

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

SECRETARIOS DE REDACCION

Drs. Juan Marín
y
A. Rojas Carvajal

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

COMITE CIENTIFICO

SRS. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

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

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

F. de Amesti L. Córdova G. Grant B.
E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto

Director: O. FONTECILLA

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

Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

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

SUMARIO

Texto:

W. E. COURTTS.—Complicaciones génito-uritarias en la Parotiditis Ourleana, (1 fig.), p. 241.
A. ULLOA D.—Alimentación del Ejército, (1 fig.), (Conclusión), p. 242.
C. MONCKEBERG —Del Traumatismo Obstétrico en el recién nacido, p. 244.
Sociedades Científicas.—Sociedad Médica, Sociedad de Cirugía, Sociedad Médica de Valparaíso, p. 246.

Anexo:

La velada de despedida al Prof. García Valenzuela en el salón de honor de la Universidad, p. 313.
J. MONTERO C.—En marcha hacia el Sindicato, p. 314.
Conferencias en la Facultad.—Inauguración de un servicio de profilaxis.—«Agonal», p. 315.
NOTAS PRÁCTICAS.—La marcha de la infección treponémica en el curso del período primario de la sífilis.—Beleño.—Sobre la etiología de las parótidas.—Tratamiento de las paraplegias espasmódicas.—Dilatación bronquial.—Síncope cardíaco.—Éxtasis papilar y trepanación descompresiva.—Complicaciones urinarias de la constipación.—Eventración diafragmática, p. 317.

LA VELADA DE DESPEDIDA

AL

Prof. García Valenzuela

EN EL SALON DE HONOR DE LA UNIVERSIDAD

El retiro de la enseñanza del Profesor don Adeodato García Valenzuela, ha dado ocasión a los estudiantes y médicos que fueron sus discípulos, para rendir al querido maestro un emocionante homenaje público de simpatía, de admiración y de agradecimiento.

Congregados por idénticos sentimientos, bajo los auspicios del Centro de Estudian-

tes de Medicina, se daban cita, el 3 del presente mes, en el Salón Central de la Casa Universitaria para oír, quizás por última vez, la palabra sincera y varonil del maestro y contemplar su figura simpática, casi legendaria, llena de hondas sugerencias.

El Profesor Croizet, uno de sus discípulos más antiguos, tuvo expresiones cálidas y vibrantes para caracterizar la personalidad moral del festejado y hacer ver la trascendencia que en la formación espiritual de los médicos, tienen los profesores que, como el Dr. García Valenzuela, hacen de la cátedra un apostolado. El Profesor Noé, insistió en forma brillante, en la unción filosófica que impregna el espíritu del Dr. García y mostró cómo de allí deriva esa aureola de simpatía y respeto cariñoso que dá la razón de su inmensa popularidad y de su prestigio entre los estudiantes.

El presidente del Centro de Estudiantes de Medicina, señor Chandía, que ofreció la



ARTIGON

en frascos de 6 cm.³ tipo suave
» » » » » 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

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

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

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS

manifestación, hizo una relación de los puntos culminantes de la biografía del maestro. Enviado a Europa por el Gobierno en 1886, después de haber cursado en cinco años los estudios reglamentarios de nuestra Escuela, cursó en las Universidades Alemanas de Leipzig y Estrasburgo, estudios completos de Medicina, al lado de profesores eminentes, como Braune, His, Ludwig, Schwalbe y Hoppe Seyler, y verificó investigaciones científicas de importancia, tanto en Química como en Histología. Sus trabajos se publicaron oportunamente en los Archivos de Hoppe Seyler y en los trabajos morfológicos de Schwalbe. Vuelto al país, en 1892, después de las vicisitudes provocadas por la revolución del 91, inicia su curso de Química Fisiológica, y un año después, el de Química General Médica, cátedras que ha servido hasta hoy.

Después de más de treinta años de profesorado ejemplar, con consagración exclusiva a su cátedra, el Dr. García Valenzuela se aleja de estas actividades, con el aplauso unánime de las generaciones que, año tras año, él contribuyó a formar, y de las cuales supo ser, no sólo el profesor de una asignatura fundamental de los estudios médicos, sino que, muy principalmente, el maestro en cuya enseñanza y en cuya vida la juventud encontró siempre el ejemplo y la orientación sana, indispensable para sus actividades.

Iniciador entre nosotros de los estudios de Química Fisiológica, cuyas bases y mé-

todos fué a buscar a Alemania, de manos de Hoppe Seyler, el maestro de maestros, deja en el momento de su retiro, numerosos y distinguidos especialistas que sabrán continuar con éxito su labor.

EN MARCHA HACIA EL SINDICATO

por el

Dr. J. MONTERO C.

La simiente fué tirada al surco en Valparaíso, escaso tiempo ha, en terreno tan propicio, que en pocos días, ha germinado vigorosamente, de tal modo, que ya no hay fuerza ni huracán que pueda desarraigar el poderoso árbol del Sindicato Médico, que está próximo a dar sus bien sazonados frutos.

Nuestros parabienes a los colegas porteños que han inspirado el movimiento de las buesmas médicas de toda la República a unirse en un haz compacto, férreamente disciplinadas por el mismo ideal de solidaridad humana y científica, con el noble objetivo de modernizar nuestros servicios hospitalarios y de hacer obra eficiente y realmente útil en la profilaxis y tratamiento de las enfermedades, labor que hoy día es casi ilu-

soria, a causa de la escasez de recursos de la Beneficencia Pública o vicios de organización técnica, por estar a menudo la actividad científica y administrativa en manos de excelentes caballeros a quienes sobra buen corazón y mal criterio.

A Santiago, por reunir el núcleo más numeroso de médicos en el país, le corresponde encabezar el movimiento, ser el corazón de la nueva entidad social, y agrupar en torno suyo a las provincias, cuyos fueros deben ser reconocidos y amparados por la capital, quien, en estos momentos, empuña el estandarte que le ha traspasado la gloriosa hueste porteña, con mano poderosa y fuerte, dispuesta a cumplir con su deber.

El Presidente de la Sociedad Médica de Santiago, Dr. E. Prado Tagle, los doctores Gacitúa, Lea Plaza, Fontecilla, Quinteros Encina, Alessandri y otros, laboran con decisión y cerebro los cimientos de la nueva corporación.

Harto tenemos de dar a nuestros conciudadanos en el programa de trabajos del Sindicato; dicho de otra manera, lo daremos todo, como es uso.

Pero nadie se alarme si exigimos siquiera los recursos económicos para vivir con decencia, y también — cuando llegue la vejez — se nos permita tomar un poco de reposo antes de sentar el pie en la tumba; o si alguno muere en el curso de la diaria batalla contra la Muerte y el Dolor, pueda cerrar sus ojos en medio de una agonía serena y digna, confortado con la idea de que

De un importantísimo libro (Librairie J. B. Baillières et Fils. Editora, titulado

“Traitement de la Blennorrhagie chez l'Homme et chez la Femme

LA BLENNORRHAGIE DAS L'ARMÉE

POR EL MAYOR MEDICO

DR. CATTIER

Médico de la Clínica Urológica de la Rue Nollet de Paris, Médico del Centro de Urología de la 3ª Región.

Reproducimos el siguiente capítulo:

La question du vaccin antigonococcique

- « Il faut dire que le vaccin curatif de la blennorrhagie est encore à l'étude, mais la clinique et l'expérience nous enseignent qu'il sera peut-être le traitement de l'avenir.
- « Depuis plusieurs années, nous avons essayé dans le service d'hôpital différents vaccins antigonococciques.
- « Nous devons remercier ici le laboratoire de M. le professeur A. Bruschetti, qui nous a envoyé périodiquement pour notre service une quantité considérable de tubes de vaccin.
- « Nous les avons utilisés pour toutes les complications de nos blennorrhagiens.
- « Les résultats ont été tous très intéressants: diminution rapide et notable de l'écoulement. Sur 140 arthrites, blennorrhagiques qui ont été injectées, nous n'avons pas constaté un seul cas d'ankylose. Elles ont toutes guéri en moyenne entre la dixième et le quinzième jour.
- « Chaque ampoule de vaccin de Bruschetti contient 2 centimètres cubes de vaccin.
- « Son innocuité est absolue; il ne donne lieu à aucune réaction.
- « Evidemment, nous devons avouer que le vaccin «curatif» ne nous a pas encore été donné mais les résultats obtenus nous ont paru si intéressants que nous avons tenu à les signaler.
- « Les expérimentateurs de la vaccino-thérapie se sont heurtés longtemps à la difficulté de la toxicité des vaccins et cette toxicité est marquée en ce qui concerne le gonocoque.
- « L'application au vaccin antigonococcique de la méthode des vaccins sensibilisés de Besredka a ouvert un nouvel horizon.

Muestras y bibliografías a disposición de los señores Médicos.

DIRIGIRSE A HIJOS DE ATILIO MASSONE

Cailla Correo 3584



SANTIAGO



Calle Claras 205

su hogar no ha de quedar en el desamparo, como ocurre hoy día. Si alguno de nosotros mira con ojos de pavor a la Muerte — y con justicia —, no es porque ella inspire respetos que no se merece, sino por los otros, por aquellos seres que viven de nuestro cariño y de nuestros esfuerzos, a quienes todo faltará. El más modesto obrero o empleado, exige más que lo arriba anotado. Como que eso corresponde al mínimo necesario para satisfacer las exigencias vitales más imperiosas.

Santiago, 16 de Junio de 1925.

CONFERENCIAS EN LA FACULTAD

La conferencia del Dr. Emilio Aldunate Ph. en la Clínica del Prof. Sierra, sobre "Las hernias", revistió el más alto interés. Abordó el conferencista las diversas teorías etiopatogénicas, su fisiología, patológica y su tratamiento. Se extendió principalmente en lo concerniente a la importancia que hoy día tiene la hernia en su relación con la legislación del trabajo.

La conferencia sobre "Las anestésias" estuvo a cargo del Dr. don Armando León. En breve síntesis el Dr. León estudió los

diversos métodos de anestésias empleados en la historia de la Medicina para llegar a los métodos actuales; hizo la crítica de algunos sistemas y señaló sus defectos y ventajas.

INAUGURACIÓN DE UN SERVICIO DE PROFILÁXIS

A un numeroso grupo de médicos congregó el Dispensario Esmeralda 853 de la Junta de Beneficencia, con motivo de la inauguración de un servicio de prevención de enfermedades venéreas que funcionará nocturnamente, de 10 P. M. a 3 A. M.

El Dispensario está a cargo de los doctores W. Coutts y Juan Marín.

"AGONAL"

Ha aparecido el N.º 3 de esta simpática revista del Centro de Estudiantes de Medicina. Trae un interesante y variado material de lectura, una composición musical y una reproducción de un hermoso retrato del Dr. García Valenzuela.

Con gran simpatía celebramos la reaparición de este serio exponente de la cultura de nuestros estudiantes y le deseamos vida fácil y larga.

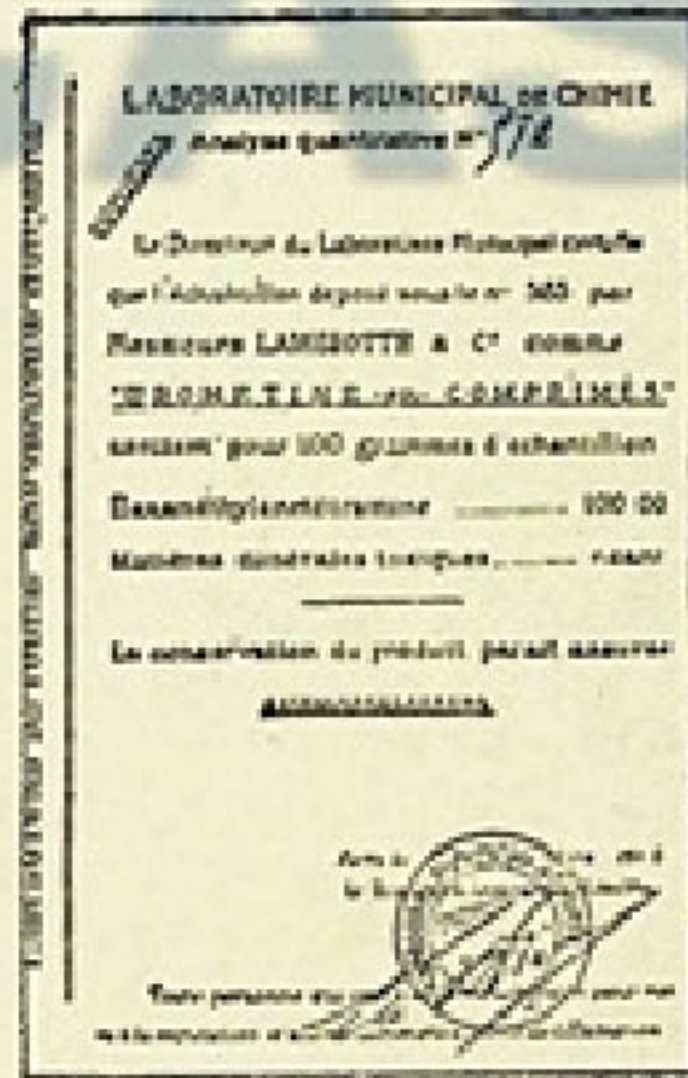
Las columnas de LA CLÍNICA están por entero a la disposición de los señores Médicos de la República para la publicación de colaboraciones y observaciones que tengan interés.

Todas las colaboraciones deben ser dirigidas al Secretario General de la Redacción, Delicias 1626. Santiago.

HEMOSTYL-JARABE

Primera Medicación específica de
OPOTERAPIA SERO-SANGUINEA TOTAL
Extraída de animales vivos

- Anemias
 - Convalecencias
 - Crecimiento
 - Raquitismo
 - Tuberculosis
 - Clorosis
 - Debilidad
 - Lactancia
 - Pubertad
- Muestras a disposición del Cuerpo Médico.
- Concesionario para Chile
Am. Ferraris
Casilla 29 D - Compañía 1295
SANTIAGO



Antiseptia urinaria

Quadruple acción: Bactericida, antitóxica, antiúrica, diurética.

UROMETINE
LAMBIOTTE FRÈRES

Hexamétilena - Tétramina pura.

dosis corriente: 2 a 6 comprimidos diarios

Muestras y Literatura
AM. FERRARIS
Compañía 1295 - Casilla 29 D.
Santiago de Chile



Para los niños en el invierno el mejor tónico

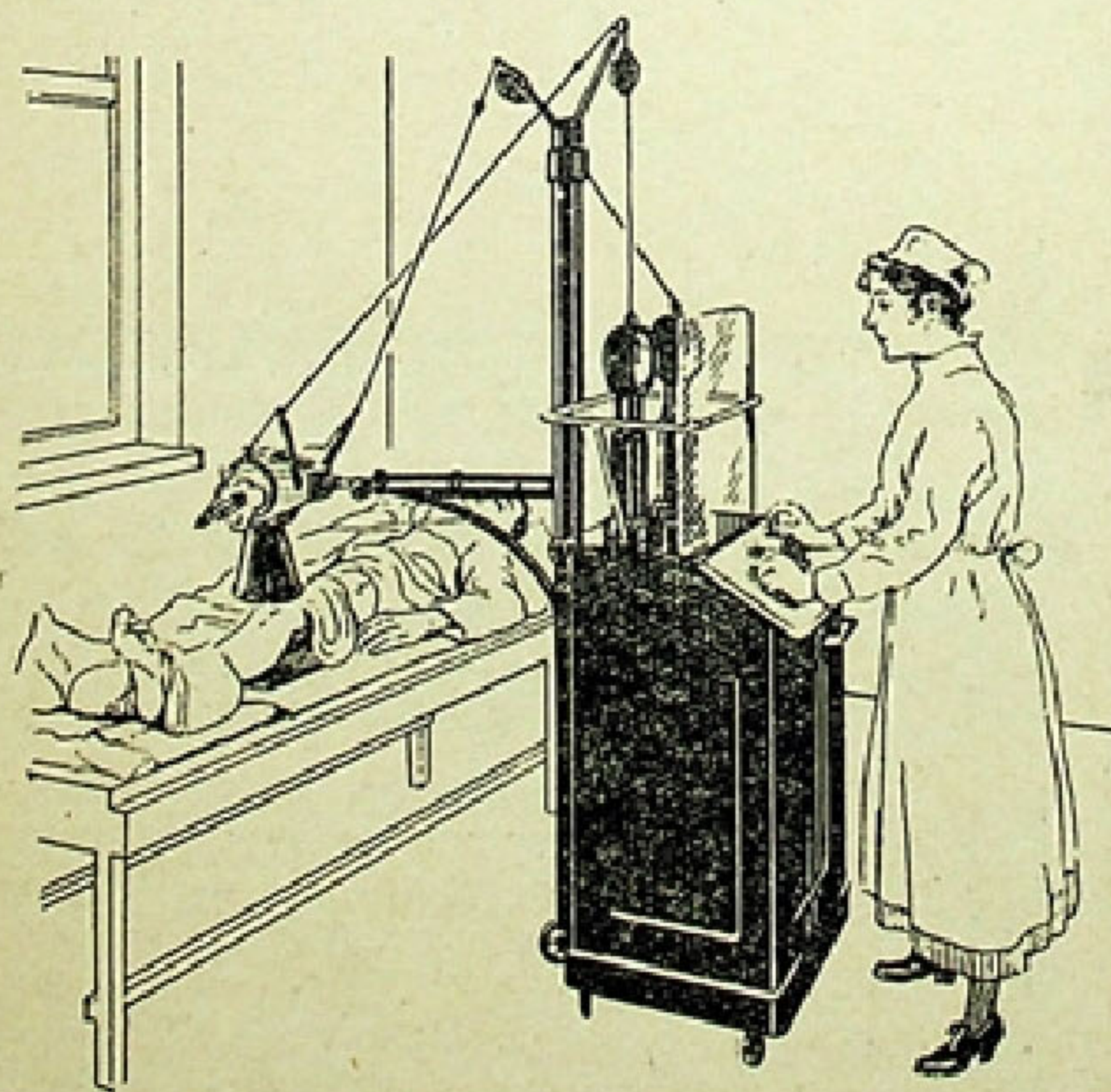
JARABE VALTIN LEROY

DOSIS: Una cucharadita antes de las comidas

FORMULADO POR PROFESORES Y MEDICOS EMINENTES

LABORATORIOS RECALCINE

EXPLORATOR



EL APARATO

“ROENTGEN”

Para Clínicas y
Consultorios Médicos

Apropiado para radioscopías, radiografías
de tiempo y rápidas y terapia superficial.

Tamaño reducido - Manejo sencillo
PRECIO ECONÓMICO

Solicítenos detalles y precios.

SIEMENS-SCHUCKERT LIMITADA

Compañía de Electricidad

Huérfanos 1041 - Santiago - Casilla 104 D
Valparaíso - Concepción - Valdivia - Antofagasta - Iquique

NOTAS PRÁCTICAS

LA MARCHA DE LA INFECCIÓN TREPONÉMICA EN EL CURSO DEL PERÍODO PRIMARIO DE LA SÍFILIS

La opinión clásica actual, concerniente a la marcha de la infección treponémica en el curso del período primario de la sífilis, acuerda un rol preponderante a la generalización por vía linfática, cuyo punto de partida es el chancro constituido.

Lévy-Bing y Gervay sostienen una concepción enteramente diferente de la generalización del treponema en el organismo: sería la vía sanguínea el medio más importante para dicha generalización. En apoyo de su hipótesis los autores hacen valer las siguientes consideraciones:

Las primeras lesiones producidas por el treponema en el punto de inoculación, son lesiones de los vasos sanguíneos. Cuando el chancro está clínicamente constituido, la mayor parte de los treponemas está situada en el espesor de éste. La precocidad y la importancia de la generalización por la vía sanguínea se demuestran por las modificaciones humorales observadas en los casos de chancros sucesivos por inoculaciones o infecciones sucesivas y por los resultados de las experiencias de Neisser sobre la contagiosidad de la sangre y de ciertos órganos

durante la incubación del chancro (un caso de Neisser en que la sangre de un mono se mostró virulenta el 5º día de la inoculación).

La generalización por la vía sanguínea, que es silenciosa, y que no se traduce clínicamente por una reacción comparable a la adenopatía, comienza mucho antes de la aparición del chancro y continúa después de haberse constituido éste.

Existen casos en que el rol preponderante de la vía sanguínea está demostrado: son los casos de sífilis sin chancro, cuya existencia está aceptada por los autores.

BELEÑO

Las propiedades del beleño son análogas a las de la belladona; y sus alcaloides, la hioscina y la hiosciamina o escopalamina, tiene efectos semejantes a los de la atropina.

El beleño es, ante todo, un calmante del vago; además es un antiespasmódico, por su acción sobre las fibras musculares lisas de las tónicas digestivas: los espasmos esofágicos, gástricos, intestinales, vesiculares, y todos los estados de vagotonismo, a menudo secundarios a afecciones orgánicas abdominales, indican su empleo predominante en terapéutica digestiva.

Rara vez se le prescribe solo, sino más bien, asociado a la belladona.

Tint. de beleño
Tint. de belladona

X gotas en un poco de agua al principio de las comidas, 3 veces al día, durante 2 a 4 semanas; también a dosis progresivas aumentando 5 cada día.

La frecuente excitación del sistema nervioso general en los enfermos del aparato digestivo, en particular del intestino, indica a menudo las píldoras de Méglin, cuyo tenor en beleño modifica al mismo tiempo los dolores intestinales.

Extracto de beleño
Extracto de belladona } aa. 0,05 gr.
Óxido de zinc

Para una píldora. 1 a 6 al día.

Finalmente, se utiliza el beleño en los dolores de las hemorroides y fisuras anales, asociado a la belladona o a la cocaína, o solo.

Extracto de beleño 0,05 gr.
Manteca de cacao c. s.

Para un supositorio. 2 a 3 al día.

O bien:

PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUCION ORGÁNICA
DE HIERRO Y MANGANESO
ENTERAMENTE ASIMILABLES

La asociación de estos dos metales, en combinación orgánica, refuerza singularmente su acción terapéutica recíproca.

NO PRODUCE ESTREÑIMIENTO

Tónico poderoso, reconstituyente energético

**ANEMIA — CLOROSIS
DEBILIDAD
CONVALECENCIA**

Veinte gotas de PROSTHÉNASE
contienen un centígramo de HIERRO y cinco miligramos de MANGANESO

DOSES COTIDIANAS:

5 hasta 20 gotas para los niños; 20 hasta 40 gotas para los adultos

Laboratorio GALBRUN
8 y 10, rue du Petit-Musc, PARIS

INSTITUTO SANITAS AGUSTINAS 1955 LABORATORIO

Determinación de la Reserva Alcalina

Indispensable para determinar los estados precoces de acidosis (nefritis, diabetes, intoxicaciones, etc.)

Determinación de la acidez iónica de los líquidos orgánicos (Jugo gástrico, orina, etc.)

La acidez iónica es la acidez real y es la única que debe tomarse en cuenta porque es la única que considera la célula viva.

NO DUDE



Averigüe la Fórmula.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

SAA & VIAL SANTIAGO - CHILE
Agustinas 1270-Casilla 2350 - Teléfono 2350



TUBOS COOLIDGE

(El tubo más grande y el más pequeño del mundo)

Para la Terapia profunda y la Radiografía Dental

El tubo Coolidge para alto voltaje (enfriado por agua), es el tubo más poderoso y el único que permite emplear un voltaje tan alto para el trabajo de terapia profunda. Su capacidad máxima es de 50 miliamperios con 750,000 voltios.

El empleo de este voltaje tan alto, quiere decir que se requiere la sexta parte del tiempo que se requeriría usando el tubo Coolidge de 5 miliamperios, lo que viene a resultar en una gran economía de tiempo, a la vez que más consideración para el paciente.

Las dimensiones de este tubo, son: 20 cm. (8 pulgadas) de diámetro, y 84 cm. (34 pulgadas) de largo.

El tubo dental Coolidge modelo «CDX» (sumergido en aceite) es, sin duda, el tubo dental más eficiente, más seguro y más compacto que se ha lanzado al mercado.

Por el hecho de ir sumergido en aceite, y, además, encerrado en un depósito de metal no solo ofrece el 100% de protección contra conmoviones eléctricas, sino que es a prueba de polvo y humedad, característica ésta muy importante, especialmente en lugares donde existe mucha humedad.

Las dimensiones del tubo «CDX», son: 4 cm. (1 1/2 pulgada) de diámetro, y 11 cm. (4 1/4 pulgadas) de largo. Pero a pesar de ser tan compacto, reúne todas las características de funcionamiento del tubo Coolidge modelo Radiador.

La capacidad del «CDX» es 45,000 voltios, 10 miliamperios.

VICTOR X-RAY CORPORATION

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



En esta ilustración se muestran el tubo Coolidge para terapia profunda y el tubo dental modelo «CDX».

Solicite Presupuestos e informaciones a los únicos representantes:

International Machinery Co.

INGENIEROS-IMPORTADORES

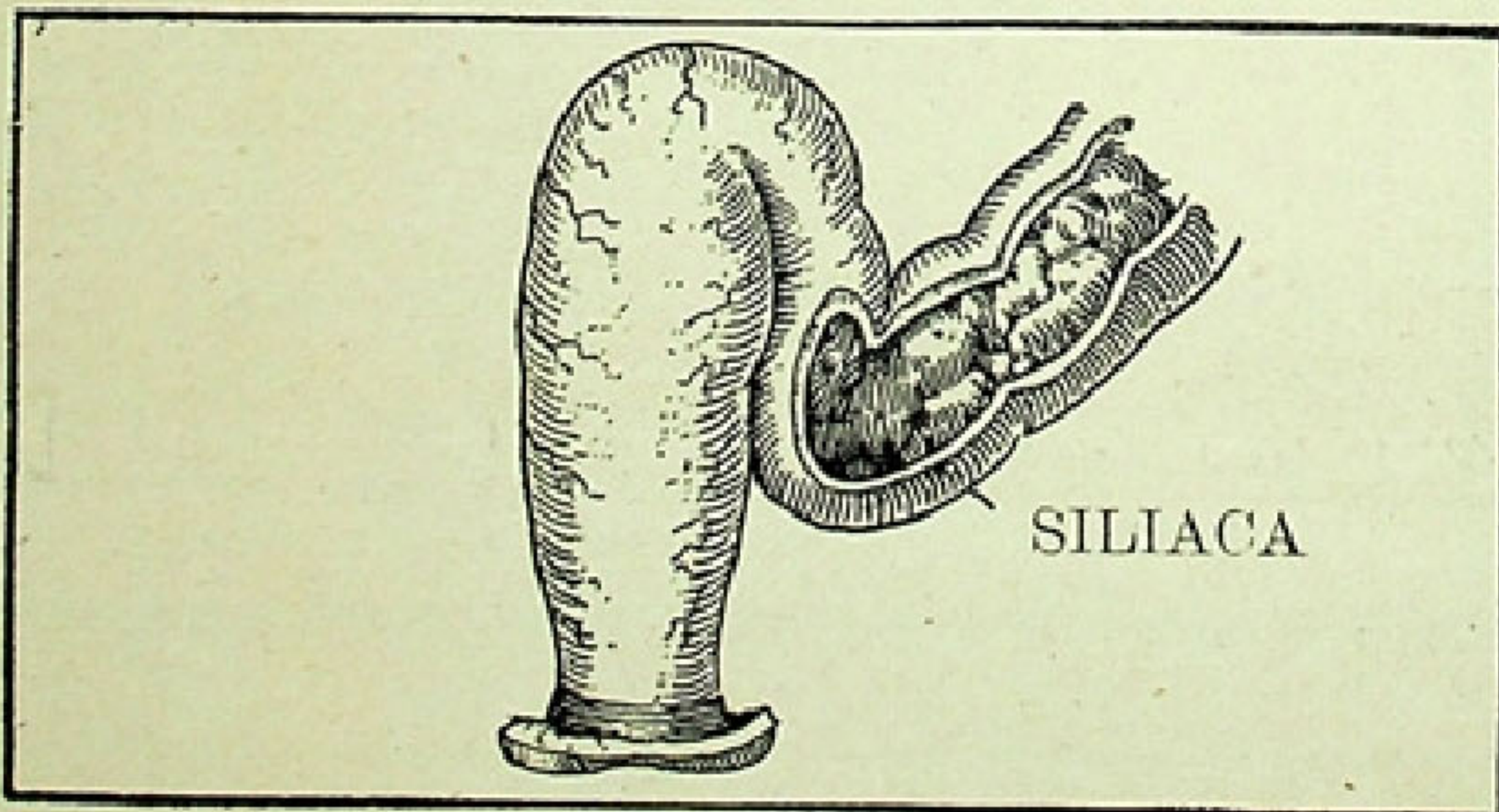
Teléfono 4580

SANTIAGO, MORANDÉ 520

Casilla 107-D

Terapéutica Lubrificante

EN LA DISQUECIA



Disquecia debida a acumulación fecal.

Un lubricante es muy útil en el tratamiento de la Disquecia (estreñimiento rectal), dice una autoridad de fama internacional. Ese autor hace notar que el lubricante evita que las heces se sequen, ayuda a restablecer la defecación normal, y absorbe y expulsa las toxinas.

El lubricante NUJOL ofrece ventajas no superadas, a causa de su viscosidad, pureza y adaptabilidad a todos los casos de estasis intestinal. El NUJOL se mezcla con el contenido intestinal y lo lubrica. Así las heces se mantienen blandas y húmedas y pueden no solamente pasar con facilidad por el tubo intestinal, sino ser evacuadas sin esfuerzo y de un modo natural.

El NUJOL penetra en las capas y masas de excremento que a veces se adhieren a las paredes del tubo intestinal. Las ablanda y desprende poco a poco hasta quitarlas enteramente.

Como el NUJOL es un lubricante intestinal, no un purgante, su acción es enteramente distinta de la del aceite de ricino y de los demás laxantes y purgantes. No tienen acción sobre él los jugos digestivos, no es absorbido por el organismo. Hasta la última gota de NUJOL que entra en el cuerpo sale de él por la vía intestinal. El NUJOL protege el forro delicado del intestino; se extiende sobre los sitios irritados o escoriados y les da oportunidad de sanar.

El NUJOL, mediante la lubricación ayuda a la naturaleza a vencer el estreñimiento; impide el atascamiento y protege contra la auto intoxicación. Los emplean los mejores médicos y en los hospitales de todo el mundo.

Nujol

FABRICADO POR

M. C. R.

STANDARD OIL CO. (NEW JERSEY)

Está en venta en todas las Farmacias y Droguerías

AGENTES GENERALES:

WEST INDIA OIL COMPANY.

SANTIAGO, BANDERA 624-CASILLA 50-D

ANTOFAGASTA — CONCEPCION — VALPARAISO

Extracto de beleño 0,02
 Extracto de belladona 0,01
 Manteca de cacao C. S.

Para un supositorio. 2 a 3 al día.

M. Ségard y Siguret.

SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LAS PARÓTIDAS

M. Ives Kermogant ha comprobado la presencia, en la flora bucal de estos enfermos, de un espiroquete particular, cuyo rol en la etiología de la enfermedad aparece confirmado por su presencia constante en las lesiones glandulares en que es fácil obtenerlo.

La comprobación en el suero de sujetos curados, de una aglutinina y de una lisina específicas, respecto del germen, confirma su rol en la etiología de las parótidas.

Habiendo comprobado el autor que un primer ataque de la infección determinada por este germen, confiere a los animales la inmunidad, ha procedido a vacunar conejos con inyecciones de cultivos de espiroquetes de virulencia atenuada.

Estos ensayos de vacunación experimental permiten esperar la posibilidad de aplicar al hombre estas nociones nuevas en la profilaxia y la terapéutica de las parótidas.

TRATAMIENTO DE LAS PARAPLEGIAS ESPASMÓDICAS

La contractura y los calambres dolorosos de las paraplegias, y particularmente de las paraplegias en flexión, pueden ser mejoradas momentáneamente por el bromhidrato de cicutina, que preconiza Pierre Marie y Bouttier.

Durante 6 a 10 días consecutivos se puede practicar inyecciones intramusculares de 1 a 3 miligramos al día. La sedación de las contracturas y la atenuación de los movimientos de retracción se producen después de 3 o 4 horas.

El efecto sedativo persiste, en general, después de 4 a 15 días de terminadas las inyecciones y se le puede mantener con inyecciones de medio a un miligramo cada dos días.

El curare posee una acción aún más poderosa en dosis corrientes de 5 a 10 miligramos diarios, susceptibles de elevarse a 1 y 2 centigramos diarios, sin peligro. Está indicado especialmente en los casos de gravedad.

J. Tinel.

conocer. Los signos pseudocavitarios, asociados a una expectoración característica, permiten fácilmente el diagnóstico. En los antecedentes, encontramos siempre una bronconeumonía de evolución arrastrada.

J. Hutinel, estudiando numerosas observaciones de dilatación bronquial, ha podido precisar algunos puntos importantes de su historia. Insiste particularmente en el hecho de que cuando llega el momento del diagnóstico seguro, ya hace mucho tiempo que la afección evoluciona en forma ignorada. Su principio se desconoce.

Se trata de individuos que de tiempo en tiempo sufren pousées de bronquioalveolitis aguda (fiebre, disnea, expectoración mucopurulenta abundante, síndrome pseudocavitario). Solamente la ausencia del Bacilo de Koch, comprobada varias veces en el desgarro, la cantidad y el aspecto especial de la expectoración permiten suponer la dilatación bronquial.

Lo más a menudo, el diagnóstico no se hace; se habla de bronquitis aguda, de neumonía anormal, de congestión pulmonar, de tuberculosis de marcha rápida, en razón de las hemoptisis que complican a veces la bronquectasia.

Estos accidentes agudos duran algunos días, después se reproducen a intervalos más o menos alejados. En los períodos intercalares, no existe disnea, ni fiebres; la expectoración es insignificante, el síndrome pseudocavitario es imposible de encontrar.

Un día, con ocasión de un poussée agudo

DILATACIÓN BRONQUIAL

La dilatación bronquial puede ser sospechada mucho antes de que se manifieste por el síndrome pseudocavitario. Según los clásicos, sería una afección crónica, fácil de re-

COMUNICACIONES:

Asociación de Medicina: Paris (1920).

(PROF. ACHARD)

Soc. de Terapéutica: Paris (7 Julio 1915)

(PROF. RENON)



TRATAMIENTO de las

Tuberculosis - Anemias

GEODYL

Robert & Carrière

Sales orgánicas de Tierras Raras

Acción Específica sobre el bacilo de Koch

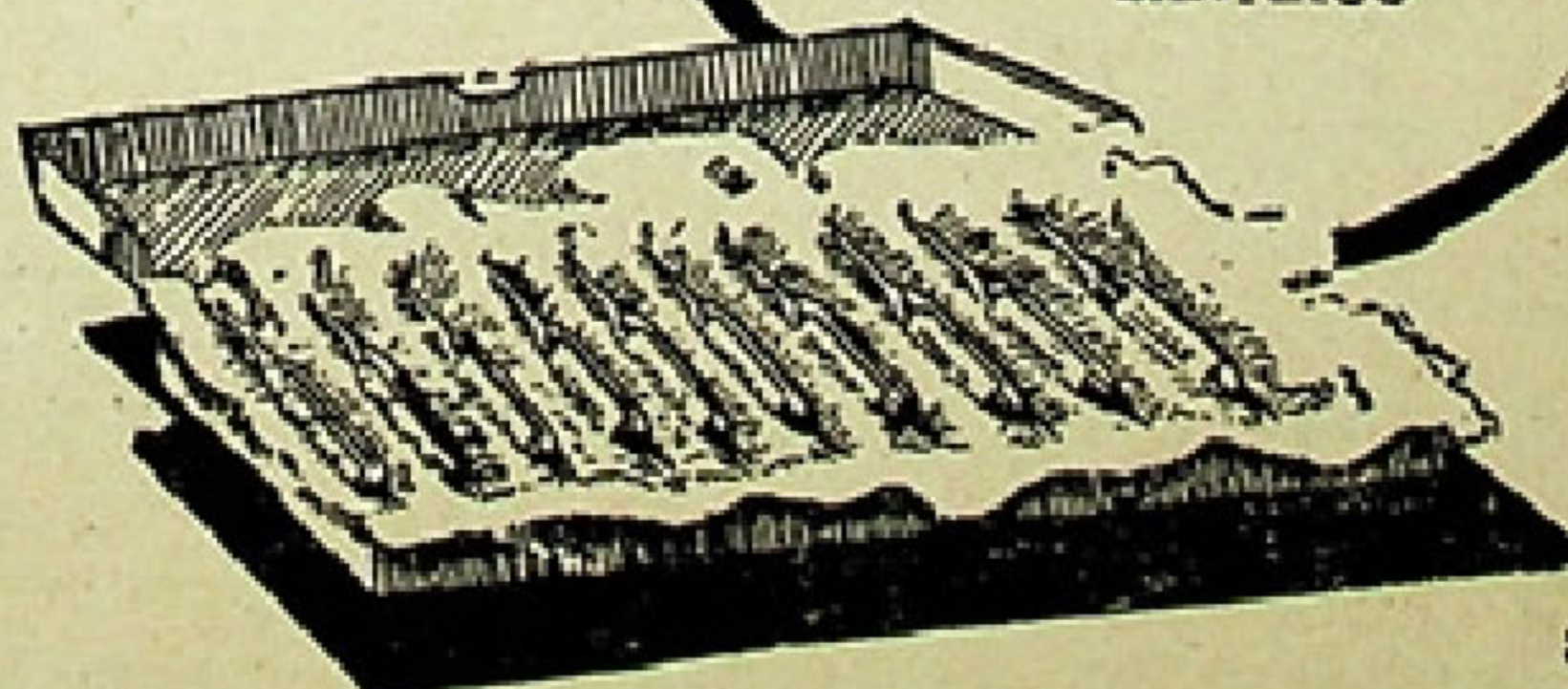
Reconstituyente (Hiperleucocitosis)

MODO En inyecciones intravenosas durante DE EMPLEO período de 20 días. 10 días reposo.

Dos clases: GEODYL para ADULTOS, ampoll. de 5 cc. GEODYL para NIÑOS, ampoll. de 2 cc.

Concesionario: AM. FERRARIS

Compañía 1295 SANTIAGO



Muestras

a disposición de los Médicos.

"Calciline"

RECALCIFICACIÓN

REMINERALIZACIÓN

COMPRIMIDOS GRANULADO
 de Sales Cálcicas Fluoruradas

PURA — CON ADRENALINA — CON METARSINATO

Pos: 2 comprimidos o una medida en un poco de agua antes de cada comida
 Niños 1/2 dosis

CONCESIONARIO PARA CHILE

Am. Ferraris - Casilla 29 D - Santiago

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

A
N
E
M
I
A

L
I
N
F
A
T
I
S
M
O

C
L
O
R
O
S
I
S

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

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

INSTITUTO DE SALUD CISTERNA

(Población Nueva España)



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

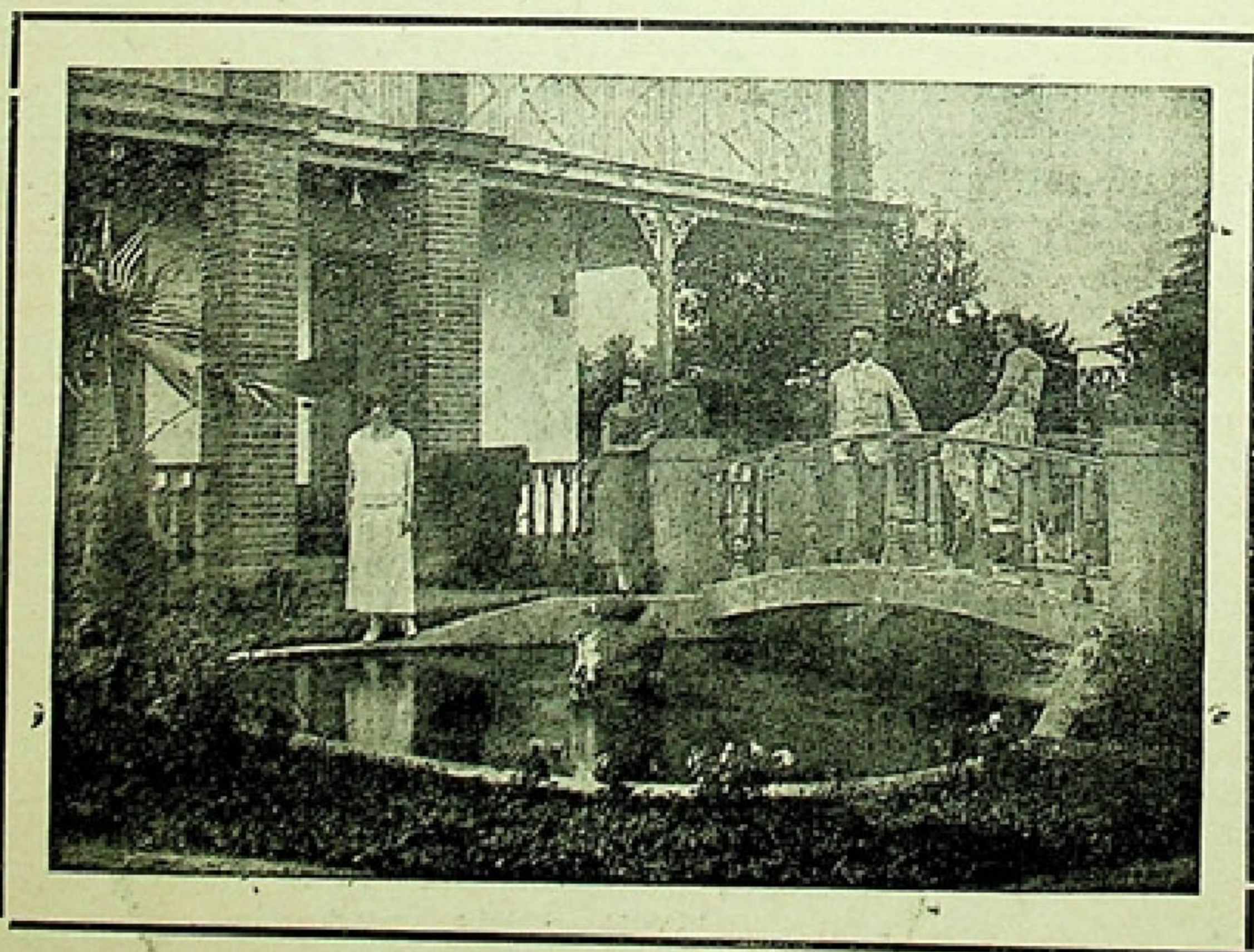
DIRIGIDO POR EL

DOCTOR FONTECILLA

SANTIAGO — DELICIAS N.º 1626



ELECTROTERAPIA, HIDROTERAPIA, ETC.



más intenso, los signos aumentan, luego persisten indefinidamente: estamos ya en presencia del cuadro clásico de la dilatación bronquial.

Antes de llegar a este grado, en que es fácil reconocerla, la dilatación bronquial presenta una evolución paroxística, que a menudo no se interpreta de una manera exacta. El diagnóstico precoz es, pues, siempre muy difícil. Hay, pues, que sospecharla cada vez que, en presencia de accidentes pulmonares agudos, la expectoración anormalmente purulenta y abundante, no contenga bacilos de Koch en exámenes repetidos en serie (homogeneización, inoculación experimental).

El hecho de encontrar en la historia del enfermo, pousseés agudos semejantes, no diagnosticados, es un argumento en favor de la bronquectasia.

Cuando la dilatación bronquial da lugar al síndrome clásico, el diagnóstico es mucho más fácil. Ciertas pleuresias enquistadas vaciadas por vómica, ciertas formas de tbc. cavitaria, pueden, sin embargo, dar una sintomatología análoga.

En cuanto al examen radiológico cuya pobreza de signos lo hacían enteramente secundario, ha pasado a ser uno de los métodos más útiles de investigación de la bronquectasia, gracias a las inyecciones de lipiodol que permite obtener imágenes perfectamente claras de las arborizaciones bronquiales en toda su extensión.

En cuanto al tratamiento, el pneumo tórax

artificial debe ser el tratamiento de elección de la dilatación bronquial.

Sabemos que en los niños, la bronquectasia tiene una tendencia natural a mejorar espontáneamente; no hay que apresurarse a intervenir.

En el adulto, recientemente se han presentado varias observaciones de mejoría seguida de curación, después de una serie de insuflaciones. Pero hay que tener presente que la sínfisis pleural y la evolución peribronquial impiden a menudo el colapso pulmonar.

Sin embargo, en la imposibilidad de diagnosticar la intensidad y extensión de la sínfisis pleural, el neumotórax artificial deberá ensayarse siempre en presencia de lesiones netamente unilaterales.

Los resultados felices son la excepción, de modo que hay que repetir las insuflaciones mucho tiempo para obtener al menos una curación sintomática. En todo caso, la esclavitud de las insuflaciones, es poca cosa, al decir de Rist, al lado de la esclavitud del escupitín.

P. Pruvost y Marquézy.

SÍNCOPE CARDÍACO

El miocardio es uno de los tejidos que sucumben más tardíamente. Es posible reanimarlo 10 y aún 15 minutos después del principio del síncope.

Desgraciadamente, el sistema nervioso es infinitamente más sensible y en un cuarto de hora las lesiones son irremediables.

Es menester, pues, no esperar este plazo, ni aún con respiración artificial, para obrar directamente sobre el corazón.

Se hará primero una inyección intracardíaca de 1 c. c. de la solución de adrenalina al 1%; 2º una inyección intracarotídea centrífuga de suero de Locke, cuyo contenido en cloruro de calcio es tónico cardíaco; 3º masaje del corazón.

El órgano se alcanza, no por vía torácica, más larga y más grave por los riesgos del neumotórax, sino por vía abdominal subfrénica. Si el diafragma está flácido, como es de regla, fácilmente se comprimirá rítmicamente contra la pared interna del tórax; si hay contractura del diafragma se recurre al masaje trasfrénico.

Por el simple masaje abdominal, se puede decir, en general, que la mitad del corazón se reanima, pero solamente un tercio de manera definitiva. Agregando al masaje una inyección intracardíaca y una inyección intracarotídea, pero, sobre todo, obrando precozmente, se obtienen mejores resultados.

F. M. Cadenat.

Veinticinco años de Terapéutica Lecitínica

Por el Prof.

César Serono (1)

Ya sea por mis estudios, ya por los numerosos experimentos que otros vienen practicando sobre los lipoides, lo cierto es que se ha confirmado plenamente la hipótesis emitida por Overton al estudiar la narcosis; según este autor, los lipoides están destinados a formar alrededor de la célula una membrana (aun en sentido puramente fisiológico y no morfológico), que constituirá el límite fisiológico entre el interior de la célula y el ambiente externo. Lo que entra o sale de la célula debe atravesar la membrana semi-permeable, constituida por las sustancias lipoides, de manera que esta membrana lipoidea es uno de los más importantes elementos biológicos y su integridad es de importancia vital.

Por sus funciones ella rige tanto los procesos de nutrición, como los de excreción y secreción. Además las intoxicaciones, como asimismo la acción de los narcóticos; de los antipiréticos, de los antisépticos, de los tóxicos, etc., dependen directamente de la membrana lipoidea, porque un envenenamiento de la célula por una sustancia cualquiera no es posible sino cuando ésta ha podido atravesarla. De una manera semejante la osmósis de las sales, de los ácidos, de los álcalis y del agua, es regulada por la función osmótica de la membrana lipoidea.

Estas normas son las que han guiado todos mis trabajos sobre la función fisiológica y terapéutica de los lipoides, entre los que desearé mencionar los éteres de la colessterina, que después de la lecitina, fué el primero en introducirlo en terapéutica.

Pido disculpas a mis colegas por este comentario al cual he debido imprimir un sabor polémico, no ya por interés personal, sino por el interés de la ciencia médica italiana, a la cual me honro en pertenecer. Por eso me creí en el deber de reivindicar nuestros derechos de prioridad en los experimentos fisiológicos y terapéuticos sobre la lecitina, que han abierto un nuevo y amplio campo al estudio de los procesos biológicos. No preocupándome de quienes, sirviéndose no sólo de mis experimentos, sino también de mis propias palabras, han pretendido explotar productos, olvidando al que primero abordó con amor su estudio, introduciendo en terapéutica un medicamento que hoy es conocido por todos.

(1) Autor de la *Bioplastina Serono*.

Muestras y bibliografía a disposición de los señores Médicos que las soliciten

DIRIGIRSE A:

Hijos de Atilio Massone

CALLE CLARAS 205 ≡ CASILLA CORREO 3584 ≡ TELÉFONO 4478 ≡ SANTIAGO

ÉXTASIS PAPILAR Y TREPANACIÓN DESCOMPRESIVA

1.—En el éxtasis papilar de los síndromas de hipertensión intracraneana, es menester practicar la trepanación descompresiva, después de haber ensayado el tratamiento mercurial y la punción lumbar, pero sin persistir en estos medios terapéuticos sino en el caso de dar resultado inmediatamente.

2.—La operación debe ser precoz y practicarse siempre que el éxtasis papilar haga progresos. El resultado será tanto mejor cuanto menos comprometida esté la acuidad visual; pero nunca es demasiado tarde para operar, y se intervendrá aún en los casos de ceguera completa, pues siempre es posible obtener alguna mejoría.

3.—La craniectomía puede en ciertos casos imponerse como una verdadera operación de urgencia; si existen signos de localización, la trepanación se hará en la región que permita más tarde una investigación más completa del supuesto tumor; si no hay signos de localización se hará en la zona parietotemporal o subtemporal derecha.

La trepanación oxipital sería la trepanación descompresiva ideal, pero a las dificultades operatorias que presenta, hay que agregar serios peligros en casos de tumores del bulbo o cerebelo.

4.—Es preferible no incidir la duramadre en un primer tiempo. La descompresión, en general, es suficiente y se evita el peligro

de las hernias cerebrales. Nada impide hacer esta incisión en un segundo tiempo si los signos de hipertensión intracraneana no se modifican.

5.—A partir del tercer día después de la trepanación, la agudeza visual experimenta una mejoría notable, se amplía el campo visual, el edema papilar disminuye, pero el éxtasis puede persistir todavía mucho tiempo; en general, su desaparición es lenta y lo más a menudo, el estado funcional (agudeza, campo visual), se ha modificado ya notablemente antes que el fondo del ojo haya recuperado su aspecto normal.

6.—La curación completa del éxtasis no se obtiene más que en los casos operados muy precozmente. Más tarde, cuando las papilas han sufrido ya un comienzo de atrofia, la trepanación detiene su marcha y la agudeza visual queda estacionaria, pero no se tiene una mejoría notable.

En caso de ceguera completa, el resultado visual es lo más a menudo nulo; hay, sin embargo, casos en que ha reaparecido un cierto grado de visión.

7.—Aunque la craniectomía descompresiva sea una operación excelente que siempre puede procurar a los enfermos un beneficio apreciable, el pronóstico operatorio y el pronóstico visual varían esencialmente, según el caso y según la causa de la hipertensión. Únicamente paliativa en los casos operados tardíamente, y en los casos en que existe un tumor cerebral, la craniectomía descompresiva puede curar definitivamente

el éxtasis papilar, si se opera oportunamente y si la causa del síndrome es una meningitis serosa o una epandinitis, susceptible de una remisión durable.

E. Velter.

COMPLICACIONES URINARIAS DE LA CONSTIPACIÓN

La colibaciluria es relativamente frecuente en los individuos que sufren de trastornos intestinales, aun en los simples estreñidos.

La constipación del colon derecho (ectasia del colon ascendente) que se puede poner en evidencia por el examen radioscópico del tránsito intestinal, es la que favorece más la colibaciluria y sus complicaciones urinarias (pielitis, cistitis) y aun articulares y oculares.

El uso repetido de purgantes irritantes, una infección cálcica accidental, son las circunstancias ocasionales más frecuentes de estas complicaciones.

Del tratamiento médico de la colitis y de la ectasia cecal ascendente, tanto como del tratamiento urinario, depende la curación de los accidentes agudos y crónicos ya enumerados.

Este tratamiento comporta: 1º el régimen de las colitis agudas, con supresión temporal de las albúminas de origen animal (le-

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst s/M. (Alemania)

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

ALBARGINA

Antigonorreico
excelente,

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

ENVASE DE ORIGEN:

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

ANESTESINA

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

Dosis:

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

Sólo servimos la Anestésina pura en polvo

PERLAS VALIL

excelente

Remedio calmante.

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

ENVASE DE ORIGEN:

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

Anfotropina

(canforato de hexametilentetramina)

Antiséptico interno

de las vías urinarias de acción intensa y bien tolerado.

Propiedades:

fuertemente bactericida, diurético, regenerador de los epiteliolos; impide el desarrollo de los procesos de inflamación.

Indicaciones:

en la cistitis crónica y subaguda, en las pielitis, en las pielo-nefritis no tuberculosas, en las nefritis y en las formas suaves de la diatesis úrica. Como auxiliar de la Albargina en el tratamiento de la gonorrea, profiláctico antes de intervenciones quirúrgicas en el aparato urinario, para enfermos del tífus y portadores de bacilos.

Dosis:

3 veces al día una tableta.

Envases de origen:

Tubos de 20 tabletas a 0.5 g.

Literatura y muestras a disposición de los Sres. médicos.

NOVALGINA

Antipirético, Antirreumático,
Analéptico

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

ENVASES DE ORIGEN:

Tubos con 10 tabletas de 0.5 grs.
Cajas con 5 y 10 ampollas de 1 y 2
cm³ de solución al 50% para in-
yecciones.

TUMENOL

Preparado de Brea
bituminosa sulfonada

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

Dosis:

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

MIGRANINA

remedio contra la jaqueca
Acción antineurálgica y analéptica

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

ENVASE DE ORIGEN:

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

che, carne, huevos), y prescripción de una alimentación a base de hidratos de carbono (sopas de harina de cereales, arroz, frutas cocidas, etc.), luego, adición prudente de papas, de purés de legumbres frescas; régimen cuya duración es proporcional a la importancia de los accidentes entero-urina-rios; 2º medicación estimulante de la motilidad intestinal: aceite de ricino una o dos cucharaditas de café diariamente o día por medio, o aceite de parafina asociado al agar en pequeñas dosis; 3º corrección de la ptosis que, frecuentemente, son la causa o uno de los factores del trastorno mecánico del intestino y también del de la excreción urinaria (ptosis renal, acordadura del uréter).

Gastón Durand

EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Los casos de eventración diafragmática se hacen más y más numerosos, ya que la radioscopia permite descubrirlos fácilmente.

El examen radioscópico muestra que el diafragma izquierdo, muy adelgazado, es rechazado a una altura variable en el tórax, a veces hasta el 2º espacio intercostal; la cúpula diafragmática es regular, pero el pulmón izquierdo es rechazado a la parte superior del hemitórax y el corazón es más o menos fuertemente desviado a la derecha (dextrocardias).

Siguiendo el diafragma, el estómago sufre una ascensión de una altura variable, a menudo acompañado del ángulo izquierdo del colon; se ha comprobado a veces la existencia de un megacolon; estas vísceras se abajan en la inspiración, como lo hacen normalmente.

Se trata, en suma, de una paresia del hemidiafragma izquierdo, que permite la penetración en el tórax de las vísceras abdominales subyacentes y el rechazamiento o desviación de las vísceras torácicas.

La eventración puede ser total, localizada, o diverticular.

Clínicamente se puede distinguir: 1º Un tipo plemo-pulmonar en que el enfermo se queja, sobre todo, de dificultad respiratoria, dolores localizados al costado izquierdo del tórax y que a veces, puede hacer pensar en la tuberculosis pulmonar o en un derrame pleural izquierdo.

2º Un tipo cardíaco, con dextrocardias que se acompaña de palpaciones dolorosas o no, taquicardia, extrasístoles, etc.

3º Un tipo dispéptico, que se traduce por trastornos dispépticos banales, a veces por vómitos o dolores gástricos más acentuados.

Cualquiera que sea el tipo clínico de que se trate, el examen del enfermo permite comprobar un agrandamiento del espacio de Traube, una sonoridad timpánica anormal, de extensión variable, de la parte inferior del tórax izquierdo, sonoridad que se conti-

núa sin transición y sin cambio de timbre con la del estómago y del colon izquierdo; en fin, se nota la ausencia de murmullo vesicular en la misma región. Sea como fuere, el diagnóstico es siempre muy difícil por el simple examen clínico y no se confirma sino en la pantalla radioscópica.

Hay que distinguir la hernia diafragmática, en general de origen traumático, siempre localizada a una zona del hemidiafragma, con una imagen radiológica particular: curva de la hemicúpula diafragmática, irregular, con aspiración torácica de las vísceras en la inspiración, etc.

La etiología de la eventración diafragmática es variada; es a menudo congénita y coexiste con otras malformaciones; también a menudo es adquirida, y en tal caso, debida a una paresia del hemidiafragma, consecutiva a una lesión inflamatoria de vecindad pleural o abdominal; la aerocalia y la aerogastría, un megacolon, vienen a menudo a agregar su acción a la de la paresia muscular.

Finalmente, se ha señalado también como causa de eventración, toda alteración del nervio frénico susceptible de provocar una atonía diafragmática izquierda.

El tratamiento parece ser, sobre todo, médico, y por lo tanto, sintomático; el tratamiento quirúrgico (plegadura del diafragma) todavía no está bien probado.

G. Faroy.

TRICALCINE

EL RECONSTITUYENTE más poderoso, más racional y más científico.

Tratamiento de la TUBERCULOSIS

REGALCIFICACIÓN intensa del organismo debilitado.

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

Unico concesionario

Víctor Corry

Sucesor de CASA ARDITI

Monjitas 739 : Casilla 78 D. : SANTIAGO

TÓNICO MANGANITA

Jarabe de Yoduro de Manganeso. ◀▶ Regenerador de la sangre. □

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

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

Fórmula: YODURO MANGANESO AL 2%

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

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

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

DOSIS.—Para los adultos, una cucharada grande antes de las principales comidas.

—Para los niños, reemplazar la dosis por cucharaditas de té.

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

Droguería Botica "LA CARIDAD"

FELIX BELLICIA

— 21 DE MAYO 682 —

Casilla 1390

Teléfono 3712

DESPACHO EXACTO DE RECETAS

DEPOSITO:

PERFUMERIA "BRISAS PORTEÑAS"

TRATAMIENTO PRECOZ DE LAS ESPIROQUETOSIS:

== SÍFILIS ==

Y

TERAPÉUTICA ESPECÍFICA DE LA **DISENTERÍA AMIBIANA**

Y DE LAS LAMBLIAS POR EL

STOVARSOL

(ÁCIDO ACETYLOXYAMINOFÉNYLARSÍNICO)

PRESENTACIÓN: En frascos de 14 y de 28 comprimidos dosificados a 0 gr. 25 de producto activo.

Los Establecimientos **POULENC Frères**

== 86 y 92 Rue Vieille - du - Temple = PARIS ==

DIGIBAINÉ

Compuesto Tonicardiaco

Asociación Digitalina-Uabaina

Los dos glucosidos que componen la DIGIBAINA son preparados y purificados con arreglo a los más recientes antecedentes de la química de los principios inmediatos. La acción, muy eficaz, de cada uno de los dos medicamentos tomados por separado, se encuentra singularmente reforzada por el hecho de la asociación de aquéllos.

DIGITALINA

Modera y regulariza,

UHBAINA

Refuerza.

Acción Tonicardiaca completa

Laboratoires Deglaude - Paris

ALMORRANAS

VARICES

MENOPAUSA

Menovarine

Tratamiento de las enfermedades venosas y de los disturbios de la función ovariana

Laboratoires

Mondolan

PARIS

AGENTE PARA CHILE:

CASILLA 61

J. B. DIDIER

SAN PABLO 1340

SANTIAGO

Hogge dice que la prostatitis no es una complicación excepcional; con estas palabras parece satisfacerse, pero no da ninguna explicación sobre la forma en que se determina. Reconoce la afección y dice, además, que la uretro-prostatitis se presenta a continuación de un ataque de paperas.

En nuestro caso, el tacto rectal nos revelaba una próstata congestionada y la uretroscopía posterior nos permitía apreciar lesiones recientes de carácter inflamatorio del verumontanum.

Hasta ahora, algunos cirujanos militares han tratado de explicar el contagio de la uretra, atribuyéndolo a tocaciones de esa región en su porción terminal, con los dedos húmedos de saliva. En esta forma el contagio se iniciaría en el meato y la infección ganaría terreno en forma ascendente; pero el estudio de nuestro caso nos permite suponer que las toxinas que se eliminan a través de la próstata pueden determinar una infección descendente.

El tratamiento por la autohemoterapia, a que hemos sometido este enfermo, está basado en la naturaleza de infección general que tiene la parotiditis ourleana. Zoeller, en 1923, había ya preconizado un tratamiento basado en los mismos conocimientos, empleando el suero de convalescientes en el tratamiento de la orquitis.

Nuestro objeto al publicar esta observación, es llamar la atención de los colegas sobre las complicaciones uretro-prostáticas que presentaba este enfermo, hasta ahora mal estudiadas, y para cuya determinación no se ha dado ninguna explicación satisfactoria.

El estudio consciente y de conjunto de un número mayor de observaciones podrá permitirnos formar un criterio más preciso al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

L. Boulanger. "Uretrites ourliennes". — L'Hopital d'Urologie, pág. 167; 1923.

M. Zoeller. "La serotherapie d'homme à homme dans le traitement de l'orchite ourlienne", loc. cit. Presse Méd., pág. 634; 1923.

A Hogge. "Les uretro prostatites". — Jr. d'Urologie, pág. 180, vol. XVII; 1924.

F. Moutier. "La septicemie ourlienne. Contribution clinique à l'étude des localisations poliviscerales dans les oreillons". — Ann, de Méd., pág. 296, II; 1922.

Gazette des Hôpitaux, pág. 1215 y 1246; 1924.

Gazette des Hôpitaux, pág. 1029; 1923.

ALIMENTACION DEL EJERCITO

PORCIÓN DE CAMPAÑA

por el

Dr. A. ULLOA D.

(Conclusión)

CUADRO M

Ración de soldados en tiempo de guerra

Nacionalidades	Albuminoides	Grasas	Hidratos de carbono	Calorías	Autores
Soldado francés, tiempo de guerra	136	46,8	570	3,313	Reglamento
Marino francés, tiempo de guerra	130,5	39,7	571	3,228	"
Soldado prusiano, tiempo de guerra	142,3	28,7	624	3,394	"
Soldado prusiano (extraordinaria)	192	45	678	3,981	Atwater
Soldado yanqui	162,7	34,7	553	3,256	Reglamento
Soldado inglés	123,4	28,9	457	2,643	"
Trabajos militares (Chatou)	160	66	580	3,634	S. y Playfair
Término medio	149,4	41,4	576,1	3,349	

En este cuadro llama enormemente la atención la escasa cantidad de grasa usada por los diversos ejércitos europeos y yanqui, y cuya media no alcanza sino a 41,4.

Si hacemos un cuadro idéntico con el proyecto del Estado Mayor Chileno, anotando la composición química y valor en calorías, de los alimentos usados, tendríamos:

CUADRO M CH

Proyecto de porción de campaña del Estado Mayor Chileno

Alimentación	Peso	Albuminoides	Grasas	Hidratos de carbono	Calorías
Pan	600 grs.	48,6	4,8	312	1,510
Carne	460 "	92	23,1	—	622
Frejoles (legumbres)	250 "	63,2	4,2	141	887
Arroz	80 "	5,2	1,3	61,2	280
Verduras (papas, etc.)	150 "	3,8	0,3	34	155
Grasa	40 "	—	40	—	360
Azúcar	50 "	—	—	50	200
Total		212,8	73,7	598	4,014

Este cuadro tiene un exceso de albuminoides y de grasa, que sobrepasan en 63,2 y en 32,3, respectivamente, a las cifras de la ración media de los diversos ejércitos del cuadro M y, aunque se aproxima a la ración extraordinaria del ejército alemán, siempre quedaría con un exceso de albúminas y grasas y una disminución de los hidratos de carbono.

Sería muy conveniente disminuir un poco la ración de carne y aumentar la cantidad de hidratos de carbono, según las circunstancias: sea bajo la forma de azúcar, bebida caliente azucarada; de pastas alimenticias, fideos, tallarines; de chuchoca o de frutas frescas, secas o cocidas. Conviene también recordar que la omisión absoluta de

alimentos crudos puede ocasionar enfermedades por carencia o por falta de los principios azoados o fermentos vivos llamados vitaminas.

En cuanto al proyecto llamado de reserva, no lo tomo en cuenta, pues no sé si debe agregarse a la porción de campaña o si él constituye la única ración en situaciones difíciles.

Si con las cifras medias de los cuadros T, T1 y M hacemos una avaluación del valor total en calorías, ración de mantención, ración de trabajo, trabajo útil expresado en calorías y en kilográmetros y agregamos el proyecto del Estado Mayor Chileno, quedaría así:

Género de trabajo	Valor total en calorías	Ración de mantención	Ración de trabajo	Trabajo útil en calorías	Trabajo útil en kilográmetros
Obrero con trabajo no excesivo	4,161	2,400	1,761	352	148,600
Obrero con trabajo muy violento	5,669	2,400	3,269	653	277,525
Soldado en tiempo de guerra	3,349	2,400	949	189	80,325
Soldado chileno (proyecto)	4,014	2,400	1,614	322	136,850

Hemos dicho más atrás que la ración alimenticia es variable y que su variación depende de diversos factores, como son: la intensidad del trabajo, el peso del individuo y la temperatura ambiente.

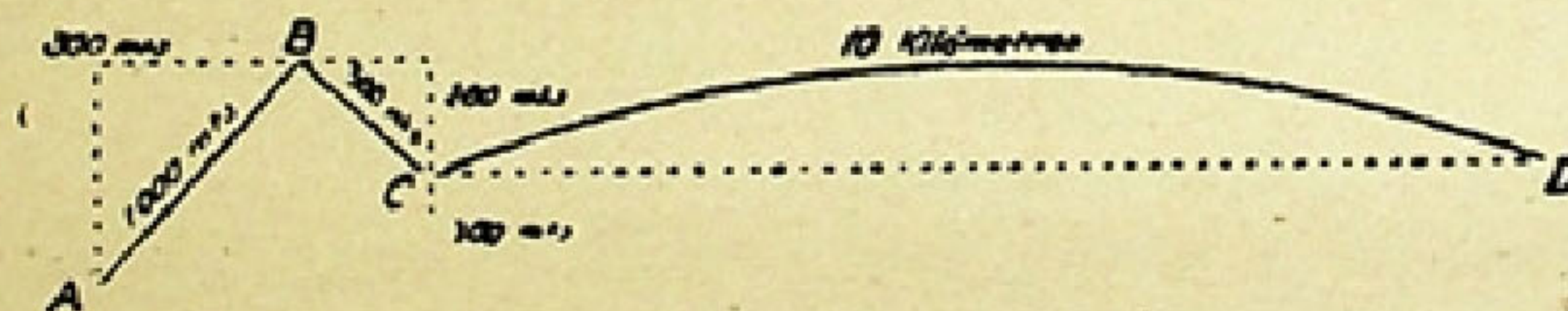
Respecto al peso hemos dado la ración de mantención, por kilogramo de peso, de 1,5 grs. para las albúminas, 1 gr. para la grasa y 6 grs. para los hidratos de carbono. Convendría establecer compañías o batallones de talla y peso uniformes y cuya ración se aumentaría en proporción.

En cuanto a la temperatura ambiente, se acepta con Lefevre una ración casi doble en el invierno a causa del frío, de la humedad

del aire y del suelo, de los vientos, etc., que hacen aumentar la pérdida en calórico.

Nos queda una última cuestión, la relativa al trabajo mecánico producido, que puede medirse con una exactitud matemática. Valgámonos para ello de un ejemplo.

Supongamos que el ejercicio del día consiste en subir una colina de 300 metros de altura con una longitud de ascensión de 1,000 metros y que en seguida descienden 200 metros con una longitud de descenso de 500 metros para, por último, hacer una etapa de 10 kilómetros por una carretera más o menos horizontal hasta acampar en el punto D, según el croquis.



De A a B, camino de 1,000 metros de longitud y subiendo a 300 metros de altura.

De B a C, camino de 500 metros de longitud y bajando 200 metros.

De C a D, camino de 10 kilómetros por carretera horizontal.

La unidad de trabajo es el kilográmetro, es decir, la fuerza necesaria para elevar 1 kilogramo de peso a la altura de un metro.

El soldado que eleva su propio peso, 60 kilogramos, más mochila, 30 kgs., en total 90 kgs., a la altura de 1 metro, gasta un esfuerzo equivalente a 90 kilográmetros y, si la altura es de 300 metros, el trabajo mecánico será de 27,000 kilográmetros, según la fórmula:

$$T = P \times H$$

en que T es el trabajo, P el peso y H la altura.

Cuando el soldado desciende 200 metros, el esfuerzo es menor que al subir, el trabajo se llama resistente, y es igual a:

$$T = \frac{P \times H}{2}$$

o sea, a la mitad de lo que se gastaría al subir (trabajo llamado motor). Valorizando,

$$\text{tendremos: } \frac{90 \times 200}{2} = 9,000 \text{ kilográmetros.}$$

A estos resultados hay que agregar el trabajo mecánico gastado en recorrer los 1,000 metros del camino de subida y los 500 del camino de bajada, y que se consideran como si fueran recorridos según la horizontal.

En la marcha, según la horizontal, hay que echar mano de la fórmula Lefevre, que descompone el trabajo en tres elementos. al dar cada paso:

- a) Trabajo según la vertical.
- b) Trabajo según la horizontal.
- c) Trabajo de oscilación de los miembros inferiores.

En el trabajo según la vertical, el cuerpo a cada paso, sube y baja una distancia media de 0,05 metros, en carretera regularmente áspera.

Entonces, al subir sería:

$$T = P \times H$$

y al bajar sería:

$$T = \frac{P \times H}{2}$$

sumando tendremos:

$$P \times H + \frac{P \times H}{2} = P \times H \times \frac{3}{2}$$

o sea:

$$90 \times 0,05 \times \frac{3}{2} = 6,75 \text{ kilográmetros}$$

El trabajo según la horizontal comprende una faz de aceleración de la velocidad y otra de refrenamiento.

Llamando v la variación media de la velocidad y g la aceleración para la pesantez, que es aproximadamente 9,81, el trabajo para la primera faz de aceleración, sería:

$$\frac{1 P v^2}{2 g}$$

y para la segunda, faz de refrenamiento, llegaría a la mitad, o sea:

$$\frac{1 P v^2}{4 g}$$

o sea, un total para el trabajo de un paso:

$$\frac{1 P}{2 g} v^2 + \frac{1 P}{4 g} v^2 = \frac{3 P}{4 g} v^2$$

Supuesta una velocidad de 0,3 metros a

$$\text{cada paso, el trabajo horizontal sería: } \frac{P}{g}$$

90
es decir: $\frac{90}{9,81} = 9,17$; resultado que mul-

tiplicado por v^2 , o sea, por 0,09, da 0,8253 y

multiplicado, por último, por $\frac{3}{4} = 0,6189$

kilómetros.

En cuanto al trabajo de oscilación de los miembros, se acepta la media dada por Ma-rey, de 0,3 kilográmetros a cada paso.

Resumiendo, el trabajo mecánico total a cada paso, sería:

	Kilográmetros
Trabajo según la vertical	= 6,75
Trabajo según la horizontal	= 0,6189
Trabajo de oscilación	= 0,3
Trabajo mecánico total	= 7,6689

Este trabajo se hace al ejecutar un paso, o sea, al recorrer una distancia de m. 0,70 a la marcha regular; al ejecutar 1,428 pasos, o sea, 1,000 metros, el trabajo será de: $7,6689 \times 1,428 = 10,951$ kilográmetros, y al recorrer 10 kilómetros será de 109,510 kilográmetros.

En resumen, el trabajo mecánico total del ejercicio sería:

	Kilográmetros
Al ascender 300 metros	= 27,000
Al recorrer 1,000 metros de su- bida	= 10,951
Al descender 200 metros	= 9,000
Al recorrer 500 metros de ba- jada	= 5,475
Al recorrer 10 kilómetros se- gún la horizontal	= 109,510
Total del trabajo de la excur- sión	= 161,936

Este es el trabajo mecánico desarrollado por cada soldado en la excursión en referen-cia y, como 425 kilográmetros es el valor de la caloría, los 161,936 kilográmetros serán producidos por tantas calorías como 425 es-té contenido en esa cifra, o sea, por 381 ca-lorías.

Ahora bien, es un hecho sabido que no to-das las calorías de la ración son transforma-das en trabajo. Los distintos autores como Leclerc, Gautier, Müntz, Atwater, dan, aproximadamente, una media de 20%, es decir, de solo una quinta parte de la ración como transformada en trabajo; por consi-guiente, el trabajo útil expresado por 381 calorías, será producido por una ración de trabajo $381 \times 5 = 1,905$ calorías, que hay que agregar a las 2,400 calorías de la ración de mantención.

Por otra parte, los trabajos de Atwater han demostrado que el trabajo mecánico no aumenta las pérdidas en albuminoideos, si-no en una cantidad poco apreciable, un vi-gésimo de la ración, y que la grasa también

es un mal alimento productor de trabajo mecánico, puesto que unos y otros deben ser convertidos previamente en glucosa, para darle energía al músculo. Por eso, la ración

de trabajo debe ser descompuesta así: $\frac{1}{10}$

para albuminoideos y grasa y los $\frac{9}{10}$ res-

tantes para los hidratos de carbono.

Las 1,900 calorías, en números redondos, serían descompuestas así:

	Calorías
Albuminoideos, grs.	$20 \times 4,5 = 90$
Grasa, grs.	$10 \times 9 = 90$
Hidratos de carbono, grs. 430×4	= 1,720
Total	= 1,900

Esos 430 gramos de hidratos de carbono deberían ser tomados en gran parte al azú-car y en otra parte, grande también, al arroz, cuya cantidad puede cuadruplicarse en el proyecto del Estado Mayor, sin ocasionar molestias digestivas.

Para terminar, espero que los distingui-dos colegas del Ejército, en antecedentes de la intensidad de los ejercicios a que serán sometidos los soldados, podrán fijar mate-máticamente la ración necesaria para reparar sus energías gastadas, pues, si la balan-za acusara diferencias en el peso de los sol-dados, tomado antes y después de salir a las maniobras, querría decir que existiría una ruptura del equilibrio que debe haber entre los fenómenos de asimilación y de desasimilación, cosa que no puede ni debe jamás ocurrir.

Maurel, autor más atrás citado, cuando se dirige a los médicos del Ejército y de la Ma-rina, a fin de recomendarles la hora más conveniente para repartir a la tropa la ra-ción de trabajo, lo hace de una manera tan elocuente, y con tal acopio de razones, que con reproducirle aquí un párrafo me evito todo comentario.

"L'alimentation du soldat et du marin peut être facilement mise, au moins d'une manière approximative, en rapport avec leurs besoins. Quant à l'évaluation de ces besoins, c'est à mes collègues de l'Armée et de la Marine qu'il appartiendra de la fixer; et je connais trop leur valeur scientifique et leur sentiment du devoir pour supposer qu'ils si y procéderont pas avec un soin scrupuleux".

"Mais à ces indications, je crois devoir ajouter la suivante: c'est que lorsque la ration est argumentée, les aliments représen-tant le supplément doivent, si c'est possible, servir, au moins en partie, à constituer un repas supplémentaire entre le deuxième déjeuner et le souper. Si les circonstances ne le permettent pas, il faut au moins répartir ces aliments dans la trois repas qui font les

troupes, eu ayant soin d'augmenter le moins possible le repas du soir. C'est la le point sur lequel je veux surtout insister".

"Après une journée de marche fatigante, surtout si le temps est froid ou pluvieux, après une journée de combat, pendant la- quelle los émotions morales sont venues s'ajouter aux fatigues physiques, il est pres- que force qu'il y ait le soir un peu de flèvre. Or, dans ces conditions, le moindre surcroît d'aliments sera mal supporte para les orga- nes digestifs dout le pouvoir fonctionnel aura été diminué par cet état fébrile. Ces conditions serout même aggravées, si les circonstances forcent les troupes à dormir same abri ou avec des abris insuffisants. Dans le premier cas, le troubles digestifs auraient pu n'être qu'une indigestion intes- tinale, restant une affection passagère, grâce à la jeunesse du sujet; dans le second, c'est la dysenterie, l'invalidant, dans quelques jours, pour le reste de la campagne. Ce sont là des faits résultant de mes observations et sur lesquels je me permets d'appeler l'atten- tion de mes collègues des deux armées. Cette influence, je m'en suis, convaineu, joue un rôle très important au moins dans les débuts de la dysenterie qui décime si souvent les troupes en campagne. Ils de- vront donc veiller, pour ces troupes, à ce que leur repas le plus important soit celui de midi, et à ce que celui du soir soit assez lé- ger, surtout, je le répète, si le troupes doi- vent passer la nuit dans de mauvaises con- ditions".

Saluda atentamente al señor Director

(Fdo.) Dr. A. Ulloa D.,
Profesor de Química e Higiene Alimenticia
y Farmacéutico Químico

DEL TRAUMATISMO OBSTÉTRICO EN EL RECIÉN NACIDO.⁽¹⁾

por el

Prof. C. MÖNCKEBERG

No one obstetrician could possibly have a large enough experience of all varieties of birth injury to write a complete monograph upon them.

HUGO EHRENFEST.

Paréceme muy exacta la observación de Ehrenfest, de San Luis. Difícil resulta, en efecto, formar un conjunto completo de las lesiones que el parto normal o sus complica- ciones pueden provocar en el niño; no sólo porque dichas lesiones son numerosas

(1) Trabajo presentado al Congreso Médico de Sevilla.

y variadas en forma y localizaciones, sino también por que su diagnóstico no es siempre fácil, y las estadísticas respectivas tienen escaso valor.

Son frecuentes los casos en que la naturaleza del accidente permanece ignorada, ya porque se atribuyen a otras causas los fenómenos patológicos observados, ya porque, conociéndola, no se tiene el valor de declararlo, pensando en que dichos accidentes demuestran casi siempre defectos de técnica en la práctica de las diversas maniobras obstétricas o, por lo menos, cierta imprudencia no exenta de culpa, de parte de quien asiste el parto. Verdad es que los traumatismos obstétricos dejan también sentir sus efectos en partos espontáneos, y ello podría servir de excusa a quienes los tienen a menudo en su clientela, pero no es menos cierto que dichas lesiones son infinitamente menos frecuentes en los partos sin intervención, y de aquí que, como dice con razón un autor inglés, la defensa del médico, en tales casos, es más cortina de humo (*smoke-screen*) que coraza metálica.

El conocimiento de los traumatismos que el parto puede ocasionar y el estudio de sus efectos sobre el organismo del niño, tiene, sin duda, importancia considerable, tanto porque permite formar juicio sobre síndromas que pudiéramos atribuir equivocadamente a otras causas, como porque contribuye a perfeccionar el ejercicio de la Obstetricia, moderando el entusiasmo de quienes intervienen con medicamentos o con operaciones no bien meditadas, guiados por el aliciente de aliviar pronto a la madre, sin pensar poco ni mucho en la salud del hijo.

Háblase de **traumatismo fetal**, siempre que el producto de la concepción es lesionado por un agente exterior dentro del claustro materno.

Bien es verdad que el feto está suficientemente protegido por las paredes abdominal y uterina y por el líquido ovular contra los traumatismos de todo orden; no obstante, y pese a esta triple defensa, determinada causa externa que obre en forma violenta (golpe, caída) sobre el abdomen, puede alcanzar al feto y aún producirle lesiones de importancia. Es así como observamos no sólo contusiones, sí que también fracturas, *verbi gracia*, fracturas del fémur, cuya etiopatogenia resulta inexplicable sin la intervención de esta influencia traumática, por lo menos en cuanto a causa determinante, ya que también es probable la predisposición, en virtud de cierta fragilidad especial del tejido óseo.

Del mismo modo que los accidentados, los traumatismos quirúrgicos pueden producir heridas o contusiones al feto. En dos o tres ocasiones he visto secciones de la piel (nalgas u hombro) al ejecutar la operación cesárea, y en cuanto a heridas accidentales, recuerdo entre otros el caso de una embarazada de siete meses, que fué herida a puñal en el vientre; el arma perforó el útero cerca del fondo, e hirió levemente al feto en las falsas costillas del lado izquierdo.

Finalmente, en el curso de maniobras

abortivas criminales, puede ser herido el embrión.

Pero, con ser este tema muy interesante, no es el que pretendo desarrollar.

Me propongo tratar, exclusivamente, el **traumatismo obstétrico**, entendiéndolo como tal, sólo aquel producido en el parto y por el parto, o por las maniobras que se emplean para realizarlo artificialmente, sin comprender, como es lógico, las intervenciones cuyo fin preconcebido es el de lesionar el organismo fetal (*embriotomías*).

No he adoptado ninguna de las clasificaciones conocidas sobre la materia, porque no me parecen completas. Me he limitado a agrupar las lesiones basándome, en su localización.

El lector encontrará también algunas consideraciones sobre el traumatismo obstétrico en general, la compresión cerebral y la parte médico-legal que al tema corresponde.

I. De los peligros a que el feto está expuesto durante el trabajo

Las circunstancias muy favorables que rodean al feto durante la vida intrauterina, no le acompañan siempre durante el trabajo del parto. En este período, en efecto, tres grandes peligros le amenazan: la asfixia, la infección y el traumatismo.

La asfixia es, en realidad, casi siempre, efecto del traumatismo, ya que traumatismo continuo podemos llamar, tanto a la compresión del cordón, como a la compresión total del cuerpo del feto, causas esenciales de la asfixia.

Se cree, comúnmente, que el peligro de compresión del cordón sólo empieza cuando las membranas se rompen; ello no es exacto.

Cierto es que la compresión es menos grave en un huevo intacto, porque es menos intensa, menos violenta, ya que el feto está defendido por su inmersión en el líquido del amnios; pero se puede producir sufrimiento del feto si éste es arrojado, por la contracción, contra la pared uterina o pelviana y el cordón se interpone entre el feto y los órganos maternos.

Por otra parte, cuando la contracción fisiológica, intermitente, es reemplazada por las contracciones subintrauterinas o la contracción, la circulación feto-placentaria experimenta modificaciones de importancia y el feto va a sufrir, sin que, en apariencia, nada nos haga suponer que la compresión del cordón existe.

Ahora bien, dicha compresión produce, en el feto, cierto número de síntomas que nos permiten diagnosticarla.

El pulso se acelera, primero; en seguida se retarda. El corazón que latía a razón de 120 a 130 por minuto, alcanza a 140, 160 y a veces más. Después descende a 110, 100 y aun menos. El ritmo cardíaco se modifica

también y notamos los tonos más sordos, las pulsaciones irregulares.

Ha empezado la asfixia por defectuosa oxigenación de la sangre, y luego sobrevendrá la excitación del centro respiratorio por el ácido carbónico, que, en exceso, va a acumularse en esa sangre que no se renueva. La excitación del centro respiratorio provocará movimientos de inspiración, supliéndose, así, la respiración placentaria, que se ha hecho insuficiente, por la pulmonar.

Las inspiraciones que el feto ejecute, si sufre durante el trabajo, no serán los pequeños movimientos que sabemos hace en condiciones fisiológicas de vida intrauterina, sino profundas inspiraciones que harán penetrar en cantidades el líquido amniótico en sus vías aéreas, y así sucede que, en ciertos casos, no sólo las partes superiores del aparato respiratorio son inundadas, sino también los pulmones. Si se hace autopsia de estos niños después del nacimiento, es posible ver, en los cortes del pulmón el tejido infiltrado por el líquido teñido de verde con el meconio.

Si el sufrimiento se produce cuando ya la cabeza ha atravesado el orificio cervical y está en la vagina, no será líquido, sino mucosidades, secreciones vaginales, lo que penetrará en la laringe y en la tráquea.

La expulsión de meconio, debida a compresión abdominal por el diafragma que desciende en la inspiración, es otro de los efectos de la asfixia. Es un fenómeno constante en la asfixia progresiva, pero que puede faltar en la brusca, tal vez porque, en este caso, no alcanza el feto a ejecutar muchas inspiraciones.

Si el estado de asfixia se prolonga, véanse aparecer otras lesiones en todos los órganos: hemorragias meníngeas, cerebrales, en el pulmón, en las cápsulas suprarrenales, en el pericardio, en el hígado, el riñón, etc. Se trata, como se ve, de un proceso generalizado, cuya importancia enorme en el pronóstico de las asfixias prolongadas, no puede negarse.

La observación clínica demuestra que el feto es extraordinariamente resistente a la asfixia, durante el parto. Esta resistencia tiene, naturalmente, consecuencias felices y es la más importante el que da tiempo para intervenir en momento aún oportuno, intervención que, bien guiada, significa la salvación del niño.

Otro de los peligros a que el feto está expuesto durante el trabajo, es el traumatismo y, en especial, el traumatismo del bulbo, fenómeno más grave que la asfixia, porque produce inhibición de los centros respiratorio y cardíaco.

Para matar al feto se necesita asfixia prolongada. En cambio, el traumatismo bulbar trae la muerte rápida. No observamos, aquí, el cuadro clínico de la asfixia, el niño muere casi bruscamente, en pocos minutos, no hay expulsión de meconio y la alteración de los ruidos cardíacos, que permite el diagnóstico de la asfixia, sólo se nota cuando ya es demasiado tarde para intervenir.

(Continuará)

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD MÉDICA

Sesión del Viernes 5 de Junio

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El Dr. Prunés presenta una enferma, a la cual ha hecho el diagnóstico de "botriomicoma". Fué operada, hace algún tiempo, de un tumor del antebrazo, el cual ha recidivado, dando la impresión de un tumor maligno, que sangra fácilmente, cuando en realidad se trata de una neoplasia de lo más benigna. Se trata de un tejido de proliferación con gran desarrollo de los vasos, a tal punto que fácilmente se producen hemorragias. El tratamiento se hace localmente por electrolisis o electrocoagulación.

El Dr. Greene dice conocer esta enferma en su Servicio de San Borja, pero allí no se le hizo una operación, sino simplemente una biopsia, que dió al examen histológico el diagnóstico de papiloma.

El Dr. Sievers presenta una serie de cuatro enfermos operados de osteo mielitis fistulizados, a los cuales se ha hecho la canalización del hueso, según el procedimiento corriente. Estima de gran importancia el uso de autovacunas hechas con el pus de las fistulas, en el tratamiento preoperatorio de estas afecciones, ya que de esta manera se abreviaría el plazo de curación, estimulándose las defensas orgánicas.

A continuación presenta un enfermo con una parálisis traumática del ciático popliteo externo, con pie equino paralítico consecutiva a una fractura del fémur. Considera que para dicha afección hay sólo dos tratamientos: la artrodesis o la trasplatación en dos colgajos, del tendón de Aquiles, colocando el pié en ángulo recto.

El Dr. Lea Plaza recuerda un enfermo que presentaba el mismo síndrome, pero con lesión en la parte superior del nervio, antes de la ramificación, lo que probará que las fibras vienen ordenadas desde el tronco mismo.

En la segunda hora el Dr. Walter Knoche da lectura a una comunicación sobre la distribución de las nebulosidades en Chile, haciendo diversas consideraciones climatéricas en relación con las enfermedades.

Finalmente, el Dr. Oxman da lectura al resumen que va a continuación, de la Ley de la Raza.

Dr. Oxman. El cuerpo de doctrinas que representa esta ley establece los organismos que llevan a la práctica una policía sanitaria severa y justa contra la sífilis, contra las enfermedades venéreas, la tuberculosis y el alcoholismo. Los fundamentos de lucha están constituidos por actividades de educación, de control de los focos de contagio y de curación obligatoria. La actividad educacional principia en la escuela primaria,

recorre toda la jerarquía de la enseñanza, y termina refrescando la visión del peligro de las pestes cuando el ciudadano ha quedado libre en el ambiente social independiente. El segundo punto de apoyo lo constituye un concepto nuevo de lucha contra los focos del contagio. El Estado no debe pronunciarse como reglamentarista, ni como abolicionista de la prostitución. Sacudir el polvo legendario de añejas doctrinas, es hacer correr grave peligro al objeto benéfico que salta de ambos bandos y que es el de la conservación de la salud física y moral que debe ser el punto de vista fundamental; amplio, pródigo, para pesquisar la enfermedad y el delito de contagio donde se encuentre. La curación obligatoria queda como una suave sanción para el que contagia, cualquiera que sea su sexo y su categoría social. La ley protege la discreción y la reserva, pero fiscaliza a todo trance al que se esmera en repartir el contagio. La ley no se mezcla con quien mantiene la desgracia de la enfermedad circunscrita a su propio ser, sin dejar de protegerlos con la educación educada, y poniendo a su alcance los medios de curación indispensables.

La standarización general de los métodos de investigación y de tratamiento en forma que no perturbe el criterio clínico individual, forman la índole de los artículos 77, 78 y 79, dando forma práctica a una vieja aspiración científica, especialmente de Inglaterra.

La fiscalización severa del ejercicio profesional es una determinación felicísima de la ley. Las enfermeras y practicantes necesitarán acreditar competencia especial para dedicarse a la cura de la sífilis, y siempre y en cada caso deberán ser poseedores de una directiva dada por un médico. La Facultad de Medicina dará mayor importancia a la enseñanza de las enfermedades venéreas y las prácticas de laboratorio que se les relacionan creando la Licenciatura de las respectivas especialidades. Y de este modo concluye enfáticamente el artículo 85. "Prohíbese tomar la dirección o ejecutar tratamientos relacionados con las enfermedades venéreas a toda persona que no posea el título legal de médico-cirujano, ni a matrona, enfermera o practicante de cirugía menor, que no esté en posesión del certificado de competencia a que se refiere el artículo 33".

Para completar el golpe de muerte a la charlatanería patentada o clandestina, se fiscalizan en forma vigorosa los avisos profesionales o comerciales relacionados con el anuncio de drogas o tratamientos de las enfermedades venéreas y tratamientos obstétricos y ginecológicos, contra cuyo estado ha protestado inútilmente el Cuerpo Médico de Chile durante medio siglo.

Corona la ley su acción protectora estableciendo el certificado de salud en el matrimonio. No es ésta una novedad de Chile. Es una muestra de cultura de los pueblos, dijo Exner. Es un mandato de la nueva y admirable Constitución alemana, que declara que incumbe al Estado velar por la pureza y el estímulo en la formación del hogar.

El país tendrá una División de Higiene Social constituida por cinco Brigadas, con sede en Antofagasta, Valparaíso, Santiago, Concepción y Valdivia. La Brigada cuenta con establecimientos que sirven a todo el territorio que les corresponde, como son un Hospital de Medicina Social, un Reformatorio, un Sanatorio, Colonias infantiles de costa y de montaña, etc. Estos servicios se relacionan con organismos más pequeños ubicados en las cabeceras de provincias o departamentos, que a más de sus funciones de educación, de control y de curación, tendrán el estadium, el teatro y la plaza de juegos, que reconstituya el vigor físico, que ha hecho desaparecer la enfermedad.

Debe anotarse en este sentido el principio de separación de la Higiene Social de las actividades hasta hoy día conocidas en la conservación de la salud pública de tendencias francamente individualistas. Razones biológicas, sociales y administrativas, determinan la dicotomización. Fijado el concepto de Higiene Social en sus artículos 1, 2 y 3, se destaca la diferencia de actividades preventivas y curativas con aquellas conocidas de la profilaxia de las enfermedades infecto-contagiosas. Su relación de causa a efecto con las costumbres establecidas, dá a la Higiene Social un carácter penoso en su misión, capaz de debilitar la acción, de por sí extensa, de la salud pública. Actividades biológicamente distintas, de consecuencias diferentes y de administración que no puede sumarse a otra semejante sin perjudicar el libre ejercicio de su gobierno, obligan a establecer la División de Higiene Social como entidad directriz en la lucha contra las enfermedades y costumbres que tienen influencia reconocida en la continuidad desgraciada de la raza.

Después de un debate en que terciaron los doctores Sierra, a nombre del Ministro de Higiene, Oxman, Prado Tagle, Ibarra, Fernández Peña, Orrego Puelma y Meza, se acordó nombrar una comisión que estudiaría la referida ley y cuyo informe sería dado a conocer al Ministro por los miembros de la Sociedad.

Esta comisión estaría formada por los doctores Sierra, Moore, Lobo Onell, Ibarra, Prado Tagle, Leuenberg y Oxman.

Finalmente, se dió lectura a los Estatutos de la Sociedad Médica de Chile, tal como fueron aprobados en una de las últimas sesiones.

Sesión del Viernes 12 de Junio de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El Dr. Garretón presenta la observación de un enfermo que desde hace un año presenta signos de insuficiencia cardiovascular y desde hace 14 días un dolor marcado a la pierna derecha, más hacia la parte interna.

Al examen se comprueba una aortitis crónica avanzada, hipertensión de 22 al Pachón, y al examen de la pierna, un cordón duro, con latidos sólo en la parte alta, lle-

gándose al diagnóstico de una trombosis de la arteria femoral.

Se procedió a efectuar una arteriotomía, extrayéndose el trombo en una extensión de 20 cms. hacia el cabo periférico. El enfermo fué colocado en reposo en cama, y desde ese momento la cianosis del miembro empezó a desaparecer, lo mismo que el dolor, haciendo notar que la arteriotomía, junto con el tratamiento específico ha permitido obtener un resultado bastante satisfactorio.

El Dr. Prado Tagle estima que la intervención en casos de embolia, debe hacerse antes de que se forme la adherencia con la pared. No existe la misma urgencia en la trombosis, donde la misma lentitud del proceso permite que la circulación periférica mantenga la circulación del miembro, aunque en forma precaria.

El Dr. Alessandrini estima que es de una gran importancia el diagnóstico precoz de la afección, ya que la intervención sólo beneficia los casos recientes. Recuerda una intervención hecha en compañía del Dr. Vargas en una señora con una claudicación intermitente y en que al hacer una simpaticectomía peri arterial, se encontró un foco de trombosis en la arteria femoral, en el punto de emergencia de la femoral profunda, arteria que mantenía la circulación del miembro.

El Dr. Orrego Puelma recuerda que durante la guerra, en Rusia, se pudo constatar que un gran número de procesos arteriales, que llegaban hasta la gangrena, eran debidos a espasmos arteriales de origen suprarrenal y en los cuales la extirpación de la glándula suprarrenal producía efectos favorables.

El Dr. Lea Plaza recuerda un enfermo con claudicación intermitente, que tenía antecedentes de tabaquismo acentuado, a quien se hizo la simpaticectomía periarterial, dió espléndidos resultados. Estima que en todos estos casos el elemento espasmódico debe tenerse muy presente.

El Dr. Mardones presenta un enfermo de 29 años, que tiene un aumento de volumen de las extremidades, al mismo tiempo que una deformación permanente de los rasgos de su fisonomía: acentuación del reborde orbitario, apófisis sigomática y mastoidea y un prognatismo acentuado del maxilar inferior. En buenas cuentas, un síndrome acromegálico. Tiene, además, un estrechamiento del campo visual, pero no presenta la hemianopsia bitemporal característica. Presenta, además, una poliuria enorme, hasta de diez litros en el día, con una eliminación de 400 a 500 gramos de glucosa, con lo que se cumple la afirmación de Fischer, quien asegura que la manifestación clínica que acompaña más frecuentemente a la acromegalia es la diabetes, y von Norden dice que esta diabetes es de carácter intermitente y en relación con el régimen alimenticio.

La radiografía de la silla turca denota un aumento de volumen de ésta.

El Dr. Alonso dice que los procesos diabéticos, en relación con la acromegalia, no se producen sino en los casos en que el tumor sobresale en el suelo del tercer ventrículo.

El D. Lobos estima que se trata de un caso de diabetes melitus en un acromegálico, y propone tratarlo primeramente con insulina, para modificar la glicosuria, para en seguida hacer un estudio del metabolismo de los hidratos de carbono.

El Dr. Jaramillo presenta un enfermo con un sarcoide de Boucq en placas. Se trata de una afección clasificada entre los tuberculoides, caracterizada por una infiltración leucocitaria de las papilas y el tejido fibroso, sin ninguna especialidad, ya que son linfocitos sin ninguna tendencia a la regeneración. El enfermo en cuestión presenta lesiones, especialmente marcadas en los codos, en forma de placas rojas sobresalientes, de un tejido más o menos blando y de bordes netos. El aspecto de las lesiones hace confundir esta lesión con las lesiones específicas. Como tratamiento, levantar el estado general y usar calomel y neo.

El Dr. Alonso Vial hace una larga disertación sobre los nuevos conceptos existentes de la fisiología del líquido cefaloraquídeo, especialmente adquiridos después de los trabajos norteamericanos sobre neurosífilis, poniendo de manifiesto el rol evidente de los plexos coroideos en la producción del líquido.

El Dr. Lea Plaza dice que todos los autores están de acuerdo en que el líquido cefaloraquídeo se produce a nivel de los plexos coroideos, pasando a los espacios aracnoideos a través de los agujeros de Luscka y de Magendie, pero la discrepancia está en cómo se hace la vuelta del líquido a la circulación general, citando las investigaciones que a este respecto ha hecho nuestro compatriota, el Dr. Allende Navarro, en Europa.

En la segunda hora, los doctores Alessandrini y Quijano hacen algunas observaciones sobre el funcionamiento de los Policlinicos, y después de un debate en que intervienen los doctores Fernández Peña, Meza, Orrego y Vargas, se acuerda comisionar a la mesa para que nombre una comisión que estudie este punto, para en seguida, discutir sus conclusiones en el seno de la Sociedad Médica.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Sesión en 10 de Junio de 1925

El Dr. O. Fontecilla comienza presentando el caso con que ya ocupó la atención de la Sociedad en sesiones pasadas y en el cual se había indicado una operación de Léríche en la arteria axilar, por fenómenos típicos, dolorosos y vaso-motores de la mano, con-

secutivos a un traumatismo. Da cuenta de haber sido operado por el Dr. Jirón, y el enfermo no ha aliviado en lo más mínimo.

El Dr. Jirón asegura que la técnica empleada en la intervención fué correcta; por lo demás, ha practicado ya muchas operaciones de simpaticectomía con éxito.

El Dr. Muñoz Pal recomienda el tratamiento anti-luético, recordando casos más o menos parecidos, en que el proceso patológico era endarteritis.

El Dr. Opazo hace ver que si la presión radial es igual en ambos brazos, como ya se ha relatado, no puede pensarse en endarteritis.

Los Drs. Fontecilla y Jirón, después de algunas consideraciones sobre el pronóstico serio de este enfermo dejan establecido que se está haciendo tratamiento antisifilítico y se continuará con él.

Dr. Matus. Un caso de Estrumitis supurada.

Una enferma que llega a su Servicio quejándose de agudo dolor en la región anterior del cuello, cuya piel se presenta luciente, rojiza, violácea en partes, y todo muy aumentado de volumen. Hay fluctuación franca.

Esta paciente se encuentra en plena convalecencia de una gripe.

Opera, haciendo una incisión amplia y drenaje.

Diserta el Dr. Matus en seguida, acerca de las estrumitis, su etiología y su patogenia.

En la discusión del caso, los doctores Muñoz, Fontecilla y Greene, relatan casos análogos.

Dr. Bisquert. Anestesia epidural.

Da lectura a un interesante trabajo sobre este género de anestesia, que data desde 1900, año en que se practican por primera vez, pero no se puso en boga. Algunos cirujanos alemanes tratan, en 1910, de traerlo nuevamente a la práctica quirúrgica, pero no logran imponerlo.

En 1922 comienza la verdadera época de la anestesia epidural.

La usa el Dr. Bisquertt y sus colegas de la Clínica de Vías Urinarias, para facilitar los exámenes endoscópicos y para el tratamiento de la enuresis nocturna y las poluciones. Desde el año 23 la emplean también sistemáticamente para las pequeñas operaciones perineales.

Cuenta con 20 observaciones de prostectomías, hechos con esta anestesia. Es cierto que algunas veces no resultaba, pero él cree sea debido a la concentración de la solución.

La fórmula de Catelain es la que sigue:

Novocaína	0,60 grs.
Bicarb. de sodio	0,15 „
Cloruro de sodio	0,10 „
Agua destilada	30 „

De esta fórmula empleaba hasta 100 grs. en la inyección.

El Dr. Bisquert ha aumentado la cantidad del líquido disminuyendo la concentración, y la emplea al 1%.

La anestesia llega hasta el reborde costal a veces. No produce ningún trastorno general; ha operado con éxito ancianos de 80 años, casi caquéticos. La única contraindicación sería la osificación — que suele existir — del agujero sacrocoxígeo.

Dr. Abel Fuentealba (de San Javier). Relata una interesante observación de un caso de riñón poliquístico operado por él y su colega el Dr. Gaete.

Hace algunas consideraciones sobre la naturaleza de esta enfermedad.

En la discusión del caso toman parte los doctores Covarrubias, Bisquert y Marín; este último recuerda un caso operado en la Clínica del Prof. Sierra y que él presentó hace 2 o 3 años a la Sociedad Médica, con la pieza anatómica, que era muy interesante.

Jhon-Boy.

SOCIEDAD MÉDICA DE VALPARAISO

229ª Sesión ordinaria en 26 de Mayo de 1925

Preside el Dr. Sepúlveda y asisten los doctores Araya, Dagnino, Grossi José, Grossi Víctor, Grove Hugo, Katz, Lachaise, Marín, Manríquez, Mujica, Reed, Rolando, Wells, y el secretario.

Se aprobó, previa lectura, el acta de la sesión anterior.

Presentación de enfermos. — **Dr. Rolando.** Muestra, a título de curiosidad, un enfermo con un aneurisma arterio venoso, situado en el triángulo de Skarpa del muslo derecho, en cuya región tuvo el enfermo una herida a bala hace cinco años.

Dr. Grove H. Presenta un enfermo de 34 años, procedente de Quillota, operado por carcinoma gástrico del píloro y de la gran curvadura. Se practicó una gastrectomía sub-total, según el método de Balfour modificado por Mayo. Los croquis de las radiografías que presenta hicieron innecesario todo otro examen y decidieron la intervención. Presenta también un croquis radiográfico postoperatorio. El examen histopatológico dió adeno carcinoma. El enfermo se halla restablecido, la herida cicatrizada y será dado de alta. Demuestra el tumor con la pieza anatómica.

Dr. Mujica. Desea hacer ver a los colegas un enfermo de 48 años que se hospitalizó por dolores lumbares persistentes acompañados de tumoraciones en la región lumbar a ambos lados de la columna. El dolor va desde la 12ª dorsal a la 5ª lumbar, y ha disminuído con el reposo en cama. Se ha pensado en un mal de Pott dorso lumbar con abscesos osifluentes posteriores. La punción fué negativa. En el L. C. R. hay ligera albuminosis (0,25%) y leucocitosis. La sero reacción es negativa en el L. y en la sangre. El examen

radiológico hay que repetirlo, porque el que se hizo no resultó claro.

Dr. Rolando. Hipernefroma, con presentación de pieza. — Lee la observación de un enfermo de 52 años que padecía de hematurias desde hacía 3 años; estas hematurias continuaron espaciadas durante todo ese tiempo, existiendo, al mismo tiempo, poli-aquiuria, principalmente nocturna, y orinas turbias. Detalla en seguida el examen objetivo. En el riñón derecho se palpaba un tumor abollonado, duro, que ocupaba todo el flanco hasta 2 traveses de dedos por encima de la cresta iliaca. El examen funcional de ambos riñones demostró que la concentración del riñón derecho era deficiente. No había bacilos de Koch. Se hizo la nefrectomía, que fué bastante laboriosa, a causa del enorme volumen del tumor (1,800 gramos). El diagnóstico microscópico fué de "epitelioma aberrante de células suprarrenales".

El enfermo falleció 4 días después de operado, encontrándose en la autopsia nefritis crónica reagudizada, miocarditis y peritonitis generalizada, dándose esta última como causa de muerte.

DISCUSIÓN

Aneurisma. — El Dr. Lachaise estima grave el pronóstico por la extensión del aneurisma; si fuera operado expondría la vitalidad del miembro.

Carcinoma gástrico. — El Dr. Katz pregunta por la sintomatología que presentaba el paciente. El Dr. Grove da lectura a la parte pertinente de la observación, agregando que no había estenosis pilórica, ni vómitos, ni anorexia. El Dr. Sepúlveda llama la atención hacia la edad del enfermo y manifiesta que el acto operatorio merece felicitación.

Hipernefroma. — El Dr. Grove manifiesta que habría sido interesante la investigación de la fragilidad renal. Hace 5 años se operó un hipernefroma, guiándose por la constante, pero el enfermo murió 4 años después a causa de la metástasis. El Dr. Grossi V. hace referencia al procedimiento de Carrelli, de Buenos Aires, consistente en la inyección de aire en la cápsula adiposa del riñón, lo que permite ver hasta las cavernas. A este respecto, el Dr. Lachaise relata un caso en que se empleó este método.

El Dr. Rolando dice que ha presentado este caso tanto por la rareza de la afección, cuanto porque la muerte le parece más bien atribuible a la fragilidad renal. El Dr. Mujica, que presencié la autopsia, estima que las alteraciones peritoneales eran de orden cadavérico y que habiendo muerto el enfermo con síntomas de uremia, se inclina también a creer que la causa de la muerte ha sido la fragilidad renal.

CONFERENCIA

Examen radiológico del estómago. — Dr. V. Grossi. Principia haciendo algunas consideraciones sobre anatomía normal del estómago. En el vivo, según que el órgano esté en reposo o en trabajo, adopta una si-

tuación distinta. El píloro es el punto más declive en el estómago vacío; cuando contiene alimentos, es decir, en trabajo, el píloro asciende, y el punto más declive es la curvadura mayor. Pasa en revista, a continuación, los diversos procedimientos empleados para hacer visible el estómago a los Rayos X. Los Rayos X pueden demostrar el tonus del órgano. En la mitad superior se halla la burbuja de aire, sigue más abajo un vestíbulo y luego la mitad inferior que es la parte activa. El píloro se contrae desde el momento que llegan alimentos al estómago. El vaciamiento se realiza dentro de 2½ a 3 horas con la lechada de Bi, de 7 a 8 horas con la comida de Bi.

Según los autores, hay distintos tipos de estómagos normales. Hay, en seguida, formas hipotónicas y atónicas. Pasa en seguida a explicar los límites normales del estómago normal.

Termina mostrando croquis, figuras y radiografías instantáneas, formulando el deseo de que los internistas recurran con mayor frecuencia al examen radiológico.

ASUNTOS PENDIENTES

Se puso en discusión el proyecto de Estatutos de la Sociedad Médica de Chile, elaborado por la Sociedad Médica de Santiago, del cual se dió cuenta en la sesión anterior. Después de haber hablado los doctores Sepúlveda, Grove, Lachaise y Grossi V., se llegó al acuerdo de comisionar a estos tres últimos colegas para que estudien el proyecto e informen al respecto. Al mismo tiempo quedó entendido que los socios deberían, por su parte, hacer un estudio del proyecto.

Se dió lectura a la presentación de la Sociedad de Matronas de Valparaíso, por la que solicitan el apoyo de la Sociedad para obtener que exija el bachillerato a las aspirantes a alumnas del Curso de Obstetricia. Varios colegas hacen uso de la palabra hallándose de acuerdo, en principio, en la conveniencia de lo solicitado. Se resolvió solicitar del Dr. Orriols, Profesor del Curso de Obstetricia, se sirva informar a la Sociedad acerca de las actuales condiciones de admisión de las alumnas de dicho curso.

Finalmente se acordó enviar un telegrama de adhesión a la manifestación del Centro de Estudiantes de Medicina en honor del Profesor Dr. Adeodato García Valenzuela. Se levantó la sesión.

Las colaboraciones
deben dirigirse al
Secretario General
de la Redacción
Delicias 1626, Santiago