

# LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

## SECRETARIOS DE REDACCION

Drs. Juan Marín

y

A. Rojas Carvajal

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

## COMITE CIENTIFICO

SRS. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

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

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

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

Director: O. FONTECILLA

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

## Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

Por un año..... \$ 20.—

Número atrasado..... 150

Las suscripciones son sólo por un año

## SUMARIO

### Texto:

ALFREDO ROJAS CARVAJAL.—Síndromas del conte-  
nido de la porción terminal del raquis (2 figs.)  
p. 257.

ITALO MARTINI Y RICARDO EGUIGUREN E.—Ceguera  
cortical gravídica y Embarazo de siete meses,  
eclampsia, p. 259.

C. MÖNCKEBERG.—Del Traumatismo Obstétrico en  
el recién nacido (6 figs.) (continuación) p. 260.

Sociedades Científicas.—Sociedad Chilena de  
Pediatría, Sociedad Médica de Valparaíso,  
Sociedad de Cirugía, Sociedad Médica de  
Santiago, p. 262.

### Anexo:

El Dr. Long, Asesor Técnico de la Dirección Gene-  
ral de Sanidad, (1 fig.) p. 337.

La Oficina Sanitaria Pan-Americana, p. 339.

Nuevos profesores de Neurología y de Psiquiatría.  
—Conferencia.—Nombramiento, p. 341.

NOTAS PRÁCTICAS.—Diagnóstico del dolor abdomi-  
nal.—Tratamiento preventivo durante el período  
de incubación del chancro.—La Adrenalina en el  
tratamiento de las crisis tabéticas.—Tratamiento  
de las várices.—Tratamiento de la sífilis en el pe-  
ríodo del chancro, p. 343.

J. MONTERO.—Profilaxis del sarampión, p. 347.

## EL DR. LONG, ASESOR TECNICO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Habíamos tenido ya el honor de conocer  
al ilustre higienista norteamericano duran-  
te el desarrollo del Congreso Panamericano  
de Cruces Rojas celebrado en Buenos Aires  
en 1923. Sabíamos, pues, del inmenso y me-  
recido prestigio de que goza en el ambiente  
médico internacional. No nos atrevimos,  
sin embargo, a presentarnos ante él — te-

merosos de un olvido de su parte — y re-  
currimos a la benévola presentación del Di-  
rector de Sanidad.

—“Recuerdo haberlo visto en alguna par-  
te, doctor, nos dice sonriendo; soy un gran  
fisonomista, pero siempre olvido los nom-  
bres...”

En respuesta hacemos un recuerdo de su  
brillante actuación en la capital argentina,  
y entramos después abiertamente a la  
charla.

—¿.....?

—“Sobre mi plan de trabajos nada puedo  
decirle todavía; comienzo a estudiar las le-  
yes del país, referentes a la salud pública.  
Esto es previo; espero también un diagra-  
ma que se me está preparando con el desa-  
rrollo de la organización de los servicios sa-  
nitarios. Además, debo entrar luego al estu-  
dio de los presupuestos de la nación”.



## ARTIGON

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

Medicamento sin igual para el tratamiento de la blenorragia

Vacuna antigonorreica,  
polivalente, nuevamente perfeccionada, de  
conservación ilimitada

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

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

En cualquier defecto, sírvanse avisar al representante de la

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

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

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS

—¿.....?

—En 1901 fui a Filipinas como médico de puerto en Manila y luego después como encargado de la estación de cuarentena en Maribelle. Quiso el destino que un año después — en 1902 — se desencadenara la más terrible epidemia de cólera; hubo 370 mil casos con un total de 160 mil defunciones.

Por la estación de cuarentena a mi cargo pasaron 640 vapores infectados o sospechosos, con una tripulación de bordo o pasajeros igual a 110 mil; todos fueron escrupulosamente revisados y 12 mil llevados a tierra para quedar en observación en grandes barracas que se construyeron especialmente.

—¿.....?

—“Después de la epidemia pasé a ocupar la ayudantía del Jefe de la Sanidad Marítima de Filipinas. Practicamos allí prolijos estudios sobre la infección colérica, sobre las aguas potables, y especialmente sobre las legumbres y verduras, y el tiempo que la infección dura en ellas.

En el año de 1906 fui ascendido a Director Auxiliar de Sanidad, puesto desde el cual me dediqué, en colaboración con el Ingeniero Sanitario, al estudio de la creación de pozos artesianos; hubo que verificar cuidadosas investigaciones de geología y trazar los perfiles de los diez pozos que ya estaban construidos.

Como conclusión de nuestros estudios, propusimos al Gobierno la creación de pozos artesianos en gran número. Hoy día hay en la isla 2,500 pozos, con lo cual más del

cincuenta por ciento de los pueblos filipinos tienen agua potable”.

—¿.....?

Antes Manila se surtía de un río completamente infectado, o bien, de pozos superficiales. Hubo un pueblo que tuvo un 50 por mil de defunciones; un año después esto se vió rebajado a la mitad.

En 1906 fui llamado a mi patria para tomar a mi cargo, bajo la jefatura del Director General, Dr. Blue, la campaña anti-pestosa en California.

Tres años después debí volver a Washington con el cargo de Cirujano General para iniciar y desarrollar las Brigadas de Cuarentenas entre los Estados del país.

El año 1912 fui enviado de nuevo a San Francisco a combatir la peste bubónica. Ataque con especial esfuerzo a sus propagadores, ratas y ardillas. Trece mil millas cuadradas de terreno estaban infectadas; en un año y medio matamos 23 millones de ardillas, aproximadamente, y desapareció la peste de ese terreno. Por desgracia, el Gobierno creyó prudente no insistir en las medidas de ataque, los políticos no quisieron oír mis palabras y el resultado no se hizo esperar: cinco años después reapareció la epidemia en forma violentísima.

En 1914 fui a Filipinas como Director General de Sanidad y como Jefe de Sanidad Marítima, puestos que he ocupado durante cuatro años y medio.

—¿.....?

La mortalidad bajó de 26 a 22 por mil, lo

cual significa un ahorro de 40 mil vidas por año, ya que la población total es de 10 millones.

Instalé el Servicio de Visitadoras Sanitarias, cooperadoras muy eficaces en mi obra. La mortalidad infantil bajó en 5 años de 300 por mil a 200 por mil, y hoy día ella no excede de 175 por mil.

Fundé una Escuela del Servicio Social llevando profesoras norteamericanas. Las alumnas fueron al principio las enfermeras tituladas en las escuelas de los hospitales.

El Servicio de Visitadoras se hizo tan popular que el Congreso quiso votar la supresión de los Inspectores Sanitarios y reemplazarlos con las Visitadoras. En la actualidad hay de ellas en todos los pueblos, y en Manila sólo hay 30 o 40.

—¿.....?

Desempeñaba actualmente el puesto de Cirujano General Auxiliar del Servicio de Sanidad Pública en Estados Unidos, encargado de la parte de Sanidad Marítima, Inmigración y Relaciones Internacionales Sanitarias.

—¿.....?

—Soy también, efectivamente, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, repartición que tiene por objeto armonizar las medidas sanitarias del comercio marítimo, las leyes sanitarias, etc., entre todos los países del continente. Es mantenida por contribución de las diversas Repúblicas americanas.

En mi calidad de Director de este servicio

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

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

LA BLENNORRHAGIE DAS L'ARMÉE

POR EL MAYOR MEDICO

DR. CATTIER

Médico de la Clínica Urológica de la Rue Nollet de París, Médico del Centro de Urología de la \*\*\* Región.

Reproducimos el siguiente capítulo:

## La question du vaccin antigonococcique

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

Muestras y bibliografías a disposición de los señores Médicos.

DIRIGIDO A HIJOS DE ATILIO MASSONE

Casilla Correo 358

SANTIAGO

Calle Claras 205

asistió el año pasado al Congreso de la Habana, en el cual se aprobó el Código que le entrego para su conocimiento y publicación, y que contiene las normas más completas y adelantadas en la materia y que será seguramente adoptado por Europa en el Congreso de París.

Nos despedimos del Dr. Long haciendo votos por su feliz estada en nuestra tierra y agradeciéndole muy sinceramente su gentil atención para con "La Clínica".

Sanín.

## LA OFICINA SANITARIA PAN-AMERICANA

### Sus funciones y deberes

Artículo LIV. La organización, funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Pan-Americana deberán incluir aquello que hasta ahora han dispuesto o determinado las varias conferencias sanitarias internacionales y otras conferencias de las Repúblicas americanas y también las funciones y deberes administrativos adicionales que en lo sucesivo dispongan o prescriban las Conferencias Sanitarias Pan-Americanas.



Dr. LONG

Artículo LV. La Oficina Sanitaria Pan-Americana constituirá la agencia sanitaria central de coordinación de las varias Repúblicas que forman la unión Pan-Americana, así como el centro general de recolección de informes sanitarios procedentes de dichas Repúblicas y enviados a las mismas. Con este fin de tiempo en tiempo designará representantes para que visiten y se entrevisten con las autoridades sanitarias de los varios Gobiernos signatarios y discutan sobre asuntos de sanidad pública. A dichos representantes se les suministrarán todos los informes sanitarios disponibles en aquellos países que visiten en el curso de sus giras y conferencias oficiales.

Artículo LVI. Además, la Oficina Sanitaria Pan-Americana desempeñará las siguientes funciones especiales:

Suministrar a las autoridades sanitarias de los Gobiernos signatarios, por medio de sus publicaciones o de otra manera adecuada, todos los informes disponibles relativos al verdadero estado de las enfermedades transmisibles propias del hombre; notificar las nuevas invasiones de dichas enfermedades, las medidas sanitarias que se han emprendido, y el adelanto efectuado en el dominio o exterminio completo de las mismas; los nuevos métodos empleados para combatir las enfermedades; la estadística de morbilidad

LOS NUEVOS PRODUCTOS DE LOS LABORATORIOS

**ROBERT & CARRIERE**

37, RUE DE BOURGOGNE — PARIS

# ENNEGON

## NUEVO ANTISEPTICO URINARIO

a base de extracto de LAWSONIA INERMIS, para el tratamiento rápido de las

**NEFRITIS, PIELONEFRITIS, CISTITIS, ALBUMINURIAS,  
BLENORRAGIA, LITIASIS RENAL**

El Ennegon es a la vez antiséptico, diurético y calmante.  
No cansa el estómago ni los riñones como el sándalo.  
Asegura la desinfección del aparato urinario mejor que la hexametilentetramina.  
Obra más seguramente que las vacunas en la blenorragia.

Solicite muestras y literatura al depositario:

**Am. FERRARIS -- Calle Compañía N.º 1295 -- Santiago**

Para los niños en el invierno el mejor tónico

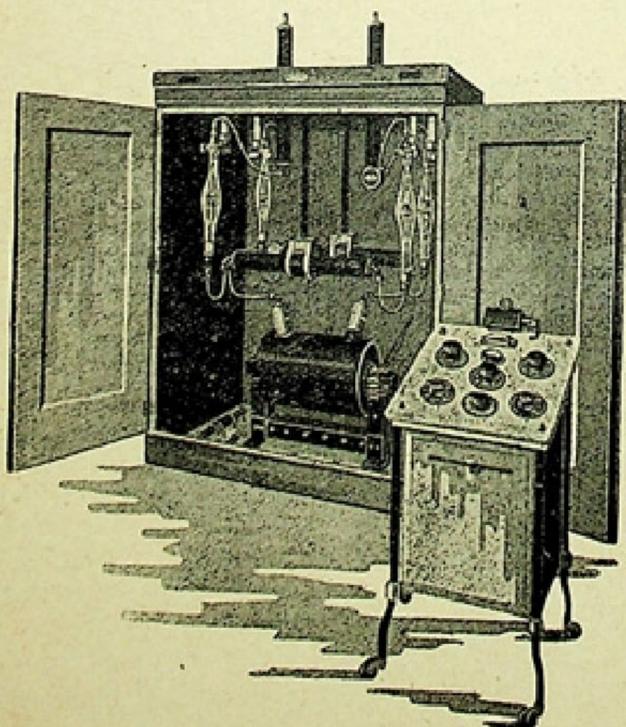
# JARABE VALTIN LEROY

DOSIS: Una cucharadita antes de las comidas

FORMULADO POR PROFESORES Y MEDICOS EMINENTES

LABORATORIOS RECALCINE

Aparato grande para diagnóstico con válvulas rectificadoras  
de la renombrada fabricación  
**SIEMENS & HALSKE**



para Radioscopia, Radiografías de tiempo  
rápidas e instantáneas para el  
servicio de TUBOS COOLIDGE

**El aparato más potente  
para el diagnóstico**

Potencia máxima: 250 Milliampere  
Tensión: 90 K. V. efectivos

SOLICÍTENSE OFERTAS Y CATÁLOGOS

**SIEMENS - SCHÜCKERT LTDA.**

COMPANÍA DE ELECTRICIDAD

Valparaiso - Concepción  
Valdivia - Antofagasta - Iquique

Huérfanos 1017-1041  
Casilla 104-D.



y mortalidad; la organización y administración de la sanidad pública; el progreso realizado en cualquiera de las ramas de la medicina preventiva, así como otros informes relativos al saneamiento y sanidad pública en cualquiera de sus aspectos, incluyendo una bibliografía de libros y periódicos de higiene.

A fin de poder desempeñar con mayor eficacia sus funciones, dicha oficina puede emprender estudios epidemiológicos cooperativos y otros análogos; puede emplear con este fin, en su oficina principal o en otros lugares, los peritos que estime convenientes; puede estimular y facilitar las investigaciones científicas así como la aplicación práctica de los resultados de ellas y puede aceptar dádivas, donaciones y legados que serán administrados de la manera que actualmente se prescribe para el manejo de los fondos de dicha oficina.

Artículo LVII. La Oficina Sanitaria Pan-Americana comunicará a las autoridades sanitarias de los varios Gobiernos signatarios, y les consultará todo lo referente a los problemas de sanidad pública y en cuanto a la manera de interpretar y aplicar las prescripciones de este Código.

Artículo LVIII. Pueden designarse los funcionarios de los servicios de sanidad nacionales como representantes — ex-officio — de la Oficina Sanitaria Pan-Americana además de sus deberes regulares. Cuando efectivamente sean designados, dichos representantes pueden ser autorizados para ac-

tuar como representantes sanitarios de uno o más de los Gobiernos signatarios, siempre que se nombren y acrediten debidamente para prestar servicios.

Artículo LIX. A solicitud de las autoridades sanitarias de cualquiera de los Gobiernos signatarios, la Oficina Sanitaria Pan-Americana está autorizada para tomar las medidas preparatorias necesarias a fin de efectuar un canje de profesores, funcionarios de medicina y de sanidad, peritos o consejeros sobre sanidad pública o de cualquiera de las ciencias sanitarias, para los fines de ayuda y adelanto mutuos en la protección de la sanidad pública de los Gobiernos signatarios.

Artículo LX. Para los fines del desempeño de las funciones y deberes que se le imponen a la Oficina Sanitaria Pan-Americana, la Unión Pan-Americana recogerá un fondo que no será menor de 50,000 dólares, cuya suma será prorrateada entre los Gobiernos signatarios sobre la misma base o proporción en que se prorratean los gastos de la Unión Pan-Americana.

**NUEVOS PROFESORES DE NEUROLOGÍA Y DE PSIQUIATRÍA**

Para llenar las vacantes producidas por la jubilación del Profesor Luco han sido designados en propiedad los doctores Hugo

Lea Plaza (Clínica de Enfermedades Nerviosas) y Oscar Fontecilla (Clínica de Enfermedades Mentales).

Entre los numerosos títulos presentados por el Dr. Lea Plaza para optar al cargo, estaba el de Profesor Extraordinario en Neurología y Psiquiatría. Entre los títulos del Dr. Fontecilla figuraba el de Profesor Suplente de los mismos ramos.

El Profesor Luco no abandona la enseñanza: la Facultad de Medicina le ha discernido el título de Profesor Extraordinario y en tal carácter continuará sus cursos de Neurología y de Psiquiatría.

**CONFERENCIA**

El Viernes pasado dictó una interesante conferencia sobre "La Inflamación", el Dr. Ramón Briones en el anfiteatro de la Clínica del Prof. Sierra. Abordó primero los procesos biológicos generales a la infección y las reacciones del organismo, para entrar en seguida al estudio práctico de algunas afecciones quirúrgicas de orden inflamatorio, entre ellas, forúnculo, antrax, panadizo, mastitis, osteomielitis, etc.

**NOMBRAMIENTO**

En la vacante producida por retiro del Dr. A. Constant ha sido nombrado Médico-Residente del Hospital Clínico, el Dr. don Ramón Briones Carvajal. Desempeña también el cargo de Ayudante de la Clínica del

**PROSTHÉNASE GALBRUN**

**SOLUCION ORGÁNICA DE HIERRO Y MANGANESO ENTERAMENTE ASIMILABLES**

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

**NO PRODUCE ESTREÑIMIENTO**

Tónico poderoso, reconstituyente enérgico

**ANEMIA — CLOROSIS DEBILIDAD CONVALESCENCIA**

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

DOSIS COTIDIANAS:

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

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

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 S SANTIAGO

**NO DUDE**



**Averigüe la Fórmula.**

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS

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



# VICTOR X RAY CORP. (CHICAGO)

PRESENTA

## A los Señores Médicos de Chile EL "WANTZ JR."

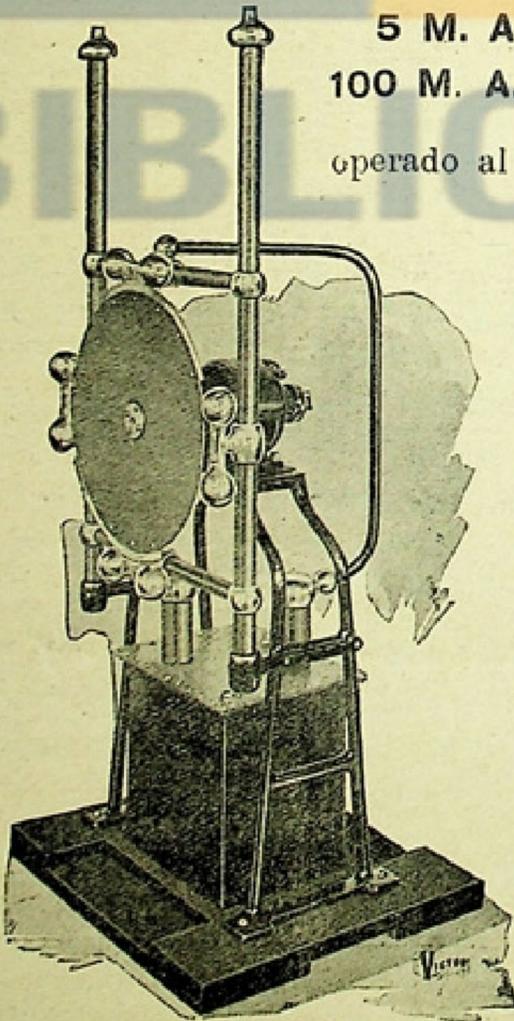
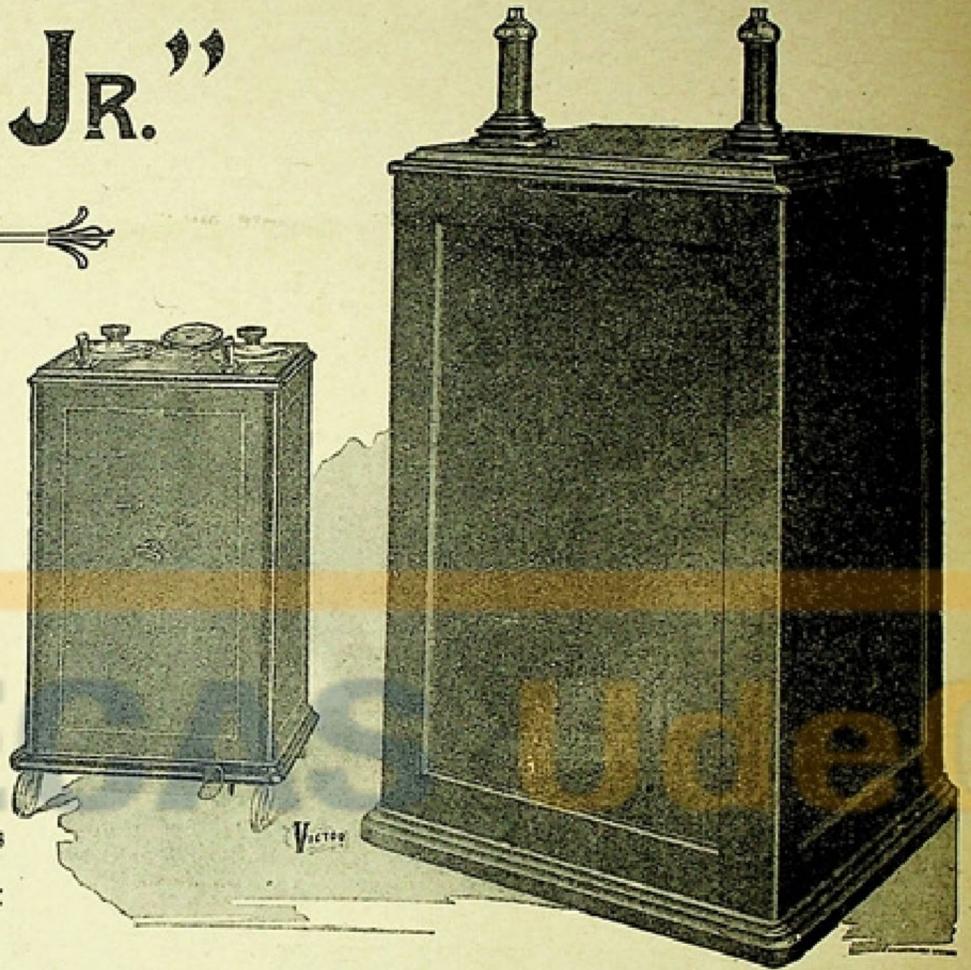
El equipo de **Rayos X** más eficiente de entre los modelos de tamaño intermedio.

Su capacidad sin precedente:

5 M. A. a 122 K. V.  
100 M. A. a 100 K. V.

Operado al nivel del mar.

Sus características principales son:



"Wantz Jr."

mostrado sin cubierta para instalación a distancia.

**Gabinete de Control** separado

**Auto-transformador** controlado por 52 gradaciones.

**Voltmetro de lectura previa**, que permite, mediante el **Cuadro de Milliamperaje** estampado en el tablero, precisar el kilovoltaje obtenido bajo cualquier gradación del auto transformador.

**Posibilidad de instalación distante del paciente**, evitando así los ruidos del motor y transformador.

Y muchas otras que hacen de este equipo el mejor y más perfecto en su género.

Solicite Presupuestos e Informaciones a

# International Machinery Co.

INGENIEROS - IMPORTADORES

Teléfono 4580

SANTIAGO, MORANDÉ 520

Casilla 107-D

Dr. Sierra en el mismo Hospital, y por su preparación y laboriosidad era ampliamente acreedor a la designación que se le ha hecho.

## NOTAS PRÁCTICAS

### DIAGNÓSTICO DEL DOLOR ABDOMINAL

El modo de producción del dolor abdominal puede ser distinto, según las enfermedades. Por otra parte, ninguna de las hipótesis aducidas hasta hoy puede explicarnos por completo todas las formas del dolor observadas en la clínica; así, en algunos casos, el dolor abdominal parece ser expresión directa y simple de alteraciones patológicas, inflamatorias o de otra naturaleza, de un órgano enfermo, por medio de sus nervios intrínsecos, mientras que otras veces el dolor no se manifiesta probablemente de un modo directo, sino indirectamente a través de un arco reflejo, en el cual intervienen impulsos sensitivos aparentes, que provienen del órgano enfermo y que llegan hasta un segmento del sistema nervioso central, del cual parten impulsos sensitivos diferentes hasta un punto muy distante del órgano lesionado: de ese modo se explica el dolor referido. En otros casos, por último, el dolor parece tener un origen vascular directo, pro-

ducido tal vez por cambios en el diámetro de las arteriales de la región en donde se siente el dolor.

Sensaciones variadas se mezclan y añaden al dolor abdominal dándole caracteres importantes para el diagnóstico. Así, el "hambre dolorosa" es una sensación compleja, bien definida, de esta especie, asociada a menudo con la úlcera péptica del píloro o del duodeno. En los enfermos neuróticos, estas sensaciones que acompañan al dolor son a veces muy complejas, e inútiles, por tanto, para el diagnóstico, confirmando tan sólo la existencia de la neurosis; son sensaciones de repleción, desfallecimiento, hartura, hambre, palpitaciones, etc.

Estas asociaciones, y la complejidad de los órganos contenidos en el abdomen, hacen más difícil todavía que en las demás regiones del cuerpo, la apreciación de la intensidad del dolor abdominal.

Hay que tomar en cuenta aún el temperamento, el sexo, la edad, el estado general del enfermo, la clase y cantidad de medios terapéuticos usados para su alivio, su influencia sobre la cara, el pulso, la piel, la musculatura y la nutrición.

En todos los casos en que el dolor abdominal constituya el síntoma principal o más importante, se procurará que el enfermo comprenda lo que se le pregunta y que se limite a ello en sus respuestas, ajustándose al siguiente esquema.

1º Situación. — Comprende no sólo la situación general del dolor, sino también

su punto de origen, la dirección en que se irradia, el punto de máxima intensidad y los puntos de referencia más distantes.

2º Relaciones de tiempo. — Se determinará si el dolor se presenta de día o de noche, súbitamente o de otro modo; si aumenta progresivamente hasta alcanzar un máximo o llega ya a éste poco después de iniciarse; si es paroxístico o continuo o presenta a la vez ambos caracteres.

3º Calidad. — Se dirá al enfermo que exprese en sus propios términos "a qué se parece el dolor", si es punzante, cortante, corrosivo, pungitivo, pulsátil, tensivo, obtuso, gravativo, penoso, de cólico o contricción, denominaciones que son de utilidad para el médico. Las expresiones generales de dolor de agonía, insoportable, etc., indican que el dolor es insufrible para el enfermo.

4º Sensaciones asociadas. — Repleción, desfallecimiento, hambre, hartura, etc.

5º Efectos asociados. — A consecuencia del dolor ¿se produce el vómito? o la defecación? o la micción? o la sudación? o la palidez? o el enrojecimiento de la piel? o una alteración del pulso? o de la respiración?

6º Relación con la ingestión de alimentos. — ¿Existe relación entre el dolor y las comidas? ¿Cuánto tiempo después de comer se produce el dolor? Si aparece inmediatamente antes tiene el mismo significado que si se siente tres o cuatro horas después de comer.

SAL DIGESTIVA

**Réme cé**

ESPECIFICO DE LAS  
ENFERMEDADES del ESTOMAGO  
FACILITA LA DIGESTION

Bicarb. de Soda Magnesia Carbonato de Cal liviano  
lactosados y Químicamente puros

*DOSES: una cucharita a café despues de cada comida.*  
DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS  
Concesionario para Chile: Am. Ferraris.  
Compañía 1295. Santiago.

## NATIBAÏNE

es la **UNICA** asociación de la  
verdadera Digitalina NATIVELLE  
con la  
verdadera Ouabaine ARNAUD.

### INDICACIONES:

Miocarditis con Taquicardia  
Hipertensos en vías de Arritmia completa  
con disminución manifiesta del  
«tonus» miocárdico

Pequeñas dosis prolongadas; X a XX gotas por 24 horas

Dosis medianas: XX a XXX gotas por 24 horas.

Prescribir: **Natibaïne Nativelle**

MUESTRAS Y LITERATURA

**AM. FERRARIS**

Compañía 1295—Santiago

**INSTITUTO SANITAS** AGUSTINAS 1955  
**LABORATORIO**

Determinación de la Reserva Alcalina

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

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

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



**LABORATORIO CLINICO**

DEL

**Dr. Leonidas Corona T.**

SANTIAGO — DELICIAS 868

Servicio de diagnóstico de la sífilis

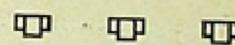
REACCIÓN DE WASSERMANN  
EXAMENES ULTRAMICROSCÓPICOS



- Maltan 18 puro
- Maltan 18 con aceite hígado de bacalao
- Maltan 18 con cal
- Maltan 18 con fierro
- Maltan 18 con hemoglobina
- Maltan 18 con cal y hemoglobina
- Maltan 18 para sopa

**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.**



7º Factores determinantes. — Influencia del ejercicio, de las posiciones, el traqueo, las emociones, la fatiga, la micción, la defecación, la tos, etc.

8º Medios con que se obtiene alivio. — En este sentido la investigación suministra datos muy importantes: la ingestión de alimentos, el ayuno, el vómito, la defecación, la eructación de gases, o su expulsión por el ano, pueden disminuir el dolor, que también puede aliviarse con ciertas actitudes de todo el cuerpo, o de alguna de sus partes. El mismo resultado puede obtenerse también por la compresión de la zona dolorosa. Se determinará luego el efecto de las aplicaciones calientes o frías y de la administración de medicamentos como el bicarbonato de sosa, el alcohol, los bromuros, la belladona y los opiáceos.

Acompañando al dolor abdominal que espontáneamente acusan los enfermos, tenemos, en muchos casos, la hiperalgesia, que es el dolor provocado por el examen manual.

Ambos síntomas deben investigarse por separado y sus conceptos, aunque a veces se confundan, se mantendrán también distintos.

Así, por ejemplo, en la peritonitis generalizada, en la que el dolor es muy vivo, la palpación del abdomen más bien le parece al enfermo que le agudiza el dolor preexistente, que no que despierte nuevos dolores; en otros casos, los propios enfermos espontáneamente y sin examen alguno, indican su región hiperalgesica. Generalmente, sin em-

bargo, el enfermo puede distinguir muy claramente entre el dolor y la hiperalgesia, tal como la hemos definido antes, y aquella distinción es muy importante.

La hiperestesia es una forma de la sensibilidad de la piel, muy útil para el diagnóstico.

En cuanto a su asiento, el dolor puede ser general o local, pero aún en el primer caso existe a menudo una área de mayor intensidad, que importa conocer. A veces el dolor abdominal es primero local, y luego se hace general, o inversamente, de general que es al principio, se transforma después en local. Ambos datos son importantes para el diagnóstico.

Las causas más frecuentes de dolor abdominal son las formas, relativamente ligeras, de dispepsia gástrica e intestinal. Sus causas más importantes, se encuentran en algunas enfermedades torácicas y en las de la propia cavidad abdominal.

T. Horder.

#### TRATAMIENTO PREVENTIVO DURANTE EL PERÍODO DE INCUBACIÓN DEL CHANCRO

Debe ser instituido lo más pronto posible, después de un contacto seguramente infectante. Hay probabilidades de éxito hasta el vigésimo día.

M. Bodin aconseja el novarsenobenzol en dosis de 3 a 4 gramos intravenosos, en los casos que daten de más de 15 días, debiendo elevarse la dosis en las intervenciones más tardías.

La indicación precisa e indubitable se refiere a toda persona que haya tenido relaciones íntimas con otra persona sífilítica portadora de lesiones contagiosas comprobadas por un médico, siempre que dichas relaciones no hayan sido seguidas del empleo de tópicos antisépticos eficaces.

Se trata de un arma profiláctica de primer orden.

#### LA ADRENALINA EN EL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS TABÉTICAS

Las crisis paroxísticas de los tabéticos que se producen en forma de crisis gástricas, crisis vesicales, crisis de dolores fulgurantes, oponen a todos los tratamientos una resistencia desconcertante. Si el tratamiento específico bien dirigido puede atenuar, espaciar y aún hacer desaparecer estos paroxismos, al cabo de algunos meses, en cambio, en el curso mismo de las crisis, cualquier tratamiento mercurial o arsenical, no hace, en general, sino exasperarlos. Estamos reducidos habitualmente al uso de los antineurálgicos, y más comúnmente al uso de la morfina.

# Medicación Reconstituyente

## Fósforo-terapia orgánica en la práctica infantil-Bioplastina

POR EL DOCTOR CARLOS VALVASSORI PERONI

«Con toda convicción presento las siguientes conclusiones:

1.º La Fosfoterapia a base de sales inorgánicas debe ser hoy desechada, especialmente en pediatría, donde los sujetos delicados para los cuales precisamente se requiere esta cura, poco o nada asimilan tales medicamentos y presentan fáciles y graves inconvenientes sobre todo en el aparato digestivo.

2.º Entre los varios preparados orgánicos de fósforos, aun no siendo despreciables las sales de ácido glicérico, tan elogiadas por Robin, es más preferible la lecitina.

3.º Que la Bioplastina Serono representa por el momento el preparado de lecitina que más conviene a la terapéutica infantil, porque es absolutamente inocuo y por que las inyecciones son indoloras y sin reacción local.

4.º Las inyecciones serán practicadas con preferencia en las regiones glúteas, profundas. El número de veinte

inyecciones, representan en conjunto la cura como lo aconseja Serono, pero a mí me parece insuficiente. A menudo he practicado treinta o más inyecciones, tan es así que se debe calcular un término medio de 25-30 inyecciones por cada cura.

5.º En cuanto a los resultados de la cura, empiezan a aparecer ya después de tres o cuatro inyecciones, y son características el aumento del apetito, buena digestión, el óptimo aspecto de las heces, la alegría completa, el aumento del peso y el bienestar general del niño, que reacciona siempre inmediatamente a esta terapéutica.

6.º La indicación de la cura es, precisamente, aquella en la que fueron siempre aconsejados los preparados de fósforo y, por lo tanto, en los raquíticos escrofulosos y linfáticos, etc.

Debiéndose agregar también que, mientras en los dispepticos la cura por boca es mal tolerada y a veces nociva, por la vía hipodérmica, en cambio se obtienen felicísimos y rápidos resultados.

Muestras y Bibliografías a disposición de los señores Médicos

DIRIGIRSE A HIJOS DE ATILIO MASSONE

Casilla Correo 3584

SANTIAGO

Calle Clarae 205

M. M. Sicard y Lermoyez han hecho ver en tales casos, la acción notable de la adrenalina. Se puede utilizar las inyecciones subcutáneas de medio miligramo a un miligramo, una o dos veces al día, mientras dura la crisis.

La acción por vía gástrica es mucho menos eficaz. Puede usarse la vía intravenosa en dosis menores y diluidas en 5 o 10 c. c. de suero fisiológico. Se puede, igualmente, asociar la morfina en dosis moderadas de medio centígramo a un centígramo por inyección. El efecto sedativo es inmediato.

J. Tinel.

**TRATAMIENTO DE LAS VÁRICES**

El método de las inyecciones coagulantes intravaricosas se extiende y se perfecciona.

M. M. Sicard, Paraf y Forestier han abandonado las inyecciones intravaricosas de carbonato de soda, pues bastan algunas gotas de la solución fuera de la vena, para provocar escaras. Un enfermo curado por este método, murió súbitamente al día siguiente de la inyección.

Se ha reemplazado el carbonato de soda, por el salicilato de soda al 30% en inyecciones intravaricosas de 2 c. c. No habría que

temer en esa forma, a la producción de escaras.

Genevrier ha introducido en el tratamiento de las várices el clorhidrato neutro de quinina, en ampollitas:

Clorhidrato neutro de quinina . . . . .	0.40
Uretano . . . . .	0.20
Agua destilada . . . . .	c-s. p. 3 c. c.

Se empieza por los paquetes varicosos más cercanos al pie y se inyecta 1/5 a 1/4 c. c., repitiendo la inyección cada 5 centímetros, más o menos, avanzando hacia la raíz del miembro. Una semana después se repite una inyección análoga en las venas varicosas olvidadas o insuficientemente tratadas.

Por prudencia se puede acostar a los enfermos los dos o tres primeros días que siguen a cada sesión. Esto no es indispensable y muchos enfermos pueden continuar en sus ocupaciones.

En los casos de úlceras varicosas se coloca al enfermo en reposo y se comienza las inyecciones a algunos centímetros de la úlcera en su rededor. A medida que la úlcera disminuye de extensión se completa este cerco de inyecciones.

Por lo general, casi inmediatamente después de la inyección, se produce una tumefacción del vaso, se pone duro y doloroso a la presión, la piel es roja sobre el trayecto de la vena. El enfermo tiene sensación de pesantes en su trayecto. Después de un

tiempo variable, uno a cuatro meses, las venas induradas se retraen y desaparecen casi completamente.

Falta de cicatriz visible, técnica simple, inocuidad absoluta, trombosis venosa inmediata sin temor de embolia, posibilidad de tratar las úlceras varicosas: tales son, según Genevrier, las ventajas de las inyecciones de Clorhidrato de quinina.

C. Lian y R. Barrieu.

**TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN EL PERÍODO DEL CHANCRO**

(Período pre-humoral)

Para obtener los resultados que hoy día hay derecho a exigir, hay que aplicar dos principios que dominan toda la terapéutica específica.

1º La sífilis debe ser atacada lo más temprano posible.

2º El tratamiento elegido debe ser desde el principio, lo más intenso posible.

Para curar un sífilítico, dice M. Queyrat, es menester llenar cuatro condiciones: oportunidad, buen medicamento, dosis rápidamente progresivas, control del tratamiento por los medios de laboratorio.

**“PYRETHANE”**

Un nuevo Anti-Térmico Anti-Neurálgico Líquido (gotas) sin acción sobre el corazón ni los riñones.

MEDALLA DE ORO—EXPOSICION PASTEUR—STRASBOURGO 1923

**EL “PYRETHANE”**

No tiene similar  
Ninguna contra-indicación  
Ningún trastorno concomitante

RAPIDO — SEGURO — INOFENSIVO

Medicamento sin igual en los estados febriles graves y los dolores agudos.

Laboratoires Camuset - Ablon - France

AGENTES EN CHILE:

**PAEILE Y FINAT LTDA.**

Huérfanos 1235-Teléfono 4550-Casilla 983

**“Opoferrine”**

El gran específico nuevo de las

**Anemias  
Convalecencias**

**Laboratoires A. Ranson**

AVENUE GAMBETTA — PARIS

EL MÉTODO DE FERRIER se hace realmente efectivo con el

**“OPOCALCIUM”**

Del Dr. Guersant

Remineralización, Recalcificación comprobada.  
Asimilación de las Sales de Calcio provocada por asociación con Extractos de Glándulas.  
Efectos precoces y constantes.

**Laboratoires A. Ranson — Paris**

Agentes para Chile: PAEILE Y FINAT Ltda.

MUESTRAS A DISPOSICION DE LOS Srs. MÉDICOS

1º Oportunidad. Se trata de intervenir lo más temprano posible, en las primeras horas o en todo caso en los primeros días de la aparición del chanero.

Es menester, pues, un diagnóstico tan precoz como sea posible, y para esto, hay que penetrarse bien del hecho de que toda erosión del aparato genital, por mínima que sea, debe ser tenida como sospechosa de sífilis, y desde ese momento tratar de poner en evidencia, si existe el treponema, por todos los métodos necesarios (ultramicroscopio-impregnación) lo que es tanto más fácil cuanto más reciente es la lesión, antes de toda cauterización o aplicación intempestiva.

2º Un buen medicamento. La medicación arsenical por vía intravenosa es la medicación de ataque. El arsenobenzol, la mejor de las preparaciones.

3º Las dosis deben aumentar rápidamente para alcanzar la cantidad de 3.60 gramos de arsenobenzol en 8 inyecciones, una semanal.

Descanso de un mes. Nueva serie de 3.50 gramos en 7 inyecciones. Descanso de un mes. Reforzar el tratamiento arsenical con ocho inyecciones de aceite gris argéntico. Reposo de un mes. El enfermo permanece un año más en observación.

Si se emplea el novarsenobenzol, la medicación debe ser igualmente intensiva.

4º La Reacción de B. Wassermann debe ser negativa siempre entre cada serie y en el año que sigue al tratamiento. Al fin del

año se hace una reactivación seguida de seroreacción y punción lumbar, tres semanas después.

En caso de resultar negativos todos los exámenes, se puede considerar obtenida la curación y puede permitirse el matrimonio.

P. Fernet.

## PROFILAXIS DEL SARAMPION

por el

Dr. J. MONTERO C.

Con el título que antecede y una cariñosa dedicatoria al que suscribe, llegó a mis manos días atrás un voluminoso folleto de alrededor de trescientas páginas, que he leído con vivo interés, lamentando, eso sí, que su autor, el distinguido colega y amigo Arturo Atria, no haya colocado en un apéndice especial todo aquello que sólo indirectamente interesa al lector, como son las citas y opiniones de una cantidad de escritores y médicos.

Realmente, el trabajo del Dr. Atria es monumental, y habla elocuentemente a favor del espíritu de investigación que anima al médico chileno, contrariamente a lo que a cada momento oigo en algunos centros científicos.

El contenido de esta excelente y extensa monografía, puede condensarse en las siguientes líneas:

1º El sarampión es una enfermedad inevitable y que ha de contraer tarde o temprano toda persona.

2º Produce una mortalidad no despreciable por sus complicaciones (bronco-neumonía, etc.) y la agravación que determina de la tuberculosis.

3º La profilaxis de esta enfermedad, en el sentido de evitar su aparición en la población infantil o adulta es utópica; en cambio, la morbilización, o sea, la inoculación de la enfermedad misma a los sanos, es la única profilaxis, e inócua, porque determina en el sujeto inoculado un cuadro clínico muy benigno, y además permite disponer en abundancia de suero de convalecientes con el objeto de practicar la sero-atenuación; y

4º Francisco Home (1757) del Colegio Real de Médicos de Edimburgo, fué el sabio que por primera vez preconizó tal método de profilaxis, que consiste en inocular sangre de enfermo sobre escarificaciones que se hacen en la piel del individuo sano, o como lo practicó el Dr. Atria en sus siete hijos menores, inyectar unas gotas de sangre sub-cutáneamente.

# 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.

Unico 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 hemoglobínica hace que se le considere un medicamento de elección en el tratamiento de las diversas anemias.

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

Fórmula: YODURO MANGANESO AL 2.º

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 aun para los niños de corta edad.

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

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

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

Droguería Botica "LA CARIDAD"

FELIX BELLICIA

DESPACHO EXACTO DE RECETAS

DEPOSITO:

PERFUMERIA "BRISAS PORTEÑAS"

— 21 DE MAYO 682 —

Casilla 1390

Teléfono 3712

TRATAMIENTO PRECOZ DE LAS ESPIROQUETOSIS:

# == SÍFILIS ==

Y

TERAPÉUTICA ESPECÍFICA DE LA **DISENTERÍA AMIBIANA**

Y DE LAS LAMBLIAS POR EL

# STOVARSOL

(ÁCIDO ACETYLOXYAMINOFÉNYLARSÍNICO)

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

Los Establecimientos **POULENC Frères**

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

# DIGIBAINÉ

**Compuesto Tonicardiaco**  
**Asociación Digitalina-Uabaina**

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

**DIGITALINA**

*Modera y regulariza.*

**UHBAINA**

*Refuerza.*

*Acción Tonicardiaca completa*

**Laboratoires Deglaude - Paris**

ALMORRANAS

VARICES

MENOPAUSA

# Menovarine

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

Laboratoires

**Mondolan**

PARIS

AGENTE PARA CHILE:

**J. B. DIDIER**

SANTIAGO

CASILLA 61

SAN PABLO 1340

HOSPITAL DEL SALVADOR SERVICIO DEL PROF. LUCO

# SINDROMAS

## DEL CONTENIDO DE LA

### Porción terminal del Raquis

por el

Dr. Alfredo ROJAS CARVAJAL (1)

Este enfermo ha ingresado al Hospital del Salvador en el mes de Junio de este año, por una incontinencia de orina y de materias fecales, que lo aqueja desde hace 3 años.

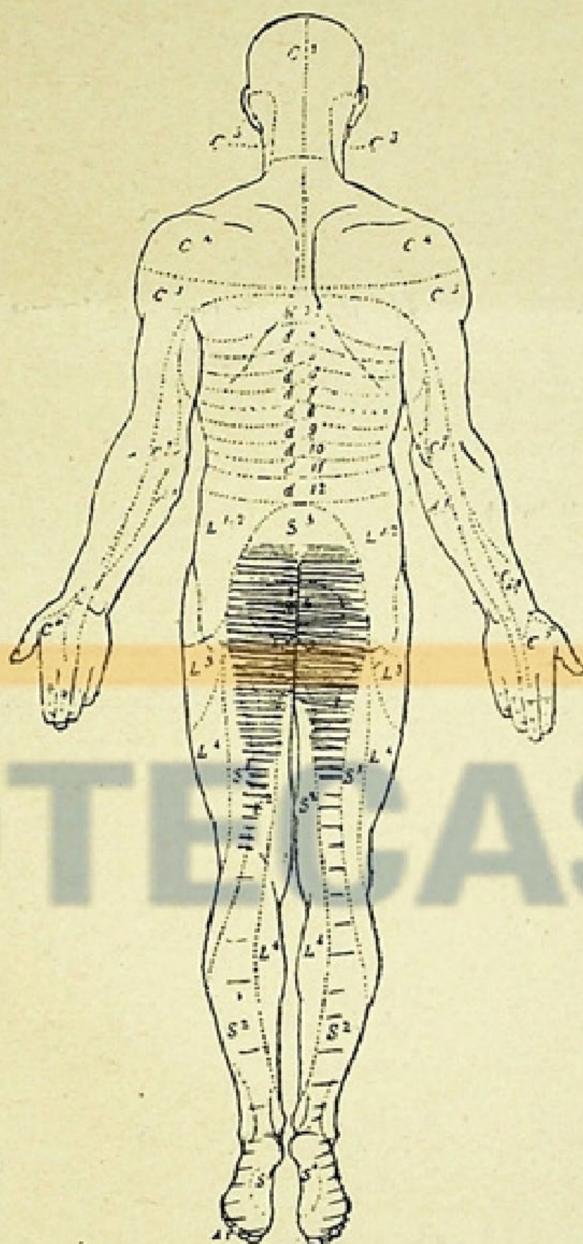
Es un individuo joven, de estatura mediana, bien conformado, con un desarrollo normal de su esqueleto y de la musculatura, con un panículo adiposo bien conservado, con una piel gruesa, elástica, sana. El examen físico del cráneo, cuero cabelludo, cabellera, etc., no ofrece alteraciones de importancia; la cara es simétrica, las facciones regulares, las cejas aparecen poco pobladas. El estudio de la motilidad ocular, de las reacciones pupilares, de los distintos elementos de la cavidad bucal, de la faringe, etc., no revela nada de patológico.

Igual resultado se obtiene en el cuello, los miembros superiores, los órganos torácicos y abdominales, pero en la línea media posterior del tronco encontramos una cicatriz lineal operatoria que comienza por arriba a nivel de la 9ª apófisis espinosa dorsal y termina abajo en la 3ª apófisis espinosa lumbar. La palpación de la región correspondiente de la columna nos hace ver que faltan las apófisis espinosas de las dos últimas vértebras dorsales y de las dos primeras lumbares.

Esta palpación no es dolorosa. Tampoco lo es la percusión en toda la extensión de la columna.

El examen de los miembros inferiores nos revela la existencia de una atrofia marcada de las masas musculares de ambas piernas, sensiblemente igual en los dos lados. La medición de la circunferencia de los miembros hecha a 10 cms. por debajo de la espina anterior de la tibia nos dió 29 cms. a ambos lados. Esta atrofia existe también en los músculos de los pies y es poco notable en la región posterior de los muslos, faltando ya a nivel de las regiones glúteas. Los distintos segmentos de los miembros no presentan actitudes viciosas; los movimientos voluntarios de cada uno de ellos están todos conservados y se ejecutan sin ningún dolor y sin incoordinación motora, solamente que las fuerzas puestas en juego son escasas, predominando esta falta de fuerzas hacia la extremidad de los miembros. Es más marcada en el lado derecho que en el izquierdo, y en los pies, la flexión plantar es menos enérgica que la flexión dorsal o extensión; en las piernas la exten-

sión se hace en buena forma, y sólo la flexión está falta de energía, débil. Estando de pie el enfermo no puede empujarse. Al caminar apoya simultáneamente toda la planta de los pies, y al dar el paso no efectúa el juego de palanca normal que eleva el talón del pie que queda atrás, sino que dobla ligeramente la rodilla. Es una marcha insegura, a pasos cortos. El signo de Romberg es negativo. Los reflejos aquilianos, medio plantares y plantar cutáneos están abolidos a ambos lados. Los patelares están conservados, estando muy vivo el del lado derecho. Conservados los cre-



masterianos y abdominales. Los reflejos glúteos se producen excitando la parte más externa de las nalgas, pero no se producen si se excitan la parte interna o mediana. La razón de esto último es que hay una zona de anestesia limitada en forma de silla de montar que comprende las regiones glúteas inferiores e internas, parte posterior de los muslos, perineo, genitales externos.

La anestesia comprende todas las sensibilidades superficiales, pero es más marcada para las formas dolorosa y térmica. La anestesia comprende también las mucosas uretro-vesical y rectal, lo que está atestiguado por los hechos siguientes: el enfermo no percibe ni el deseo de orinar, ni el pasaje incesante de la orina, ni la introducción de una sonda ureteral. Tampoco siente el pasaje de las materias fecales ni la introducción de la cánula de un irrigador.

Hay todavía una faja de hipoestesia en la región posterior de las piernas, más mar-

cada al lado derecho, y que toma el borde externo y región plantar externa de ambos pies.

Para terminar, diremos que el enfermo acusa trastornos en las funciones genitales, consistentes en erecciones incompletas y muy alejadas. No ha tenido relaciones sexuales durante los tres años de su enfermedad.

En resumen, tenemos como síntomas fundamentales en este enfermo: 1º Una paraplegia disociada o incompleta, limitada a algunos músculos de la región posterior de los miembros inferiores, paraplegia flácida acompañada de atrofia muscular y de abolición de los reflejos correspondientes, con una disposición aproximadamente simétrica; 2º una zona de anestesia con una topografía especial, en forma de silla de montar y que invade las mucosas vesical y rectal, prolongándose en forma de hipoestesia en el territorio de algunas raíces sacras; y, finalmente, incontinencia de orina y de materias fecales e impotencia genital.

Con lo anterior nos basta para formular el siguiente diagnóstico primordially: síndrome del contenido de la porción terminal del raquis, en la región lumbo sacra. No se concibe, en efecto, una lesión bilateral extrarraquídea, dando lugar al conjunto de síntomas que presenta este enfermo, dada la dispersión de los nervios de estas regiones a su salida del conducto raquídeo.

Ahora nos falta averiguar qué parte del contenido de la porción terminal del raquis es el asiento de la lesión. Pero antes de entrar a esto, conviene conocer algunos antecedentes del sujeto.

Oscar Donoso, de 25 años, soltero, hijo de agricultores sanos, del pueblo de Nancagua, nació de tiempo, en buenas condiciones, en 1900. Se desarrolló sin incidentes durante la primera y segunda infancia; entró a la escuela a la edad de 12 años y permaneció en ella tres años, aprendiendo apenas a leer y escribir. En 1915 empezó a trabajar en los quehaceres del campo y hasta 1922 tuvo excelente salud. No acusa haber tenido gonorrea ni chancro, no fuma y bebe con moderación. En 1922 hacía su servicio militar, y estando con permiso en su casa, en Nancagua, a fines del mes de Mayo, sufre una caída de a caballo, quedando aplastado por el animal hasta que éste pudo pararse. Sufre un fuerte traumatismo en el abdomen que lo hace perder el conocimiento por más de diez horas, y durante ese tiempo es trasladado por otras personas a una casa cercana. Cuando recupera la conciencia se encuentra en cama acostado y siente un intenso dolor localizado a la región lumbar de la columna vertebral, que le impedía toda inclinación del tronco, las dos piernas estaban paralizadas y perdida en ellas la sensibilidad, no tenía noticias de la situación de éstas, en la cama no sentía el contacto de las ropas ni el peso de las mismas; la anestesia se extendía en altura hasta la región glútea por detrás, y en la parte anterior hasta el pubis, comprendiendo los genitales. No tenía herida de la piel,

(1) Disertación hecha a los internos del Hospital.

ni tampoco una deformación grosera de la columna, pero el dolor de la región lumbar era tan intenso, que le impidió dormir durante varias noches. La cabeza y los miembros superiores estaban indemnes y se movían con facilidad.

Desde los primeros días se instala una retención completa de orina y de materias fecales, no sentía deseos de vaciar sus reservorios. Se le practicó después un sondaje de la vejiga y no sintió la introducción de la sonda; se le estrajo varios litros de orina y este vaciamiento brusco le produjo grandes dolores en la región lumbar irradiados hacia el hipogastrio y los testículos. Posteriormente hubo necesidad de sondarlo todos los días. Para vaciar el intestino recurrió a enemas y purgantes, no sentía el contacto de la cánula ni el paso de las materias fecales. La alimentación se redujo a un medio litro de leche diaria. A los diez días fué trasladado en camilla a la Enfermería del Regimiento Zapadores de San Fernando, donde permanece en iguales condiciones durante treinta días más o menos. Al cabo de este tiempo recupera paulatinamente la sensibilidad y motilidad en gran parte de los miembros inferiores, la retención de orina deja lugar a una incontinencia pasiva permanente. Un mes más tarde los dolores lumbares han disminuido mucho de intensidad, puede sentarse en la cama, posteriormente se levanta y puede caminar sin grandes dificultades. Así permaneció, atendido por el médico del Regimiento, hasta el mes de Noviembre en que se viene a Santiago e ingresa a este Hospital. Aquí se comprueba la existencia de una fractura de la 12ª vértebra dorsal, 1ª lumbar y parte de la 2ª, con compresión de los elementos nerviosos a ese nivel. Aconsejada la descompresión, se interviene con anestesia local infiltratoria y se resecan las apófisis espinosas y láminas de las dos últimas vértebras dorsales y dos primeras lumbares, comprobándose que los cuerpos de la 12ª dorsal y 1ª lumbar rechazan y sollevantan la dura y demás elementos nerviosos comprimiéndolos contra las respectivas láminas.

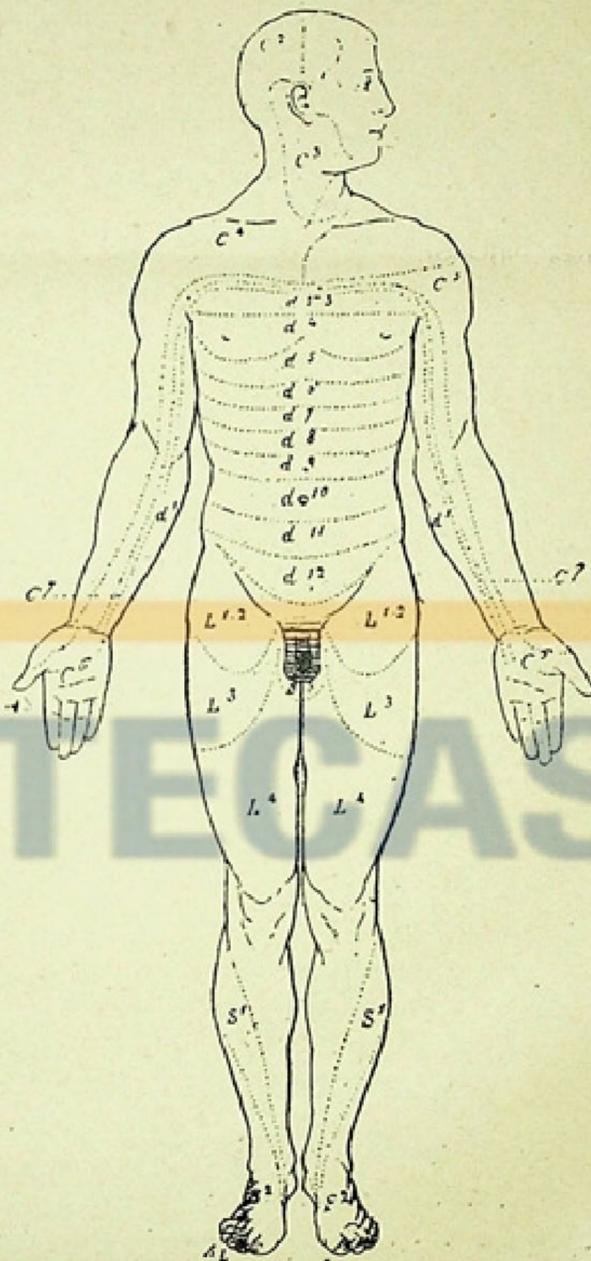
A los 6 días el enfermo nota que empieza a retener orina, a los 10 días orina a menudo a voluntad y a los 15 días lo hace espontáneamente; sólo algunas veces tiene incontinencia vesical nocturna.

Pero esta mejoría (?) de las funciones vesicales fué muy fugaz, y poco después de haber abandonado el Hospital, el enfermo volvió a su antigua invalidez, que ha persistido hasta hoy. Esto hace pensar que se intervino tarde, cuando las lesiones eran ya irreparables. A partir de aquella fecha el enfermo alterna su retención de materias fecales con evacuaciones involuntarias e inconscientes.

De modo, pues, que el síndrome que presenta nuestro enfermo, deriva de un traumatismo sufrido hace tres años con fractura de la 12ª vértebra dorsal, 1ª lumbar y parte de la 2ª, con compresión de los elementos nerviosos a ese nivel y con lesiones destructivas de algunos de ellos. Para ave-

riguar cuáles son estos últimos elementos, conviene recordar brevemente la anatomía topográfica de esta región que nos interesa.

La médula termina en su parte inferior a nivel de la 2ª vértebra lumbar por un cono afilado, que no es sino la extremidad adelgazada del engrosamiento lumbar de la misma y con el cual se continúa sin línea de demarcación neta. Como cosa convencional se acepta que esta demarcación está un poco por encima de los segmentos 3º, 4º y 5º de la médula sacra; topográficamente su sitio corresponde al límite entre la 1ª y la 2ª vértebra lumbar. Por encima, como queda dicho, está el engrosamiento lumbar



y hacia abajo se continúa con el filamento terminal, delgado cordón que va a insertarse en el vértice del sacro. Toda esta porción de la médula tiene de particular que está envuelta por las raíces lumbares y sacras que en forma de un abanico alargado la acompañan a lo largo del conducto.

Es sabido que a medida que se desciende en el trayecto de la columna se va estableciendo una discordancia creciente entre el punto en que las raíces de los nervios raquídeos abandonan la médula y la altura a que salen del raquis por los agujeros de conjugación. Esto es tan acentuado en la parte terminal de la médula que desde el punto en que del cono terminal emerge la V raíz sacra a nivel de la 2ª vértebra lumbar, hasta allí donde esta misma raíz abandona el canal raquídeo entre el vértice del sacro y la base del coxis, hay una distancia considerable, de varios centímetros. Además de las raíces lumbares y sacras, que en conjun-

to constituyen la llamada cola de caballo, tenemos todavía, envolviendo la parte terminal de la médula, la dura madre que alcanza hasta el nivel de la 2ª vértebra sacra. Más abajo sólo sigue la parte extradural del filamento terminal que, como hemos dicho, se alarga hasta el vértice del coxis rodeado de las últimas raíces sacras.

En resumen, al engrosamiento lumbar de la médula, que se extiende desde la 10ª vértebra dorsal hasta la 1ª lumbar, y que da origen a las raíces lumbares y 2 primeras sacras, sigue el cono medular en relación con la 2ª vértebra lumbar y que da origen a las 3 últimas raíces sacras y, por último, el filamento terminal. Es importante diferenciar en este último la primera porción, intramedular o intradural, cuya estructura es medular, y que con alguna frecuencia da lugar a la formación de tumores que comprimen la cola de caballo. En cambio, la parte extradural estaría formada por pequeños vasos y restos de la pia madre.

Los cuatro primeros pares de raíces lumbares en compañía de las duodécimas raíces dorsales forman los plexos lumbares que van a dar la inervación de los músculos de las caras anterior externa e interna del muslo, de los adductores, del cremáster, de las paredes abdominales (nervios abdomino genitales y génito-crural, obturador y crural); por su parte, la 5ª raíz lumbar y las 5 raíces sacras forman el plexo sacro que inerva las regiones glúteas, la parte posterior de los muslos, la musculatura de las piernas y pies, el esfínter anal, el elevador del ano y la vejiga.

Ahora nos es más fácil explicarnos la sintomatología que presentan las afecciones del contenido de la última parte del canal raquídeo y nos damos cuenta también cuán difícil es aislar la parte que en esta sintomatología es imputable a las lesiones de la cola de caballo, de las de la parte correspondiente de la médula.

En efecto, la patología de estos diversos elementos se confunde en una sola, debido a que, dada su topografía, los agentes vulnerantes los comprometen simultáneamente y sólo en raras ocasiones es dado observar síndromas parciales, en relación con lesiones aisladas, ya sea del cono medular o de cierto número de raíces de la cola de caballo, síndromas que, por otra parte, pueden ser idénticos, ya que es igual que la lesión esté en las raíces o en los núcleos del neurón periférico.

Naturalmente, que según el nivel a que actúe el agente patógeno (tumor, traumatismo), el número de elementos comprometidos varía y con ello el cuadro sintomático que ofrecen los distintos enfermos.

Descendiendo desde la parte alta vamos a enumerar, entre otras muchas, las siguientes eventualidades que pueden presentarse.

1.º caso. La parálisis sensitivo-motora de los miembros inferiores es completa. La anestesia se extiende por delante hasta el pubis, y por detrás hasta la región lumbar. Incontinencia de materias fecales y de orina, con evacuaciones involuntarias e inconscientes.

Se trata de una lesión que compromete los elementos nerviosos hasta la altura del engrosamiento lumbar de la médula. A nivel de la 12ª vértebra dorsal, por ejemplo. Es el caso de nuestro enfermo, en el primer mes que siguió al traumatismo. Este cuadro, cuando es de origen traumático, como en nuestro caso, es muchas veces transitorio, dejando lugar entonces a algunos de los síndromas que enumeramos en seguida.

La razón de este carácter transitorio la da el hematorraquis.

2ª Eventualidad. La parálisis sensitivo-motora de los miembros inferiores es incompleta. La anestesia e hipoestesia comprenden los órganos genitales externos, perineo, región perianal, región glútea inferior, cara posterior de los muslos y piernas, cara plantar de los pies. La parálisis respeta los aductores del muslo, regiones anterior, externa e interna, de los mismos, limitándose a las regiones glúteas, parte posterior de los muslos, músculos de las piernas y pies. Aquí puede tratarse de un proceso que compromete la cola de caballo a nivel de la V vértebra lumbar, puesto que el plexo sacro es el único afectado. Es más raro que este cuadro derive de una lesión de la parte baja del engrosamiento lumbar de la médula, a nivel de la 1ª vértebra lumbar. Tiene que tratarse en tal caso de un proceso circunscrito que no comprometa lateralmente las raíces lumbares que aún no han abandonado el conducto raquídeo.

3ª Eventualidad. La parálisis en los miembros inferiores afecta sólo una parte de los músculos inervados por el plexo sacro, quedando libres las primeras raíces de este plexo (L V y S I), igualmente los trastornos de la sensibilidad afectan el territorio de las 4 últimas raíces sacras. Es próximamente el cuadro que presenta actualmente nuestro enfermo.

4ª Eventualidad. Finalmente, la parálisis sensitivo-motora se puede limitar a la vejiga y recto y va asociada a una anestesia cutánea de los genitales externos, perineo, márgenes del ano, región glútea inferior. Esto también es susceptible de varias interpretaciones.

Puede tratarse de una lesión del cono medular a nivel de la 2ª vértebra lumbar, o puede también ser el producto de una lesión a nivel de la 3ª vértebra sacra, comprometiéndose las 3 últimas raíces de la médula.

La etiología de estos síndromas acuerda un porcentaje aproximado de 55 por ciento a los traumatismos, 30 por ciento a los tumores, 8 por ciento a las manifestaciones de la sífilis, 4 por ciento a las hemorragias meníngeas, 3 por ciento a la tuberculosis.

En los casos de traumatismos, fuera de no existir el problema de la etiología, el diagnóstico topográfico está muy aliviado. Por ejemplo, en nuestro enfermo, tenemos un síndrome que corresponde al compromiso de todas, o casi todas las raíces del plexo sacro. En el caso de un proceso no traumático existirá el dilema entre una lesión de la cola de caballo a nivel de la V vértebra lumbar, ya que el plexo lumbar está indem-

ne, o bien una lesión de la médula en la parte baja del engrosamiento lumbar, a nivel de la 12ª dorsal o de la 1ª lumbar. Como sabemos que se trata de un traumatismo que ha fracturado precisamente estas dos vértebras, el problema no existe más, por este solo hecho.

Otra cosa es cuando la causa reside en una sífilis, un tumor, etc. En estos casos, son los dolores radicales los que abren generalmente la escena, y el cuadro de la paraplegia sensitivo-motora, de los trastornos génito-uritarios se establece secundariamente. El diagnóstico topográfico exacto ofrece serias dificultades y es menester en cada caso un estudio minucioso de la sintomatología.

Si nuestro enfermo hubiera sido operado oportunamente, es casi seguro que se habría obtenido un éxito completo; pero seis meses después del accidente, cuando recurrió a este Hospital, había ya, seguramente, lesiones destructivas de la médula, que han dejado una invalidez definitiva.

Para que una intervención en los síndromas de esta región esté indicada, para que sea eficaz, es menester, pues, que se reúnan ciertas condiciones. En primer lugar, debe ser precoz, antes que las lesiones sean irreparables; salvo que se pretendan sólo efectos paliativos, como calmar los dolores, en cuyo caso puede intervenir tardíamente. En segundo lugar debe conocerse exactamente el sitio de la lesión, y finalmente, ésta debe ser abordable quirúrgicamente, esto es, no debe ser intramedular.

ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

## CEGUERA CORTICAL GRAVÍDICA

por el

Dr. Italo MARTINI

## EMBARAZO

DE

## SIETE MESES, ECLAMPSIA

por el

Dr. Ricardo EGUIGUREN E.

Con estos dos títulos me refiero a una misma enferma que ingresa a la Maternidad enviada por la Asistencia Pública, el día 3 de Julio del presente año.

S. C. — Primípara, 26 años.

A. H. — Sin importancia.

A. P. — Regló a los diez años, sus reglas son regulares, de tres días de duración. Ha sido una persona sana, salvo dolores neurálgicos, no ha tenido otro mal.

Enfermedad actual. — Estando embarazada de siete meses, sale a su trabajo por

la mañana el día 2 de Julio, sintiendo mal-estar, náuseas, y vuelve a las dos horas a su casa porque le vienen vómitos. Llama a una matrona que le hace el diagnóstico de síntoma de aborto y le pone un enema con láudano. Los vómitos continúan durante todo el día; aparecen dolores de cabeza, la enferma nota sus piernas hinchadas y además, que su orina es muy escasa.

El día 3 de Julio, a medio día, la enferma, repentinamente, se pone ciega y a las 6 de la tarde le vienen convulsiones seguidas de un estado comatoso. Es llevada a la Asistencia Pública donde el médico de turno, Dr. M. Martínez, le hace el diagnóstico de Eclampsia, y la envía a la Maternidad.

Examen de la Policlínica. — Embarazo de siete meses. Temperatura 37; pulso 90. Estado comatoso. Orina: albúmina en cantidad de 12 por 1000. Le indican un sifonaje. El día 4, temprano, examino la enferma que se encuentra más o menos consciente, y responde a las preguntas. La enferma está ciega, por lo que consulto al especialista de ojos, Dr. Martini, quien después de su examen, hace el diagnóstico de Ceguera Cortical Gravídica, encontrando que las pupilas reaccionan a la luz y acomodación y el fondo del ojo está sano. Es de opinión que se interrumpa el embarazo.

Comunico estos datos al Director de la Maternidad y ese mismo día, a las 3 de la tarde, opero a la enferma.

Intervención. — Anestesia: éter. Dilatación manual bajo anestesia hasta 4 centímetros; se sigue con el Bozzi hasta 9 centímetros; hago la versión seguida de extracción del feto y de la placenta; se produce un desgarro en el lado izquierdo del cuello, el que no hay necesidad de suturar, y un pequeño desgarro de la horquilla vulvar que lo suture con un punto. El niño es de sexo femenino, sano, pesa 2700 gramos. La placenta es normal y pesa 420 gramos.

El examen de la orina hecho el día 6 (no se pudo hacer antes por haber sido día festivo el anterior) da urobilina en abundancia, indicios marcados de albúmina, cloruros, 4-urea 17 gramos. El examen microscópico da glóbulos rojos en abundancia.

Estado post-operatorio. — A las 8 horas de operada la enferma distingue el color plomo que se le presenta a la vista. Al día siguiente la enferma distingue todo lo que se encuentra en la pieza, y al tercer día, o sea, el día 6, la enferma lee el diario. El puerperio es normal; la orina sobrepasa de 1 litro diario, desapareciendo la albúmina.

Presión arterial. — Este dato que es esencial en toda Eclampsia, lo anoto intencionalmente al final, para hacer notar que, salvo ligero aumento de la Mínima, la Máxima era baja. Debo advertir que la presión fué cuidadosamente tomada con el Oscilómetro de Pachón por el Interno del Servicio, señor Avaria, que tuvo el cuidado de anotarla durante los cuatro primeros días:

Día de la operación ..	Mx: 11,5	Mn: 7,5
Julio 5 .. . . . .	Mx: 15	Mn: 8,5
Julio 6 .. . . . .	Mx: 14,5	Mn: 8,5
Julio 8 .. . . . .	Mx: 14	Mn: 8,5

Demás está decir que en esta enferma no se hizo sangría.

A la enferma se le tiene en la Maternidad hasta el 16. día en que se presenta a la Sesión Científica del Hospital San Francisco de Borja y es dada de alta, tanto ella como su hija, en perfectas condiciones.

El diagnóstico diferencial con la Amaurosis Histérica, que es esencial tener presente en estos casos, aparecerá en un trabajo que se titulará Casos Clínicos.

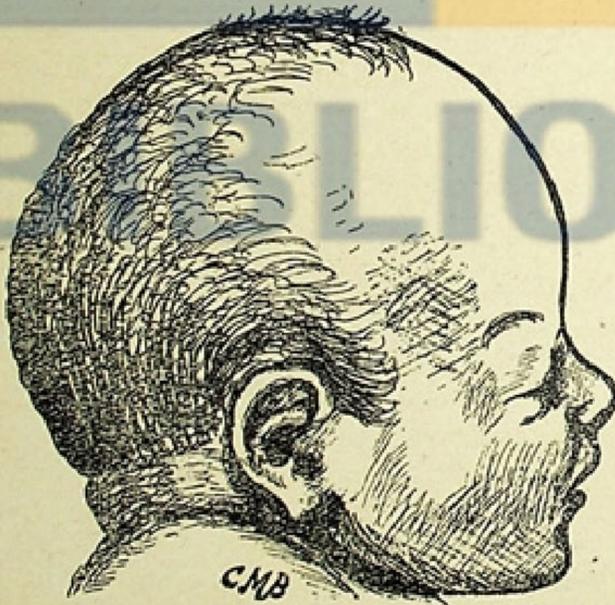
## DEL TRAUMATISMO OBSTÉTRICO EN EL RECIÉN NACIDO

por el

Prof. C. MÖNCKEBERG

(Continuación)

Otros factores independientes del mecanismo del parto pueden también deformar la cabeza: así, por ejemplo, en los casos de oligoamnios, la pared uterina comprime la cabeza y pueden originarse alteraciones gra-



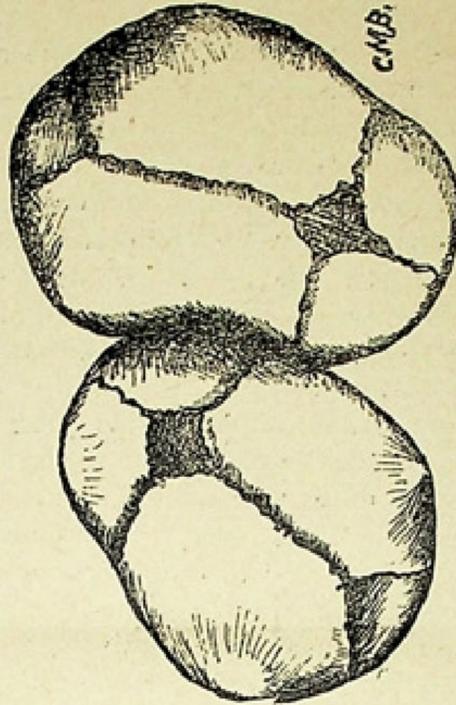
Forma regular de la cabeza en la presentación de nalgas.

ves en la forma del cráneo. Ocurre igual cosa en casos en que, por existir inclinación lateral acentuada de la cabeza, uno de los hombros ejerce presión sobre ella, llegando, en ocasiones, a producir deformaciones del maxilar del inferior y aún parálisis faciales por compresión de la región masétera.

También en el parto gemelar suelen observarse lesiones de la cabeza y ello no es raro cuando ocurre el encajamiento simultáneo de ambos fetos. Como es sabido, esta forma de distocia tiene diversas modalidades. Si los fetos no son grandes, pueden penetrar las dos cabezas en la excavación; se comprende que, en tal caso, la compresión cefálica excesiva es inevitable y pueden sufrir ambas o una sola, deformaciones notables, hasta hundimientos del cráneo que recuerdan, por su aspecto, el hundimiento

en cuchara que se observa en partos con pelvis estrecha.

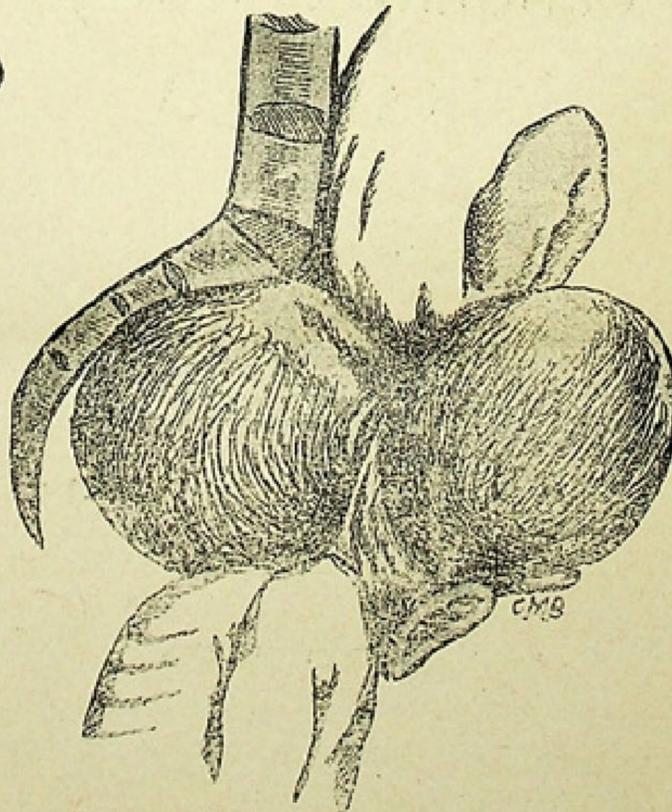
Cuando uno de los fetos va de vértice y de nalgas el otro, puede ocurrir, como se sabe, la distocia llamada enganche, que consiste en que ambas cabezas enganchadas se



Compresión recíproca de ambos cráneos en el encajeamiento simultáneo.

impiden recíprocamente el avance. En este caso también habrá compresión y deformación de la cabeza de uno o de ambos fetos, con la particularidad de que aquí es el hombro de uno de los fetos el que, de ordinario, comprime la cabeza del otro y la deforma.

En el parto con procidencia de miembros suelen, asimismo, presentarse deformaciones y lesiones de la cabeza por compresión del miembro procidente. El brazo puede marcar profundamente la bóveda craneana y aún se han observado fisuras y fracturas por hundimiento de un parietal. Se describen también esfacelos de la piel de la cara y de la frente por compresión prolongada.



Fetos enganchados.

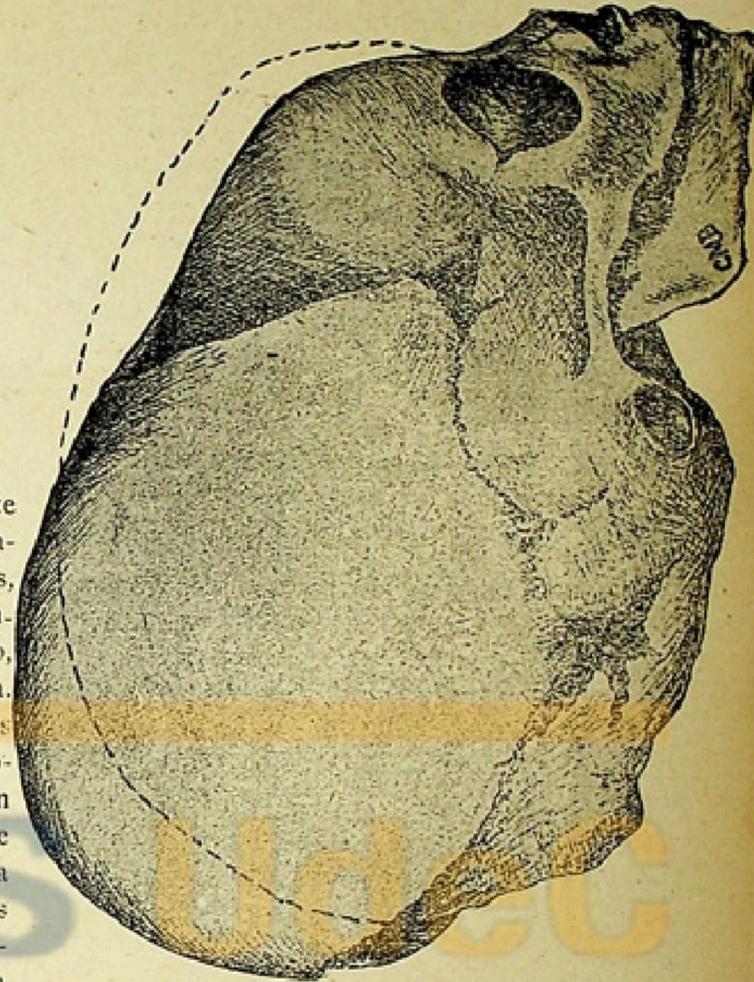
Compresión recíproca del cráneo por el hombro.

del miembro inferior procidente, modalidad que se estima la más grave.

Las deformaciones cefálicas causadas por el mecanismo del parto normal no son de consecuencias enojosas. Desaparecen, casi todas, en las 48 horas que siguen al parto.

Ahora bien, si consideramos los fenómenos hasta aquí anotados, llegamos a la deducción de que la cabeza fetal puede tomar las formas más diversas y volver rápidamente a su aspecto primitivo.

La forma redondeada, en los niños extraídos por operación cesárea antes del trabajo, y de los nacidos en presentación podálica, la forma alargada que ofrece las de los nacidos de vértice, la aplanada verticalmente y prolongada del occipucio a la frente en las presentaciones de cara, la deformación



Amoldado del cráneo fetal por hundimiento de los frontales y el occipital bajo los parietales.

distinta aún en las presentaciones sincipitales y de frente, constituyen otros tantos tipos diversos. Y al estudiarlos, en conjunto, una pregunta viene a la imaginación.

¿Por qué mecanismo llegan a producirse y cómo se realizan estas alteraciones morfológicas del ovoide cefálico?

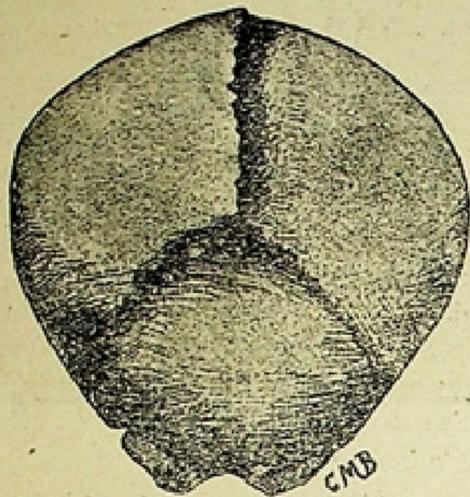
La explicación la encontramos recordando la anatomía del cráneo y relacionando este estudio con los fenómenos del parto.

La bóveda craneana se compone de huesos, suturas y fontanelas. Las fontanelas permiten la reductibilidad de volumen del cráneo y esta reductibilidad se verifica en forma absoluta, es decir, existe realmente, como es posible comprobarlo tocando la fontanela anterior durante la contracción, después de la rotura de las membranas; se nota, así, que sus bordes se acercan más y más, para separarse cuando la contracción termina.

Por su parte, las suturas permiten el calalgamiento de los huesos unos sobre los otros, y el cráneo se deprime sobre ellas durante la contracción, y así vemos que, en el momento del dolor, el dedo no toca un espacio membranoso en el sitio correspondiente a la fontanela posterior, sino un triángulo deprimido formado por la extremidad del occipital hundido bajo los parietales. Naci-

do el niño, siempre encontramos la misma depresión del occipital y, si examinamos la sutura fronto-parietal, vemos que frontales y parietales no se encuentran en el mismo plano, los primeros están deprimidos y su borde libre ha deslizado bajo el borde anterior de los segundos.

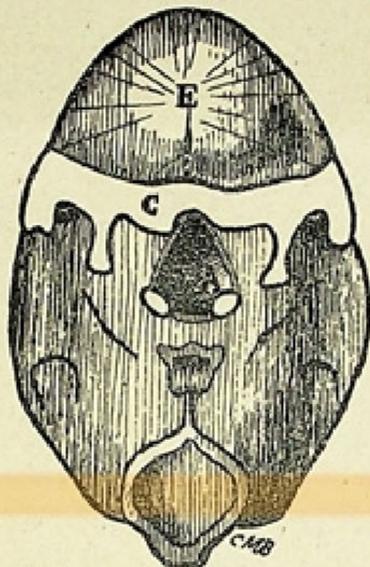
Este hundimiento de los frontales y occipital bajo los parietales es, a mi juicio, el factor principal del modelado de la cabeza en el parto normal. En cuanto al cabalgamiento



Hundimiento del occipital bajo los parietales.

El hundimiento del frontal bajo los parietales explica, a su vez, la disminución de otro diámetro ántero posterior, el occipito-frontal. El diámetro bi-parietal experimenta en los casos de pelvis normal una reducción muy escasa: la que permite el simple acercamiento de los huesos, que no puede ser mucho, porque en parte lo dificultan el occipital y los frontales deslizados bajo los parietales.

El diámetro bi-temporal disminuye, es verdad, pero gracias más a la depresibilidad de la delgada escama temporal que al cabalgamiento de los parietales, porque ha de tenerse presente que no sólo las suturas y fontanelas permiten la reductibilidad de vo-



Cráneo embrionario.

A. Agujero basilar. — C. Banda cartilaginosa. — E. Escama occipital.

lumen de la cabeza; también los huesos, la parte más sólida, más resistente del cráneo, desempeñan un papel en las modificaciones que el ovoide cefálico sufre durante el parto.

Si se examina, recién extraído, el occipital del niño recién nacido, se comprobará fácilmente que la punta de la escama del hueso es móvil sobre el resto. El dedo la rechaza hacia adelante o atrás con gran facilidad. Aún más, la escama entera es desplazable y la punta del hueso puede describir un arco de círculo cuyo centro corresponde a un punto vecino a la porción basilar y colocado algo por detrás de la articulación occipito-atloidea. Si se disecciona el hueso, desprendiendo por fuera el periostio y por dentro la dura madre, se descubre fácilmente, en la unión de la porción escamosa con la basilar, una banda de tejido cartilaginoso de medio centímetro de ancho limitada afuera por tejido fibroso. Es esta charnela fibro-cartilaginosa la que permite ejecutar verdaderos movimientos de flexión y extensión de la escama sobre la base y aún se ha descrito la luxación del hueso en este punto (luxación de Schroeder-Jacquemier). En el 6º mes de la vida intrauterina, cuando la escama del occipital sólo consiste en una placa ósea redondeada, la charnela está formada por tejido cartilaginoso exclusivamente, más tarde se forma el tejido fibroso, y por fin, después

del nacimiento, se osifica poco a poco. Por medio de esta disposición anatómica se explican los movimientos de báscula del occipital, en la presentación de vértice, y el deslizamiento de este hueso bajo los parietales, así como la retropulsión del occipital en la de cara. En los días que siguen al parto se puede observar, examinando continuamente el cráneo del niño, la translación de la escama occipital a su sitio normal.

El frontal, hueso único en su borde inferior, bifido en el superior, pertenece a la vez a la base y a la bóveda. El borde inferior está fijo, es inmóvil; el superior, al contrario, está libre y es móvil en su articulación con los parietales. La movilidad se puede comprobar apoyando el dedo sobre la parte superior del hueso en un cráneo desprovisto de parietales; el movimiento se verifica de arriba abajo o de adelante atrás y explica el deslizamiento del frontal bajo los parietales y la disminución del diámetro sub-occipito-bregmático.

Los parietales desempeñan también papel en la modificación de la forma de la cabeza. Cuando el occipital y los frontales son rechazados, uno hacia adelante, los otros hacia atrás, se puede comprobar que los parietales, tirados hacia abajo por sus dos extremos, se encorvan sobre sí mismos, su borde interno o sagital se hace más convexo y forma, de adelante atrás, un arco que pertenece a un círculo cuyo radio se torna más y más pequeño. La osificación, a menudo incompleta, de los huesos del cráneo a este nivel, facilita la producción del fenómeno, y así, todo contribuye a exagerar la forma cónica que la cabeza toma en el parto. En la presentación de cara, los parietales, por el contrario, se aplanan, su borde interno pierde en gran parte la convexidad y se acerca más y más a la línea recta, para volver, después del parto a su forma primitiva.

En suma, la transformación pasiva que la cabeza experimenta durante el parto se explica por la reductibilidad del cráneo, es decir, por su capacidad para amoldarse a la forma del canal que ha de recorrer. Pese a su consistencia dura, la cabeza es reductible, no por reflujo del líquido céfalo-raquídeo hacia el canal vertebral, como alguien ha supuesto, sino por la intervención de diversos factores que pueden enumerarse como sigue:

1º Existencia de fontanelas.

2º Situación y laxitud de las diversas suturas.

3º Disposición y estructura de los huesos que concurren a formar la bóveda y que poseen notable flexibilidad, realizable, en el occipital, por su charnela fibro-cartilaginosa; en el frontal, por la gran depresibilidad de su borde libre y en los parietales, por la elasticidad y osificación incompleta de su borde interno.

(Continuará)



El hundimiento del occipital bajo los parietales nos explica la disminución del diámetro occipito-mentoniano.

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS

### SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA

Días 9 y 11 de Abril no hubo sesiones.

Sesión del 23 de Abril

Presidencia del Dr. Cienfuegos

El Dr. Guillermo Lermenda hace la presentación de un chico de 10 años de edad, enfermo de una afección que, a su juicio, debería calificarse de una polineuritis; como nota algunos puntos débiles en el diagnóstico de precisión lo entrega a la consulta de los pediatras.

En la discusión de este caso, el Dr. Vivado estima que las reacciones eléctricas son indispensables para llegar a un buen diagnóstico. Y el Dr. Cienfuegos hace ver la importancia del signo de Morquio, que es positivo en este enfermo. Cree que el diagnóstico oscila entre una polineuritis o una forma polineurítica de la Enf. de Heine-Medin.

El Dr. O. Schwarzenberg da relación a una historia de sífilis esclero-gomosa en un lactante, forma bastante extraña en este período de la vida.

El Dr. Prunés, Profesor Extraordinario de Dermatología, tercia en el debate estimando que se trata de sífilis terciaria precoz, forma en que los períodos son muy cortos y el germen progresa violentamente, siendo muy rebelde al tratamiento.

El Dr. J. Schwarzenberg lee tres interesantes observaciones en que se incurrió en errores de diagnóstico, dos de ellas de peritonitis y uno de tbc. pulmonar. Diserta haciendo ver la necesidad de agotar todos los recursos de la clínica y del laboratorio para llegar a un diagnóstico.

Se pasa en seguida a discutir el trabajo del Dr. J. Schwarzenberg sobre "Proteíno-terapia en el tratamiento del prolapso rectal". Los Drs. Cienfuegos, O Schwarzenberg y otros apoyan con citas de diversos casos y autores, la tesis del relator del trabajo.

Sesión del 30 de Abril de 1925

Presidencia del Dr. E. Cienfuegos

La Srta. María Arcaya relata el caso de una enfermita de endocarditis crónica que, afecta de difteria, hace una miocarditis post-diftérica con muerte por insuficiencia cardíaca.

El Dr. Garretón hace extensas consideraciones sobre la acción de la toxina diftérica sobre el miocardio, y jamás en el endocardio.

El Profesor Extraordinario de Pediatría, Dr. Fuenzalida Bravo, aceptando en parte lo expuesto por el Dr. Garretón, llama la atención a la variedad infinita de formas que el reumatismo afecta en el niño, no pudiendo, por lo tanto, deseñarse la idea de una endocarditis reumática.

El Presidente estima que es más lógico aceptar la muerte por acción de la toxina diftérica sobre un corazón ya enfermo por una endocarditis crónica.

El Prof. Luis Prunés presenta dos enfermos de su Servicio en el Hospital San Luis, uno de tiña de forma llamada tonsurante y otra de la llamada favosa.

El Dr. Cienfuegos cree que las tiñas y las afecciones de la piel deben ser estudiadas y conocidas por los especialistas en niños, ya que se encuentran a cada paso en niños robustos o debilitados. Hace remarcar la importancia del tratamiento general.

El Dr. Prunés, por el contrario, estima que el tratamiento realmente eficaz es el local.

El Dr. Weinstein, dermatólogo del Hospital B. Luco, apoya el concepto de que el favus es una lesión localizada y cuyo único tratamiento es la radioterapia.

El Prof. Díaz Lira, Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Roberto del Río, da lectura a un interesante trabajo sobre el "Raquitismo y su tratamiento con la luz ultra-violeta".

### SOCIEDAD MÉDICA DE VALPARAÍSO

231.ª Sesión ordinaria en 23 de Junio de 1925

Preside el Dr. Sepúlveda y asisten los doctores Badilla, Capelli, Dagnino, Fernández Rubén, Fernández Ossa, Grove Hugo, Iturrieta, Katz, Manríquez, Marín, Mujica, Reed, Thierry, Wells y Vera, secretario.

Acta. — Es leída y aprobada el acta de la sesión anterior.

Cuenta. — Se ha recibido: El N.º 3-4 de la Revista Médica, conteniendo tres actas de la Sociedad; la Memoria del Hospital de Niños, de 1924; el informe de la Comisión designada para pronunciarse sobre los estatutos de la Sociedad Médica de Chile, elaborados por la Sociedad Médica de Santiago.

Se ha enviado: La comunicación acordada a la Sociedad de Matronas, a la que se da lectura.

Presentación de enfermos. — Dr. Vera. Chancro sífilítico extra-genital. Cita algunas estadísticas, entre ellas una personal, respecto de los chancros extra genitales. La más numerosa es la de Fournier que en 10 mil chancros da 642 extra genitales (6,4%) siendo cefálicos 365 de éstos. De 80 chancros observados por V., 8 eran extra genitales, de los que 7 correspondían a la cara y de éstos, 3 a los labios.

Presenta un enfermo cuyo chancro sitúa en la comisura labial izquierda, afectando la forma "en hoja de libro", y es acompañada de una marcada adenopatía sub maxilar del mismo lado.

El tratamiento será arsenical. Cita a este respecto la opinión de Nore, citado por el Dr. Prunés de Santiago. Hace en seguida algunas consideraciones llamando la atención de la importancia de estos accidentes primitivos producidos fuera de la región genital, que pueden pasar inadvertidos o prestarse a errores de diagnóstico. Relata, a es-

te respecto, un caso de su servicio que era tratado por una herida contusa del labio superior y termina leyendo al respecto el resumen de una sugestiva observación sobre un chancro de la encía, publicado en la Presse Médical (22-IV-1925) (Lortat, Jacob y Roberti).

Hipospadía. — Presenta en seguida el Dr. Vera un caso de hipospadía en el cual la abertura uretral sitúa inmediatamente por detrás del glande; el meato urinario se halla impermeable. El pene es pequeño, encorvado hacia abajo; las erecciones son dolorosas y el coito imposible.

Trasposición de ovario. — Dr. Hugo Grove. Da lectura a un trabajo del Profesor Tuffier (París) referente a la trasposición del ovario con su pedículo vascular dentro del útero, como complemento de la salpingectomía doble. Esta operación ha sido efectuada 23 veces por el Profesor Tuffier con el objeto de conservar la menstruación y la posibilidad del embarazo, cuando ha habido necesidad de extirpar ambas trompas. Explica en detalle la técnica, acompañando la descripción de figuras y de los resultados post-operatorios obtenidos por el autor del método. Los resultados ulteriores han sido excelentes en 21 casos. El Dr. Grove ha practicado la operación en una enferma con salpingitis doble supurada. Se hizo la trasposición de un ovario. En los 4 meses que han seguido a la intervención ha habido reglas regulares y abundantes. No le ha sido posible traer la enferma, pero cuando pueda hacerlo, la presentará, sobre todo si hay gestación.

Discusión. — El Dr. Badilla estima que en el período del chancro el tratamiento debe ser arsenical, de preferencia; puede, sí, comenzarse con unas pocas inyecciones de cianuro Hg. y seguir con neosalvarsán hasta completar una dosis de 5 a 6 grs. Jamás ha observado las neurorecidivas.

El Dr. Thierry hace notar que con el uso del 606 las neurorecidivas oculares y auditivas eran de observación frecuente; hoy, que entre nosotros sólo se usa el 914, no las ha observado más.

Caso del Dr. Grove. — Dr. R. Fernández. Ha leído un comentario en que el autor se manifiesta pesimista. A cambio de la vuelta de la menstruación y de un posible embarazo, se expone a los peligros provenientes de un cuerpo extraño en la pared uterina (como un pólipo), a la gangrena, y a la retracción del pedículo. Todo esto hace muy restringidas las indicaciones.

Dr. Reed. Por diversas consideraciones que hace, no ve ventaja de esta operación sobre cualquier injerto de ovario.

Dr. R. Fernández. El autor a que se refería proponía abrir la trompa enferma, limpiarla, canalizarla, dejando el ovario en su lugar y la trompa utilizable.

Dr. Iturrieta. Duda de que puedan producirse gestaciones: 1º Porque en estado normal el óvulo llega ya con vellosidades al útero, lo que permite la implantación; saliendo de la misma pared será difícil que

pueda implantarse, salvo que encuentre dificultades en el trayecto que le den tiempo para desarrollarse; 2º las lesiones inflamatorias que parece provocar el ovario en la capa profunda de la mucosa uterina constituyen una nueva dificultad para la gestación; 3º la situación misma del ovario dentro de la pared es otra dificultad. Sin embargo, es posible que los hechos demuestren lo contrario.

Dr. Grove. En la actualidad se castran muchas mujeres jóvenes que pierden su vida genital. La salpingectomía doble significa una histerectomía. El embarazo intra mural no es posible. Lo que se desea, sobre todo, es conservar la menstruación. Tampoco se trata de un injerto, pues todas las conexiones vásculo-nerviosas del órgano son conservadas.

**Estatutos de la Sociedad Médica de Chile.** — Se da lectura al informe de la comisión y, en vista de sus conclusiones, se acuerda aceptarlo en el sentido de que la Sociedad no encuentra que el proyecto sea viable.

El Dr. Grove, miembro de la comisión, deja constancia que él se opuso al nombramiento de la comisión por las mismas razones que ha oído, es decir, que es una cuestión que no le conviene a la Sociedad resolverla sino que cada socio debe quedar en libertad para proceder como le parezca.

**Festejos a Mr. Long.** — El Dr. Sepúlveda solicita la cooperación del Cuerpo Médico para hacer una recepción al higienista contratado por el Gobierno, Mr. Long.

**SOCIEDAD DE CIRUGÍA**

Sesión del 24 de Junio de 1925

Presidencia del Dr. don Fernando Opazo

**Acta**

Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

**Cuenta**

El Dr. don Francisco Navarro da sus agradecimientos por no haberle aceptado la renuncia de Presidente de la Sociedad.

**Relación**

**Ectopía testicular abdominal doble congénita.** — Dr. W. E. Coutts. Dr. Fernando Opazo (Relator). Según una estadística de A. G. Marshall, la criptorquidia abdominal doble se presenta una vez en cada 100,000 individuos. En vista de esto hemos creído de interés presentar la siguiente observación:

E. O., 22 años, agricultor. Ingresó a la Clínica de Vías Urinarias del Prof. Moore, Sala San Francisco, el 3 de Mayo de 1925.

**Antecedentes hereditarios:** sin importancia.

**Enfermedades anteriores:** no acusa.

**Antecedentes venéreos:** no acusa.

**Historia clínica:** Desde que tiene uso de razón recuerda que al menor esfuerzo aumentaban sus bolsas de tamaño, hecho que

sucedía en ocasiones estando el enfermo en completo reposo. Nota asimismo la ausencia de ambos testículos, los que él jamás ha sentido en las bolsas. Dos años atrás fué operado de su hernia derecha. Sus instintos sexuales son normales y verifica la cópula en perfectas condiciones.

**Examen clínico:** Estado general muy bueno. Todas sus características sexuales secundarias desarrolladas.

**Genitales externos:** Llama la atención la flacidez del escroto y la falta de testículos. No hay ectopía inguinal, crural, perineal ni pubo-peneana. Reflejos cremasterianos y bulbo cavernoso normales. A la palpación del lado izquierdo se constata una masa lisa, de consistencia fibrosa, con pequeños puntos más indurados. Pene turjesciente, nada de particular.

**Uretra:** No hay secreción, libre en toda su extensión a una sonda N° 18.

**Vejiga:** Muy buena capacidad; frec. micc.

D 4 a 5  
N 2 veces

**Riñones:** No se palpan. A nivel de la zona correspondientes al polo inferior del riñón derecho acusa el enfermo una sensación especial a la compresión.

**Próstata:** Laminada, sólo a la palpación bimanual se constata el límite superior del lóbulo derecho. No se palpan las vesículas seminales.

**Abdomen:** A la palpación acusa el enfermo al lado izquierdo y próximo a la línea media y a tres traveses de dedo por encima de la línea umbilical, una sensación dolorosa especial, que experimenta también al comprimir la pared abdominal profundamente en el lado derecho a dos centímetros por debajo de la línea umbilical y por fuera de la línea media.

**Uretroscopía posterior** (con cisto-uretroscopio de Mc. Carthy). Vejiga de aspecto normal; orificios ureterales normales. Verumontanum perfectamente bien constituido y de tamaño normal, rugoso en su parte inferior. Orificios eyaculadores pequeños y en hendidura, no se pudieron caracterizar. Nada de particular en las goteras laterales.

**Examen del esperma:** Por masturbación se obtienen en una placa de Petri, 15 a 20 gramos de un líquido viscoso, blanquecino y adherente. Se homogeiniza a 37° en la estufa. Al examen directo se observan algunas cabezas de espermios, y sólo tres espermatozoides constituidos, pero aquinéticos; algunos cuerpos lipoides y abundantes cristales de espermina. Agregando a la preparación suero glucosado, por capilaridad, se constata que los espermatozoides permanecen sin movimientos.

**Operación:** 16 de Mayo de 1925. Bajo anestesia raquídea con 0,07 gramos de estovaina, ayudado por el interno señor Vicuña incindió la piel; abro ampliamente el canal inguinal izquierdo en toda su extensión. El saco herniario se prolonga hasta el fondo del escroto, donde está adherido por una banda fibrosa. Seccionada ésta, se aísla el saco fácilmente hasta el anillo inguinal externo. Abierto el saco se comprueba que

a nivel del anillo externo hay una extrangulación fibrosa que deja pasar con cierta dificultad el dedo meñique. La cavidad que queda por debajo de esta estrechez tiene paredes más gruesas que el resto del saco y se parece a la vaginal. Exploro dentro de la cavidad abdominal tan alto como me lo permite el anillo interno; pero no se encuentra el testículo. Termino la operación radical según el procedimiento de Bassini.

Pocas horas después, sufre el enfermo un síncope grave; pero reacciona rápidamente bajo los estimulantes. La marcha post-operatoria consecutiva se hace sin novedades. La herida cicatriza "per primam" y el enfermo se levanta el 25 de Mayo.

La observación que nos envía el Dr. Coutts ofrece más de un punto de interés, permitiéndonos analizar varios hechos largamente debatidos, sobre la evolución posterior de los casos de criptorquidia doble.

La concomitancia con una hernia inguinal desde la primera infancia, no autoriza para considerarla congénita, pues la mayoría de los autores clasifican estas hernias como adquiridas, ya que el testículo no hace su evolución normal hacia el escroto, por consiguiente, no existe el conducto peritoneo vaginal. Los exámenes histológicos en casos de criptorquidia sin hernia jamás han señalado la presencia de vestigios de vaginal en el escroto.

Las alteraciones producidas en el adolescente y en el adulto son de orden endocrino y dependen de las modificaciones experimentadas por la glándula. En la casi totalidad de los casos se produce la degeneración completa de la glándula y el individuo adquiere los caracteres del feminismo.

En otros se conserva normalmente la porción intersticial y el sujeto presenta las características del macho, su potencia sexual, pero son infecundos. Sólo por excepción se conserva la integridad funcional de la glándula y el organismo se desarrolla con todos los atributos masculinos, incluso su fertilidad sexual (Caso de Lucas-Championnière).

El paciente de la observación del Dr. Coutts presenta integridad funcional de la glándula intersticial (energía vital) y muy limitada de la espermatogénesis, con presencia en el líquido eyaculado de uno que otro espermatozoide, sin movimiento.

Muy interesante sería seguir este caso y establecer posteriormente su capacidad para la fecundación.

En la criptorquidia doble debe intervenir, aunque el examen clínico sea negativo sobre la situación de la viscera en la cavidad abdominal, pues muchas veces su vecindad al orificio inguinal interno permite su descenso quirúrgicamente.

La castración debe posponerse a los métodos operatorios que hacen posible la ubicación de la glándula de la logia escrotal.

Según Chevassu, en oposición a las estadísticas inglesas, no existe predisposición a las degeneraciones malignas en los casos de ectopía testicular. Propongo a la Sociedad agradecer al Dr. Coutts su interesante observación y publicarla en nuestro Boletín.

## Comunicaciones

**Megacolon ileo-pélvico: Colectomía parcial por vólvulus. Curación.** — Dr. Manuel Matus H. Traemos esta observación a la Sociedad de Cirugía, no tan sólo para mostrar el éxito operatorio, sino también porque especialmente deseamos insistir sobre algunos puntos interesantes y hacer al mismo tiempo algunos comentarios respecto de la enfermedad que aquejaba a la paciente que nos ocupa.

Se trata de una enferma de 35 años de edad, que ingresa al Hospital del Salvador al segundo día de iniciada su enfermedad, quejándose de dolores abdominales. Inspeccionándola detenidamente vemos que es una enferma un poco enflaquecida y de regular constitución física.

El abdomen se presenta aumentado de volumen, sobre todo en la región infraumbilical, y se pueden apreciar en él perfectamente ondas contráctiles que hacen que la S iliaca se dibuje con nitidez, haciendo relieve en la flácida pared abdominal de la enferma.

La palpación nos muestra un vientre relativamente depresible y que sólo se hace doloroso cuando el intestino excitado mecánicamente se contrae con energía. El examen rectal y vaginal no dan nada de particular.

Interrogada la paciente, nos cuenta que su enfermedad se inició con dolores abdominales intensos, "con retortijones de tripas", si hemos de emplear la propia expresión de la enferma.

Pronto nota que su vientre aumenta de volumen y que no puede expulsar gases; un lavado intestinal que se le hizo en el Hospital no le trajo alivio de ninguna especie y fué expulsado sin arrastrar excrementos.

Con el diagnóstico de vólvulus de la S iliaca, previa anestesia etérea, hicimos una laparatomía infraumbilical media, secundado eficazmente por los internos del Hospital (Mayo 16, 1925). Abierto el peritoneo pudimos comprobar la veracidad de nuestro diagnóstico: existía un vólvulus, es decir, una torsión de una mesosigmoiditis retráctil, producida en este caso en una forma especial.

El epíplon mayor transformado en una cuerda de color violáceo, por una epiploitis manifiesta, rodeaba la base del asa sigmoidea, yéndose a adherir por su extremidad al cabo próximo al de la S iliaca, produciendo, al mismo tiempo que contricción, una torsión incompleta de esta parte del intestino.

Seccionamos el trozo epiploico enfermo y nos decidimos, dadas las buenas condiciones de la paciente, por la colectomía parcial, que es la que cura esta enfermedad en una forma radical.

La paciente tuvo una convalecencia bastante buena; su herida cicatrizó per primam y fué dada de alta en muy buen estado de salud, el 12 de Junio, y es la que tengo el honor de presentarles.

Diremos unas pocas palabras respecto de esta enfermedad, que es relativamente fre-

cuente entre nosotros. Maurice Patel, de Lyon, define el megacolon ileo-pélvico diciendo que es una dilatación permanente del colon pelviano, que existe solo y por su propia cuenta, no es secundario a ninguna estenosis.

Para explicar su existencia sólo hay teorías, que no entraremos a desarrollar, pero que, de paso, someramente recordaremos: las podemos agrupar en congénitas e inflamatorias.

Las primeras tratan de explicar esta dilatación crónica del intestino por malas formaciones de origen embrionario, ya sea conformación defectuosa del intestino o del meso, que suelen ser demasiado largos, lo que, al producir sinuosidades, traería como consecuencia el estancamiento fecal, la dilatación y la hipertrofia consecutiva.

Las segundas, tratan de explicar las dilataciones crónicas de la S iliaca como secundarias a procesos inflamatorios. La inflamación, para algunos como Grasser, partiría del intestino y de aquí se transmitiría al meso por los pequeños divertículos que en el borde mesentérico de esta parte del colon existen con alguna frecuencia.

Para otros, en cambio, la inflamación empezaría en el mesenterio, el cual se enfermaría por la vecindad de otros órganos inflamados (apéndice, anexo, etc.), y de aquí la inflamación pasaría al intestino. De modo que primero tendríamos la mesenteritis y en seguida la sigmoiditis.

En realidad, es más lógico pensar que la lesión parta del intestino mismo favorecido por la constipación crónica en un individuo ya predispuesto, y en que el excremento endurecido irrita e inflama la mucosa, y finalmente, toda la pared intestinal, pudiéndose transmitir en seguida al mesenterio, y constituyéndose, según algunos autores, un proceso muy análogo a la meso-epididitis.

Sin hacer mayores comentarios respecto de estas teorías, pasaremos a exponer lo que nosotros hemos observado en 20 enfermos que nos ha tocado tratar de megacolon ileo-pélvico; los pacientes se nos han presentado en dos formas, con dos complicaciones graves: unos con grandes tumores estercoráceos en verdadero estado de oclusión y otros con vólvulus. En algunos de los primeros que nos tocó laparatomizar, ya sea para hacer la resección de la S iliaca o para ayudar al vaciamiento rectal (1), por maniobras abdominales, pudimos comprobar que existía una dilatación enorme del lumen intestinal, como asimismo una hipertrofia de la pared; pero muy poca o casi ninguna alteración del meso.

En cambio, en los segundos, es decir, en los pacientes con vólvulus, hemos podido comprobar en la totalidad de ellos, al mismo tiempo que dilatación del lumen intestinal e hipertrofia de su pared, una gran alteración del mesosigma, el que se presenta transformado en una verdadera lengüeta intercalada entre las dos ramas del asa sig-

(1) El vaciamiento rectal se hacía imposible debido a la existencia de un repliegue de la mucosa prorectal que a manera de válvula ocluía totalmente el intestino.

moidea, gruesa, resistente y atravesada por velos nacarados, que le dan un aspecto tendinoso.

La primera variedad, de alteración sólo intestinal, termina casi siempre en el fecaloma; la segunda alteración intestinal y mesentérica (mesosigmoiditis retráctil) es la que termina en la inmensa mayoría de los casos en el vólvulus.

(Continuará).

## SOCIEDAD MÉDICA

Sesión del Viernes 3 de Julio

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El Dr. Prunés presenta una enferma con un nevo carcinoma recidivante del ojo. Se presenta el año 19 al Servicio con un lunar en el ángulo del ojo que había aumentado de tamaño, se había agrietado y sangraba al mismo tiempo que aparecían pequeños tumorcitos pigmentados a su alrededor. Se le hace electrolisis, con lo que se va de alta, sana. Vuelve el año 23 con lesiones reproducidas en el párpado inferior, con ulceraciones que alcanzaban hasta la conjuntiva. Se le trata con fulguración a alta frecuencia, yéndose sana al mes de tratamiento.

Actualmente vuelve con ambos párpados llenos de tumorcitos pigmentados que toman hasta la conjuntiva, impidiéndole abrir el ojo, no existiendo otro tratamiento que la exenteración del ojo.

Insiste en la necesidad de la intervención precoz al menor signo de irritación de estas lesiones que parecen tan insignificantes.

A continuación presenta un enfermo con un pénfigo agudo que había aparecido a los pocos días de una angina. La afección comienza con escalofríos, astenia marcada, y 3-4 días después una erupción generalizada en el tronco y miembros, en forma de manchas rojizas, y en las manos en forma bulosa, temperatura de 38°, 39°. Las lesiones luego se ulceran e infectan. En este enfermo se hizo baños con solución de permanganato altil, con lo que se ha logrado dominar la infección.

Se trata de una afección sumamente grave, mortal en el 83 por ciento de los casos.

El Dr. Lobo Onell presenta un caso de diabetes renal, afección caracterizada por una alteración del seuil de eliminación de la glucosa.

Se trata de un joven que desde hace algún tiempo sufría de jaqueca oftálmica, con intolerancia gástrica que no cedía al régimen higiénico. Finalmente se hace un examen de orina encontrándose una glicosuria de 50 grs. por litro. Llama la atención que exista una hipoglicemia en relación con la eliminación de glucosa.

En la segunda hora, el Dr. Lopicque da una conferencia sobre el ciclo del fierro en el organismo.