

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: Prof. O. FONTECILLA

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

Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

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

SUMARIO

Texto:

L. DE LA CERDA SCHUYLER.—El dolor considerado como síntoma de las afecciones abdominales (2 figs), p. 297.

HÉCTOR C. CORONA.—Estudio bacteriológico del desgarro en las bronquitis, en especial del micrococo o diplococo catarralis de Pfeiffer, p. 299.

C. LIAN, R. BARRIEU y A. BLONDEL.—Las adquisiciones terapéuticas en patología cardio-vascular (continuación), p. 300.

C. MÖNCKEBERG.—Del Traumatismo Obstétrico en el recién nacido (6 figs.) (continuación), p. 301.

Sociedades Científicas: Sociedad de Cirugía, (continuación), Sociedad Médica, p. 302.

Anexo:

LUCAS SIERRA.—La enfermera sanitaria y la visitadora social ante la administración de la higiene pública, p. 397.

La Sociedad Médica de Chile y el Sindicato de Médicos, p. 405.

La enfermera sanitaria y la visitadora social

Ante la administración de la higiene pública

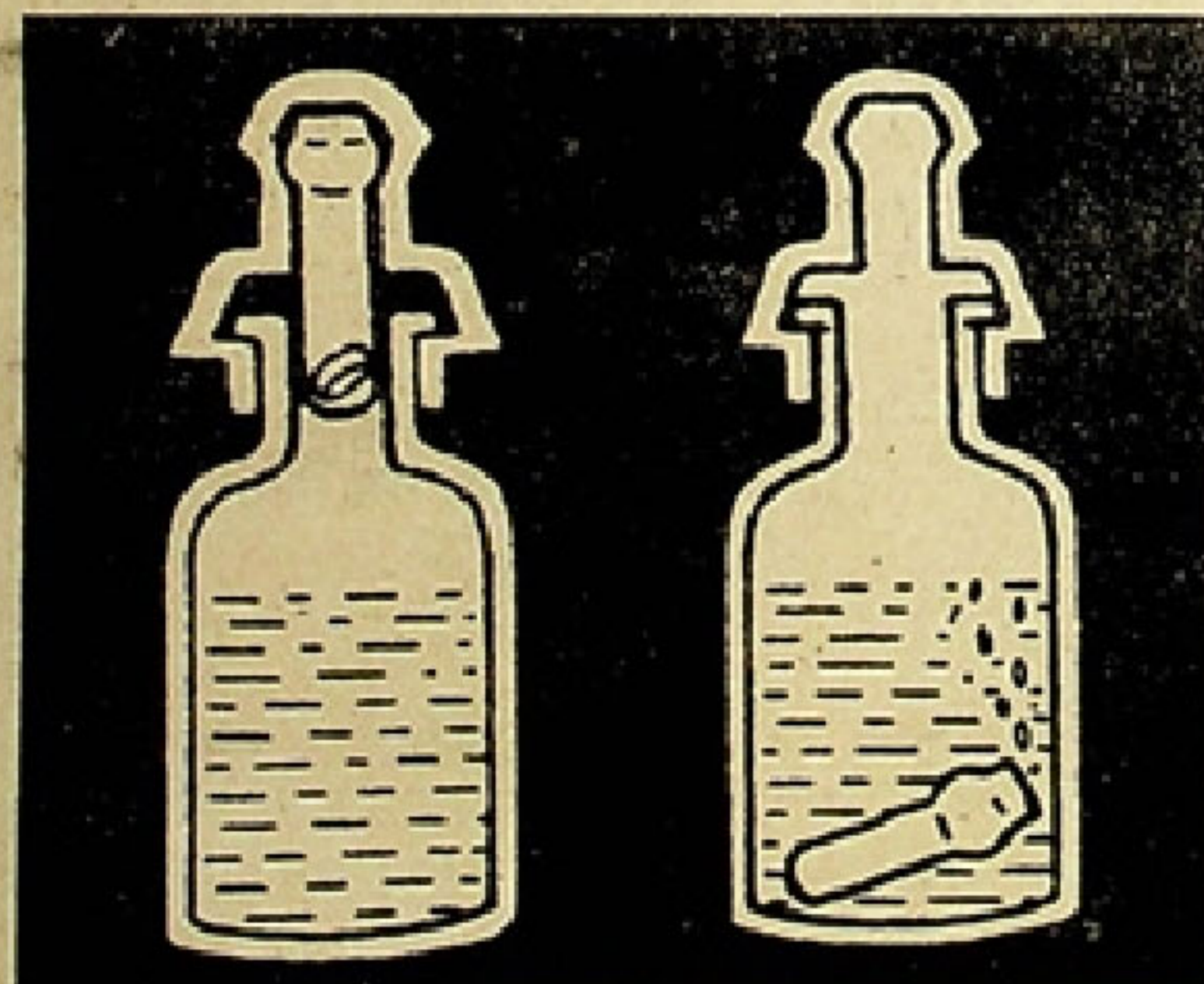
Conferencia dada por el Dr. Lucas Sierra, el 8 de Julio de 1925, en la Escuela de Servicio Social de Santiago

(Continuación)

Esta es, señoras, la etapa más fecunda en beneficios para la humanidad del grandioso descubrimiento del célebre químico francés. Hacer producir al incapaz es, a no dudarle, una noble y elevada tarea; pero dar mayor desarrollo, conservándole intactas sus facultades de producir al que es capaz, constituye una tarea mucho más generosa. Tal

es el espíritu que anima y domina toda la medicina del siglo XX, y muy en particular la medicina post-guerra. La medicina preventiva, en otros términos, la higiene, absorbe y subyuga las más poderosas inteligencias humanas de las innumerables que consagran sus desvelos al bienestar y progreso de la humanidad. Debía forzosamente ser esa la marcha ascendente del progreso después que el hombre había reconocido y dominado los agentes de las más grandes plagas que azotan a la humanidad. Vencida la viruela, conocidos los gérmenes de la tuberculosis, el cólera y la peste; sabida ya la participación que a los insectos corresponde en la difusión de algunas enfermedades, era lógico que se abordara el dominio de la fiebre amarilla.

Las famosas experiencias llevadas a cabo por Reed, Agramonte, Laear y Ocarrol precisaron de una manera convincente que



Insulin-Kahlbaum

EN SU NUEVO ENVASE PATENTADO
ES INALTERABLE Y PERMITE OBTENER
UNA SOLUCIÓN ESTERILIZADA FRESCA,
EN EL MOMENTO DEL USO.



Literatura a disposición de los Sres. Facultativos

DE VENTA:

BOTICA DEL INDIO
SANTIAGO

BOTICA FRANCIA
SANTIAGO

BOTICA UNIÓN
VALPARAÍSO

Representante: José Klimek, Casilla 2110, Stgo.

los mosquitos desempeñaban un papel de capital importancia en la trasmisión y diseminación de la enfermedad.

En Panamá un grupo de enfermeros sanitarios fué de casa en casa demostrando cuál era el mosquito peligroso, cuáles sus hábitos y costumbres, pero sobre todo, cómo y dónde se multiplicaba. Bien luego todas aquellas nociones elementales fueron del dominio público. Entonces apareció un edicto o decreto que multaba con CINCUENTA DÓLARES a la dueña de casa en cuyos dominios se encontrara el terrible mosquito trasmisor de la fiebre amarilla. Ni una sola casa se encontró con mosquitos y sólo muy contadas con las larvas de estos insectos. Desde esa época (1901-1902) desapareció para siempre la fiebre amarilla en Panamá, donde había sido endémica durante cuatro siglos. He ahí, señores, el verdadero origen de la medicina preventiva.

Hasta donde llegan mis informaciones, ese representa el triunfo más hermoso y halagador de lo que puede un cuerpo de enfermeros en la prevención y extinción de una plaga tan mortífera como la fiebre amarilla. Con este prodigio se inicia el siglo XX, que yo preveo habrá de llamarse, andando el tiempo, el siglo de la higiene o el siglo de las democracias preventivas. Se demostró hasta la saciedad que la salud pública se podía obtener pagando, que se podía comprar, de la misma manera que se paga o compra la salud del individuo; se valora exactamente la salud, considerándola

como la más preciada herencia (Sir Robert Phillip). Se supo que en materia de higiene tenía amplia aplicación también el principio del Evangelio: "Ayúdate, que Dios te ayudará". Lo que equivale a decir, conserva sano al individuo, el Estado se encargará de mantener sana a la colectividad, ya que es a ésta última entidad a quien corresponde la higiene pública.

Precisemos, desde luego, qué se entiende por higiene pública y de ese modo nos será mucho más sencillo valorar el papel importante que están llamadas a desempeñar en su administración la enfermera sanitaria y la visitadora social. Dejo enteramente de lado a la enfermera propiamente, por la sencilla razón que a ella le incumbe un papel perfectamente limitado e individual, por decirlo así: es, como quien dice, una extensión o prolongación del médico en su concepción antigua, unitaria, unipersonal. Su misión es cumplir y hacer cumplir las prescripciones del médico.

A la enfermera visitadora, por el contrario, le corresponde participación pequeña en la atención misma del paciente. Tiene una misión más generosa, mucho más amplia; a ella le están permitidas ciertas iniciativas, propias de su experiencia confrontada con sus estudios universitarios. A su turno a la visitadora social, es la colectividad misma, partiendo de sus dos elementos constitutivos fundamentales, su desenvolvimiento y conexión que guardan con el resto de la colectividad lo que le importa estudiar.

"La visitadora de higiene pública tiene bien poco o nada que hacer al lado del lecho del enfermo: su papel fundamental consiste en enseñar a la gente a prevenir las enfermedades, a procurar mayor vigor y fuerzas a los que se mantienen ligeramente por debajo de la normal" (W. H. Park). Hay campo, agrega, para la enfermera visitadora y para la visitadora de higiene pública en una comunidad, pero las dos actividades no pueden combinarse en una misma persona, pues la atención de unos pocos enfermos puede monopolizar y absorber el tiempo de la enfermera visitadora.

Pero es tiempo ya que terminemos esta incursión, acaso demasiado extensa en el territorio de la enfermera visitadora para ocuparnos en definitiva pura y exclusivamente, nada más que de las alumnas que forma esta escuela, o sea, de la Visitadora Social.

Recordemos, para satisfacción de las enfermeras-visitadoras, que su eficacia se mide con positiva precisión en la mortalidad infantil, que es el bienestar de la madre y del niño (comprendiendo aún aquel la atención tan interesante que prodigan las clínicas antenatales); la reducción de la tuberculosis, en que Dinamarca ha sabido luchar con mayor acierto que ningún otro país del mundo, y las enfermedades venéreas, donde a la Beneficencia de Santiago, por intermedio del que habla, le ha cabido la satisfacción de implantar el primer servicio de enfermeras-visitadoras en la capital; recorde-

Un nouveau Vaccin Antipyogène Polyvalent

Par **ROBERT SIEGEL**. Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Con este título fué publicado en la importante y apreciada revista «Journal des Praticien», Año XXXIII, Núm. 39, Agosto 9 de 1919, un interesantísimo estudio, cuyas conclusiones consignamos a continuación:

«Mes observations ne sont pas très nombreuses, vu que je n'avais qu'une quantité limitée de ce vaccin; mais, dans tous les cas où je l'ai employé, les résultats ont été suffisamment probants pour que j'aie tenu à les relater ici. Nous sommes avec le vaccin antipyogène polyvalent *Bruschettini*, en possession, d'un vaccin très actif, toujours égal à lui-même et parfaitement inoffensif, ce qui est important à considérer.»

L'injection n'est pas douloureuse; consécutivement, il n'y a pas de réaction, pas de rougeur, pas de douleur au niveau de piqûre; pas de phénomènes généraux, ni frissons, ni malaises, ni élévation thermique.

Les signes physiques s'atténuent très rapidement, en particulier la douleur, qui disparaît pour faire place à une sorte d'anesthésie qui permet, en cas d'intervention, de le faire avec le minimum de douleur.

Le vaccin est polyvalent, avons-nous dit: on est donc à même de l'utiliser immédiatement, sans avoir besoin d'attendre le résultat d'un examen bactériologique; en outre, comme souvent le processus infectieux est dû à plusieurs agents microbiens, on est assuré d'agir sur l'ensemble et d'obtenir ainsi une guérison plus rapide.

C'est donc une ressource thérapeutique précieuse qui, étant donnée son innocuité absolue, permet d'agir en toute sécurité sur tous les processus infectieux.

Enfin comme le vaccin est préparé avec des microbes que nous trouvons toujours dans la pneumonie franche (pneumocoques de Frankel), ou dans les broncho-pneumonies dues au pneumocoque et au streptocoque, son emploi pourrait être indiqué aussi dans le traitement de ces affections, en particulier dans celui de la grippe, contre les complications de la quelle il pourrait être une ressource thérapeutique précieuse.»

Muestras y Bibliografías a disposición de los Sres. Médicos

Dirigirse a: **HIJOS DE ATILIO MASSONE**

Casilla Correo 3584

SANTIAGO

Calle Claras 205

mos, digo, que es en todas estas enfermedades que tocan a las raíces mismas de la estructura social, donde ha descollado la acción de las enfermeras y visitadoras y que es desde el punto de vista biológico y social, desde donde debemos contemplarlas. Ni creo tampoco inoficioso recordar que la medicina moderna incurre tal vez en un reproche al esforzarse con tanta solicitud y esmero, en conservar los desechos de la raza humana, ese "residuo social que desafía a la caridad, que desafía a la higiene, que desafía a la justicia represiva", y cuya fertilidad está siempre en proporción inversa al valor del stock humano. Desde ese punto de vista, estoy perfectamente de acuerdo con los que sostienen que, en no escasa proporción la medicina preventiva está conservando elementos que la naturaleza, implacable y severa en sus designios, habría seleccionado con mucha mayor severidad: de ahí que haya recordado que es mucho más hermosa tarea hacer producir más al que realmente está capacitado para ello. No oscurezcamos, intencionalmente, los ideales de la medicina preventiva, con nuestra solicitud en el tratamiento de los individuos ya enfermos.

La Visitadora Social va a desempeñar el hermoso papel que le está asignado de una manera que nos permita apreciar los inconvenientes o defectos sociales, antes aún de que se hayan convertido en enfermedades. Ella es la que, con modo afable y esencialmente persuasivo, llegará hasta la humilde

casa del obrero a predicar el evangelio de la higiene. Ahí en ese medio y en una proporción que para lo mucho que hay por hacer entre nosotros, no imaginamos menor a una visitadora por cada cincuenta casas de obreros, en donde habrá de desempeñar sus más benéficas y humanitarias tareas. Con su palabra afable y convincente demostrará, y en seguida practicará, los hechos fundamentales, para contribuir a que vivan limpios de cuerpo y alma, dentro de los recursos de que haya comprobado que dispone la casa que visita: de ese modo se acerca y entrelaza la medicina con la Economía Social.

Podrá prestar los más señalados servicios — y este es un aspecto eminentemente simpático y que yo considero que entre nosotros habrá de ser con el tiempo de trascendental valor e incalculable mérito — podrá prestar, digo, muy particular deferencia e interés a la instrucción elemental, no solamente haciendo que los padres respeten y cumplan la ley que la impone, sino también, sabiendo a las veces iniciar y propulsar ella misma esa enseñanza. Junto con este papel, de por sí bastante atrayente, habrán de esforzarse en poner de relieve la significación e importancia del HOGAR. La formación de un hogar y la constitución de una familia quedarán siempre como las bases incommovibles de la sociedad misma. De allí también debe surgir el convencimiento profundo de que el bienestar del individuo debe estar siempre subyugado al bienestar de la colectividad; que todas nues-

tras famosas libertades individuales, valen bien poco o nada ante el interés primordial de la colectividad.

La Visitadora Social, tal como yo la entiendo, ha de ser el exponente más correcto, en pequeña escala, naturalmente, de lo que en Francia se ha denominado la **higiene por el ejemplo**, por eso en otros países se la denomina también monitora de higiene, sirve de portavoz, es la vocera por excelencia, de todo lo que puede y realiza esta hermosa ciencia.

Deberá estar profundamente convencida de que así como la higiene pública tiene por misiva esencial descubrir todo lo que pueda dañar a la colectividad, indagándolo en el medio ambiente, en las epidemias que pueden azotarla, el suministro de agua potable y provisión de desagües, alimentación sana y adecuada, de la misma manera la higiene individual requiere el cuidado más atento de todas las regiones del individuo donde se anidan, por desgracia, con frecuencia, sin que él mismo se aperciba, los gérmenes que van a minar y destruir lentamente su organismo, incapacitándolo manifiestamente para un trabajo eficiente y, en todo caso, para conducirlo prematuramente a una vejez anticipada y achacosa, digámoslo en una palabra, vejez antihigiénica o patológica. Tal es, en mi concepto, la norma, el ideal (Smith. Soc. de H. Pública; cincuenta años). Yo sé muy bien que los ideales casi nunca se obtienen, pero estoy, a la vez, profundamente convencido de que nada hay

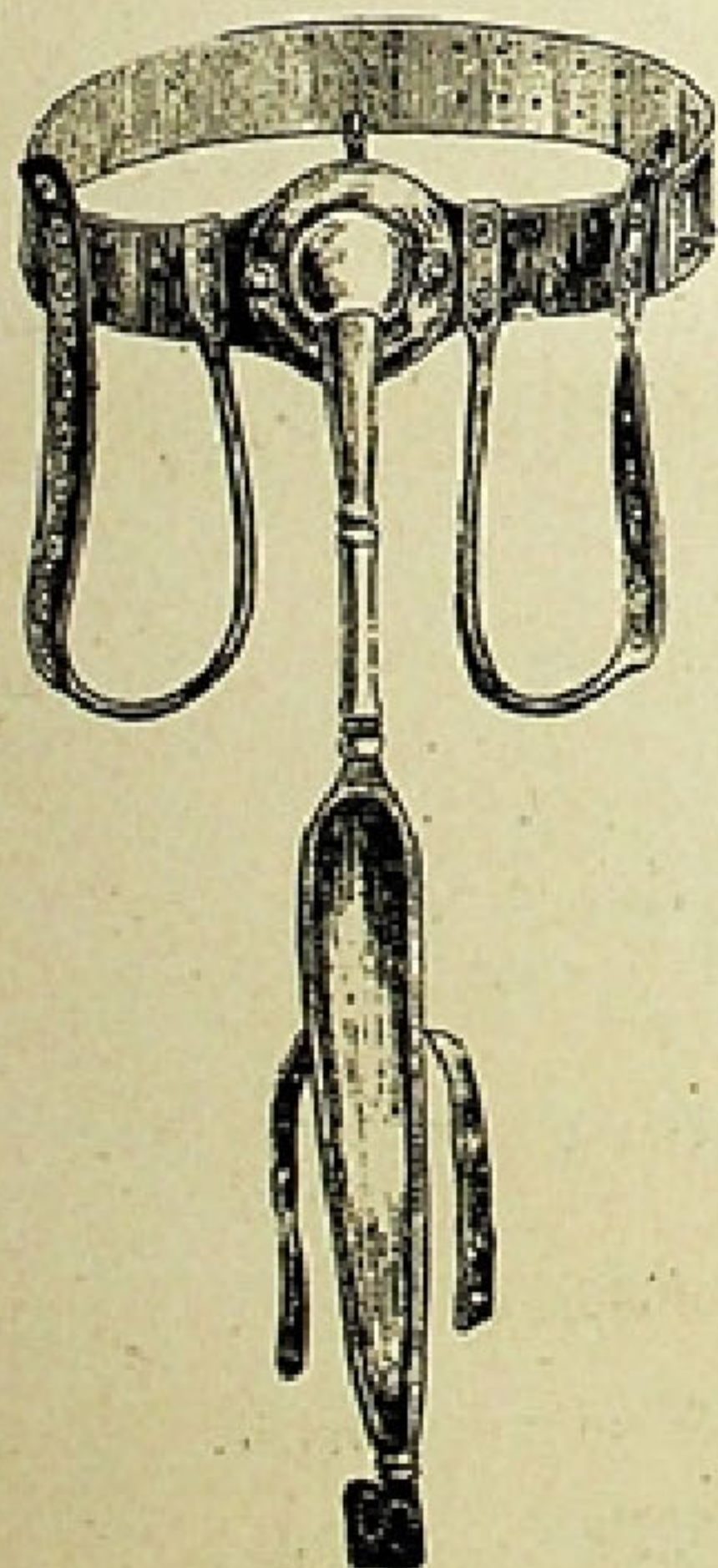
INSTITUTO ORTOPEDICO ALEMAN

SAN ANTONIO 546 — SANTIAGO

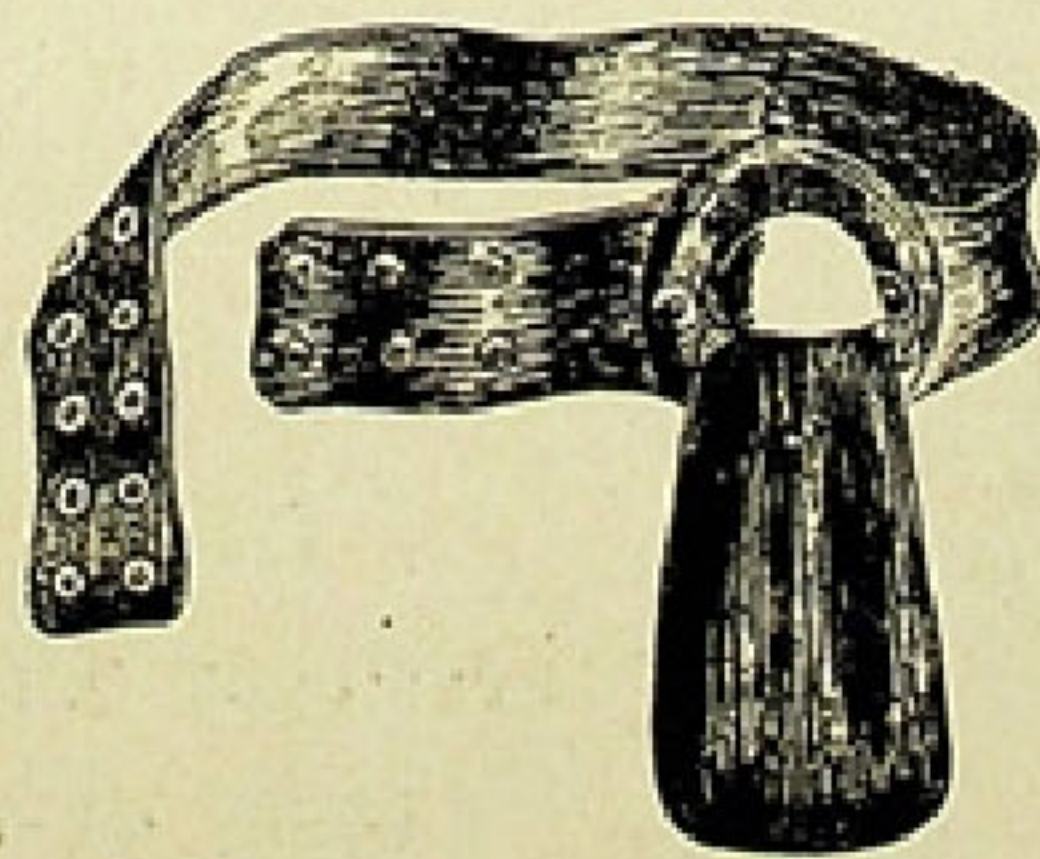
CASILLA 3494 — TELEFONO ING. 4388

PROTESIS:

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



Aparato para fistula hypogástrica



Aparato para el ano ilíaca



Especialistas
en
Aparatos

Ortopédicos
de
corrección

Para los niños en el invierno el mejor tónico

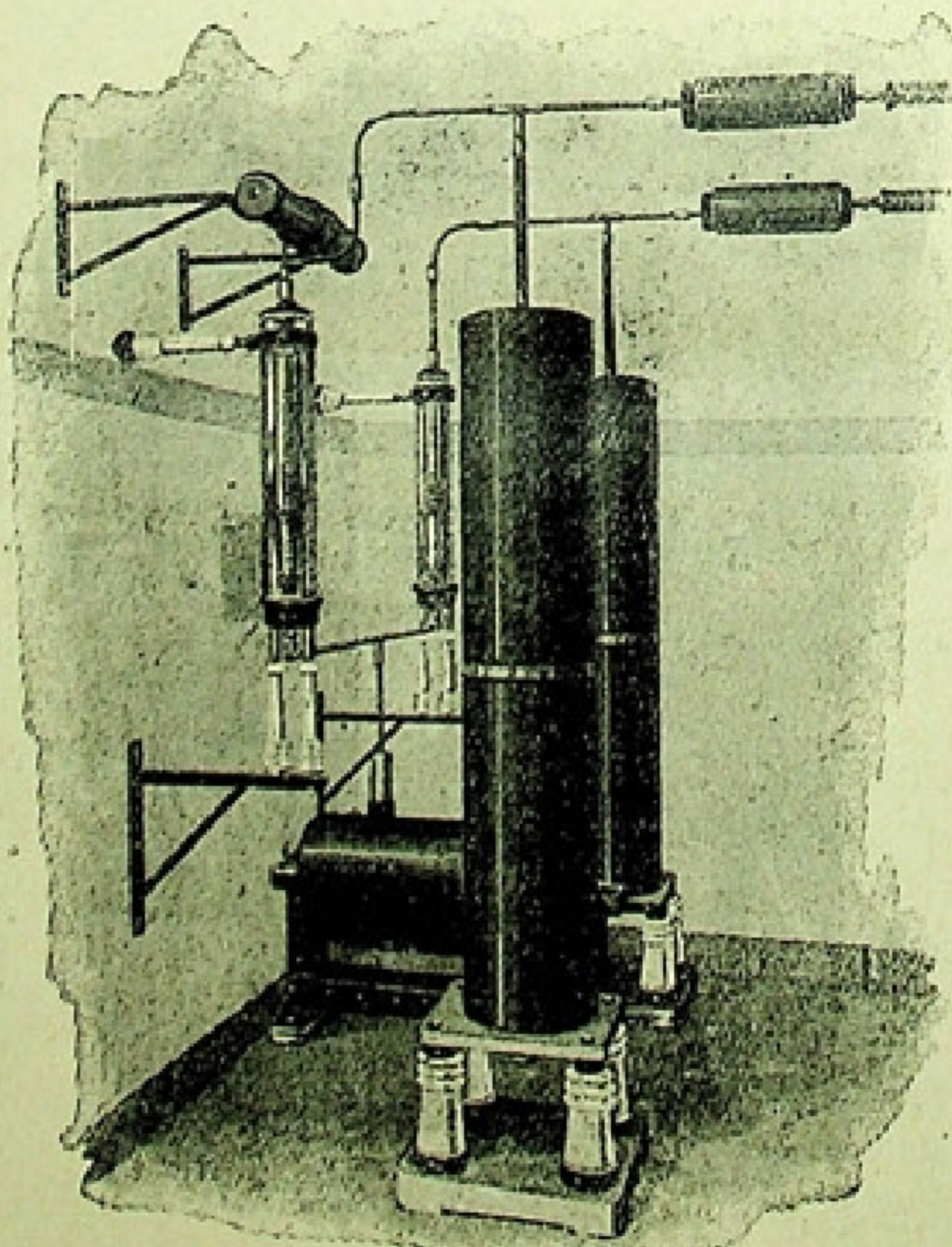
JARABE VALTIN LEROY

DÓSIS: Una cucharadita antes de las comidas

FORMULADO POR PROFESORES Y MEDICOS EMINENTES

LABORATORIOS RECALCINE

SIEMENS & HALSKE STABILIVOLT



El aparato más potente para
Terapia profunda

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

Tubos Coolidge
con 8 milliamper.

Solicítense Prospectos y Catálogos.

SIEMENS - SCHÜCKERT LTDA.

Compañía de Electricidad

Santiago:
Huérfanos 1017 - 1041
Casilla 104 - D.



Valparaíso
Concepción — Valdivia
Antofagasta — Iquique.

más provechoso en la vida que forjarse uno y trabajar denodadamente por alcanzarlo. Yo me permito recomendarles a todas las entusiastas alumnas de esta hermosa escuela, que tomen por norma sanitario, digo por ideal, el que acabo de bosquejar.

El pueblo americano le debe, seguramente, mucho más de lo que él mismo cree al ideal que desde hace más de un cuarto de siglo persigue con la tenacidad y constancia que nosotros casi nunca somos capaces de desplegar: llegar a producir "LO MEJOR DEL MUNDO".

Y al inglés mismo, cuya cultura y corrección de modales tanto nos seducen, piensan Uds. que les ha sido de poca utilidad ese deseo general de tratar de llegar a ser un "Gentleman" o, en todo caso, el esforzarse por imitarlo?

Sepamos forjar nuestro ideal y no desmayemos en su realización; una constancia inquebrantable de nuestra parte habrá de darnos el triunfo.

Los Estados Unidos, señoras y señores, hace 50 años tenían su higiene pública en condiciones tan lamentables y deplorables como son las nuestras en la actualidad. Eran muy pocas las poblaciones que disponían de agua potable y alcantarillas; sus más grandes ciudades exhibían más de un 50 por ciento de niños muertos en el primer año de la vida y a las autoridades sanitarias de aquellos remotos tiempos se les temía más que al cólera mismo, según la

expresiva palabra del propio alcalde de New York.

Mientras tanto, hoy, la Inglaterra misma, con ser la cuna de la higiene, no diré que mira con celo a sus descendientes del Nuevo Mundo, pero sí, que desde varios puntos de vista pueden servirle de ejemplos para lo que habrá de hacerse en tiempos no muy lejanos.

Quiero recordar un sólo ejemplo, eminentemente sugestivo y práctico. La campaña anti-alcohólica ha sido en parte principal llevada de frente y con el vigor que reconocía hace un momento a los hombres de aquella gran República, principalmente por la mujer americana. Con o sin diploma de Visitadora Social, pero perfectamente consciente de lo que el alcoholismo significa de depresivo para el "homo sapiens", para su hogar y descendencia, emprendió la más formidable campaña en contra del vicio de sus maridos, hermanos o pretendientes llegando en no escasas oportunidades a brillar en sus arengas de apóstoles convencidos el más convincente de los argumentos para aquellos viciosos del alcohol: el Smith y Wesson. Y, llegada la guerra mundial, nadie supo con más exquisita delicadeza, propia exclusivamente del sexo, rodear a los campamentos de entrenamiento de cuanto recurso les sugería su fecunda imaginación, nadie supo, como ella, digo, reducir las tentativas del vicio procurándoles diversiones honestas y pasatiempos adecuados a los que se preparaban para participar con brillo en

la más formidable guerra en que se haya visto envuelta la humanidad entera. Ellas fueron los propulsores de la ley seca. Qué hermoso ejemplo que imitar.

Por lo demás, la propia señora Directora de esta escuela nos refiere con la convicción de un apóstol todo el éxito.

En íntimo y lamentable consorcio con el alcohol marcha la más grande plaga de la humanidad moderna: las enfermedades venéreas: la sífilis y la gonorrea, tan extirpables en mi concepto como la esclavitud o la fiebre amarilla. De paso os haré notar que su extinción es una gran carga que pesa sobre el Nuevo Mundo, ya que no parece dudoso para los hombres de ciencia que antes de Colón no se conocía la sífilis, y que por lo demás, con los progresos modernos, sería un oprobio científico que no acabáramos con esa plaga. En las enfermedades venéreas tocamos de lleno las fibras más delicadas del corazón de la mujer, ya que es a ella a quien ha confiado la naturaleza la parte esencial y fundamental en la reproducción de la especie, dejando al hombre una parte tan reducida, que desde el punto biológico, me atrevería a calificar casi de ridícula. A quienes creen que exagero me bastaría recordarles que hay más de una especie animal en que el macho no desempeña papel alguno en la reproducción de la especie. En todo caso, a la visitadora de higiene pública, con su palabra persuasiva, convincente y tesonera le incumbe, como ya lo he hecho notar, un papel de la más alta signi-

"CLAUDEN"

(Superior en fuerza de coagulación a la de todos los cuerpos orgánicos hemostáticos)



"CLAUDEN" era una sustancia hasta hace poco desconocida, extraída del tejido pulmonar por el Doctor Fischl de Praga.

"CLAUDEN" reemplaza a las pinzas y al tamponado, pues crea trombosis más sólidas que la coagulación normal.

"CLAUDEN" ayuda a la grande y pequeña cirugía, a saber:

Trabajo sinóptico en campo de operación libre de sangre; economía de sangre y de tiempo; seguridad contra las hemorragias secundarias; fomento en la curación de las heridas.

"CLAUDEN" en inyecciones subcutáneas contra: hemorragias pulmonares, nefrorragias como igualmente focos hemorrágicos ocultos de todas clases, hemorragias tíficas y disintéricas.



LUITPOLD-WERK., München

— Depositarios para Chile: DAUBE Y CIA. —



FÓRMULA:

Formaldehido en solución 7%

Jabón potásico

Alcohol

Esencias



El Diafragma Potter - Bucky

Y SUS VARIAS ADAPTACIONES

El Diafragma Potter-Bucky representa uno de los pasos de avance más grandes realizados en los últimos tiempos, en relación con la aplicación de los Rayos X bajo el punto de vista diagnóstico.

Ningún Laboratorio de Rayos X puede considerarse completamente equipado para la diagnóstico roentgenográfica, si el Diafragma Potter-Bucky no forma parte del equipo.

Esto es indiscutible, pues hace tiempo que el Diafragma mismo probó ser prácticamente indispensable en la roentgenografía de los huesos de la cabeza y el tronco, y de las estructuras blandas tales como los riñones, vesícula biliar y vejiga

Su uso en trabajos gastro-intestinales, se ha generalizado casi por completo. La función del Diafragma es absorber los rayos secundarios que emanan del cuerpo del paciente.

Victor X-Ray Corporation

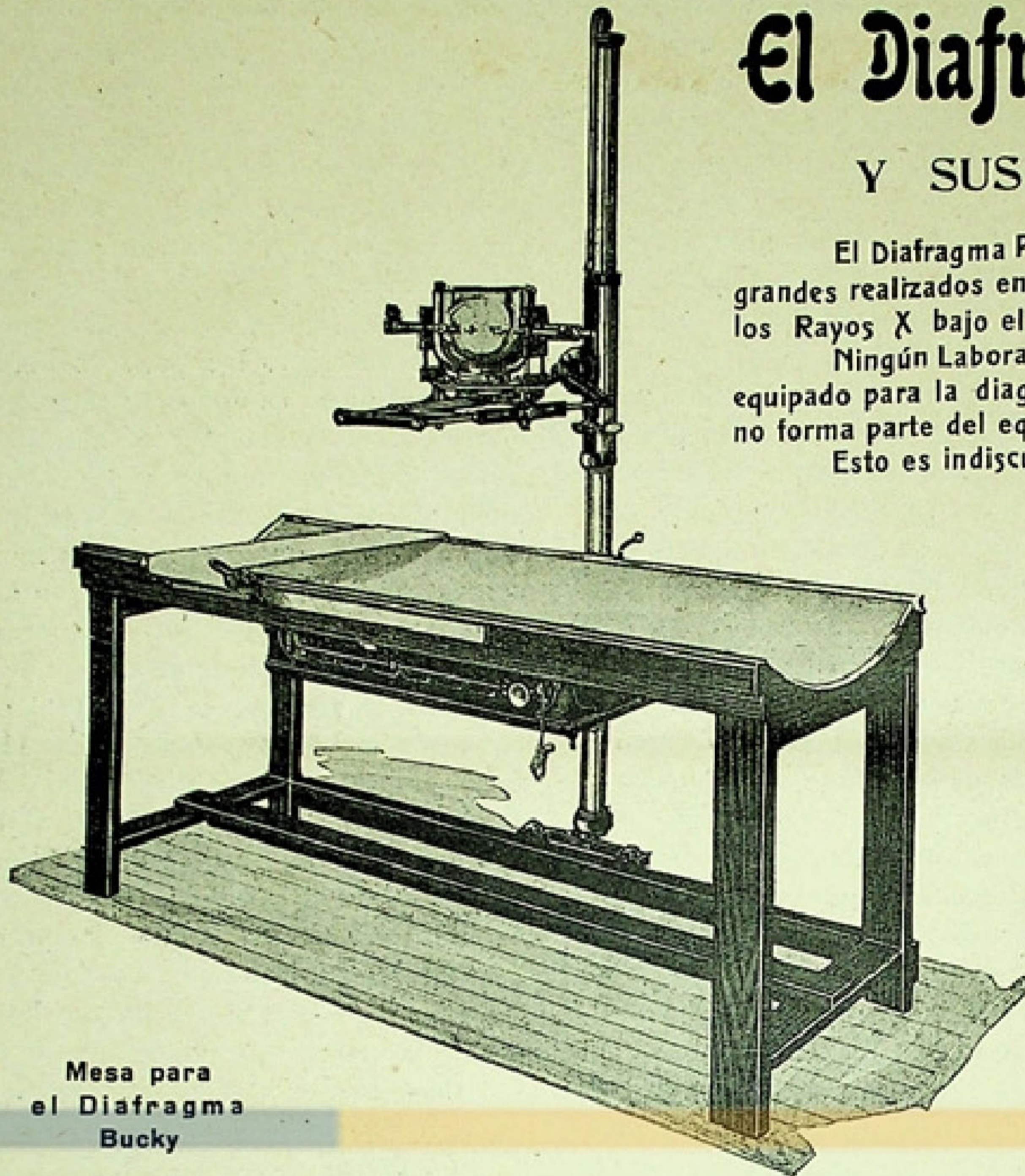
Fabricantes de Aparatos de Rayos X.—
Tubos Coolidge y Aparatos de Fisioterapia

Solicite informaciones a los únicos representantes:

International Machinery Co.

INGENIEROS-IMPORTADORES

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



Mesa para el Diafragma Bucky

Siempre que le sea posible

PREFIERA LAS AUTOVACUNAS

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

DR. LEONIDAS CORONA

LABORATORIO CLÍNICO

DELICIAS 868 SANTIAGO

SCHWARZENBERG y Cía.

Estado 146 — Casilla 847

SANTIAGO

: Artículos Quirúrgicos :

y

Muebles para Hospitales

LABORATORIO CLÍNICO DEL

DR. LEONIDAS CORONA

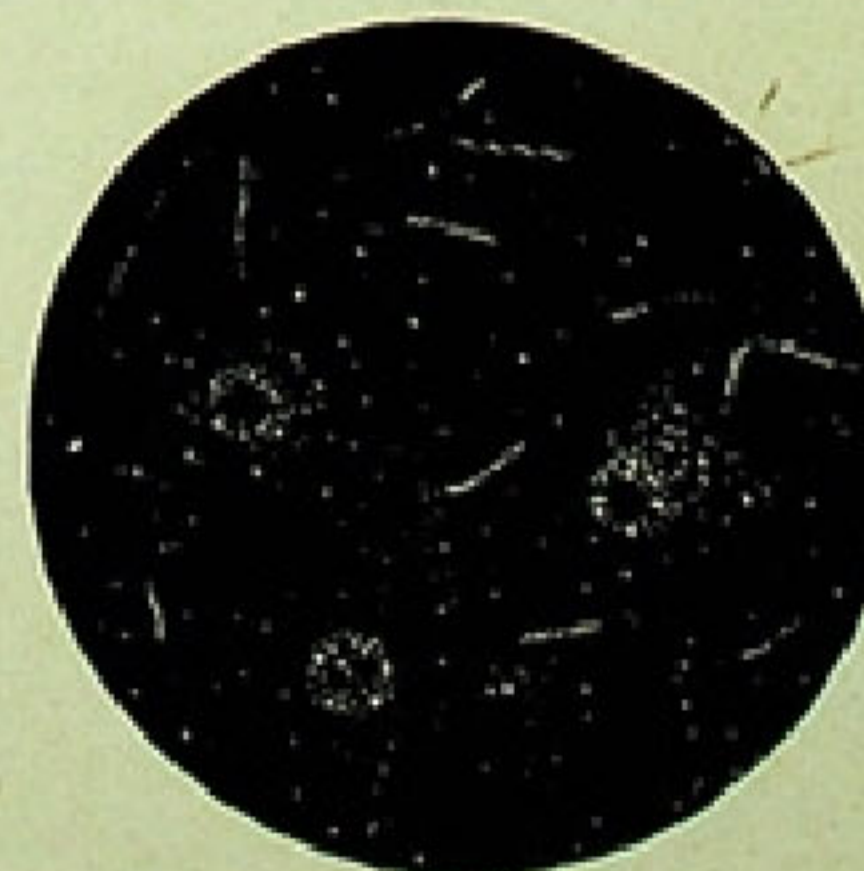
SANTIAGO, DELICIAS 868

DETERMINACIÓN DEL METABOLISMO BASAL

METODO DE EXAMEN MUY INTERESANTE Y DE GRAN UTILIDAD EN LA PRACTICA CLÍNICA

1. Para diagnosticar y comprobar las insuficiencias de las glándulas endocrinas y especialmente tiroideas.
2. Para comprobar la acción de los extractos glandulares y regular las dosis.
3. Para comprobar en el bocio exoftálmico el hiperfuncionamiento de la glándula tiroidea y la intensidad de este trastorno.
4. Para el diagnóstico de los hipertiroidismos ligeros, y por consiguiente como ayuda eficaz en una serie de diagnósticos diferenciales.

En Inobesidad permite determinar si se trata de obesidad simple o acompañada de insuficiencias glandulares, especialmente tiroidea.



LABORATORIO CLINICO

DEL

Dr. Leonidas Corona T.

SANTIAGO — DELICIAS 868

Servicio de diagnóstico de la sífilis

REACCIÓN DE WASSERMANN

EXAMENES ULTRAMICROSCÓPICOS

ficación y trascendencia a este respecto. Nadie ignora que la constitución de la familia chilena comporta una afrenta social nacional tan grave como lo es la mortalidad misma, y muy en especial, la mortalidad infantil. Los hijos ilegítimos están diez veces, por lo menos, más expuestos que los legítimos, a la enfermedad y la muerte.

Alcoholismo, enfermedades venéreas con todas sus múltiples y complicadas ramificaciones y hasta complicaciones, y tuberculosis, constituyen, en mi concepto, una pirámide de grandes proporciones, en cuya base debe brillar la insignia de la visitadora de higiene social resuelta a minarla y derribarla por sus cimientos.

Hace apenas dos días se presentaban a mi servicio de Clínica Quirúrgica tres enfermos que evidenciaban por sí solos todo el inmenso campo que habrían podido encontrar en las familias de ellos las auxiliares sanitarias. Era el primero un niño de unos 14 años a lo sumo, que en una de nuestras infernales góndolas o autobuses, ejercía el papel de cobrador. La impericia inherente a sus escasos años le hace saltar en un accidente en tan fatales condiciones que un tranvía le mutila horriblemente el muslo derecho. Hubo que amputarlo inmediatamente; conservó la vida solamente porque una hermana le da 400 gramos de sangre...

El segundo es un hombre que ha recibido tres heridas de bala después de haber provocado al cantinero, y éste, amenazádolo, probablemente porque él mismo veía ame-

nazada su vida. El niño de 10 años que lo acompañaba huye. El ejemplo es imponente y vale la pena recordarlo: a esa misma edad el herido de hoy había recibido su primera herida de bala de su propio padre.

El tercer enfermo es precipitado por un amigo, sin que mediara ofensa ni provocación, desde un puente de tres metros de altura. Llega con parálisis de los cuatro miembros por fractura, probablemente, de la sexta vértebra cervical. Pienso que en todos ellos una visitadora social habría tenido ancho campo de previsión y de prevención.

La visitadora social o de higiene pública tiene otro campo vastísimo donde desplegar sus actividades, en la escuela primaria. Algo he dejado entrever ya en términos muy generales. Ella es la que puede, más que la maestra misma, reconocer en momento oportuno, cuál es la verdadera causa de que un muchacho no rinda el aprovechamiento que sus demás compañeros. Sabrá elevarse hasta el hogar mismo del chico, indagar las condiciones sociales de sus padres, convencerse de si, vuelto al hogar, se alimenta de una manera suficiente, duerme cuanto ha menester y con abrigo suficiente, o si, por el contrario, se exteriorizan ya en el escolar las taras mismas que exhiben sus progenitores, y la miseria que ellas acarrear, le incapacitan para llegar hasta el médico, o bien porque desconoce su significación, lo que es igualmente frecuente. Es sencillamente incalculable el número de pequeños defectos

que, a la larga, forman males irremediables y cuyo estudio deberá hacer con proligidad y esmero la visitadora social. Ella es, a la vez, la primera que puede reconocer que hay en el chico objeto de su observación, un mal más profundo que requiere el aislamiento o mantención en escuelas ad hoc, donde el educando se sienta al igual que sus demás compañeros y no deprimido, ni hostilizado por los implacables camaradas, que no le perdonarán que no vibre al unísono con todos ellos, ignorantes como están de que el mal tiene orígenes más profundos. Los atrasados mentales no deben concurrir a la escuela pública sino que a escuelas especiales.

La visitadora social es, a la vez, la que en otros países ha descubierto aquellos chicos que, víctimas de un asolapado y traídor ataque de reumatismo agudo desconocido, comienza a dar las primeras demostraciones de fallas de un corazón que jamás había auscultado todavía un médico. Por este procedimiento de observación sencilla, elegante, pero eminentemente científica, se ha llegado en otros países a segregar los niños que cojeaban del corazón, para educarlos y entrenarlos en trabajos mucho más adecuados a su delicado estado del corazón. Por ese camino es cómo se ha llegado en Inglaterra a hacer que el reumatismo agudo sea incumbencia de la higiene pública.

(Concluirá)

Sueros Ruete-Enoch. — Hamburgo

ENVASADOS POR EL

Instituto Sánitas

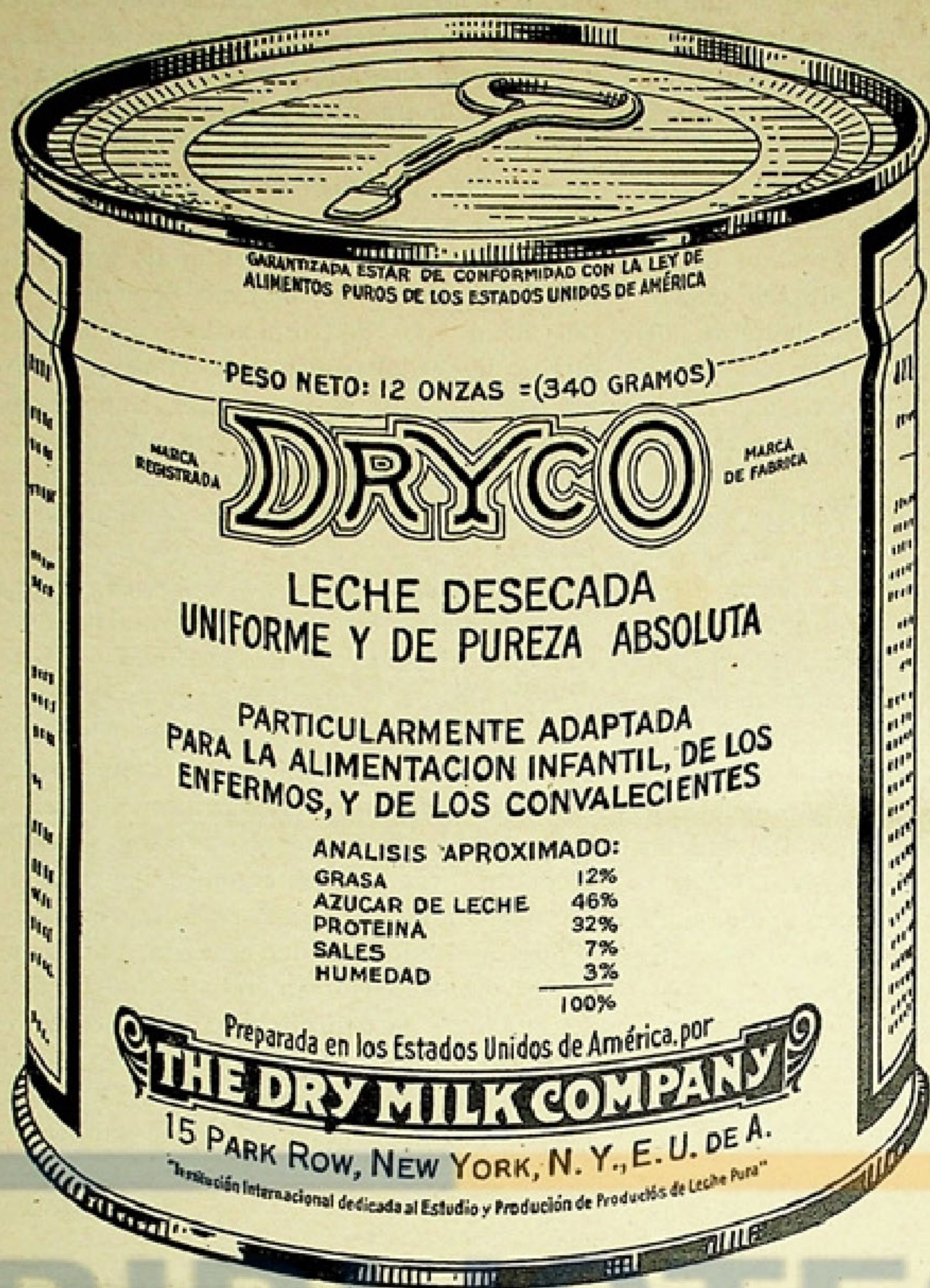
Antidiftérico

Antiestreptocócico

Antitetánico

Antigangrenoso

Pídanse en las buenas Boticas



ANIMASA

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

ARTERIO - ESCLEROSIS

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

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

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

LITERATURA GRATUITA

ORGANOTERAPIA

BROWN - SEQUARD, Prof. ZUNTZ: Prof. POEHL

FABRICANTES:

Organoterapeutische Werke

NEUENKIRCHEN en Oldenburg
(Alemania)

Introducción y Concesionario exclusivo para Chile:

L. ARENSBURG - Santiago
CASILLA 3609

INSTITUTO DE SALUD CISTERNA

(Población Nueva España)

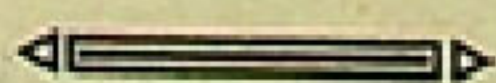


Destinado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades
:- nerviosas y mentales. :-

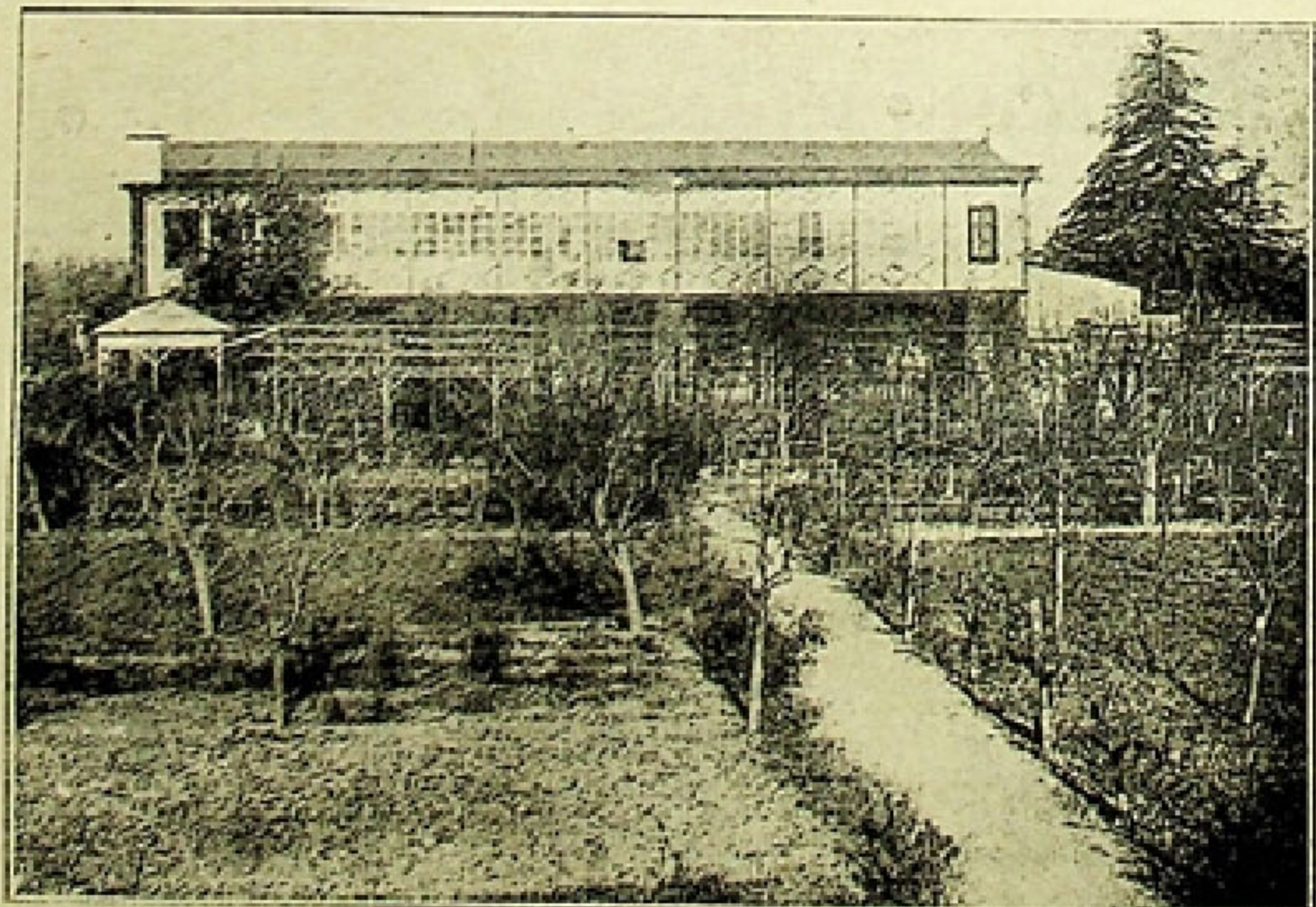
DIRIGIDO POR EL

DOCTOR FONTECILLA

SANTIAGO — DELICIAS N.º 1626



ELECTROTERAPIA, HIDROTERAPIA, ETC.



LA SOCIEDAD MÉDICA DE CHILE

Y EL

SINDICATO DE MÉDICOS

Las grandes transformaciones que en su espíritu y en sus condiciones materiales, ha experimentado en el último tiempo la higiene pública, especialmente con la creación de un Ministerio del ramo y la dictación de una abundante legislación sobre la materia, han tenido una honda repercusión en el cuerpo médico nacional, suscitando a la vez que una mayor preocupación por las cuestiones de interés general, una franca tendencia a las asociaciones de carácter gremial o sindical.

Dos han sido las manifestaciones principales de esta tendencia que dejamos anotada: la creación de una "Sociedad Médica de Chile", que reúne en su seno a las actuales sociedades médicas de carácter científico existentes en el país, y a las que en el futuro se funden, y que tendrá, además, el carácter de una asociación gremial y mutualista. Y en segundo lugar, la formación en Valparaíso, del Sindicato de Médicos de Chile — que reúne a un grupo numeroso de colegas de varias partes de la República con el fin primordial de la defensa de los intereses de la profesión.

Esta última institución desarrolla desde hace algún tiempo, por medio de boletines y de otras publicaciones, una interesante labor de difusión de esta clase de preocupaciones, y está ilustrando al Cuerpo Médico sobre la nueva y complicada situación que se le crea con la dictación de leyes tan interesantes y delicadas como la que obliga el seguro de enfermedad e invalidez, por ejemplo.

Miramos con honda simpatía el desarrollo de estas nuevas actividades de nuestros colegas, actividades profundamente justificadas ante un porvenir que se adivina muy cercano y lleno de problemas del mayor interés.

Damos a continuación el "Proyecto de Estatutos de la Sociedad Médica de Chile" aprobado con ligeras modificaciones en una de las últimas sesiones de la Sociedad Médica de Santiago.

TÍTULO I

De la Sociedad

1º Se establece en Chile, con su sede en Santiago, una asociación de Médicos con el nombre de Sociedad Médica de Chile.

2º Su duración será indefinida y el número de sus socios ilimitado.

3º Esta Sociedad tiene por objeto el estudio de las ciencias médicas y afines, la solidaridad de los médicos del país, la vigorización de su influencia dentro de la colectividad, la mutua cooperación de sus asociados y la defensa de sus intereses.

4º Para realizar estos objetivos que la Sociedad se propone, se celebrarán sesiones periódicas de carácter científico, formará una biblioteca que estará permanentemente a disposición de los asociados, mantendrá revistas de carácter científico.

5º Su acción social se extenderá a todo el territorio de la República y hará suyas las aspiraciones del Cuerpo Médico en el orden científico y social, según lo expresen sus asociados.

Fundará una Cooperativa. Mantendrá un Club social. Este Club tendrá por objeto estrechar las relaciones y propender al mutuo conocimiento de los médicos.

Formará un fondo de invalidez y establecerá una cuota mortuoria para ayudar a la familia de los asociados.

6º De esta Sociedad formarán parte las diversas asociaciones médicas existentes y las que se formen en el país.

TÍTULO II

De los socios

1º La Sociedad se compondrá de 5 clases de socios: honorarios, activos, pasivos, jubilados y corresponsales.

a) Son socios honorarios los que por sus eminentes conocimientos o por señalados servicios a la Institución se hagan acreedores a este título.

b) Son activos los que adquieren un título de la Sociedad y paguen además las cuotas adicionales de cooperación que más adelante se detallarán.

LA "BIOPLASTINA SERONO"

EN EL CONCEPTO DE UN

Gran Maestro de la Medicina Argentina

Marzo 15 de 1917

El preparado que con el nombre de **BIOPLASTINA SERONO**, el profesor de Roma, Dr. César Serono ha hecho conocer, es una lecitina, es decir, un compuesto orgánico derivado del ácido glicero-fosfórico, que algunos autores incluyen en una clase particular de cuerpos llamados *fosfátides*.

Sus propiedades fisiológicas, bioplásticas y regeneradoras, han sido comprobadas por la experiencia, que ha demostrado que esta sustancia desempeña un gran papel en el desarrollo de los nuevos seres, en el embrión y en la germinación misma. Su absorción va seguida de la retención del fósforo y del azoe que el organismo utiliza para la reconstitución y sostenimiento de los elementos celulares, la formación de los huesos, el desarrollo del cerebro, apresurando el crecimiento y el aumento de peso del cuerpo; tiene además, la propiedad de estimular la energía de las funciones hematopoiéticas del bazo y médula ósea.

Una sustancia como ésta que extiende sus efectos hasta el de fijar ciertas toxinas (ponzoña de cobra, tétano, etc.) y que concurre en forma tan especial en la actividad de la vida celular, en la nutrición, lo mismo que en la evolución de algunas enfermedades, debía, naturalmente, tener importantes aplicaciones en la terapéutica.

Yo he usado en grande escala la **BIOPLASTINA SERONO** y siempre con buen éxito, particularmente en la fatiga mental, en la neurastenia, en los accidentes distróficos de la diabetes, en la lentitud del crecimiento, en fin, en las enfermedades debilitantes, en la anemia y en la clorosis. En la tuberculosis en sus primeros períodos también suele mejorar el estado general contribuyendo a restablecer el equilibrio nutritivo.

En suma, es un buen medicamento, convenientemente presentado y munido de los medios de asegurar su pureza.

PROF. JOSÉ PENNA

Muestras y Bibliografías a disposición de los señores Médicos

DIRIGIRSE A **Hijos de Attilio Massone**

Claros 205 ≡ SANTIAGO ≡ Casilla 3584

c) Son socios pasivos los que únicamente deseen concurrir a las sesiones y conferencias y cooperar en la labor científica de la Sociedad.

d) Son jubilados los que a indicación del Directorio estén en condiciones de gozar de ciertos beneficios, como ser la exención de cuotas y de percibir subsidios por incapacidad física. Será condición el haber cumplido durante 5 años sus obligaciones de socio activo.

e) Son corresponsales los que, residiendo fuera del país, sean colaboradores científicos de la Sociedad.

2º Podrán ser socios activos los actuales socios de la Sociedad Médica y demás sociedades que se encuentren establecidas a la fecha. No podrán ser socios de esta categoría aquellos que no perteneciendo actualmente a ninguna institución médica, tengan más de cincuenta años de edad.

Dejarán de ser miembros de la Sociedad los que no cumplan durante un año con sus obligaciones de socio y los que renuncien por escrito. El valor de su título responderá de las obligaciones del socio activo.

TÍTULO III

De las cuotas

1º No pagarán cuotas los socios honorarios, corresponsales ni los jubilados por el Directorio.

2º Los socios activos deben adquirir un título de incorporación cuyo valor será de \$ 300, valor que será integrado en un plazo

de seis meses por los médicos que tengan más de dos años de profesión y en un plazo de un año por los médicos que tengan menos de dos años de ejercicio profesional. El capital formado por estos títulos de incorporación de los socios activos será íntegramente destinado a la adquisición de los bienes raíces que la Sociedad necesita y su valor será reembolsado cuando el socio falleciere o dejare de pertenecer a la Sociedad. El socio podrá transferir su título por intermedio del directorio.

3º Los títulos quedarán depositados en Tesorería y responderán de los compromisos del socio para con la Sociedad.

4º Se considerará que no ha cumplido el socio que durante un año no hubiere cubierto sus cuotas, y en este caso la Sociedad podrá hacer efectivo el valor del título, previa notificación por escrito.

5º El socio activo está sometido al pago de cuotas de la sección científica, club y biblioteca, que será de \$ 30 trimestrales, las cuotas mortuorias y la de cooperación en la forma que lo establece el reglamento respectivo.

6º Los socios pasivos no pagarán el título de incorporación y pagarán únicamente la cuota de la sección científica, club y biblioteca, que es de \$ 30 trimestrales.

TÍTULO IV

Del Directorio

1º El Directorio de la Sociedad residirá en Santiago.

2º Estará compuesto de un presidente, dos vice presidentes y seis directores, que se elegirán en asamblea general. Además cada una de las secciones científicas de que esta Sociedad se compone tendrá derecho a elegir un director.

3º Los cargos de presidente y de vice presidentes serán designados por elección en asamblea general.

4º El Directorio permanecerá un año en funciones y elegirá a dos secretarios de entre sus directores.

TÍTULO V

De las sesiones y conferencias

1º Cada una de las sociedades científicas de que esta Sociedad se componga, celebrará sesiones en la forma que lo establezca su Directorio particular.

2º Una vez en el mes habrá sesiones con la cooperación de todas las secciones. Una vez en el año una de estas sesiones generales se celebrará en una capital de provincia.

3º El Directorio de la Sociedad citará a asamblea general cuando lo estime necesario. Habrá por lo menos dos sesiones generales cada año, una de las cuales será destinada a la elección de Directorio y otra, a dar cuenta de la marcha de la institución.

TÍTULO VI

De los fondos y bienes sociales

1º Son bienes de la Sociedad Médica de Chile el activo y pasivo de la actual Socie-

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

Agentes en Chile: **ALERT Y CIA.** Compañía 1289 - Casilla 1932 - Teléfono 203 - SANTIAGO

ALIVAL

YODO ORGÁNICO

63% de yodo. Aplicación interna y externa, inyectable. Bien tolerado, Sífilis, Arterioesclerosis, etc.

Envases de origen:

Tubos de 10 y 20 Tabletas a 0,3 g.
Cajas de 5 y 10 Amp. a 1 g. Alival

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: 0,25-0,26 gr. antes de las comidas.

Sólo servimos la Anestésina pura (en polvo)

SABROMINA

BROMO ORGÁNICO

insípido.

De tolerancia perfecta y acción eficaz. Antiespasmódico y sedante.

Envase de origen:

Tubitos con 20 tabletas de 0,50 gr. cada una.
2 tabletas de 2 a 4 veces al día.

El preparado de oro

TRIFAL

Marca Registrada

auro-tiobenzimidazolcarbonato sódico

Para el tratamiento específico de la Tuberculosis.

Envases de origen:

Ampollas de «TRIFAL» en sustancia de 0.025-0,05-0.1 gr.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos.

HIPOFISINA

acreditado

Tónico uterino

Eficacia uniforme. Soluciones esterilizadas para inyecciones y para uso interno.

Envases de origen:

Cajitas con 3, 5 y 10 ampollas de 0,5 y 1 cm³. Frascos de 10 cm³.

PERLAS DE VALIL

Remedio calmante

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

Envase de origen:

frasco de 25 perlas de 0,125 gr.
2-3 veces al día 2 a 3 perlas después de las comidas.

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 ningún preparado oficial de Tumenol.

dad Médica de Santiago, el capital formado por los títulos que se emitan y por las cuotas de los asociados y todo lo que la Sociedad adquiriera por donación o legado.

2º No son bienes de la Sociedad los fondos formados por cuotas mortuorias ni de cooperación.

TÍTULO VII

De las cuotas de cooperación

1º La cuota mortuoria será fijada anualmente por el Directorio, teniendo presente el número de socios y el monto del seguro.

2º El seguro de invalidez se servirá con el fondo formado por la cuota de cooperación, que será de \$ 5 mensuales. Este seguro será percibido por el socio que, previo los trámites reglamentarios, sea declarado inválido temporal o definitivamente, pasando en este último caso a formar parte de la categoría de los socios jubilados. Este seguro será entregado directamente al interesado. Si en el momento de concedérsele este beneficio, el socio no estuviera al día en sus cuotas, éstas serán descontadas de la suma asignada.

3º El socio inválido temporalmente deberá reembolsar en un plazo que le fijará el Directorio, la suma asignada. En iguales condiciones quedarán los socios que soliciten un préstamo, el que se hará con la presentación de una fianza que calificará el Directorio.

4º La Sociedad se interesará directamen-

te por la familia del socio inválido o fallecido.

5º La invalidez será calificada por una comisión de médicos y para ser declarada se necesita por lo menos el voto favorable de las tres cuartas partes del Directorio.

REGLAMENTOS

Del Club

1º Son miembros del Club los socios activos, pasivos, honorarios y jubilados. Los socios corresponsales y aquellas personas que el Directorio acuerde, serán considerados como socios transeúntes.

2º El Directorio del Club estará formado a lo menos por cuatro socios activos, quienes se turnarán en sus funciones. En la elección de este Directorio no podrán tomar parte sino los socios activos de la Sociedad.

3º El Club tendrá salones de lectura, comedores, y anexos, piezas de alojamiento para médicos, salas de entretenimientos con exclusión de juegos de azar.

4º El director de turno será el que velará por el correcto funcionamiento y será responsable ante el Directorio de la Sociedad.

5º El personal del Club será fijado por el Directorio de éste y sometido a la consideración del Directorio de la Sociedad.

Biblioteca

Será una de las preocupaciones principales del Directorio el mantenimiento de una

biblioteca de libros y revistas que estará al servicio de los asociados.

La biblioteca será atendida por un empleado a sueldo que estará supervigilado por un miembro del Directorio.

De las atribuciones del Directorio

1º Representación legal y social de la Sociedad por intermedio de su presidente.

2º Proponer nuevos reglamentos o la reforma de los vigentes a la asamblea general.

3º Aceptar o rechazar socios.

4º Dar a los socios el carácter de jubilados o de honorarios.

5º Tomar medidas disciplinarias, conforme a lo que se establece en los estatutos.

6º Velar por la correcta marcha de la Sociedad y por su desarrollo.

De las juntas generales

1º Habrá por lo menos dos juntas generales en el año.

2º El quorum de estas juntas generales será a lo menos de cincuenta socios.

3º Antes de celebrarse una junta general debe ponerse en conocimiento de los socios por carta y a la vez por publicaciones en la prensa.

4º En caso de que no asista el número reglamentario de socios se citará ocho días después y se celebrará la asamblea con el número que asista.

TRICALCINE

EL RECONSTITUYENTE más poderoso, más racional y más científico.

Tratamiento de la TUBERCULOSIS

RECALCIFICACIÓN intensa del organismo debilitado.

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

Único concesionario

Víctor Corry

Sucesor de CASA ARDITI

Monjitas 739 : Casilla 78 D. : SANTIAGO

TÓNICO MANGANITA

Jarabe de Yoduro de Manganeso ◀▶ Regenerador de la sangre

El YODURO DE MANGANESO es un medicamento de gran valor terapéutico en la curación de la anemia, la cloro-anemia, el raquitismo y la escrofulosis. Ejerce sobre el organismo una doble acción medicinal, por el yodo que contiene su molécula, útil en los estados 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 surmenage físico e intelectual, y en todos los estados depresivos del organismo. Pero su más preciosa cualidad, es el poder que tiene de aumentar en considerable proporción los glóbulos rojos de la

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

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

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

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

Fórmula: YODURO MANGANESO AL 2%

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

Droguería Botica "LA CARIDAD"

FELIX BELLICIA

DESPACHO EXACTO DE RECETAS

DEPÓSITO:

PERFUMERIA "BRISAS PORTEÑAS"

— 21 DE MAYO 882 —

Casilla 1390 — Teléfono 3712

HIPNOTICO PODEROSO - SEDATIVO NERVIOSO

GARDENAL

INDICACIONES:

Epilepsia — Excitación Nerviosa
Insomnios rebeldes

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

Estos últimos para la terapéutica infantil



Los Establecimientos **POULENC Frères**

86 y 92 Rue Vieille - du - Temple — PARIS

DIADERMINA

BONETTI FRÈRES

Para evitar confusiones exigase siempre: "Diadermina Bonetti"

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

Neutro - Inalterable
Agéptico
fácilmente
absorbible
soluble en el agua
sin
incompatibilidades
Es la mejor Crema de Belleza

AGENTE PARA CHILE:

CASILLA 61

J. B. DIDIER

SAN PABLO 1340

SANTIAGO

CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL PROF. SIERRA.

EL DOLOR

Considerado como síntoma

de las

afecciones abdominales ⁽¹⁾

por

L. de la CERDA SCHUYLER

Siempre ha sido, y con razón, el dolor el síntoma objetivo que más ha preocupado a cualquier paciente, y es él la causa de que recurran al médico, por lo general, en busca de un alivio para esta molestia.

Hay enfermedades graves, acaso las más graves de la economía, ya que fatalmente conducen a la muerte, que por no presentarse desde su comienzo con este molesto y precioso síntoma son descuidadas completamente... no tendré para qué decir que me refiero al cáncer; en especial, a su más frecuente modalidad, el cáncer uterino; que, como es sabido, sólo presenta este síntoma cuando ya se encuentra en un estado bastante avanzado.

Por eso, este síntoma merece dedicarle hoy unos instantes de atención y me referiré en especial a su presencia en las diversas afecciones del abdomen, y aún a las extra-abdominales que tienen su localización dolorosa en él.

No hay quien en el trascurso de su vida no sepa lo que es dolor. Todos lo conocemos, pero dar su definición es difícil.

No quiero entrar en consideraciones metafísicas abstractas al respecto, de la conciencia del dolor; ni quiero preocuparme por algunas sensaciones desagradables a las cuales se les dá también el nombre de dolor. Voy a permitirme, para dar un bosquejo de definición, repetir lo que dice de él Sir James Mackenzie: "Es una sensación desagradable debida a la excitación de una porción del sistema cerebro-espinal y transmitida por los nervios que parten de esa región a la superficie externa del cuerpo".

Antes de entrar en detalles haré un ligero recuerdo de la sensibilidad de los tejidos en general, o sea, de su reacción ante agentes tan diversos como son: el tacto, el calor, la presión... etc. Sabemos que los tejidos que constituyen la envoltura externa del cuerpo son más o menos sensibles; las vísceras, las membranas serosas de las cavidades, con una sola excepción, la vaginal testicular, son insensibles. Vale la pena recordar esta especial cualidad de la vaginal. Ha podido ser explicada satisfactoriamente después de pacientes estudios anatómicos de Waterston, que comprobó que una rama del nervio gé-

nito crural, nervio dependiente del sistema espinal y por lo tanto, sensitivo, terminaba en ella.

La aplicación de un estímulo sobre la piel, produce en ella una reacción apropiada a este; en cambio, sobre los tejidos internos o no observamos reacción o la observamos alterada. Así, si picamos la piel en la cercanía del ano, observamos reacción, producimos dolor; no así si picamos la mucosa, en que sólo tendremos una sensación táctil sin llegar a ser dolor.

Si buscamos la causa de esta diferencia, la encontraremos en la diversa inervación de estos tejidos. Aquellos que reaccionan con dolor están inervados por el sistema cerebro espinal; en cambio, los que no reaccionan en esta forma se encuentran inervados por el sistema vegetativo o simpático-para-simpático.

En la pared abdominal encontramos tres capas de tejidos dotados de una gran sensibilidad al dolor. Creo que sería inútil insistir sobre la sensibilidad de la piel, de todos conocida. Quiero, sí, recordar que a menudo ella se encuentra exajerada en forma de "hiperestesia cutánea", la que va, por lo general, acompañada por la reacción de la segunda capa o plano muscular, lo que se ha denominado "defensa muscular". Es la capa de músculos planos (oblicuo mayor, oblicuo menor, y trasverso) que ha experimentado ante una excitación medular una exasperación de su sensibilidad, sufre en esos instantes de una hiperalgia muscular. Si meditamos un momento nos será fácil comprender el gran papel que juega esta defensa como mecanismo de protección inmovilizando el abdomen.

La tercera capa sensible es el tejido laxo preperitoneal. Ha sido la clínica la autora de este hallazgo al observar que en las operaciones abdominales con anestesia local, era posible incindir la piel y músculos sin mayor dolor; pero al tratar de abrir suavemente la capa celular preperitoneal, el enfermo, pese a la anestesia, por lo general, en esos planos profundos no muy completa, experimenta una sensación a veces intensamente dolorosa.

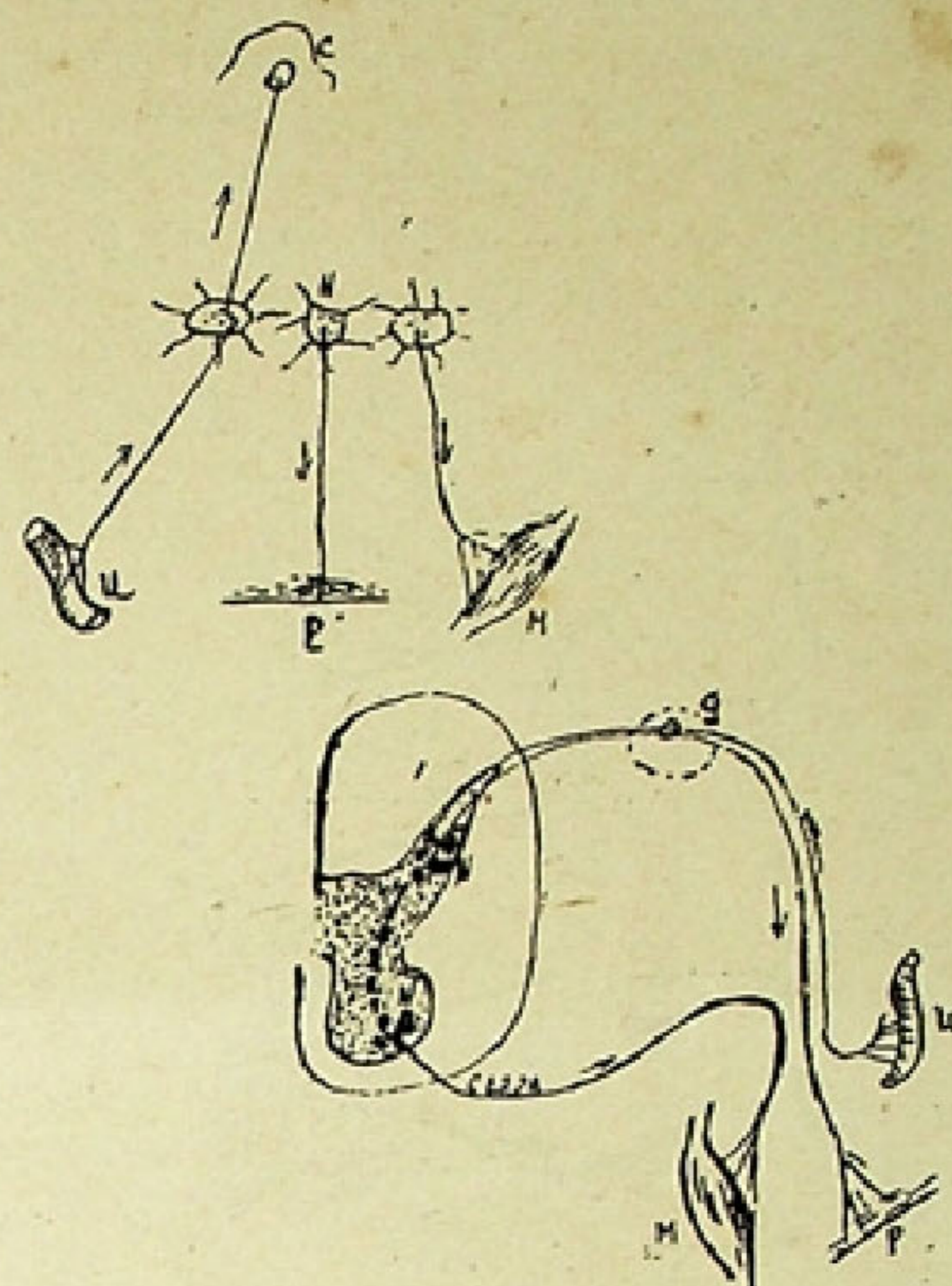
No hace muchos años, Ramström, en un examen histológico de la pared abdominal del hombre ha confirmado esta idea, demostrando que esa región se encuentra abundantemente provista de nervios y extremidades nerviosas provenientes de las ramas que inervan los músculos de la pared.

Hecho este recuerdo, vamos a revisar someramente el arco reflejo viscerosensible para explicarnos el dolor en el abdomen.

Supongamos una úlcera pilórica. Aunque su sitio se encuentra a la derecha de la línea media, su punto doloroso se encontrará exactamene en ella, por lo general, dos o tres traveses de dedo por sobre el ombligo. Si desplazamos al enfermo o si lo hacemos respirar profundamente, el estómago, y por ende la úlcera, deberá variar de posición, pero su punto doloroso no varía; lo que in-

dica que no es propiamente la úlcera la que duele.

El mecanismo del dolor se explica actualmente de la siguiente manera (fig. N.º 1):



(Fig. N.º 1)

Esquema del reflejo viscerosensible y visceromotor.

C. Cerebro.
N. Células medulares.
U. Intestino.
P. Piel.
M. Músculo.
G. Ganglio espinal.

Parte la irritación desde la úlcera conducida por el sistema simpático hasta la médula. Llega a una célula colocada, por lo general, en la base del cuerno posterior, en su parte externa. Sabemos que cuando una excitación es suficientemente intensa se trasmite a las células vecinas, y de esa manera veremos que se trasmite a las células sensitivas cercanas, las que con su prolongación central hacia el cerebro nos dará la sensación subjetiva de dolor y con su prolongación periférica la sensación de hiperestesia. Si es más intensa aún la excitación, se transmitirá a las células motoras del asta anterior medular, las que por su excitación producirán una contractura muscular, una defensa, como es denominada.

Antes de comenzar a tratar en especial los diversos dolores abdominales, quiero reproducir aquí el esquema hecho por Mackenzie de las zonas de distribución cutánea del dolor, correspondiente a segmentos internos del abdomen. Sir James Mackenzie ha descrito (fig. N.º 2) en la línea media del individuo zonas sensibles que corresponden aproximadamente a porciones del tubo digestivo. Así, la zona A corresponde al esófago; la zona B al estómago; la zona C al intestino delgado, y finalmente, la zona D, a las afecciones del intestino grueso; basado todo esto en sus cuidadosos estudios de distribución segmentaria y metamérica de la inervación.

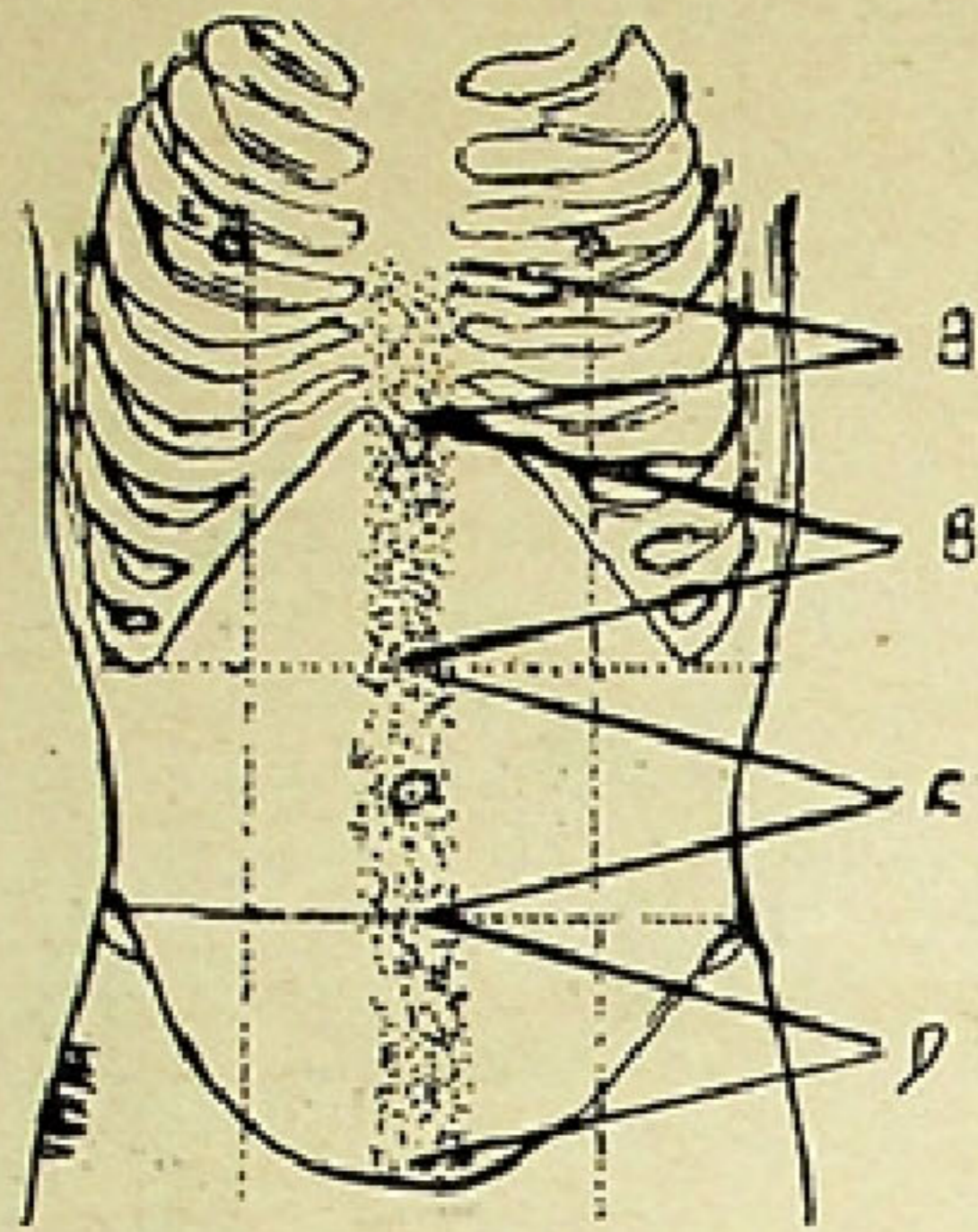
En realidad, esto no es tan esquemático como lo describo; pero puede servirnos co-

(1) Conferencia leída en la clase de los Viernes de la Clínica del Prof. Sierra.

mo guía de diagnóstico o localización de la porción afectada.

Pasaré ahora a describir los dolores según su localización.

En el epigastrio. Es común encontrar el dolor en los casos de: cólico hepático, pancreatitis aguda, perforaciones gastro-duodenales o vesiculares, estrangulaciones internas (ya sea hernia de Treitz o acodadura de Laye) crisis tabéticas y gastralgias, anginas subdiafragmáticas.



(Fig. N.º 2)

Distribución de los síntomas sensibles en las afecciones del tubo digestivo. (Según Mackensie).

- A. Zona correspondiente al esófago.
- B. Zona dolorosa de las afecciones del estómago.
- C. Zona correspondiente a las afecciones del intestino delgado.
- D. Zona dolorosa de las afecciones del intestino grueso.

En la "fosa iliaca derecha" pueden ser: apendicitis, cólicos nefríticos, anexitis, quiste del ovario, piosalpinx, trilitis, peritiflitis, diverticulitis de Meckel.

En la "fosa iliaca izquierda": anexitis, perisigmoiditis, quistes del ovario, obstrucción de la S iliaca, ruptura de la trompa.

"Peri-umbilical" puede presentarse en las gastro-enteritis-apendicitis en comienzo, cólicos nefríticos.

Cuando el dolor no tiene localización fija debe de pensarse en: oclusión intestinal, cólicos nefríticos, embolia de los vasos mesentéricos, crisis cólicas, gastroenteritis agudas, cólicos de envenenamientos, procesos pulmonares agudos, en los cuales debe de pensarse, sobre todo, en los niños.

Por lo que respecta al cuadro de abdomen agudo, cuya urgencia operatoria es reconocida de todos, puede tener por causas:

Inflamaciones

- Colecistitis agudas.
- Apendicitis agudas.
- Pancreatitis agudas.
- Anexitis agudas.

Perforaciones

- Úlceras gastro-duodenales o rupturas vesiculares.
- Lesiones tifoídicas del intestino delgado.
- Heridas penetrantes del abdomen.

Hemorragias

- Embarazo ectópico.
- Pancreatitis hemorrágicas.

Obstrucciones

Estrangulaciones internas (hernias sigmoideas, hernias de Treitz).

Torsiones intestinales. Quiste del ovario, torcido.

Puede ser simulado por:

Cólicos (hepático, nefrítico, uterino, intestinales).

Insuficiencia suprarrenal aguda.

Terminado este ligero resumen de las generalidades que he expuesto, voy a referirme ahora en particular, a algunos dolores que, por su frecuencia, son los más comunes.

Comenzaré por la "apendicitis".

Las primeras sensaciones dolorosas de esta frecuente enfermedad se encuentran, por lo general, localizadas en el epigastrio, siendo descritas bajo el nombre de empacho, de cólico, etc., por la misma enferma. A continuación, encontramos su localización alrededor del ombligo, donde persisten por bastante tiempo, hasta que llega un momento, aquel en que el tejido subperitoneal es el afectado, siendo, por lo tanto, comprometidas las terminaciones nerviosas cerebro espinales, y en el que el dolor se viene a localizar en la fosa iliaca derecha, a menudo acompañado de defensa, exasperada por la presión local, dando lugar a los llamados puntos dolorosos de Mac Burney, de Lanz o de Morris.

Tomaré en cuenta, en seguida, la "colecistitis". La totalidad de las fibras simpáticas del abdomen superior y parte de las del inferior parten del plexo solar, verdadero "cerebro abdominal", como se le ha denominado, profundamente situado en el epigastrio por delante de la aorta y descansando sobre el tronco celiaco.

El plexo solar, formado por la reunión de los espláncnicos mayor y menor de ambos lados junto con los dos neumogástricos, tiene en la médula igual distribución segmentaria que los intercostales 6º, 7º y 8º que inervan el epigastrio; es por eso, pues, que las afecciones abdominales que corresponden a la distribución del plexo solar forzosamente repercuten con su dolor en el epigastrio.

La vesícula biliar se encuentra inervada por ramas independientes de este centro y su peritoneo por fibras que parten del frénico y del 7º y 8º intercostal, los cuales, a su vez, inervan la porción superior del recto anterior del abdomen y la piel del hipocóndrio derecho dando la hiperestesia y defensa durante su irritación.

Por esta inervación de su peritoneo visceral dependiente del 7º y 8º intercostal, se explica el dolor localizado en el vértice de la escápula, punto en que emerge a la superficie una rama perforante del 7º intercostal.

Cuando el peritoneo perihepático y parietal se compromete, tenemos afectadas las terminaciones del frénico que recorren el ligamento suspensorio y coronario, extendiéndose después por la cara anterior de la cápsula de Glisson. La irritación de estas terminaciones nos dará el dolor en el hom-

bro y aún en la cara interna del brazo, ya que la inervación de estas dos últimas regiones es dependiente de la 3ª, 4ª y 5ª raíz cervical, raíces de las cuales parte el frénico, lo mismo que los nervios supra-claviculares, y supra-acromial que a su vez inervan la región indicada.

"El cólico nefrítico" comienza, por lo general, con dolores lumbares que se irradian a lo largo de los ureteres, produciendo en la superficie los puntos dolorosos para-umbilicales superior e inferior. Por la irritación medular de los orígenes de los abdominogenerales mayor y menor, tendremos la explicación de los tan conocidos puntos de Bazy y del fenómeno de la retracción del cremaster del lado afectado.

En la "oclusión intestinal" el dolor inicial es intenso, sobre todo, a nivel de la extrangulación; en seguida se refiere al ombligo, si está afectado el intestino delgado, o continúa en el mismo punto si se trata del grueso.

A continuación el dolor afecta un tipo de cólico, debido a los enormes esfuerzos peristálticos encaminados a forzar la oclusión.

Por último, una nueva clase de dolores aparecen: es un dolor punzante acompañado de defensa y que indica el comienzo de la peritonitis.

Las "crisis de Diel" del riñón movable se presentan, por lo general, en forma de accesos, en mucho semejantes a las del cólico nefrítico, acompañadas de dolor a la palpación del riñón, de anuria refleja, de crisis simpáticas que, por lo común, acompañan esta afección.

"La embolia de los vasos mesentéricos" presenta a su vez dolores comparables al de la oclusión intestinal, diferenciándose en que rápidamente se acompañan de diarreas sanguinolentas.

Se ha intentado diferenciar una clase de dolor característica de "la pancreatitis aguda". Se dice que es un dolor epigástrico permanente e intenso que se diferencia, según los autores, de las crisis dolorosas del cólico hepático. A mi juicio, lo que me parece cierto es, que si no pensamos en esta afección, no hay ningún síntoma patognomónico que pueda hacérsela diagnosticar.

"La ruptura tubaria" en un embarazo ectópico, se caracteriza por un agudo e intenso dolor, generalmente, en el hipogastrio o fosas iliacas, acompañado de los síntomas característicos de las hemorragias internas. (Pulso débil y rápido; lipotimias, sensación de angustia, hipotermia, palidez intensa).

"La torsión del pedículo de un quiste del ovario" y la "ruptura de colecciones sépticas anexiales" deben de ser diagnosticadas por los demás signos síntomas que las acompañan, ya que sus dolores no tienen nada de característicos.

"Las crisis gástricas de la tabes, los dolores aórticos y de angina abdominal o subdiafragmática", así como la localización de la puntada de la neumonía en el abdomen, lo que es más común de encontrar en los niños; lo mismo que "los cólicos por envenenamientos agudos o crónicos", deben ser confirmados en su naturaleza por el estudio

de los demás síntomas que los acompañan, los que, por lo general, nos permitirán encontrar su diagnóstico exacto. Aquí como en todas las demás enfermedades, vale recordar la frase tan conocida: "No es un síntoma el que debe darnos el diagnóstico, sino el estudio cuidadoso del conjunto de síntomas".

Y para terminar, diré, permitiéndome repetir una frase ya muchas veces dicha, pero que no por eso es menos exacta: Si se cometen errores de diagnóstico no es por falta de conocimientos, sino por falta de examen.

Sobre todo en los dolores abdominales es donde hace más falta un examen prolijo y una anamnesis bien cuidadosa.

Estudio bacteriológico del desgarro en las bronquitis, en especial del micrococo o diplococo catarralis de Pfeiffer (1)

por el

Dr. Héctor C. CORONA

En las diferentes afecciones de las vías respiratorias, el examen del desgarro debe ocupar un lugar tan importante como el que ocupa en las enfermedades renales el examen de orina.

En el desgarro no es tan solo importante su estudio bacteriológico, es también en grado sumo su estudio citológico e histoquímico, tanta es la importancia que cada afección de las vías respiratorias tiene su forma histoquímica y citológica especial.

Todo examen debe hacerse en el mismo día y mientras más cerca se haga de su expulsión tanto mejor, pues es sabido que el desgarro es un espléndido terreno para la pululación microbiana y que los elementos celulares se alteran rápidamente.

El examen bacteriológico comprende tres partes: El examen directo, el cultivo y la inoculación a los animales.

El examen directo es esencial, por él nos damos cuenta de la flora microbiana y la relación de número de los diferentes gérmenes.

Los cultivos e inoculación completan el examen.

Las bronquitis crónicas encierran en sus secreciones una enormidad de especies microbianas, que se encuentran en estado normal en la cavidad buco-faríngea, a saber: el pneumococo, el enterococo, el pneumobacilo de Friedländer, el stafilococo, streptococo, el micrococo tetrágono, el colibacilo, el cocobacilo de Pfeiffer, excepcionalmente el bacilo piocianico, el proteus vulgaris y ciertos bacterios de la putrefacción. A estos

microbios es preciso agregar un micrococo descrito por Pfeiffer, el micrococo catarralis, cuya importancia no ha sido suficientemente puesta en relieve y que he logrado demostrar su enorme importancia en la inflamación crónica bronquial. Agréguese a éstos el paratetrágono zoogléico bien estudiado por Bezancon.

Pero al mismo tiempo que estos bacterios saprofiticos, elevados momentáneamente al rango de patógenos, se encuentran frecuentemente en los desgarros microbios del aire, micrococos, sarcinas, levaduras, bacilos fluorescentes que licuan la gelatina, filamentos del género leptotrix, bacilos semejantes al pseudodiftérico, streptotrix, etc.

Todos los gérmenes enumerados, a excepción del diplococo catarralis, están suficientemente estudiados y sería inútil que me ocupara de ellos; sólo el diplococo será tratado extensamente en esta comunicación.

Historia. — En 1898, Jündell, estudiando la bacteriología de la mucosa traqueal en los individuos normales y en los enfermos de bronquitis agudas, señala la frecuencia del catarralis. Ritschie señala la frecuencia del micrococo Gram negativos en los desgarros. Bernheim en el mismo año (1900), sienta la primera discusión de las relaciones del meningococo de Weichselbaum y el catarralis. Petruchsky, relaciona un caso de fiebre tifoidea con pneumonía, a la autopsia del cual se encuentra el catarralis en todos los órganos. Migula, estudia brevemente el catarralis. Con la misma ligereza, Neisser lo estudia en el *Traité classique de Kolle y Wassermann*. Jhon H. Pfeiffer y Sederl han hecho el estudio más completo en su memoria "Le micrococcus catarralis agent pathogène" (*Zeit f. Klein Med.* 1902).

Bezancon y Jong, en la epidemia de gripe del año 1905, lo encuentran con una extraña frecuencia; igualmente en esa época Buloch, Kretz, Ruhemann, ponen de manifiesto su frecuencia.

Kirchner, en la epidemia de gripe de 1890, encuentra diplococos Gram negativos que permiten asegurar que se trataba del catarralis (Neisser).

En 1896, Fosch y Kolle le consagran un breve artículo basado, en parte, en una comunicación oral de R. Pfeiffer, quien había encontrado aspectos idénticos al gonococo en los desgarros de broncopneumonía infantil.

Le Damanny lo ha encontrado frecuentemente en el curso de diferentes afecciones de las vías respiratorias y como huésped normal en las primeras vías.

Fernand Bezancon y Jong lo han encontrado, al igual que los autores alemanes, en las bronquitis, en las pneumonías gripales, en los tuberculosos febricitantes y en un caso de pleuresía hemorrágica. Hutinel en un caso de meningitis tuberculosa.

Se acepta, finalmente, que produce anginas y meningitis.

Yo lo he encontrado en todos los casos de bronquitis crónicas que he examinado, siempre en gran abundancia, predominando en muchos casos sobre el resto de la variada

flora microbiana que siempre existe en estos casos.

Rol patógeno. — Jündell lo ha encontrado veinte veces sobre cuarenta y dos exámenes de mucus de la mucosa bronquial sana, y en casi todas las bronquitis agudas. Weichselbaum y Yhon en los exudados de las fosas nasales en individuos sanos. Bezancon y Jong en casi la totalidad de los enfermos de gripe en la epidemia de 1905. Además lo han encontrado en bronquitis agudas, pneumonías y broncopneumonías.

Estos dos últimos autores, a diferencia de Yhon y Pfeiffer, no le señalan un rol fundamental en las afecciones de las vías respiratorias. Se apoyan en la inocuidad para los animales de laboratorio, en la rareza extrema de encontrarlos puros; pero piensan que podría tener un valor patógeno importante y que sería cuestión de estudios posteriores.

Por su constante presencia en las bronquitis crónicas y por haberme dado curaciones absolutas las autovacunas preparadas con este germen, estoy en condiciones de afirmar que su rol patógeno es evidente. Provoca él solo la inflamación de la mucosa de las vías respiratorias, dando una secreción al principio trasparente y filante que llega a ser rápidamente purulenta, de un color amarillo verdoso que mancha las ropas, al igual que una secreción blenorragica.

Inoculación. — Es poco virulento para los animales de laboratorio. Con dosis formidables por vía peritoneal a la laucha y el cuy, sólo se han obtenido ligeras inflamaciones de la pleura; ningún resultado en el conejo por todas las vías. No se ha podido elevar la virulencia por pasajes en el ratón.

Morfología. — Es un diplococo, asimétrico, en forma de granos de café, que se miran por el hilio. Gram negativo, inmóvil, a menudo intracelular. Se asemeja al gonococo y al meningococo. Se discute la presencia de cápsula.

Cultivos. — Es aerobio, no esporula. La vitalidad sobre agar simple es variable y mediocre. La vitalidad es mejor sobre gelosa sacarosada al 2%. El agar ascítico, el caldo ascítico o el caldo serum son espléndidos medios de cultivo; igualmente se desarrolla en espléndidas condiciones sobre gelosa al caldo de buey peptonizado.

El mejor medio para conservarlo es, ciertamente, la sangre gelosada preparada según el procedimiento de Bezancon y Grifon.

Desarrolla mal sobre papa, glicerina o no, y zanahoria. En caldo da un depósito pulverulento. En suero de conejo tiene un mal desarrollo.

No coagula la leche; no da reacción del indol, no licua la gelatina.

En la gelosa, después de las 24 horas, las colonias se parecen a las del streptococo, son redondas, con un borde irregular, cuando se las mira con lentes granulosas; el centro de la colonia, después de algunos días, se solleva y toma un tinte pardusco, la circunferencia es ondulada. Resembradas las colonias toman desde el tercer día este aspecto característico.

(1) No enumero el agente causal en las diferentes bronquitis específicas (bacilos de Koch, hongos, etc.)

El cultivo en agar-ascítico es bastante característico y se puede, por consecuencia, fácilmente distinguirlo; sin embargo, el meningococo y el gonococo se desarrollan bien en este medio, pero no tanto como el diplococo. La diferenciación es a veces bastante difícil.

Se hace más difícil aún la diferenciación de estos tres gérmenes por cuanto los tres son sensibles a las variaciones del medio; en efecto, la presencia y las variaciones cuantitativas de la glucosa, lactosa, glicerina, cloruro de sodio, la neutralidad del medio, hacen variar el aspecto y dimensión de las colonias. El mismo microbio puede dar colonias del porte de una cabeza de alfiler, transparente como el rocío, o bien colonias de 5 milímetros de diámetro, casi tan opacas como las del stafilococo.

La consistencia viscosa o mucosa de la colonia y la presencia de formas de involución y de tétrades son comunes en los cultivos de meningococos, más raros en los del gonococo, y más aún en los del catarral.

Hemos relatado que el catarralis puede producir meningitis y la diferenciación con el meningococo debe hacerse, tomando en cuenta que se cultiva fácilmente en los medios usuales, que no fermenta ninguna azúcar, que no es aglutinado con el suero antimeningocócico; sin embargo, Dieudonné afirma que es aglutinado, pero en proporción inferior al 1 por ciento.

La diferenciación del catarralis con los demás gérmenes del desgarró, es fácil. Entre los cocos Gram negativos podría hacerse la confusión entre el catarralis y el cocobacilo de Pfeiffer. Sin embargo, el catarralis en un grueso coco, el Pfeiffer es un pequeño cocobacilo, difícil de ver, a menudo agrupado en cintas alargadas, disposición que no toma el catarralis.

El catarralis puede agruparse en masas semejantes a las del gonococo; jamás se agrupa en cadenas.

Las adquisiciones terapéuticas

EN

patología cardio-vascular

por los

Drs. C. LIAN, R. BARRIEU
y A. BLONDEL

(Continuación)

Reumatismo cardíaco

Hay dos nociones nuevas importantes que anotar en el tratamiento del reumatismo cardíaco.

Reumatismo cardíaco evolutivo

Se conoce el peligro que representa para quien tiene una cardiopatía valvular reu-

mática, la aparición ulterior de nuevas crisis de reumatismo articular agudo. A este hecho clásico, Josué ha agregado la noción de que en estos casos las recaídas reumáticas podían localizarse únicamente sobre el corazón sin tocar las articulaciones. Así, en un reumático mitral, un período febril acompañado de la agravación de los accidentes cardíacos puede no acompañarse de dolores articulares y, sin embargo, ser la expresión de un despertar de la enfermedad de Bouillaud, de donde la indicación terapéutica fundamental de asociar el salicilato de sodio y la digital. M. M. Ribiene y Pichon han demostrado que estas poussées evolutivas reumáticas pueden repetirse a intervalos muy próximos, durante meses y años realizar un reumatismo cardíaco evolutivo.

Este reumatismo cardíaco evolutivo se instala, bien desde el primer ataque de reumatismo, o bien solamente con ocasión de una recaída, y esta última eventualidad parece la más severa.

I. Reumatismo cardíaco evolutivo primitivo

Después de un primer período de tres a cuatro semanas, caracterizado por el compromiso simultáneo de las articulaciones y del corazón en medio de fenómenos generales más o menos marcados, los accidentes agudos parecen atenuarse o aún extinguirse. Una lesión orificial, lo más a menudo mitral, se constituye, pero el enfermo vuelve a sus ocupaciones. En adelante será un cardíaco, ya no se le considera tributario del tratamiento específico salicílico. En realidad ha entrado en el período que llamamos del desarrollo, de las poussées sucesivas que se van a escalonar por semanas y meses. A intervalos variables sobrevienen poussées caracterizadas por angustia precordial dolorosa, aumento del área de la matidez cardíaca, el apagamiento de los tonos, la disminución del antiguo soplo orificial, la aparición de un soplo orgánico o funcional. Estos signos traducen una pancarditis, y la insuficiencia del miocardio explica la disnea, la hepatomegalia dolorosa, la oliguria, los ligeros edemas del enfermo.

Al mismo tiempo cada poussée reumática nueva se acompaña de fiebre moderada, y a menudo, pero no siempre, manifestaciones dolorosas articulares que sobrevienen habitualmente hacia el segundo o tercer día de cada poussée y consistentes, en general, solamente en artralgias.

Al fin de algunos meses, las poussées se alejan; poco a poco el estado general mejora y el enfermo sale finalmente de esta hiposistolía inflamatoria. A la carditis evolutiva sucede la cardiopatía cicatricial, expuesta, por otra parte, a nuevas poussées ulteriores.

“Eso sí que esta evolución, tardíamente favorable, no es la regla absoluta: la insuficiencia cardíaca irreductible y finalmente mortal, bajo la influencia de poussées subintrantes de infección reumática, está lejos de ser excepcional”.

II. Reumatismo cardíaco secundariamente evolutivo

Desde un principio la recaída reumática manifiesta ya su gravedad, por la intensidad de los trastornos funcionales (disnea, dolores angustiosos), el grado considerable de la cardiomegalia y de la hepatomegalia, la precocidad de una taquiarritmia completa, la elevación más marcada de la temperatura.

Después el enfermo entra al período del desarrollo, que recuerda al del reumatismo evolutivo primitivo, pero con un carácter más severo. En algunas semanas, se instala con sus caracteres más netos, esta asistolía inflamatoria descrita por Bard, y que una interpretación errónea, o al menos singularmente estrecha o restringida, a menudo relaciona injustamente, en forma exclusiva, con la sínfisis del pericardio, sobre todo en los niños. Entrecortada por pequeñas remisiones, engañosas y transitorias, muy a menudo evoluciona inexorablemente en algunos meses hacia un estado de caquexia cardíaca, de aspecto infeccioso, que termina, a veces inopinadamente, con un accidente brusco, una falla del miocardio, que sorprende al enfermo en plena conciencia. No es dudoso que el reumatismo cardíaco en la segunda infancia revista cierto aspecto muy grave con una frecuencia realmente impresionante.

III. Diagnóstico

El diagnóstico es a menudo delicado; las manifestaciones dolorosas son ligeras, fugaces, a veces afectan el tipo de lumbalgias, de neuralgias, pudiendo prestarse a confusión. Además, el rol de la infección reumática en actividad, en la génesis de los trastornos cardíacos, pasa desapercibido, y estos son atribuidos injustamente al surmenaje o a una afección intercurrente como la gripe. Ciertos médicos tienen también excesiva tendencia a incriminar una sínfisis del pericardio, a veces inexistente, para explicar trastornos en relación directa con la infección reumática.

En fin, puede ser difícil distinguir un reumatismo cardíaco evolutivo de una endocarditis maligna de evolución lenta debida al estreptococo viridans, o aún, de una poussée endocárdica ni estreptocócica, ni reumática. La anemia, la fiebre, a menudo elevada, las embolias más frecuentes, las nudosidades eritematosas dolorosas de los dedos (signo de Osler), la hemocultura, contribuirán a hacer reconocer la endocarditis maligna. Las artralgias, los buenos resultados del tratamiento de prueba salicílico conducirán a despistar el reumatismo cardíaco evolutivo. Este diagnóstico es capital, pues de él depende la institución de una terapéutica energética, específica en cierto modo, por el salicilato de sodio.

IV. Tratamiento

Fuera del reposo absoluto, la revulsión combinada con las emisiones sanguíneas,

la digital, la ouabaina y la quinina, el salicilato de sodio, debe ser prescrito.

Parece, en efecto, que no ejerce acción depresora sobre el miocardio, como lo han temido algunos. De manera que hay que recurrir a la llamada acción específica de este medicamento, tanto en el reumatismo articular agudo como en el reumatismo cardíaco, inspirándonos en las recientes advertencias formuladas por el profesor Danielopolu.

Tratamiento salicilado intensivo del reumatismo articular agudo

El profesor Danielopolu ha insistido en la necesidad de sobrepasar las dosis usuales de 6, 8, 10 gramos de salicilato de sodio en el reumatismo articular agudo. Es menester dar a lo menos diez gramos en el adulto y no temer aumentar esta dosis, si es necesario, duplicarla o triplicarla hasta haber provocado una mejoría franca de la fiebre y de los fenómenos articulares. Semejante tratamiento, oportunamente instituido, detendría la acentuación o la aparición de localizaciones reumáticas cardíacas.

Según él, estas fuertes dosis no tienen peligro a condición de asociarlas a una dosis doble de bicarbonato de sodio y de hacer tomar el medicamento en dosis fraccionadas y diluídas muy extensamente.

La intoxicación salicílica sería simplemente una intoxicación ácida, muy fácil de evitar, dando una dosis suficiente de bicarbonato de sodio.

(Continuará).

DEL TRAUMATISMO OBSTÉTRICO EN EL RECIÉN NACIDO

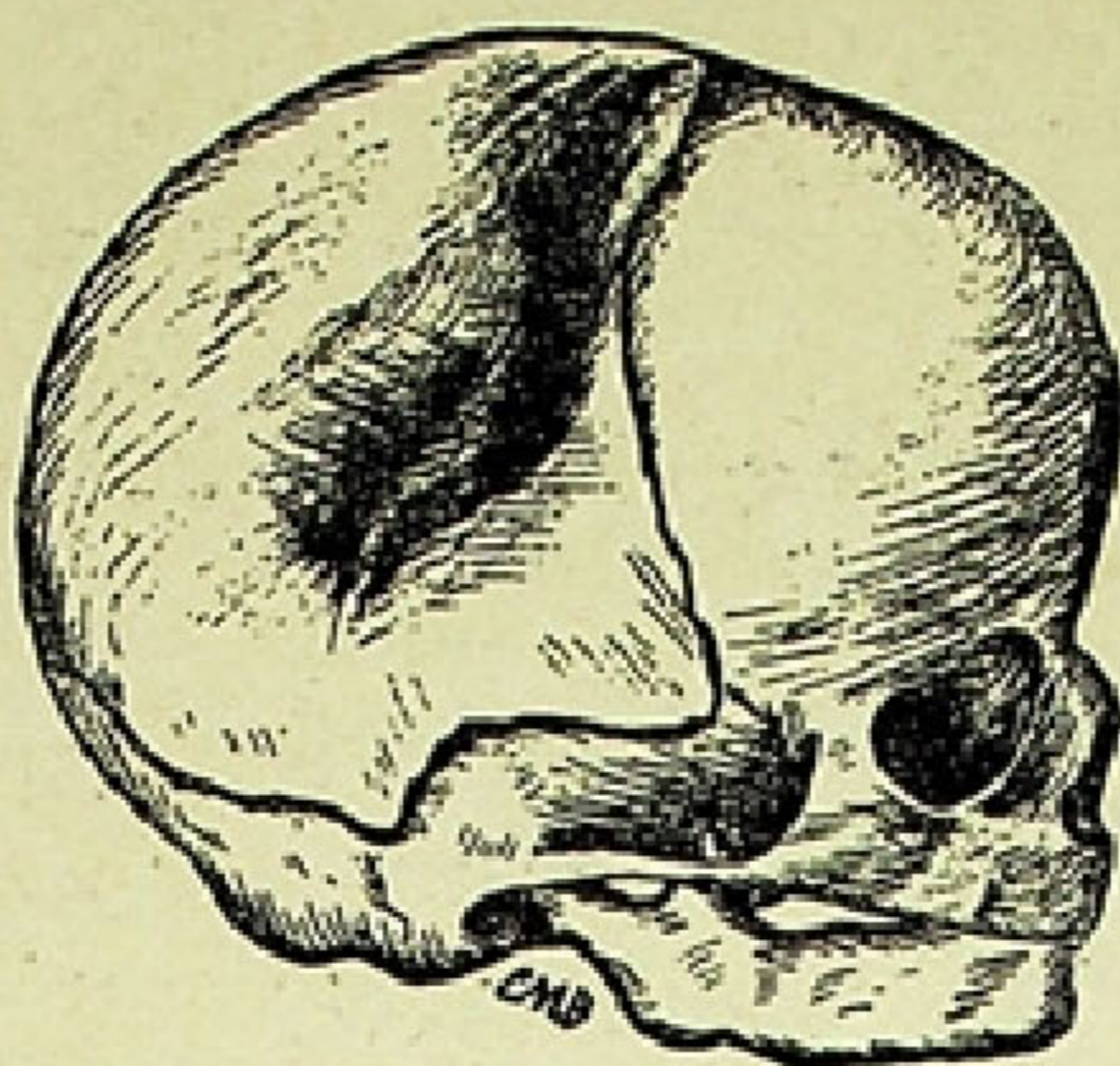
por el

Prof. C MÖNCKEBERG

(Continuación)

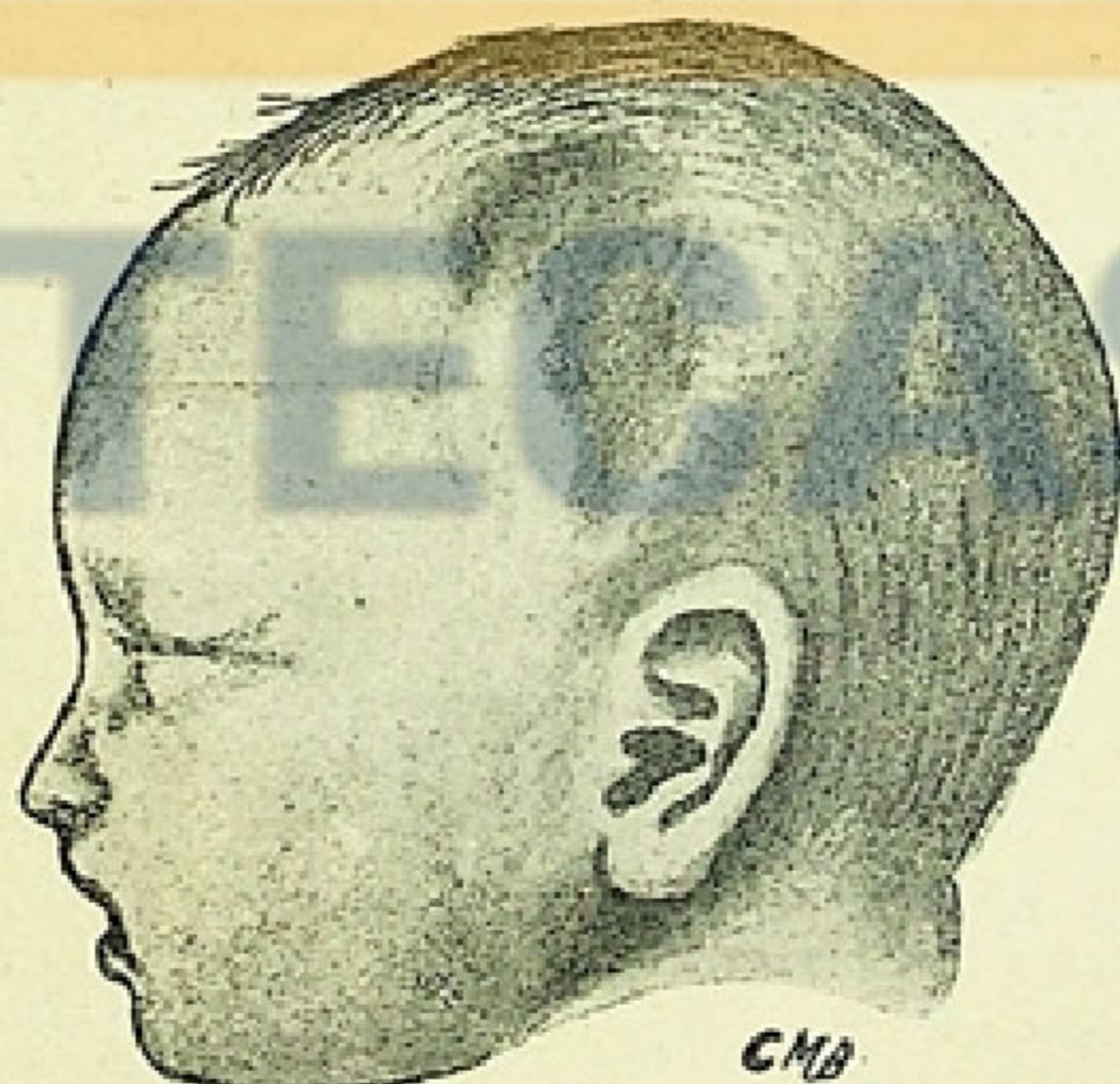
De las lesiones en caso de alteraciones de volumen y de consistencia de la cabeza. — Los fetos muy voluminosos tienen naturalmente cabeza de mayor tamaño que los normales. Hay también niños de volumen normal con cabeza de tamaño excesivo. Se comprende que en tales casos la cabeza ha de sufrir compresión exagerada durante el parto. Sin embargo, no son frecuentes, en estos niños, las deformaciones del cráneo y ello se debe, tal vez, a la mejor osificación y, por lo tanto, mayor resistencia que la cabeza ofrece, tanto por la dureza de sus huesos como por la pequeñez de los espacios membranosos. De ordinario, se trata de braquicéfalos. La cabeza es, en ellos, poco reductible y no se modela al atravesar la pelvis, de donde resulta que mujeres con pelvis normal y que paren espontáneamente un niño de volumen corriente, son incapaces de expulsar un feto grande o con cabeza voluminosa sin intervención del médico, intervención que a menudo da malos resultados,

pues suelen producirse fracturas del cráneo, hemorragias y otras lesiones, entre las cuales ciertos autores anotan accidentes cerebrales ulteriores y aún insuficiencia de las funciones intelectuales.



Hundimiento lineal en forma de reguera.

Puede ocurrir que, por el contrario, la cabeza sea muy blanda por defectos de osificación y, en tal caso, los huesos de la bóveda son depresibles en exceso, las fontanelas y suturas muy anchas. Con frecuencia hay fontanelas suplementarias. El trabajo se prolonga generalmente en forma anormal, y ello se explica, porque la cabeza, al llegar al perineo, se aplasta contra él en vez de forzarlo. Así se observa que, a menudo, es necesario extraer la cabeza con el forceps, intervención peligrosa, en estos niños, porque expone a aplastamientos del cráneo, céfalo-



Hundimiento vertical, en pelvis plana

hematomas y aún hemorragias intracranéanas.

Del céfalo hematoma externo. — Durante el pasaje de la cabeza a través del canal genital, suele producirse desprendimiento del periostio que reviste la bóveda y rotura de los vasos ósteo-periosticos. De aquí resulta extra-vasación sanguínea y la sangre se acumula entre el hueso y el periostio, formando una tumoración de tamaño variable, a la cual se denomina **céfalo-hematoma**.

Se trata, pues, de una hemorragia extracranéana y basta el decirlo para significar su escasa gravedad. A veces, sin embargo, va acompañada de hemorragia interna entre el hueso y la dura madre y esta circunstancia, como se comprende, hace variar radicalmente el pronóstico.

¿Cuál de los dos fenómenos, hemorragia o desprendimiento periostico, es el primitivo en la patogenia del céfalo-hematoma?

Tal vez ambos pueden serlo, según el

caso; ello depende de las circunstancias que lo acompañan y de la etiología.

La rotura de los vasos es, muchas veces, producida por estancación de la sangre. La estancación agregada a la debilidad de las paredes de los vasos en el niño recién nacido, basta perfectamente para explicarse la producción del céfalo-hematoma, cuyo fenómeno inicial sería la hemorragia. Ahora bien, la estancación sería, a su vez, efecto de la compresión de la cabeza contra los huesos de la pelvis. Así se explicaría el hecho de que en la gran mayoría de los casos el hematoma se sitúe sobre un parietal que es el hueso que soporta compresión más directa y prolongada. El tumor será, naturalmente, tanto mayor cuanto mayor sea el número o la importancia de los vasos rotos.

Por otra parte, sin recurrir a la hemorragia como hecho primitivo, podemos también explicarnos la producción del hematoma, si suponemos que por frote intenso de la



A.



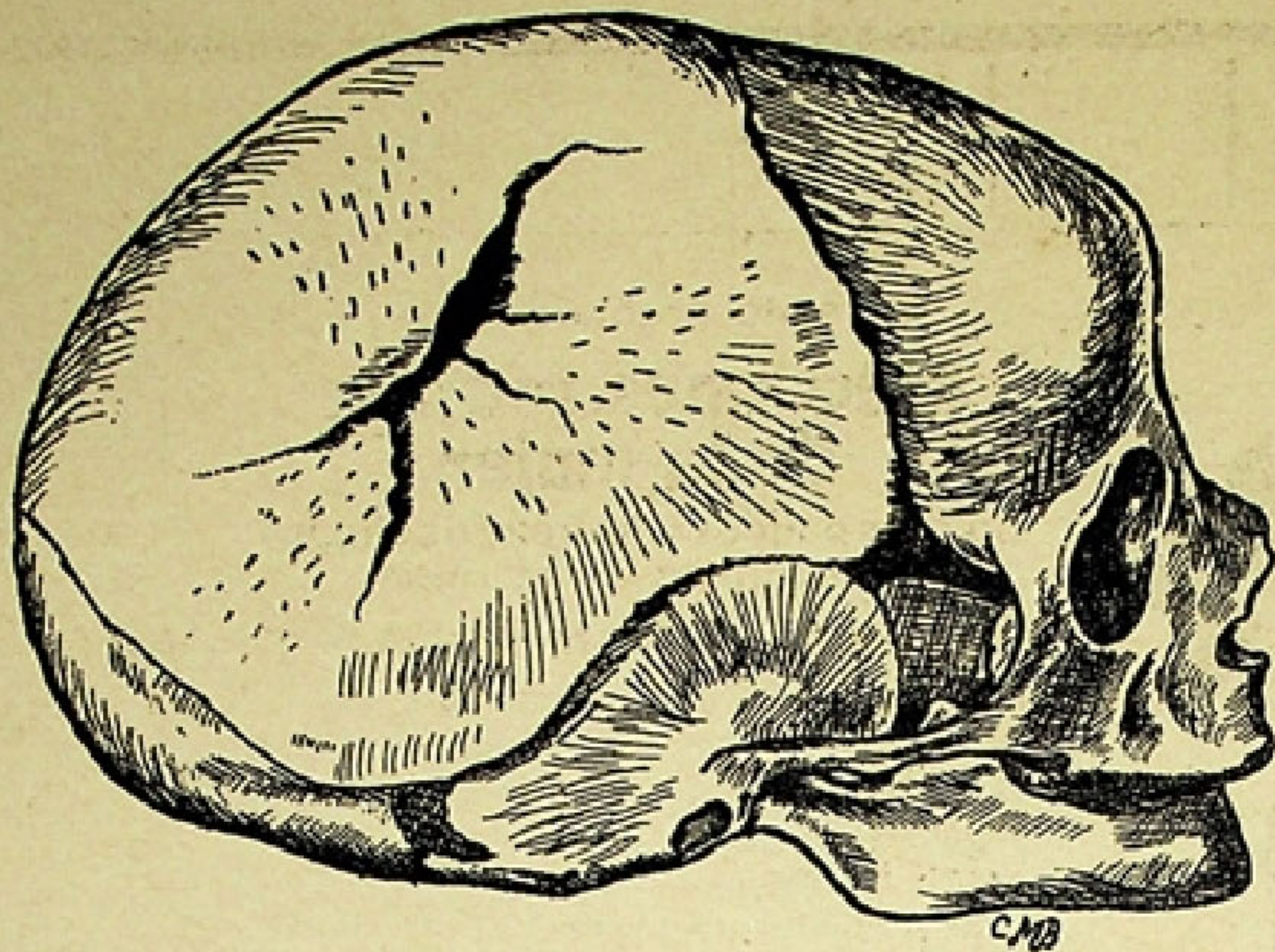
B.



C.

Situación de la depresión y equimosis en los diversos tipos de pelvis viciada.

A Plana.—B Plana y generalmente estrecha.—C Generalmente estrecha.



Fractura del parietal derecho en un caso de pelvis viciada (compresión por el promontorio).

superficie céfala contra las partes duras del canal genital, se produce un deslizamiento del periostio sobre el hueso y así se explicarían los céfalo-hematomas producidos en partos espontáneos con niño grande o pelvis estrecha y la mayor frecuencia en hijos de primíparas. En esta explicación se supone que el fenómeno inicial fué el despegamiento del periostio, hecho tanto más probable cuanto que, en el niño, las adherencias entre el periostio y el hueso son muy frágiles.

Puede admitirse, también, como causa única, la compresión localizada de los vasos de la superficie del cráneo, sin necesidad de recurrir a la estancación. Así se explicarían los céfalo-hematomas que observamos después de aplicaciones de forceps, en los sitios de la cabeza que fueron comprimidos por el instrumento.

(Continuará).

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Sesión de 22 de Julio de 1925

(Presidencia del Dr. Carlos Doren N).

(Conclusión).

Gran herida de la mejilla, labios y maxilar superior izquierdos, con vaciamiento de la órbita. Autoplastia. — Dr. Basilio Muñoz P. B. C., de 24 años, militar, ingresa el 1º de Marzo a la cama N.º 83 de la Sala San Daniel del Hospital del Salvador, del Servicio de Cirugía del Dr. David Benavente.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Bebedor ocasional. En 1920, blenorragia, sin complicaciones. Ha sido muy sano.

Historia clínica. — El 1º de Marzo el enfermo se amaneca en una fiesta, en la que había bebido bastante. A su regreso al cuartel está aún bajo la acción del alcohol y sin que nadie se dé cuenta, toma su fusil Mauser y se introduce la punta del cañón en la boca, apoyándolo contra el paladar duro, en dirección a la órbita izquierda; lo dispara y se abre con ello una inmensa brecha, que deja a la vista el velo del paladar, retrofarinx y tabique mediano de las fosas nasales. Se ha resecado mediante este procedimiento, todo el maxilar supe-

rior, del cual no resta sino un reborde posterior que aún conserva dos grandes molares, el malar, el reborde orbitario superior con la apofisis orbitaria externa, globo ocular con sus envolturas y órganos anexos. De la mejilla izquierda y labio superior no queda sino un pequeño colgajo de este último, que cae desde el sub-tabique hacia abajo, obstruyendo el resto del orificio bucal.

En estas condiciones, y profundamente infectado a base de anaerobios, llega al hospital, donde es sometido a un aseo prolijo y se le empieza a tratar mediante compresas de alcohol, con lo cual se consigue vencer la infección y hacer granular en poco tiempo todo el territorio cruento producido por la acción del proyectil.

Diagnóstico. — Gran herida de la mejilla, labios y maxilar superior izquierdo, con vaciamiento de la órbita, producida por un proyectil disparado dentro de la boca.

Tratamiento. — A los 20 días, dominada la infección y una vez granulado el territorio infectado y teniendo a la vista una gran superficie roja y anfractuosa, llena de melones carnosos, se procedió a hacer una autoplastia de la cara. Para este efecto se afrontaron los labios de la herida, acercando el resto de la mejilla hacia la línea media y suturándola con la piel de la nariz, párpado superior y resto de labio superior del mismo lado.

A los 25 días la cicatriz se había hecho en condiciones tan satisfactorias como puede apreciarse en la fotografía adjunta.

A los 2 meses, como quedara una cicatriz retráctil en el labio, surco naso-geniano, se

procedió a escindirle, logrando con ello hacerla desaparecer.

Comentarios. — Los satisfactorios resultados obtenidos con esta autoplastia de la cara los atribuimos a la prolija desinfección y a la poderosa acción antiséptica que poseen las compresas de alcohol en estos casos, procedimiento que hemos puesto en práctica desde hace muchos años en toda herida profundamente infectada o donde sospechamos que se va a producir una infección a base de anaerobios y en toda inflamación aguda.

El alcohol, en estos casos, nos ha dado los mejores resultados y constituye para nosotros el antiséptico de elección.

Además, consideramos de menor interés en el tratamiento de tales autoplastias de la cara, el perfecto afrontamiento de los bordes de la piel, a los puntos de distancia.

Dr. Sierra. Creo que sería de mucha utilidad precisar el valor del alcohol como antiséptico y personalmente no creo que tenga ningún valor como antiséptico, que impida el desarrollo de los gérmenes es otra cosa; dejó insinuada la idea sobre la conveniencia de establecer esta acción.

Dr. Opazo. El alcohol es considerado por la mayor parte de los cirujanos como un poderoso antiséptico y es tenido por el principal desinfectante de las manos. Sobre la acción del alcohol en heridas no creo que tenga mayor poder antiséptico. Creo que su principal acción se debe a su acción sobre la circulación, a la vaso dilatación que produce, que estimula el proceso local y activa la cicatrización.

Herida por arma de fuego de la región cervical izquierda. Contusión del plexo braquial izquierdo. Causalgia. Simpatectomía. Curación. — Dr. Alvaro Covarrúbias P. M. A., de 32 años de edad, soltero, de profesión carpintero, ingresa el 20 de Noviembre de 1922 a la Clínica del Prof. Sierra.

El 19 de Septiembre de 1922 recibió un balazo, que entrando por la parte media y anterior del cuello fué a alojarse en la parte media y posterior del hombro izquierdo. La bala era fácilmente palpable al través de la piel, muy superficial y se estrajo con anestesia local, novocaína, el 24 de Septiembre del mismo año.

Inmediatamente de recibir el balazo sintió un gran adormecimiento del antebrazo y mano izquierda, acompañado de una sensación de pesadez. Desde el mismo momento notó que los movimientos de flexión y de extensión tanto de la mano como de los dedos estaban reducidos de capacidad y de amplitud.

Desde el día siguiente al traumatismo, el 20, sintió dolor irradiado al borde cubital de todo el miembro superior izquierdo, a los dedos meñique, anular y mediano de la misma mano. Dolor constante que con los movimientos provocados aumentaba de intensidad; igualmente que con las inspiraciones y aspiraciones profundas siente de-

lor en las regiones escapular y pectoral izquierdas.

A veces se queja de dolores fuertes que en las noches le impiden el sueño.

Una semana después del traumatismo ve aparecer vesículas en el extremo inferior del antebrazo izquierdo, que fueron diagnosticadas en la Clínica Dermatológica como de origen trófico y ocasionadas por el traumatismo.

El 17 de Octubre los dolores aumentan de intensidad en el brazo y se irradian a la región escapular, pectoral y mastoidea izquierdas.

Examen físico. — Fuera de las lesiones que se detallan a continuación, el examen es normal.

Masas musculares disminuídas: en el hombro, brazo, antebrazo y mano izquierdas.

Hipotonía del miembro superior izquierdo. Lígera contractura del anular y meñique.

Movilidad: abducción del brazo incompleta, acompañada de dolor en la cara posterior del antebrazo. Los demás movimientos del hombro se hacen en buenas condiciones.

Flexión, extensión, rotación y supinación del antebrazo, en buenas condiciones.

Movimientos de la muñeca limitados especialmente los de flexión y extensión.

La flexión de los dedos se hace con dificultad e incompletamente. Disminución del poder funcional de los interoseos más acentuada hacia el lado cubital.

Sensibilidad: disminución de la sensibilidad táctil. Dolorosa y térmica más acentuada en el borde cubital del brazo y antebrazo.

Reflejos conservados.

Excitación eléctrica: disminución de la excitación galvánica sin inversión de la fórmula en el antebrazo. Lígero aumento de la excitabilidad del brazo.

El 9 de Diciembre de 1922 procedí a hacer la **simpatectomía de la humeral**, ayudado por los Drs. León y Marín. Anestesia éter.

Se denuda la arteria humeral en su parte media en una extensión de 3 a 4 centímetros.

Al terminar la operación se nota en la mano izquierda congestión de la extremidad de los dedos, color rosado intenso que contrasta con el color pálido de la mano.

11 de Diciembre de 1922. — Disminución del dolor en el brazo izquierdo. Siente adormecidos los 4 últimos dedos de la mano izquierda.

Presión arterial del brazo derecho: Mx. 13, Mn. 8.

Presión arterial del brazo izquierdo: Mx. 11, Mn. 7,5.

Temperatura del brazo derecho. 36,7°.

Temperatura del brazo izquierdo: 37,3°

12 de Diciembre. — Dolor disminuído; ligera sensación de adormecimiento en el brazo afectado.

15 de Diciembre. — Temperatura en ambos brazos, 36,6°.

Presión arterial en el brazo derecho: Mx. 13, Mn. 8.

Presión arterial en el brazo izquierdo: Mx. 12, Mn. 8.

18 de Diciembre. — Temperatura en el brazo derecho: 36,6°.

Temperatura en el brazo izquierdo: 36°.

Las molestias dolorosas han disminuído considerablemente. Los movimientos voluntarios de la mano y de los dedos son más amplios y se hacen con más soltura.

En este estado el enfermo pide su alta el 19 de Diciembre.

Como un año después tuve ocasión de saber de él por uno de los internos del Servicio que lo encontró en Valparaíso y a quien le dijo encontrarse bien y poder hacer su trabajo como carpintero.

SOCIEDAD MÉDICA

Sesión del Viernes 7 de Agosto de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El Dr. Lobo Onell comunica a la Sociedad la observación de dos casos de enervación renal. Operación, que consistió en la sección y resección de los nervios que acompañan a la arteria renal y que tiene por objeto modificar la sensibilidad de la región pieloureteral.

Se trataba de dos enfermas que tenían riñones ptósicos del lado derecho y dolores intensos a la región renal del mismo lado; una de las cuales presentaba al mismo tiempo una pelvis dilatada que se encontraba más o menos a nivel de la apófisis trasversa de la 3ª lumbar; otro de los síntomas que presentaba la enferma era una incontinencia de orina durante los esfuerzos, como la risa y estornudo, y que, aunque no ha desaparecido se ha modificado en parte.

Después de la operación se han visto desaparecer por completo los dolores intensos que presentaban. Al mismo tiempo se practicó una nefropexia para corregir la ptosis.

En cuanto al funcionalismo renal, no se ha observado, al menos hasta estos momentos, ningún trastorno después de la operación.

El Dr. Alessandri presenta un caso de bronquitis pseudo membranosa. Se trata de un enfermo de 34 años que llega a la Policlínica de su Servicio porque desde hace 20 días se encuentra enfermo del pulmón. La enfermedad había comenzado bruscamente con los síntomas de una gripe, escalofríos, fiebre, dolor al hemitórax izquierdo, inapetencia, transpiraciones, ligera tos seca; 10 días después su sintomatología cambia un poco y empieza a desgarrar, sin que esto llame en un principio la atención del enfermo; posteriormente el desgarrar toma un tipo especial y la tos que lo produce es disneica. El enfermo relata su accidente de la manera siguiente: De repente siente un cosquilleo, una especie de picazón a nivel de la región retro-esternal que se acompaña de tos, la que se hace progresivamente más

intensa, hasta que llega un momento en que siente una oclusión de la laringe. El enfermo no puede respirar, se pone cianótico, consiguiendo después de grandes esfuerzos desgarrar un verdadero molde brónquico. Examinando el enfermo pudo comprobarse en él la existencia de una lúes secundaria y la presencia de un chancro luético con una ligera fimosis. Estábamos, pues, en presencia de un individuo que presentaba una sífilis secundaria acompañada de una bronquitis pseudo membranosa: bastaba para esto mirar el desgarrar. Actualmente el enfermo sigue con su lúes más discreta por el tratamiento y con su bronquitis más atenuada. Un verdadero tratamiento contra esta bronquitis no existe. No hay, en realidad, tratamiento alguno.

El Dr. Prunés relata un caso de xerodermia pigmentosa, enfermedad sumamente rara, que pocas veces hay la oportunidad de ver. Se trataba de una mujer que había ido al hospital y que presentaba un tumor de forma hemisférica, situado en la nariz, que en poco tiempo había alcanzado un volumen igual al doble del tamaño de este órgano, un tumor cuya mitad superior era de un color oscuro, negro, y que daba el aspecto de un franco coágulo seco. Presentaba la enferma, además, una serie de pigmentaciones que resaltaban sobre el color moreno normal de su piel y que era sobre todo abundantes a nivel de los antebrazos, manos, cara, pechos. Llamaba al mismo tiempo la atención el estado de sequedad de la piel y su semejanza a la de un papel ajado. De ahí el nombre de xerodermia, piel seca, vieja y pigmentosa por las pigmentaciones, que se da a la enfermedad. Es esta una enfermedad sumamente rara y de pronóstico sombrío, por las degeneraciones epiteliomatosas o carcinomatosas a que suele dar lugar.

En la discusión del caso del Dr. Alessandri, éste mismo manifiesta que la literatura no habla de ninguna relación entre la bronquitis pseudo membranosa y la lúes y estima que no sería raro pensar que esta enfermedad pudiera haber ido a despertar un proceso en estado de latencia, ya que el enfermo presentaba tanto en la piel como en las mucosas evidentes lesiones sífilíticas.

Se levantó la sesión.

Sesión del Viernes 21 de Agosto de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El Dr. Casasbella relata un caso de nefrosis de probable etiología luética. Se trata de una enferma de 35 años que ha tenido 3 niños, de los cuales uno ha muerto en la primera infancia, otro vive, y un aborto. Hace un año y medio se sometió a un tratamiento mercurial intenso colocándose varias series. Pasó así durante un año, y a principios del presente, después de la última serie empezó a sentir dolores en la región lumbar irradiados al bajo vientre, apareciendo, al mismo tiempo, edemas que se hicieron sobre todo manifiestos en el tronco y a nivel de los párpados. Ingresó a la Clínica del Profesor Brockmann, en donde, después de la aplicación de 6 inyecciones de Cianuro de Hg.,

se fué de alta. Algún tiempo después aparecieron nuevamente los edemas, que la llevaron a nuestro Servicio.

La sintomatología de nuestra enferma era la siguiente: Edemas generalizados, albuminuria intensa, oliguria manifiesta y una presión de 13/6 Mn. que se ha mantenido hasta hoy. No había, por lo demás, hematurias ni hipertrofia cardíaca, en cuanto al estudio de los sedimentos urinarios nos daba una gran cantidad de cilindros glóbulos blancos y, como ya dijimos, una falta absoluta de hematies.

Las pruebas de la concentración y dilución hechas en esta enferma dieron como resultado final una buena concentración y una mala dilución. El tratamiento al que sometimos a nuestra enferma, fué de reposo, régimen, digitalina y teobromina. El régimen se redujo a la administración de una dieta seca, frutas cocidas, harinas espesas y huevos. Aunque el peso de la enferma bajó y bajó desde las cifras de 59,6 kilos a la de 48,300, no nos dejó satisfechos. La cantidad de albúmina en la orina se mantenía en términos elevados y la eliminación misma de la orina se hacía en forma caprichosa, sin que mediara la inyección de la menor cantidad de sal. Era una albuminuria verdaderamente desesperante. Siguiendo, entonces, los consejos de Lichwitz, que emplea en los casos de nefrosis luética el neo-salvarsán, inyectamos en nuestra enferma el primer día 0,10 de este medicamento; 2 días después inyectamos nuevamente otros 0,10, descansamos tres días e inyectamos nuevamente 0,10, y la albúmina, que oscilaba antes de este nuevo tratamiento en cifras de 9, 10, 11 y 13, bajó repentinamente a "cero" y se ha mantenido en dos ocasiones en cero con sólo una nueva inyección de 0,10 de neo, pero hoy día, es decir, 6 días después de su última inyección, hemos practicado un nuevo examen de orina y hemos encontrado que empieza a aparecer nuevamente albúmina. Creo, por este motivo, que, aunque probable, no podemos afirmar con toda seguridad que se trate en nuestro caso de una enferma de "nefrosis luética".

El Dr. Sievers presenta un caso de "Trasplatación de tendones". — Se trata de un individuo que, presentado hacía 2 meses a la Sociedad Médica, tenía en ese entonces un pie varus equino paralítico, consecuencia de una parálisis del ciático poplíteo externo. Se propuso como tratamiento una trasplatación de tendones o, lo que también podía hacerse, una Artrodesis. Se prefirió la primera proposición y con ese objeto, a indicación del Dr. Sievers, se sometió al enfermo a un tratamiento kinesiterápico intensivo, que no tenía otro objeto que desarrollar al máximo el triceps sural, es decir, el grupo de los músculos que constituyen el tendón de Aquiles.

Se hizo una incisión posterior de la pantorrilla, una gran incisión, y se procedió a dividir el triceps sural en tres porciones: una central, que fué a constituir el tendón de Aquiles definitivo y dos colgajos colaterales, uno de los cuales, el externo, se anastomosó al tendón del peroneo lateral corto,

mientras que se llevó el colgajo interno a la inserción del tibial anterior. Se empleó la anestesia raquídea y poniendo flexión forzada el pie, se procedió a efectuar la anastomosis.

Se colocó en seguida un aparato de yeso, el que se le retiró a los cuarenta días. Antes de la intervención y a consecuencia de la parálisis del ciático poplíteo externo, el pie del enfermo durante la marcha caía y se colocaba a menudo detrás de la pantorrilla sana, haciéndole una especie de zancadilla que hacía caer al enfermo al suelo. Ahora, durante la marcha, el pie no pasa detrás del otro y el enfermo no cae, y lo que es mejor, conserva el poder de flexión y extensión del pie, en otros términos, la articulación tibio-tarsiana goza de movimientos.

Agrega el Dr. Sievers que tiene gran importancia el hecho que en el 75 por ciento de los casos, el éxito depende del tratamiento masio y kinesiterápico pre y post-operatorio.

El Dr. Prado, como Presidente de la Sociedad Médica, hace, a continuación, entrega del Premio Clin, correspondiente al año de 1923, a los Drs. señores Hernán Alessandri y Ottmar Wilhelm.

Se levantó la sesión.

Sesión del Viernes 28 de Agosto de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El Dr. Villagra hace la relación de un caso de absceso pulmonar tratado por pneumotórax artificial. Se trata de una enferma de 32 años, casada, en la cual se llegó al diagnóstico de absceso del pulmón. El carácter supurativo del desgarró, el aspecto tan especial del mismo y el examen radiológico que le permitió observar la imagen hidro-aérea típica de la afección, bastaron para confirmarlo. Se le propuso a la enferma un tratamiento por medio de pneumotórax, el que aceptó, y se pudo comenzar con el primero el 23 de Octubre del año pasado. Esa vez se insuflaron 300 cm³ de oxígeno en presiones francamente negativas, inicial de menos 6 y terminal de menos 5. El segundo pneumotórax se practicó el 28 de Octubre, también con presiones negativas inicial de menos 8 y terminal de menos 5. Se practicó un 4º, un 5º y así sucesivamente hasta enterar 12, el último de los cuales se hizo en Febrero de este año. En el mismo día y siguientes, consecutivos al primer pneumotórax, la enferma tuvo una temperatura de 40º, perfectamente explicable, por lo demás, si se piensa en la reabsorción de los productos tóxicos, a consecuencia del pneumotórax. La temperatura se mantuvo ligeramente aumentada hasta desaparecer finalmente a partir del tercer pneumotórax. Estos fueron espaciándose cada vez más a partir del 4º, y aunque la imagen hidro-aérea, que antes de la primera insuflación ocupaba el IV y V espacio intercostal derecho y que era de contornos altos, regulares, desapareció después de la 4ª insuflación; se hicieron, sin embargo, 8 pneumotórax más, porque era lógico pensar que aunque habían desaparecido la ca-

vena, temperatura y desgarró algunos días después de iniciado el tratamiento, la herida no podía cicatrizar en tan poco tiempo. La enferma está en la actualidad empleada en una fábrica de jabón, en donde trabaja 9 y media horas al día. Tuve, dice el Dr. Villagra, la oportunidad de examinarla nuevamente ayer, y ni clínica ni radioscópicamente pude comprobar nada anormal. No hay ni siquiera una mancha que denote la presencia de una cicatriz en el lugar que ocupó antiguamente el absceso.

El Dr. Casasbellas presenta un caso de quiste hidatídico del hígado. Se trata de una enferma de 29 años que ha venido quejándose desde la edad de 4 años de dolores al hueco epigástrico, que se irradiaban al hipocondrio derecho y a la región dorsal del mismo lado. A la edad de 12 años estuvo en el hospital San Borja en donde, parece, no fué diagnosticada su afección, pues salió de alta con un tratamiento consistente en sal de Carlsbad. La reacción de Wassermann de la enferma es + + +, presentando al examen físico la existencia de un gran tumor a nivel del hipocondrio derecho y que pertenece sencillamente al hígado. El examen radioscópico nos habla de un gran sollevamiento de la región diafragmática derecha y el estudio de las radiografías lo comprueban. Pero la más curioso e interesante de todo es que en esta enferma, en la que se han hecho las reacciones de Chauffard de Cassoni y de Weimberg hayan resultado todas negativas, a pesar de que clínicamente se ha llegado al diagnóstico de un quiste hidatídico. Podría explicarse esto, diciendo, como opinan algunos autores, que se debería a un engrosamiento mayor de la membrana peri-quística, lo que impediría el libre paso de los antígenos a la sangre, pero a esto puede objetarse que la enferma ha presentado fenómenos de urticaria en varias ocasiones, lo que no hace admisible para este caso tal hipótesis.

El Dr. Coutts habla en seguida acerca de la importancia que tiene para el estudio de la vejiga el procedimiento de la cistografía lateral. Esta tendría su mayor importancia en el diagnóstico de la anomalías congénitas de la vejiga, en casos de vejigas biloculares, triloculares y otras afecciones. Permitiría al mismo tiempo la apreciación del grado de infiltración de la pared vesical en casos de neoplasmas y las relaciones de éstos con los órganos vecinos. En cuanto a la técnica, se reduciría a hacer pasar una sonda N° 18, cuando la uretra está permeable, y en hacer llegar por medio de ella a la vejiga una solución de Bromuro de Sodio al 10 por ciento. Las soluciones que se empleaban antes eran muy concentradas y daban lugar a accidentes. El Br. Na. al 10 por ciento tiene la ventaja de no provocar dolores de ninguna especie y permite al mismo tiempo obtener una sombra muy nítida, tan buena y excelente como las que obtienen los franceses por medio del Lipiodol.

Hace, a continuación, una numerosa exposición de radiografías.

Se levantó la sesión.