

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

<p>DIRECTOR Dr. Oscar Fontecilla Jefe de Clínica Médica</p> <p>SECRETARIO GENERAL de la REDACCIÓN: Dr. Alejandro Garretón Silva Ayudante de Clínica Médica.</p> <p>SECRETARIO DE REDACCIÓN: Para la parte médica: Dr. Gregorio Lira y Florencio Garín R. Ayudante de Clínica Médica</p> <p>Para la parte quirúrgica: Dr. Manuel Martínez G. Ayudante de Medicina operatoria.</p>	<p>COMITÉ CIENTÍFICO</p> <p>S. S. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA</p> <p>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</p> <p>S. S. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES</p> <p>F. de Amesti S. Sepúlveda G. Grant B. E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto</p>	<p>ADMINISTRADOR: G. Campaña Gandarillas</p> <p>Todo asunto relativo a la Redacción debe dirigirse al Secretario General: Maestranza, 463, o al Hospital San Vicente de Paul (en las mañanas).</p> <p>Todo asunto relativo a la Administración debe dirigirse al Administrador: San Isidro, 390.</p> <p>Suscripciones: PARA TODO EL PAÍS</p> <p>Por un año..... \$ 20. — A los estudiantes de medicina. > 12 — Número atrasado..... > 1.50</p> <p>Las suscripciones son sólo por un año.</p>
---	---	--

SUMARIO

Texto.

- O. FONTECILLA.—Sobre diagnóstico precoz y pronóstico de la tuberculosis pulmonar, p. 37.
- G. GRANT B.—Papaverina y benzoato de bencilo como antiespasmódico, p. 42.
- E. R. MAHOTIÈRE.—Un caso de bradicardia fisiológica (2 figs.), p. 43.
- A. GARRETÓN SILVA.—Dos observaciones clínicas, p. 45.

Sociedad de Cirugía de Chile, p. 48.

Anexo:

- PRIMER CONGRESO MÉDICO LATINO-HISPANO-AMERICANO, p. 37.
 - C. CHARLÍN CORREA.—El nuevo plan de estudios o el colero de Etón, p. 38.
 - L. PONCE.—«La Clínica» y las historias de los enfermos, p. 39.
- CRÓNICA, REVISTAS EXTRANJERAS, ETC., ETC.

NOTAS EDITORIALES

El Primer Congreso Médico Latino-Hispano-Americano

Se prepara uno de los acontecimientos de mayor importancia y de las más simpáticas proyecciones en la historia de la Medicina española y americana. Se celebrará en el próximo mes de Octubre el primer Congreso Latino-Hispano-Americano en la ciudad de Sevilla. El Gobierno de Chile ha sido oficialmente invitado por el Gobierno de la Península y la Facultad de Medicina se ha apresurado a designar una delegación que llevará la representación de nuestro país y de nuestra Universidad. Como ya hemos anunciado en estas columnas, esa delegación ha quedado formada por los profesores

Brockmann, Vargas Salcedo, Monckeberg y Charlin. Las sobresalientes cualidades de los cuatro catedráticos designados son demasiado conocidas en nuestros círculos médicos para que necesitemos hacer aquí ningún elogio. Bástenos decir que el cuerpo médico nacional se sentirá digna y brillantemente representado.

La Medicina española y la Medicina latino-americana han alcanzado en los últimos años un desarrollo extraordinario: la calidad y el número de sus investigadores, la importancia de los trabajos que se publican, la orientación sumamente original de muchos de ellos, justifican plenamente la celebración de este Congreso. España y la América Latina constituyen una entidad moral indestructible cuyos fundamentos sería superfluo señalar en esta oportunidad. Es perfectamente justo y sumamente laudable que en el campo de las actividades científicas se exteriorice también la existencia de esta comunidad espiritual de cuya existencia positiva tenemos los médicos con-



ARTIGON

en frascos de 6 cm.³ tipo suave
» » » 3 » » extra
en cajas de 6 amp. de 1 cm.³ c/u.
(con concentración progresiva)

Medicamento sin igual para el tratamiento de la blenorragia

Vacuna antigonorreica, polivalente, nuevamente perfeccionada, de conservación ilimitada

Según ensayos practicados durante semanas enteras en la incubadora a temperatura hasta 40 centígrados, no se producen defectos algunos. En estos ensayos no había alteración alguna, ni en el número de los gérmenes, ni en su forma.

Rogamos a los señores médicos insistir siempre en la compra de los envases originales de la marca **SCHERING** para así tener la garantía de obtener las preparaciones legítimas.

En cualquier defecto, sírvanse avisar al representante de la

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING), Berlín

en Chile: **Carlos Steinberg** SANTIAGO CASILLA 1694

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS

ciencia clara y definida. Los grandes maestros americanos son respetados y conocidos en España; los maestros españoles cuentan con innumerables admiradores en el Nuevo Mundo. Los lazos intelectuales ya existen y sólo falta estrecharlos y robustecerlos. Es un hecho que el insigne Ramón y Cajal, al imponerse en el campo de la ciencia universal como un investigador de genio, no sólo llena de orgullo a la Madre Patria, sino que levanta y tonifica el sentimiento de la raza en todos los pueblos de habla castellana. De la propia manera, los sabios americanos como Morquio, Araoz Alfaro, Osvaldo Cruz, Chagas, Aloyso de Castro y tantos otros, ocupan lugar eminente en el afecto y la admiración de los españoles.

Debemos regocijarnos de que se ofrezca esta oportunidad para que tantas valiosas actividades se pongan en evidencia y para que los nobles sentimientos de la confraternidad hispano-americana se afirmen una vez más y se traduzcan en intercambios y colaboraciones de índole intelectual fecunda y duradera.

Esperamos que nuestro Gobierno sabrá esta vez corresponder eficazmente a la importancia de esta obra decretando oportunamente y con generosidad los auxilios necesarios para la impresión de los trabajos que nuestros delegados han de presentar al Congreso y para los demás gastos que demande la representación.

SOBRE LA REFORMA DEL PLAN DE ESTUDIOS

EN LA ESCUELA DE MEDICINA

La Dirección de "La Clínica", con el objeto de allegar algunas ideas a la reforma del Plan de estudios médicos, principiará desde este número a dar a conocer algunas opiniones sobre el actual método de estudios. Estas opiniones, debidas a prestigiosos profesores de la Facultad, creemos que ilustrarán a las personas interesadas en esta importante materia.

Del Prof. Dr. Carlos CHARLIN CORREA

EL NUEVO PLAN DE ESTUDIOS O EL COLERO DE ETON

El nuevo plan de estudios es malo, de toda maldad, atrevidamente malo, como habría dicho don Paulino Alfonso.

Sólo tiene una cosa buena, el año final de práctica; pero esta cosa buena no alcanza a salvarlo; así como los bonitos ojos de una niña fea no alcanzan a salvarla de la fealdad.

Sólo tiene una ventaja sobre el plan antiguo, este año de práctica; las otras innovaciones son detestables, como ser:

a) Supresión de los exámenes en 3º, 4º y 5º años, que significa supresión de toda fiscalización del profesor sobre el alumno durante 3 años, más de la mitad de los estudios.

La experiencia enseñaba, sin embargo, que en el plan antiguo los ramos que no terminaban en una prueba inmediata, no se

estudiaban. La práctica enseña hoy que los alumnos no estudian durante esos tres años libres, y demostración experimental de ello es que a la licenciatura sólo se presentan anualmente en tiempo oportuno el 20% de los estudiantes que han terminado sus clases.

b) Acumulación de los exámenes de los tres años en una sola prueba, la licenciatura.

El calentamiento efectuado antes a fuego lento, anualmente, se hace hoy a toda máquina, en pocos meses. Resultado: de 90 alumnos en 1922, sólo se atreven a dar examen menos de 30; en 1923, de 88 sólo unos 15.

Este guarismo tiene una fuerza aplastante.

Así, pues, para el 80% de nuestros alumnos, la supresión de los exámenes anuales significa un perjuicio considerable; en efecto, haciendo malos estudios en esos tres años libres, se ven obligados a prolongar por uno o dos años la estada universitaria.

Si el tiempo es oro para el rico, es brillante para el pobre. Y todos nuestros estudiantes son pobres, ya que en Chile sólo los pobres estudian.

Pensar que con este plan nuevo se quiso acortar el tiempo de estudios.

Pero hay más: cabe preguntarse ¿qué le acontece a este 80% de rezagados al cual se agrega año a año otro 80%?

Estos rezagados esperan, van formando una ola siempre creciente que detiene la barrera del examen.

Llegará el momento, es fatal, en que o la barrera espontáneamente baje y los examinadores más y más benévolos den el pase a todo candidato, y ese día se acabará la licenciatura, la única prueba final verdaderamente seria del nuevo plan; o que la barrera, manteniéndose firme, reciba el choque de la masa detenida.

Tuberculosis

Pre-tuberculosis. — Catarros bronquiales

PERLES

TAPHOSOTE

LAMBIOTTE FRÈRES

dosificadas a 0 gr. 25 de tano-fosfato de creosota.

Tolerancia perfecta

dosis corriente: 5 perlas al día.

Muestras y Literatura:
AM. FERRARIS
Compañía 1295 - Casilla 99 D
Santiago de Chile



SUERO VITAL

de ROBERT & CARRIERE de Paris

(Suero Tónico; a base de agua de Mar)

SU COMPOSICIÓN

Glicerofosfato de Soda.....	0 gr. 20
Cacodilato de Soda.....	0 gr. 05
Cacodilato de Estrictina.....	1 miligr.
Agua de Mar.....	1 c. c.

SUS INDICACIONES

Tuberculosis, Neurastenia, Convalecencias, Anemia, Debilidad, Agotamiento, Clorosis, Caquexias, Extenuación nerviosa, etc.

SU MODO DE EMPLEO

Una inyección sub-cutánea cada día, durante doce días. Con intervalo de seis días de descanso.

Muestras y literatura a disposición de los médicos
Concesionario para Chile: Am. FERRARIS. Compañía 1295-SANTIAGO

Se está incubando un conflicto. Conviene abrir los ojos, verlo para preverlo.

c) **Acortamiento del tiempo de estudio** de 6 años y medio a 5 años. Esta innovación ha recargado en tal forma el horario que los alumnos asisten hasta 7 y 8 clases en las 8 horas hábiles del día. El resultado pedagógico de este engullimiento, en uso de los pavos la víspera de día de santo, es deplorable.

d) **Libertad absoluta del estudiante** para recorrer de norte a sur y de oriente a poniente el programa como campo conquistado.

Los jóvenes que no saben, que apenas conocen el significado del título de las cátedras a cuyas puertas van a golpear, pasan de una a otra desorientados, como si jugaran a la gallina ciega, y los pobres jóvenes no saben que están jugando su porvenir, es decir, que están jugando el único bien de que disponen.

En este momento trascendental de su vida ¿no parece elemental que sus profesores lo tomen de la mano y les indiquen el buen camino?

¿Cómo es posible que se permita al estudiante, verdadera ánima viva de nuestros experimentos pedagógicos, asistir a las clínicas especiales antes de conocer patología general?

Esta pedagogía del siglo XX, que pretende ir de lo complejo a lo simple, es anti-natural, va contra todas las leyes del espíritu, choca a la razón, y aunque se pretende que la concibieron autores de fuste, me rebelo contra ellos, los reniego como maestros, y me inclino a creer que se trata de autores aficionados a la ironía, que encierra siempre toda paradoja.

e) **La creación antojadiza de los semestres.** Una de las tantas consecuencias de esta in-

novación es que ha hecho irrisoria la enseñanza de las especialidades.

La Facultad autoriza la enseñanza de una especialidad en 10 semanas, durante el semestre de verano, es decir, autoriza la no enseñanza de las especialidades.

Si esto ha de continuar, más valdría de una vez por todas tirar una raya sobre ellas en el programa... si lo hacemos, tengamos por lo menos conciencia que damos un pequeño salto atrás de cincuenta años.

f) **Las libretas...** etc. Se arguye que este nuevo plan es copia fiel del plan francés y del plan alemán...

Lo dudo, pero aunque venga del Celeste Imperio, su noble procedencia no quita ni pone rey.

Bueno en París, en Chile es malo, y eso es lo importante.

¿Por qué empeñarnos en continuar hundiéndonos en una falsa vía?

En cierto colegio inglés, en el aristocrático colegio de Etón, los muchachos reciben a los 12 años, como uniforme, un colero y smocking. Los vi salir un día de paseo, muy correctos, en fila, silenciosos, de colero puesto, y los vi también volver en la tarde de recogida; naturalmente miré los coleros... estaban todos flamantes, con el impecable reflejo.

¿Cuánto duraría en manos de nuestros institutos tal uniforme? He aquí un problema para los aficionados al cálculo de las probabilidades.

El plan nuevo para el estudiante chileno me hace el efecto del colero de Etón en la cabeza de un discípulo de don Juan N. Espejo.

DR. CARLOS CHARLÍN C.

Prof. extraordinario de la Facultad de Medicina. Oftalmólogo del Hospital del Salvador.

“LA CLÍNICA” Y LAS HISTORIAS DE LOS ENFERMOS

por el Dr. Lautaro PONCE

De Valparaíso

Cuando la medicina se incorporó a la literatura, estaba ya muy adelantada en la ciencia de aquellas remotas edades. La habían ejercido los sacerdotes y los filósofos en los diversos centros de cultura del mundo antiguo, y era como una sabiduría latente que cultivaban los espíritus superiores.

Hipócrates recogió la experiencia de los siglos, pasó al través de la criba de su poderosa mentalidad los conocimientos que recibió de sus antepasados, y la entregó a las edades que se siguieron, purificada y limpiada, al punto de que se dice con justicia que el creador de la medicina es Hipócrates.

Llevó la medicina junto a la cama del enfermo y aplicado sólo a la observación del paciente, única base racional del arte de curar las enfermedades, la puso en su primer período científico.

Hipócrates fué el primer clínico.

Enseñó a apreciar el valor de los síntomas que llevan al diagnóstico e hizo las primeras historias de enfermos.

Después de Hipócrates, pasaron veinte siglos para que se volviera al verdadero camino, perdido por los que pretendían encontrar fuera del enfermo, en sus ideas y teorías, la ciencia de la vida.

Fué en tiempos de Sydenham, a quien recordamos todos los días por su fórmula del láudano, el que tomó por guía a la naturaleza, rechazando toda hipótesis no fundada

RUBYL

SUSPENSIÓN ACEITOSA DE

Ioduro doble de Quinina y Bismuto químicamente puro

(SAL SOLUBLE)

PARA EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS

POR LA VÍA INTRA-MUSCULAR

en todos los casos de Sífilis Mercurio y Arseno-Resistentes

PRESENTACIÓN:

En cajas de 12 amp. de 3 cc. dosificadas a 0 gr. 10 por cc.

LUATOL

SOLUCIÓN ACUOSA Y SUSPENSIÓN ACEITOSA

de Tartro-bismutato de Sodio y de Potasio

PARA EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS

POR LA VÍA INTRA-MUSCULAR

INDICACIONES:

en todos los casos de Sífilis Mercurio y Arseno-Resistentes

PRESENTACIÓN:

En cajas de 10 amp. de 1 cc. (acuoso)

Les Établissements **POULENC** Frères - Paris

AGENTE ÚNICO PARA CHILE: **J. B. DIDIER**

Casilla 61 = Teléfono 3018 = San Pablo 1340 = SANTIAGO

CASA PAUL

Calle Castro, 11 - Teléf. 2349

SANTIAGO



Artículos para laboratorios en general
SURTIDO COMPLETO DE INSTRUMENTOS PARA MÉDICOS. — —

Manufactura de vidrios e importación directa de artículos de vidrios para laboratorios; — — — —

Gran surtido de ampolletas hipodérmicas de todas formas y tamaños.

Tubos lisos para química, Cánulas de todas clases, Matraces, Embudos, Pipetas, Buretas, Jeringas, Agujas, Medidas, Probetas, Cápsulas de porcelana, Balanzas de precisión y de Botica, etc., etc. — — — —



Infinitudes de Artículos para Laboratorios

Servicios de Agua caliente y de Calefacción Central

Con elementos modernos de la más alta calidad y procedencia

Instalamos en Hospitales, Clínicas, Gotas de Leche, Hospicios, etc.

Siempre tenemos en existencia un surtido interesante de artefactos para iniciar en el acto cualquiera instalación de esta naturaleza.

Ejecutamos instalaciones de Baños y Lavatorios con calentadores automáticos muy sencillos y eficientes.



Solicítenos informes y pormenores en nuestro Depto. Sanitario

MORRISON & Co. - SANTIAGO

ESPECIALISTAS EN ESTOS SERVICIOS

Dr. Marco A. Sepúlveda R.

LABORATORIO CLINICO

Bandera 736 Teléfono 233
Casilla 3659

Sección microscopía y química

Orina —Jugo gástrico, Excrementos, Excreciones, Líquidos patológicos, Esputos, Leche, Líquido céfalo-raquídeo.

Sangre: dosificaciones de urea, ácido úrico, colesteroína, glucosa, hemoglobina; recuento y clasificación de glóbulos, resistencia globular, etc.

Sección serología y bacteriología

Reacción de Wassermann. Reacción de Besredka.—Reacción de Weinberg.—Reacciones de Widal y de paratífus.

Cultivos para investigar difteria, fiebre tifoidea, gonococos, etc., etc.

Preparación de autovacunas. — Inoculaciones experimentales — Investigaciones al ultramicroscopio.

NOTA.—El Laboratorio está abierto de 8 A. M. a 10 P. M. y proporciona el material apropiado para el envío de las muestras.

Instituto de Radiología

RADIOSCOPIA Y RADIOGRAFIA

Radiografías a domicilio

Tratamientos de

Radioterapia profunda

y Radiumterapia



Dr. Adolfo Kaplan

ESTUDIOS: ESTADOS UNIDOS Y EUROPA

COMPANIA 1429

en hechos, cuando volvió la medicina a ser hipocrática, esto es, clínica.

Y sólo en la mitad del siglo pasado, con Claudio Bernard, se establece definitivamente que la medicina es la clínica. Claudio Bernard puso la fisiología al servicio de la clínica, dándole una nueva fase de progreso.

Hipócrates creó la semiografía.

Copiemos sus propias palabras. Están en la Sección tercera del Libro primero de Las Epidemias.

"Diagnosticamos las enfermedades según la naturaleza humana en general, y la naturaleza de cada individuo; según la enfermedad y el enfermo; según las cosas que le son administradas y según el que se las administra, pues todo eso contribuye a hacer el diagnóstico fácil o difícil; según la constitución general de la atmósfera, y según la que es propia a cada división del cielo, a cada país; según las costumbres, el régimen, el género de ocupaciones habituales, la edad, las expresiones, las costumbres, el silencio, las ideas, el sueño, los insomnios, la naturaleza y el momento de los ensueños, los movimientos de las manos, las comezones, las lágrimas, los paroxismos, los excrementos, las orinas, los esputos, los vómitos. Todavía hay que observar las sustituciones de las enfermedades, si los depósitos son críticos o perniciosos, y considerar el sudor, el frío, los escalofríos, la tos, el estornudo, el hipo, la respiración, los eructos, los gases expelidos con o sin ruido, las hemorragias, los hemorroides; hay que considerar lo que resulta de esos signos y lo que ellos significan".

En estos pocos renglones está resumida la doctrina hipocrática.

Es emocionante considerar cómo, después de más de dos milenios la medicina está siguiendo las mismas huellas.

Nos colocamos junto al enfermo, y con la base de la anatomía y la fisiología, hace-

mos el mismo examen que hacía el padre de la medicina.

Llega a considerarse que las dos expresiones, medicina y clínica, son sinónimas.

* * *

Hipócrates hizo además las primeras historias de enfermos. Esta labor, que podría parecer sin importancia para el que escribió libros eternos, constituye, sin embargo, una de las glorias del maestro.

Las primeras historias de enfermos son páginas admirables que han preocupado hondamente a cientos de muchos ilustres, en todos los tiempos.

Vamos a copiar algunas de ellas para que se vea cómo hacemos lo mismo que el fundador de la medicina, examinamos al enfermo, lo observamos y escribimos su historia.

EPIDEMIAS.—Libro Primero.—Sección tercera.—Catorce enfermos.

Quinto enfermo.—La mujer de Epicrates, huésped de Archijetes, estando a punto de dar a luz, fué tomada de un escalofrío tan violento, que no se pudo—dicen—calentarla. Al día siguiente, el mismo estado. El tercer día dió a luz una niña, y todo pasó como conviene. El segundo día después del parto la tomó una fiebre aguda, dolores en el corazón y en las partes genitales. La introducción de un pesario disipó estos accidentes; pero sobrevino dolor de cabeza, en el cuello y dolores lumbares. No tenía sueño. Evacuó en pequeña cantidad algunas materias biliosas, tenues, sin mezcla: orinas tenues, negruzcas. La noche del sexto día, a contar del momento en que fué tomada por una fiebre violenta, tuvo alucinaciones. El séptimo día, todo se exasperó, insomnio, alucinaciones, sed, deposiciones biliosas de color obscuro. El octavo día fué tomada por escalofríos, reposó más. El noveno día, el mismo estado. El décimo día tuvo las piernas muy dolorosas, volvió el dolor del precordial, pesantez a la cabeza, no tuvo alucinaciones, reposó más, sequedad del vientre. El undécimo día tuvo orinas de buen color, con sedimento abundante; se encontraba mejor. El día decimocuarto, vuelta de

los escalofríos, fiebre aguda. El décimoquinto día vomitó materias biliosas, amarillas, bastante abundantes, tuvo sudor, apirexia, pero en la noche, fiebre aguda, orina espesa, con sedimento blanco. El décimosexto día, el mal se exasperó, noche agitada, nada de sueño, alucinaciones. El decimoctavo día, sed; la lengua estaba quemada; no dormía; tuvo muchas alucinaciones y volvió a sentir fuertes dolores en las piernas. Hacia el vigésimo día en la mañana, tuvo algunos escalofríos, cayó en el coma, y a intervalos dormía apaciblemente, vomitó materias biliosas negras, en pequeña cantidad, sordeza en la noche. Hacia el día vigésimoprimer, pesantez dolorosa en todo el costado derecho; tosió un poco; orinas espesas, turbias, rojizas, que no se decantaban por el reposo; por lo demás todo iba mejor. Sin embargo, no tuvo una nueva apirexia. Desde el principio, faringe dolorosa y roja, hinchazón de la campanilla, expectoración de un humor acre, picante, salado, que persistió hasta el fin. Hacia el día vigésimoséptimo, apirexia, depósito en las orinas, dolores de costado. Hacia el día trigésimo primero, la volvió a tomar una fiebre violenta, el vientre se encontró perturbado por materias biliosas. El día cuarentésimo vomitó un poco de materias biliosas. El día octogésimo, la enfermedad fué diagnosticada, definitivamente; apirexia completa.

EPIDEMIAS.—Libro tercero.—Sección segunda.

Sexto enfermo.—La hija de Eurynax, virgen, fué tomada por un calor quemante. Permaneció sin moverse durante toda su enfermedad. No tenía gusto por los alimentos, en absoluto. Evacuaba materias en pequeña cantidad, orinas tenues, poco abundantes, y no de color bueno. Al principio de la fiebre tuvo dolores en el periné. El sexto día, apirexia, nada de sudores, la enfermedad fué diagnosticada. El absceso formado en la margen del ano supuró un poco, se abrió fuera de la crisis. El séptimo día, después de la crisis, fué de nuevo tomada por los escalofríos, volvió a sentir un poco de calor y sudó. El octavo día, después de la crisis no tuvo muchos escalofríos, pero las extremidades permanecieron siempre frías. Hacia el décimo día, a los sudores siguieron alucinaciones, y luego volvió el conocimiento. Se pretendió que estos accidentes eran originados por uvas, que había comido. El duodécimo día, después de una intermisión, tuvo de nuevo un delirio muy pronunciado, perturbaciones del vientre con deyecciones poco considerables, biliosas, sin mezcla, tenues, irritantes. Se levantaba

TRATAMIENTO CIENTÍFICO de las enfermedades VENOSAS
y de los DISTURBIOS de la FUNCIÓN OVARIANA.

MENOVARINE

A BASE DE principios extractivos vegetales seleccionados
y de un catalizador: Mn.

4 DRAGEAS POR DÍA

Laboratorios MONDOLAN — 11 Place des Vosges — París

Concesionario único para Chile: J. B. DIDIER

CASILLA 61 — TELÉFONO 3018 — SANTIAGO

OBLEAS - AMILÁCEAS

Remedios dados a enfermos dentro de la sencilla OBLEA AMILÁCEA, reducirá la angustia y dolores causados por otros tratamientos, facilitando la mejoría de los enfermos.

El fabricante ruega a los Señores MÉDICOS y FARMACÉUTICOS de tomar nota que se fabrican las obleas en cualquier color, con cualquiera impresión o tamaño.

Se reciben órdenes directamente o por intermedio de los Droguistas por Mayor.

Primer PREMIO con MEDALLA de ORO obtenido en la EXPOSICIÓN INDUSTRIAL de Santiago-Chile 1922.

FABRICANTE: JUAN W. DOOLEY

Casilla 3554 — Calle Arturo Prat 637 — Teléfono 64 Matadero
SANTIAGO - CHILE

Para combatir los efectos de la pobreza de cal de la alimentación es especialmente indicada la administración de un preparado de cal de profilaxis eficaz.

El Calcio láctico "INGELHEIM"

es un preparado profiáctico de acción progresiva y al mismo tiempo agradable; es especialmente indicado en los estados catarrales, constipados, etc. Excelente para el tratamiento de la debilidad de los huesos y raquitismo así como para los estados de extenuación de todas clases en los niños y adultos.

Envases originales con 100 tabletas de 0.25 gr. Calcio láctico "Ingelheim"
Los adultos pueden tomar hasta 12 tabletas diarias.

CADECOL "INGELHEIM"

Tratamiento alcanforado estomacal; remedio interno espasmolítico y cardiotónico en las insuficiencias cardíacas crónicas, en los disturbios de circulación, etc.

PERICOL "INGELHEIM"

Cesación segura de los ataques esteno- : : cardíacos, en la angina de pecho. : :

Tubos originales de 20 tabletas y frascos de 100 tabletas para hospitales.
Se recetan 1 a 2 tabletas Cadecol o Pericol tres veces por día, después de las comidas.

Agente exclusivo para Chile:

Dr. Walter Knoche
SANTIAGO — CASILLA 3457

Se piden los productos C. H. Boehringer Sohn.—
Ingelheim en todas las buenas boticas.

RESALDOL

[Ester etílico del ácido 2-4 dioxibenzoilortobenzoico]

MODERNO ANTIDIARREICO

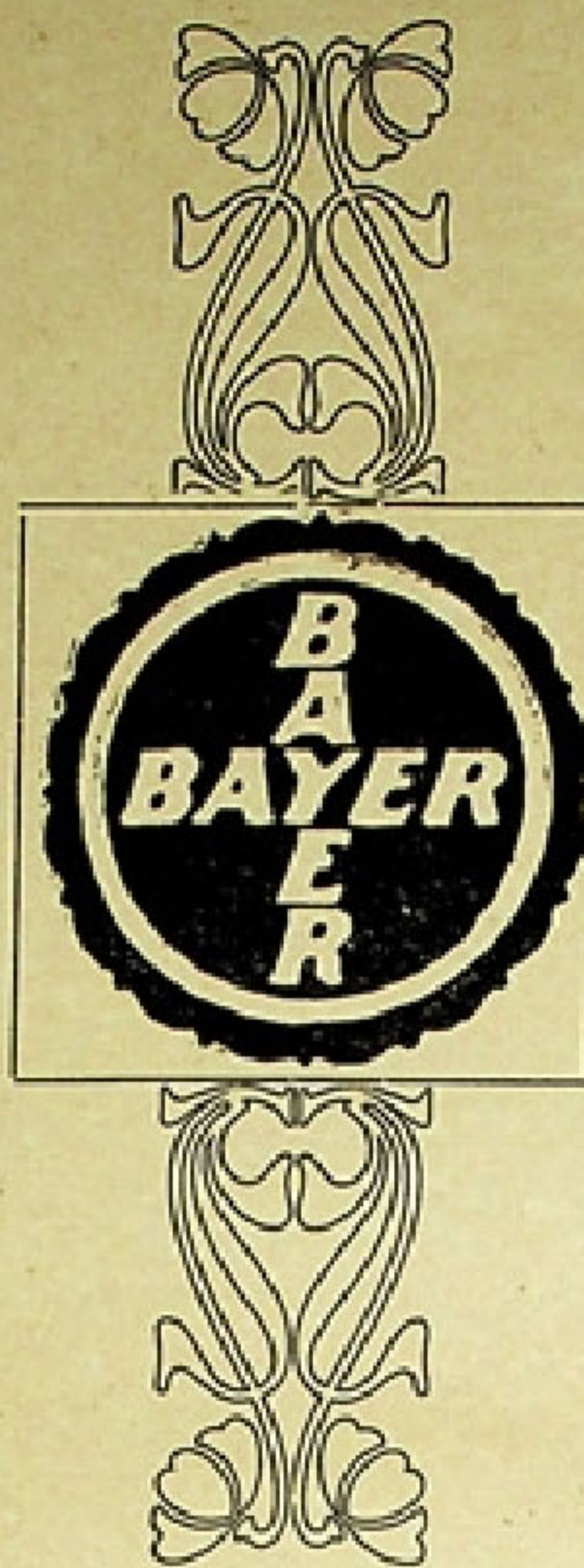
desprovisto de olor y de sabor.

Actúa por un mecanismo motor, produciendo disminución del tono y del peristaltismo del intestino delgado.

INDICACIONES: Diarreas ex ingestis, disentería, trastornos espásticos del tubo gastro intestinal, litiasis biliar, etc.

PRESCRÍBANSE:

Tabletas «Bayer» de Resaldol (embalaje original)



TENOSINA

b. Imidazoliletilamina } en las proporciones más favorables.
p. Oxifeniletilamina }

Nuevo sustituto del Cornezuelo

Líquido esterilizado, cristalino, que no contiene más que sustancias químicas puras.

Sus dos componentes se completan mutuamente en su acción y sus efectos son constantes, a diferencia de lo que ocurre con las preparaciones galénicas del cornezuelo.

INDICACIONES: Hemorragias, post-partum y puerperales, hemorragias atónicas, etc.

PRESCRÍBANSE:

Ampollas «Bayer» de Tenosina (embalaje original de 10 x 1, 2 cm. 3)

Tabletas Bayer de Tenosina (frascos de 20 tabl.)

Tenosina líquida (frascos de 10 cm. 3).

Todos los productos legítimos «Bayer» llevan un sello de garantía de color amarillo. Rechácense todos aquellos productos que no tengan este requisito

Señor Doctor, ¿recibe Ud. la Revista de Información Terapéutica?, si no la recibe, diríjase a la **Química Industrial «Bayer», Weskott & Co.,** Santiago de Chile, Casilla 1267, indicando su dirección precisa y la recibirá gratis y franco de porte.

3 Buenos Productos

Biocalcina LECITINADA

Glicerofosfato de cal..... 0,55
Carbonato de cal..... 1,55
Fosfato de cal..... 0,25
Magnesia calcinada 0,25
LECITINA PURA..... 0,10
Azúcar, Cacao, Vainilla, c's

TUBERCULOSIS

BRONQUITIS

DEBILIDAD ÓSEA

Y

CEREBRAL

Pulmagol

PirenoI 0,50
Codeína Fosforica 0,01
Tiocol Roche 0,35
Agua Laurel Cerezo ... 5 gotas
Elixir Regaliz comp. c. s. p. 20 gr.

**PARA TODA AFECCIÓN DE LAS
VÍAS RESPIRATORIAS**

TOS REBELDE

ASMA BRONQUIAL

Bioglandina

Glicerofosfato de sodio, 50% 20 gr.
Hipofosfito de cal y sodio .. 20 »
Principio activo del aceite
de hígado de bacalao..... 3 1/2%
Jarabe de naranjas 100 gr.
» » vainilla 100 »
Elixir de Kola c's. p. 1000 »

**EL SUBSTITUYENTE PERFECTO
DEL ACEITE
DE HÍGADO DE BACALAO**

Tónico Estimulante

SABOR EXQUISITO

MUESTRAS Y LITERATURA
PARA LOS SRES. MÉDICOS

— CASILLA 3076 —

LABORATORIO PASTEUR

frecuentemente para ir al excusado. El séptimo día, después de la vuelta de las alucinaciones, murió. Desde el principio de la enfermedad se quejaba de dolores a la faringe, que permaneció roja, hinchadas las amígdalas, con producción abundante de un flujo de humores tenues, acres, tos húmeda, ninguna expectoración. Tuvo una inapetencia general durante toda la enfermedad, no quería nada; nunca tuvo sed, no bebió casi nada; silenciosa, no articulaba palabra alguna, abatida, se desesperaba de sí misma. Había en ella una disposición congénita para la tisis.

Después de estudiar la historia de la medicina llegamos nosotros a la conclusión de que el médico de hoy tiene que proceder en igual forma que el creador de la ciencia que cultiva y del arte que practica.

Hipócrates no tenía otros medios de diagnóstico que sus sentidos y su sabia comprensión de la vida. Ver, oír, darse cuenta de los olores, palpar... En aquellos tiempos se conocían ya los ruidos de frote y de cuero nuevo de las pleuresias.

Y hoy, siempre hay que ver, ver intensamente, procurar ver más de lo que nos han enseñado a ver, hay que palpar con intención, hacer uso conceptuoso de los sentidos, sin apartarse del enfermo hasta haberse dado cuenta de su estado.

Estar junto a la cama del enfermo en esta labor es la clínica, y en este sentido, identificamos la clínica con la medicina.

La inmensa mayoría de los médicos que ejercen su arte en los vastos escenarios del mundo, no tienen otros recursos para formular diagnósticos.

Por eso los estudios de enfermos que se practican en las clínicas deberían tener por objeto, en primer lugar, llegar al diagnóstico sólo con la juiciosa observación hipocrática.

Esas historias, en realidad, son caminos

que conducen al diagnóstico y se fijan en la memoria los casos que se repiten, hasta constituir una poderosa ayuda para la práctica profesional.

No son las observaciones escritas solamente para los estudiantes que, si se encuentran faltos de elementos de diagnóstico tienen otros recursos a que recurrir. Debe suponerse el médico siempre solo, en una mina, en un vapor, en un barrio de gente pobre, como el mismo profesor cuando visita a su clientela a domicilio.

Puede anticiparse la suposición de que con estas limitaciones muchas veces el médico tendría que sentirse vencido en la empresa y declarar que en el momento de su examen falta el diagnóstico. Esto no tendría nada de extraño, toda vez que es sabida la frecuencia con que ni los antecedentes, ni el examen, ni la discusión, dan mérito para establecer juicios definitivos. La marcha del proceso, la aparición de nuevos factores sintomáticos de referencia, los efectos de un tratamiento explorador, pueden dar luz en el problema oscuro.

Lo que juzgamos que es más interesante desde el punto de vista didáctico, pues no sólo se enseña a los que están dentro de la clínica, sino a muchos que están muy distantes de ella, en espacio y en tiempo es que se declare en cada caso deliberadamente, si la clínica da o no elementos de diagnóstico, cuáles son los hechos insuficientes anotados, cuáles faltan, y se diga si se puede establecer un diagnóstico provisional, y por cuánto tiempo.

Si se agotan los medios hipocráticos, la ciencia ha avanzado en la investigación de las enfermedades, y ha creado el laboratorio.

El primer auxilio se ideó a principios del siglo dieciocho. Por aquel tiempo la observación clínica formulaba el diagnóstico y pronóstico de las fiebres. Boerhaave propuso

medir las temperaturas anormales. Pero el termómetro clínico no se generalizó sino mucho después.

Más tarde Virchow, con su doctrina de la patología celular, incorporó el microscopio al diagnóstico.

Pero ha sido después de Claudio Bernard, cuando el advenimiento de Pasteur, revolucionario de la medicina, que crea la profilaxia por el conocimiento de la etiología de las enfermedades, cuando se instala definitivamente un laboratorio al lado de la clínica.

Se extiende la iniciativa de Claudio Bernard, que agregó a la comprensión clínica antigua, la explicación fisiológica. Con Pasteur se agregan la patogenia y la fisiopatología.

Con todo esto la clínica sigue igual, se le presenta oportunidad de practicar estudios de los humores que circulan en el organismo y de las deyecciones, lo que antes se había adquirido mediante la larga observación de los siglos. El laboratorio es una ayuda que se aporta a la clínica. Esto se ha dicho mucho y hay que repetirlo. Con todo hay quienes han pasado una vida entera al través de la práctica profesional y no se han dado cuenta de estas cosas. Han incorporado de la suerte el laboratorio a la clínica, que algunos han dicho sin protesta de los oyentes que el laboratorio es la clínica.

El clínico es un observador que al mucho haber visto y haber aplicado su experiencia, une un criterio sano.

Al aparecer "La Clínica", una revista de medicina que sale de las clases que dictan los maestros en los hospitales, junto a los enfermos, hemos pensado que no debe limitar sus labores a los estudiantes; tiene que ser útil a los que ejercemos en las provincias alejadas de la Universidad, sin re-



Librería

SALVAT

Barcelona-Santiago



NUEVAS OBRAS DE LA Editorial SALVAT S. A.

<p>G. H. ROGER.—Medicina, un tomo en tela \$ 23.25</p> <p>M. SÉGARD.—Consultorio, 100 consultas de cada día..... \$ 34.50</p> <p>K. BAISCH.—Guía Práctica del Diagnóstico Tocológico y Ginecológico, un tomo tela \$ 17.25</p> <p>L. PULVERMACHER.—Fundamentos de la Terapéutica de las Enfermedades Cutáneas y Sexuales, un tomo en tela..... \$ 18.—</p> <p>M. LETULLE.—Práctica de la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación en Clínica médica, con 116 figuras explicadas y comentadas, un tomo a la rústica..... \$ 13.50</p>	<p>Dr. LACAPERE.—Tratamiento de la Sifilis por los Compuestos Arsenicales, un tomo rústica..... \$ 11.25</p> <p>A. POLICARD.—Evolución de las heridas, un tomo a la rústica..... \$ 11.25</p> <p>N. MARINI.—Prontuario de las Indicaciones esenciales de Terapéutica Clínica, un tomo rústica (Nueva edición)..... \$ 9.—</p> <p>MATHÉ y BAUDOT.—Prontuario del Manipulador Radiologista, un tomo a la rústica \$ 11.25</p> <p>E. GLEY.—Cuatro lecciones sobre Secreciones Internas, un tomo a la rústica..... \$ 9.—</p>
---	---

Para las provincias deben agregarse \$ 0.50 para gastos de envío.

Calle Agustinas, 1056 (entre Ahumada y Bandera) — Santiago.

El tónico para los niños

Jarabe Valtin Leroy

Laboratorios
Recalcine

Elixir Dixi Leroy

Combinación Tánica Biyodada

Laboratorios
Recalcine

LABORATORIOS CLIN

ENESOL

(Salicilarsinato de Mercurio)

VENTAJAS:

Toxicidad excesivamente débil (70 veces más débil que la del Hg I^o).
El ENESOL no es doloroso en inyecciones hipodérmicas.
La actividad terapéutica del ENESOL es comparable a la de las mejores sales mercuriales.
El ENESOL se expone en Ampollas de 2 c. c. graduadas a 3 mgr. por c. c. (3 gr. 66 por ampolla).
1012

TUBOS ESTERILIZADOS CLIN

Para INYECCIONES HIPODÉRMICAS

con todo género de medicamentos utilizados en la práctica de la hipodermia. Se expenden en cajas de 6 y de 12 ampollas.

Los Tubos esterilizados CLIN se recomiendan por la asepsia perfecta, la pureza química y el riguroso dosaje de las preparaciones.

CONSÚLTASE EL PRECIO CORRIENTE ESPECIAL.
1020

F. COMAR & FILS & C^{ie} - PARIS

ASCOLÉINE

SOLUCION RIVIER

CIEN VECES MAS ACTIVA que el aceite de hígado de bacalao, por cuanto cada cucharada cafetera de ASCOLEINE RIVIER contiene 10 centigramos de lecitido específico ("diamidotrifosfatido") mientras que un litro de aceite virgen solo contiene, por junto, 20 centigramos.

La ASCOLEINE RIVIER aumenta las fuerzas, hace engordar a los tuberculosos, favorece las oxidaciones pulmonares

y acrecienta la actividad antitóxica del hígado.

LABORATORIOS CLIN

ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000º (Frascos de 5 y de 25 c. c.)
Colirio al 1/5000º.
Gránulos a 1/4 de mgr.
Supositorios a 1/2 mgr.
Tubos esterilizados a 1/2 mgr. por c. c.
Tubos esterilizados de Adrenalina-Cocaina.
EXÍJASE LA MARCA CLIN. 1010

FOSFOTAL CLIN

(Phosphotal. - Fosfato neutro de Creosota)
Cápsulas Clin 20 mgr de Fosfotal por Cápsula.
Emulsión Clin 50 mgr de Fosfotal por cucharada de las de café.
Tubos Clin Solución oleosa, graduada a 10 mgr. de Fosfotal por c. c. en ampollas de 3 c. c.
INDICACIONES: Bronquitis, Catarros, Laringitis, Tuberculosis. 1032

F. COMAR & FILS & C^{ie} - PARIS

ESTOS MICROBIOS OS DAN
DISENTERIA
ENTERITIS
DIARREA



Un solo frasco DE LA INSUPERABLE

AMIBIASINE

ADOPTADA POR EL EJÉRCITO FRANCÉS OS CURARÁ

Laboratoire de l'AMIBIASINE
27, Rue de Miromesnil, PARIS
DE VENTA EN TODAS LAS BUENAS FARMACIAS

Dentición

JARABE DELABARRE

JARABE SIN NARCÓTICO.

Facilita la salida de los dientes, previene ó hace desaparecer los sufrimientos y todos los Accidentes de la primera dentición.

EXÍJANSE el SELLO de la "Union des Fabricants", y la FIRMA DELABARRE.
Establecimientos FUMOUGE, 78, Faubourg St-Denis, Paris, y las Farmacias del Globo.

ANEMIA

Las Auténticas PÍLDORAS



BLANCARD

de PARIS

Aprobación de la Academia de Medicina de Paris.

DEBILIDADES

cursos, y que de tener cerca un laboratorio no es dable utilizarlo siempre.

Al médico que tiene que ir de casa en casa en la ciudad, el progreso no le ha dado más que dos chismes, un termómetro y una jeringuilla de Pravaz. Y luego, las curvas de temperatura aparecen influenciadas por los antipiréticos, y faltas de verdad, en consecuencia.

* * *

El laboratorio es atrayente. Un microscopio, una estufa, las reacciones biológicas, el método de Bordet Gengou aplicado a todas las infecciones, son cosas que seducen. Los rayos de Roentgen son, sin duda, una maravilla estupenda. Nosotros hemos pensado que aquellas reacciones podría hacerlas todo el mundo valiéndose de los frascos de vacío, verdaderas estufas en pequeño que mantienen el calor necesario, el tiempo preciso para que se produzca la posición del complemento.

Pero nunca hemos visto que el práctico pueda conciliar las dos actividades, podría decirse que son incompatibles.

* * *

Hemos estudiado con detenimiento las historias de enfermos que aparecen en el primer número de "La Clínica".

Las observaciones del Dr. Garretón Silva son dignas de los modelos hipocráticos. Los datos extra-clínicos podrían haberse omitido sin que hubiesen quedado inciertos los diagnósticos. Ha sido parco en ellos, datos sobre la urea de la sangre, del oscilómetro, una punción lumbar, una reacción biológica, una radioscopia.

La tesis del Dr. Garretón Silva, pudo haber quedado probada sin más recursos que

los de la clínica y los resultados terapéuticos.

Estas observaciones son claras, precisas y concisas, esto es, literarias y enseñantes en alto grado.

* * *

Podría creerse que nuestra intención es restarle importancia al laboratorio. Y no es así. Queremos que el laboratorio esté tan lejos de la clínica como lo está la sala de las necropsias.

La importancia de la autopsia es enorme para la clínica. Pero está lejos de ella, en el laboratorio de un especialista.

¿Podría seguirse en la clínica, por dos grupos de alumnos, la marcha de un enfermo, teniendo uno todos los recursos del laboratorio y careciendo de ellos el otro? Una simple suposición nos permite aclarar nuestro concepto. La observación del clínico que no tiene laboratorio, sería de enorme importancia para el práctico.

Pero, si en la redacción de las observaciones se hiciera una división perfecta, si se llegara en el examen hasta agotar todo posible interrogante del lector y se dijera: no hay diagnóstico, llegaría el momento de aportar todos los datos del laboratorio que fueran conducentes.

En el trabajo de tanta importancia del Dr. Fontecilla encontramos en el primer caso bien marcada esta separación. En el segundo caso aparecen los datos del Pachón, aparato que ya debería tener las dimensiones de un reloj de bolsillo y ser fácilmente portable, en los exámenes manuales, si se puede decir así. El tercer caso es perfectamente hipocrático. Los datos del laboratorio no aportan mayores seguridades al diagnóstico, y están separados en forma que

son simples comprobaciones de hechos ya establecidos.

En estas dobles infecciones meníngeas es la sífilis la que viene a complicar el diagnóstico. En el primer caso no hay antecedentes y la infección es revelada por la prueba de Wassermann. En el segundo caso hay estigmas hereditarios, y en el tercero la sífilis era evidente, y la tuberculosis de igual modo ostensible.

En el primer caso de sífilis oculta, no hizo falta siquiera el tratamiento, en medio de la infección principal.

¿Pide al práctico algo imposible?

Un ensayo podría responder a esta pregunta. Mucho se aprende en la lectura de las observaciones de enfermos. Las del célebre Richard C. Cabot, que hemos leído mucho, nos han prestado servicios de consideración. Si estas historias se escribieran, como lo hizo el padre de la medicina, teniendo en cuenta que han de servir a los médicos que ejercen en lugares distantes de los centros que ofrecen toda suerte de comodidades, la obra sería grandiosa por la extensión que abarcaría, mucho más allá de la Universidad, en los confines del país, donde hay muchos estudiosos.

"LA HIPÓFISIS Y EL TERCER VENTRÍCULO"

En el N.º 3, pág. 32 de "La Clínica", por un lamentable error, el nombre del autor de este artículo apareció equivocado. El nombre es Jorge Ibar Bruce.

Nos apresuramos a rectificar esta equivocación y a dar las satisfacciones del caso.

Styles y Compañía

FABRICANTES DE

Muebles Quirúrgicos Asépticos

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

Casilla 1249

Ofrecemos construir muebles de diferentes modelos

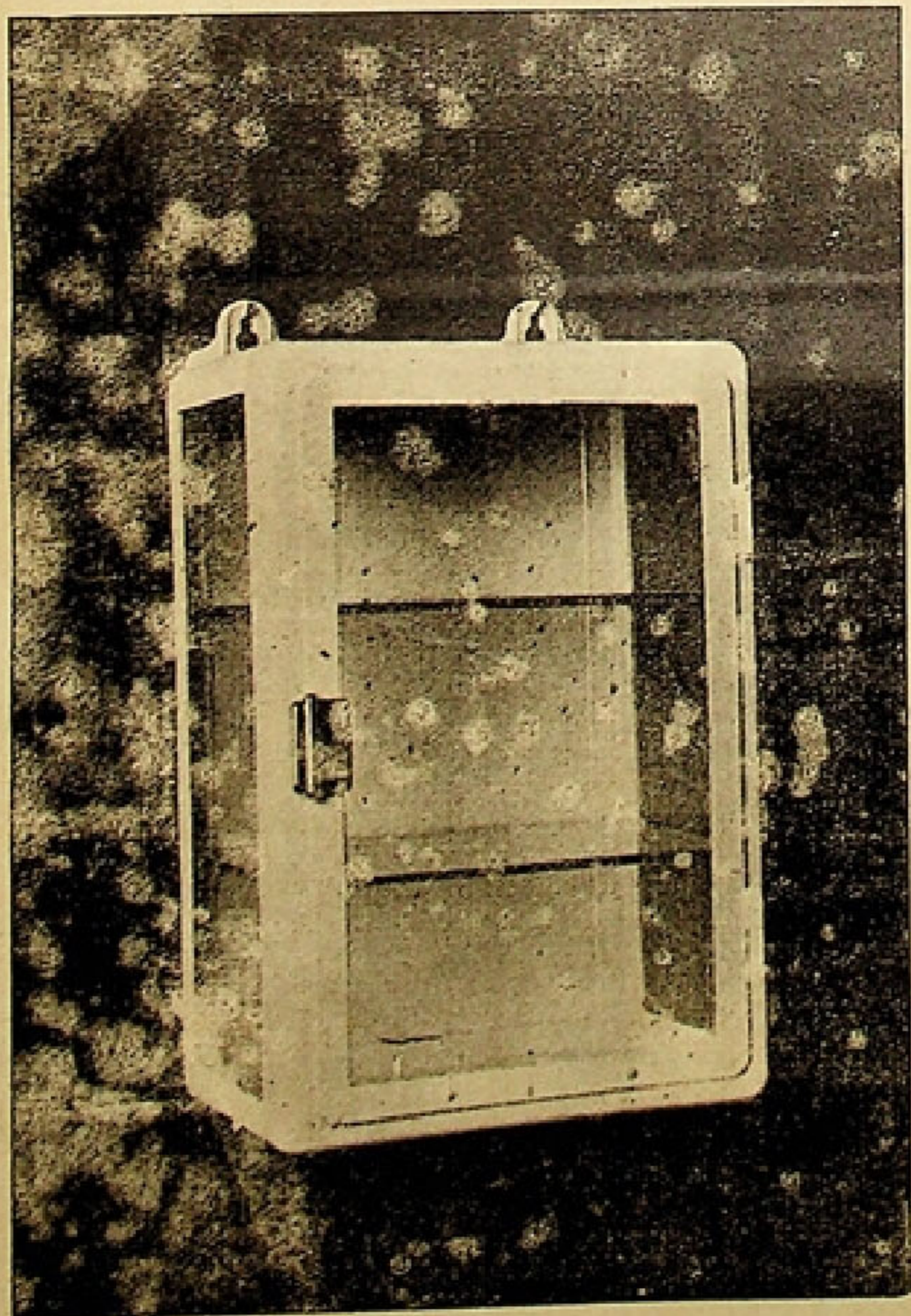
Nos esmeramos en el acabado, tanto respecto al esmaltado como del Niquelado. El esmalte no consiste de pintura blanca, sino de esmalte especial aplicado con brocha neumática y endurecido en un horno especial. El niquelado es una capa gruesa aplicada sobre una capa de cobre, cuando la pieza es de fierro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



PREMIO CLIN DE 1923

Declarado abierto el concurso para otorgar el Premio Clin de 1923, el Directorio de la Sociedad Médica acordó conferirlo a los doctores señores Hernán Alessandri Rodríguez y Ottmar Wilhelm G.

Ambos médicos fueron, durante el tiempo que permanecieron en la Escuela de Medicina, alumnos muy distinguidos y laboriosos.

ENSAYO SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL CÁNCER

por J. MAGROU

El autor inicia su interesante artículo estableciendo que, tanto en el reino animal como en el vegetal, el desarrollo de un tumor, benigno o maligno, sigue las mismas modalidades de un tejido normal; así se ve que un elemento celular aun poco diferenciado (neuristema de los vegetales, célula indiferenciada del animal), es afectado de una carioquinesis típica que lleva a este elemento a formar un tejido bien diferenciado, con el mismo carácter del normal, pero enormemente acrecentado en volumen. Comenta algunos hechos interesantes que tienden a homologar en ambos reinos el determinismo de esta carioquinesis; así, por ejemplo, el huevo para entrar en carioquinesis necesita de la introducción dentro de él de un ele-

mento extraño, el espermatozoide; las semillas de Orquídea necesitan de un hongo que se introduce en su grano. Por estos hechos llega a la pregunta de si la célula primitiva, cuya carioquinesis va a determinar el neoplasma, no necesitaría también de un elemento extraño, un microorganismo, capaz de determinar esta actividad proliferativa. A favor de este origen microbiano del cáncer, cita el sarcoma de ciertas aves cuyo filtrado es capaz de desarrollar el mismo tumor al inyectarlo a otra ave, tratándose en este caso de un virus filtrable. Hechos homólogos cita para los vegetales, respecto a cierto tumor llamado "crown gall", tumor maligno, metastático, caquetisante, en el cual se ha encontrado un bacterio cuya inoculación fatalmente determina en el vegetal la formación del tumor. El autor generaliza más las causas de segmentación de las células vegetales y animales, y cita como tales los medios físico-químicos (vibraciones, soluciones no isotónicas, etc.)

A continuación pasa a ocuparse de la resonancia (fenómeno físico según el cual un cuerpo dotado de actividad emite ondas de período y frecuencia tal, que son capaces de imprimir movimiento a otro cuerpo que esté en estado de reaccionar a dicha clase de onda), y al respecto, describe las modalidades de las ondas emitidas tanto por la luz, por las materias radioactivas, etc., todas las cuales ponen en vibración las partículas del espacio, las que van a activar otro elemento que está en estado de resonancia a un tipo dado de onda. Cita en seguida la teoría de

J. Perrin sobre la acción de los rayos luminosos visibles e invisibles, que serían los determinantes por resonancia de las dislocaciones moleculares que rigen los fenómenos de la Química. Este interesante concepto de la actividad de la materia, ha sido más generalizado por Bohn para los vegetales, los cuales estarían en resonancia con determinados rayos luminosos capaces de disgregar sus elementos cromáticos llevándolos a la carioquinesis; a favor de esto hablarían desde la disposición tan especial, verdadero aparato de resonancia, de sus tallos y hojas, hasta la disposición en determinados planos de sus redes de cromatina. Esta observación ha sido llevada a la práctica sometiendo un tejido a los rayos γ del radio y se ha visto producirse en él carioquinesis activísimas que llegan a destruir el tejido, porque las células neoformadas no alcanzan a llegar a su perfecto desarrollo cuando son alcanzadas por una nueva carioquinesis; por esto se explicaría la acción del radio en el cáncer, donde a veces produce un real aumento del tumor para destruirlo en un segundo tiempo.

Ahora el autor se pregunta qué fuente está generando esta actividad capaz de hacer entrar en carioquinesis, o mejor dicho, en disgregación, los elementos celulares. Al respecto, cita varios hechos del más alto interés que tienden a demostrar una radioactividad notable en las sales de potasio del organismo. Sin embargo, este factor para llegar a influenciar a la célula, necesita estar en resonancia con ella, porque si no la

LA ADMINISTRACIÓN

DE

"LA CLÍNICA"

ruega a los señores suscriptores avisar cualquier retardo en el envío de la Revista a San Isidro 390,
=SANTIAGO=

REUMATICOS

Usad

SALISOL

LAS MEJORES INYECCIONES PARA SANAR RAPIDAMENTE
Dosis 3 a 5 ctms. cúbicos

HEMOPTOL

(Sales de Calcio y Suprarrerrina)

INYECCIÓN CONTRA LAS HEMORRAGIAS DEL PULMÓN Y
DIARRREAS DE LOS TUBERCULOSOS

Dosis 1 ampolleta diaria

¿Es Ud. débil? USE LAS INYECCIONES DE

Suero Fortificante A y B

Niños letra A — Adultos letra B

DEL

Laboratorio Internacional

acción de la vibración sería más o menos intensa y determinaría en uno u otro caso reacciones desproporcionadas e inconvenientes: es entonces aquí donde el autor hace jugar un rol del mayor interés al poder electivo de la membrana celular y de los medios protoplasmáticos que rodean al medio cromático de la célula. Si estos elementos están alterados por acciones tales como los microorganismos (caso del huevo, de las Orquídeas, del "crown gall"), dejarán llegar hasta el medio cromático de la célula ciertas vibraciones desproporcionadas, determinando así una carioquinesis inoportuna.

(La Presse Médicale. N.º 25. 1923).

LA ESCILLA REHABILITADA EN CUANTO MEDICAMENTO CARDÍACO
por L. CHEINISSE

El autor acepta, con G. Perrin, que el crédito en que por tantos años se ha mantenido este medicamento, se debe a que sus preparados poseen algunas sustancias de acción no del todo inofensivas. Según Mendel, estos serían sólo viejos prejuicios, y él acepta en este medica-

mento propiedades menos tóxicas que en la digital. Este mismo autor distingue para la digital y para el alcaloide de la escilla (escillarena) acciones farmacodinámicas diferenciadas: la primera tendría una acción de reforzamiento del sístole, y la segunda, de reforzamiento y alargamiento del diástole; de donde se deduce entonces una aplicación de la digital en las insuficiencias sistólicas con éxtasis arterial, y de la escilla en las insuficiencias diástólicas con éxtasis venenosas y linfáticas cuyo caso es la extasia de la porta (ascitis). Por otra parte, Perrin establece una importante aplicación de la escilla, como preparadora y como continuadora de la acción de la digital, pues la escilla no se acumula, como ha podido ser establecido en corazones de rana a los cuales se les ha hecho detenerse por la acción de estos medicamentos; y aquéllos, impregnados de escilla, después de lavados, han vuelto a funcionar, en tanto que los impregnados por digital, no lo han hecho. Kauffmann la emplea con éxito en la cura preparatoria de la quinidina. La dosis que más habitualmente se ha empleado es de 0,30 gr. de polvo tres veces en el día, lo que equivale a usar tres comprimidos por día de escillarena "Sandoz" (cada comprimido corresponde a 0,30 gr. de polvos).

(La Presse Médicale. N.º 62. 1923).

Las columnas de LA CLÍNICA están por entero a la disposición de los señores Médicos de la República para la publicación de colaboraciones y observaciones que tengan interés.

Todas las colaboraciones deben ser dirigidas al Secretario General de la Redacción, Maestranza 463, Teléfono 229. Santa Elena.

En la mañana en el Hospital Clínico «S. Vicente de Paul».

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.

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.

Laboratorios: ROBERT & CARRIÈRE Parí

CONCESIONARIO PARA CHILE

AM. FERRARIS

Compañía 1295

SANTIAGO



SUERO HEMOPOYETICO FRESCO DE CABALLO

Frascos-ampollas de 10' de Suero puro	A) Terapia específica de las ANEMIAS (Carnot)
	B) Como otros empleos del Suero de Caballo
Jarabe-Comprimidos de sangre hemopoética total	HEMORRAGIAS (P. Weil)
	CURACIONES (R. Petit)
	ANEMIAS
	CONVALECENCIAS
	TUBERCULOSIS etc.

Muestras Literatura

CASILLA 29 D - SANTIAGO

AM. FERRARIS

RADIOGEN

Productos de Radio inalterables y garantidos

por el constante control de los Profesores Universitarios Dr. Méd. SIEVEKING, Dr. Méd. KOHLRAUSCH, Dr. Méd. ENGLER y examinados por la Clínica Universitaria de Berlín (Charite-Klinik).

Fabricantes: **Allgemeine Radiogen-Aktiengesellschaft, Berlín**

Cápsulas Radiogen

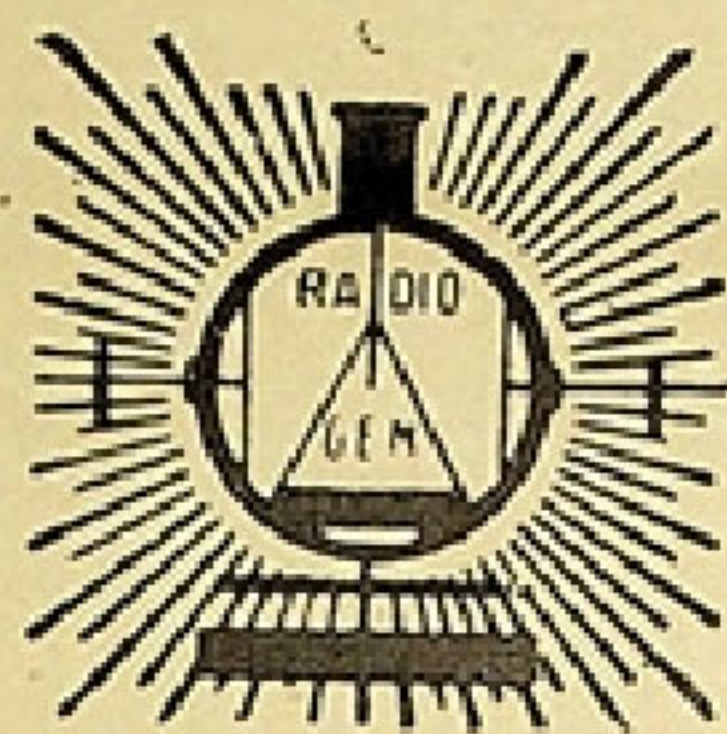
CONTENIDO DE RADIUM POR CAJA:
5000 Unid. M. (2,90 M.—CURIE).

Agua Radiogen para bebidas

CONTENIDO DE RADIUM POR CAJA:
1000 Unid. M. (0,58 M.—CURIE).

Agua Radiogen para baños

CONTENIDO DE RADIUM POR CAJA:
3000 Unid. M. (174 M.—CURIE).



CONTRA:

GOTA, REUMATISMO MUSCULAR Y ARTICULAR, NEURALGIAS, CIÁTICA, ARTERIO-ESCLEROSIS, Supuraciones crónicas, Anemias, Procesos de Inflammaciones, Vejez e Impotencia.

Productos Radiogen influyen físicamente por la radiación, son inofensivos porque no obran químicamente y aumentan poderosamente la secreción glandular.

Opiniones de eminentes médicos sobre el valor de Radiogen

«Debo decir que los éxitos que se han obtenido por el tratamiento con el RADIOGEN no he visto obtener jamás con ningún otro método.»

Prof. Dr. méd. G. KLEMPERER
Berlín

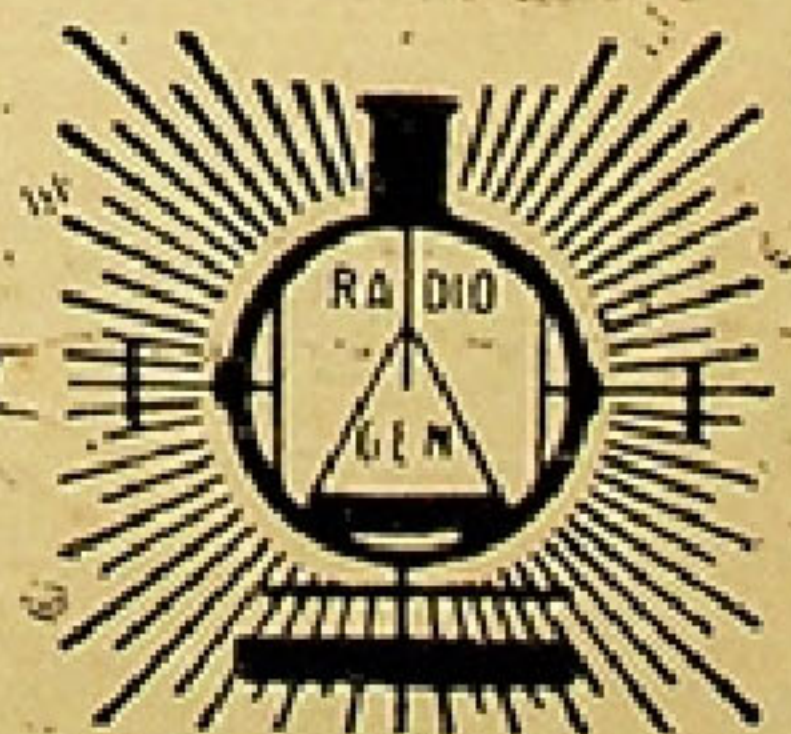
«Las experiencias han probado que las sustancias radioactivas RADIOGEN tienen un valor sumamente eficaz e irremplazable en el tratamiento de dolencias reumáticas y de la gota, enfermedades que requerían suma paciencia, tanto por parte del médico como del paciente.»

Prof. Dr. méd. W. HIS
Berlín



EL RADIOGEN se distingue de los Mesotorium y demás Torium por su duración que es aproximadamente de 2,000 (dos mil años).

Durante este tiempo su radio-actividad es inalterable, y así puede el médico con certeza recetar las dosis que encuentra indicadas, mientras esto le es imposible con los Mesotorium, etc., pues éstos declinan desde el primer día de su vida en radio-actividad.



Para más datos y muestras dirigirse al Representante:
R. P. HÄNEL, Santiago - Bandera 540 - Casilla N.º 185
o a **DAUBE y Cía., Valparaíso, Santiago, etc.**

CLÍNICA MÉDICA DEL PROF. M. BROCKMANN

SOBRE DIAGNÓSTICO PRECOZ**Y PRONÓSTICO****DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR (1)²**

por el Dr. O. FONTECILLA

Jefe de Clínica de la Facultad

Como una síntesis de la serie de lecciones que sobre tuberculosis acaba de hacer el Prof. Brockmann, me voy a permitir llamar vuestra atención sobre un problema médico de capital importancia. Viejo problema que ofrece la rara condición de aparecer siempre nuevo, es decir, de rodearse de un interés permanente. Me refiero al diagnóstico y al pronóstico de la tuberculosis pulmonar.

Si tomamos en cuenta la frecuencia de la tuberculosis (más del 50% de los fallecidos por enfermedades infecciosas) y el inmenso número de víctimas que hace día a día, el vivo interés que siempre despierta esta cuestión se halla plenamente justificado.

Nuevas ideas, nuevos hechos, nuevos métodos de investigación o modificaciones de los antiguos, hacen necesaria una revisión periódica de esta cuestión. Creemos que todo médico debe saber dónde nos hallamos y hacia dónde marchamos en este grave asunto de la tuberculosis pulmonar.

No es esto, sin embargo, tarea fácil. Las investigaciones que se realizan en este terreno son siempre muy numerosas; los datos que así se van acumulando son de una abundancia extraordinaria; las concepciones y las interpretaciones originales nacen sin cesar y en ese mundo siempre oscuro y siempre renovado, el médico práctico se desorienta y pierde el rumbo. Por estas razones es conveniente, y es necesario, que los que más especialmente nos dedicamos a esta clase de estudios nos encarguemos de presentar periódicamente una síntesis de tan vasta cuestión.

Pero sería vana pretensión y hasta petulancia querer abarcar el problema en todo su dilatado contorno. Tenemos noción del gigantesco esfuerzo científico que se gasta en el mundo entero con la esperanza de resolver todas las cuestiones relacionadas con la tuberculosis y no caeremos, por lo tanto, en la tentación de intentar siquiera una síntesis perfecta.

Deseamos tocar en esta ocasión los puntos esenciales que se relacionan con el diagnóstico y el pronóstico. Pero no podremos tampoco detenernos demasiado en el estudio y en el análisis de cada uno de los elementos y de los métodos que se utilizan para el diagnóstico y el pronóstico de esta afección. La mayor parte de ellos son suficientemente conocidos y sólo nos ocuparán incidentalmente. Nos referiremos, en cambio, más en detalle, a los métodos clínicos modernos empleados con el fin indicado, y hablaremos muy especialmente de aquéllos que hemos

usado personalmente y en una escala bastante amplia para autorizar un juicio exacto. Todos estos métodos son de laboratorio, pero, como veremos, su simplicidad relativa los pone al alcance de cualquier médico práctico.

Conceptos antiguo y moderno

Nuestro concepto de la tuberculosis pulmonar ha sufrido en los últimos veinte años una transformación completa. Tal vez en ningún otro dominio de la medicina este cambio ha sido tan radical y de tan vastas consecuencias terapéuticas, profilácticas y sociales.

Para los médicos de principios de nuestro siglo ¿cómo y cuándo comenzaba la tuberculosis pulmonar? La respuesta a esta pregunta era sumamente sencilla: una contaminación accidental, cualquiera que fuese, creaba un foco inicial de tuberculosis en un individuo hasta entonces indemne, pero predispuesto por la herencia, por una intoxicación, tal como el alcoholismo, y sobre todo, por una menor resistencia del organismo entero. Esta contaminación podía producirse a cualquiera edad: sin embargo, era particularmente frecuente en el período que va desde la pubertad hasta la edad madura, es decir, entre los quince y los cuarenta años. No era desconocida la tuberculosis de la infancia, mas, a esa edad, afectaba localizaciones especiales: los huesos, las articulaciones.

En todo caso, cuando en un adulto el bacilo penetraba en el pulmón (por el aparato respiratorio o por el tubo digestivo), la enfermedad comenzaba y seguía una marcha perfectamente determinada: a la fase de germinación seguía la de conglomeración, venía luego la infiltración y por fin la ulceración.

A estos estados anatómicos correspondían otros tantos signos clínicos precisos y patognómicos. Lo importante era despistar lo más pronto posible los signos de la germinación. En efecto, se sabía ya que mientras más próxima a su comienzo se halla la enfermedad, más fácil es obtener la curación. Siglos antes, el político Machiavelli, ese gran observador de los hombres y de las cosas, había dicho que la tuberculosis es una afección muy fácil de curar, pero muy difícil de conocer en sus principios, pero muy fácil de conocer y casi imposible de curar en su forma avanzada.

Los autores que habían introducido estas ideas se esforzaban por determinar de una manera muy minuciosa los signos de auscultación y de percusión que revelan la germinación de estos primeros tubérculos.

Como vemos, la tuberculosis pulmonar incipiente se confundía cronológicamente con la infección tuberculosa y todo este proceso era fácil de diagnosticar mediante los procedimientos usuales de la clínica. Todo aparecía así sencillo y claro. Pero luego fueron acumulándose una serie de observaciones clínicas, experimentales y anátomo-patológicas, que fueron demostrando la inconsis-

tencia y el simplismo engañoso de la concepción corriente.

Bayle fué el primero en demostrar que la tisis se halla precedida de una faz oculta, silenciosa, no diagnosticable, pero revelada por las comprobaciones necróscicas.

Un poco más tarde, Fournet y Andral se inclinan a creer en la posibilidad de descubrir esta faz oculta o silenciosa mediante la auscultación. Por fin, Grancher cree establecer de una manera precisa y definitiva los signos de este período que él llama período de germinación. Sin embargo, el propio Grancher fué el primero en insistir sobre el hecho de que la tuberculosis del adulto no es a menudo sino una segunda etapa de una tuberculosis de origen infantil.

Como quiera que sea, vemos que en el curso de los años y poco a poco, el concepto simplísimo y casi esquemático de la tuberculosis pulmonar se va borrando y se va perdiendo para sustituirse por otros conceptos más complejos, sin duda, pero también más conformes con la realidad clínica y anátomo-patológica.

Si preguntamos a los médicos de hoy qué entienden, desde el punto de vista clínico, por tuberculosis pulmonar incipiente, recibiremos una serie de respuestas, diversas entre sí, casi todas vagas y que revelan la confusión que reina a este respecto.

Nuestras ideas sobre la infección tuberculosa en el hombre se han modificado, y la consecuencia de esto es que la cuestión del comienzo de la afección se plantea para nosotros de una manera mucho más compleja.

Se admite actualmente, y este modo de ver se halla plenamente justificado, que la tisis del adulto no es sino un episodio en el curso de la tuberculosis, enfermedad infecciosa esencialmente crónica, contraída generalmente en la infancia, y que deja su firma, por decirlo así, en el individuo, ya sea bajo la forma de lesiones pulmonares más o menos latentes situadas casi siempre en el vértice, en el hilio y, más raras veces, en la base del pulmón. Estas modificaciones, tanto generales como locales, comprobadas en un individuo que nunca ha presentado manifestaciones clínicas de tuberculosis, constituían para los clásicos el pre-tuberculoso, el predispuesto. Veremos inmediatamente qué valor tienen estos conceptos a la luz de los conocimientos actuales.

La tuberculosis como una enfermedad de la infancia no es una noción reciente. Behring la había presentado ya como una hipótesis seductora, pero corresponde a Küss el mérito de haberla establecido en 1898, demostrando que no debíamos mirar sólo como tuberculosos a los individuos que morían de tuberculosis o que presentaban en vida signos manifiestos de esta enfermedad, sino que debemos tomar en cuenta a los tuberculosos latentes, cuyo número es muchísimo más considerable de lo que se creía.

Esta noción de la frecuencia de la tuberculosis latente halla su confirmación en los resultados de las autopsias y en las pruebas de la tuberculina. Küss demostró que la morbilidad tuberculosa es excepcional en los lactantes, pero que alcanza ya una pro-

(1) Conferencia hecha en el anfiteatro del Servicio el 26 de Abril.

porción notable en los niños de más edad. Encontró focos de tuberculosis en 1,6 por ciento de las autopsias de 0 a 3 meses; en 13 por ciento de 5 meses a 1 año, y en 50 por ciento de 2 a 4 años.

Es, por consiguiente, a partir de un año, y sobre todo, de dos años, es decir, cuando comienza a arrastrarse por el suelo, a marchar y a tocar los objetos, cuando el niño se hace tuberculoso, esto es, se contamina.

Las estadísticas de Nageli, que se citan con bastante frecuencia, dan para los adultos las siguientes cifras:

Tuberculosis letal	22,5%
T. latente o manifiesta	70,5%
Sin tuberculosis	7,0%

	100,0 autopsias

Las estadísticas de Hamburger (Viena) nos dan las siguientes cifras.

Por cada cien cadáveres autopsiados, tanto por ciento de lesiones tuberculosas, según la edad que se indica:

1 año de edad	1,5%
2 años de edad	9, %
3- 4 años de edad	30, %
5- 6 años de edad	44, %
7-10 años de edad	86, %
11-14 años de edad	77, %

El mismo autor, haciendo las investigaciones por medio de la reacción de von Pirquet, encontró que en Viena el 100% de los niños daba reacción positiva a los doce años de edad.

A iguales conclusiones hemos llegado en nuestras observaciones en la ciudad de Santiago.

Podemos, pues, asegurar que todos los habitantes adultos de las ciudades se encuentran en estado de tuberculosis latente y que esta infección se ha adquirido en la infancia.

Las lesiones de esta infección clínicamente latente se encuentran casi siempre en los ganglios de cualquier región, pero sobre todo, en los ganglios mediastinales y peribronquiales. Mas raras veces en el pulmón mismo o en otros órganos.

Un cierto número de niños presentan en los primeros años de la vida afecciones tuberculosas, generalmente graves, a menudo mortales: meningitis, bronco-pneumonías, peritonitis. En los años que siguen, hasta la pubertad, la tuberculosis clínica es relativamente rara, pero en esta última edad recrudescen en forma notable, habitualmente bajo la forma de tuberculosis pulmonar.

Ahora bien, si tomamos en cuenta que, en término medio, el 12 por ciento de los individuos que mueren son víctimas de la tuberculosis y si consideramos que en todos los países civilizados el 100% de los habitantes se halla en estado de infección bacilar, vemos que la raza humana se defiende bastante bien contra esta plaga. La inmensa mayoría de los hombres triunfa en la lucha contra el bacilo de Koch. Una minoría (muy

respetable, por cierto), sucumbe en esta lucha.

Comprobado este hecho, surge inmediatamente esta pregunta importantísima: ¿por qué la inmensa mayoría escapa a la enfermedad en el sentido clínico, transformando al bacilo en un parásito inofensivo? ¿Y por qué otros individuos, que vivieron y lucharon en condiciones sociales y económicas sensiblemente equivalentes a los primeros, desaparecen más o menos temprano, víctimas de este mismo bacilo?

La predisposición

Hasta hace poco, estas preguntas se contestaban de una manera sencilla y, al parecer, completamente satisfactoria. Se decía: unos adquieren la tisis y mueren a causa de ella, porque están **predisuestos**; y otros, en iguales circunstancias, escapan a esa enfermedad y a la muerte porque **no están predisuestos**.

Veamos cuál era el sentido que se daba y aun se da por muchos a estas palabras. La predisposición a la tuberculosis se concebía como una especie de tipo anatómico, susceptible de una descripción más o menos exacta y cuyo esbozo hallamos en casi todos los tratados clásicos.

Estos predisuestos eran los llamados pretuberculosos o tuberculizables, cuya descripción existe hasta en los autores antiguos. "Se les reconoce por la blancura notable de la piel, la rubicundez viva de las mejillas, el largo y la gracilidad del cuello, (cuello de cisne), la estrechez del tórax, del cual se desprenden los omóplatos como dos alas; la longitud y finura de los huesos de los miembros y del tronco, la rapidez del crecimiento, la flacura general, la transparencia de la piel, cuya red venosa es muy marcada, el hundimiento de los ojos, rodeados de un círculo azulejo, la dulzura y languidez de la mirada; el largo de los pelos, y sobre todo, de las pestañas, la belleza de los dientes, que se carían con facilidad".

Estos sujetos presentan una especie de belleza mórbida que los antiguos traducían con las palabras "Tabidorum facies amabilis" y que los hace sumamente simpáticos. La sobriedad y delicadeza en los movimientos les dan cierta distinción y elegancia.

Los autores modernos, como Landouzy, hacen del pre-tuberculoso descripciones muy semejantes a la que acabamos de resumir y que corresponde a Hipócrates, el padre de la Medicina.

Pero contra esta manera de ver y de concebir las cosas, se levanta desde luego una objeción formidable: todos estos individuos, llamados predisuestos o tuberculizables, dan la reacción de von Pirquet positiva, es decir, son ya tuberculosos. Llamar predisuestos a la tuberculosis a los individuos que presentan la cuti-reacción positiva, resulta tan absurdo como llamar predisuestos a la sífilis a los que dan una reacción de Wassermann positiva.

Tomada en este sentido, la predisposición es inaceptable. Y si los predisuestos son ya tuberculosos, puesto que han adquirido la

infección en los primeros años de la vida y, como dice cierto autor, la enfermedad evoluciona a través de los más variados episodios, separados a veces por largos períodos silenciosos, pero que en conjunto constituyen los capítulos de una misma y sola pieza, cuya primera página corresponde a la infancia, ¿no es más lógico suponer que este habitus exterior es más bien una consecuencia que una causa de la tuberculosis? Hay autores modernos, y de mucho peso, que así lo sostienen y con muy buenas razones, y si esto es así, ¿por qué extrañarse de que muchos de estos predisuestos presenten más tarde la tuberculosis terciaria, del pulmón o de otro órgano? ¿Nos sorprende, acaso, que entre los individuos con reacción de Wassermann positiva haya más tarde muchos con sífilis terciaria?

Pero hay un argumento singularmente poderoso contra esta famosa predisposición, argumento sacado de la experiencia clínica diaria y ratificado por estadísticas bien llevadas. Es el siguiente: las peores formas de tuberculosis, pulmonar u otra, no se encuentran con mayor frecuencia entre los llamados predisuestos, sino entre individuos que no presentaban ninguno de los signos habituales de la pre-tuberculosis.

Cualquier médico práctico, si refresca su memoria, puede recordar que buen número de los enfermos que perdió con granuloma, meningitis o tuberculosis pulmonar aguda, eran sujetos de buena constitución, en los cuales nadie hubiera calculado la muerte por tuberculosis.

Von Hayek hace notar a este respecto que en las ciudades altamente industrializadas de la Prusia occidental, en donde se ven miles de individuos con el aspecto que se ha convenido en llamar pre-tuberculoso, la mortalidad por esta enfermedad ha disminuido en los últimos años bastante más que en otras regiones de Alemania, en donde este tipo de hombres es muchísimo menos frecuente. Y llama especialmente la atención el hecho de que en el Tirol, país montañoso y de sol magnífico, poblado por campesinos robustos, entre los cuales el pre-tuberculoso no se conoce, la mortalidad por tuberculosis es la más alta del mundo.

Estas observaciones se hallan, pues, en contradicción con el concepto corriente de la predisposición. Pero hay algo más. El mismo autor, durante la gran guerra, dirigió un hospital para los tuberculosos del ejército y pudo establecer la siguiente estadística, que es de una elocuencia desconcertante:

a) Individuos que antes de entrar en campaña no presentaban ningún signo de tuberculosis, anamnesis negativa, falta completa de signos de predisposición:

389 casos,

de los cuales murieron 127=30%

b) Individuos que antes de ingresar al ejército eran sospechosos de tuberculosis:

familias infectadas, enfermedades anteriores sospechosas, signos de predisposición:

577 casos,

de los cuales murieron 113—19,5%

c) Antes de la guerra ya con tuberculosis manifiesta:

696 casos,

de los cuales murieron 112—16,3%

La estadística abarca 1,662 casos.

Como se ve, entre los no predispuestos, murieron el 30%, entre los predispuestos, 16%. Estos hechos están también en contradicción con el concepto de la predisposición. La llamada predisposición, sirvió en este caso de protección contra la enfermedad.

La verdad es que, como quiera que confrontemos los hechos a la luz de este concepto, por desgracia tan difundido, hallamos que no sólo no los explica, sino que se pone en pugna con los mismos.

La predisposición a la tuberculosis, tal como se ha entendido hasta hoy, es, pues, un concepto falso y contradictorio y no pasa de ser un término vacío que hemos inventado para cubrir nuestra ignorancia. Científicamente equivale a decir: no sabemos por qué unos hombres enfermos mueren de tuberculosis, mientras otros, los más numerosos, que se infectaron en la misma forma y al mismo tiempo, siguen viviendo clínicamente sanos.

Es preciso, pues, que abandonemos estas concepciones que nada explican, y que tratemos de considerar los fenómenos relativos a la tuberculosis desde otro punto de vista.

Frente a este concepto que pudiéramos llamar anatómico de la tuberculosis-enfermedad, se levanta hoy otro que hace depender la suerte de todo individuo infectado, de dos factores: la cantidad y la virulencia de los bacilos, por un lado, y la capacidad de defensa de las células.

Al concepto puramente estático, ligado a la constitución anatómica del individuo, sustituimos un concepto esencialmente dinámico, ligado a la virulencia y a la resistencia.

La predisposición, según los clásicos, era una especie de fórmula anatómica, fatalmente casi inmodificable y que equivalía a algo así como a una predestinación patológica.

Según los modernos, el hombre infectado de tuberculosis, deriva su suerte de dos factores que no tienen nada de absoluto, puesto que se trata de dos fuerzas vivas, la virulencia por un lado, y la resistencia por el otro, sujetas, ambas, a múltiples variaciones y de cuyo equilibrio dependerá la enfermedad o la salud.

La resistencia a la infección varía de una manera notable de un individuo a otro y aun en el mismo individuo en diferentes épocas de su vida. La resistencia a la infección que presenta el salvaje perteneciente a una tribu indemne de tuberculosis es inferior a la resistencia que presenta el hombre civiliza-

do. Este último, a través de múltiples generaciones tuberculizadas, ha adquirido propiedades defensivas que se transmiten de padres a hijos. Así se explica que en nuestro medio, el niño se infecte en la primera infancia, y generalmente ni enferma ni muere, sino que se inmuniza. El salvaje, en cambio, en iguales condiciones, perece rápidamente.

Todo individuo al ponerse, pues, en contacto con la tuberculosis por primera vez, posee una mayor o menor resistencia celular adquirida, o no posee ninguna. Esta resistencia es, para nosotros, la única predisposición aceptable, la única que explica los hechos de una manera racional y no se pone en contradicción con los mismos. Como se ve, se trata de una propiedad biológica celular, esencialmente cambiante y que en nada se asemeja a la rigidez del clásico predispuesto con un tipo anatómico inmodificable, definitivo.

La resistencia a la tuberculosis, así entendida, puede hacerse variar artificialmente por una cantidad de medios, hoy conocidos, y en esto se basa y se basará, sobre todo en lo futuro, la profilaxia científica de esta afección.

Estas variaciones de la resistencia, se producen también en grado notable de una manera espontánea, es decir, por la acción libre de diversas circunstancias, independientemente de nuestra voluntad. Desgraciadamente, aun no poseemos un conocimiento perfecto del mecanismo como obran estos diversos factores, y en este sentido, la prevención de esta enfermedad se ejerce de una manera bastante empírica e insegura.

Lo que decimos es igualmente cierto, tanto para las variaciones de resistencia en el sentido positivo, como en el negativo. De una manera vaga y pseudo-científica sabemos que tales o cuales factores favorecen o disminuyen nuestra resistencia a la infección tuberculosa. Se dice, por ejemplo, que la preparación del terreno es indispensable para el desarrollo del bacilo de Koch. No se hace crecer el trigo sobre la roca, exclama Sergent. La demineralización, y sobre todo, la decalcificación, se señalan como causas eficientes para el desarrollo de la tuberculosis. Al lado de esto se agrega la influencia de la edad, de la higiene general y alimenticia, de las condiciones patológicas creadas por ciertas enfermedades intercurrentes.

¿Cuánta acción tienen sobre nuestra resistencia a la infección tuberculosa las secreciones internas? Vasto capítulo sembrado de interrogantes.

Se ha demostrado el papel importantísimo de las reinoculaciones sucesivas, adicionales, que explican la frecuencia de la tuberculosis por contagio. Estas reinoculaciones sucesivas, sobre todo de bacilos altamente virulentos, acaban por quebrar la resistencia adquirida y producen la tisis.

¿Es posible un diagnóstico precoz?

Recapitulando, diremos que para nosotros el comienzo de la tuberculosis en el adulto,

es generalmente el despertar inopinado de una tuberculosis contraída silenciosamente en la infancia; en otros términos, es la primera falla de una inmunidad anti-tuberculosa que hasta ese momento había asegurado una salud perfecta.

Este comienzo clínico de la tuberculosis no siempre se presenta con signos pulmonares. Por el contrario, la regla es que primero aparezcan signos extrapulmonares. La aparición de signos pulmonares, netamente diagnosticables y localizables, es relativamente tardía. Desgraciadamente, este período, que llamaremos pre-pulmonar, que es sumamente interesante, por cuanto en él casi siempre se decide la suerte futura del enfermo, este período, decimos, casi nunca se refiere a la tuberculosis, casi nunca hace pensar en la tuberculosis y sí en otras afecciones, como clorosis, neurastenia, bronquitis, gastritis, trastornos propios del crecimiento, etc., etc. Confesemos que la generalidad de los médicos no sospechan la tuberculosis sino cuando pueden apoyar sus sospechas en una hemoptisis, en un foco de estertores, en una sombra radiológica, en un desgarro bacilífero.

Esta conducta halla su explicación en el hecho siguiente. Los signos extrapulmonares de la tuberculosis no aparecen suficientemente característicos, no suministran una base clínica suficientemente segura. Además, muchos de estos enfermos mejoran más tarde y no llegan a presentar jamás tuberculosis pulmonar. Naturalmente, esto sólo prueba que han vencido a tiempo la infección, y nada más. Pero estamos tan habituados a ver en la tuberculosis sólo una enfermedad grave, a menudo mortal (porque solamente sabemos diagnosticar esta clase de tuberculosis), que no nos atrevemos a hablar de ella sobre la base de síntomas extrapulmonares y de carácter general.

La inmensa mayoría de los médicos (y la totalidad de los profanos) no conciben la tuberculosis sino como una afección destructiva de órganos vitales, generalmente el pulmón. El período pre-pulmonar para ellos no existe. Se hallan, en punto a tuberculosis, en la situación que resultaría en cuanto a sífilis, de no conocer sino la sífilis terciaria e ignorásemos todo el período que va del chancro al goma y a la esclerosis.

Resumiendo estas consideraciones se llega a la conclusión de que lo que diagnosticamos no es, en realidad, la tuberculosis pulmonar incipiente en el sentido anatómico, sino el despertar de una infección tuberculosa adquirida en la infancia, y que hasta ese momento se había mantenido latente. Insisto sobre esta idea porque es necesario tenerla siempre presente si se quiere apreciar debidamente el valor relativo de los diferentes métodos de diagnóstico.

Los signos clínicos

Consideremos, en primer lugar, el método clínico, y ante todo digamos qué valor tienen los síntomas generales, tales como el enflaquecimiento, la anemia, la astenia, etc.

Es indudable que los signos de esta espe-

cie tienen gran valor, por cuanto la regla es que un poussée tuberculoso (tal es el término consagrado para designar la reactivación en un proceso tuberculoso) se acompaña de estos trastornos generales. Pero, por otra parte, es perfectamente cierto que faltan a veces, o son muy pocos acentuados, a tal punto que no es raro encontrarse con extensas ulceraciones pulmonares en individuos que no ofrecían reacciones generales apreciables. Por último, los signos de la activación tuberculosa no son propios y exclusivos de esta afección, sino que se pueden encontrar y se encuentran a menudo en otras enfermedades. Todas estas reservas limitan singularmente el valor diagnóstico de los signos que nos ocupan.

El valor de la auscultación en el diagnóstico de la tuberculosis ha pasado por interesantes alternativas. Cuando el método fue inventado por Laennec, se aplicó inmediatamente al diagnóstico de esta enfermedad, pero su propio inventor sostenía que se necesitaba la existencia de lesiones importantes para que se produjeran signos estetoscópicos utilizables. Grancher, en cambio, pretendió más tarde diagnosticar lo que él llamó la fase de germinación, mediante la comprobación de las respiraciones anómalas. Pronto se vió, sin embargo, que estas pretensiones diagnósticas ultra-precoces tenían mucho de fantástico.

En efecto, las respiraciones anómalas descritas por Grancher existen, pero muy a menudo son signos de una tuberculosis inmovilizada, latente o cicatricial, y no la señal de un comienzo evolutivo. Por último, las respiraciones anómalas pueden hallarse en ausencia de toda lesión tuberculosa y relacionarse más bien con una insuficiencia respiratoria de origen nasal u otro.

Como dice Bezancon, Rist y Sergent, tuvieron el gran mérito de rebelarse contra esta enorme facilidad con que se establecía el diagnóstico de pre-tuberculosis, de bronquitis sospechosa, de induración, etc.

Por uno de esos vuelcos de la opinión, tan frecuentes en medicina, la comprobación de las respiraciones anómalas, que hasta hace pocos años era la piedra de toque del diagnóstico de la tuberculosis, es considerado hoy por fisiólogos distinguidos casi sin valor. Hay en esto una exageración tan peligrosa como la que hacía reposar todo el diagnóstico en la auscultación.

Clinicamente, la tuberculosis pulmonar puede iniciarse de muy diversas maneras. En algunos individuos, los menos, será posible seguir la evolución de la enfermedad desde la primera infancia hasta la adolescencia o la edad adulta, a través de una serie de manifestaciones, como ser adenopatías tráqueo-brónquicas, bronquitis de repetición, adenitis supuradas, etc.

Con bastante frecuencia, sin embargo, los episodios de la tuberculosis aparecen aislados y como sin relación unos con otros. La pleuresía, por ejemplo, puede preceder durante varios años a las manifestaciones pulmonares propiamente dichas.

Lo mismo podemos decir de la hemoptisis. La hemoptisis puede ser la iniciación de

un ciclo activo como puede presentarse con las apariencias de un episodio aislado y sin consecuencias. Entre muchos otros recordaremos el caso de un distinguido militar que, al pasar por la escuela, desgarró sangre. Gran alarma, dos o tres meses de montaña y luego, la curación completa. Vida muy activa durante veinte años, sin ninguna manifestación que hiciera recordar la hemoptisis. Sobreviene, por fin, una gripe y la tuberculosis tomó un curso rápidamente mortal.

Comienza a veces la tuberculosis de una manera absolutamente insidiosa. Recuerdo el caso de un joven estudiante que presentó durante varios meses trastornos digestivos, trastornos intestinales, sin ninguna manifestación pulmonar. Esta circunstancia engañó a muchos médicos que creyeron se trataba de un proceso exclusivamente local. Cuando examiné este enfermo presentaba ya extensas lesiones pulmonares que evolucionaron rápidamente hacia la muerte.

No hay que olvidar, por otra parte, que la tuberculosis pulmonar puede despertarse bruscamente y tomar el curso de afección aguda. Muchas pretendidas congestiones pleuro-pulmonares no son, en realidad, sino manifestaciones tuberculosas.

La comprobación cuidadosa de la hipertermia tiene enorme importancia para el diagnóstico que nos ocupa. En todo enfermo en que se sospeche la tuberculosis debe hacerse un estudio atento de la temperatura, pero no hay que olvidar que una hipertermia semejante a la hipertermia tuberculosa puede presentarse en otros estados. Temperaturas vecinas a 38 grados no son raras, por ejemplo, en mujeres con trastornos ováricos y tales trastornos pueden persistir durante años. Perturbaciones tiroideas de origen simpático, amigdalitis crónicas, desórdenes digestivos, sobre todo en los niños pueden producir fiebres semejantes a la fiebre tuberculosa.

La radiología

La radiología ha pasado a ser uno de los métodos más interesantes para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. Se fundaron en ella al principio esperanzas ilimitadas. Dice Rist: "¿Qué no se le pidió a la radiología en sus comienzos? Se contaba con ella para adelantarse al oído más fino en el diagnóstico precoz de la tisis pulmonar; ella debía permitirnos sorprender la faz de germinación de la tisis aun antes de que aparezcan las respiraciones anómalas. La radiología pulmonar faltó lastimosamente a sus promesas. No se obtuvo de ella nada de lo que se le exigió".

Ni la radiografía más perfecta es capaz de revelarnos la presencia de finas granulaciones (Bezancon). Como se ve, la radiología es tan incapaz como la auscultación para poner en evidencia las primeras modificaciones anatómicas que existen al iniciarse una reactivación tuberculosa. Sus comprobaciones son siempre más tardías, pero en todo caso, de inmenso valor. Esto no lo pone en duda ningún fisiólogo. No es éste, sin

embargo, el momento de mostrar en detalle los servicios que puede y debe prestar la radiología en el estudio de la tuberculosis en general. Hemos querido solamente señalar las limitaciones del método puesto al servicio del diagnóstico precoz. Estas limitaciones van todavía más lejos, como lo veremos inmediatamente.

Hace algunos años, se daba gran importancia a la supresión total o a la disminución considerable de la iluminación de uno de los vértices en el momento de la tos y a la disminución uniforme de transparencia en la misma región. La iluminación súbita falta en un gran número de vértices perfectamente normales. En cuanto a la disminución uniforme de transparencia, no tiene valor sino cuando es unilateral y muy marcada. Puede ser determinada por una simple asimetría del desarrollo muscular. Por otra parte, un vértice opaco puede representar una lesión cicatricial. La radiología nada dice en este caso sobre la evolución probable del proceso, que es lo que interesa.

Investigación del bacilo

No titubeo al afirmar que el método más importante para el diagnóstico de la tuberculosis es la investigación del bacilo de Koch en el desgarró. En los últimos años este método se ha perfeccionado considerablemente y permite descubrir el bacilo en muchos desgarró que antes resultaban negativos. No voy a insistir sobre este punto, que es suficientemente conocido. Recordaré, sin embargo, que desgraciadamente esta investigación resulta a menudo infructuosa en casos que más tarde se revelan como tuberculosis evolutivas de gran malignidad. Este método es también imperfecto.

Reacción a la tuberculina

Dos palabras respecto del diagnóstico por medio de la tuberculina.

La inyección sub-cutánea de tuberculina con fines diagnósticos, tiende hoy a abandonarse. La reacción de von Pirquet y la intradermo-reacción, en cambio, se usan en gran escala. Nuestra experiencia, en nuestro medio, se resume de la manera siguiente:

Hace dos años, por insinuación nuestra, el Dr. Garín inició en el Servicio del Prof. Monckeberg una serie de investigaciones que después se completaron en el Dispensario Anti-tuberculoso. Se practicó la intradermo-reacción, o reacción de Mantoux, en 101 niños recién nacidos y todos, sin excepción, reaccionaron negativamente. La misma prueba practicada en algunos cientos de individuos de más de diez años, produjo resultados constantemente positivos, con excepción de algunos tuberculosos caquéticos. En este grupo figuraron toda clase de personas, sanas y enfermas, hombres y mujeres, de la más variada condición.

La reacción positiva a la tuberculina, intradermo o cuti-reacción en el primer año de la vida tiene considerable valor clínico. A esa edad, la infección tuberculosa es rara

y cuando se produce, toma siempre un carácter grave, casi siempre mortal. Las razones de la malignidad de la tuberculosis del lactante son conocidas, pero no nos ocuparán en esta ocasión. Reacción positiva en el lactante, equivale, pues, a tuberculosis activa.

Mas tarde, sobre todo en el adulto, esta reacción pierde casi todo su valor clínico. El resultado positivo no nos dice nada sobre la tendencia y el estado de la infección. El resultado negativo, especialmente si es repetido y no tratándose de un caquéctico, tiene mayor importancia, porque puede permitir eliminar la infección tuberculosa. Desgraciadamente, como lo hemos dicho, este resultado negativo no se ve en el adulto sino por excepción.

Exámenes de sangre

¿Qué puede dar el examen de la sangre para el diagnóstico y el pronóstico de la tuberculosis? Con los señores Krüger y De la Presa hemos practicado una serie de investigaciones al respecto. Hemos examinado la sangre a doscientos tuberculosos en los más diversos estados. Hemos hecho el recuento de los glóbulos rojos y la dosificación de la hemoglobina; recuento de los glóbulos blancos y fórmula leucocitaria. El resultado detallado de estos exámenes, así como las observaciones clínicas, que tenemos a disposición de los que se interesan, aun no han sido publicados. Pero podemos adelantar que la investigación de estos elementos en la sangre, no es utilizable para el diagnóstico que nos ocupa.

La sero-reacción, o reacción de aglutinación, que ha dado tan hermosos resultados en el diagnóstico de otras afecciones, ha sido un fracaso en la tuberculosis. Es cierto que en manos de Arloin y de Courmont, el suero de los tuberculosos ha aglutinado las culturas homogéneas de bacilos. Pero también es cierto que esta misma reacción es positiva en un 15 por ciento de individuos sanos.

Mucho más interesante nos ha parecido el método de la desviación o fijación del complemento, es decir, la reacción de Bordet-Wassermann aplicada a la tuberculosis.

En 1922 el sabio Prof. Besredka, del Instituto Pasteur de París, nos proporcionó el antígeno preparado por él mismo y cuyas propiedades no vamos a detallar aquí. En colaboración con el Dr. Sepúlveda comenzamos a ensayar este método con enfermos de hospital, de dispensario y en la clientela civil así como en individuos que no presentaron ningún signo de tuberculosis. Nuestras observaciones ascienden ya a cerca de dos mil. El resultado puede resumirse como sigue (1).

En un 95% de los enfermos con tuberculosis pulmonar en actividad, la reacción ha resultado positiva; en un 5% negativa. Entre estos últimos casos ha habido algunos rápi-

damente mortales. Entre los individuos sanos, el resultado positivo es excepcional. Entre los individuos con reacción de Wassermann positiva, este resultado positivo es más frecuente, aun cuando no exista ningún signo de tuberculosis.

El valor de esta reacción es, pues, considerable para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, pero está sujeto a las limitaciones que se desprenden de los datos anteriores.

Entre otros métodos modernos para el diagnóstico de la tuberculosis, hemos ensayado con el Dr. Lira Silva una reacción coloidal propuesta por J. von Daranyi, de Budapest, en la Deutsche Medizinische Wochenschrift de 28 de Abril de 1922. Los resultados por nosotros obtenidos difieren de los publicados por este autor, aun cuando hemos seguido rigurosamente la técnica que él indica. Creemos francamente que no es utilizable para el diagnóstico de la tuberculosis y mucho menos para su diagnóstico precoz. Esto nos ahorra el trabajo de detallar la reacción de Daranyi y pasamos inmediatamente a ocuparnos de otro método de laboratorio, recientemente introducido en la práctica y cuyo valor clínico es considerable. Queremos referirnos a la reacción de sedimentación de los glóbulos rojos.

Si, como dice Delhaye, agregamos a la sangre *in vitro* citrato de soda y la hacemos así incoagulable, los elementos figurados se sedimentan. Se forman tres capas: una inferior, compuesta de glóbulos rojos; encima de ésta una capa delgada de glóbulos blancos y, por fin, una capa de plasma citratado, trasparente, que sobrenada.

Si en tubos del mismo calibre, se pone sangre citratada hasta la misma altura (con la misma concentración de citrato), y se les conserva verticalmente en las mismas condiciones de temperatura, de luz y de inmovilidad, se comprueba que las diversas sangres se comportan de una manera variable.

La rapidez de sedimentación varía según las condiciones fisiológicas y patológicas del sujeto. Es curioso observar que este fenómeno era ya conocido en el siglo XVIII, pues Hunter se ocupó extensamente de él. Se sabía que en muchas enfermedades existía un aumento considerable de la rapidez de sedimentación de los glóbulos rojos en relación con la rapidez que se observa en los individuos sanos. A principios del siglo pasado, la mayoría de los autores se ocuparon de este asunto, pero luego cayó en olvido, hasta que el investigador sueco Fahreus lo descubre de nuevo, y tomando como base las experiencias de Hoebbers, lo transforma en un interesantísimo método clínico y emite una hipótesis bastante aceptable para explicar el fenómeno.

En colaboración con el Dr. don Julio Valdés nos hemos ocupado de esta reacción aplicada al diagnóstico y pronóstico de la tuberculosis pulmonar. No entraremos aquí en consideraciones teóricas sobre los fundamentos físico-químicos del método ni sobre las condiciones fisio-patológicas que, en último análisis, determinan estas variaciones de la rapidez de sedimentación. Expondre-

mos sencillamente los resultados prácticos de nuestras investigaciones.

Hemos empleado uno de los métodos que nos ha parecido más sencillo y que a la vez da una gran precisión y exactitud en los resultados obtenidos; nos referimos al método primitivo ideado por Fahreus. Se usan tubitos de 5 mm. de diámetro y de 1 cm.3 de capacidad, graduados en 50 divisiones, de manera que el límite superior corresponde a cero y el inferior, en el fondo del tubo, a 50. Estos tubitos deben ser perfectamente bien calibrados y su capacidad 1 cm.3 exacta. No debe haber tampoco ninguna diferencia entre los varios tubitos que se empleen. Puede esto comprobarse por medio de una pipeta. La jeringa hipodérmica que se emplee deberá también tener estas condiciones y, en lo posible, deberán hacerse todas las pruebas con la misma jeringa. Con estas precauciones los resultados obtenidos serán absolutamente exactos.

Una vez obtenido el instrumental con estas condiciones, se toman en la jeringa dos décimas de centímetro cúbico de solución de citrato de sodio al 5%, que tendrá por objeto impedir la coagulación de la sangre. Se punciona la vena y se extraen 8 décimas de cm.3 de sangre, que con las 2 décimas de citrato de sodio alcanzan un total de 1 cm.3. Se agita suavemente la mezcla dentro de la misma jeringa, dando a ésta algunas vueltas en todos sentidos y se deposita inmediatamente su contenido en el tubo. El tubo deberá dejarse completamente vertical en un lugar que no esté expuesto a ninguna clase de movimiento. La temperatura dentro de los límites corrientes, parece no influenciar la reacción.

En la tuberculosis pulmonar evolutiva la reacción de sedimentación es siempre positiva, es decir, la sedimentación está acelerada. En los casos de tuberculosis latente, la reacción es siempre negativa.

La reacción de sedimentación se presenta en otras enfermedades, fuera de la tuberculosis. No es, pues, una reacción específica (1). Debemos, por lo tanto, mirarla como un simple síntoma, tal como la temperatura, el pulso, etc., y que es necesario interpretar. Si es positiva en un caso dudoso, puede inclinar el diagnóstico a favor de una tuberculosis activa, siempre que concuerde con otros signos de esta afección. En los casos dudosos, la sedimentación normal excluye la existencia de una bacilosis evolutiva.

Como ya hemos dicho, hay un paralelismo muy marcado entre la rapidez de la sedimentación y la gravedad del proceso. Si el enfermo empeora, la sedimentación se acelera, y a la inversa, las mejorías se revelan por una mayor lentitud de la reacción. El valor pronóstico de este método es, pues, muy apreciable.

Nuestra apreciación de esta reacción concuerda en absoluto con la opinión de De-

(1) La Dra. Gandon, independientemente de nosotros y usando otros antígenos, ensayó este método y los resultados se consignan en su tesis de licenciado.

(1) Nos hemos ocupado de una modificación de la reacción de sedimentación propuesta por Westergreen y Grafe y que le da un valor absolutamente específico para la tuberculosis: consiste esta modificación en investigar la sedimentación antes y después de aplicar la tuberculina. Los resultados obtenidos son muy interesantes y serán materia de una próxima comunicación.

lahaye y que este autor resume en los siguientes términos:

La reacción de sedimentación de los glóbulos rojos, reacción fácil de efectuar, suministra nociones muy útiles desde el punto de vista del diagnóstico, del pronóstico y del valor de la terapéutica. Es una reacción sensible, pues ella refleja el estado del medio interior, a menudo alterado antes que aparezca ningún signo clínico claro, alterado todavía mucho tiempo después que todo signo clínico ha desaparecido.

La reacción de sedimentación, como cualquier otro síntoma, como cualquiera otra

prueba, carece de valor absoluto y decisivo. No tiene valor sino porque es un elemento más de apreciación, un elemento de otro orden, de otra categoría. El pronóstico, el veredicto médico, dependerá de la confrontación rigurosa de todos los elementos de apreciación.

Pero entre estos elementos de apreciación la reacción de sedimentación debe considerarse como un verdadero dato de biometría clínica.

Conclusión

Resumiendo todas las consideraciones que

preceden, podemos decir que, a pesar de los notables progresos de la fisiología, aun no poseemos ningún método clínico ni de laboratorio que, por sí solo, nos resuelva en cada caso el problema del diagnóstico y del pronóstico de la tuberculosis pulmonar. Con bastante frecuencia, este diagnóstico queda reducido a una simple probabilidad. Por lo general, para alcanzar la certidumbre, necesitamos juntar en un solo haz todos los elementos de apreciación que nos suministran el laboratorio y la clínica.

PAPAVERINA Y BENZOATO DE BENCILO COMO ANTIESPASMÓDICO

por el Dr. Guillermo GRANT B.

Profesor de la Universidad de Concepción.

La Papaverina, alcaloide del opio, es tal vez uno de los mejores medicamentos de que dispone la terapéutica para combatir el espasmo de la fibra muscular lisa.

El opio en sustancia reúne las propiedades de ser un analgésico, un hipnótico, un antiespasmódico, un anasmótico y un tónico cardíaco. Sus múltiples propiedades dependen en gran parte de los diversos alcaloides que encierra, pues éstos, por su diferente composición química, influyen de preferencia en una u otra de sus principales acciones.

La morfina, el alcaloide más importante, ejerce principalmente una acción hipnótica y tiende a estimular, según Macht, la contracción de la fibra muscular lisa debido a que encierra en su molécula de composición un grupo piridínico, sustancia que aumenta el tonus de la fibra muscular lisa; en cambio, la papaverina inhibe la contracción y relaja el tonus, debido al grupo bencilo que encierra su molécula química.

En 1913, el Prof. Pal, de Viena, demostró experimentalmente la propiedad que tiene la papaverina de producir un relajamiento de los músculos lisos del tubo digestivo, bronquios, vejiga y vasos sanguíneos. Desde esa época se ha generalizado su uso en clínica, con excelentes resultados, en todas las crisis viscerales que tienen por causa una contracción espasmódica de la musculatura lisa, espasmos del píloro, angioespasmos, asma bronquial, cólicos hepáticos, etc.

La papaverina se presenta cristalizada en pequeños prismas incoloros e insolubles en agua y en alcohol frío, lo que no permite su administración en solución, sino en píldoras u obleas; la dosis máxima para un adulto es de 0,12 centigramos en la 24 horas, repetidos en fracciones de 0,3 a 0,4 centigramos.

Por su solubilidad es de recomendar una de sus sales, el clorhidrato, que se presenta

en cristales hemiédricos perfectamente solubles en agua, lo que permite su administración en inyecciones hipodérmicas, en los casos de asma bronquial, angina pectoris, etc., etc.

Por vía gástrica, el clorhidrato de papaverina puede administrarse a la dosis de 0,20 centigramos en las 24 horas; su efecto hipnótico es casi nulo.

Muy interesante son los efectos de la papaverina sobre la presión arterial. Frigyér ha estudiado clínicamente su acción en hipertensiones transitorias de origen espasmódico y en hipertensiones permanentes (esclerosis renal, arterio-esclerosis, etc.) En el primer grupo, que comprendió diez enfermos, existían cuatro casos de nefritis glomerular con hipertensión moderada, en los cuales la papaverina hizo bajar rápidamente la presión de 175 milímetros a 130, de 185 a 160, de 155 a 140 y de 156 a 135 milímetros. La fácil reacción a la papaverina permitió demostrar que se trataba de casos de hipertensión de origen espasmódico.

En un segundo grupo de enfermos con hipertensión permanente, sobre todo en aquellos en que la hipertensión iba ligada a una esclerosis renal, no se dejaron influenciar por la papaverina. Sobre quince casos de esta naturaleza, estudiados por Frigyér, el alcaloide no dió resultado en trece casos, en dos hubo ligera reacción.

En ocho casos de hipertensión arterial de origen desconocido, cinco reaccionaron francamente a la papaverina, en los tres restantes no hubo modificación alguna en la presión.

La ineficacia de la papaverina en las lesiones escleróticas del riñón, como en las formas avanzadas de hipertensión de origen oscuro, se explicaría por las alteraciones anatómicas de los vasos sobre los cuales el medicamento no podría actuar; por el contrario, en todos los casos en que la hipertensión es de origen espasmódico (hipertensión transitoria y formas moderadas de hipertensión esencial), y que no existe, por lo tanto, una alteración de las fibras lisas, el medicamento produce su acción. Esta reacción de los vasos a la papaverina, podría utilizarse, según Cheinisse, como un medio para facilitar el diagnóstico diferencial entre la hipertensión funcional y la hipertensión orgánica, sirviendo para establecer un pro-

nóstico y precisar el resultado de nuestras intervenciones terapéuticas.

Efectos parecidos a los obtenidos con la papaverina, se tienen con el Benzoato de Bencilo, o Eter bencil-benzoico, que encierra en su composición el radical bencilo, por lo que actúa también disminuyendo el tonus de la fibra muscular lisa y relajando el espasmo.

El benzoato de bencilo es un líquido aceitoso, de olor aromático y de sabor desagradable. Es insoluble en agua y soluble en alcohol concentrado y aceites. Se encuentra en gran cantidad en el Bálsamo del Perú y en el de Tolú, en proporción de 7,5%.

Esta sustancia usada en perfumería, ha entrado recientemente en la terapéutica, preconizada por Macht, como un antiespasmódico de la musculatura lisa. Según este autor, actúa como la atropina sobre la musculatura intestinal y su efecto se hace sentir también sobre el espasmo de la vesícula biliar y vejiga urinaria. Su efecto es particularmente notable sobre los vasos periféricos, produciendo un descenso de la presión arterial, sin acción nociva sobre la fibra muscular cardíaca. El benzoato de bencilo se usa al interior a la dosis de 2 o 3 gramos en las 24 horas. Macht recomienda la solución alcohólica al 20%, de la cual se toman 30 o más gotas varias veces al día. Su sabor desagradable y que es difícil enmascarar, hace que sea pronto rechazado por los enfermos; el señor Wasson, Profesor de Farmacia en la Universidad de Concepción, ha ideado para facilitar su administración, el hacerlo en cápsulas gelatinosas mezclado al aceite de oliva, bajo la siguiente fórmula:

Benzoato de bencilo, 0.60 centigramos.

Aceite de olivas, 0.30 centigramos.

Para una cápsula gelatinosa.

Tómese 3 a 4 al día.

Por más de tres años hemos empleado la papaverina y benzoato de bencilo como antiespasmódico; sobre la primera sustancia no tenemos experiencia referente a su acción sobre la presión sanguínea; pero sí, nuestras observaciones son numerosas en la práctica de las enfermedades del aparato digestivo. Su acción sedante es bien manifiesta en las contracciones exageradas, y por lo tanto, dolorosas de la musculatura gástrica, en los diferentes procesos de este órgano;

sobre la vesícula biliar unida a la urotropina, nos ha dado siempre buenos resultados para combatir los espasmos de ella en la colecistitis crónica, permitiéndole a los enfermos sobrellevar su afección sin grandes dolores, cuando por un motivo u otro, no pueden beneficiarse del tratamiento quirúrgico.

La urotropina puede usarse en obleas junto con la papaverina, en ocasiones hemos querido emplear en poción la urotropina y el clorhidrato de papaverina, aprovechándo-

nos de su solubilidad; pero, resulta que la mezcla en solución hace precipitar la sal clorhídrica de papaverina, no siendo, por lo tanto, aconsejable su empleo bajo esta forma.

En los ataques de asma bronquial dan muy buenos resultados las inyecciones de clorhidrato de papaverina y adrenalina en forma que contengan 0,03 a 0,04 centigramos de la primera sustancia por un cuarto o medio miligramo de la segunda. El único inconveniente de estas inyecciones es el ser un

tanto dolorosas, por lo que deben hacerse profundamente en el tejido celular, o mejor, intramusculares.

El benzoato de bencilo lo hemos empleado como hipotensor, según lo aconsejan los diferentes autores, nunca hemos tenido resultados apreciables con su empleo; por otra parte, a pesar de los cuidados que se tomen en su administración, se producen rápidamente molestias gástricas con pérdida del apetito, que impiden su uso por un tiempo prolongado.

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

UN CASO DE BRADICARDIA FISIOLÓGICA (1)

por el Dr. E. Robert de la MAHOTIERE
Médico-Ayudante del Servicio.

Sabido es que la bradicardia se halla caracterizada por una disminución de latidos del corazón.

Se las clasifica en bradicardias verdaderas, que son las causadas por una disminución de las revoluciones cardíacas, y en bradicardias falsas o bradisfigmias, debidas a un ritmo coplado extrasistólico del corazón.

Es, pues, necesario, al afirmar el diagnóstico de bradicardia, de no contentarse solamente con el examen del pulso, sino antes que nada, auscultar el corazón, pues no existe una correlación obligada entre el corazón y el pulso. Este último puede ser lento, sin que los latidos del corazón se encuentren disminuidos sensiblemente en su frecuencia; es lo que precisamente acontece en el ritmo coplado del corazón. Las dos pulsaciones cardíacas que componen cada pareja, son de desigual intensidad: la primera, que es la más fuerte, se transmite siempre al pulso; la segunda, aunque sea percibida en la auscultación de la región precordial, puede, sin embargo, ser tan débil, que sea incapaz de propagarse a la arteria radial. Entonces se percibe un pulso lento, aunque no se haya producido ningún retardo en los latidos del corazón. En consecuencia, en este caso se tratará de una bradicardia falsa por extrasístoles, causada por un ritmo coplado extra-sistólico del corazón, cuya pulsación débil, que es la extra-sístole, no ha podido transmitirse hasta la arteria radial. En algunos casos, en vez de una sola contracción extra-sistólica posterior a una contracción cardíaca normal, se pueden contar dos, tres y aun cuatro, y hablaremos entonces de una pseudo-bradicardia por ritmo tri-coplado, cuadri-coplado. En algunas ocasiones, esta extra-sístole se traduce por una sensación de choque, de dolor brusco al nivel de la región precordial.

La bradicardia verdadera puede coincidir con un estado de salud perfecto, pero lo más a menudo se encuentra ligada a causas patológicas.

Es de todos conocido el caso de Napoleón I, el cual, al decir de Corvisart, no tenía sino 40 pulsaciones radiales por minuto. Potain cita el caso de un sujeto muy vigoroso, muy aficionado al alpinismo, cuyo pulso presentaba solamente 32 pulsaciones por minuto; señala, además, un agricultor que tenía 34 pulsaciones. Vigouroux ha citado el caso, más extraordinario aún, de un sujeto que tenía solamente 20 pulsaciones por minuto. La edad no tiene ninguna influencia sobre este fenómeno. Tripier tuvo ocasión de observar una niña de 25 años, cuyo pulso latía de 40 a 50 veces por minuto. Jacquier nos habla de un viejo de 78 años con 26 a 32 pulsaciones por minuto. Gallavardin ha publicado una observación muy interesante de una madre de 58 años de edad, que presentaba un pulso con 50 pulsaciones por minuto, el cual llegaba a 60 con los esfuerzos. Sus tres hijos, de 36, 33 y 29 años respectivamente, presentaban el mismo fenómeno; el primero tenía 50 pulsaciones, las cuales pasaban a 60 después de un ejercicio violento; el segundo (mujer) tenía entre 58 y 65 pulsaciones por minuto, cifra que no se alteraba con los ejercicios, por muy violentos que fueran; el tercero tenía 45 y 50 pulsaciones; a veces subían a 75. Conjuntamente tenía un ligero grado de arritmia respiratoria.

F. Rathery y C. Lian, han dado a conocer 5 casos de bradicardia total o sinusal, permanente, en 4 hombres de mediana edad y viejos y una mujer joven. En dos de ellos el pulso era de 36, 40, y no se modificaba con el ejercicio. En los otros casos era de 50 y se aceleraba ligeramente con los ejercicios. Los trazados y los electro-cardiogramas mostraban un estado fisiológico. Solamente se notaba en el trazado yugular la presencia de una ondulación por éctasis. En un caso (ritmo a 40), el espacio a-c medía un tercio de segundo; en los otros casos era exactamente de un quinto de segundo, es decir, se encontraba en el límite de la duración fisiológica. La prueba de la atropina ha sido siempre positiva, pero la dosis era solamente de 0,002 gr. (vía subcutánea).

Se constataban en algunas ocasiones vértigos (tal vez ligados a lesiones auriculares) y tendencias lipotímicas, como en los casos

de Gallavardin. Jamás se constataron grandes crisis nerviosas, como en la bradicardia sinusal paroxística (caso de Laslett). Estos malestares se prevenían con la administración de pequeñas dosis de atropina.

Este signo se observa con más frecuencia en hombres más bien altos. Otros sujetos presentan este signo solamente en la mañana, al despertarse.

H. Vincent ha observado sujetos que presentaban un síndrome muy interesante y caracterizado por hipotensión arterial, bradicardia clinostática y acrocianosis. Se trata de personas que gozan de buena salud, pero son apáticas, con extremidades frías y cianóticas, microfígmicas, y en las cuales el pulso desciende a 50 y aun más bajo cuando se las coloca en posición horizontal (asciende de 15 a 25 pulsaciones haciéndolos pasar bruscamente a la posición vertical). Al mismo tiempo, la presión arterial, de baja que se encuentra (11 a 13), baja aún más, de 1 a 3 centímetros. Según este autor, se trataría de hipotiroidismo, como lo prueba la disminución de volumen del cuerpo tiroides y la mejoría neta que experimentan todos los síntomas circulatorios con el tratamiento tiroideo.

A los casos citados por Gallavardin vamos a agregar los que dieron a la publicidad tres autores americanos, Fulton, Morris y Jackson. Un padre de familia, de 41 años, sufre de angina de pecho; su pulso late a 50. Una hija de 20 años, pálida, se queja de cefalea, pulso a 68. Un muchacho de 10 años ha tenido desde las primeras semanas de su vida un pulso bastante lento; en este último el pulso latía a 40 durante el reposo; alcanzaba a 50 cuando el niño gritaba; durante el curso de una gran neumonía llegó a 80. Durante esta enfermedad no se produjo ningún desfallecimiento cardíaco ni ninguna perturbación de la circulación periférica.

Pepper estima que en estos casos no se trata de una simple coincidencia, pero que estos casos de "corazón bloqueado" y de bradicardia se encuentran bajo la dependencia de una pequeña desviación anatómica transmitida por herencia. Esta lesión sería tal vez suficiente para impedir que la impulsión cardíaca se transmitiera normalmente al manojito de His.

Danielopolu y Danulesco han observado un caso análogo a los precedentes: sujeto de 21 años, sin lesión cardíaca, cuyo ritmo cardíaco era de 48 a 55; electro-cardiograma

(1) Lección dada en el anfiteatro del Hospital de San Juan de Dios el día 3 de Junio.

normal; intervalo P-R de 3|25 de segundo. Thayer ha observado dos casos semejantes.

En la mujer, el pulso normalmente late 72 a 75 veces por minuto, y se acelera durante el embarazo para retardarse después del parto. Blot lo ha visto caer a 56, 44 y 35 pulsaciones; esta bradicardia, que dura uno o dos días, sería debida a un aumento de la presión resultante de la supresión brusca de la circulación en las paredes uterinas durante el embarazo (Marey).

Este fenómeno ha sido señalado por los

El tercer grupo de bradicardias verdaderas lo constituye una sola afección que se designa bajo el nombre de pulso lento permanente o enfermedad de Stokes-Adams.

El caso que constituye el tema de esta pequeña disertación, correspondía a un sujeto masculino, de profesión jornalero, 37 años de edad, y que nos fué enviado a la Sala de Santo Domingo, el día 17 de Mayo del presente año, trasladado del Servicio de oftalmología del mismo hospital, con el diagnóstico de conjuntivitis crónica. Estando en me-

bradicardias totales por lesión de la parte sino-auricular del manajo, y en este caso la prueba es negativa; existen también algunas bradicardias por disociación aurículo-ventricular, que son debidas a una perturbación funcional del vago, y dan una prueba positiva.

En nuestro paciente, la prueba del nitrato de amilo fué positiva, es decir, se produjo un aumento de más de 60 pulsaciones por minuto: de 48 el número de pulsaciones pasó a 120. Pero como normalmente se produce en todo sujeto este fenómeno, lo único que podíamos decir hasta este momento era que nuestro paciente no tenía enfermedad de Stokes-Adams. En otra palabra, si en este momento solamente hubiéramos observado por primera vez a nuestro paciente, y sin que se nos hubiera dicho cuál era el número de pulsaciones que tenía por minuto, no habríamos podido deducir a priori que se trataba de bradicardia, por cuanto un sujeto normal reacciona en la misma forma si se somete a este procedimiento de exploración.

Nos quedaba finalmente por resolver el último punto de nuestro diagnóstico: ¿se trataba de un caso de perturbaciones del sistema vegetativo que como resultante daba lugar a una disminución del número de contracciones del corazón, o simplemente nos hallábamos en presencia de un sujeto normal, como los casos citados por Corvisart, Tripier, etc? Teníamos entonces necesidad de someterlo a otra prueba, la prueba de la atropina y del ortostatismo. He aquí cuáles fueron los resultados principales:

antiguos médicos chinos, y descrito en 1863 por Blot. Lewishon considera que se puede ver, fuera de toda complicación sobrevenida durante o después del parto, una bradicardia fisiológica en donde el retardo puede ser muy acentuado sin que, por otra parte, exista ninguna perturbación del estado general de la enferma. Esta bradicardia puede persistir algunos días después del parto y aun se puede acentuar. Sería debida, según este autor, a la hemorragia del parto, a consecuencia de la cual el corazón recibiría menos sangre que normalmente.

Novak y Jetter han observado que en un cierto número de mujeres recién paridas con bradicardia y arritmia (los autores no dicen la variedad de arritmia), una inyección de atropina hizo desaparecer los dos síntomas. Se puede pensar, en estas condiciones, que la bradicardia puerperal se debe al aumento de la acción de los neumogástricos sobre el corazón. Por otra parte, los autores han notado en estos enfermos toda una serie de síntomas (dismenorrea anterior, hiperacidez gástrica, constipación, sudores), que ellos consideran como debidos a este aumento de la sección del vago. Sin embargo, algunos otros signos, tales como la frecuencia de la glicosuria alimenticia, la aparición de palpitations bajo la influencia de la adrenalina, indicarían un cierto grado de irritabilidad del simpático.

Daniepolu y Zacharescu, sobre 120 paritricas, en el 60% encontraron bradicardia.

Existe también una bradicardia respiratoria caracterizada por la disminución del número de pulsaciones durante la espiración (Frédéricq, Wertheimer, Vaquez); se manifiesta de preferencia en la infancia.

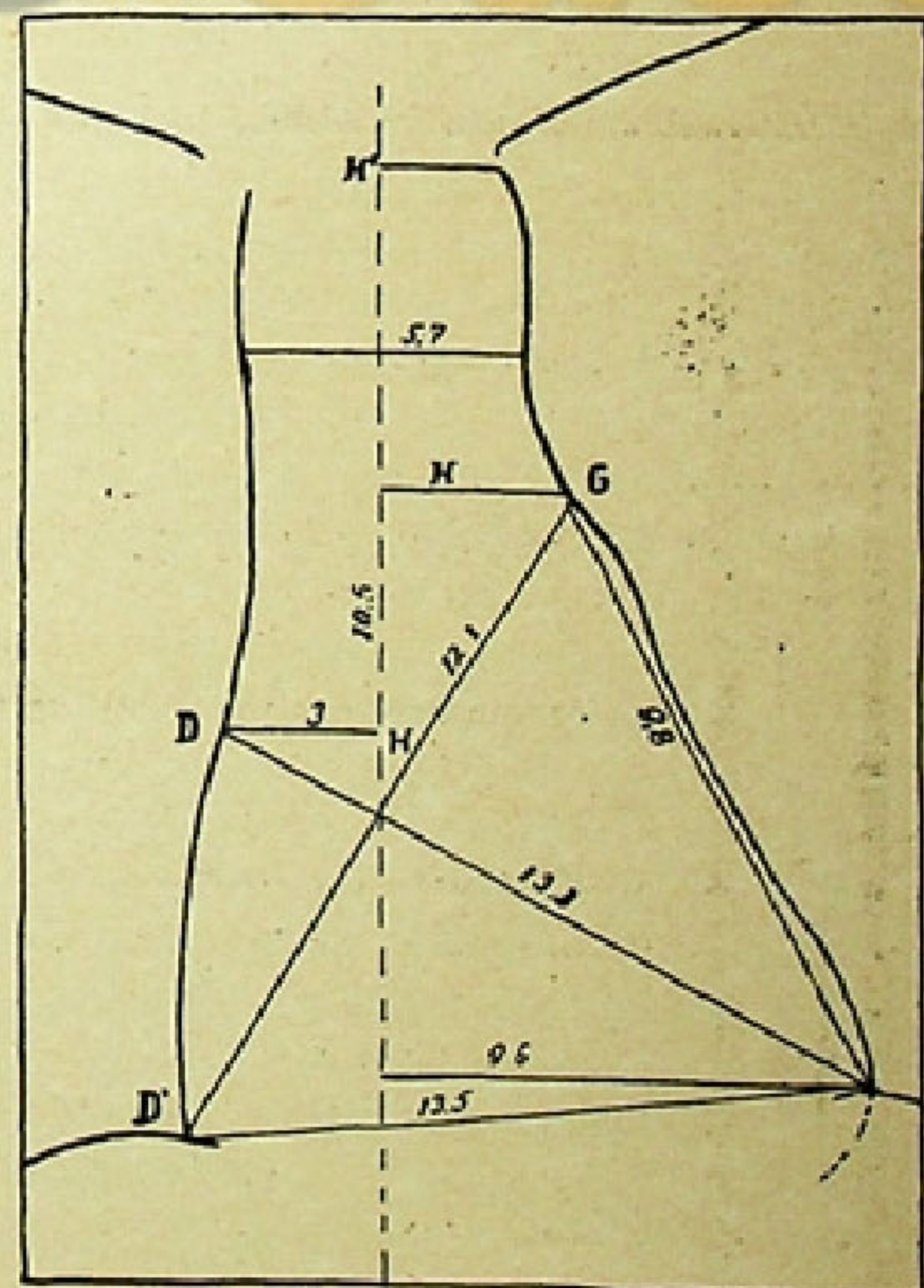
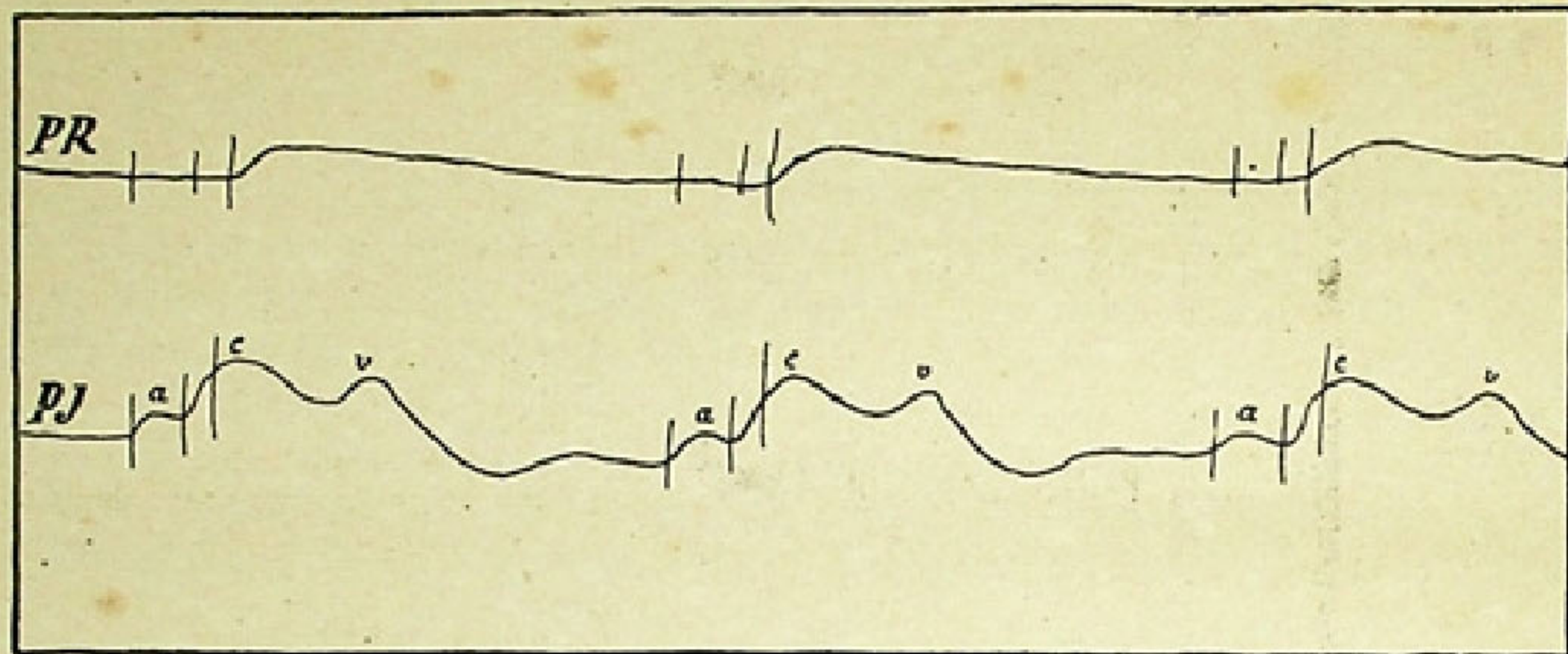
Anotemos aún la bradicardia nodal, denominada así por Mackenzie, porque el estímulo parte del nódulo de Tawara, y llega simultáneamente a las aurículas y ventrículos.

jores condiciones de su afección ocular, contrajo gripe, por lo que se juzgó prudente fuera atendido por un internista. Lo único que nos llamó la atención al hacer el examen objetivo, fuera de lesiones sin importancia motivadas por su enfermedad ocular, fué un retardo en su número de pulsaciones, las cuales alcanzaban solamente a 48 por minuto.

Siguiendo la práctica habitual que se aconseja en casos semejantes, y que hemos dejado consignada al comienzo de este artículo, alejamos la existencia de una bradifigmia, por cuanto la auscultación del corazón no reveló nada de particular; no había contracciones extra-sistólicas. La auscultación del pulso venoso y su trazado gráfico (véase figura), permitían constatar el ritmo de la aurícula normal. El ortocardiograma no reveló nada de particular (véase figura). Presión arterial: 14|8 (Pachón) y 12|8 (Vaquez).

Sentado, por lo tanto, el diagnóstico de bradicardia sobre una base inamovible, nos restaba hacer el diagnóstico del sitio de la lesión, si es que en realidad la había, dentro o fuera del corazón; ¿se trataba de una enfermedad de Stokes-Adams o simplemente existía una lesión orgánica del sistema nervioso, bulbo o neumogástrico, este último considerado, tanto en su trayecto extracardiaco como en sus ramificaciones terminales en el interior del miocardio? Lo primero se descartaba inmediatamente por la simple inspección del trazado del pulso yugular.

En términos generales, se admite que la prueba de la atropina y del nitrato de amilo constituye un buen procedimiento para fijar el origen de la bradicardia: la prueba es positiva (produce aceleración) cuando la bradicardia es nerviosa sinusal; es negativa (no produce aceleración) si existe lesión del manajo de His. En realidad, los hechos no son siempre tan sencillos, porque existen



1. — Tono absoluto del simpático: 116;
2. — Poder inhibitorio del vago: 52;
3. — Dosis de atropina intravenosa para paralizar completamente el nervio vago: 0,0025 gr.

Resultados secundarios:

1. — Taquicardia ortostática sin atropina: 100;

2. — Taquicardia después de la parálisis completa del vago: 116;

3. — Aceleración a 100 producida por 0,0005 gr. de atropina por vía intravenosa. Total: sujeto normal.

La prueba de la atropina y del ortostatismo reveló claramente que nos hallábamos ante un sujeto normal, lo cual no ofrecía ninguna duda al respecto por cuanto practicada la técnica de este modo operatorio, administrando el sulfato de atropina por vía intravenosa, y no por vía sub-cutánea, como tienen muchos la mala costumbre de hacerlo, los resultados son siempre satisfactorios y de positivos méritos. La razón de esto es muy sencilla: la atropina dada en inyecciones hipodérmicas, en parte posiblemente se destruye, y de todas maneras, suponiendo que esto no sucediese, su absorción se hace en tan pequeña escala, que no al-

canza a paralizar totalmente el nervio vago, que es lo que se pretende. Por el contrario, lo excita: esta sustancia, dada en pequeñas dosis, excita el neumogástrico y falsea los resultados, induciendo al médico a error; casos en los cuales debería haberse producido una taquicardia por parálisis del vago, se producía una acentuación de la bradicardia: una irritación por la atropina, era evidente.

Por último, con el objeto de completar nuestra observación y controlar las pruebas anteriores con un nuevo procedimiento de diagnóstico, quisimos establecer el estado en nuestro paciente, del reflejo trigémino-vago-simpático. Este fué nulo: se produjo un aumento de 4 pulsaciones por minuto con una compresión de 20 cents. de Hg (Reflexómetro trigémino-vago-simpático de Roubinovitch). Con 5, 10 y 15 centímetros de Hg el número de pulsaciones fué de 11 por 1/4 de minuto; con 20 cents. subió a 13

el número de pulsaciones. En este momento se instala dolor, por lo que no pudimos continuar la experiencia: posiblemente este dolor (irritante del simpático) fué la causa del aumento de las pulsaciones, dolor prematuro, debido tal vez a las lesiones oculares, que no habían por completo desaparecido al ingresar el paciente a nuestro servicio.

Sobre el pronóstico y el tratamiento no vale la pena insistir; tratándose de un sujeto normal, el pronóstico es benigno y el tratamiento nulo.

Como consecuencia de lo anterior quisiera, antes que nada, insistir sobre el hecho que no siempre un sujeto que presenta bradicardia, debemos forzosamente clasificarlo con la etiqueta de una perturbación patológica en su ritmo circulatorio. Hay muchos sujetos en los cuales estas modalidades no envuelven ninguna etiología mórbida y tienen su estado de salud perfecto.

DOS OBSERVACIONES CLÍNICAS

por el Dr. A. GARRETÓN SILVA

En la Clínica del Prof. Mauricio Brockmann, hemos tenido la oportunidad de seguir el curso de dos enfermos, cuyas observaciones, por creerlas de interés, las relatamos en seguida.

Cada uno de los cuadros clínicos presentó algunas particularidades, no muy comunes y, aunque entre sí no tienen una relación directa, creemos que en ambos se puede ver un hecho que no deja de ser importante: la concomitancia de procesos distintos respecto a su origen, en sujetos sífilíticos, circunstancia que debemos tener presente para no atribuir a la lúes todas las alteraciones patológicas que se presentan en enfermos tocados por esta infección.

Un caso atípico de meningitis purulenta junto a una meningitis crónica sífilítica (1).

Con la práctica tan difundida de la punción lumbar y con la precisión semiológica que tienen las alteraciones patológicas del líquido céfalo-raquídeo, cada día se encuentran más variaciones en la manera de presentarse de los síndromas meníngeos.

Queremos llamar la atención sobre la importancia tan grande que tiene el estudio del líquido céfalo-raquídeo, sobre todo en los casos de evolución caprichosa. Es en estas formas donde la interpretación exacta de sus distintas alteraciones adquieren mayor importancia.

Vamos a relatar la observación de un enfermo hospitalizado en el Servicio de Clínica del Prof. Brockmann. Desde luego queremos hacer notar la evolución atípica de este caso, tanto respecto de la marcha clínica del pro-

ceso, como del cuadro que representa el líquido céfalo-raquídeo y también que algunos signos son, en cierto modo, contradictorios.

Observación. — M. S. N. Es un enfermo de 35 años, chofer. Ha sido casado en dos oportunidades; la primera vez tiene tres hijos y un aborto; su segunda esposa ha tenido cuatro hijos y un aborto. Su padre murió de una hemorragia cerebral a los 52 años. Ha tenido catorce hermanos, de los que han muerto cuatro. Dos de sus hermanos han estado hospitalizados en la Casa de Orates.

Como enfermedades anteriores acusa una alfombrilla y una viruela en la primera infancia. Hace nueve años tiene una blenorragia complicada, que reaparece nuevamente hace año y medio. En 1918, durante la epidemia de gripe, es alcanzado por ella, pero en una forma más o menos benigna, sin complicaciones. No acusa ningún accidente que pueda hacer sospechar que ha contraído la sífilis.

Desde hace diez años sufre de cefaleas occipitales frecuentes, no muy intensas. Desde el año pasado, no precisa bien la fecha, sufre de dolores osteóscopos.

Las molestias que lo obligan a ingresar al Hospital comienzan el día 28 de Abril. Tiene alza de la temperatura, escalofríos, anorexia, y sobre todo, cefaleas intensas en la región frontal y occipital, con exacerbación nocturna, lo que le traía al enfermo la imposibilidad del sueño. Tres días más tarde aparece una constipación más o menos pertinaz, por lo cual el enfermo recurre a los lavados intestinales.

Desde el día 5 de Mayo, además de los síntomas ya anotados, aparecen vómitos mucosos ácidos, en ayunas, acompañados de arcadas, vómitos que sólo se presentan en las mañanas y que se repiten diariamente.

Junto con esto el paciente acusa un estado algo vertiginoso, por momentos parece que pierde el equilibrio, que se siente desorientado. Estos trastornos son pasajeros, y sólo se han presentado días antes de entrar al Servicio, acentuándose en los últimos días.

El 9 de Mayo, día de su entrada, hicimos el siguiente examen:

Es un sujeto bien formado, con buen desarrollo muscular y óseo; el panículo adiposo está bien conservado, aun diríamos algo exagerado. La piel es elástica, de coloración normal, algo seca. El desarrollo y la distribución pilosas son normales. El tórax está bien desarrollado, algo ensanchado en su base. Llamán la atención la forma general del cráneo y la escasa proporción del cuello. Mientras la cabeza tiene un desarrollo algo reducido, la cara está ensanchada en su base.

En el examen de los diversos órganos no encontramos alteraciones patológicas de ninguna especie. Salvo dos signos: en los vértices, más especialmente en el lado izquierdo, hay ligeros signos de esclerosis pleuro-pulmonar y a la auscultación del corazón encontramos un reforzamiento del segundo tono aórtico. La sensibilidad y los reflejos están normales. El examen ocular practicado en la Clínica Oftalmológica, es negativo.

El pulso es de 72, las respiraciones son 18 y la temperatura es de 36.

El examen de la presión arterial nos da un dato muy interesante: al Pachón encontramos una máxima de 28 y una mínima de 12,5.

En el momento del ingreso del paciente al Servicio, se queja de cefaleas, que en ese instante son muy intensas, a tal punto, que lo hacen gritar.

Estábamos en presencia de un enfermo que entre los síntomas más importantes subjetivos que presentaba, anotamos la gran cefalea, el estado nauseoso matinal, las alteraciones del equilibrio, la constipación, el insomnio, y entre los objetivos, la hipertensión arterial.

Practicamos como medio diagnóstico y como tratamiento de urgencia la punción lumbar. El líquido extraído por la punción es turbio, sale a escasa presión, por momentos parece que se escurre a menor presión que la normal. Momentos después de hecha

1) Comunicación hecha a la Sociedad Médica de Santiago, el 30 de Mayo.

la punción, el paciente ya no se queja, entra en un estado de relativo bienestar. La presión arterial no ha variado después de la extracción del líquido céfalo-raquídeo. Examinado el líquido por el Jefe del Laboratorio de la Clínica, Dr. M. A. Sepúlveda, da el siguiente resultado:

Líquido ligeramente turbio, con escasos y finos grumos.

Albúminas	0,50 por mil
Cloruros	6,80 " "
Glucosa	0,20 " "

Examen microscópico: Leucocitos 500 por mm.³. Gran cantidad de polinucleares, con núcleos deformados. No se encuentran microbios al examen directo.

Reacción de Bordet-Wassermann: Positiva.

Practicamos otros exámenes de laboratorio, con el siguiente resultado:

Sangre: Reacción de Bordet-Wassermann: Negativa.

Orina: 1000 cm.³. diarios. SP. 1021. Reacción ácida, Albúmina, 0,05 por mil. Cloruros, 3,0 por mil. Urea, 18,8 por mil. No hay elementos químicos patológicos. Examen del sedimento: hay en regular cantidad glóbulos blancos y rojos, y además, cilindros granulados.

La marcha posterior del paciente fué, en pocas palabras, la siguiente:

Los vómitos y la constipación pasaron, sin tratamiento, al día siguiente de su entrada a la sala, también al día siguiente de la primera punción.

No se han presentado las cefaleas tan intensas como el primer día de su ingreso al Servicio; pero ésta no ha desaparecido del todo, manteniéndose en forma más o menos irregular en cuanto a su localización y en relación al momento de presentarse; así, a veces es occipital o bien aparece en la región frontal y muchas veces es nocturna o se manifiesta más acentuada durante el día. Pero, siempre es una cefalea soportable. El insomnio se mantiene, pero también mucho más disminuído.

Las temperaturas y el pulso no tienen variaciones de importancia.

Las presiones arteriales se mantienen entre 25 y 28 la máxima y alrededor de 13 la mínima.

Un segundo examen de orina nos muestra que las alteraciones inflamatorias encontradas en el primero, han desaparecido.

Los exámenes de líquido céfalo-raquídeo, practicados después, nos muestran diversas alteraciones, pero que no cambian el cuadro del primer examen. Los elementos figurados han ido disminuyendo, la proporción de polinucleares es menor, lo mismo que la cantidad de albúmina que ahora es de 40 centigramos por litro. En los nuevos exámenes tampoco se han encontrado formas microbianas. Los polinucleares se han mantenido deformados. En estas nuevas punciones, el líquido también ha salido con muy escasa presión. Al paciente, las nuevas punciones no le han traído ninguna mejoría de sus sín-

tomas subjetivos — cefalea e insomnio — por el contrario, la cefalea dice que aumenta después de la punción.

Pocos días después de ingresar al servicio, el enfermo se levanta, y fuera del insomnio y la cefalea, no acusa ninguna otra alteración; pero estos síntomas van disminuyendo progresivamente.

Del análisis de la sintomatología de este enfermo debemos deducir diversas consideraciones: la forma atípica de la evolución clínica, la falta de relación del cuadro clínico con las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo. Finalmente debemos considerar la causa de estos procesos y el motivo de estas irregularidades.

La evolución clínica no es la marcha franca de una meningitis aguda, como correspondería a las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo, faltan ciertos elementos de mucha importancia en el diagnóstico del síndrome meníngeo, no hay los síntomas que traducen la inflamación meníngea, ni la rigidez de la nuca, ni el Kernig, ni trastornos oculares. En cambio, la sintomatología subjetiva del enfermo es franca de una meningitis aguda, la cefalea, la constipación, el estado infeccioso en los primeros días con un principio brusco. Debemos considerar, también, en los antecedentes del paciente, que no se encuentra ninguno que explique la causa de estos fenómenos.

Al lado de estos trastornos, en cierto modo contradictorios, el líquido céfalo-raquídeo nos muestra modificaciones que hablan a favor de una meningitis aguda de carácter serio, como lo son todas las purulentas. Todos los autores están de acuerdo que la reacción leucocitaria, acompañada de un aumento de los polinucleares, indica que hay una meningitis aguda (Eskuchen (1), Fontecilla y Sepúlveda (2), Agasse-Lafont (3), Bezangon (4), Labbé (5). La falta de una reacción general, la ausencia de hipertensión raquídea y de los síntomas reflejos de una meningitis, nos hacen pensar que la polinucleosis es un síntoma aislado, el único de una infección aguda meníngea.

Tenemos aquí, también, un hecho interesante, en el líquido céfalo-raquídeo la reacción de Bordet-Wassermann es positiva, mientras en el suero sanguíneo es negativa. Estos exámenes han sido practicados por la misma persona y empleando idéntica técnica. Según algunos autores, este hecho es sumamente raro, y sostienen que cuando la reacción es positiva en el líquido, lo es también en el suero (Fontecilla y Sepúlveda).

La presencia de un resultado positivo del Bordet-Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo, tiene un significado semiológico bien preciso: hay una meningitis sífilítica (Nonne, Sicard, Fontecilla y Sepúlveda, Ravaut). Sólo en una circunstancia este hecho no tiene esta misma significación: cuando un sujeto, con Bordet-Wassermann positivo en la sangre, tiene una infección aguda, pueden, en este caso, las meninges hacerse permeables y aparecer esta reacción positiva en el líquido. En estas circunstancias el Bordet-Wassermann positivo en el líquido significa sólo una infección sífilítica, pero no menin-

gitis sífilítica (Nonne (6). No es el caso de nuestro enfermo.

Tenemos que nuestro enfermo tiene una meningitis sífilítica y súbitamente ha presentado un síndrome meníngeo agudo de una forma y evolución caprichosas, caracterizada principalmente por una gran reacción celular del líquido céfalo-raquídeo, con predominancia polinuclear.

A nuestro juicio no podemos aceptar que el exudado purulento esté en relación con la sífilis. No hemos visto, nadie ha citado casos de meningitis purulentas debidas a la sífilis. Nos referimos aquí a una reacción francamente purulenta, con formación de pus; porque se han descrito reacciones polinucleares, pero de elementos intactos; éstos son los exudados puriformes de Widal y su escuela, casos que han sido comprobados por numerosos autores y que han visto que en estos enfermos no se observa aumento de la albúmina en el líquido (Euzière, Derrier y Roger). En nuestro enfermo pensamos más bien que, una infección de naturaleza indeterminada y efímera, es la causa de esta reacción meníngea, localizada en menínge ya alteradas por la lúes. Nos resistimos a creer que se trate de un exudado puriforme, por la constante alteración de los glóbulos blancos en diversas punciones; si bien es cierto que algunos autores estiman que en el período final de éstos de derrames asépticos pueden deformarse los glóbulos y presentar degeneraciones (Labbé). Por nuestra parte, en un enfermo con meningitis puriforme observado en el Servicio, nunca vimos alterarse los glóbulos y el líquido volvió a ser completamente claro y sin polinucleares (7).

Por esto estimamos que se trata de una meningitis purulenta benigna, localización de un proceso general sobre una menínge ya alterada por la lúes. Sería un caso de doble infección meníngea: por un lado un proceso agudo reciente asociado al anterior, crónico. El proceso general lo demuestran el estado infeccioso de principio brusco, la temperatura de los primeros días, la nefritis ligera que pronto desapareció. Sin duda que esta infección fué benigna, ya que ha ido desapareciendo sin ningún tratamiento. La meningitis sífilítica, como lo dijimos, está evidenciada por el examen serológico del líquido. La ausencia de accidentes adquiridos en este paciente, nos hace sospechar que su lúes es hereditaria. Sus antecedentes de familia así lo hacen pensar. Por otra parte, es conocido el hecho que la sífilis heredada produce lesiones meníngeas.

Aparte de todo el interés que presenta la existencia de una meningitis crónica sífilítica en la génesis de ciertas enfermedades graves del sistema nervioso central, la tabes y la parálisis general (Ravaut), queremos hacer presente que su presencia puede ser un factor localizador de otros procesos sobre las meninges, especialmente asociaciones del tipo agudo, y muchas veces éstas son francamente de evolución benigna y pasajera, como lo demuestra este caso y otros observados en el Servicio (8).

Un caso de cáncer primitivo de tipo nodular del hígado, simulando un hígado escleromatoso, en un sujeto sifilítico con extensas lesiones cardio-vasculares (1).

Hemos tenido oportunidad de observar un enfermo, cuyo diagnóstico presentó algunas dificultades y en el cual la necropsia nos reveló un proceso especial y raro del hígado, sobre el cual queremos llamar la atención.

Observación. Sujeto de 50 años de edad, soltero, que viene al Servicio por molestias más o menos indeterminadas, que datan desde hace un año.

Entre sus antecedentes, cuenta que es muy bebedor y fumador, hasta hace un año. Acusa, además, haber tenido algunas enfermedades de escasa importancia y que vemos no tienen ninguna relación con el cuadro actual. A los 25 años de edad tiene una blenorragia y después aparece un chanero único, no doloroso, del pene, sigue a esto una adenitis inguinal derecha no supurada. Sufre desde hace cinco años de diarreas intermitentes, se presentan con ocasión de trastornos en el régimen habitual de su alimentación. Hace un año, tiene un dolor más o menos intenso en el hipocondrio derecho, que se presenta a consecuencias de haber ingerido grandes cantidades de alcohol, permanece así algunos días, después queda relativamente bien. Poco tiempo más tarde, unos once meses, nota en el hipocondrio derecho un aumento de volumen, y el mismo paciente hace ver que desde entonces tiene en esta región algo duro, pero no doloroso. Últimamente decaen sus fuerzas, se nota enflaquecido, tiene malestar general. Al lado de estas molestias comienza el enfermo a sentir un dolor escapular izquierdo, a veces en forma de puntada; hay cansancio, especialmente con el esfuerzo.

Debido a estos trastornos ingresa al Servicio el día 24 de Abril.

El examen general que practicamos en esa oportunidad nos revela las siguientes comprobaciones:

Tiene un pulso de 72, es regular. Inmediatamente nos llama la atención el estado de la arteria radial, igual estado que comprobamos en todas las arterias accesibles a la palpación: están duras, sinuosas, laten visiblemente, ruedan con facilidad bajo el dedo. La respiración es un poco anhelante, 20 en el minuto. Las presiones arteriales son 14 para la máxima y 7,5 para la mínima (Pachón). Es un sujeto enflaquecido, con panículo adiposo escaso, la piel está algo seca, con la elasticidad más o menos conservada; no presenta ninguna coloración especial. Está anemiado.

El examen de la cabeza y de sus órganos no revela alteraciones de importancia. Hay una ligera gingivitis debido al mal estado de la dentadura.

En el tórax, encontramos signos de enfisema pulmonar y una ligera condensación de los vértices.

En el aparato cardio-vascular hay alteraciones de mucha importancia. Aparte de los

signos tan claros de esclerosis vascular, ya mencionados, encontramos un corazón hipertrofiado, sobre todo, del ventrículo izquierdo. Auscultando se oye un soplo sistólico de la base en el foco aórtico y en la región mesocardiaca se percibe con toda claridad un ruido de galope. La palpación confirma este signo. La aorta está alta; se le ve latir en el hueco supraesternal.

El examen del abdomen nos muestra una asimetría de conformación en su parte superior: el hipocondrio derecho está más levantado, más abultado. Del examen del abdomen, es el hígado lo más importante, los otros órganos no tienen nada de especial. El hígado es el sitio de diferentes trastornos. En primer lugar, el tamaño considerable de la glándula; con un límite superior más o menos normal; el órgano sobrepasa mucho de su límite en la parte inferior. En la línea media alcanza cerca del ombligo, en el hipocondrio izquierdo toca el reborde costal en su parte media, y en el flanco derecho llega a poca distancia de la cresta iliaca de ese lado. Es doloroso y sigue difícilmente los movimientos respiratorios. En la ancha zona que su cara superior toca la pared abdominal, se nota que ésta es muy accidentada, hay eminencias separadas por depresiones profundas; cada una de ellas es en sí misma muy irregular; el borde anterior es dentado. Todos estos signos fueron muy fáciles de apreciar, una vez que pasó el momento doloroso, que presentó en los primeros días de su estadía en la Clínica.

En el resto del organismo no encontramos nada que sea importante. El intestino funciona normalmente; la diuresis está algo disminuída.

Como resultado de nuestro examen clínico debíamos tomar en cuenta que este enfermo presenta dos procesos: uno, cardio-vascular y el otro francamente hepático. El resto de nuestra investigación fué averiguar la causa de cada uno de los dos procesos y si había relaciones que unieran las dos alteraciones; o establecer si eran independientes y se presentaban en este enfermo por obra de la casualidad.

Diversos exámenes de laboratorio fueron practicados.

La orina reveló desde los primeros análisis un ligero grado de nefritis, que siempre se mantuvo más o menos constante. La úrea sanguínea es de 0.30 por mil. La reacción de Bordet-Wassermann fué negativa varias veces.

Mantenido en reposo en cama, el paciente es sometido a un régimen apropiado y se dan XX gotas diarias de digitalina por algunos días para combatir su insuficiencia cardíaca.

La evolución dentro del servicio fué, más o menos, la siguiente: desde el día de su entrada presenta hemorragias gingivales que, en forma intermitente, se mantienen hasta el último.

Bajo la influencia de la digitalina, el hígado se achica algo y deja de ser doloroso. Después este órgano no presenta ninguna alteración, ni aumenta, ni disminuye, ni se hace sensible. La circulación se regulariza, desaparece el galope, sube un poco la pre-

sión, aumenta la orina. Inmediatamente sospechamos que al lado de las extensas lesiones hepáticas había también un grado apreciable de congestión pasiva de este órgano.

Después el paciente entra en un período de gran bienestar. El ánimo y el apetito mejoran notablemente, sintiéndose así manifiesta deseos de levantarse. Pocos días después las hemorragias gingivales reaparecen y se agregan a ellas épistaxis, éstas últimas bastante rebeldes. Desde este momento vemos decaer al paciente; contrastando con su bienestar, notamos que los signos de insuficiencia cardíaca y hepática hacen progresos, la anemia aumenta, las fuerzas del enfermo se agotan. Días más tarde aparecen vómitos especialmente matinales, una inapetencia casi completa, cefalea muy molesta, y la temperatura, que hasta ahora era normal, sube bruscamente el día 28 de Mayo, hay puntada de costado, desgarró herrumbroso, disnea: un gran foco neumónico se ha instalado en la base del pulmón izquierdo. Dos días después el paciente fallece, en medio de un cuadro bastante tóxico.

Es interesante hacer algunos comentarios sobre la sintomatología del enfermo, antes de ver el resultado de la necropsia.

Dijimos hace un momento que en nuestro examen habíamos encontrado bien perfilados dos procesos: uno cardio-vascular y el otro francamente hepático.

Respecto del primero, nos hizo la impresión que este sujeto en un tiempo había sido uno de esos portadores de lesiones vasculares con esclerosis de las arterias; alteración que persiste en el momento de nuestro examen, y muy posiblemente de una hipertensión arterial, más o menos pronunciada. Actualmente las presiones no muestran alteraciones patológicas, pero, diversos hechos nos hacen ver que muy posiblemente ha sido este enfermo un hipertenso; entre ellas, principalmente, la coexistencia de una hipertrofia ventricular izquierda y el tipo de las lesiones arteriales. Las causas actuales de sus presiones normales, o mejor dicho, por qué ha descendido la hipertensión, pueden ser explicadas en gran parte por el estado de desfallecimiento cardíaco, y también se pueden invocar muchas otras; hay ciertos tipos de hipertensiones llamadas regresivas (Lian y Finot (9), en otros se ve que las causas primeras de la hipertensión dejan de actuar (Heitz (10)). En presencia de todos estos trastornos cardio-vasculares y teniendo en cuenta los antecedentes tan claros del sujeto, podemos pensar que la sífilis es la causa de ellos. El tipo de las lesiones es de aquéllos que desde hace tiempo han comenzado. En suma, tenemos que hay aquí un proceso cardio-vascular muy posiblemente causado por la lúes.

Debemos considerar ahora la lesión hepática. Tenemos una hepatomegalia de tipo nodular, bien fácil de apreciar. No hay ni ascitis ni compromiso apreciable del bazo. Tampoco hay alteraciones de la función biliar, no hay coloración ictérica de ninguna especie, en la orina no hay elementos biliares, del lado de las deposiciones no hay trastornos. Todos estos datos se comprueban en

(1) Comunicación hecha a la Sociedad Médica el 20 de Junio.

numerosas ocasiones. Síntomas alejados del hígado, que nos hiciera sospechar un mal funcionamiento de esta glándula, tampoco encontramos; no presenta después de compensado el corazón ningún trastorno hepático, el dolor desaparece, los fenómenos gastro-intestinales no se presentan. Estudiados en este enfermo los signos de la coagulación sanguínea, vimos algunas alteraciones; la presencia de las hemorragias gíngivales nos hicieron atribuir las a una alteración sanguínea de origen hepático. Efectivamente, la prueba de Duke y la forma del coágulo nos demostraron que en realidad había un bosquejo del síndrome hemocrásico de la insuficiencia hepática, descrito por P. Emile-Weil y sus alumnos (11).

Los antecedentes del enfermo, la coexistencia de otras lesiones sífilíticas, nos hicieron pensar que la misma causa que produjo aquellas alteraciones, habrían determinado las lesiones hepáticas. Sin embargo, a pesar que este procedimiento de diagnóstico era muy lógico, no descuidamos la discusión del diagnóstico diferencial con otras afecciones del hígado. Entre éstos, tomamos en consideración muy principal, los neoplasmas de la glándula hepática. La posibilidad del cáncer había que aceptarla con ciertas reservas. La forma del hígado era para pensar en un cáncer más bien secundario; pero el examen prolijo del enfermo no descubría el sitio del cáncer primitivo, especialmente del lado del aparato digestivo. Aparte de esto, en el hígado mismo había ciertos hechos que nos hacían rechazar, más o menos fundadamente, la existencia de un cáncer. En primer lugar, no había la certeza que existiera en otra parte el cáncer primitivo, cuya metástasis la encontramos en el hígado. Bien es cierto que el proceso primitivo puede ser un hallazgo de la necropsia; pero, una alteración tan avanzada, tendría que dar algunos indicios del punto originario de la metástasis. Quedaba la posibilidad de considerar un neoplasma primitivo. Los cánceres hepáticos se colocan en orden de frecuencia después de los del estómago, del útero y de la mama (Brulé (12); pero, es necesario tener en cuenta que el cáncer primitivo forma la octava parte de los neoplasmas de esta glándula (Hanot y Gilbert (13)). De modo que tenemos que el neoplasma primitivo es un hecho no muy frecuente. Nuestro enfermo tiene un hígado de forma nodular bien clara, y si fuera un cáncer primitivo nodular, sería la forma más rara, la excepción. Aun aceptando esto tendríamos que valorizar muy bien los signos de parte del hígado, y es precisamente en éstos donde encontramos dificultades que nos hicieron rechazar la idea de un proceso epitelial. Durante mes y medio que observamos a nuestro enfermo no vimos nunca aumentar al órgano de volumen, aun lo vimos regresar debido a la desaparición de la congestión cardíaca; por su parte, el enfermo es categórico en declarar que desde hace un año que apareció, según él, este aumento de la glándula, no ha progresado en forma visible. La lesión ha permanecido estacionaria. Este hecho está en abierta contradicción con los

autores más prestigiosos sobre la materia (Dieulafoy (14), Gilbert (15), y ahora último ha insistido nuevamente sobre él M. Brulé (16). Este último autor dice que la "hepatomegalia progresa de día en día y puede convencerse de ello marcando sobre la piel del abdomen reparos sucesivos a nivel del borde inferior del hígado; se ve que poco a poco el órgano desciende hasta el flanco derecho, extendiéndose sobre la línea media hasta el ombligo; al mismo tiempo el tumor se desarrolla hacia adelante, por debajo de las falsas costillas". También la subictericia es la regla en los neoplasmas con alguna evolución, aquí ésta no se ha presentado.

Todas estas razones nos hicieron desecher la idea de un cáncer hepático de forma nodular y primitivo, y encontramos más lógico suponer que se trataba de un proceso sífilítico, apoyándonos en las lesiones coexistentes del mismo origen, y sobre todo, en los antecedentes del paciente y en la forma de la deformación de la glándula (Favre (17), Vizcarra (18)).

He insistido en estas cosas, porque la comprobación necrósica nos ha puesto de manifiesto que el diagnóstico de la lesión hepática era francamente equivocado, no así el del resto de las alteraciones que presentó el paciente.

La autopsia demostró la existencia de un cáncer hepático primitivo de tipo nodular. El protocolo del Prof. Croizet dice que se trata de un adeno-epitelioma o adenoma maligno de algunos autores.

La rareza de estos cánceres primitivos del hígado de tipo nodular, las anomalías de su evolución, la falta de caquexia, su coexistencia con lesiones cardio-vasculares de tipo sífilítico, es lo que nos ha hecho dar cuenta de esta observación, y también para ver todo lo instructivos que son algunas veces estos errores, sobre todo cuando se ha discutido cuidadosamente todas las posibilidades diagnósticas.

REFERENCIAS

- (1) K. ESKUCHEN.—*Die Lumbalpunktion*. Berlin, 1920.
- (2) O. FONTECILLA ET M. A. SEPÚLVEDA.—*Le Liquide Céphalo Rachidien*. Maloine, Paris, 1921.
- (3) E. AGASSE-LAFONT.—*Les Appl. Pratique du Lab. a la Clinique*. Vigot Paris, 1900.
- (4) F. BEZANÇON.—*Microbiologie Clinique* Masson, Paris, 1920.
- (5) M. LABBÉ.—*Le Cytodiagnostic*. Bailliére. Paris, 1902.
- (6) M. NONNE.—*Sifilis y liquido céfalo-raquídeo*. Revista Médica de Chile, 1922, Pág. 608
- (7 y 8) O. FONTECILLA.—*Doble infección meningea*. «La Clínica», N.º 1.
- (9) C. LIAN ET T. FINOT.—*L'hypertension arterielle*. Paris, 1924.
- (10) J. HEITZ.—*Traité de Path. Méd.* (Sergent, Ribadeau-Damas et Babonneix), tome IV: *App. circulatoire*. Paris, 1922.
- (11) P. EMILE WEIL, BOGAGE ET ISCH WALL.—*Le syndrome de l'insuffisance hemocrasique du foie*. La Presse Médicale, 1922, N.º 52.
- (12) M. BRULÉ.—*Traité de Path. Méd.* (Sergent, Ribadeau-Damas et Babonneix), tome XII, *Foie et Pancréas*. Paris, 1923.
- (13) HANOT ET GILBERT.—*Etudes sur maladies du foie*, Paris, 1888.
- (14) G. DIEULAFOY.—*Path. Interne*, tome II. Paris, 1911.
- (15) GILBERT.—*Cancer primitif du foie* Paris 1886.
- (16) M. BRULÉ.—*Loc. cit.*
- (17) FAVRE.—*Traité de Path. Méd.* (Sergent, Ribadeau-Damas et Babonneix), tome XIX. *Syphilis*.
- (18) J. VIZCARRA.—*Sifilis hepática*. Santiago, 1922.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE CHILE

9 de Abril, 1924

Presidente: Prof. Navarro

Diagnóstico radiológico de la apendicitis crónica.—DR. A. FUENTEALBA (de San Javier). Presenta dos observaciones de enfermos de apendicitis crónica diagnosticada por los Rayos X. Llega a la conclusión que en ambos casos, y en especial en uno de ellos, no encuadró lo que se encontró en la operación con lo que diagnosticó el radiólogo. Estima que la radiología no tiene mayor importancia en estos casos de apendicitis crónica y el diagnóstico ha correspondido a la clínica. Esta es suficiente, en la generalidad de los casos, para asegurar estos diagnósticos sin el concurso de la radiología. Pero en ciertos casos dudosos de apendicitis crónicas sospechadas, hay utilidad para comprobar este diagnóstico en utilizar los rayos X.

DR. KAPLAN. Dice que se diagnostica un apéndice enfermo cuando retiene el bario después de 40 horas y no es visible después que se ha vaciado el ciego completamente.

Quiste hidatídico sub-cutáneo.—DR. J. MARÍN. Presenta la observación de un quiste hidatídico sub-cutáneo, y llama la atención sobre la rareza con que se presenta esta localización de quistes.

DR. TORRES BOONEN. Respecto a esta observación el Dr. T. B. hace presente que hoy en día este parásito tiene una frecuencia mucho mayor.

DR. GREENE. Recuerda que ha tenido oportunidad de operar un caso de esa naturaleza; se trataba de un quiste localizado en la región trocánterica.

PROF. NAVARRO. Manifiesta que ha operado un pequeño tumor en la región del lóbulo de la oreja, operación que no presentó grandes dificultades, y una vez extraído se comprueba que se trata de un quiste hidatídico. Por último, refiere que ha tenido otra oportunidad de ver estos quistes en una enferma que presentó un quiste hidatídico del hígado y a la vez uno de la región epitrocLEAR.

Traumatismos craneo-cerebrales.—DR. A. LEÓN. Hace una exposición de la conducta que se sigue en el Servicio del Prof. Sierra en lo que se refiere a los traumatismos craneanos. De 24 enfermos, se intervino en 3: uno por epilepsia del tipo jacksoniano, otro por trastornos mentales—afasia de Wernicke—y el tercero por tener una fractura expuesta con hundimiento del frontal en la parte izquierda. De los restantes que llegaron al Servicio, 5 fallecieron. El primero tenía, además de la conmoción cerebral, fractura de la columna y de varias costillas. El segundo presentó una hemiplejía derecha, en la autopsia se comprueba una ruptura de la meníngea media derecha. El tercer enfermo falleció antes de las 24 horas y en la necropsia se comprueba un hematoma intra y extra-dural temporoparietal derecho y una hemorragia en la protuberancia. En el cuarto caso hay una fractura expuesta y conminuta de los huesos frontales, esfenoides, huesos propios de la nariz, hemorragias intradurales de la pia madre en las regiones occipital y cerebelosa. En el quinto enfermo se comprueba en la autopsia una fractura temporal derecha, con rasgos en el esfenoides y escama del temporal, fractura de la apofisis basilar del occipital.

El Dr. L. cree que los casos en los cuales se debe intervenir son aquellos en que se ven signos de compresión o de localización cerebral y en aquellos en que se diagnostica una meningo-encefalitis, pues es necesario drenar los focos, y sin la intervención estos enfermos están condenados a morir.

Fractura de la bóveda irradiada a la base.—DR. F. OPAZO. Presenta un enfermo que, sin duda, ha recibido un traumatismo craneano, aun cuando esto lo niega. Presenta por detrás del pabellón de la oreja una herida contusa. La pupila izquierda está más dilatada que la del lado opuesto. Hay sordera del lado derecho. La punción raquídea dió un líquido hemorrágico. Con la radiografía se pone en evidencia una fractura conminuta irradiada a la base.

DR. LEA PLAZA. Manifiesta que las consecuencias de estos traumatismos son variadas, cefaleas, vértigos, etc. Las complicaciones tardías son los abscesos, que tienen una sintomatología vaga, la epilepsia, que es originada por esclerosis meníngeas.