésta más que la lateral.

Generalmente, es en plena salud, sin causa aparente y sin el menor dolor, y aun durante el sueño, cuando la hemorragia se produce; la mujer se siente mojada y se da cuenta que su ropa está manchada de sangre; la pérdida está constituida por sangre roja y líquida. Al cabo de algunas horas o días, la hemorragia cesa completamente y la mujer puede volver a su vida normal. En efecto, es casi la regla que la primera hemorragia sea poco abundante.

Pero, desgraciadamente, se producen recidivas y al cabo de algunas semanas se ve sobrevenir una nueva hemorragia, y esta vez más abundante que la primera; y en seguida una tercera, con un intervalo menor y que pone ya a la enferma en estado de anemia aguda, pudiendo la embarazada sucumbir a consecuencia de una última pérdida, a veces poco abundante. Hay que advertir, que también la pérdida puede ser única, para no reproducirse más que en el momento del trabajo y siempre con los mismos caracteres.

Por consiguiente: hemorragia externa, indolora, constituida por sangre líquida, roja y recidivante con intervalos más o menos cercanos, y en la última mitad del embarazo, significa casi siempre hemorragia debida a una inserción viciosa de la placenta.

En los casos de placenta previa está indicada la interrupción del embarazo:

a) Cuando habiéndose producido ya tres o cuatro hemorragias de pequeña o mediana intensidad, observemos la repetición del síntoma;

b) Cuando habiéndose producido una sola hemorragia, ésta haya sido tan considerable que amenace la vida de la madre por anemia aguda.

La intervención que se elija dependerá de las circunstancias y condiciones que acompañen a cada caso en particular.