

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

DIRECTOR
 Dr. Oscar Fontecilla
 Jefe de Clínica Médica

SECRETARIO GENERAL de la REDACCIÓN:
 Dr. Alejandro Garretón Silva
 Ayudante de Clínica Médica.

SECRETARIO DE REDACCIÓN:
 Para la parte médica:
 Dr. Gregorio Lira
 y Florencio Garín R.
 Ayudante de Clínica Médica

Para la parte quirúrgica:
 Dr. Manuel Martínez G.
 Ayudante de Medicina operatoria.

COMITÉ CIENTÍFICO

S. S. 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
 J. Ducci L. Calvo M. A. Larraguibel
 C. Pardo C. A. C. Sanhueza L. Córdova

S. S. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

F. de Amesti S. Sepúlveda G. Grant B.
 E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto

ADMINISTRADOR:
 G. Campaña Gandarillas

Todo asunto relativo a la Redacción debe dirigirse al Secretario General: Maestranza, 463, o al Hospital San Vicente de Paul (en las mañanas).

Todo asunto relativo a la Administración debe dirigirse al Administrador: San Isidro, 330.

Suscripciones:
 PARA TODO EL PAÍS

Por un año..... \$ 20.—
 A los estudiantes de medicina. - 12 —
 Número atrasado..... - 1.50

Las suscripciones son sólo por un año.

SUMARIO

Texto.

C. FIGUEROA H.—Nefritis crónica hematórica, p. 73.
 M. MARTÍNEZ.—Perforaciones intestinales en la fiebre tifoidea, p. 74.
 V. M. AVILÉS.—Embarazo gemelar univitelino complicado de hidroamnios agudo (i fig.), p. 76.
 G. LATORRE.—Vómitos incoercibles del embarazo. Su tratamiento por la intervención de Cope-man, p. 77.

Sociedad Médica, p. 78.

Revista de Tesis, p. 80.

Anexo:

El Prof. Calvo Mackenna es nombrado Miembro Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Madrid, p. 73.

PEDRO PRADO EN EL CÍRCULO MÉDICO DE LETRAS.—CRÓNICA.—REVISTA EXTRANJERA, p. 74.

El Prof. Luis Calvo Mackenna

es nombrado Miembro Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Madrid

Por informaciones recibidas desde España hemos tenido conocimiento de que la Real Academia de Medicina de Madrid ha conferido el título de Miembro Correspondiente al Doctor don Luis Calvo Mackenna.

Nada más grato para nosotros que dar a conocer esta noticia desde estas columnas, ya que esta distinción no sólo es un nuevo mérito que agrega a los muchos que tiene el doctor Calvo Mackenna, sino que alcanza a todos nosotros, pues su personalidad está ligada estrechamente con numerosas corporaciones médicas nacionales, especialmente con la Facultad de Medicina y con la Sociedad Chilena de Pediatría.

El doctor Calvo Mackenna es Profesor

Extraordinario de Clínica de Enfermedades de Niños en la Facultad de Medicina y es también Médico del Hospital de Niños Roberto del Río.

El Profesor Calvo Mackenna fué uno de los principales iniciadores para la fundación de la Sociedad Chilena de Pediatría y una vez organizada esta institución fué nombrado Presidente, cargo que dejó sólo cuando partió en viaje al extranjero. Ha formado parte, también, de numerosos Directorios de la Sociedad Médica y últimamente fué Vice-Presidente de esa corporación.

Desde aquí enviamos nuestro saludo al Profesor Calvo Mackenna por esta designación, al mismo tiempo que nos congratulamos, porque en todas estas cosas vemos un positivo acercamiento entre los médicos españoles y los chilenos, acercamiento que deberá culminar en el próximo Congreso de Sevilla, hasta donde es de desear sinceramente que la delegación de la Facultad de Chile lleve nuestra representación.

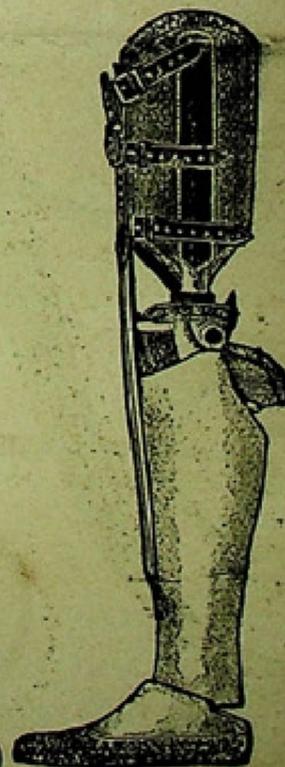
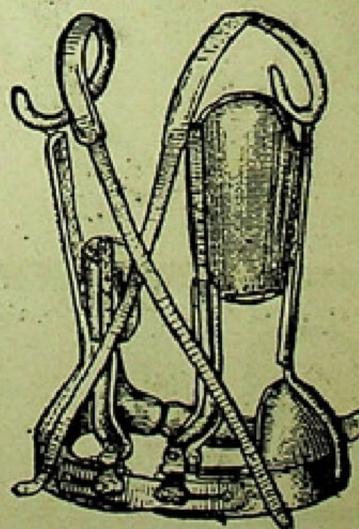
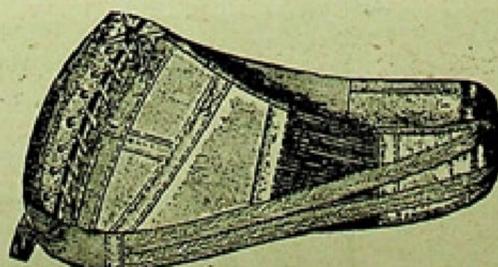
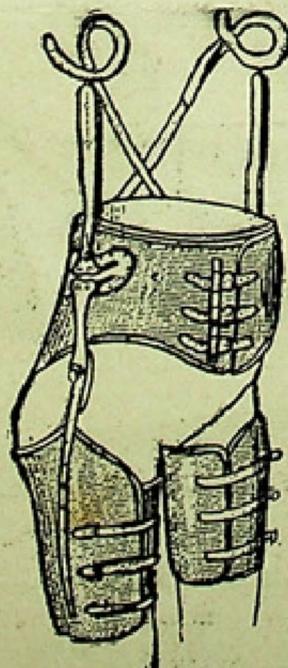
INSTITUTO ORTOPÉDICO ALEMÁN

SANTIAGO — San Antonio 548
 Casilla 3494 — Teléfono Ing. 4388

Aparatos para Coxalgia, Parálisis, Pie Bot, Varus, etc.
 Corsés de cuero cutil celuloide para mal de Pot. Escoliosis, etc.

Muletas, Bragueros, Espalderas, Medias elásticas, Fajas en todas sus formas.

Aparatos eléctricos científicos, sol artificial, instrumentos y artículos para cirugía en general.



Pídase el Catálogo General Ilustrado que se remite gratis a la vuelta de correo

Pedro Prado en el Círculo Médico de Letras

El anuncio de que Pedro Prado disertaría en el Círculo Médico de Letras había despertado extraordinario interés entre sus numerosos admiradores.

Pedro Prado representa uno de nuestros más puros y legítimos valores intelectuales y artísticos. Agréguese a eso su simpatía personal y se explicará la selecta como nutrida concurrencia que se congregó para escucharlo.

Con una sencillez y una naturalidad que ojalá hicieran escuela, el autor de la "Princesa de Rappa Nui" nos fué contando cómo se generó en su espíritu la obra que luego dará a la estampa con el título de "Un Juez Rural" y de la cual nos leyó — a modo de generosa primicia — cuatro o cinco fragmentos de una belleza incomparable.

No sabemos qué admirar más en Pedro Prado: su arte exquisito de exponer o su fina y originalísima manera de concebir. Queda dicho que este poeta, amable y singular, es al propio tiempo un notable estilista y profundo pensador.

"Un Juez Rural" — de cuyo valor conjunto nada podemos adelantar — será un libro interesante en grado sumo y que todos esperamos con impaciencia.

La conversación de Pedro Prado dejará un recuerdo imborrable en el Círculo Médico de Letras.

LA PUERICULTURA ⁽¹⁾

Al arte de criar a los niños ha debido suceder el conjunto de conocimientos organizados y metódicos que enseña hoy la Puericultura. Aunque en concepto de Herbert Spencer sea imposible precisar el lindero que nos autorice para decir "aquí comienza la ciencia", es lo cierto que la ciencia de la Puericultura ha nacido en Francia.

Lo que no impidió, sin embargo, que una sonrisa de sorpresa se dibujara en los rostros de los ilustres colegas de Pinard, cuando hace cosa de unos treinta años pronunció por primera vez aquel nombre bajo las bóvedas de la Academia de Medicina. Desde aquel día (1895) ha sido tan rápida la vulgarización de este nombre que en la hora actual casi todo el mundo se sirve de ella, por desgracia, sin saber exactamente lo que significa ni mucho menos comprender todo el alcance enorme que comporta.

La Puericultura es la ciencia que tiene por objeto investigar, estudiar y aplicar todos los conocimientos relativos a la reproducción, conservación y mejoramiento de la especie humana.

Cuatro son los grandes capítulos en que se la puede dividir:

1. Puericultura antes de la procreación.— El objeto esencial de este capítulo es la salvaguardia de los elementos reproductores de todo ser humano normal; hombre o mujer.

Ninguna semilla de mala calidad de un ser

(1) Lección inaugural del Prof. Pinard, de París, pronunciada a fines de 1923 en la apertura del curso anual de la Escuela de Puericultura de la Facultad de Medicina de aquella capital.

vivo, animal o vegetal, podrá dar frutos buenos, hermosos y duraderos.

Los elementos de reproducción, transmitidos por los padres y que son los primeros en aparecer en el momento de la formación del embrión, dormitan en ambos sexos hasta el comienzo de la pubertad. Ante los ojos de todos comienza ésta con la aparición de los que se denominan caracteres sexuales secundarios: cambio de la voz, desarrollo más o menos acentuado del sistema piloso, en las niñas por el crecimiento de las glándulas mamarias, y, además, en estas últimas, por la hemorragia periódica, hemorragia que, sea dicho de paso, en toda niña normal debe ser armoniosamente periódica.

Yo hablo e insisto en el período de la pubertad, que no debe confundirse, como con sobrada frecuencia se hace, con el de la nubilidad o aptitud matrimonial. En ese período es, pues, cuando nace el instinto de la reproducción y se produce la tarea del individuo por la especie.

El instinto de la reproducción, cuyo objeto es la conservación y la perpetuación de la especie, sin discusión el más noble, el más elevado y más poderoso, ya que los otros, como el de la nutrición, tienden sólo a la conservación del individuo, ese instinto, sostengo yo, resulta que es el único de que no se haya preocupado ni la instrucción ni la educación. Todo está por hacerse en su dominio, y la tarea más urgente es civilizar, ilustrar. Hay que llevar, en otros términos, el convencimiento para que todo acto instintivo de esta naturaleza, sea la resultante de una voluntad reflexiva y consciente, puesto que todo acto exclusivamente instintivo degrada al hombre al nivel de la bestia, cuando no a veces, más abajo aún. De donde resulta que se debe amar y respetar a sus hijos desde antes que existan en realidad.

Higiene íntima de la mujer

Poderoso desinfectante y antibacilar

MUESTRA GRATIS

Goyénèche, Vidon y Cía.

Santiago-Chile - Estado 154

Hoy día, en que no se atribuye influencia alguna a la Fatalidad ni a la Providencia en las procreaciones, es indispensable también que no dejemos al dios de la Casualidad que las presida, como desgraciadamente sucede con tanta frecuencia. Es necesario, en consecuencia, que la voluntad reflexiva y consciente sea iluminada y guiada por la higiene, dicho de otro modo, por la eugenesia.

Habremos franqueado una de las más grandes etapas de la humanidad el día en que hayamos realizado ese hecho.

¿Qué de veces no he oído en el curso de mi ya larga vida profesional, a padres desgraciados, desesperados por un mal nacimiento exclamar: "¡Ah! ¡Si nosotros hubiéramos sabido!"

No pudiendo insistir más en este capítulo, que reclama imperiosamente para toda procreación el optimum fisiológico de parte de los padres, resumo mi pensamiento diciéndoos que constituye la primera salvaguardia capital de toda vida humana.

Cuando se esté convencido de esta idea, ¿cómo se va a reducir el número de los miserables seres humanos víctima de la ignorancia de sus procreadores, y cómo va a aumentar el número de los padres felices!

He ahí en perspectiva una hermosa cruzada, y nosotros deseamos hacer de todas ustedes otras tantas cruzadas de esta hermosa obra; contamos con ustedes.

2. Puericultura desde la procreación hasta la llegada del niño al aire exterior o medio ambiente. — La Puericultura, desde la procreación hasta el nacimiento del niño, es la vigilancia higiénica de la gestación (vulgarmente embarazo). Nuestro objetivo durante todo ese período es la salvaguardia de las dos personalidades humanas que están en acción: la madre y el niño.

Esta primera vida: gestación, vida oculta para el niño, vida de parásito, que dura nueve meses, debe realizarse en condiciones higiénicas especiales. El niño debe llegar al mundo exterior en pleno estado de madurez.

Desgraciadamente, en la hora actual, la mitad de los niños nacen antes de haber efectuado su desarrollo completo; nacen antes de término, según la expresión corriente; son prematuros.

Yo no puedo, a este respecto, sino repetir, proclamar una vez más este aforismo: **El niño que nace a término tiene el mayor número de probabilidades de llegar a ser un ser sano, vigoroso e inteligente.**

Y sin embargo, yo puedo asegurar, sin temor de ser desmentido, que la higiene de la gestación ha nacido solamente en los últimos veinticinco años del siglo que acaba de pasar. Sólo en esa época surgieron numerosos trabajos que revelaron la causa más frecuente y más poderosa de los nacimientos prematuros y se indicaron los medios para remediarla.

Fué en la misma época, gracias a los progresos realizados en los procedimientos de exploración obstétrica, cuando se comprobó que se podían reconocer durante la gestación las malas posiciones, las malas presentaciones del niño, que matan con frecuencia a la madre y al niño, modificarlas fácilmente y hacerlas desaparecer antes del nacimiento, y verificar también la existencia de gestaciones múltiples.

Hay, en fin, un accidente que sobreviene por el hecho mismo de la gestación, sea durante el curso de ella, o inmediatamente después, o aun durante el parto mismo, accidente que con sobrada razón, por lo demás, sobrecogía de espanto a las madres, parteros y matronas, puesto que era frecuente-

mente mortal para la madre a la vez que para el niño: convulsiones de las embarazadas o eclampsia de las púerperas.

Este accidente puede ser evitado casi siempre; basta para ello examinar, a intervalos repetidos, la orina de la madre durante los tres últimos meses de la gestación. Este examen permitirá reconocer oportunamente el peligro y evitarlo inmediatamente: se evitará así el accidente mortal a la vez que se conjura también la muerte.

No puedo entrar en mayores detalles acerca de este capítulo tan importante. Deseo sí, que grabéis bien en vuestro espíritu los dos puntos siguientes: 1) Toda madre en estado de gestación debe absolutamente vivir en condiciones higiénicas especiales, indispensables para su propia salud, ya que la gestación, lejos de ser una enfermedad, es un estado fisiológico, normal en consecuencia, y también para el desarrollo regular y completo de su hijo; 2) toda madre en estado de gestación debe ser sometida a una vigilancia competente, sobre todo en los cuatro últimos meses, para evitar las malas presentaciones, los malos partos y otros accidentes que pueden sobrevenir y que se pueden prevenir.

Pues bien, lo que nosotros deseamos es que todas ustedes, postulantes de certificados o de diplomas, sean otros tantos agentes competentes de esta supervigilancia pura y exclusivamente higiénica.

3. Puericultura en el momento del nacimiento. — Durante la realización de este acto de la reproducción la higiene debe reinar como reina y señora absoluta, sin lo cual podrían sobrevenir los más graves accidentes. Ahora bien, sabed una vez por todas que: nada de lo que debe estar en contacto con la parturienta o recién desembarazada

Llamamos la atención de los señores MÉDICOS sobre los espléndidos resultados, obtenidos con el específico alemán **Hormin** en el tratamiento de las enfermedades de insuficiencia sexual.

(COMPOSICIÓN)

HORMIN masculino
Testes, Prostata,
Visic. sem., Thireoidea, Hipophisis
Pancreas.

HORMIN femenino
Ovarium, Corp. lut.,
Thireoidea, Hipophisis,
Pancreas.

En frascos de 30 tabletas y cajas de 10 ampollitas esterilizadas de 1 ccm.

Muestras y literatura a disposición de los facultativos, prospectos a quien los solicite.

IMPORTADORES:

Guttman, Maurer & Cia.

Moneda 1065 — SANTIAGO — Casilla 85 D.

TÉCARINE

(Homocafeinato de sodio)

NUEVO DERIVADO SOLUBLE Y NEUTRO DE LA TEOBROMINA

Diurético, desclorurante

Presentación: LA TÉCARINE se presenta:

1.º en comprimidos dosificados a 0 gr. 25 para administración por vía bucal.

2.º en ampollas de 2 c. c. conteniendo 0 gr. 25 de producto activo.

Literatura y muestras a disposición de los médicos

Los establecimientos **POULENC Frères - París**

AGENTE ÚNICO PARA CHILE:

J. B. DIDIER

San Pablo 1340

Casilla 61 - Teléfono 3018

SANTIAGO

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Bruening Hoechst A/Main (Alemania)

AGENTES EN CHILE:

ALERT y Cía. Compañía 1289 - Casilla 1932
Teléfonos Nac. e Inglés 203



Neosilbersalvarsán - Compuesto de Silbersalvarsán y Neosalvarsán para el tratamiento intravenoso de las manifestaciones luéticas.

Melubrina - El antireumático poderoso y de reconocida eficacia.

Novocaína - Anestésico local. Recomendamos especialmente las especialidades (tabletas y ampolletas) con Suprarrenina. Anestesia local y medular.

Hexophan - El nuevo remedio contra la gota: sumamente activo

Anestesina - Del Dr. E. Ritsert. Anestésico local casi insoluble

Pegnina - Preparado de cuajo y lactosa; para el tratamiento de la leche según el procedimiento del Prof Dr. von Dungern.

Nutrosa - (Caseinato de sodio) Alimento de régimen de fácil digestión; preparación de leche albuminosa artificial.

Tusol - Amigdalato de antipirina; medicamento por excelencia contra las toses convulsivas.

Albargina - Combinación de gelatosa y nitrato de plata; compuesto de plata bactericida no irritante.

Rivanol - Antiséptico panterápico de acción superficial y profunda. de gran efecto específico contra los cocos piógenos (estreptococos, estafilococos, gonococos).

==== Muestras y literatura a disposición de los señores médicos =====

está jamás bastante puro. En otros términos, las reglas concernientes a la aplicación de la asepsia deben ser respetadas y aplicadas con rigurosa severidad. Uds. aprenderán muy pronto aquí lo que hay que hacer mientras llega el médico o la matrona.

Pero hay que prever el caso, que está lejos de ser raro, en que el parto se efectúa espontáneamente, antes de la llegada de la matrona o del médico. En tal caso, ¿qué es lo que puede y debe hacer la cuidadora competente en puericultura, pero extraña a la medicina? Y sobre todo ¿qué es lo que no debe hacer? Pinard ha expuesto este tema en un pequeño libro publicado hace ya algunos años: *L'enfant*.

4. Puericultura después del nacimiento.— Este capítulo comienza con la llegada del niño al mundo exterior, a la luz, pero ¿cuándo se termina? Todo indica que no debe terminar sino en la época de la pubertad, en el momento en que principia a actuar el individuo, el sexo, en favor de la especie. Y bien, la anatomía, la fisiología, la patología y la observación demuestran que la puericultura debe variar con la edad del niño.

Yo considero, por mi parte, que el niño tiene necesidad de una supervigilancia, de una protección especial y competente, desde su nacimiento hasta la edad de tres años. Esta fecha, que no tiene absolutamente nada de preciso, es necesaria desde el punto de vista legal. Me explico.

La observación atenta y prolongada ha demostrado que en el momento del nacimiento el organismo del niño se encuentra casi desprovisto de todo medio de defensa. Además, la evolución de cada grupo dentario de la primera dentición, pone al niño en estado de menor resistencia, en estado de aptitud para las recepciones mórbidas, según los términos consagrados en puericul-

tura. Ahora bien, el vigésimo diente, es decir, el último, no aparece en muchos niños sino en el curso del tercer año.

La protección — o más exactamente el embrión de protección — inscrita actualmente en la tabla de nuestras leyes, no va más allá del segundo año. Sin embargo, cierto número de niños no han efectuado todavía en esa edad su primera dentición. Son, pues, justamente estos últimos los que tienen mayor necesidad de ser supervigilados y protegidos, porque muy a menudo una dentición retardada no es otra cosa que la manifestación de un estado anormal del organismo infantil, lo mismo que la marcha tardía de un niño es, muy frecuentemente, una manifestación de un estado anormal que reclama un tratamiento médico.

Yo sé bien que los niños pueden o deben ir, después del decreto de 1887, a las escuelas maternas o infantiles para que reciban allí los cuidados necesarios para su desarrollo físico, moral e intelectual. Pero hasta el presente, por lo menos, este precepto no ha ido más allá del papel.

La verdadera organización de la vigilancia higiénica infantil competente, o de la vigilancia médica, como incorrectamente se dice, está todavía por hacerse. Si la primera infancia no tiene duración precisa, pasa exactamente lo mismo con la segunda.

La pubertad está lejos de aparecer en ambos sexos en la misma época. Pero se la reconocerá siempre por la aparición de los caracteres sexuales secundarios de que os he hablado ya.

En ellos también el retardo o la ausencia de esos caracteres, de esos síntomas, deberá considerarse como una indicación de intervención médica, y esto, a pesar de que el niño presente, por lo demás, un estado general perfectamente normal. La visitadora de

higiene maternal e infantil, la enfermera escolar, deberá tener siempre presente en el espíritu las nociones que yo acabo de bosquejar tan someramente.

Dicho esto, vuelvo a la puericultura de la primera edad.

Por hoy, habré de limitarme exclusivamente a los preceptos. Pero antes de exponerlos, quiero llamar vuestra atención a este hecho capital: De todos los animales vertebrados ninguno hay que aparezca más desheredado que él en el momento del nacimiento. Está desnudo, no tiene nido, es absolutamente incapaz de buscar o elegir su alimentación.

Pero, espontáneamente, automáticamente, a consecuencia de una acción refleja, desde el momento que abandona el claustro materno, se produce en el recién nacido un gran acto fisiológico: la respiración, que caracteriza la vida exterior, que la mantiene, y que no podría detenerse por largo tiempo sin acarrear la muerte.

Además, como consecuencia igualmente de una acción refleja, el recién nacido puede tomar con sus labios el pecho o más bien el mamelón, cuando se le pone en la boca de una manera conveniente, y esta prehensión bucal determina bien pronto, y siempre por acción refleja, movimientos de succión y de deglución.

Al conjunto de estos movimientos que se suceden o deben sucederse de una manera normal, es al que denominamos mamada.

Y en esto consiste toda la riqueza natural del niño en el momento de su nacimiento.

Esto permite comprender fácilmente por qué el pobrecito de ser humano expulsado del seno materno, donde encontraba sin ningún esfuerzo el alojamiento y el alimento, sufre de su nuevo estado y muere con sobrada frecuencia a los pocos días de haber

"Calciline"

RECALCIFICACION

REMINERALIZACION

COMPRIMIDOS	GRANULADO
de Sales Cálcidas Fluoruradas	
ADRENALINADA	METILARSINADA
en granulado solamente	
Pos: 2 comprimidos o una medida	
en un poco de agua antes de cada comida	
Niños ½ dosis	
CONCESIONARIO PARA CHILE	
Am. Ferraris - Casilla 29 D - Santiago	

Prescribir: **Cal-ci-li-ne**

STANNOXYL Sana la Forunculosis

STANNOXYL Mata el Estafilococo

STANNOXYL Más activo que las vacunas y levaduras

STANNOXYL Contiene un estaño puro exento de plomo

STANNOXYL Es perfectamente tolerado. No es tóxico

STANNOXYL 2 comprimidos diarios o 1 inyección de 2 c. c.

EL PROFESOR

M A R F A N

aconseja en el tratamiento de la
heredo lúes, la fórmula de las

GOTAS DIXI LEROY

Tónico reconstituyente para los niños de pecho



Solución de Lactato de Hg. al 1‰
en un delicioso licor de anís

LABORATORIOS RECALCINE

EN LA MEDICACIÓN IODADA

Es preciso distinguir un producto de iodo fisiológico de una mezcla que contenga iodo.

CINETGENOL

(ENERGIA ENGENDRO)

Todo fisiológico en solución que representa 5 por ciento de iodo, para tomar en dosis de 10 a 20 gotas dos veces al día.

EL CINETGENOL es un cuerpo definido, que por su constitución molecular responde con toda precisión a las características de los compuestos que actúan dentro del organismo humano.

Es, con toda propiedad, una sustancia fisiológica, que bajo la acción vital, se desempeña en un determinado orden reflejo, como los propios hormones o fluidos viscerales.

Por esta razón, el efecto de sus dosis equivale a muchas veces a los del iodo en simples mezclas, y más aún, al estado de sales.

De aquí que el CINETGENOL se comporta como un poderoso e incomparable específico contra:

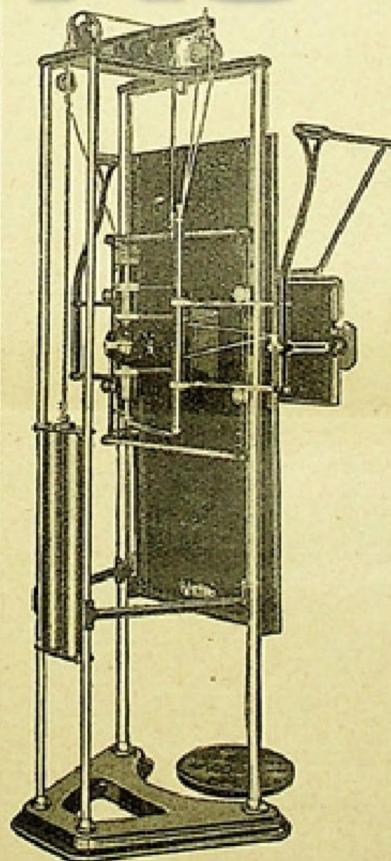
- Las irregularidades cardíacas.
- Incidencias en la circulación sanguínea.
- Afecciones artríticas y derivados consecuenciales.
- Propensión a resfríos y deficiencia calorífica.
- Exudaciones de las vías respiratorias, romadizos, toses, flemas y desgarros bronquiales.

LABORATORIO CORTES

SANTIAGO

—

CHILE



MESA VERTICAL PARA
FLEUROSCOPIA

VICTOR

X-RAY CORPORATION

Fabricantes
de aparatos para

FLEUROSCOPIA
RADIOSCOPIA
TERAPIA
ALTA FRECUENCIA

TUBOS COOLIDGE
LAMPARAS DE CUARZO
MASAJEROS ROTATORIOS
CENTRÍFUGOS, etc.

◀◀

MANTENEMOS UNA
EXISTENCIA DE REPUES-
TOS, TUBOS COOLIDGE,
PELÍCULAS VICTOR,
etc.

▶▶

INTERNATIONAL MACHINERY Co.

AGENTES EXCLUSIVOS

MORANDÉ 530

—

SANTIAGO

nacido, aun cuando esta última le haya sido fácil.

En efecto, todas las estadísticas de la mortalidad infantil demuestran de una manera indiscutida e indiscutible, que el niño corre tanto más riesgo de muerte cuanto más joven es.

¿Qué se debe hacer para impedirle que muera? Cuatro cosas:

1) Asegurar desde luego el libre juego de la respiración, condición indispensable para la mantención de la vida;

2) Asegurarse de que toda su conformación es normal;

3) Sustraer al niño a las intemperies; porque, no lo olvidéis jamás, el frío es el enemigo del niño. El medio interior en que se llevó a cabo su primera vida — su vida oculta — poseía una temperatura superior al medio exterior en que se encuentra ahora; hay, pues, que suministrarle un nido higiénico, puesto que no tiene ya uno natural, para protegerlo contra los traumatismos, tanto más peligrosos cuanto que su equilibrio carece de estabilidad.

4) En fin, alimentarlo.

Cuando os he dicho hace poco, al hablar de la mamada, "he ahí toda la riqueza del recién nacido", yo he sido incompleto, profundamente incompleto.

En efecto, todo niño tiene un padre y una madre, y ésta pertenece a la clase de los vertebrados que nuestro gran Cuvier llamó mamíferos, término sugestivo por excelencia.

Esta clase, que comprende a todos los animales más elevados en su organización, comprende, naturalmente, al hombre y se caracteriza por las glándulas especiales, llamadas mamas, que secretan la leche destinada a la alimentación de sus hijos.

He ahí una de las grandes causas de la

perpetuación de la raza humana. Sí, incuestionablemente, en los tiempos prehistóricos, la selección natural, tan admirablemente puesta en relieve por C. R. Darwin, ha permitido perpetuarse a los hombres más vigorosos e inteligentes. Pero este resultado no ha podido ser alcanzado sin la colaboración omnipotente de la mujer, que da instintivamente a su hijo su leche y su corazón. No había otra puericultura en aquellos tiempos, y esta puericultura primitiva subsistirá siempre como la base fundamental de toda ciencia que se ocupe del desenvolvimiento del niño.

Pero nuestra pretendida civilización no se ha detenido en su empresa de batallar en contra de la selección natural. Ella ha perturbado, aminorado o aniquilado el instinto maternal y tutelar, lo mismo en la mujer que en la mayor parte de los animales sometidos por las necesidades del hombre a la domesticidad.

En la actualidad, numerosas mujeres no quieren o no pueden realizar el grande y último acto de la función de la reproducción: "La maternidad del pecho", y esto como consecuencia de una mala educación, o a causa de su ignorancia, y además, con sobrada frecuencia, porque nuestro abominable estado social no procura a todas las madres los medios materiales que les permitan amamantar a sus hijos.

No faltará quienes digan que no soy sino un viejo revolucionario al calificar tan duramente y tan injustamente el régimen social bajo el que vivimos. Pues bien, voy a decirlo honradamente: no se engañan. Desde ese punto de vista, sí, yo soy un revolucionario intransigente, porque con toda la vehemencia de mi corazón ansío la revolución, que yo querría venir muy pronto, que nos suministrara al fin los medios de atenuar y has-

ta de hacer desaparecer completamente esta horrorosa lepra social: Las madres que sufren y los hijos que se mueren.

¡Oh! ¡Sí, que venga al fin esa revolución!

Pero mientras la esperamos en una impaciencia vibrante y febril, esforcémonos en la Escuela de Puericultura de la Facultad de Medicina de París, en estudiar y enseñar la Maternidad del pecho, lo que por desgracia no pude yo realizar durante los cuarenta años en que tuve sólo el honor de enseñar la maternidad de la sangre.

Voy tal vez a asombraros, y presentarme acaso como demasiado severo, pero es preciso que os diga que hasta los últimos años, entregábamos los diplomas de médicos o de matronas, a personas que ignoraban por completo la maternidad del pecho. Por extraño y desagradable que parezca, el hecho es rigurosamente exacto y yo lo proclamo muy en alto.

¿Dónde está la causa de este lamentable estado de cosas que ha tenido como resultado la muerte de tantos niños? En el hecho de que el material universitario indispensable hacía falta totalmente.

Ahora bien, este material lo tenemos ya, puesto que poseemos un Pabellón de amamantamiento y yo espero que para el año próximo podamos contar ya con dos.

Ustedes podrán convencerse en este pabellón de que toda madre tiene leche; yo no hablo, naturalmente, de los monstruos, felizmente tan excepcionales, ni digo tampoco que todas la tengan en cantidad suficiente inmediatamente después del parto. Pero ustedes verán con sobrada frecuencia que el amamantamiento maternal, insuficiente al principio, se hace normal poco más tarde; no siempre, seguramente, al cabo de pocos días. Hay casos en que ha sido preciso esperar varios meses. Personalmente,

Remineralización

Recalcificación

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

"GAUROL"

NUEVA SAL ORGÁNICA 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 ampolleta de 1cc. 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 ENDOCRINARIAS 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

Extracto al vacío de malta

Conocidos los extractos de malta hechos por simple concentración, **no lo eran hasta hoy** los obtenidos fuera del contacto del aire, esto es, a temperaturas inferiores a 60 grados centesimales. A esta segunda categoría corresponde la

SUCROMALTINA

cada una de cuyas propiedades constituye un extenso campo de aplicación terapéutica, con los más sorprendentes resultados.

Todos los principios transformatorios, determinativos y de conformación criogénica, que la cebada contenía en su estado de germinación, que se nombra malta, se encuentran intactos en la **SUCROMALTINA**. Es por esto que se manifiesta como:

Un poderoso e incomparable digestivo;
Directo reconstituyente muscular y adiposo;
El mejor tonificador del sistema nervioso; y
Un enérgico determinante de la combustión y demás funciones fisiológicas.

Y EN LOS NIÑOS

Sin igual vigorizador de su desarrollo y crecimiento;
Activo amplificador de sus facultades intelectuales;
Reanimador de su viveza espiritual, y actividades físicas.

LABORATORIO CORTES - Santiago - Chile



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

Styles y Compañía

FABRICANTES DE

Muebles Quirúrgicos Asépticos

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

Casilla 1249

Ofrecemos construir muebles de diferentes modelos

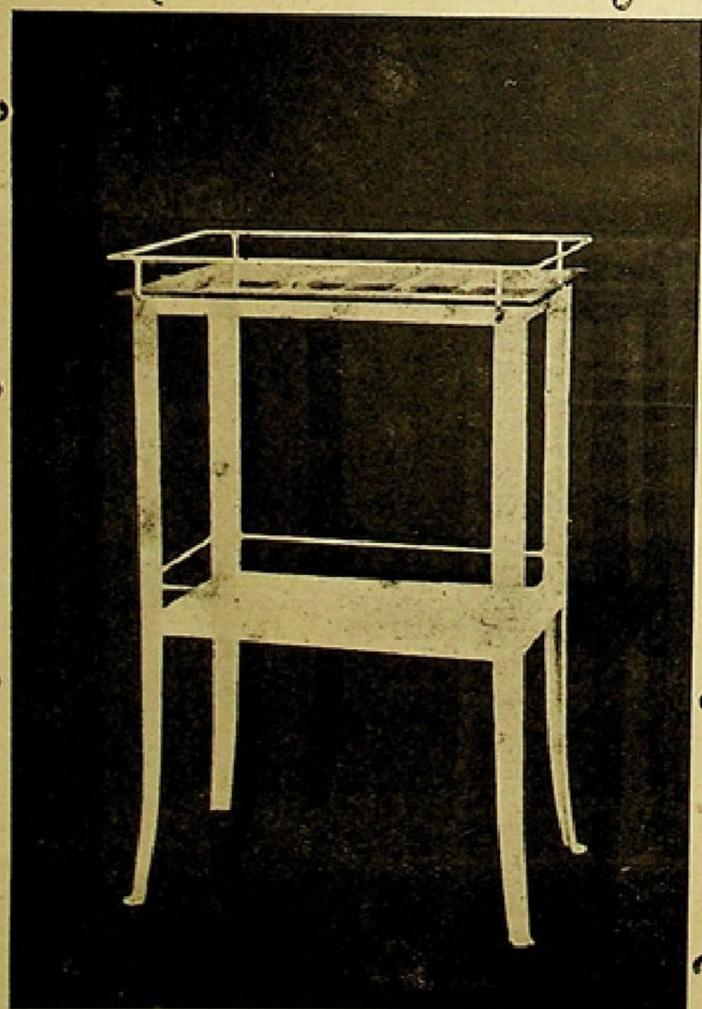
Nos esmeramos en el acabado, tanto respecto al esmaltado como del Niquelado. El esmalte no consiste de pintura blanca, sino de esmalte especial aplicado con brocha neumática y endurecido en un horno especial. El niquelado es una capa gruesa aplicada sobre una capa de cobre, cuando la pieza es de fierro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



MESA PARA INSTRUMENTOS N.º 22

me ha sido dado observar madres que no llegaron a ser buenas nodrizas de sus niños sino al cuarto o quinto mes. ¿Tengo necesidad de decir a ustedes que se suministrará toda la enseñanza necesaria para dirigir convenientemente el amamantamiento mixto?

Espero, pues, que antes de mucho habrá desaparecido la ignorancia de la maternidad del pecho, no solamente entre las madres mismas sino también en el mundo médico: médicos y matronas. Porque nosotros queremos que de la Escuela de Puericultura de la Facultad de Medicina de París, y muy pronto de todas las Escuelas de Puericultura de Francia, no salgan sino alumnos militantes de la higiene, que posean a fondo las nociones fundamentales de la maternidad del pecho.

El día en que se realice la inevitable revolución que está ya en marcha, el día en que todas las madres, quienesquiera que ellas sean, puedan realizar higiénicamente su gestación, el día en que todas las madres puedan garantizar materialmente el amamantamiento de su hijo, el día en que el niño pueda quedar al lado de su madre, ese día habrán desaparecido los principales factores de la mortalidad infantil y se verán entonces menos niños débiles, al mismo tiempo que más niños fuertes y vigorosos.

Señoras y señores: esta exposición, forzosamente muy rápida, os hará comprender el programa que se encuentra en nuestros avisos concerniente a la organización de la escuela.

Permitidme, al terminar, que os diga que tenemos la firme esperanza de que todas ustedes nos habrán de dar la misma satisfacción que las que os han precedido en esos mismos bancos.

LAS TRES COLECISTITIS CRÓNICAS

por M. CHIRAY

Considera el autor la colecistitis crónica como un síndrome de fisonomía clínica precisa y de fácil diagnóstico, y en el cual diferencia tres tipos anatomoclínicos, a saber: la forma calculosa, la forma no calculosa y la tensión dolorosa vesicular simple de Loeper, que él llama "colecistitis crónica de origen mecánico, por retención de causa extracanalicular".

Empieza con un estudio clínico minucioso de la colecistitis crónica en general, y divide los síntomas en vesiculares y extravesciculares. De estos últimos da a los trastornos gástricos y a las alteraciones del estado general, la primera importancia. Considera la falta de alteraciones características del quimismo gástrico (Loeper), como un elemento de valor, dada la extrema variabilidad de los primeros. Con relativa frecuencia hay también trastornos intestinales.

Los síntomas vesiculares son las crisis dolorosas intermitentes que se instalan sobre un fondo de malestares crónicos poco precisos, de intensidad variable y que se refieren al hipocondrio derecho. Son crisis más o menos características, constituyendo un síndrome próximo al cólico hepático. Además, cierto grado variable de angiolocolitis que da a los enfermos un tinte amarillento habitual, siendo frecuente la urobilinuria. La ictericia franca aparece sólo a favor de crisis intensas repetidas.

El examen físico del enfermo, en cuya

dulzura y suavidad de ejecución insiste, da dos síntomas: el aumento de volumen de la vesícula y el dolor, signo fundamental y decisivo. Ambos síntomas coexisten en muchos casos (vecindad de las crisis agudas), pero puede existir aisladamente el segundo. Para la investigación de este último, recuerda, al pasar, los llamados signos de Murphy y de Abraham. En el estudio radiológico hace ver la necesidad de la colaboración del médico y del cirujano con el radiólogo, para la difícil interpretación de las imágenes vesiculares y extravesciculares. Estima que la radiología constituye aquí un elemento de más valor que lo que habitualmente se cree. Reconoce importancia de primer orden a la comprobación de un aumento de volumen de la vesícula, cosa que pone en duda Glénard y Aimard, a su juicio, erróneamente. La anteposición del bulbo duodenal (Duval y Béclere); la fijación alta y a la derecha del canal pilórico, en la región infrahepática sobre el plano de la primera lumbar (adherencias); la comprobación de una muesca o aplanamiento a nivel del bulbo duodenal o sobre el canal pilórico, debido a la presión vesicular; la ascensión y fijación de la mitad derecha del colon transversal, son síntomas interesantes, pero de interpretación delicada y falaz.

Pasa, en seguida, a la diferenciación de los tres tipos anatomoclínicos antes enunciados, de colecistitis crónica. Empieza por la forma más frecuente (53% Smithies), la I. Colecistitis crónica calculosa, que ataca especialmente a las mujeres entre los 40 y 60 años. Los caracteres fundamentales son:

EQUIPOS PARA HOSPITALES Y CLINICAS

Ofrezco para entrega inmediata y por fabricar al más bajo precio que se ha obtenido hasta ahora en el país, el siguiente material
Todo Hecho En Chile.

Mesas para operaciones y exámenes.— Vitrinas para instrumental, con dos y tres cristales interiores.— Mesitas con cubierta de cristal, con y sin barandas, en distintos estilos y modelos, adaptables a todas las exigencias de una clínica o estudio médico.— Porta lavatorios de una, dos y tres tazas.— Porta irrigadores dobles.— Carros para transportar enfermos.— Biombos de fierro para separar camas.— Catres de fierro esmaltados blancos para clínicas y hospitales.— Carros para transportar útiles de curaciones.— Baldes con tapa de cierre automático, para algodones, etc.— Pañeras y consolas blancas y niqueladas para salas de toilette y clínicas.— Saliveras niqueladas para salas y pasillos.— Autoclaves de distintas potencias, verticales y a gas.— Porta- algodones para ginecologistas.— Baja-lenguas niquelados.— Diversas otras herramientas de fabricación sencilla y de uso diario en las clínicas y hospitales.— Sillas y bancos para salas de espera.— Etc., etc.

GUSTAVO DUEÑAS

1559 - Av. Delicias - 1561 (Entre San Martín y Manuel Rodríguez)
 Teléfono 2944 - SANTIAGO - Casilla 3538

1º Desde el punto de vista anatómico, la coexistencia en la vesícula biliar, de alteraciones inflamatorias crónicas de intensidad variable y de uno o de muchos cálculos. Según el grado o la modalidad de la reacción inflamatoria, distingue variedades.

a) Benigna y curable. — Paredes engrosadas, vellosidades aplanadas, rastros de esclerosis, infiltración leucocitaria, cálculo aséptico de colesternia.

b) Vesícula hidrópica. — Hay gran dilatación, las paredes son delgadas y peligrosamente frágiles. Hay obliteración fibrosa o calcuosa del cístico. En muchos casos, la bilis dializa las sustancias extractivas y deja en su lugar un líquido seroso, incoloro.

c) Vesícula escleroatrófica. — Mucho más frecuente que la anterior, se presenta ahogada por adherencias lardáceas. Las paredes constituyen una cáscara fibrosa con ulceraciones en la cara interna. El cístico está obliterado. En el interior, cálculos y mucopus.

d) Vesícula esclerohipertrófica. — Lesiones análogas a la forma anterior, pero la vesícula está grande.

En muchos casos se encuentra al microscopio, invaginaciones de la mucosa (canales de Luschka de los alemanes), a los que atribuye gran importancia, como focos inatacables de infección y litiasis, y cuya sola existencia explica el fracaso de la colecistotomía.

2º Desde el punto de vista clínico. Los caracteres fundamentales de la forma calcuosa de colecistitis crónica, son:

a) La comprobación de cálculos biliares

por el tamizado de las deposiciones, practicado repetidas veces, después de las crisis dolorosas.

b) La comprobación radiológica de cálculos vesiculares.

c) La presencia, en el líquido duodenal obtenido con la sonda de Einhorn, de pequeños granos oscuros en suspensión, verdaderos cálculos en miniatura (Chiray y Blum). Estas pequeñas concreciones tienen antecesoros microscópicos, descritos por E. Petry, pequeños corpúsculos oscuros, refringentes, de formas irregulares. También considera de valor la comprobación, por el sondaje duodenal, de la leucocitorrea biliar coexistente.

d) La hipercolesterinemia — (2-5 grs. por litro)—que, aunque pertenece a muchos estados patológicos, puede ser un buen indicio de litiasis, ya que falta, casi siempre, en las otras enfermedades del complejo grupo piloro-duodeno-vesicular.

Hace ver el autor que el valor de los cuatro elementos mencionados reside en su coexistencia y no en su comprobación aislada. Recuerda el escaso valor indicativo del cólico hepático y hace presente la existencia de vesículas calcuosas indefinidamente silenciosas, para establecer la enorme dificultad que rodea a menudo el diagnóstico de litiasis.

Entra en seguida al estudio de la forma II. no calcuosa de colecistitis crónica, menos frecuente que la anterior (47% Smithies). que se presenta a menudo en los hombres, aun cuando predomina en las mu-

jerres entre los 20 y los 50 años. Sus caracteres fundamentales son:

1º Desde el punto de vista anatómico:

a) La ausencia de cálculos, que puede ser sólo momentánea, ya que hoy tiende a aceptarse que la colecistitis crónica no calcuosa, prepara y condiciona la litiasis.

b) Lesiones inflamatorias crónicas variables, entre las cuales predominan: adherencias de pericolecistitis; el engrosamiento de la pared, que puede sobrepasar un centímetro, con grave formación conjuntiva del colon, con atrofia de la muscular y de la mucosa; una reacción variable de los ganglios del hilo y del epiplón gastrohepático, y la existencia de nódulos inflamatorios más o menos numerosos en el páncreas.

En la génesis de los accidentes que pueden sobrevenir en el curso de la afección, hace jugar un gran papel al edema inflamatorio y a las hemorragias vesiculares.

2º Desde el punto de vista clínico:

a) La naturaleza evolutiva particular, con crisis intermitentes características que el autor llama "crisis menores", en oposición a la "gran crisis" o cólico hepático que sería poco frecuente. Estas crisis menores, consisten esquemáticamente, en una reacción vesicular, en angiocolitis y accidentes gastrointestinales.

La reacción vesicular consiste en dolor más o menos vivo, tensión y pesantez epigástrica; ligero aumento de la vesícula y cierto grado de congestión hepática perivesicular. Se acompaña de un malestar general mucho más molesto que los síntomas anteriores.

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.

Escríbanos y tendremos el mayor agrado en atenderlo.

CASA ÓPTICA

HAHN & Co. - SANTIAGO

HUÉRFANOS 1009 □ CASILLA 3898

Representantes de la Fábrica Alemana "Busch"

Anteojos, Lentes, Barómetros y Termómetros de todas clases

Instrumentos para Ingenieros

Anteojos Prismáticos

Anteojos para teatro y campo

Cristales de 1.ª calidad

Tóricos, Periscópicos, combinados y en colores

IMPORTACION DIRECTA

Despacho exacto de recetas

TALLER PARA COMPOSTURAS

LACTOMAGNESIA

18

Es el nombre patentado de la

Leche Magnesia 18.

La angiocolitis se manifiesta por ictericia y fiebre. Hay urobilinuria, y a veces, desaparición brusca del ácido glicurónico urinario.

A todo lo anterior se agrega estado saburral, náuseas, vómitos y constipación espasmódica refleja; del mismo orden puede haber crisis de taquicardia.

La evolución de estas "crisis menores" es de uno a dos días y deja en pos una marcada laxitud física y más aún, una depresión psíquica extrema de carácter melancólico (hipocondría).

b) Los resultados del sondaje duodenal son característicos. El líquido duodenal aparece viscoso, turbio, amarillo verdoso; al microscopio hay microbios abundantes y una franca leucocitorrea (polinucleares en picnosis, células epiteliales de descamación).

Fuera de estos dos elementos fundamentales para la diferenciación clínica de la colecistitis crónica no calculosa, hay que tomar en cuenta el resultado negativo de la investigación de los cálculos, hecha en la forma antes explicada. A pesar de todo, recuerda las opiniones de Riedel y de Einhorn, que estiman especial el diagnóstico de la forma calculosa y de la no calculosa de la colecistitis crónica.

Refiriéndose a las verdaderas causas de esta forma de infección biliar, considera innegable su existencia desde mucho antes de aparecer sus primeras manifestaciones clínicas. Ciertas ictericias de la adolescencia y especialmente ciertas ictericias febriles de la infancia, deben considerarse como signos precursores de la enfermedad. Llama la

atención hacia la frecuente coexistencia de la apendicitis crónica, hecho que ya había notado Dieulafoy, y atribuye a toda infección, intestinal, tífica o paratífica, así como al estado puerperal, un papel importante en el origen y en el despertar de la colecistitis crónica no calculosa.

La tercera forma de colecistitis crónica, III. la tensión vesicular dolorosa simple, la menos frecuente de todas, se caracteriza por la ausencia total de calculosis y de lesiones inflamatorias primitivas de la vesícula, y la existencia de crisis dolorosas análogas a las de las otras formas, pero que reconocen un mecanismo de producción diferente. Al decir de M. Loeper, la causa reside en la acumulación de bilis, que pudiendo entrar a la vesícula encuentra dificultad para salir de ella, por disposiciones anatómicas especiales. Según los fisiólogos, la vesícula se llena al principio de comidas, para vaciarse por eyaculación en la 2.ª y 3.ª hora que sigue a la ingestión de alimentos. Es en este momento que se produce la crisis dolorosa.

1º Desde el punto de vista anatómico, la única alteración vesicular es la distensión, pero las causas del síndrome son numerosas:

a) La ptosis, que puede ser puramente vesicular, gracias a la existencia de un meso, o puede ser generalizada y arrastrar a la vesícula por intermedio del ligamento cisticocólico, o puede acodar el colédoco traccionando el pequeño epiplón.

b) Las adherencias perivesiculares y periduodenales por perivisceritis, cuyo origen es discutido, reconociéndosele a la lúes y a

la tuberculosis un papel importante en su génesis (Hadjes, Tripier).

Otros (Castex), piensan en un vicio de desarrollo de las hojas peritoneales.

c) La inflamación estenosante primitiva de los conductos biliares. — Se sitúa especialmente en la parte baja del colédoco.

2º Desde el punto de vista clínico, los elementos diferenciales que el mismo autor reconoce frágiles, son los siguientes:

a) Las crisis se determinan por un movimiento vulgar, v. gr., el acto de agacharse.

b) Las variaciones bruscas de volumen de la vesícula.

La comprobación radiológica de ptosis vesiculares, de adherencias, y el fracaso de la medicación colagoga clásica, serían a veces, elementos importantes para el diagnóstico.

(Le Journal Médicale français. 1923).

Instituto de Salud

Población Nueva España-Cisterna

Teléfono Ovalle 1

▽ ▽

Establecimiento destinado al tratamiento de las enfermedades nerviosas, convalecencias, agotamiento, debilidad general, psicosis, etc. Instalaciones de electricidad médica, baños, etc. Curas de aire libre y de reposo Personal especializado NO SE ADMITEN CONTAGIOSOS.

DIRECCIÓN EN SANTIAGO:

Dr. FONTECILLA, Delicias 1626, Teléfono 2844.

Obras de Obstetricia y Ginecología

FABRE.—Manual de Obstetricia (3.ª edición) 1923, dos tomos en octavo en tela...	\$ 51 —
DÖDERLEIN (A.) y KRÖNIG (B.)—Ginecología Operatoria. Traducido de la 3.ª edición alemana, un tomo en cuarto encuadernado en pasta.....	114.—
BAISDI (R.)—Guía Práctica del Diagnóstico Tocológico y Ginecológico, un tomo en tela	17.25
KELLY (H. A.) y NOBLE (C. P.)—Ginecología y Cirugía Abdominal, dos tomos en cuarto en pasta.....	149.25
RECASENS GIROL (S.)—Tratado de Obstetricia, 4.ª edición, un tomo en cuarto, en pasta española.....	93.—
RECASENS (S.) y CONILL (V.)—Radioterapia profunda y Radiumterapia en Ginecología, un tomo en cuarto, en pasta española..	50.25

Librería SALVAT
Barcelona-Santiago

AGUSTINAS 1056 - SANTIAGO

RECALCIFICACION DEL ORGANISMO

KAUROLAN

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.

Muestras a disposición de los Sres. Médicos.

G. O. WIEDMAIER,
Matta 1502.

LABORATORIO CLINICO

DEL

Dr. Leonidas Corona

Delicias 868 — Teléfono 2483 — SANTIAGO

Diagnóstico de la sífilis: Reacción de Wassermann en Santiago y servicio de Reacción de Wassermann a provincias. Exámenes al ultramicroscopio. Estudio refractométrico del suero sanguíneo.

Exámenes químicos de sangre: Glucosa, colesteroína, ácido úrico, urea, coeficiente de Ambard, etc.

Exámenes completos de desgarro.

Investigación del gonococo.

Diagnóstico de las afecciones tifoides y paratífoides.

Examen completo de jugo gástrico.

Investigación de la difteria.

Exámenes completos de líquido céfalo-raquídeo, químicos, microscópicos y bacteriológicos.

Exámenes completos de orina: Químicos, microscópicos y bacteriológicos.

Exámenes completos de líquidos de derrame: Pleural, ascíticos y otros.

Exámenes completos de sangre.—Exámenes coprológicos

Sección especial de autovacunas contra afecciones hemorrágicas, colibacilares, tíficas, bronquitis crónicas, etc., etc. Abierto todo el día.

"INSTITUTO OPTICO ROTTER"

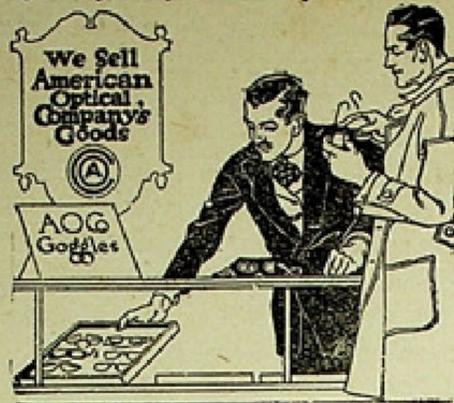
Examen científico de la vista, gratis por especialista diplomado

La mejor casa del ramo y
la más económica

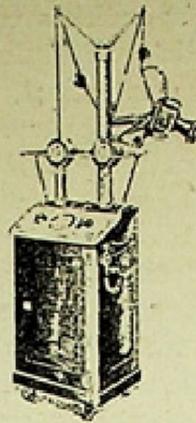
Exactitud en despachos
de recetas de oculistas

Taller especial para composuras

RHUMADA 264 — SANTIAGO — CASILLA 72



Sección Siemens & Halske:



APARATOS DE RAYOS X
para diagnóstico y terapia
instalaciones completas

Aparatos Electromedicinales,
como pantostatos, electrocardiógrafos, aparatos diatérmicos, etc.

APARATOS HELIOTERÁPICOS

como lámparas de cuarzo,
baños de luz, etc., etc.

Sírvase visitar nuestra Exposición,
donde encontrará Ud. todo lo
relacionado con la Electro-Medicina

¡SOLICITE FOLLETOS Y CATÁLOGOS!

Siemens-Schuckert Stda.

CÍA. DE ELECTRICIDAD
SANTIAGO — Huérfanos 1041

Valparaíso - Concepción

Valdivia

Antofagasta-Iquique



LA SUIZA - CHILENA

TALLERES DE ALTA PRECISION

Galería Alessandri 3-A. Entrada por Bandera 242

COMPOSTURAS DE:

INSTRUMENTOS DE CIRUGIA Y CIENTÍFICOS EN GENERAL

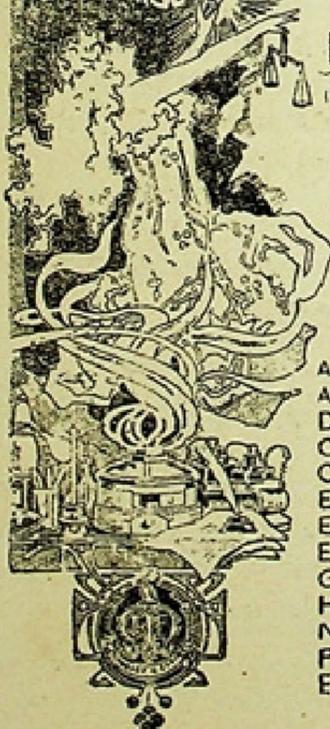
AFILACION:

BISTURIS \$ 1.50 — AGUJAS HIPODERMICAS \$ 0.50

ESPECIALISTAS CON PRACTICA EN EUROPA Y CHILE
Hoffmann y Cia.



LABORATORIO QUIMICO OFICINA DE ENSAYES E INFORMACIONES TECNICAS VALPARAISO



INSTITUTO MOURGUES

(Fundado en Valparaíso en 1905)

Sección
de Elaboración de
Productos Químicos
Puros

SANTIAGO

- Acetona
- Alcohol absoluto
- Derivados del yodo
- Cloroformo anestésico
- Colodión normal y elástico
- Eter etílico puro
- Eter anhidro s/sodio
- Eter para la anestesia
- Glucosa anhidra
- Hexametilentetramina
- Nitrato de plata
- Piroxilo
- Etc., etc.



Doctor Luis E. Mourgues

De la Facultad de Medicina de París -
Profesor extraordinario de Química General
de la Universidad de Chile

CASILLA "A"

Cables y Telegramas "LABMOURG"

SANTIAGO

HOSPITAL DE SAN AGUSTÍN.—VALPARAÍSO

NEFRITIS CRÓNICA

HEMATÚRICA

por el

Dr. César FIGUEROA H.

Agosto, de 1923.

Hace más de un año que esta enferma tiene hematurias abundantes, una o dos veces cada mes, sin dolores, sin perturbaciones de la micción y sin coágulos. Desde hace más de un mes la hematuria es permanente. Siente un poco de dolor en la región lumbar izquierda.

En 1916 — hace siete años — fué operada del riñón derecho, porque sentía fuertes dolores en la región lumbar de este lado y orinaba sangre. La hematuria, intermitente, una o dos veces cada mes, desde el año 1910, se hizo permanente desde once meses antes de someterse a la operación. Los dolores se presentaban por crisis, eran intensos y se irradiaban hacia la ingle y parte interna del muslo del mismo lado. Eran frecuentes, se presentaban bruscamente y le duraban hasta dos horas. Aparecieron mucho después que la hematuria. Fué operada en el extranjero y hemos logrado obtener los siguientes datos: la citoscopia demostró que la sangre venía por el uréter derecho; las investigaciones de tuberculosis fueron negativas; temiendo un neoplasma, se practicó la nefrectomía. A la sección, el riñón no presentó otras lesiones que las de nefritis crónica. La enferma sanó.

* * *

La paciente tiene 49 años. Sus reglas fueron siempre abundantes; desde la operación no ha vuelto a menstruar. Ha tenido tres abortos de dos a tres meses. Desde joven ha sufrido de cefalalgia. Tuvo viruela en 1877 y paludismo en 1889. Tuvo accesos día por medio durante 6 meses; hace ocho años que no los tiene. Sufrió de erisipela en 1896. En 1918 le comenzó una piorrea que en el transcurso de unos cuatro años la dejó sin dientes. En 1922, disentería. Desde hace unos cuatro años tiene perturbaciones gástricas variadas e irregulares.

* * *

El examen objetivo hecho hace un mes es el siguiente: temperatura, 36°2; pulsaciones, 66.

Aunque pálida y enflaquecida, su estado

general es bueno. No tiene dientes. Ligero exoftalmo. Extremidad interna de la clavícula derecha aumentada de volumen, sin dolor.

Macidez cardíaca un poco aumentada. La presión en la radial es de 15 la mx. y 10 la mn. Los ruidos respiratorios son menos perceptibles en el vértice derecho que en el izquierdo. Hay dolor a la presión en la mitad derecha del epigastrio. El intestino grueso está contraído. Se palpa la aorta hasta el promontorio. Tiene hemorroides. Hay estigmas de histeria.

La presión en la región lumbar izquierda provoca dolor. Se palpa el polo inferior del riñón izquierdo de consistencia y forma normales y de contornos bien definidos, y sin dolor. La palpación bimanual provoca dolor solamente atrás.

El examen de la orina dió el siguiente resultado: reacción neutra, color sanguinolento, con sedimento rojo oscuro. 1,500 cm.3 con 1,011 de densidad. No hay glucosa ni sales, ni pigmentos biliares; hay indicios de albúmina (0.10 por mil). Cloruros 5.25 por mil, úrea 12.8 por mil. Hematíes abundantes, glóbulos blancos escasos, células vesicales y cristales de fosfato amonio-magnésico.

El cateterismo del uréter demostró que la hematuria es de origen renal. El examen ginecológico no reveló nada de especial.

La reacción de Wassermann fué negativa.

La radioscopia hizo ver el vértice derecho velado, la aorta oscura, el corazón un poco aumentado de volumen, el estómago dilatado. Se vió además el colon trasverso un poco caído y contraído espasmódicamente la parte superior del descendente.

La observación de la enferma durante un mes no ha dejado ver variaciones de importancia.

* * *

Las afecciones que producen hematurias, y que deben tenerse presentes para el diagnóstico en este caso, son numerosas.

Una de ellas es la tuberculosis renal, enfermedad que cuenta entre sus síntomas cardinales y precoces, los síntomas vesicales. Esta enferma no ha tenido alteraciones subjetivas ni funcionales de parte de la vejiga y la citoscopia no reveló lesiones tuberculosas. Apenas en algunos puntos la mucosa estaba despulida. La inoculación a un cuy de la orina recogida en el uréter fué negativa.

La litiasis renal produce dolores con irradiaciones características que en este caso no se han presentado. Sin embargo, hay cálculos del riñón que permanecen mudos y se manifiestan únicamente por hematurias. La pielografía no demostró la presencia de cálculos.

Lo mismo puede suceder con el cáncer, especialmente si es primitivo: sabemos que en esta afección el dolor, con sus exacerbaciones y calmas caprichosas, no es un síntoma constante — falta en la cuarta parte de los casos — y que el tumor, de evolución

lenta — hasta cuatro años y más — es pequeño y puede pasar completamente inadvertido si está situado en el polo superior. En estos casos el hallazgo de células cancerosas en la orina es el único que puede dar el diagnóstico. Esta investigación en esta enferma fué negativa, y por consiguiente, no nos ayuda a resolver el problema. Para diagnosticar un cáncer del riñón en el caso presente, habría que admitir causas excepcionales que lo harían presentarse como un cáncer monosintomático que se revelaría únicamente por la hematuria, diagnóstico que clínicamente es imposible.

La perinefritis crónica dolorosa, consecutiva a la litiasis renal y a las afecciones pelvianas, da dolores que se exacerbaban y se irradiaban como los del cólico nefrítico. La esclerosis de la cápsula propia y de la cápsula adiposa, no permiten palpar el riñón con su consistencia, forma y superficie normales, como se palpa en esta enferma el polo inferior. Podría estar localizada la perinefritis en la región posterior, pero el dolor que la paciente acusa en la región lumbar la molesta poco; ha venido al hospital por sus perturbaciones gástricas — la hematuria comenzó permanentemente el día de su llegada. Además, no tiene litiasis renal y el examen ginecológico fué negativo.

El riñón poliquístico se presenta con caracteres físicos característicos y es una afección bilateral. El riñón extirpado no presentaba lesiones de esta naturaleza.

Los pólipos de la pelvis renal sangran más cuando se hace la palpación. No se ha encontrado este síntoma.

La hemofilia renal no es aceptada, pues cuando se ha creído encontrarla, el examen minucioso ha demostrado que había alteraciones anatómicas del riñón.

Esta enferma, además de las hemorragias renales, tuvo siempre reglas abundantes. La homogenia, discrasia vasculo-sanguínea que se trasmite especialmente a las mujeres, suele manifestarse desde temprana edad por metrorragias. Las investigaciones hechas en este sentido fueron negativas: el tiempo de sangría fué de dos minutos, la prueba del púrpura provocado fué negativa, la coagulabilidad fué normal: 10 cm.3 de sangre recogidos por punción venosa en un tubo de mediano calibre, coagularon en diez minutos en día frío; en cinco horas el coágulo estaba bastante retraído y al día siguiente ocupaba la tercera parte del volumen total.

* * *

En el presente caso hay antecedentes que sugestionan. El riñón extirpado hace siete años sangró abundantemente durante mucho tiempo, al principio con intermitencias, después permanentemente, y dió dolores que después de algún tiempo se irradiaron por crisis a la ingle y a la parte superior del muslo, y ese riñón no presentó otras lesiones que las de nefritis crónica, es decir, había una nefritis crónica hematurica. La enfermedad actual lleva una evolución idéntica, y en este riñón pueden suponerse las mismas alteraciones anatómicas que había

en aquél, puesto que en los diferentes exámenes que se ha hecho, la orina siempre ha tenido una densidad más baja que la normal — 1,009 a 1,012 —, la concentración de las sustancias sólidas también ha sido más baja — 8 a 12 por mil para la úrea, 5 a 7 por mil para los cloruros — y siempre ha habido indicios de albúmina, aun cuando no había hemoglobina disuelta, y en el sedimento se han encontrado células renales, es decir, manifestaciones de nefritis crónica, aunque poco acentuadas. Podemos, pues, decir que la enferma tiene, como hace siete años, una nefritis crónica hematurica, y con mayor seguridad, si se toma en cuenta que el cuadro clínico que presenta no corresponde al de las otras afecciones que producen hematurias.

Las características de esta enfermedad son: la hematuria, el dolor y las modificaciones de la orina. La hematuria viene y se va sin causa aparente, pudiendo ser influenciada por el ejercicio, la fatiga, el enfriamiento. Es profusa, casi siempre sin coágulo y se prolonga, con interrupciones, por largo tiempo, hasta cuatro años en los casos de Albarrán, Legueu y Nimier. El dolor es un síntoma frecuente, pero no constante, en treinta y seis observaciones faltó diez y seis veces. Se sitúa en la región lumbar y puede irradiarse en la misma forma que el dolor del cólico nefrítico. La orina presenta una disminución de la densidad, de la úrea, de los cloruros y de las demás sustancias sólidas; contiene pequeña cantidad de albúmina y a veces cilindros granulosos y gránulo-grasos. Anatómicamente la característica de la afección consiste en que la inflamación es localizada, parcelaria, ataca grupos aislados de glomerulos, siendo a veces tan pequeña la lesión, que sin un examen minucioso puede pasar inadvertido. El riñón que Senator presentó como perteneciente a un enfermo de hemofilia renal, tenía una granulacion inflamatoria del tamaño de un grano de mijo. Albarrán encontró la lesión que había escapado a las investigaciones de Senator. Estas granulaciones inflamatorias obrarían como las granulaciones tuberculosas, provocando por irritación alteraciones circulatorias en los vasos alterados y friables de su periferie. Así se explicarían las hemorragias. A veces las lesiones son las del Mal de Bright — 8 veces en 36 observaciones —; entonces, es la hipertensión general el factor principal de la hematuria.

Al carácter anatómico de esclerosis localizada se debe la falta de trastornos generales, la falta de hipertensión, la poca acentuación de las alteraciones de la orina, y en general, de los fenómenos derivados de un riñón insuficiente. Es lo que sucede en esta enferma, como ya se ha visto por los exámenes de orina y de la presión sanguínea. Además, la úrea contenida en la sangre no pasó de 0,33 grs. y la Constante de Ambard no subió a más de 0,09. Se puede, pues, decir que la lesión es, en este caso, no la del Mal de Bright, sino la esclerosis localizada. Se ignora la naturaleza exacta de las lesiones del otro riñón.

Como se ve, el diagnóstico de esta afección es laborioso y se llega a él por exclusión, y pocas veces con certidumbre: en una estadística de 36 casos, 15 veces no se pudo hacer ningún diagnóstico, en 11 fué erróneo, en 4 se sospechó y solamente en 6 se formuló con seguridad.

Y tiene gran importancia para el tratamiento.

* * *

Cuando el tratamiento médico no ha logrado contener la hemorragia y ésta pone en peligro la vida del enfermo, se recurre a la intervención quirúrgica. La operación de elección es la nefrotomía con decapulación, que es entre las intervenciones que se han practicado, la que cuenta con mejores éxitos. De cinco casos operados por Legueu, Pousson y Albarrán, 2 sanaron inmediata y definitivamente; en otro la hematuria se reprodujo a los 15 meses, pero la sangre venía del otro riñón; en otro persistieron algunos hematies en la orina, que desaparecieron 8 meses después y la curación se mantenía 5 años más tarde; en el último hubo una mejoría notable.

Dijimos que se recurre al tratamiento quirúrgico cuando el tratamiento médico ha fracasado y la hemorragia pone en peligro la vida. En este caso el tratamiento sintomático no ha dado ningún resultado. Mas interesante tiene que ser el tratamiento etiológico. Esta enferma tiene un pasado recargado de antecedentes patológicos: ha tenido viruela, piorrea de larga duración, disentería, erisipela, que pueden haber provocado lesiones renales contra las cuales ya nada podríamos hacer, y también ha tenido paludismo y probablemente sífilis. El tratamiento específico de estas dos afecciones puede influir en el curso de la enfermedad. Hemos hecho un pequeño tratamiento antisifilítico de prueba sin resultado favorable. Se le inyectaron 5 centigramos de cianuro de mercurio en 10 días y hubo que suspender el tratamiento porque apareció albúmina en la orina y la hematuria no se modificó. Ha comenzado a tomar quinina.

* * *

El pronóstico inmediato en esta enferma es favorable. Ya hemos visto que los exámenes de su riñón no indican nada de alarmante y que a pesar de su hematuria abundante, que ya dura de un modo permanente más de un mes, el estado general es bueno y podemos decir que su sangre no está muy empobrecida, ni alterada, como lo demuestra el examen practicado últimamente que dió: 4.170.000 glóbulos rojos, 90% de hemoglobina, 7,200 glóbulos blancos y en el cual no se encontraron formas anormales, ni de los blancos ni de los rojos.

* * *

Febrero de 1924.

El tratamiento con quinina no dió ningún resultado.

Volvimos a inyectarle cianuro de mercurio intravenoso, alcanzando como la primera vez hasta 5 centigramos en unos diez días. Hubo que suspenderlo porque apareció albúmina — hasta 3 por mil — y también aparecieron cilindros, al mismo tiempo que subió la presión a 16½ y disminuyó la cantidad de orina. Pero la orina comenzó a aclarar y en pocos días macroscópicamente no contenía sangre y ha persistido así hasta hoy, es decir, hace más de 4 meses. El examen microscópico nos dice que no hay glóbulos rojos.

Si nos convenciéramos de que esto no es una coincidencia, al nombre de nefritis crónica hematurica agregaríamos un cuarto término y diríamos nefritis crónica hematurica sífilítica.

ASISTENCIA PÚBLICA — CASA CENTRAL

Perforaciones intestinales

en la

Fiebre Tifoidea

por el

Dr. Manuel MARTÍNEZ G.

En la cirugía de urgencia que se practica en la Asistencia Pública, hemos tenido ocasión de observar últimamente dos casos de perforaciones intestinales tíficas.

Dada la forma como se han presentado y la evolución que han seguido, creo de interés hacer una ligera reseña de la importancia que tiene su diagnóstico y tratamiento.

Las perforaciones tíficas se presentan con una frecuencia que oscila entre el 1 y 3%. Siendo más común en los adultos que en los niños, y más en el hombre que en la mujer. Se originan, por lo general, en la segunda o tercera semana, pudiéndose ver casos en la primera y aun en la convalecencia. Es una complicación de extrema gravedad la perforación en los comienzos de una fiebre tifoidea, las que por lo general son extremadamente tóxicas.

Chomel dice que esta complicación suele presentarse con regular frecuencia en el tífus ambulatorio.

La localización de la perforación es, por lo general, en los 60 u 80 centímetros cercanos a la válvula ilio-cecal, pudiéndose encontrar aún en el apéndice, ciego y primeras porciones del intestino grueso. Se presenta casi siempre una sola perforación o bien varias próximas a perforarse; pero no es raro encontrar perforaciones múltiples en número de 5 a 7, presentando toda la evolución de una perforación intestinal, desde la punti-

Conferencia dictada el 11 de Julio.

forme hasta la ulceración con pérdida de sustancia.

Se han presentado casos con 25 perforaciones, y luego veremos la observación número 2 que presenta 7 perforaciones y 6 úlceras próximas a perforarse.

Se dice que las perforaciones múltiples son propias de la primera semana y del tífus ambulatorio. Serían procesos de extrema toxicidad sin ninguna reacción de defensa lo que originaría estas perforaciones simultáneas, a veces en el espacio de una a dos horas.

Producida la perforación, el contenido intestinal se derrama en todo el peritoneo, originando una peritonitis que se manifiesta insidiosamente, o que es francamente aguda desde el comienzo.

La forma insidiosa es propia de aquellos casos en que la perforación se desarrolla en una asa intestinal central, la cual rodeada por las asas vecinas aísla y mantiene circunscrito el proceso peritoneal, sin producir síntomas peritoneales de comienzo y es sólo cuando los síntomas de generalización peritoneal y de intoxicación se manifiestan, que se impone el tratamiento quirúrgico. Como es natural, el margen operatorio en estos casos es muy estrecho, pues se interviene en el último momento. Se ha indicado como un gran síntoma de las perforaciones intestinales las modificaciones de la curva térmica, la caída brusca de la temperatura es un síntoma corriente, sin que se pueda decir que es patognomónico. Pero, lo que se manifiesta claramente igual que en toda perforación visceral, es el estado angustioso y la expresión de sufrimiento.

El dolor es el síntoma más precoz y que tiene mayor importancia. Cualquier dolor abdominal que se manifiesta en una fiebre tifoidea, en cualquiera de sus formas, ya sea un dolor brusco, agudo, o un dolor sor-do localizado en la región umbilical o fosa iliaca, nos debe hacer pensar en el acto en el peligro de una perforación intestinal que se inicia. A partir de este momento no se debè dejar de observar al enfermo e intervenir tan luego se tenga la certeza del diagnóstico o se manifieste el menor síntoma peritoneal.

La defensa muscular, buscada con cuidado y suavidad, puede adelantar mucho el diagnóstico y su tratamiento, y por lo tanto, mejorar las probabilidades de éxito. Hay que tener en cuenta que no es sólo un síntoma el que da el diagnóstico, de manera que observando hora a hora la evolución del enfermo, se puede ver las modificaciones que sufren los diferentes síntomas.

Todo esto es lo que pasa si se manifiesta en una forma insidiosa.

En la forma brusca, lo mismo que en toda perforación gastro-duodenal, el comienzo es agudo y siempre dramático.

El dolor es insufrible, el enfermo se presenta angustiado, y localiza perfectamente en un punto determinado el lugar de mayor dolor; luego, repartiéndose por todo el abdomen, parece indicar la inundación peritoneal que rápidamente se origina. Esta forma es tan rápida como dolorosa, y en el

espacio de veinticuatro horas viene el colapso y la muerte.

Es la brusquedad y lo alarmante de los síntomas lo que mejora las probabilidades de éxito.

Estos enfermos, en los cuales el diagnóstico se hace en mejores condiciones y con más rapidez, tienen un éxito operatorio superior a los del grupo anterior.

La intervención en ambos casos es el único tratamiento, y demás está decir que será tan precoz como el diagnóstico.

Se hace una laparotomía media exploradora y se examina el intestino delgado cuidadosamente a partir de la válvula ílio-cecal. No se debe contentar con suturar la perforación que se encuentra a mano, sino que revisar cuidadosamente todas las zonas correspondientes a las placas de Peyer y reforzar con una sutura sero-serosa aquellas que por su transparencia indiquen lo avanzado de la ulceración y su proximidad a la perforación.

Si no se tiene en cuenta esto, es muy fácil que a las horas después de la intervención venga una segunda o tercera perforación que, como es de suponer, no se diagnostique y concluya con la vida del enfermo.

La anestesia que se debe emplear es, en todo caso, general y en grado mínimo. La local es insuficiente, pues las tracciones del intestino no la soporta el enfermo. La anestesia raquídea está formalmente contraindicada por el estado de hipertensión en que se encuentra el enfermo.

En estos casos, como por lo general en todos los que se opera de urgencia, no se puede preparar previamente al enfermo, y está fuera de indicación la raquianestesia.

En cuanto al éxito operatorio, es muy relativo; en general, las estadísticas son muy sombrías, dan un 87% de mortalidad.

Voy a relatar dos observaciones sobre perforaciones intestinales que hemos tenido ocasión de observar en la Asistencia Pública en los últimos meses. Son dos casos que podríamos decir extremadamente opuestos en cuanto a su sintomatología, evolución y diagnóstico.

Observación N° 1: S. C., de 9 años de edad. Comienza una fiebre tifoidea hace un mes y está sometido a tratamiento y vigilado por un médico. En los últimos días de la cuarta semana, en un descuido de la madre, una hermana menor, a petición del enfermo, le da ensalada, pan y vino en abundancia. Esto pasa a las doce del día; a las tres de la tarde comienzan fuertes dolores abdominales que no saben explicarse y por confesión del mismo enfermo, atribuyen al exceso de alimentación. Como los dolores continuarán y aun aumentarán, a las siete de la tarde lo ve el médico que lo atiende y diagnostica la perforación intestinal, indicando su urgente traslado a la Casa Central de la Asistencia Pública.

El examen físico que se hizo del enfermo a su llegada a la Asistencia, da lo siguiente:

Enfermo enflaquecido al extremo que, sin exagerar, podríamos decir que está constituido del esqueleto y la piel. Cara pálida, sudorosa, ojos hundidos, con semblante de su-

frimiento y angustia, se queja continuamente y rechaza todo examen. Abdomen timpánico ligeramente, defensa muscular generalizada, hiperestesia cutánea, respiración abdominal nula. Temperatura axilar 36,5° y 140 pulsaciones en el minuto.

Dados los antecedentes y el examen físico, el diagnóstico se impuso. Se hizo una incisión media umbilical explorando el intestino delgado desde el ciego, se encontró a una distancia más o menos de 40 centímetros de la válvula ílio-cecal, una perforación puntiforme que dejaba salir pequeña cantidad de contenido intestinal.

Se suturó en dos planos la perforación y se siguió explorando, encontrando otra placa de Peyer con tendencia a la perforación que se reforzó con sutura sero-serosa. Drenaje, un tubo.

Evolución post-operatoria. Al día siguiente y subsiguiente el estado general es bastante malo, pero los días posteriores mejora notablemente y se traslada a hospital a los 6 días, en buenas condiciones. Según hemos averiguado, fué retirado del hospital a los 10 días, ya muy mejor.

En este caso el diagnóstico no presentaba la menor dificultad, y a pesar de su extrema postración, el enfermo se repone fácilmente y mejora.

Observación N° 2: A. J., de 25 años, gañán. En perfectas condiciones de salud hasta las nueve de la mañana del día que acude a la Asistencia Pública. Siente un dolor agudo en el bajo vientre. Dolor que culpa a la falta de desayuno e ingiere gran cantidad de alimento y líquido. El dolor no se calma, sino que por el contrario aumenta y aparecen vómitos. Llegó a la Asistencia Pública con abdomen de tabla, doloroso a la palpación, acusando su mayor dolor en la fosa iliaca derecha.

El enfermo es de aspecto pálido y enflaquecido, tiene un semblante de sufrimiento y angustia.

Respiración de tipo costal. Pulso 120.

Temperatura 37°, axilar. 37,8, rectal.

En vista de la resistencia abdominal, del pulso frecuente y sin ningún antecedente de afección anterior, se interviene con el diagnóstico de perforación apendicular.

Laparatomía, incisión pararectal derecha. Al incidir el peritoneo, sale un líquido sero-sanguinolento abundante. Se explora el ciego y el apéndice y no se encuentra nada que justifique el cuadro abdominal. Se explora el intestino delgado en su última porción y se encuentra una pequeña perforación intestinal; suturamos y se hace una peritonización.

No teniendo facilidad para explorar todo el intestino delgado por la incisión, se cierra y se hace una incisión media umbilical.

Explorando el intestino delgado se encuentran 6 perforaciones más con toda la escala de perforaciones, desde la puntiforme hasta la ulceración amplia con pérdida de sustancia. Todas ellas desarrolladas en la última porción del intestino delgado en una extensión de 60 centímetros.

Explorando el resto del intestino delgado encontramos zonas equimóticas corres-

pondiendo a las placas de Peyer, próximas a perforarse, en número de 6, que se refuerzan con una sutura sero-serosa.

Explorando el resto del abdomen, se encuentran zonas equimóticas en el intestino grueso, una zona de punteado hemorrágico en el extremo distal del apéndice que obligó a extirparlo.

En el epiplón mayor hay dos grandes hematomas. El bazo, a la palpación, da la impresión de estar aumentado de volumen. Se cerró el abdomen y se dejan dos tubos de drenaje.

Dada la localización de las perforaciones, su número y la forma como se produjeron se hizo el diagnóstico de perforaciones intestinales en el curso de una fiebre tifoidea o para-tifoidea ambulatoria. Examinada la sangre para la reacción de aglutinación, varios días después, dió un resultado negativo.

Cabe aquí preguntar qué otra afección puede dar perforaciones en esta forma.

La úlcera simple del intestino o enfermedad de Leotta, se presenta generalmente única y tiene un pasado anterior doloroso y de trastornos gástricos.

La perforación por úlceras tuberculosas son generalmente únicas y de evolución lenta, lo que origina adherencias firmes antes que se perfora, produciendo enquistamientos por proceso peritoneal. Se desarrollan con preferencia en el ciego y sus cercanías. Son zonas umbilicadas con una perforación central.

Trastornos vasculares de origen infeccioso es de suponer que hubiera afectado cualquier porción del intestino delgado y no solamente la última.

Por la anatomía patológica y la evolución podemos asegurar casi con certeza que se trata de una perforación intestinal múltiple en una fiebre tifoidea ambulatoria.

La evolución post-operatoria del enfermo fué lenta, tal vez mucho más que en el enfermo anterior, a pesar de ser operado con un estado general muy superior. Ha necesitado un mes para poder levantarse y veinte días más para irse de alta.

Estos dos casos son diametralmente opuestos, en cuanto a su período de perforación, evolución y síntomas.

En uno, la perforación tiene lugar en el final del cuarto septenario y motivada por la ingestión de alimentos en abundancia. Sabemos que es lo más frecuente que se manifiesten en esta época. El diagnóstico es claro.

En el segundo caso, por el contrario, es en el comienzo de una afección que se ignora. Es un paciente que hace su vida ordinaria y bruscamente siente dolor en el epigastrio y sólo 12 horas después de comenzado el cuadro viene a recurrir al médico. El diagnóstico aquí, por el contrario, es erróneo, y por lo tanto, el tratamiento también, pero afortunadamente quirúrgico.

Se desarrollan las perforaciones en una fiebre tifoidea ambulatoria, sin que haya manifestaciones anteriores, y en la interven-

ción se encuentran 7 perforaciones. Sabemos que la multiplicidad de las perforaciones son frecuentes en los casos ambulatorios, tal vez la misma falta de síntomas generales hacen que el individuo lleve una vida ordinaria de alimentación, que ingiera líquidos y sólidos en abundancia impidiendo el descanso y parálisis intestinal, único medio de evitar la complicación.

En este caso, por el contrario, el peristaltismo es provocado por el mismo enfermo con la ingestión de alimento en abundancia al iniciarse la sintomatología. Es así como puede explicarse que en 12 horas se presenten 7 perforaciones con todas sus faces y 6 ulceraciones próximas a perforarse.

La localización de las perforaciones en ambos enfermos es la misma: última porción del intestino delgado, en una zona de 40 a 60 centímetros en ambos casos, encontrándose en el segundo zonas sospechosas en el ciego, apéndice e intestino grueso.

La sintomatología en ambos casos es de franca peritonitis. Llegaron después de varias horas de evolución. En el primer caso hay timpanismo y dolor intenso en el abdomen, a tal extremo, que el enfermo flectando sus rodillas sobre el muslo y éste sobre el abdomen, evita todo examen, por muy suave que sea.

En el segundo caso, es un abdomen de tabla, que mantiene una resistencia enorme, en especial en la fosa iliaca derecha. La temperatura en ambos casos es baja y el pulso acelerado.

La evolución en ambos fué favorable. El primer caso, que llegó en un estado de miseria fisiológica extrema, se repuso con rapidez. Hay que tener en cuenta que se intervino a las 6 horas, era una sola perforación y la duración de la intervención fué mínima.

En el segundo caso el acto operatorio fué largo y laborioso y se intervino a las 12 horas, a pesar de que su estado general aparentaba ser mejor, su evolución fué muy lenta y podemos decir que siguió una fiebre tifoidea. Se mantiene con temperaturas que oscilan entre 37,8 y 39°, por espacio de 15 días.

El tratamiento, que debe ser precoz, intervención rápida con el mínimo de anestesia, en el primer caso fué verificado así porque el diagnóstico era exacto.

En el segundo caso el diagnóstico fué errado, la operación larga y laboriosa, no cumpliendo con la base de la intervención, que es la rapidez y minimum de anestesia.

Como conclusión de estas líneas, queremos indicar que a pesar de lo sombrío de las estadísticas, que dan un 87% de mortalidad en los casos de intervención, creemos que se debe intervenir en todo caso, aun en aquellos en que el estado general parezca indicar que no hay nada que hacer.

Procediendo con rapidez y minimum de anestesia, se puede salvar la vida a enfermos que, abandonados, están condenados a la muerte.

CLÍNICA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR

SERVICIO DEL PROF. C. MÖNCKEBERG

Embarazo gemelar univitelino

COMPLICADO DE

HIDROAMNIOS AGUDO ⁽¹⁾

por el

Dr. V. Manuel AVILÉS

Ayudante de la Clínica

Ultimamente se ha presentado en el Servicio un caso de embarazo gemelar univitelino, que constituye, como es sabido, una monstruosidad del grupo de los corio-angiomas y en el cual, la lúes, ha actuado tan intensamente y en tan diversas formas, que bien podría decirse que constituye por sí solo, un verdadero tratado, en lo que se refiere a sífilis con relación al embarazo.

Se trata de una paciente de 25 años que llega a la Maternidad del Salvador a fines del mes pasado, diciéndonos que se encuentra embarazada de 6½ meses (última regla en Noviembre) y que desde hace 15 días sufre de insomnios, dificultad para respirar, pesantez del vientre y junto con esto ha notado un aumento exagerado de volumen del abdomen. Dos días antes de llegar al Servicio, estos síntomas se agravan, tiene ahogos, cefaleas, dificultad para la marcha, edema de las extremidades inferiores, dolores al vientre, y el aumento de volumen del abdomen, que ya era exagerado, bruscamente se hace muy notable.

De los antecedentes de la enferma no se obtienen datos de importancia, a no ser el de que el actual progenitor no es el mismo que el de un embarazo a término que tuvo anteriormente y cuyo producto vive y es sano. No hay antecedentes ni manifestaciones de lúes.

Del examen obtenemos lo siguiente: Gran disnea, pulso y temperatura normales. A la inspección del abdomen se comprueba el aumento notable del volumen que acusa la enferma, hay desarrollo venoso periférico bastante desarrollado. El útero mide 36 centímetros y al efectuar la palpación, nos da la impresión de estar permanentemente contraído o de existir una gran tensión intrauterina, lo que impide palpar partes fetales o sólo se logra con mucha dificultad. Hay soplo materno, no se oyen latidos fetales. El tacto nos muestra el segmento inferior muy distendido.

Ateniéndonos a los resultados del examen, y tomando en cuenta los síntomas subjetivos, tres diagnósticos nos parecieron los más posibles:

Desprendimiento prematuro de la placenta,

(1) Comunicación a la Sociedad Médica, en sesión de 27 de Junio.

Embarazo gemelar, e Hidroamnios agudo.

Desechamos el primero por faltar el cuadro de anemia aguda que generalmente acompaña a éste. Se formuló la hipótesis de embarazo gemelar sin poderlo afirmar, por no haberse encontrado tres polos fetales. Y nos quedamos con el tercero como el más probable entre los posibles y en abono del cual estaban: el aumento brusco y considerable de volumen del útero y los dolores abdominales.

ba formado sólo por el amnios. Las circulaciones de ambos fetos estaban unidas por varias anastomosis.

Resumiendo en la observación de nuestra referencia, se trata de un embarazo gemelar univitelino complicado de hidroamnios agudo y con todos los caracteres del huevo sífilítico. La reacción Wassermann en la madre fué en efecto positiva intensa.

Decíamos antes que este caso constituye por sí solo un verdadero tratado en lo que se refiere a la sífilis relacionada con el em-

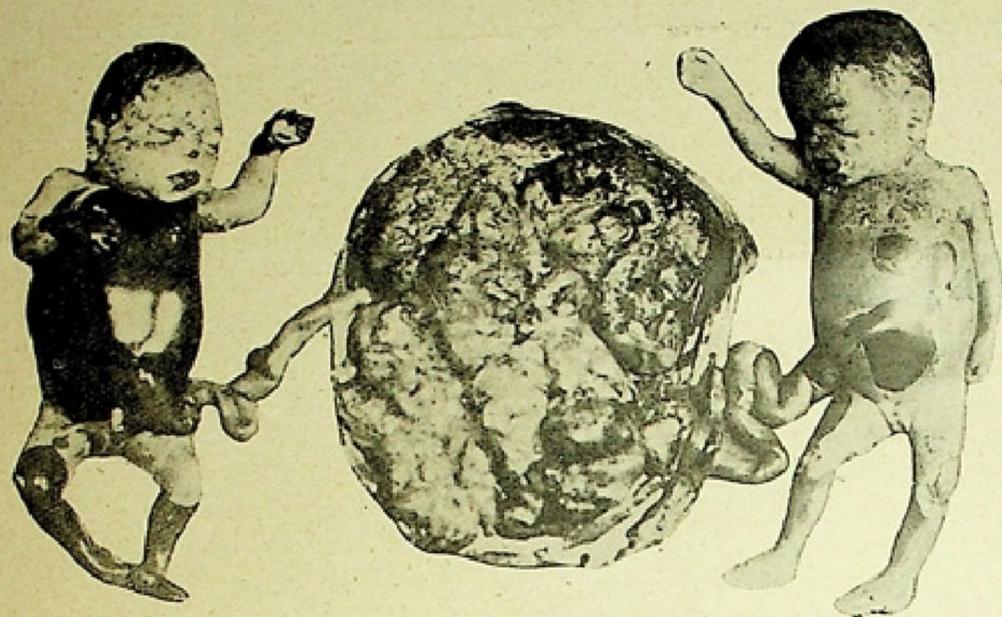
VÓMITOS INCOERCIBLES

DEL EMBARAZO

SU TRATAMIENTO POR LA INTERVENCIÓN DE COPEMAN

por el

Dr. Gustavo LATORRE T.



En vista de este diagnóstico, y con el objeto de aliviar a la enferma, se procedió a puncionar el huevo, siendo positiva de sangre la primera punción y absolutamente negativas dos que se practicaron a continuación. Con estos resultados, dudamos de nuestro diagnóstico, sin abandonarlo; viniendo hechos posteriores a darnos la razón.

Al día siguiente se declara el trabajo y al practicar el tacto, se encuentra una doble bolsa de aguas, quedando con esto afirmado el diagnóstico de embarazo gemelar.

Como la dilatación fuera suficiente, se rompe una de las bolsas, para apurar el parto. Se presenta un feto en nalgas y se extrae; era de sexo femenino, estaba completamente macerado y pesó 1,550 gramos. Acto continuo se procede a romper la otra bolsa, la que da salida a una enorme cantidad de líquido amniótico; el feto también de sexo femenino, se presentó igualmente en nalgas, estaba macerado y pesó 1,450 gramos.

La placenta, que hubo necesidad de extraer, constituía una masa única que alcanzó en peso la considerable cifra de 1,500 gramos y estaba inserta sobre la cara anterior del útero, que ocupaba por completo, así como las regiones laterales. Examinándola, encontramos en ella: edema, consistencia friable, palidez, en suma, las características de la placenta sífilítica. La relación de su peso con el de los fetos es de 1×1 considerados aisladamente, y de 1×2 si se supone la placenta dividida en dos masas, una correspondiente a cada feto. El examen de las membranas nos demostró que el tabique que separaba ambas cavidades amnióticas esta-

barazo. En efecto, es interesante por múltiples conceptos.

Hemos visto ante todo la imposibilidad para afirmar el diagnóstico de embarazo gemelar debido a la distensión excesiva del útero, explicable también por el hidroamnios. Por otra parte, el fracaso de la punción terapéutica, que llegó a hacernos dudar de nuestro diagnóstico, se debió al espesor y tamaño exagerado de la masa placentaria, que cubriendo toda la cara anterior y regiones laterales del útero, impidió la penetración del trócar a las cavidades amnióticas.

El hidroamnios agudo de uno de los huevos, fué una consecuencia de la comunidad de las circulaciones fetales. Uno de los fetos se hizo seguramente transfusor por mayor potencia de su corazón y como tal vez no existían vasos que permitieran la circulación de vuelta del feto receptor al transfusor, el primero volvióse plétórico, a la plétora siguió la macrocardia, a ésta la hipertensiva, general primero y renal después y de ello resultó el exceso de líquido en la cavidad amniótica correspondiente.

Es interesante también el caso, en lo que se refiere al origen de la sífilis materna, ya que la madre parece haber estado sana antes de la fecundación y no acusa síntoma alguno que nos permita suponer un contagio anterior. Se trataría, pues, posiblemente, de una sífilis fetal de origen paterno exclusivo en el primer momento, habiendo el huevo infectado a la madre durante la gestación; sería, pues, quizás, el caso de una sífilis concepcional o decapitada.

A principios de Julio próximo pasado tuvimos ocasión de ver una enferma, la cual acusaba como único síntoma vómitos a toda hora, que se hacían más intensos después de las comidas. Después de un interrogatorio, palpación abdominal y examen ginecológico llegamos a la conclusión de que había probablemente un embarazo de un mes. Nuestro consejo en esta ocasión se redujo a recomendarle se alimentara con sustancias de difícil expulsión, como sopas espesas y alimentos sólidos y a administrarle alcalinos como bebidas.

Quince días después vuelve a consultarnos, habiéndose agravado considerablemente los síntomas. Había enflaquecido visiblemente y sus fuerzas se habían agotado al extremo de incapacitarla para mantenerse en pie sin ayuda; su estreñimiento era pertinaz, su salivación abundante y su secreción urinaria había disminuído notablemente. No presentaba temperatura, y su pulso era de 120. Sus mejillas estaban excavadas y contestaba nuestras preguntas en voz baja y arrastrada. En estas condiciones, la trasladamos al servicio quirúrgico del Prof. Amunátegui en el Hospital de San Vicente.

Una vez en dicho servicio, completamos nuestra anamnesis, que resumida en su parte pertinente dice: Desde su juventud padece de molestias gástricas que consisten en dolores después de las comidas y regurgitaciones ácidas. Pasaba períodos largos sin estas molestias y cuando le reaparecían, duraban 3 o 4 semanas. Ha tenido ocho embarazos, de los cuales los cuatro primeros fueron normales, pero en los dos siguientes tuvo vómitos, que duraron los cuatro o cinco primeros meses, pero que fueron compatibles con la continuación de éste. En el 7º embarazo, los vómitos se extremaron y tomaron un carácter grave, por lo que trasladada a la Maternidad del Salvador, fué operada, provocándole un aborto. En la actualidad cuenta con un embarazo de dos meses, y de tres semanas a esta parte padece de vómitos a toda hora, aun sin haber ingerido alimentos y al extremo de no tolerar ni el agua.

Su examen de orina demostró la presencia de albúmina en escasa cantidad y ausencia de urobilina.

Con estos datos fuimos a la intervención, que consistió en traccionar y estereorizar el útero por medio de una pinza de Musset e

introducir en el cuello los dilatadores de Hegar, hasta el N.º 12 de la serie, y respetando la integridad del huevo.

Después de esta intervención, dejamos la enferma en reposo en cama y ya al día siguiente los vómitos habían desaparecido y su pulso que era de 120 bajó a 88. La alimentación consistente en purées espesos, sopas de pan y leche helada es bien tolerada. Tres días después se producen algunos vómitos en ayunas, y a los ocho días se levanta, toma la alimentación del resto de las enfermas, tiene buen apetito y recupera rápidamente sus fuerzas.

A los 14 días de su ingreso al Hospital sale de alta, con su pulso y temperatura normales y en condiciones físicas inmejorables.

A propósito de este caso, y como un complemento, recordaremos sucintamente las diferentes fases de los vómitos de las embarazadas.

En los dos o tres primeros meses, un 50% de las embarazadas sufre de vómitos, que se caracterizan por no ser dolorosos y verificarse sin esfuerzo. Estas regurgitaciones, llamémoslas así, no exigen un tratamiento especial y no influyen sobre el estado general y se les llama clínicamente "vómitos leves".

Estos mismos, en algunos casos, se transforman insensiblemente en "vómitos graves o incoercibles", caracterizándose por tres periodos de evolución clínica.

Primer período: adelgazamiento. — La enferma empieza por perder sus fuerzas, se hace pertinazmente estreñida, su secreción urinaria disminuye, su salivación es abundante, su fisonomía se excava y toma un aspecto peritoneal y su peso disminuye notablemente.

Segundo período: aceleración del pulso. — El pulso, que normalmente era de 76, comienza a subir a 80 y 90 por minuto, y no tarda en llegar a 100, 110 y 120, manteniéndose la temperatura normal o subnormal. La orina se hace más escasa aún, y en su examen se encuentra casi siempre albúmina.

Tercer período: trastornos cerebrales. — Ya cuando el pulso llega a 120 o pasa de esta cifra, se presentan delirios y alucinaciones; el pulso se hace blando y depresible, el enflaquecimiento es aún mayor; los vómitos pueden cesar en este momento y producirse el coma.

El pronóstico es malo, pero la mortalidad alcanza un 30%.

En la patogenia se cita la autointoxicación gravídica y el terreno neuropático.

Tratamiento. — Los vómitos benignos se combatirán con el reposo, la administración de alcalinos y de alimentos sólidos y espesos.

Los vómitos graves se combatirán tratando en primer lugar de poner el tubo digestivo en reposo, y después emprendiendo gradualmente la realimentación.

Para el caso de fracasar con el régimen dietético, debe recurrirse al tratamiento obétrico, que puede ser de dos clases: una intervención conservadora, que es el método

de Copeman, motivo de este artículo, y una intervención abortiva, que se aconseja hacer en un tiempo.

Como una pauta para regirse en un caso semejante, citaremos la opinión autorizada de Pinard, quien aconseja interrumpir el embarazo cuando el número de pulsaciones pasa de 100, regular y persistentemente.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD MEDICA

4 de Julio, 1924

Presidente: Prof. Vargas Salcedo

Un caso de Coxa-plana. — Dr. Johow. Presenta un niño en el cual se ha hecho el diagnóstico de coxa-plana. Este enfermito ha presentado desde hace tiempo una claudicación del miembro inferior izquierdo, con abducción del mismo lado. Pasa periodos en aparente mejoría, para después presentar los síntomas ya descritos. Estado general bastante bueno. En la radiografía se puede notar una intensa pérdida de sustancia de la cabeza femoral, con su parte superior aplanada y con un engrosamiento considerable del cuello quirúrgico. La cavidad cotiloidea no presenta contornos netos, lo que a simple vista da la impresión de una coxitis tuberculosa. El Dr. J. cree que son éstas las falsas coxitis, que a menudo sanan con un aparato enyesado o sin tratamiento. Por esto considera de interés despistar estos casos, ya que en ellas el pronóstico es benigno, no así en las lesiones tuberculosas. Las coxa-planas sanan solas, sin tratamiento. Respecto a su etiología, es hoy por hoy desconocida, habiendo sido muchas las teorías que tratan de explicarla. Calot las considera sub-luxaciones congénitas; otros las consideran como artritis deformantes; no faltando quien lo atribuya a la sífilis. El Dr. J. cree que la sífilis es un magnífico biombo que cubre nuestra ignorancia respecto de la etiología de numerosas enfermedades. Finalmente, agrega que esta enfermedad sólo se observa en los hombres.

A propósito de las tricoficias. — Dr. Prunés. Presenta un enfermo atacado de esta enfermedad y a este propósito diserta sobre los parásitos productores de ellas.

Colangitis lenta. — Prof. Prado Tagle. Da lectura a tres observaciones en las cuales ha hecho el diagnóstico de colangitis lenta. Se extiende después en consideraciones sobre esta afección, su sintomatología, las dificultades del diagnóstico, la patogenia y sobre el tratamiento. Se trata en todos estos casos de antiguos litiasicos, con claros antecedentes de cólico hepático, que después de algún tiempo presentan fenómenos infecciosos generales con bruscas alzas de la temperatura, escalofríos, etc. Estos estados están mantenidos con una infección crónica de las vías biliares y por la litiasis, vesicu-

lar y del colédoco. Llama la atención sobre la irregularidad de las crisis y sobre la forma prolongada de la enfermedad.

18 de Julio, 1924

Presidente: Prof. Prado Tagle

Caso de riñón poliúístico. — Dr. A. Ariztía. Presenta un caso de riñón poliúístico que es de interés, por cuanto esta afección rara vez se diagnostica en vida. Se trata de un enfermo de 45 años, bebedor, que ha tenido sarampión, blenorragia y una lúes con síntomas primarios, secundarios y terciarios; tuvo una hematemesis hace años, después una hemiplegia; en tres ocasiones ha sufrido de hematurias y dos o tres veces ha presentado síntomas de hipo y asistolia que lo han obligado a ingresar al hospital; la última vez le ofrecieron operarlo del riñón, hecho que el enfermo rehusó y por el cual salió del hospital para ingresar al Servicio del Prof. Prado Tagle. En el examen se comprueba que el enfermo tiene P. 104, R. 28, T. 36,8, presiones mx. 16 y mn. 8,5; hay cianosis, edemas miembros inferiores, latidos arteriales en el cuello, hidrotórax, tonos cardíacos apagados, soplo diastólico de la base; la aorta se palpa sobre la horquilla esternal, hepatomeglia, en la fosa iliaca izquierda se palpa un tumor del tamaño de la cabeza de un feto, que pelotea, indoloro, en la fosa iliaca derecha se percibe otro tumor semejante, pero más pequeño, se trata de dos tumores renales estando el riñón izquierdo descendido; el examen de orina de C. 900 cc., D. 1,012, Ur. 10 Cl. 4, albúmina 6 gr.; la reacción de Wassermann fué positiva en la sangre; azoemia 1,10 por mil, una K. de Ambard practicada después que hubo pasado la asistolia fué 0,33. Con el tratamiento hecho en el Servicio se domina el cuadro de la asistolia quedando en pie un síndrome renal caracterizado por hiperazoemia, concentración ureica baja, albuminuria y tumor renal doble con los caracteres ya enunciados, además hay que agregar las hematurias anotadas en los antecedentes. El diagnóstico del síndrome renal es riñón poliúístico doble complicado de esclerosis renal con insuficiencia funcional e insuficiencia aórtica de origen luético. El Dr. A. hace ver el interés que hay en hacer el diagnóstico de riñón poliúístico para evitar las intervenciones quirúrgicas innecesarias, como pudo haberle pasado al enfermo, sobre todo en caso que se aprecie sólo el riñón del lado derecho, ya que el riñón izquierdo crece hacia arriba rechazando el diafragma; en estos casos tiene interés hacer la radiografía y el cateterismo ureteral doble que puede dar luz, sobre todo cuando las orinas de los dos riñones sacadas por cateterismo tienen caracteres semejantes. El tratamiento se reduce a tratar las complicaciones; en el paciente se tratará la esclerosis renal; hay indicación operatoria cuando hay complicaciones de orden infeccioso (pielonefritis, etc.), o bien cuando hay dolores rebeldes o hematurias repetidas, en cuyo caso Marión aconseja la decorticación.

Caso de chancro blando extra-genital. — **Dr. Prunés.** Presenta un caso raro de localización del bacilo de Ducrey-Unna. La mayoría de los autores describen como localización casi única los genitales y regiones vecinas y las localizaciones raras las consideran siempre como secundarias. En el caso del Dr. P. el chancro se localizó en un dedo sobre una erosión, a raíz de haber habido un coito. La ulceración presentaba todos los caracteres del chancro de Ducrey, especialmente el dolor exquisito, pero la localización tan rara hizo pensar en una lesión luética o una herida infectada, resultando la investigación por este lado infructuosa; por fin, el examen y la reinoculación vinieron a comprobar que se trataba de una lesión ulcerosa producida por el bacilo de Ducrey-Unna.

Sifilomas terciarios. — **Dr. Prunés.** Vuelve a presentar los enfermos con sifilomas terciarios para mostrar los efectos del tratamiento específico. El paciente con glositis esclero-gomosa se encuentra muy mejorado de su afección; el otro enfermo, con un sifiloma del labio superior con compromiso del tabique nasal, en el que la biopsia hecha en dos laboratorios diferentes había dado resultados distintos, no ha mejorado casi nada.

Dr. Labra L. Examinando nuevamente al paciente cree ahora que se trata de un neoplasma y no de una lesión luética, pues el mal ha progresado a pesar del tratamiento específico.

25 de Julio, 1924

Presidente: Prof. Prado Tagle

Cardiopatías congénitas. — **Dr. Scroggie V.** A propósito de este tema el Dr. S. presenta una enfermita de 6 años que sufre desde que nació de perturbaciones circulatorias. El examen objetivo revela cianosis de la cara y extremidades, congestión de las conjuntivas; en el cuello se ven latidos carotídeos y venosos; en el tórax se aprecia un abombamiento de la región precordial, a la auscultación se oye un soplo sistólico en el segundo espacio intercostal izquierdo que se propaga a la clavícula y a los costados, hay también un desdoblamiento del segundo tono y un frémito catario sistólico, a la percusión el corazón se encuentra aumentado de volumen en sus dos ventrículos; los pulmones se encuentran normales; en el abdomen se nota un latido epigástrico; los dedos son en palillo de tambor. La radioscopia del corazón muestra este órgano aumentado en sus dos ventrículos y en su aurícula derecha. La reacción de Bordet-Wassermann fué negativa; el recuento de los glóbulos rojos dió 5.600.000, pero los glóbulos son de mayor tamaño que lo normal. Con todos los síntomas que presenta la niña se puede hacer el diagnóstico de estenosis de la arteria pulmonar congénita; sin embargo, hay algunos síntomas que hacen pensar en otra lesión asociada, así, p. ej., hay un aumento del ventrículo izquierdo, el soplo se transmite a las carótidas y clavículas, lo que no se ve en las estenosis pulmonares puras, falta

también la presencia del arco de la arteria pulmonar, hecho que, aunque paradójal, se observa en las estrecheces de la pulmonar, tampoco hay compromiso del pulmón. Por estos síntomas agregados que se encuentran en el corazón, se puede diagnosticar una perforación del séptum interventricular, es decir, que hay una lesión asociada, cumpliéndose la ley de Tallot que dice que siempre que hay una lesión congénita se acompaña de otras lesiones asociadas que tienden a compensarla. Para explicar la patogenia de las lesiones congénitas del corazón el Dr. S. recuerda que hay dos teorías: según una se trata de lesiones embriológicas por falta de desarrollo, y según la otra, sería una endocarditis fetal. El pronóstico de la paciente es un tanto bueno, porque presenta su lesión compensada, y además, la policitemia es inferior a seis millones, lo que, según Vaquez, mejora el pronóstico.

Dr. Mardones. Hace algunas consideraciones históricas sobre la enfermedad de Roget primero y en seguida diserta sobre la tétada de Fallot en las lesiones congénitas del corazón. En cuanto al pronóstico, cree que es difícil predecirlo, pues él ha visto enfermos que han sobrevivido muchos años.

Dr. Charlín. Recuerda el caso de una religiosa de más de 40 años, héredo-luética, que presentaba una cardiopatía congénita.

Dr. Scroggie V. El pronóstico, en general, de las estrecheces pulmonares congénitas depende también de las localizaciones; si es una estrechez orificial, la etiología, en general, es inflamatoria y no hay lesiones compensadoras, lo cual no pasa con las estenosis del infundíbulo, salvo que en este caso la estrechez sea total, lo que agrava el pronóstico.

Pleuresía pútrida. — **Dr. H. Alessandri.** Presenta la observación de un enfermo en el cual el diagnóstico precoz tiene gran importancia para el tratamiento y pronóstico. Se trató de un enfermo que llega con facies de intoxicado, P. 120, T. 38, R. 40; en la base del pulmón izquierdo se comprueban signos de derrame y por encima signos de pneumotórax; el examen de rayos confirma el examen clínico; la punción dió salida a un líquido sucio, semi-purulento que se separó en dos capas al ser dejado en reposo, la superior era líquido de aspecto claro y la inferior era formada por un sedimento que examinado microscópicamente dió microbios de toda especie. El diagnóstico de pleuresía pútrida fué hecho rápidamente y el enfermo fué mandado a Cirugía, en donde se hizo la evacuación del derrame por una resección costal, además se inyectaron grandes dosis de suero anti-gangrenoso y se hizo un tratamiento desintoxicante, etc. El cultivo para investigar anaerobios fué positivo, pero aun no se ha podido identificar el microorganismo encontrado. Las pleuresías pútridas son las que Dieulafoy denominaba ozenosas y tienen tres grados distintos de evolución que equivalen a tres formas clínicas, que son fétida, pútrida y gangrenosa; la forma fétida es aquella en que se encuentra un pus de mal olor, pero no hay gas porque los microbios lo producen en pequeña esca-

la y equivalen al primer período de las pleuresías pútridas; la forma pútrida tiene formación de gases que producen un pneumotórax, si se hace una punción y no se opera pronto se forma un flegmón gaseoso de la pared; la tercera forma se caracteriza por la presencia de placas de gangrena en la pleura y pulmón y a ella llegan las demás formas si no se diagnostican a tiempo. En cuanto al origen de estas pleuresías, se sabe que se producen en enfermedades agudas o crónicas del pulmón, bronquitis, bronquiectosis, etc., o bien provienen de otros focos por vía linfática o sanguínea, etc. El pronóstico queda ligado al diagnóstico oportuno y al tratamiento adecuado por los sueros específicos y por el tratamiento quirúrgico.

Caso de acromegalia. — **Sr. J. Ibar Bruce.** (Este trabajo se publicará en el próximo número de «La Clínica»).

Poliartritis aguda. — **Sr. Prado Barrientos.** Da cuenta de una enferma que comenzó a sufrir de una poliartitis; primero tuvo una artritis del codo, después de la articulación coxo-femoral; un aparato enyesado colocado en esta articulación tuvo que ser retirado por el gran dolor que provocaba. La enferma tuvo que extraerse una muela en cuya raíz se encontró un granuloma que se aprovechó para hacer una siembra microbiana con el fin de estudiar las infecciones de origen dentario; la siembra un microbio o Gram positivo que se inoculó a un conejo, previo lavado para quitarle las proteínas del caldo de cultivo que parece preparan al conejo haciéndolo más resistente a la infección; el resultado obtenido fué excelente, porque el conejo tuvo una artritis aguda de una de las extremidades posteriores, con temperaturas, etc.

Dr. Alessandri. Refiere que estudia el tema de las infecciones de origen focal en compañía de los señores Quintanilla y Prado B. y encuentra que el caso presentado es uno de los más ilustrativos, porque se ha logrado producir una artritis clínica, mientras que en los demás casos sólo la anatomía patológica ha venido a revelar las alteraciones articulares; el agente más común de estas afecciones de origen focal, es el estreptococo viridans. Según Rosenow, los microbios se especializan por ciertos órganos, de tal modo, que inoculados en otros individuos o animales van a localizarse al órgano semejante al órgano del cual se extrajeron, y aun más, no deben provocar lesiones en los demás órganos; tal es la especificidad electiva que adquieren.

Dr. Labra. Relata tres casos de afecciones producidas por focos microbianos tonsilares; el primero era un reumatismo crónico en que los ataques eran precedidos por una pusé de amigdalitis y que curó con la tonsilectomía; el segundo fué de una apendicitis que siguió a una amigdalitis, y el tercero se trató de una constipación tenaz que desapareció con la extirpación de las tonsilas.

Prof. Prado Tagle. Hace resaltar el hecho que el señor P. ha usado microbios lavados, lo cual es una técnica de la que poco o nada dicen los libros.

1.º de Agosto, 1924

Presidente: Prof. Prado Tagle

Osteocondroma del codo. Dr. García H. Vuelve a presentar una enferma que en Octubre del año pasado fué traída a la Sociedad con el diagnóstico de sarcoma del codo, por lo cual fué enviada a hacerse tratamiento radioscópico; a pesar del tratamiento el tumor siguió creciendo y la enferma se vió obligada a recurrir al Servicio del Prof. Vargas S. por dolores que habían aparecido en el territorio del nervio cubital; este hecho hizo que se extirpara el tumor y se colocara un clavo de alambre para asegurar la buena consolidación del codo. Este caso demuestra claramente que cuando hay dudas diagnósticas respecto de algún tumor, es necesario hacer una biopsia, aun cuando el tumor sea cerrado, para evitar tratamientos inútiles, si no perjudiciales.

Pleuresía purulenta. — Drs. Fontecilla y Garretón. (Este trabajo se publicará en "La Clínica").

Sífilis reciente grave (caso clínico). — Dr. L. Prunés. Presenta un enfermo de 22 años, quien a los veinte días de haber tenido relaciones sexuales nota la aparición de un chancro que, según los médicos que lo examinaron, era luético, que fué seguido de la aparición de lesiones eruptivas muy profundas, que sobrevienen a los 40 días después de la aparición del chancro; el enfermo fué tratado y recibió 30 inyecciones seguidas de cianuro de mercurio con las cuales cicatrizaban sólo algunas lesiones; este hecho obliga al enfermo a recurrir a la clínica de Sifilografía, en donde, además de sus lesiones, se comprueba que sólo hay ligero infarto de algunos ganglios axilares e inguinales; la temperatura oscila entre 37 y 37,8, el Wassermann es intensamente positivo. Este es un caso de sífilis grave, maligna y mercurio-resistente, porque a la lesión inicial siguieron rápidamente lesiones de tipo terciario que el tratamiento ha sido ineficaz para detener.

Dr. Meza Olva. Estima que el tratamiento no ha sido conducido en buena forma, pues debiera haberse usado arsénico como medicamento de elección.

Dr. Prunés. Encuentra que no es justo hacer cargos al tratamiento hecho, por cuanto los recursos hospitalarios son escasos y, además, porque la mayor parte de los casos ceden al tratamiento mercurial corriente, salvo formas graves como la presentada; en el paciente se usará bismuto sólo para estudiar la bondad de este elemento, al que no todos reconocen eficacia suficiente.

Técnica operatoria del procedimiento de Voronoff. — Dr. Puelma. Termina el estudio histórico hecho en sesiones anteriores con una descripción detallada del procedimiento perfeccionado del injerto testicular usado por Voronoff con fines de rejuvenecimiento. El testículo que se va a injertar se obtiene del hombre o de mono antropoides; del hombre se obtiene en caso de muerte accidental o en casos terapéuticos (por testículos ectópicos), pudiendo guardarse estos testículos hasta 72 horas después de su extracción; del mono se obtiene anestesiando el

animal con cloruro de etilo, hecho esto se hace una incisión para cada testículo, se extraen éstos y se parten parcialmente en dos trozos, cada uno de los cuales se semi-parte a su vez en otros tres trozos menores. En el receptor la técnica consiste en hacer una anestesia del rafe escrotal, en seguida se incinden las diferentes capas testiculares hasta llegar a la vaginal; aquí hay dos procedimientos que pueden ponerse en práctica, el primero consiste en dejar cerrada la vaginal, y el segundo en abrir la capa parietal; en ambos casos está ya listo el lecho para alojar los injertos, eso sí que previamente se aviva raspando con la punta del bisturí, hecho esto se separan los trozos de testículo del dador del injerto y se colocan tres, bastante separados unos de otros, después se aíslan por puntos que adosan alrededor de ellos las hojas de la vaginal entre sí o con otra de las capas testiculares; por fin se cierra la herida escrotal según técnica corriente, con lo cual queda terminada la operación llamada de Voronoff.

Consideraciones sobre los tics. — Prof. J. Ducci. A propósito de un enfermo de un tic de la cara, a quien un médico aconsejó una operación craneal, en vista de una mancha que aparecía en una radiografía, el Prof. D. recuerda que el tic es una enfermedad psico-motora sin substratum anatómico y que, por lo tanto, toda operación craneo-cerebral carece de fundamento tratándose de curar un tic.

REVISTA DE TESIS

A. Rojas Carvajal. SITIO NORMAL DE LA PULSACIÓN CARDÍACA. — (Imprenta El Globo). En este trabajo se trata de investigar el sitio que en la pared del tórax le corresponde a la punta del corazón y a su choque fisiológico. Son conocidas las diferencias que se ven en los distintos tratados de semiología respecto de este punto tan importante de la propedéutica del corazón. El trabajo de Rojas Carvajal viene a establecer lo que entre nosotros debe tomarse como exacto, sin atenernos a datos suministrados por autores extranjeros, según observaciones de sujetos de otras razas. Por esto, consideramos que el resultado de la amplia investigación del autor merece ser anotado con mucho interés, porque ha llegado a cifras positivas.

Rojas Carvajal deduce sus conclusiones del examen de 400 sujetos en los cuales no existe ningún síntoma que pueda hacer sospechar la existencia de una lesión cardiovascular, presente o pasada. Estas observaciones fueron hechas en soldados y en alienados.

El autor prefiere el nombre de pulsación cardíaca al de choque de la punta, porque fisiológicamente la punta del corazón nunca se separa de la pared costal; pero estima que es imposible dejar de usar el segundo nombre, porque la práctica, tan universal, así lo ha consagrado. En seguida el autor se refiere a su constitución y a su mecanismo de producción. Después pasa en revista su importancia en clínica, se detiene especial-

mente en consideraciones sobre el diagnóstico de las hipertrofias y las dilataciones del ventrículo izquierdo. Luego después analiza su localización y entra de lleno a discutir las distintas opiniones sobre la localización normal de la pulsación cardíaca.

Los resultados generales, de las 400 observaciones, a que llega el autor, son de lo más interesante. Respecto del espacio que ocupa la pulsación cardíaca en la pared costal, da para el 4º el 14,7%; para el 5º el 84,5% y para el 6º el 0,8%. Su situación, tomando en cuenta la línea mamilar, es la siguiente: en la línea mamilar, el 58%; por dentro de ella, el 37%, y por fuera de ella, el 4%.

En el conjunto de las 400 observaciones hay algunas que son interesantes bajo el punto de vista de la normalidad de su situación. Uno de ellos es un alienado de 50 años sin lesión alguna cardio-vascular, sería un sujeto normal con el grado más avanzado en la tendencia del corazón a bajar en los espacios intercostales en el curso de los años (Sahli). El sujeto en referencia presentó un choque de la punta en el 6º espacio. Varios otros casos de sujetos jóvenes con el choque de la punta en el 5º espacio por fuera de la línea mamilar han sido considerados como hipertrofias originadas por el trabajo muscular. Sin embargo, el autor hace la salvedad de los riesgos que se corren al juzgar con ligereza estos casos, ya que se trata de deslindar lo sano de lo patológico.

Finalmente llega a las siguientes conclusiones:

"1º En los adultos sanos del corazón, el choque de la punta de este órgano puede encontrarse normalmente en el 5º o en el 4º espacio intercostal izquierdo".

"2º Conforme con las investigaciones de Koren y las ideas de Potain y Vaquez, la mayor frecuencia corresponde al 5º espacio; la menor al 4º espacio".

"3º Como lo sostiene Sahli, la punta del corazón puede llegar a latir en el 6º espacio intercostal izquierdo, fuera de toda influencia patológica. La proporción muy pequeña de 0,8% da a este sitio el carácter de excepcional".

"4º En el sentido transversal el sitio normal está en la línea mamilar o por dentro de ella, con una proporción algo menor para esto último. La situación por fuera de la línea mamilar alcanza una proporción prácticamente despreciable".

"5º En los casos en que de la existencia de un aumento de volumen del corazón, dependa un diagnóstico o un pronóstico de importancia (neurosis cardíaca-cardiopatía orgánica), no bastará en ningún caso el que el choque de la punta del corazón esté en el 5º espacio para negar ese aumento de volumen. Para salir de dudas, es de necesidad en estos casos, recurrir a otros medios de examen del corazón".

Nos parece este trabajo muy importante, porque ha llegado a determinar un dato de positiva utilidad en clínica, ya que para determinar una alteración patológica del choque de la punta, debemos tener presente en el espíritu sus características normales, sobre todo lo que se refiere a su sitio fisiológico. — A. Garretón Silva.