

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. Larraguiel
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..... > 1.50
Las suscripciones son sólo por un año.

SUMARIO

Texto:

MARCO A. SEPULVEDA R.—La dosificación de la urea en la sangre, p. 313.

EMILIO PETIT.—Flegmon urinoso difuso, p. 314.

TEMISTOCLES RIPO BUSTOS.—Síndromas mediastinales, 316.

Sociedades Científicas: Sociedad de Cirugía, Sociedad Médica, p. 318.

Anexo:

SANIN.—El Dr. Ferrer, Ministro de Higiene (1 fig.), p. 421.

GUSTAVO ROUSSY.—Una teoría nueva sobre el origen del cáncer, p. 424.

REVISTA DE REVISTAS.—Crónica Médica.—Revista de la Sociedad de Urología, p. 431.

De los boletines mensuales de estadística de la Junta de Beneficencia de Santiago.—Movimiento de enfermos y asilados en Agosto de 1925.

EL Dr. FERRER

Ministro de Higiene

Ha sido llamado a suceder al Dr. J. S. Salas en el desempeño de las altas funciones de Ministro de Higiene, el Dr. don Pedro Lautaro Ferrer, que en estos momentos ocupaba la Subsecretaría del mismo Ministerio.

Es ampliamente conocida la personalidad del Dr. Ferrer, de quien puede decirse con exactitud que es un verdadero especialista en cuestiones de Higiene y Sanidad.

Su hoja de servicios es brillante y abarca más de un lustro.

Se enroló en las filas de la higiene pública en el año de 1906, como Inspector Sanitario del Consejo Superior de Higiene.

En 1907 asumió la dirección de la campaña contra la peste bubónica, que hubo que repetir en los años 9 y 11 en Antofagasta, Mejillones y Pisagua.

La célebre cruzada contra la fiebre amarilla en Tocopilla en el año 12, que ocasionó el martirologio de Macuada, estuvo a cargo del Dr. Ferrer.

Bien pronto pasó a la Dirección del Servicio Administrativo Sanitario

Neutralón

**SILICATO DE ALUMINIO SINTETICO •
NEUTRALIZANTE DE LOS ACIDOS DEL ESTOMAGO**

Agente para Chile:

José Klimek

Casilla 2110
Catedral 1280
SANTIAGO

ARSENOFERRATOSA

ELIXIR DE GUSTO AGRADABLE,
Conteniendo 0,3 o/o de hierro y
0,003 o/o de arsénico.

Muestras y Literatura a disposición
de los señores médicos.
- Agente en Chile: JOSE KLIMEK -
Casilla 2110. -- -- Santiago.

CLOROSIS, ANEMIA, CONVALENCIA DE LAS
ENFERMEDADES INFECCIOSAS, NEURASTENIA, HIS-
TERIA Y DEMÁS ENFERMEDADES NERVIOSAS,
SÍFILIS, DERMATOSIS PERTINAZ, ETC.

del Ministerio del Interior, puesto de la mayor importancia antes de la creación de la Cartera de Higiene y Previsión.

Desde ese sitio dirigió la organización de la Exposición de Higiene de Chile en Buenos Aires en el año del Centenario.

Ha sido delegado a varios de los Congresos Panamericanos de Salubridad, a la Conferencia de Méjico (1907), al Congreso de Higiene y Microbiología (B. Aires, 1919), a los Congresos de Cruces Rojas, etc.

Es el Secretario General del Comité Central de la Cruz Roja de Chile, y verdadero brazo y cerebro de esta organización. Ante el Consejo Supremo de Cruz Roja de la Liga de las Naciones (Ginebra) es el único médico que tiene el honor de representar a toda Sud-América.

En resumen, con tales anteceden-

tes, su advenimiento al Ministerio de Higiene, aparece como una cosa lógica y justiciera. Las más risueñas esperanzas pueden germinar a la espera de la obra de este hombre que ya ha cristalizado su acción en tan nobles y bellas realidades!!

SANIN.



DR. PEDRO LAUTARO FERRER
Ministro de Higiene y Previsión Social

UNA TEORIA NUEVA

SOBRE EL ORIGEN DEL CÁNCER

por el

Dr. Gustavo ROUSSY

La teoría parasitaria o microbiana del cáncer que perdía más y más terreno en los últimos años, ha vuelto a ponerse a la orden del día por las investigaciones de dos autores ingleses, M. M. W. E. Gye y J. E. Barnard.

El público médico espera, sin duda, con alguna impaciencia, ser informado sobre el valor de estos trabajos que no conoce aún sino por las informaciones algo ruidosas de la gran prensa.

En la exposición que sigue analizaré primero los hechos tal cual resultan de las experiencias y trabajos de M. M. Gye y Barnard, mostraré en seguida cuáles son las objeciones y las críticas que desde luego me parece que puede hacérseles.

Estas investigaciones que tienen por

CUADRO COMPARATIVO ENTRE LAS DIVERSAS CURAS RECONSTITUYENTES Y LA BIOPLASTINA SERONO

(Lecitina y Luteina para uso hipodérmico)

Constitución del medicamento	Indicaciones terapéuticas	Contraindicaciones	Emisión del Fármaco	Duración y eficacia de la cura
HIERRO bajo forma salina.	Sirve exclusivamente para curar la anemia de la edad juvenil y especialmente en la clorosis, no tiene eficacia en los agotamientos de los ancianos y de los adultos. Acción prevalentemente excitante.	En las personas que presentan intolerancia y que están sujetas a hemorragias. Inyecciones frecuentemente dolorosas.	Por las heces y por las orinas en las primeras 24 horas después de la inyección.	De 50 a 100 inyecciones; la eficacia de la cura está limitada casi siempre a un solo año y frecuentemente es necesario repetirla; algunas veces la acción reconstituyente cesa con la suspensión de las inyecciones.
ARSÉNICO solo o asociado al Hierro, bajo forma salina (arsénicos, arseniatos); orgánica (codilatos).	Actúa esencialmente excitando la neoformación celular y disminuyendo las oxidaciones en el organismo; provoca engrosamiento. Su acción está limitada a la cura de las anemias en general, (malaria), y en la escrofulosis.	Da lugar a intolerancias gastro-entéricas; enfermedades cutáneas con espesamiento de la piel de las regiones palmar y plantar (cáncer arsenical). Produce marcada adiposidad, que frecuentemente molesta a los enfermos. VENENOSO.	Se elimina especialmente por la orina en seis semanas.	De 30 a 60 inyecciones; la eficacia de la cura es limitada, es necesario repetirla frecuentemente. Los enfermos se habitúan fácilmente y se vuelven débiles apenas ha cesado la administración de los arsenicales.
FÓSFORO. (Se usa puro bajo forma salina; hipofosfitos o fosfatos).	Usado puro actúa como el arsénico, pero con acción más marcada. Las mismas indicaciones del arsénico. Mentado especialmente en la cura del raquitismo. Acción prevalentemente excitante y como tal usado en la cura de la astenia nerviosa.	Intolerancias gastro-entéricas, lesiones hepáticas, marcada adiposidad, aliento desagradable. VENENOSO.	Se elimina por la orina bajo forma de fosfato. Usado puro; se elimina bajo forma de hidrógeno fosforado por las vías aéreas.	De 30 a 50 inyecciones; la eficacia de la cura dura poco; es necesario repetirla y entonces provoca notable intolerancia gástrica.
IODO. Puro o bajo forma salina.	Acción marcada para acelerar el intercambio celular óptimo en las formas linfáticas y en la cura de la escrofulosis.	Fenómenos de yodismo, intolerancia absoluta en muchas personas, inyecciones dolorosas, perturbaciones extendidas a todas las mucosas durante su eliminación, acné yódico gastritis.	Se elimina por la orina y por todas las mucosas rápidamente.	De 30 a 50 inyecciones; cura eficaz que es necesario repetir durante algunos años con las debidas precauciones para evitar trastornos, especialmente gástricos.
KOLA, COCA, ESTRICNINA, etc.	Acción puramente excitante sobre los centros nerviosos, con tendencia a acumularse en el organismo. En las formas asténicas encuentran su mejor indicación.	Escasas intolerancias; tendencia a acumularse en el organismo, especialmente la estriquina. Aumento de la presión y sucesiva hipertensión permanente; el abuso produce agotamiento por hiperfuncionalidad nerviosa artificialmente provocada. VENENOSO.	Los principios activos se eliminan por la orina.	De 30 a 80 inyecciones; acción pasajera del fármaco; los neurasténicos tratados con este método, que sufren recaídas son incurables.
BIOPLASTINA (Lecitina y luteinas). Substancia fundamental de los núcleos celulares, especialmente abundante en los de las células nerviosas. Se absorbe sólo por inyecciones hipodérmicas.	Acción prevalentemente celular, vale decir, actúa favoreciendo el desarrollo y la reproducción de la célula. Sirve en todas las formas de agotamiento, especialmente en la detención del desarrollo de los niños y en la senilidad debida a disminución del intercambio celular. Se usa con éxito en la cura de la tuberculosis, y especialmente en las anemias, donde a diferencia del hierro provoca rápidamente una gran neoformación de glóbulos rojos. En la cura de las astenias es un óptimo remedio, que da a la célula nerviosa su principal elemento; la lecitina provoca constantemente aumento de peso debido a su mejor absorción por parte del tubo gastro-entérico y mejoría de las condiciones generales	Ninguna intolerancia. Las inyecciones son absolutamente indoloras. INOCUAS.	Es completamente absorbido siendo suministrada en la forma en que está contenida en los núcleos celulares.	Treinta inyecciones, cuarenta en los casos graves. La eficacia de la cura es constante durante muchos años, especialmente en los adultos.

Muestras y literatura a disposición de los Señores Médicos que la soliciten : : :

DIRIGIRSE A: HIJOS DE ATILIO MASSONE

Claros 205 - Casilla 3584 SANTIAGO

punto de partida el sarcoma de las gallinas, necesitan un recuerdo previo de los caracteres esenciales de esta variedad de tumores.

I. El sarcoma infeccioso de las gallinas

El descubrimiento hecho en 1910 por Peyton Rous en Estados Unidos y por Fujinami e Inamoto en el Japón, de un curioso tumor de las gallináceas susceptible de ser reproducido en serie por inoculación del filtrado del tumor, ha venido a colocar de nuevo en el terreno bacteriológico el problema del cáncer. El agente de este sarcoma es, en efecto, considerado por muchos autores como un virus filtrante.

Para el desarrollo de esta cuestión yo remito al lector a la comunicación tan documentada presentada por M. Pentimalli al Congreso del Cáncer, de Estrasburgo, en Julio de 1923. Me limitaré a recordar aquí el hecho importante que Peyton Rous hizo resaltar, esto es, que el filtrado a través de bujías Berkefeld del sarcoma de las gallináceas diluido en el líquido de Ringer, reproduce una vez inyectado a la gallina, un tumor de la misma estructura que la del tumor primitivo. Este sarcoma así obtenido por inoculación, no solamente es idéntico al tumor primitivo por su morfología, sino aún por sus propiedades biológicas; esto es, que recidiva, que da metástasis y que puede ser reproducido en serie en la misma especie animal.

Después de numerosos trabajos hechos en

los laboratorios del mundo entero sobre este sarcoma se ha llegado a admitir de una manera bastante general que el tumor de Peyton Rous constituye un tipo de tumor aparte, especial a las gallináceas y que no puede ser clasificado en ningún grupo nosográfico conocido. Era difícil, pues, sacar de él conclusiones referentes a la biología general del cáncer.

Trabajos recientes de A. Carrel. — En una serie de trabajos aparecidos en el curso del año último y del presente año, M. Alexis Carrel ha reanudado el estudio del sarcoma de Peyton Rous en cultivo in vitro. Ha mostrado especialmente que los cultivos puros de monocytos provenientes de sarcomas de Rous son muy malignos, mientras que, por el contrario, los cultivos de fibroblastos obtenidos con ayuda del mismo tumor no poseen el poder de determinar un sarcoma en la gallina. Experiencias posteriores han conducido al autor a admitir que los macrófagos de la sangre son sensibles al virus del sarcoma de Rous y que a su contacto se transforman en células sarcomatosas muy malignas. La propagación del principio de Rous en los medios de cultivo está, pues, ligada a la presencia de macrófagos. Este principio se reproduce en los cultivos en que destruye a menudo las células, del mismo modo que el principio lítico de Twort o el bacteriófago de D'Hérelle. La enfermedad así provocada a los macrófagos por el principio de Rous posee el triple carácter de poder propagarse indefinidamente, de no

impedir la multiplicación celular durante un cierto tiempo y de matar lentamente los cultivos.

El estudio comparativo en cultivos in vitro, de la acción del sarcoma de Rous y del sarcoma del alquitrán en las gallinas, ha llevado a M. Carrel a admitir que no se trataría de un agente vivo sino de una sustancia química que, en el curso de la enfermedad de las células se reproduciría como el principio lítico, que para él sería igualmente de naturaleza química.

Así, la malignidad de una célula podría ser considerada como un desorden del metabolismo capaz de propagarse y que puede ser determinado por factores no específicos, tales como el alquitrán, el arsénico y ciertas sustancias producidas por los bacterios, los helmintos, la acción de los Rayos X, etc.

Según A. Carrel, la formación de un sarcoma depende, pues, de la presencia de dos factores: 1º de una sustancia tóxica, que es una sustancia química no específica, de origen exógeno o endógeno, y 2º la presencia de células en estado de multiplicación a consecuencia de procesos irritativos o de otra naturaleza. La irritación local, como lo ha mostrado Dustin, predispone en efecto al cáncer, provocando en un punto del organismo la llegada de células en estado de mitosis.

Era de interés recordar aquí las investigaciones de A. Carrel hechas simultáneamente y anteriormente a las de los autores

ESTÓMAGO - INTESTINO

"Gastro Sodine"

DOS FÓRMULAS

DOS PRESCRIPCIONES

por C. a S.

Bicarb. 2 - Fosfato 1. Sulfato de Soda 0.50
Prescribir "GASTRO-SODINE"

Sulfato 2. - Fosfato Soda 1. Bicarbonato 0.50
Prescribir "GASTRO-SODINE" fórmula S

Una cucharadita de café, todas las mañanas en ayunas en un vaso de agua, caliente de preferencia

Muestras y Literatura

AM. FERRARIS - COMPAÑIA 1295 - SANTIAGO

A
N
E
M
I
A

"Calciline"

C
L
O
R
O
S
I
S

RECALCIFICACIÓN

REMINERALIZACIÓN

COMPRESIONADOS GRANULADO
de Sales Cálccas Fluoruradas

PURA — CON ADRENALINA — CON METARSINATO

Pos: 2 comprimidos o una medida
en un poco de agua antes de cada comida

Niños 1/2 dosis

CONCESIONARIO PARA CHILE

Am. Ferraris - Casilla 29 D - Santiago

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

L
I
N
F
A
T
I
S
M
O

Prescribir: **Cal-cl-ll-ne**

ORMOSYL



la nueva denominación
de la
Ovaradeno-Triferrina
«Knoll»

De éxito probado en las
**Afecciones propias
de la mujer**

Colores pálidos · Pobreza de sangre
Edad crítica de la mujer.

Trastornos de la menstruación.

Han despertado en todo el mundo tanto y tan vivo interés entre los facultativos, que ya son muchísimas las curas con él conseguidas de que se da cuenta en la prensa profesional, siendo algunas de ellas verdaderamente portentosas. Siendo una combinación de 1 parte de Ovaradeno concentrado «Knoll» (extracto ovárico) con 2 de Triferrina «Knoll» (preparación marcial), puede suplir del todo o en parte la secreción interna de los ovarios. No se limita, pues, a combatir tan sólo los fenómenos concomitantes de los estados patológicos, cual lo hacen los numerosos preparados recomendados contra la anemia y la clorosis, sino que **ataca el mal en su propia raíz.**

De venta en las farmacias en tubitos de 20 y frascos de 50 tabletas.

KNOLL A.-G., Lúdwigshafen del Rhin
(Alemania)

DEPÓSITO EN CHILE:

LOBENSTEIN Y SCHALSCHA

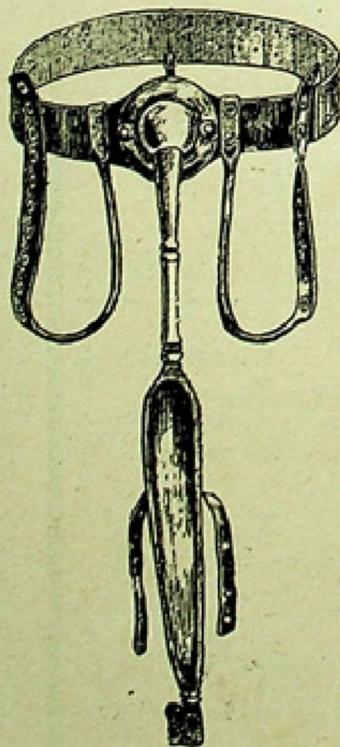
: : SANTIAGO, CASILLA 3718 : :

INSTITUTO ORTOPEDICO ALEMAN

SAN ANTONIO 546 — SANTIAGO
CASILLA 3494 — TELEFONO ING. 4388

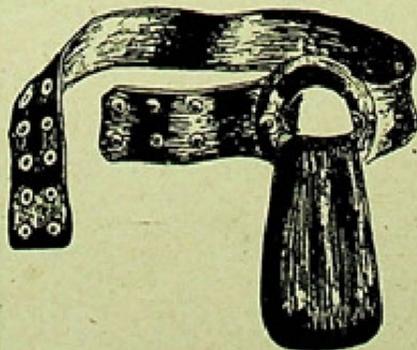
PROTESIS:

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



Aparato para fistula.
hypogástrica

Especialistas
en
Aparatos



Aparato para el ano iliaco

Ortopédicos
de
corrección



Pierna artificial

o de extracto de embrión, tiende a prolongar la vitalidad de estas células, tal como lo hace una provisión de oxígeno. La falta de oxígeno juega un rol importante en el proceso de mortificación.

Ese es uno de los elementos fundamentales en que se apoya la teoría de M. Gye, que cree poder concluir por la negativa después de plantearse la cuestión de si podría tratarse del injerto de algunas células sobrevivientes del cultivo en medio anaerobio.

1º Inoculación de sarcoma del ratón al ratón. — En un cierto número de casos, M. Gye ha conseguido transmitir, por inoculación, un sarcoma de ratón a ratón. La importancia de este hecho, si fuera definitivamente demostrado, sería de la más alta importancia para la biología del cáncer.

Un cierto número de tumores virulentos del ratón son tomados y colocados a razón de 2 gramos por tubo, en caldo con Cl. K. y suero de conejo. En seguida se coloca los tubos en un recipiente anaerobio de Mac Intosh y Fildes preparado con una bomba de hacer el vacío. A medida que la presión baja en el recipiente salen de los tubos, especialmente de la superficie del tejido tumoral, las burbujas de gas.

Se continúa la aspiración hasta que el gas desaparece. Entonces se hace penetrar hidrógeno en el recipiente y se calienta a la corriente eléctrica el hilo de amianto platinado a fin de completar la anaerobiosis. El

recipiente se coloca entonces a la estufa a 37º durante 3 horas y se le somete de nuevo a la aspiración. Esta vez, estando caliente el medio, basta una baja presión y el aire incorporado al tumor es eliminado completamente. Se coloca el recipiente de nuevo en medio anaerobio, luego se coloca a la estufa durante veinticuatro horas a 37º. Se abre entonces el recipiente y se toma el líquido de los tubos con la pipeta y se centrifuga. Se hace la inoculación al ratón con la parte más superior del líquido de centrifugación. Los ratones presentan tumores bien desarrollados al 14º día. Estos tumores son extraídos al 21º y se recomienza con ellos la experiencia en los mismos animales. Los resultados positivos son de 100 por 100.

Así, un sarcoma típico de mamífero puede ser transmitido por un filtrado exento de células. El tumor de Rous no es, pues, un tumor excepcional; difiere del sarcoma de los mamíferos simplemente por el hecho de que su factor químico es más abundante y más estable. Los fracasos obtenidos hasta aquí en las tentativas de transmisión de tumores, tales como el sarcoma del ratón, se deben en parte a la oxidación del factor específico en el curso de la trituración con arena, y en parte también a la dilución excesiva que se necesita para obtener una mezcla filtrable.

2º Experiencias con el sarcoma de la rata de Jensen, el epiteloma de la rata, el epiteloma del ratón, y un adenocarcinoma hu-

mano de la mama. — En las experiencias de inoculación de estas cuatro variedades de tumores, el autor no procede, desgraciadamente, de la misma manera que para el sarcoma del ratón. Emplea un método indirecto y cree poder deducir de él, conclusiones idénticas. Este método consiste en el empleo: a) de un fragmento de epiteloma del ratón, de rata, o de hombre en cultivo primario, y b) de un filtrado sobre arena de sarcoma de Rous tratado por el cloroformo; es decir, que se reemplaza el virus de cada uno de estos tumores (epiteloma del ratón o de la rata) por el virus del sarcoma de la gallina.

Hay en esta última serie de experiencias una causa de error que consiste en introducir entre el punto de partida, que es un epiteloma de un mamífero, y el punto de término que es el sarcoma de la gallina, un intermediario, que es precisamente el agente susceptible de reproducir en la gallina el sarcoma de la gallina. M. Gye cree haber destruido el virus por el cloroformo; ¿está bien seguro de ello? Sea lo que fuere, esta segunda serie de experiencias me parece que levanta críticas demasiado serias, para ser mantenida por el momento.

En resumen, de la serie de experiencias que acabo de exponer, M. M. Gye y Barnard creen poder sacar las conclusiones siguientes:

1º Todo tumor maligno contiene un vi-

“Vacuna Antipiógena Polivalente Bruschetti”

Dr. J. FISCHER

119 Rue de Grenelle
PARIS

París, 7 Août 1920.

Tengo el placer de dirigirle estas líneas desde París-Plage, a donde me he dirigido para ver a un enfermo que he curado en París con el “Vaccino Antipiógeno Polivalente Bruschetti”. Se trataba de un enfermo de 74 años que había sido atacado de una septicemia general, a consecuencia de un ántrax, con artritis purulentas que necesitaron dos intervenciones quirúrgicas. El caso parecía desesperado y las curas con las diversas polivalentes y con la auto-vacuna, no habían dado resultado alguno. Experimenté entonces el “Polivalente Bruschetti” con éxito completo y por así decir inesperable. Mi enfermo está ahora salvado, en excelentes condiciones y en vías de curación completa. Esto no hace sino confirmar la óptima opinión que tenía de las vacunas Bruschetti; de las cuales además he podido constatar su perfecta inocuidad.

Firmado: DR. J. FISCHER.

Dr. L. CHAUVOIS

Lundi, Mercredi, Vendredi
de 2 h. a 4 h. et sur rendez-vous
147, Brd: Raspail (Vie)
Téléphone: 754-87

París, 7 Août 1920.

Me es particularmente grato poner en su conocimiento los resultados obtenidos con el uso del “Vaccino Antipiógeno Polivalente Bruschetti”, que el Profesor de Génova ha querido tener a bien poner a mi disposición, porque uno de los resultados se refiere a mi propia hija, niña de 10 años, afectada de pleuresía purulenta post-neumónica, en la que la vacuna se usó con la esperanza de detener una supuración, que no obstante una amplia traqueotomía y drenaje se obstinaba en persistir.

En cuatro días y después de tres inyecciones de vacuna, la supuración, que desde hacía un mes se repetía, ha cesado.

Otro caso se refiere a un amigo mío, afectado desde hacía varios meses de furúnculo a forma de ántrax, en malas condiciones generales, en que todos los medicamentos habían fracasado. Dos series de inyecciones de cinco ampollas cada una, practicadas en el término de 15 días, han detenido absolutamente la marcha del mal, transformando por completo el estado general y devolviendo la salud a este enfermo, al punto de maravillarse a quienes lo conocían.

Soy, pues, feliz en declarar que no he podido sino felicitar me del uso del “Vaccino Antipiógeno”; en ningún caso he constatado reacción alguna que pudiese inspirarme temores o dudas acerca de su uso.

Firmado: L. CHAUVOIS.

Muestras y Bibliografía a disposición de los señores Médicos

DIRIGIRSE A: **Hijos de Atilio Massone**

Claros 205 ≡ SANTIAGO ≡ Casilla 3584

rus ultramicroscópico, o un grupo de virus, que puede ser cultivado, puesto en evidencia y fotografiado, y que reside probablemente en el interior de las células neoplásicas;

2º Este virus solo, purificado y librado de toda substancia accesoria, no puede reproducir un tumor por inoculación. Inyectado en los tejidos, no determina ninguna lesión;

3º Cuando se le inyecta al mismo tiempo que un cultivo de extracto de tumor, el virus provoca la aparición de un tumor maligno. Este extracto contiene, pues, una substancia, un factor específico, que hace al virus capaz de atacar la célula normal y de transformarla en célula cancerosa;

4º El virus no presenta ninguna especificidad, pues que se puede obtener un tumor en un animal de una especie con un virus proveniente de un animal de otra especie;

5º El factor específico, por el contrario, es estrictamente propio a la especie animal;

6º Hasta aquí el factor específico no ha podido obtenerse sino de tumores conjuntivos del tipo sarcoma.

En el tumor de Rous, es particularmente abundante y resistente, mientras que en otros tumores no existe sino en pequeña cantidad y es muy labil; es menester, entonces, utilizar medios desprovistos de oxígeno para ponerlo en evidencia.

La diferencia fundamental entre el tumor

de Rous y los otros tumores no se debe sino a la diferencia del grado de fragilidad de la substancia específica.

III. Discusión y objeciones

Es evidente que los hechos abordados por M. M. Gye y Barnard tocan problemas del más alto interés.

¿Pero, nos dan por el momento, una solución nueva del problema del cáncer? Es menester esperar antes de pronunciarse. Todo lo que se puede decir hoy, es que los autores han entrado en una vía que tal vez los llevará a resultados interesantes en lo que concierne a ciertas variedades de tumores, tales como el sarcoma.

Antes que nuevos hechos hayan sido aportados y que se hagan experiencias de control, creo prudente hacer las reservas siguientes:

1º Es posible que el agente del sarcoma de Peyton Rous sea un virus visible, susceptible de ser cultivado, coloreado y fotografiado. Ante esta noción no habrá más que inclinarse cuando los hechos comunicados por M. M. Gye y Barnard hayan pasado por la prueba de las experiencias de control.

2º Es posible también que el sarcoma del ratón sea susceptible de ser transmitido al ratón por medio de un filtrado y de un extracto exento de células tumorales. Los hechos publicados hasta aquí por M. M. Gye y Barnard no parecen suficientemente exen-

tas de causas de error para producir la convicción.

3º Igual cosa para la existencia en el filtrado del sarcoma de Peyton Rous y en el líquido del cultivo primario, de dos factores de esencia y de naturaleza diferentes.

Hay el derecho, en efecto, de preguntarse si el virus utilizado ha sido siempre destruido por el cloroformo, y si los líquidos llamados infectantes, han estado perfectamente indemnes de todo elemento neoplásico. Hay el derecho también de preguntarse varias otras cuestiones de orden técnico que no puedo desarrollar aquí.

Para terminar, me resta hacer una reserva importante en nombre de la biología general del cáncer.

Los resultados obtenidos por M. M. Gye y Barnard, aún haciendo abstracción de las objeciones que se puede hacer a sus trabajos y a sus conclusiones, no se refieren hasta aquí sino a los sarcomas. Partiendo de un sarcoma, o aún de un epiteloma de diferente especie animal, estos autores no logran reproducir sino el sarcoma.

Ahora bien, se tiende a admitir más y más que los sarcomas forman un grupo nosográfico extremadamente variado, que a menudo es difícil diferenciar de los procesos inflamatorios con que se relacionan más o menos estrechamente. Desde el punto de vista morfológico y bacteriológico, los sarcomas no pueden ser identificados a los tumores epiteliales.

El sarcoma es, pues, un elemento sujeto a

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

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

ANFOTROPINA

Antiséptico interno
de las vías urinarias

Acción bactericida, diurética, regenerando los epitelios. En cistitis, etc., 3 veces al día 0.5 g.

Envases de origen:
Tubos de 20 tabletas a 0.5 g.

TUMENOL

Preparado de Brea
bituminosa sulfonada

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

Dosis:

Pomadas: 1.20%, tintura, pincelaciones, etc. La mejor forma para recetas: Tumenol amónico. No servimos ninguna especialidad a base de Tumenol.

ALIVAL

YODO ORGÁNICO
INYECTABLE

63% de yodo. Bien tolerado. Sífilis, Arteriosclerosis, asma, etc.

Envases de origen:
Cajas de 5 y 10 Amp. a 1 g. Alival

El preparado de bismuto

OLESAL

(Marca registrada)

Acido bismutildioxipropilamino-oxibenzoico.

Suspensión al 5% en aceite purísimo de olivas.

ANTILUÉTICO DE SUMA EFICACIA

INDICACIONES:

Tratamiento de la lúes en todas sus formas y períodos; especialmente indicado en los casos de arseno o mercurio resistencia, como también en los de intolerancia arsenical o mercurial.

ENVASE ORIGINAL: FRASCO DE 20 cc.

Literatura y muestras a disposición
de los señores médicos.

SUPRARRENINA

Poderoso

Hemostático y Astringente

Tónico: — 1 cm³ de solución

1:1000 o 1 tableta de 1 mgr.

Envases de origen:

Frascos de 5, 10 y 25 cm³. Cajas de 19 ampollas y tubos de 20 tabletas.

EXOPHAN

Antiartrítico

insípido

Bien tolerado; disolvente del ácido úrico; diurético. Dosis: al interior, 3 veces al día 1 g.; por vía subcutánea: 0.5 g. de Hexophan Sódico.

Envase de origen:

Cajas de 10 y 20 tabletas de 1 g.

HIPOFICINA

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.

caución en las investigaciones que se refieren al problema patogénico del cáncer. Todas las tentativas hechas hasta aquí en este sentido no han tenido sino fracasos.

Yo iría aún más lejos, diciendo que si la inoculabilidad del sarcoma fuera demostrada un día, este hecho no bastaría para probar que el cáncer es una enfermedad inoculable, semejante a las enfermedades infecciosas.

La prueba de la inoculabilidad del cáncer no se dará, en mi sentir, sino cuando partiendo de un tumor epitelial, se reproduzca en serie, en animales de la misma especie o de especie diferente, un tumor epitelial, y esto, en ausencia de todo elemento celular en el líquido o en el medio inyectado.

Si los hechos publicados por M. M. Gye y Barnard son en verdad muy interesantes, se ve que las deducciones que han creído deber sacar, no dejan de suscitar serias críticas. Es de temer que estos autores se hayan dejado llevar involuntariamente a deducciones demasiado generales y que talvez sobrepasan a los hechos observados.

Bibliografía

Barnard (J. E.)—"The microscopical examination of filterable viruses associated with malignant news growths".

Carrel (A.)—"La malignité des cultures pures de monocytes du sarcome de Rous".

"Action de l'extrait filtré du sarcome de Rous sur les macrophages du sang".

"Comparaison des macrophages normaux et des macrophages transformés en cellules malignes".

"La genèse des sarcomes".

"Des facteurs nécessaires a la genèse d'un sarcome".

Gye (W. E.)—"The aetiology of malignant news growths".

Pentimalli (F.)—"Le sarcome infectieux des poules".

Philibert (A.)—"Virus Cytotropes".

Roussy (G.)—"Etat actuel du problème du cancer".

Roussy (G.) et Wolf (M.)—"Le sarcome infectieux des poules".

REVISTA DE REVISTAS

"Crónica Médica". — Ha aparecido el N.º 7 correspondiente al mes de Agosto de este año, de esta interesante revista que publica la Sociedad Médica de Concepción. Trae el siguiente sumario:

El Dr. Osvaldo Figueroa Domínguez. Necrología. — Apuntes y estudios sobre cirugía de los huesos, por el Dr. Ricardo Burmeister.

Hematocolpos por Himen imperforado, por el Dr. E. González Pastor.

El diagnóstico precoz de la sífilis primaria, por el Dr. José M. Puga M.

La Radioterapia profunda en la hipertrofia de la próstata, por los Drs. Carlos Salas Pavés y Mariano Pañella C.

Diagnóstico y tratamiento de los cálculos ureterales, por el Dr. Salvador Pascual.

Revista de la Sociedad de Urología. — Con un fuerte sentimiento de simpatía miramos aparecer este hermoso exponente del entusiasmo, de la preparación y de la capacidad de nuestros especialistas en vías urinarias.

Esfuerzos como el que representa esta Revista son un motivo justificado de orgullo para la Medicina nacional.

DE LOS BOLETINES MENSUALES DE ESTADÍSTICA DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE SANTIAGO

Movimiento de enfermos y asilados en Agosto de 1925

Establecimientos	Total de asistidos	Mortalidad
Hospitales	6,224	5,4%
Maternidades	861	
Asilos	6,102	
Totales	13,187	

TRICALCINE

EL RECONSTITUYENTE más poderoso, más racional y más científico.

Tratamiento de la TUBERCULOSIS

REGALCIFICACIÓN intensa del organismo debilitado. No confundir la TRICALCINE con los numerosos específicos de nombres parecidos, que no poseen estas cualidades.

Único concesionario

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

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

Su preparación al estado de Jarabe hace que su ingestión sea fácil y agradable 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 20%

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

Droguería Botica "LA CARIDAD"

FELIX BELLICIA

DESPACHO EXACTO DE RECETAS

DEPÓSITO:

PERFUMERIA "BRISAS PORTEÑAS"

— 81 DE MAYO 882 —

Casilla 1390

Teléfono 3712

HIPNOTICO PODEROSO - SEDATIVO NERVOSO

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 exijase 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

fin, el perfringens es constante en el flegmón difuso gangrenoso.

Ya tenemos, entonces, los dos factores: la lesión uretral, el microbio.

Ahora bien, ¿cómo se explica la formación del flegmón periuretral, en otros términos, cómo la infección que está en la uretra pasa al tejido periuretral?

Veamos algunos casos concretos y podremos entender mejor el mecanismo. Tomemos un enfermo con estrechez antigua y de cierto grado, por ejemplo, N.º 12. Este enfermo tiene orines perfectamente asépticos. En cada micción tiene que hacer un esfuerzo para hacer que el líquido vesical franquee la estrechez, este esfuerzo produce una distensión de la uretra por detrás del obstáculo, distensión que cesa completamente una vez que cesa el esfuerzo, pero la repetición del acto de orinar hace que al fin de cierto tiempo la elasticidad uretral vaya disminuyendo y se forma por detrás de la estrechez una dilatación, dilatación cuyas paredes han dejado de tener elasticidad y de allí, entonces, estagnación de orina que se va a vaciar al exterior por capilaridad. Los microbios del exterior penetran entonces por este cordón líquido y se instalan no sólo ya en la dilatación uretral, sino que penetran hasta la vejiga y aún hasta los riñones, y tienen ustedes explicado el mecanismo de la infección de las vías urinarias superiores. Pero concretémonos a la uretra. ¿Qué va a pasar con estos microbios en suspensión en un líquido que obra bajo presión sobre una mucosa distendida y cuyos orificios glandulares están abiertos? Pues, penetran en estas glándulas y el día que bajo la influencia de cualquier factor aumenta su virulencia van a producir una foliculitis. Viene la supuración de una o varias glándulas, producen una inflamación del tejido que las rodea y se abren, o en la uretra o en los tejidos periuretrales o en ambos a la vez. En el primer caso tenemos la foliculitis intrauretral (muy frecuente en la blenorragia); en el segundo, el flegmón perineal, y en el tercero la fistula uretro perineal, o según la virulencia de los microbios, el flegmón difuso, gangrenoso o no.

Este mecanismo percibido por Hunter, pero sin el conocimiento de los microbios, ha sido defendido últimamente por Escal y por Motz y Bartrina, quienes lo han demostrado anatomo-patológicamente con piezas numerosas.

Pero si este mecanismo satisface ampliamente en muchos casos, hay otros que no puede explicar satisfactoriamente.

En los traumatismos uretrales no necesitamos de la teoría glandular, ni de la estagnación, la inoculación se hace directamente, en algunos casos por el mismo instrumento o cuerpo vulnerante, en otros el agente es la orina séptica, que inocular los tejidos desgarrados.

Nogues y Legueu han pensado que en muchos casos en que no hay formación de abscesos glandulares, su comunicación entre la endo y periuretra se hace por una flebitis del tejido erectil de la uretra. Aunque no demostrada, seduce en algunos casos,

pues puede explicar la mortificación de partes de la uretra por falta de circulación.

Por lo dicho se comprende que el factor principal en los diversos grados de periuretritis es el factor virulencia y naturaleza del agente infectante, de su presencia aislada o asociación, y tendremos desde la simple perifoliculitis supurada benigna localizada, hasta gangrena fulminante que mata en pocas horas. Hay que tomar, sin embargo, en consideración algunos otros factores, pero ya de menor importancia, como son el medio en que han de operar estos agentes sépticos: el estado general del enfermo, la edad, el traumatismo, etc., en fin, todos los agentes etiológicos que se observan en todas las enfermedades.

Podría extenderme mucho sobre este capítulo de fisiopatología, se han escrito obras enteras sosteniendo cada cual su manera de ver, pero creo que con lo expuesto podréis formaros una idea propia.

Pasemos ahora al estudio clínico del flegmón difuso (alias infiltración de orina) que es el tema de esta conversación, dejando para otra oportunidad las demás formas de periuretritis, aunque han quedado bosquejadas a grandes rasgos.

Esta enfermedad puede presentarse de una manera progresiva, o más bien dicho, puede ser precedida por una de las formas atenuadas de periuretritis. Así un enfermo presenta un pequeño flegmón del periné, de marcha lenta, con poco dolor, sólo tiene algunas molestias para orinar, molestias que, generalmente, no le llaman la atención por estar acostumbrado a orinar con alguna dificultad; pero esta dificultad aumenta, es un poco más dolorosa y frecuente la micción, hay un poco de temperatura 37,5 o 38°, pequeños escalofríos, inapetencia, dificultad para sentarse y juntar los muslos.

Al examen se observa una tumefacción central del periné, pastosa, con ligero edema y con fluctuación a veces difícil de percibir, y repentinamente cambia el cuadro y estallan los fenómenos del flegmón difuso.

Ustedes han tenido oportunidad de ver un enfermo de esta clase en la Sala Sacramento. Este enfermo presentaba un pequeño absceso del periné, de tan poca magnitud cuando lo ví en la tarde en mi consulta, que pensaba operarlo con anestesia local. Entró al hospital y en la noche estallaron los fenómenos de flegmón difuso y lo operé bajo cloroformo en presencia de ustedes. El periné estaba completamente tumefacto, había un enorme edema del escroto y la infiltración se extendía a la ingle y a las nalgas. Si hubiéramos esperado unas cuantas horas solamente, habrían aparecido las placas gangrenosas.

Otras veces, diré más bien generalmente, el flegmón difuso estalla bruscamente. De todas las descripciones de esta afección que he leído, la de Guyon en sus Lecciones de Clínica, la de Thompson, de Escal, de Forgues en el Tratado de Cirugía, de Duplay y Reclus, la más clara, la más precisa, es sin duda la de Legueu; es, a mi juicio, la que cuadra más con los hechos y que está más en armonía con lo que he observado

personalmente; los otros autores funden diversas formas en una sola descripción y confunden a menudo el flegmón simple con el difuso, como confunden aún muchos el flegmón difuso del tejido celular con los flegmones por difusión, afecciones completamente distintas etiológicamente y clínicamente.

He aquí cómo se expresa Legueu:

"El enfermo en plena salud siente un dolor en el periné al orinar, tiene un escalofrío y en un momento aparece la tumefacción perineal. Una tumefacción que crece a la vista: es la característica del flegmón difuso".

Esta tumefacción es, pues, progresiva, pero su progresión es rápida y se la ve aumentar y extenderse de hora en hora.

La evolución es regular, desarrollándose siempre según el mismo plan.

Principia al nivel del periné o en la porción escrotal de la periuretra. De allí se extiende al escroto que se pone edematoso y rojo; de allí pasa al pene y al prepucio, cuyo edema esconden el glande y el meato. Atrás se extiende hacia el ano. Arriba sube sobre los lados del pene al hipogastrio, a la ingle, y de allí a las regiones laterales y posteriores de la pared abdominal. En toda esta marcha la tumefacción es superficial, por sobre la aponeurosis.

Cada punto invadido pasa por estados que se van sucediendo regularmente en el orden siguiente:

La tumefacción está formada por un edema blando e indoloro, la piel tiene color rojo y guarda la impresión del dedo que la deprime. Los contornos de la zona edematosa son irregulares. A veces a la palpación se puede sentir crepitación.

Más tarde, a veces algunas horas solamente, es decir, muy rápidamente, el edema se pone duro y doloroso: la piel no conserva la impresión del dedo, y éste percibe una sensación de tensión profunda, y el enfermo acusa dolor a la palpación.

En fin, más tarde la piel toma el tinte cobrizo de las partes cutáneas que van a morir: principia el esfacelo. El tinte amarillento se acentúa y principia a pasar al verde y al negro de la gangrena. Se producen fisuras, al través de las cuales escapan gases muy fétidos y serosidad. Aparecen entonces colgados esfacelados del tejido celular subcutáneo, dejando a descubierto las aponeurosis. Junto con producirse el esfacelo el enfermo deja de sufrir.

Junto con la evolución local de la enfermedad aparecen fenómenos generales.

Con el escalofrío inicial aparece la temperatura que rápidamente se eleva a 39 y 40 grados y más (yo he observado 41,6°). Pero a veces, y sobre todo en los casos muy graves, la temperatura no sube de 37,5°. El pulso sigue la marcha de la temperatura, es rápido, fuerte, en el principio para ponerse luego pequeño e incontable, sobre todo en las bajas temperaturas. La lengua sucia, seca, sudores abundantes, diarrea y delirio. Este, a veces, violento, y de acción, sobre todo, en los alcohólicos, otras veces es el delirio tranquilo en los caquécticos urinares.

En el principio la micción es difícil y la orina se escurre babeando al través del prepucio edematoso; más adelante, cuando se ha producido el esfacelo, el enfermo orina por el periné si la uretra se ha perforado.

La muerte, terminación habitual cuando no se ha intervenido, y frecuente aún con intervención, es producida por la infección general o por el agotamiento de una supuración prolongada, degeneración del hígado, etc. La curación (y fíjense muy bien en lo que les voy a decir) sólo puede tener lugar cuando se interviene pronto y largamente.

Todas las partes que han sido atacadas por el edema duro y doloroso, están llamadas a esfacelarse, de manera que ustedes pueden formarse una idea de la extensión de las superficies eliminadas.

La piel del periné, del escroto, de las ingles, a veces del pene, desaparece dejando enormes superficies supurantes que demoran a veces meses en cicatrizar o que tenemos que ayudar con injertos. Sin embargo, a veces los testículos, que han quedado completamente al descubierto y que parecían condenados a la desnudez, se retraen hacia el pubis, y la piel avanza y los cubre completamente. Pero con la uretra no pasa lo mismo; cuando se ha producido la perforación quedan a menudo fistulas perineales de difícil cicatrización en medio de todos los tejidos cicatriciales que se han formado en el perineo.

Estas fistulas contribuyen también al retardo de la cicatrización perineal por el paso continuo de una orina infestada, viéndonos obligados en muchos casos a practicar la derivación de la orina por la talla hipogástrica.

Poco puedo decirles del pronóstico; depende del momento en que ustedes vean al enfermo, pero desde el momento en que ustedes lo vean, el pronóstico depende de ustedes.

Si hay alguna enfermedad en la cual la vida del enfermo está en manos del cirujano, sin duda alguna es ésta.

Del tratamiento que se implante pende la vida del enfermo.

El tratamiento debe dirigirse aisladamente al flegmón y a la uretra.

Para el primero deben hacerse incisiones profundas y múltiples, según los casos.

Ejemplo. Un enfermo se presenta con tumefacción perineal y edema del escroto: en este caso bastará incidir profundamente el periné desde el ano hasta separar en dos el escroto; luego, con el dedo introducido en la herida, debridarán en todos sentidos, de manera de poder separar fácilmente las paredes del foco, sin que quede una sola adherencia entre las superficies; la incisión debe sobrepasar el límite del edema.

2º ejemplo. No sólo el edema ha comprometido el escroto, sino que el pene, la ingle, y aún el hipogástrico están edematosos. En-

tonces, además de la incisión mediana, deberán incidir el pene a ambos lados o en el medio, ancha, profundamente, y despegar todas las partes con edema duro; incidir el hipogastrio hasta la aponeurosis y sobrepasando el edema y despegando las superficies si hay edema duro; no tengan miedo, mientras más grandes sean las incisiones, mayores serán las probabilidades de mejoría del enfermo.

Estas incisiones deben permanecer abiertas y se taconarán con gasa aséptica, después de grandes lavados con agua oxigenada y hacerle al enfermo inyección de suero antigangrenoso. Si a pesar de estas incisiones, al día siguiente aparece edema en cualquier punto de la vecindad, hay que incidir nuevamente: la mejor trinchera contra la invasión es el bisturí.

En fin, como último consejo: si se puede dejar algunas intervenciones para más tarde, en esta afección como, y aún más que en la rotura de un embarazo extra, debe intervenir inmediatamente.

¿Y la uretra, me dirán ustedes? El enfermo, generalmente en estado de retención u orinando gota a gota, apenas hecha la intervención orinará solo, ya sea por su periné o por la uretra.

Regla absoluta sentada por Guyon y defendida por toda la escuela de Necker, no se debe tocar la uretra en los primeros días.

Pueden presentarse casos, yo no he visto ninguno, y Legueu hace la misma declaración, de que persista la retención, en esos casos, antes de intervenir sobre la uretra, yo aconsejaría la talla hipogástrica. Después del décimo día, cuando ya principian a marmelonar las heridas, se podrá intervenir por la uretra, ya poniendo una sonda permanente, si hay perforación uretral, ya practicando una uretrotomía interna o externa, o haciendo simples dilataciones.

HOSPITAL DEL SALVADOR. SERVICIO DE MEDICINA

SINDROMAS MEDIAS TINALES

por el

Dr. Temístocles RIFO BUSTOS

Claudio Leyton T., jornalero de 70 años, ingresa al Salvador, Sala San-Carlos, cama N.º 82. Sus padres murieron hace muchos años, lo mismo sus hermanos. Es casado y su mujer tuvo dos abortos y diez hijos de término, de los cuales seis murieron en la primera infancia: Gonorrea y chancro único, sin adenitis en su juventud. Hace 18 años tuvo un cuadro al parecer de oclusión

intestinal, que lo tuvo 15 días sin expulsar excremento ni gases, con gran meteorismo; cuatro purgantes quedaron sin efecto y sólo un sifonaje hecho en San Juan de Dios consiguió hacerlo expulsar escíbalos que él compara con estiércol de oveja. Desde entonces ha quedado muy estético. Hace unos quince años tuvo un traumatismo en la rodilla derecha y al examen del artículo se aprecia una artropatía acentuada. En ambas manos: presenta alteraciones de reumatismo crónico; la derecha tiene los dedos desviados hacia el borde cubital en ráfaga de viento y hay luxación de la primera falange con el metarcarpiano correspondiente.

Hace seis meses empezó a sentir dolores a la espalda, disnea y tos con desgarrero escaso; hace también seis meses a que tiene dificultad para deglutir alimentos duros.

La disnea ha arreciado en seguida y se acompaña de angustia. También ha aparecido ronquera y la tos acarrea desgarrero sanguinolento intermitente.

Por último se queja de palpitations que lo atormentan.

Llega al Servicio quejándose de cansancio, de dolores torácicos y de tos; el primer examen nos demostró la presencia de una arritmia que indicaba un compromiso cardíaco ya acentuado, y como la exploración del tórax no revelara mayor compromiso, lo estimamos como un cardíaco banal.

Pero a la vuelta de algunos días llamó nuestra atención el hecho de que los dolores aumentarían, que su voz, que era ronca, se fuera extinguiendo poco a poco, lo que hizo que redobláramos nuestro examen y esta vez fué más fructífero: el hemitórax derecho presentaba ruidos adventicios numerosos y un soplo suave en la región hiliar; pero lo que más nos sorprendió, fué encontrar en la pared costal de la axila derecha, una masa de ganglios duros, coalescentes y adheridos a los planos profundos. La existencia de estas masas ganglionares induradas nos hizo temer el compromiso grave de alguno de los órganos intratorácicos y estimamos que el examen a la pantalla fluorescente se imponía a la brevedad. No nos equivocábamos en nuestras apreciaciones y comprobamos una aorta con alteraciones manifiestas de sus paredes y que medía en oblicua anterior izquierda tres y medio centímetros de ancho; en oblicua anterior derecha no podía medirse con facilidad, porque sus contornos se esfumaban en una atmósfera oscura de peri-aortitis acentuada.

Pero fuera de estas alteraciones, llamaba la atención una masa opaca del tamaño de una naranja en la región hiliar superior derecha, sin conexión con el pedículo cardíaco ni con el corazón y que en posiciones oblicuas, ocupaba el espacio mediastinal. También podía observarse un fenómeno raro a nivel del corazón: su tamaño aparecía más o menos normal, pero había adherencias que lo unían a la pared costal izquierda, en la que el seno costo diaphragmático aparecía opaco, y por otro lado una franja ancha lo unía al hígado, de suerte que el corazón latía sujeto entre estas bridas que lo inmovilizaban. Por debajo del corazón, aparecía un es-

pacio semilunar de una claridad exagerada, que impresionaba como tejido pulmonar, según unos; como la cámara de aire gástrica, según otros; o como una aerocolia, según terceros; y en la parte superior de esta claridad, aparecía durante la contracción cardíaca, el relieve del ventrículo derecho. La verdad era que no sabíamos a ciencia cierta dónde estaba el diafragma y si la claridad semilunar era supra o infradiafragmática.

Para disipar nuestras dudas resolvimos hacerlo ingerir una papilla opaca, reparar así el estómago y orientarnos sobre la topografía del terreno que escrutábamos.

El estómago se llenó lentamente y formó cuerpo con la banda opaca que iba del corazón al hígado, estaba oblicuo y rechazado a la derecha, por consiguiente, lo que nos permitió ubicar el diafragma y darnos cuenta que la claridad que nos intrigaba era subdiafragmática. Como el estómago no formaba cuerpo con ella, concluimos que eran dos cosas absolutamente independientes y para solevantar dificultades resolvimos esperar que el bismuto ingerido descendiese y volver a observar el enfermo 24 horas después. Como a la vuelta de este plazo el bismuto aparecía ocupando zonas difusas en el vientre, resolvimos exonerar el intestino con un purgante y un lavado evacuador y administrar un enema bismutado, el que no dió todo el fruto apetecido, porque aún quedaban restos de la papilla opaca anterior, que perturbaban la correcta interpretación de los hechos observados.

Seis días después, repetimos el enema opaco y anotamos algo curioso: la ampolla rectal se llenaba con exageración y luego el bismuto avanzaba por la derecha, subía hasta la sombra hepática y continuaba por el trasverso, sin que pudiéramos seguir más allá su curso. La claridad subdiafragmática, en este último examen, era mucho mayor y su límite inferior era una línea que se desplazaba dando ola al hacer la sucusión hipocrática, lo que nos demostraba elocuentemente que este nivel era líquido.

Esta es la exposición imparcial de los hechos; pasamos ahora a ensayar su interpretación que nos parece delicada.

Nuestro enfermo acusa disnea considerable, dolor torácico acentuado y desgarró, que es intermitentemente sanguinolento; además, hay disfagia y voz apagada que no le permite hablar sino cuchicheando, y si quiere elevar el tono le resulta una voz bitoral. Esta afonía nos decidió a enviar al enfermo al Servicio de la laringología, de donde volvió con el diagnóstico de parálisis de la cuerda vocal izquierda. Este diagnóstico involucra el de parálisis del recurrente izquierdo; y la anatomía nos indica que este nervio, que sigue un trayecto más largo que su homólogo, es el que se compromete con más frecuencia. Entre las causas que acarrea su compresión figuran el aneurisma aórtico, las periaortitis, afecciones cardíacas, adenopatías tráqueo brónquicas, cáncer del esófago, pleuresías, cánceres mediastinales o pulmonares, etc. De todas estas etiologías, las adenopatías tráqueo brónquicas son la causa más frecuente, después vienen

los aneurismas de la concavidad del cayado, ordinariamente pequeño y difícilmente diagnosticables, que comprimen el nervio, que a ese nivel contornea la aorta, y lo aprieta contra el bronquio izquierdo; de lo que resulta no sólo compromiso del nervio sino del bronquio, produciendo el síndrome bronco recurrente izquierdo, del que Dieulafoy ha dado una descripción brillante en una de sus clínicas.

Nuestro enfermo no tiene aneurisma de la aorta ni clínicamente ni radiológicamente, tampoco tiene lesiones cardíacas tales como pericarditis con derrame o lesiones mitrales en el sentido de una estenosis que diera lugar a una aurícula voluminosa que alcanzara el nervio. No hay pleuresía exudativa, pero sí restos de inflamaciones pretéritas; tampoco hay adenopatías, ni cáncer del pulmón izquierdo.

Hemos dicho al comienzo de nuestra exposición, que a la derecha del pedículo cardíaco había una opacidad del tamaño de una naranja que, en posiciones oblicuas, ocupaba el espacio mediastinal; de modo que nuestra sorpresa fué grande cuando supimos que era el recurrente izquierdo y no el derecho, como esperábamos, el que estaba tomado; de suerte que tenemos que admitir una prolongación de esta masa derecha que se insinúa entre los órganos y llega hasta el recurrente izquierdo comprimiéndolo, o esta alteración se debe lisa y llanamente a la periaortitis acentuada que ya hemos mencionado, tejido inflamatorio que ha incluido el nervio paralizándolo. El recurrente inerva entre otros, el músculo aritenóideo impar y simétrico y que es el músculo contrictor de la glotis, y es extraño que el nervio paralizado y que debió estar excitado en los comienzos de la enfermedad, no haya producido accesos de sofocación, lo que el interrogatorio no ha revelado en ningún momento.

La disnea no se acompaña de cornaje como en las compresiones de la tráquea, y como al examen del tórax había un ligero soplo, pensamos que se trataba de una compresión bronquial.

La tos es moderada y en ningún momento quintosa, como ocasionada por compresión del neumogástrico; suele acompañarse de desgarró hemoptoico, sobre cuya interpretación volveremos pronto.

La disfagia que acusa, como los dolores localizados a la cara anterior del hemitórax derecho y a nivel de la escápula del mismo lado, son producidos por compresión de la masa que el examen a rayos evidenció a la derecha del mediastino.

Al examen somático se observaba también desigualdad pupilar, lo que indicaría a priori, un compromiso del simpático cervical que es el nervio dilatador de la pupila.

Resumiendo, tenemos que el enfermo padece de un síndrome mediastinal que podríamos decir a gran orquesta, con afonía, disfagia, disnea, tos y desgarró a veces sanguinolento.

Ahora nos toca ensayar el diagnóstico de la naturaleza de la lesión mediastinal. Hemos dicho que a la derecha del pedículo

cardíaco y envuelto en la atmósfera fibrosa del hilio pulmonar, hay un tumor opaco que es el que produce la mayor parte, sino la totalidad, del cuadro existente. Puede pensarse en ganglios mediastinales de origen tuberculoso, sifilítico o canceroso. La posibilidad del origen bacilar estaría apoyada por las manifestaciones esteto acústicas que invaden el hemitórax derecho, los desgarró sanguinolentos que expulsaba el enfermo con relativa frecuencia, el cuadro febril, con temperaturas que fluctuaban entre 37 y 38° y luego, por un fenómeno de interpretación rara: al lado de la masa primitiva y de la que ya hemos hecho caudal, se ha desarrollado otra en un intervalo de unos diez a quince días, como que de ello hay la constancia de las radiografías archivadas en el Servicio, situada en el vértice y no tan opaca como la anterior² lo que nos ha llamado grandemente la atención por su rápido crecimiento. Hablarían en contra de esta etiología, el examen del desgarró que en dos ocasiones ha sido negativo en lo que se refiere a bacilos de Koch; además, la edad del paciente sin que en el resto de los campos pulmonares hayamos podido sorprender imágenes que hicieran sospechar una bacilosis crónica; y por último, las masas ganglionares axilares y supraclaviculares, nos indican que no puede tratarse de un proceso tuberculoso.

La naturaleza específica es muy factible, dada la aortitis y la periaortitis francamente establecidas al examen radioscópico; además, hay una artropatía que tiene todos los caracteres tabéticos, a pesar del traumatismo que acusa el enfermo y que lo relegó tres meses en cama; el cóndilo interno del fémur derecho, hace relieve en la cara interna de la articulación y las vainas y bolsas serosas adyacentes, están osificadas, lo que hace que al presionar el artículo, se perciban al tacto y al oído las sensaciones de rugosidad que dan los huesecillos al chocar entre sí. En seguida los reflejos aquilianos están abolidos, los patelares muy disminuídos; las manos son asiento de reumatismo crónico en ráfaga de viento, las pupilas son irregulares y la anisocoría no es cuestión de compresión del simpático cervical como podría creerse, sino que es cuestión de sífilis nerviosa. No es signo de compresión del simpático, porque los filetes que van al ojo, salen de la médula con la primera raíz dorsal, de la que se alejan por el ramo comunicante, el que avanza a nivel del domo pleural y cuya lesión, constituye uno de los elementos de la tríada descrita por Sergent en el síndrome de la pleuritis apical; ahora bien, el vértice izquierdo está indemne y aparece a los rayos absolutamente transparente, y la pupila, que al examen está agrandada, es la izquierda. Si la pupila comprometida fuera la derecha, el problema se haría mucho más difícil, porque la necropsia indicó perentoriamente una masa que abarca todo el vértice derecho, pero la pupila de este lado es de dimensiones normales, y la única alteración que presenta, es el aparecer deformada. En los casos de compresión del simpático cervical, hay en una primera fase dilatación pupilar por ex-

citación del simpático, que es el nervio dilatador de ella; mientras que al final, cuando la parálisis se instala, viene la contracción de la pupila por influencia del motor ocular común, nervio constrictor de la pupila. Por último, la polimortalidad infantil, unida a lo anterior, son síntomas sobradamente elocuentes para dudar de la especificidad, pero, a pesar de admitirla en toda su extensión, no aceptamos que sea ella la causante del síndrome mediastinal y nos inclinamos por la tercera posibilidad, es decir, por la neoformación maligna.

El pasado del enfermo, sin toses ni bronquitis, la edad del paciente, la evolución del estado morbozo de pocos meses, el desgarró sanguinolento y, sobre todo, las masas ganglionares duras, coalescentes y adheridas a la profundidad, no pueden engañarnos acerca de la naturaleza maligna de la lesión. Ni la tuberculosis ni la lúes, dan masas ganglionares tan duras y del tamaño de las que se encuentran en el caso actual.

Hacemos, pues, el diagnóstico de arritmia completa por fibrilación auricular y cáncer del mediastino con metástasis del pulmón y de los ganglios vecinos; además, adherencias pleurales, secuelas de pleuresías antiguas. Aortitis y periaortitis.

Con respecto al cuadro abdominal, por un proceso inductivo, conjeturamos que la claridad subdiafragmática limitada inferiormente por un nivel líquido absolutamente comparable con el derrame pleural que suele acompañar a los neumotórax, se debía a una peritonitis tabicada, idea que creímos robustecida por las adherencias que unían el corazón a la pleura costal, por un lado, y al hígado por el otro, y que creímos obedecerían a la misma etiología.

Dijimos que el segundo enema bismutado evidenció una ampolla rectal aumentada y la ascensión de la papilla opaca por la derecha, lo que nos hizo pensar en un situs inversus o en una fistula que uniera la ampolla al ciego y justificara la subida invertida del bismuto. Esta última hipótesis se fortalecía con el hecho consignado en la historia de que unos dieciocho años atrás, el enfermo tuvo un síndrome abdominal con dolores, retención de materias y gases y en vista de la ineficacia de los purgantes, le administraron un sifonaje que triunfó sobre el proceso morbozo.

Este era el estado del diagnóstico cuando el paciente falleció y el protocolo de la autopsia dió el siguiente resultado: miocardiitis crónica con degeneración granular intensa e hipertrofia cardíaca; en la aorta placas de endarteritis; masa cancerosa ganglionar a la derecha del mediastino; otra masa comprometía el vértice derecho que aparecía indurado; otro grupo de ganglios coalescentes y duros radicaba frente a la columna e incluía en su espesor y extrangulaba el neumogástrico, el recurrente y el frénico izquierdos. Metástasis en la pleura, pericardio y cara superior del diafragma, lo que había dado una cierta cantidad de líquido hemorrágico en ambas pleuras. Adherencias del pericardio a la pared costal y al hígado, adherencias resistentes y espesas. El pulmón derecho ad-

herido sólidamente a la pared costal posterior y al diafragma. En el abdomen, colon sigmoideo muy dilatado con una torsión inmediatamente por encima de la ampolla rectal y dislocación de la ese iliaca a la derecha.

Como vemos, las lesiones torácicas nos fueron perfectamente conocidas, salvo el derrame hemorrágico de ambas pleuras que debe haberse producido a la hora undécima, porque el último examen a rayos, poquísimos días antes de la muerte, no permitió hacer una constatación semejante.

La masa ganglionar que comprometía los troncos nerviosos, estaba precisamente frente a la columna, lo que nos impedía observarla en posición frontal. La segunda sombra que percibimos en los exámenes radioscópicos posteriores, un poco más arriba de la primitiva, era la masa cancerosa del vértice del pulmón derecho y que no dió nunca una opacidad tan marcada como la masa de ganglios adheridos, de más abajo.

La dilatación sigmoidea y la dislocación a la derecha, justificaban la ascensión del enema opaco por la derecha, y naturalmente, una cantidad de más o menos 1,000 cent. cúbicos, llenaba a medias una ese sigmoidea tan enorme, de modo que no veíamos a la pantalla sino la parte inferior llena de bismuto, dando onda a la sucusión hipocrática, al paso que por encima, sólo percibíamos una claridad comparable a la que da el neumotórax.

A pesar de la utopía, que presenciamos en todos sus detalles, quedan aún algunas dudas de carácter doctrinario, a saber: se trata de un megalocolon, o sea la verdadera enfermedad de Hirschprung, o simplemente de una dilatación de la ese sigmoidea. Hablan en este último sentido, la torsión que existe por encima de la ampolla rectal, el estado de vacuidad que se encontró a la autopsia de esta porción cólica, las avacuaciones casi diarias que hizo el enfermo en el mes que permaneció en el servicio y el cuadro agudo de obstrucción intestinal que acusó haber tenido 18 años antes, la que parece haberse reducido a medias, porque aún queda como testigo elocuente una torsión que subsistió hasta en la mesa de autopsia. El megalocolon es una afección congénita, que empieza a hacer sentir su presencia desde temprano y que se caracteriza por constipación pertinaz, distensión considerable del vientre y peristaltismo visible. La mayoría de los enfermos sucumben temprano víctimas de la caquexia, de peritonitis, de colitis ulcerosa, de íleo, etc. La característica de la enfermedad de Hirschsprung, bajo el punto de vista anatómico, es la distensión fenomenal del colon y una hipertrofia de sus paredes; mientras que en nuestro enfermo el colon sigmoideo estaba muy dilatado, pero sus paredes eran muy delgadas, lo que habla en el sentido de una dilatación por obstrucción intestinal.

En la descripción del síndrome mediastinal, hemos hecho mención del desgarró ligeramente sanguinolento que expulsaba el enfermo, lo que se justifica por el nódulo canceroso que presentaba en el vértice derecho; pero este desgarró está muy lejos de

asemejarse al que describen los clásicos en el cáncer del pulmón y que dicen que es rojo, comparable con el jugo de grosellas; nuestro paciente en ningún momento expulsó un desgarró comparable a éste.

La temperatura que presentó el enfermo durante su estadía en el servicio, era producida por la supuración que ofrecían ciertas masas cancerosas y por la absorción tóxica producida a su nivel. Un problema que no pudimos solucionar, a pesar de la diligencia que gastamos en solicitar el examen microscópico de las piezas, fué la determinación de saber si el cáncer era primitivo del pulmón o de los ganglios. El examen de las piezas para el análisis microscópico no pudo verificarse porque una torpeza del personal del laboratorio extravió los trozos dedicados a este fin. Es natural pensar que la neoplasia era primitiva del pulmón y el compromiso ganglionar era de naturaleza metastásica, porque así acontece ordinariamente; pero, de todas maneras, faltó este complemento indispensable al diagnóstico. Es lógico pensar que se trataba de un epiteloma cilíndrico, como en la observación que sigue y en la que pudo llenarse este requisito.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Sesión del 12 de Agosto de 1925.

Presidencia del Dr. D. Caupolicán Pardo

(Conclusión)

Tres úlceras duodenales curadas por la gastro-enterostomía

Dr. Matus. De las experiencias que hizo en perros, con Metivet, Hartmann saca como conclusión, que muy poco o nada de contenido gástrico pasa por el píloro, si la anastomosis se ha hecho cerca de él, en el antro-pilórico; lo que estaría en relación con la mayor energía de las contracciones de la región antral, las que ejercerían a este nivel sobre el émbolo alimenticio, la presión suficiente para hacerlo pasar por la anastomosis.

La gastro-enterostomía es una operación sencilla, que se puede hacer perfectamente con anestesia local; pero como ya hemos visto, para que los resultados de esta operación, realmente atrayente, sean buenos, es necesario que sea practicada con una indicación precisa y con una técnica minuciosa.

No es cuestión sólo de costuras, pues al lado de la parte mecánica, que es también muy importante, existe un cierto número de detalles que pasaremos a enumerar: Abertura suficiente de la neo-boca para evitar la estrechez o la insuficiencia de ella posteriormente. Buena situación y orientación