

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

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.

COMITÉ 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 Sajcedo
C. Monckeberg J. Ducci L. Calvo M. A. Larraguibel
C. Pardo C. A. C. Sanhueza C. Charlín C.

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

F. de Amesti L. Córdova G. Grant B.
E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto
Director: Prof. O. FONTECILLA

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

Suscripciones:

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

SUMARIO

Texto:

ERNESTO ROBERT DE LA MAHOTIERE.—Atrofia del cerebelo post-traumática (3 figs.), p. 345.
RICARDO EOUSOUEN E.—Embarazo angular. Huevo degenerado en mola.—Aborto, p. 347.
DRA. E. GANDON M.—Estadística del tratamiento radioterápico en el Instituto Sanitas, p. 347.
JUAN MARIN.—Un caso de úlcera crónica del píloro, p. 348.
C. LIAN, R. BARRIEU Y A. BLONDEL.—Las adquisiciones terapéuticas en patología cardio-vascular (continuación), p. 349.
CARLOS MEREDITH.—Un caso de rabia, p. 350.
C. MOSCKENERO.—Del Traumatismo Obstétrico en el recién nacido (continuación) (4 figs.), p. 350.

Sociedades Científicas: Sociedad Médica de Santiago.—Sociedad Médica de Valparaíso, p. 352.

Anexo:

SANIN.—El prof. Noé habla en la Sociedad Médica, p. 469.
EL CABALLERO ISORNUO.—Charlas selectas, p. 473.
La Lección Inaugural de Clínica Médica del Prof. Prado Tagle.—Actividades del Directorio de la Sociedad Médica de Chile.—El Pr f Luis alro Mackenna.—Las incidencias del Hospital Arriarán.—Lista de adherentes al Sindicato Médico de Santiago, p. 475.
ANTUÑO LOIS.—Uretritis bienorrágica crónica (continuación), p. 478.

El Profesor Noé habla en la Sociedad Médica

Por Sanín.

El doctor don Juan Noé, llegado hace pocos días de la provincia de Tacna y Arica, hizo en la sesión del Viernes 27 del corriente mes de la Sociedad Médica de Santiago la anunciada comunicación acerca de los servicios antipalúdicos organizados en esa región.

Anticipando que los datos que entrega se refieren sólo al inicio de los trabajos, cuyos resultados dará a conocer a su terminación, traza en pocas palabras el cuadro de las condiciones maláricas de Arica, sus alrededores inmediatos y de los valles de Azapa, Lluta y Sama.

Arica ha mejorado notablemente desde el

año 13, cuando en Enero el Dr. Noé estuvo haciendo una corta temporada de investigaciones en esa ciudad.

Los puntos principales de su informe, entregado entonces a la Gobernación, y las medidas higiénicas sugeridas por el ilustrado Director de la Estación Sanitaria de entonces, Dr. Conrado Ríos, han sido realizados por la obra tesonera y entusiasta de don Luis Arteaga, del Dr. don Tomás Aravena, activo e inteligente Director actual de la Estación Sanitaria, y por el alto espíritu cívico del Gobernador señor Emiliano Bustos. A ellos se debe si puede considerarse hoy día la ciudad de Arica como enteramente saneada en lo que respecta al paludismo, en el sentido de que ya no son posibles en la ciudad casos de nuevas infecciones. En cuanto la ciudad pueda disponer de mayor cantidad de agua potable que la utilizada hoy día, es decir, muy pronto, podrá también considerarse completamente inmunizada del peligro remotísimo de la fiebre



Insulin-Kahlbaum

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



Literatura a disposición de los Sres. Facultativos

DE VENTA:

BOTICA DEL INDIO
SANTIAGO

BOTICA FRANCIA
SANTIAGO

BOTICA UNIÓN
VALPARAÍSO

Representante: José Klimek, Casilla 2110, Stgo.

amarilla, ya que podrán entonces las autoridades cegar aún los pocos pozos que quedan en la población.

Las condiciones sanitarias de los valles, en cambio, permanecen en el mismo estado que antes, constituyendo zonas de malaria intensas y graves, circunstancia a la cual se debe en gran parte el despoblamiento de esas fértiles y remunerativas regiones agrícolas. En efecto, de las investigaciones epidemiológicas realizadas bajo su dirección por sus ayudantes señores René García Valenzuela, Miguel Matta Sassi y Eduardo Bello Salazar, resulta un porcentaje de palúdicos, que, de un ochenta por ciento en el valle de Azapa, pasa de un noventa por ciento en el valle del Sama.

Describe después el Dr. Noé la hidrografía de esos valles y explica las razones por las cuales se han constituido en criaderos intensos de Anofelismo (los anofeles son los zancudos transmisores del paludismo). Explica, luego después, que hay dos maneras para luchar contra la malaria, realizando, o bien un programa máximo, o bien un programa mínimo. El primero, que consiste en el saneamiento del suelo, merced a grandes obras de ingeniería hidráulica, no puede llevarse a la práctica en el Sama, por la falta de cooperación entre los dos gobiernos, chileno y peruano. En cambio, es perfectamente actuante en los otros valles indicados, especialmente en el de Azapa, con el doble beneficio de desarraigar totalmente la malaria (o paludismo) y de proporcionar a la

agricultura una cantidad de agua mayor de la que actualmente aprovecha, permitiendo así el cultivo de vastas extensiones de terrenos secos, potencialmente muy fértiles.

Sin embargo, el altísimo costo de estas obras de ingeniería hará difícil y de todos modos demorosa la realización del programa máximo. A falta de esto, habrá que contentarse mientras tanto con la aplicación del programa mínimo. Este consiste en una obra doble:

1º La curación radical de los enfermos crónicos de paludismo con fines de profilaxia social, pues el malárico, en la zona palúdica, es peligroso para los sanos, siendo la infección malárica indirectamente contagiosa, por encontrar en los anofeles su medio de propagación.

2º En evitar las agresiones de los anofeles, ya sea destruyéndolos en sus criaderos acuáticos o en su estado adulto, ya sea protegiendo convenientemente las habitaciones y los individuos durante las horas de trabajo, especialmente en la noche.

Para comprender el alcance de estas medidas, el Dr. Noé hace un corto resumen del desarrollo de los parásitos del paludismo (hemosporidios) según los estudios de Grassi y de Ross, deduciendo de él los factores epidemiológicos y las normas profilácticas establecidas y aplicadas por primera vez en Italia por el mismo Grassi en los años 1899 y 1901, repetidas después en menores o mayores escalas en diferentes países.

Es la doble obra arriba indicada la que ha dejado organizada el Dr. Noé en la provincia de Tacna y Arica. Sin embargo, la falta de cooperación entre los dos gobiernos, ya arriba lamentada, lo ha obligado a reducir, en lo que respecta al Sama, el programa contenido en el número dos; precisamente tuvo que renunciar a cualquiera obra de saneamiento en la parte chilena del río.

La organización a que se dió vida para la realización de los dos puntos indicados, lleva el nombre de Policía Sanitaria Antipalúdica. Director de ella será un médico bacteriólogo; mientras duren los trabajos de la Brigada Sanitaria agregada a la Comisión Plebiscitaria, la Policía Sanitaria estará bajo las órdenes del señor Matta Sassi. La Policía Sanitaria se subdivide en dos secciones, una para combatir el anofelismo, otra para las curaciones de los enfermos. Las dos secciones cuentan con numeroso personal bien instruido y adiestrado. La primera procede en mantener limpios los cauces, rectificar los bordes de las acequias de riego, cegar pantanos, petrolizar los criaderos de anofeles, vigilar la aplicación de las ordenanzas higiénicas, etc. La segunda procede a las curaciones extensivas e intensivas primaverales, cuya duración abarca un mes y medio, y a la organización de los servicios de hospitalización y curaciones domiciliarias en el resto del año. Las campañas primaverales antes nombradas, están en pleno desarrollo y están confiadas al personal de los carabineros que diariamente y en horas de

“La Vía endovenosa en el empleo de la Vacuna Antipiógena Polivalente Bruschetti”

POR EL DOCTOR
LUIS MOLINA ZUVIRIA

MÉDICO DEL HOSPITAL FERNÁNDEZ.—BUENOS AIRES

... «Después de esta observación, tratamos todos los casos semejantes en igual forma, no sólo en la clientela privada sino en la hospitalaria y así en el servicio de cirugía del doctor Blaskley, Hospital Fernández, sala 3.ª, iniciamos también su empleo endovenoso, sin jamás haber observado el más ligero accidente.

Si hacemos esta cita es porque estimamos conveniente certificar lo que se hace con algo que todos pueden comprobar. Sintetizaremos los resultados que en general hemos obtenido diciendo que: en las pleuresias sero-purulentas y purulentas (siempre empleando vía endovenosa) con poco derrame, conseguimos su reabsorción, siempre que no pasara de 4 o 5 centímetros de altura la zona de percusión, como lo consigna el doctor B. Soria, de Córdoba, por vía intramuscular; cuando eran purulentas francas y en mayor cantidad siempre tuvimos que operar, evacuando el pus. Y es lógico, cuando estas pleuresias caen en manos de los cirujanos siempre están llenas de adherencias y con una caparazón que dificulta enormemente la reabsorción del pus.

La técnica a seguir en este tratamiento la hemos puntualizado así: si el enfermo no ha recibido antes inyecciones intramusculares es conveniente que primero se le haga una ampolla por esta vía y luego, día por medio, una ampolla de 2 c. c. endovenosa, continuándose en esta forma hasta que se crea conveniente; en general son suficientes cinco ampollas. Para mayor seguridad es conveniente practicar al enfermo una inyección de aceite alcanforado o espartoína media hora antes de la inyección endovenosa.

Resumiendo, la vía endovenosa para el empleo de la vacuna antipiógena polivalente Bruschetti es óptima en los procesos indicados y carece de peligro alguno. Antes de terminar debemos hacer resaltar que, como todos los agentes terapéuticos, la vacuna debe emplearse en organismos vivos y no en los casos perdidos, en los que sólo el milagro puede actuar.

Finalmente hago constar que jamás he observado una sola pleuresia purulenta como complicación en mis enfermos grippales,—ya fueran con bronconeumonías o neumonías si desde el principio usaba la vacuna antipiógena polivalente Bruschetti.

Muestras y Bibliografía a disposición de los señores Médicos

DIRIGIRSE A: **Hijos de Attilio Massone**

SANTIAGO

Cailla 3584

terminadas no sólo distribuyen la medicina sino la administran en su presencia. Es así que estos abnegados servidores de la patria, llevando el brazalete de la Cruz Roja, están curando diariamente algo más de ochocientas personas en los valles del Sama y del Azapa.

También los maestros y las maestras están desempeñando abnegadamente las mismas funciones con los niños de las escuelas. La Policía Sanitaria estará integrada con una oficina de estadística llevada por el Director, la cual está destinada a prestar valiosísimos servicios.

En este punto, el Dr. Noé, haciendo una digresión, subraya la importancia que tiene la curación pronta, enérgica e intensiva de todo caso nuevo de paludismo o de las recidivas, demostrando el peligro individual y social que entraña las curaciones retardadas e insuficientes. Con este objeto, se ha construido en Tomasiri (Sama) un pequeño hospital para palúdicos, para la curación oportuna de los carabineros destacados a lo largo del río. Da, además, a conocer el método de curaciones adoptado por él, y que es el mismo utilizado con gran éxito en las campañas antipalúdicas que él realizó en Italia bajo la dirección de su ilustre maestro, Bautista Grassi.

Se está organizando también una propaganda activa de instrucción popular que será realizada ahora por los mismos miembros

de la Brigada Sanitaria Plebiscitaria y que será después conducida por los mismos maestros, por el mismo Director de la Policía Sanitaria, para dar mayor eficiencia a la obra de propaganda. El Dr. Noé está preparando un folleto de vulgarización, que será distribuido en miles de ejemplares, afiches ilustrativos, etc.

La protección de las habitaciones e individual, ha sido científicamente aplicada a los casos y al personal fiscal, particularmente a los carabineros y policiales, y ha sido recomendada al administrador del ferrocarril de Arica a La Paz para el personal distribuido a lo largo de la línea en su trayecto por el valle del Lluta. Queda, para terminar la obra en que está empeñada la Comisión Plebiscitaria, por unificar y revisar las ordenanzas municipales dictadas en Arica en diferentes años, redactar la reglamentación detallada y definitiva de la Policía Sanitaria, después de su actuación práctica en contacto con las dificultades y las exigencias locales, y, finalmente, dictar la legislación especial antipalúdica, de acuerdo con la Dirección de Sanidad.

Termina el Dr. Noé su comunicación, enviando un agradecimiento al Comisionado especial del Gobierno chileno, don Luis Arteaga, y al Dr. Hugo Lea Plaza, Jefe de la Brigada Sanitaria Plebiscitaria, a los cuales se debe los poderosos auxilios financieros y morales que le han permitido empezar su

trabajo y a los cuales espera deber su terminación.

No puede olvidar, en este momento, la obra de civismo tan alta del Cuerpo de Carabineros, que después de haber enseñado a los humildes habitantes de los valles y de las sierras las elementales prácticas de higiene, después de haber reunido los niños a su alrededor para enseñarles a leer, escribir e inspirarles admiración y cariño para la patria chilena, poseídos del heroísmo obscuro del soldado, del deber que enfrenta cara a cara los peligros del hombre y de la naturaleza, han querido agregar a los títulos de gratitud que les debe la patria y la humanidad, el haberse consagrado como hermanas de caridad, a la redención de la población de la decadencia en que los ha precipitado una enfermedad tan insidiosa y degeneradora como el paludismo.

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

•MEDICACION GUAYACOLADA INTENSIVA•

"Resyl"

ETER GLICERO GUAYACOLADO SOLUBLE

Tratamiento eficaz
de las afecciones bronco-pulmonares
Linfatismo - Escrófulas - Bronquitis -
Laringitis - Catarros - Grippe -
y de la **Tuberculosis**

El Resyl realiza la antiseptia pulmonar y posee todas las ventajas de la mediación creosotada.

Sin ninguno de sus inconvenientes

Bajo su acción la secreción bronquial disminuye, la tos se calma, las lesiones cesan de evolucionar y se cicatrizan, el peso aumenta, los sudores desaparecen y el estado general mejora rápidamente.

TRES FORMAS { Jarabe, frascos de 20 dosis.
Comprimidos, tubos de 20 dosis.
Ampolletas (inyección intra-muscular o subcutánea)

Preparado por: Laboratorio O. ROLLAND - Lyon -

•ANTISEPSIA INTESTINAL•

•Tratamiento de las Toxi-Infecciones Gastro-Intestinales•

BIOLACTYL

= Fermento láctico Fournier =

•Enteritis•

•Diarreas•

•Fiebre Tifoidea•

•Dermatosis•

Laboratorios Fournier Frères
PARIS III

SPIROBISMOL

Específico contra la sífilis, a base de Yodo, Quina y Bismuto, soluble e insoluble, para inyecciones intramusculares:

Fórmula: { 2 ccm = 0.070 g Bismuto
" = 0.050 g Yodo
" = 0.030 g C₂₀, H₂₁ O₂, N₂.

Envase: { frasco de..... 40 cc
caja de 6 ampolletas 2 cc
" " 12 " 2 cc

Tratamiento:

1a. semana, 3 inyecc. de 2 ccm. c/u.	=0.21 g	Bismuto Metálico
2a. " 3 " " 2 " "	=0.21 g	" "
3a. " 2 " " 2 " "	=0.14 g	" "
4a. " 2 " " 2 " "	=0.14 g	" "
5-7 " 5*) " " 2 " "	=0.35 g	" "
	1.05 g	" "

*) con tres días de intervalo entre una y otra.

Pida literatura a

DAUBE y Cía.

Valparaíso - Casilla 28 V.

De venta donde Daube y Cía.
Valparaíso, Santiago, Concepción, Antofagasta
y en todas las boticas.

SÍFILIS HOBI

Hidróxido de Bismuto en Solución aceitosa perfectamente esterilizada

INDICACIONES:

ada ampollata contiene 2 c. c. de líquido, equivalente a 0.15 de hidróxido de bismuto porfirizado.
Está indicado en todos los periodos de la sífilis y en todas las sífilis nerviosas.

Sífilis en cualquier período.
0.15 a 0.30 gr. cada 2 días o 0.20 gr. cada cinco días en series de 10 inyecciones intramuscular con 10 días de descanso. El número de series es por lo general de dos o tres.

Sífilis nerviosas.
Tabes, parálisis general en su comienzo, hemiplegias, paraplegias, gomas y sífilis cerebral
Empezar por media ampollata día por medio. Descanso de cinco días
Después series de 10 inyecciones a razón de una ampollata cada dos días.

Tratamiento racional de la **TUBERCULOSIS** en todos sus períodos raquitismo, neurastenia, linfatismo, debilidad general, convalecencias, etc.

KAUROLÁN

Solución orgánica de cal perfectamente asimilable y absolutamente inofensiva para niños y adultos

Desde la primera inyección se observa un aumento rápido de peso, de las fuerzas y del apetito, desaparición de los sudores nocturnos en los tuberculosos.

En inyección hipodérmica de 1 c. c. diariamente, absolutamente indoloras.

Se envían muestras a los Sres. Médicos cuando lo solicitan.

Representante **C. O. WIEDMAIER** Avda. Matta 1502 SANTIAGO

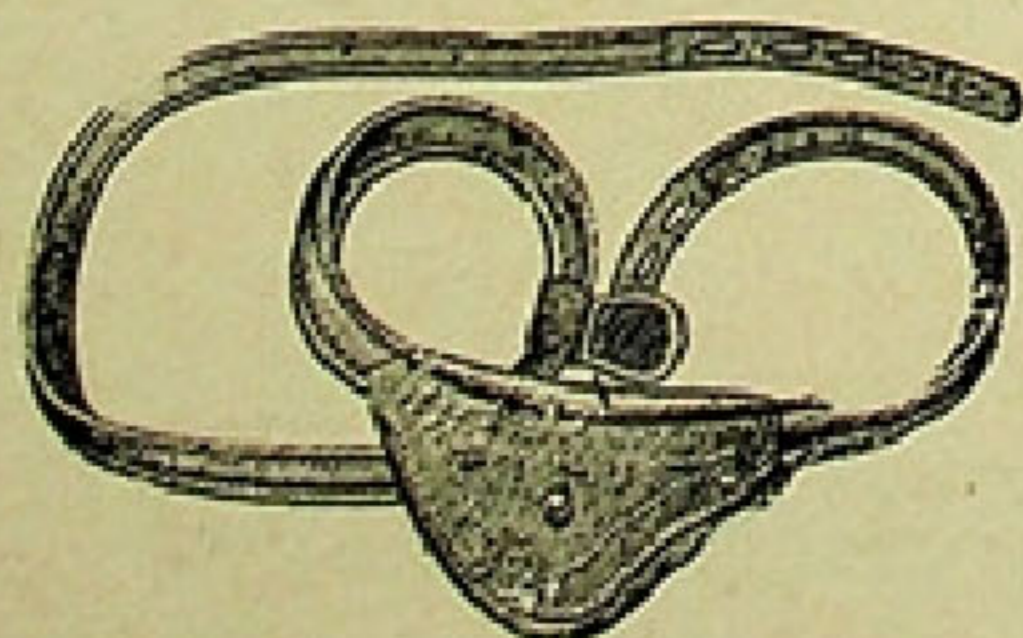
INSTITUTO ORTOPEDICO ALEMAN

SAN ANTONIO 546 — SANTIAGO

CASILLA 3494 — TELEFONO ING. 4388

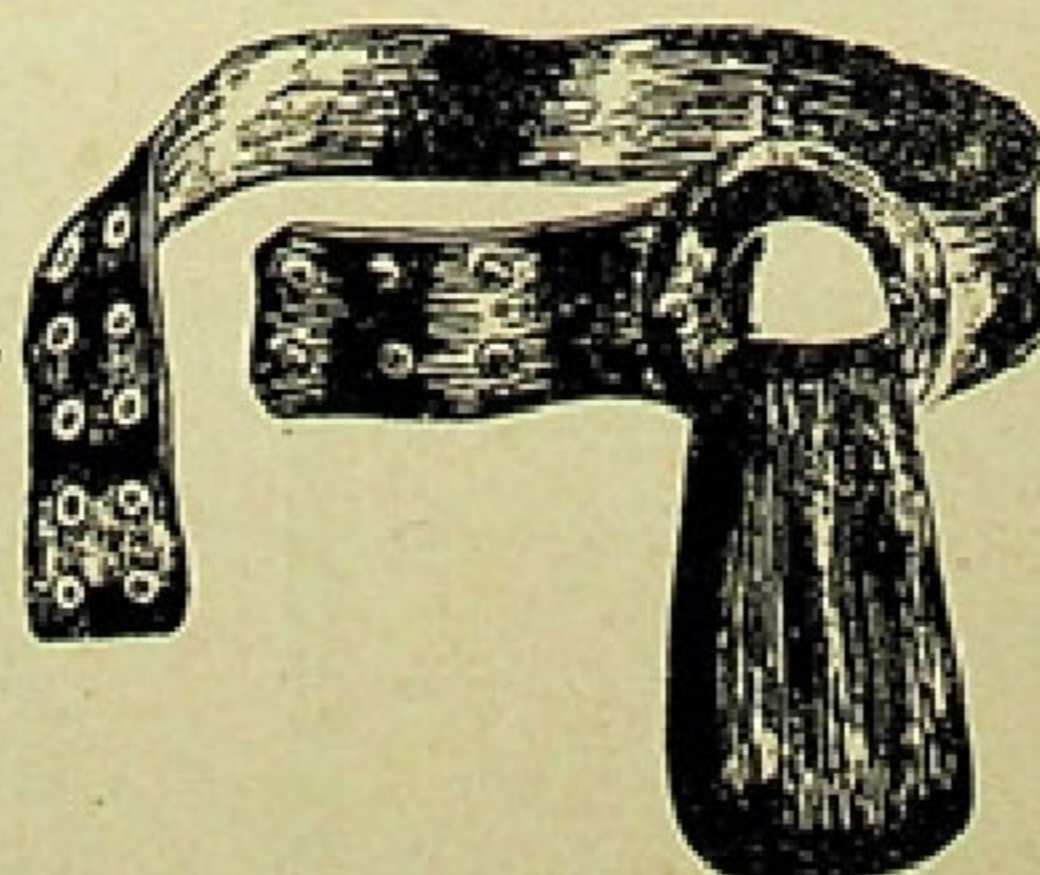
PROTESIS:

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



Braguero.

Especialistas
en
Aparatos



Aparato para el ano iliaco.

Ortopédicos
de
corrección



Pierna artificial

CHARLAS SELECTAS (1)

por El Caballero Ingenuo.

VISITA AL CONVENTO DEL MUNDO

“Un consejo os daría yo, me dijo el fraile del convento, y es que echéis por el atajo, por donde hoy, todos los entendidos y que saben vivir, caminan.

Porque decidme, ¿qué pretendéis en buscar la virtud y tratarla? Que os honre, que os califique, que os abone para conseguir cuanto hay, la dignidad, el mando, la estimación, la felicidad, el contento? Pues, sin tanto cansancio, sin costaros nada, a pierna tendida, lo podéis aquí conseguir. Digoos que este es el camino de los que bien saben. Todos los entendidos echan por este atajo y así está hoy tan válido en el mundo, que no se usa otro modo de vida.

Seguidme, seguidme, me repetía el ermitaño, que este es el atajo del vivir; que lo demás es un morir continuado.

(1) Las materias que guardan estrecha relación con la profesión médica, han sido hasta hoy la preocupación fundamental de la Revista; su abundancia extraordinaria, su extensión inabarcable, no son, sin embargo, razón suficiente para que el médico viva encastillado dentro de lo que constituye su actividad diaria. La Revista cree servir una verdadera necesidad del espíritu culto que debe ser todo médico, dedicando parte de sus columnas a las colaboraciones de interés general, artístico o filosófico que se quiera enviarle.

Fuéme introduciendo por un camino encubierto y aún solapado entre arboledas y ensenadas, y al cabo de un laberinto, con mil vueltas y revueltas, dimos en una gran casa, harto artificiosa, que no fué vista hasta que estuvimos en ella. Parecía convento en el silencio y todo el mundo en la multitud. Todo era callar y obrar, hacer y no decir. Que aún campana no se tañía por no hacer ruido: no se dé campanada.

Estaba entre unos montes, que le impedían el sol, coronada de árboles tan crecidos y tan espesos, que le quitaban la luz con sus verduras.

Qué poca luz tiene este convento, dije. Así conviene, respondió el ermitaño, que donde se profesa tal virtud no convienen lucimientos...

Un letrero que estaba encima de la puerta, decía con unas letras góticas: **Silencio.** Y comentómelo el ermitaño:

Quiere decir que de aquí dentro no se dice lo que se siente, nadie habla claro; todos se entienden por señas, aquí callan y callemos.

Entramos en el claustro... íbamos ya encontrando algunos, que en el hábito parecían monjes... Por de fuera lo que se veía era la piel de oveja; mas por dentro lo que no se parecía era de lobos novicios, que quiere decir rapaces. Noté que todos llevaban capa y buena.

Es instituto, dijo el Ermitaño: no se puede deponer jamás ni hacer cosa, que no sea con capa de santidad.

Está aquel murmurando de todo, con capa de corregir se venga el otro. Con capa de disimular permite éste que todo se relaje. Con capa de necesidad hay quien se regala y está bien gordo. Con capa de celo todo lo malea el envidioso. Con capa de justicia es el juez un sanguinario. Con capa de servir a la República y al bien público se encubre la ambición. Con capa de ayuno ahorra la avaricia. Con capa de oratoria se adorna la vaciedad. Con capa libresca se oculta la ignorancia. Aquel, que entra allí, parece que lleva capa de amigo y realmente lo es y aún con la de pariente se introduce el adulterio.

Estos, dijo el ermitaño, son de los milagros que obra cada día la superiora de este convento, haciendo que los mismos vicios pasen plaza de virtudes y que los malos sean tenidos por buenos y aún por mejores... y todo con capa de virtud...

¿También hay soldados cofrades de la apariencia? pregunté.

Y son los mejores, respondió el ermitaño. Que aquí más importa el parecer, que el ser.

Porque los más en el mundo no conocen ni examinan lo que cada uno es: sino lo que parece. Veis allí un hombre más liviano que un bife y parece en lo exterior más grave que un presidente.

Querría aprender este arte de hacer parecer, dije.

Yo se lo diré. Si pretende alguna dignidad, le hacemos luego cargado de espaldas; si casamiento, que ande más derecho que un

ELIXIR DIXI

EL MEJOR DEPURATIVO DE LA SANGRE

DOSIS: Una cucharada antes de los alimentos.

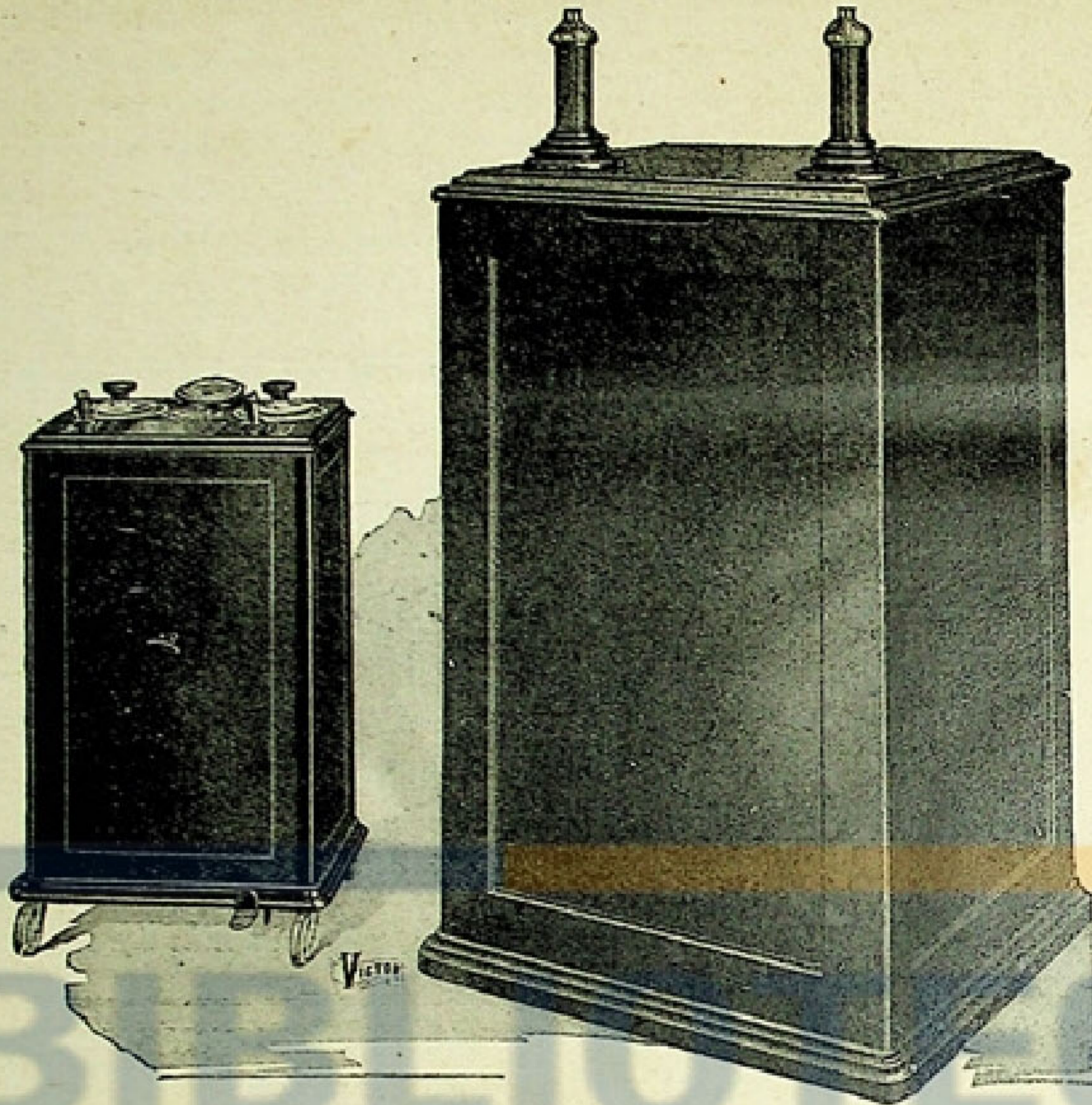
LABORATORIOS RECALCINE



La Víctor X-Ray Corporation,

CHICAGO.

Somete al fallo de los Señores Médicos de Chile sus mejores aparatos y accesorios para Rayos X.



«Wantz Jr.»

Entre sus principales equipos descuella e «Wantz Jr.» el más eficiente de entre los modelos de tamaño intermedio.
Capacidad sin precedente:

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

operado al nivel del mar.

Gabinete de control separado.

Auto-transformador controlado por 52 gradaciones.

Voltmetro de lectura previa. Cuadro de miliamperaje y posibilidad [de instalación distante del paciente, evitando así los ruidos del motor y transformador y muchas otras características que hacen de este equipo el más perfecto en su género.

Otro equipo de indiscutibles méritos, es el modelo

«SNOOK SPECIAL» Para Terapia Profunda y Diagnóstico.

Es un equipo muy superior y distinto a cualquier otro que hasta ahora se haya ofrecido. Sus características principales son:

- Balance Electroestático.
- Sistema de rectificación «Snook».
- Corriente compensada para el tubo.
- Combinación para Terapia Profunda y Diagnóstico.
- Firmeza y
- Simetría de diseño.

Un producto de gran fama son las:

PELICULAS antifricción «Victor», cuyas principales propiedades son:

Rapidez - Contraste - Densidad - Detalle
cualidades que poseen en propia escala.

Enorme demanda tienen también los afamados

TUBOS COOLIDGE

que son empleados y conocidos en el mundo entero.

Ofrecemos los modelos de foco fino, foco medio y foco ancho.

Solicite Presupuestos y mayores informaciones sobre el particular a los únicos representantes en Chile:

CASA EDISON

ESTADO 202, esq. Agustinas

SANTIAGO

International Machinery Co.

Ingenieros-Importadores

Teléfono 4580 — MORANDE 520
CASILLA 107-D. — SANTIAGO

buso; y aunque sea un chisgaravis, le hacemos que muestre autoridad, que ande a espacio, hable pausado, arquee las cejas, pare gesto de ministro y de misterio, y para subir alto, que hable bajo. Ponémosle unos anteojos, aunque vea más que un lince, que autorizan grandemente. Y más, cuando los desenvaina y se los calza en una gran nariz y se pone a mirar de a caballo, hace estremecer los mirados.

Aquí todo está en el bien parecer, que ya en el mundo no se atiende a lo que son las cosas; sino a lo que parecen. Porque, mirad, decía, unas cosas hay que ni lo son ni lo parecen, y eso es ya necedad. Otras hay que son y lo parecen. Y eso no es mucho. Otras que son y no parecen, y esa es la suma necedad. Pero el gran primor es no ser y parecerlo. Eso sí que es saber.

Mira que os digo que, si sabéis vivir, os sabréis acomodar y sin trabajo alguno, sin que os cueste cosa. Y si no, tomad ejemplo en la gente de autoridad y de experiencia y veréis lo que han aprovechado con mis reglas y en cuán gran predicamento están hoy en el mundo ocupando los mayores puestos.

Díme, por tu larga, si no buena vida, si con esta virtud fingida podré conseguir la felicidad verdadera?

¡Oh, pobre de mí! respondió el ermitaño: en eso hay mucho que decir. Quédese para otra sitiada".

Lorenzo Gracián me tendió la mano y se marchó a grandes trancos...

NOTA. — Gracián (1601-1658) jesuita español, autor de numerosas obras de índole filosófica, siendo la más reputada "El Crítico", de la cual es extractada y adaptada la página anterior.

Schopenhauer escribía a un amigo: "Mi escritor favorito es este filósofo Gracián. He leído todas sus obras. Su "Crítico" es para mí uno de los mejores libros del mundo. De buena gana lo traduciría..."

LA LECCIÓN INAUGURAL DE CLÍNICA MÉDICA DEL PROF. PRADO TAGLE.

Ha sido publicado en un folleto que ha llegado a nuestras manos, gracias a la amabilidad de su autor, esta lección que, por el corte correcto y ameno de su estilo y por la concisa erudición de su contenido, merece un comentario especial.

Nos brinda su lectura una agradable impresión, evocadora de antiguas lecciones oídas de los maestros como García Guerrero, que ya abandonaron el aula, o como esos trozos que suelen publicar las revistas europeas de las lecciones de sus catedráticos.

Hay optimismo y salud en sus palabras cuando van dirigidas a los alumnos: "La juventud es activa; por grande que sea el provecho de una lección que ha herido su amor propio, queda el dejo amargo de la bebida que se reconoce que ha hecho bien, pero que

ha causado desagrado". "Os pido, jóvenes alumnos, vuestra cooperación, vuestro entusiasmo, al hacer el estudio de la clínica. El rol social que estáis llamados a desempeñar en la colectividad será cada día mayor, científico y humanitario".

Hace la historia de la clínica que entra a ocupar a grandes rasgos, desde el romántico desterrado amigo de Heine, que se llamó Germán Schneider, hasta el maestro por excelencia, que fué Daniel García Guerrero. Los nombres de Wenceslao Díaz, Isaac Ugarte Gutiérrez y el Prof. García, cobran, al través de la disertación de su último sucesor, perfiles admirables y elocuentes.

Pasa después una rápida ojeada sobre la clínica en el último tiempo, el ambiente de renovación y de progreso que siempre le ha impreso un sello particular.

"No me sería posible, en el curso de esta lección, detallaros todas las adquisiciones con que la Clínica Interna se ha enriquecido en los últimos años"...

Sin embargo, sintetiza los tópicos fundamentales: el concepto funcional de la enfermedad que prima hoy, en contraposición al antiguo criterio anatómico; las nefritis a la luz de los últimos conocimientos, las cardiopatías, las afecciones del sistema retículo-endotelial con sus proyecciones sobre el hígado, las ictericias hemolíticas, leucemias y pseudo-leucemias, anemias graves, etc.

Por último, dedica algunas páginas a la "infección focal", como factor determinante de múltiples afecciones.



Antisepsia urinaria

Quadruple acción: Bactericida,
antitóxica, antiúrica, diurética.

UROMETINE

LAMBIOTTE FRÈRES

Hexametiléna - Tétramina pura.

dosis corriente: 2 a 6 comprimidos diarios

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



STANNOXYL

Sana la Forunculosis.

STANNOXYL

Mata el Estafilococo

STANNOXYL

Más activo que las vacunas y levaduras

STANNOXYL

Contiene un estaño puro exento de plomo

STANNOXYL

Es perfectamente tolerado.
No es tóxico

STANNOXYL

2 comprimidos diarios o 1 inyección de 2 c. c.

Laboratorios: ROBERT & CARRIÈRE Parí

CONCESIONARIO PARA CHILE

AM. FERRARIS

Compañía 1295

SANTIAGO



ANIMASA

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

ARTERIO - ESCLEROSIS

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

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

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

LITERATURA GRATUITA

ORGANOTERAPIA

BROWN - SEQUARD, Prof. ZUNTZ: Prof. POEHL

FABRICANTES:

Organoterapeutische Werke

HEUENKIRCHEN en Oldenburg
(Alemania)

Introdactor y Coaccionario
exclusivo para Chile:

L. ARENSBURG - Santiago

CASILLA 3099

Soporte Universal "Siemens"

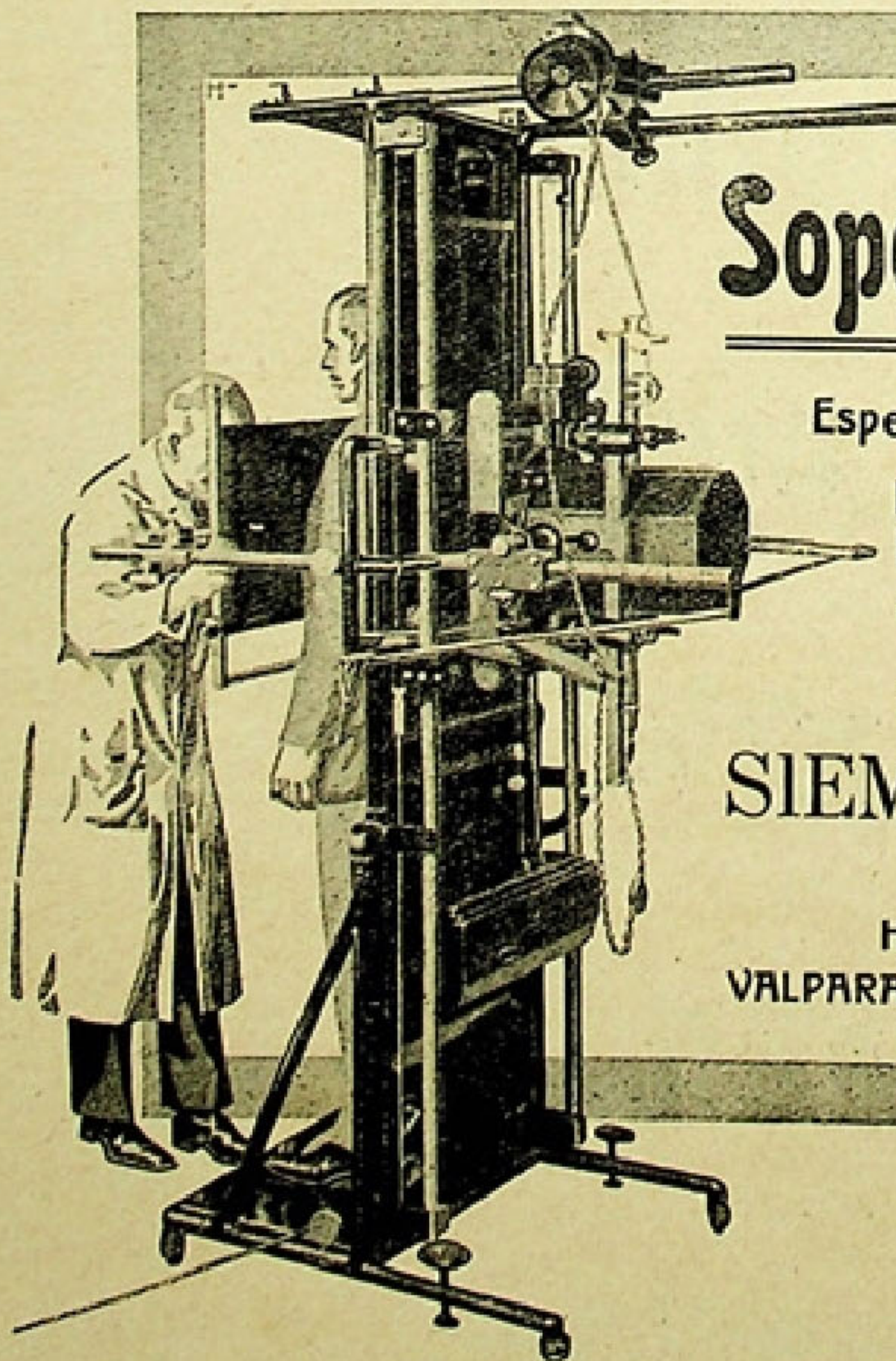
Especialmente apropiado para radioscopías y radiografías de pacientes acostados o de pie y para terapia superficial. Este soporte se puede usar tanto para diagnósticos como para fines quirúrgicos.

SOLICÍTENOS INFORMACIONES Y PRECIOS

SIEMENS-SCHUCKERT LIMITADA

COMPAÑÍA DE ELÉCTRICIDAD

HUÉRFANOS 1041 — SANTIAGO — CASILLA 104 D.
VALPARAÍSO — CONCEPCION. — VALDIVIA. — ANTOFAGASTA. — IQUIQUE.



La lección inaugural del Prof. Prado Tagle, hace honor a la tradición de la Clínica en que entra a enseñar.

J. Marín.

ACTIVIDADES DEL DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE CHILE

Designó Delegado al Consejo Superior de Asistencia Social a los Drs. Javier Castro Oliveira y Ernesto Prado Tagle.

Gestiona una solución de armonía que venga a poner fin al conflicto de los miembros del Sindicato Médico de Valparaíso con la Administración General de la Caja de Seguro Obligatorio. Parece posible que gracias a estas tramitaciones pueda regularizarse definitivamente el funcionamiento de estos servicios.

Se ocupa también el Directorio actualmente de establecer a firme la organización médica del país, en sus partes sindical y científica.

EL PROF. LUIS CALVO MACKENNA

Director General de Asistencia Social

No es la primera vez que en las páginas de esta Revista nos ocupamos del Dr. Luis Calvo, Profesor Extraordinario de Pediatría en la Facultad de Medicina. Tuvimos ya

ocasión de saludarlo con motivo de su designación de Miembro Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Madrid.

La exaltación del Dr. Lucio Córdoba al Ministerio de Higiene, lo lleva hoy al alto cargo que enunciamos en estas líneas, cargo de graves responsabilidades y que requiere una vasta y sólida preparación.

El Prof. Calvo ha demostrado ya sus capacidades.

Todos recuerdan su brillante y armónica actuación en la Presidencia de la Sociedad de Pediatría de Chile, de la cual fué alma y brazo organizador.

Vice-Presidente y Director de la Sociedad Médica en varios períodos, Médico del Hospital de Niños Roberto del Río, en todas partes la actuación del Dr. Calvo se ha caracterizado por los atributos fundamentales que distinguen su persona: caballerosidad, conocimientos y actividad.

Para los médicos de los Hospitales del país la presencia suya en la Dirección de los Servicios de Asistencia Social es una garantía y un motivo de complacencia.

LAS INCIDENCIAS DEL HOSPITAL ARRIARÁN

El feliz resultado que tuvieron las desagradables incidencias ocurridas entre la Administración y el personal médico del Hospital Manuel Arriarán, hace que les dediquemos un breve recuerdo, muy especialmente con el objeto de hacer resaltar el bri-

llante papel que le cupo desempeñar en ellas al Sindicato Médico de Santiago, a cuya intervención amistosa e inteligente se debe sencillamente la solución de dificultades que en otras condiciones habrían sido insalvables.

Nos es muy grato dejar constancia de que este organismo, en pleno período de organización, cuando apenas se puede decir que existe, ha prestado ya a la colectividad médica un real servicio de inestimable valor, gracias muy en especial a la acción atinada y sagaz de sus directores, a quienes queremos hacer llegar nuestras felicitaciones más cordiales.

No podemos terminar sin encarecer nuevamente a nuestros colegas de Santiago la necesidad de contribuir activamente a la organización estable y definitiva de una institución que les será cada día más útil y necesaria.

LISTA DE ADHERENTES AL SINDICATO MÉDICO DE SANTIAGO

Diciembre de 1925

Alessandri Hernán. — Ahumada 73.
Alessandrini Italo. — Merced 322.
Aguilar J. Luis. — Av. Castro 107.
Acuña Alonso. — Delicias 865.
Arnello José. — García Reyes 17.
Amesti de Félix. — París 812.
Avilés Manuel. — Vicuña Mackenna 391.
Aguirre L. Roberto. — Santo Domingo 401.
Alonso Armando. — San Diego 438.

ORMOSVIT



la nueva denominación
de la
Ovaradeno-Triferrina
«Knoll»

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

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

Trastornos de la menstruación.

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

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

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

Ayala Alejandro. — Merced 290.
Andrade Leoncio. — San Diego 81.
Alcaíno Francisco. — República 81.

Baeza G. Arturo. — Amazonas 3.
Bravo Alejandro. — Compañía 2165.
Bronfman Jacobo. — Cienfuegos 68.
Bascuñán Adolfo. — Agustinas 1760.
Bruna Edmundo. — Catedral 2531.
Bulnes Félix. — Compañía 1378.
Bustos Julio. — Recoleta 707.
Briones Ramón. — Hospital San Vicente.
Bahamonde Mariano. — Delicias 1230.
Bisquert Luis. — Delicias 294.

Calvo M. Luis. — República 350.
Commentz Alfredo. — Paris 824.
Contrucci Aldo. — Nataniel 142.
Cortés Díaz Carlos. — Copiapó 930.
Contreras Eliodoro. — Brasil 621.
Dr. Cienfuegos. — Compañía 1474.
Cruz Coke Eduardo. — Merced 305.
Dr. Contreras. — Altamirano 43.
Coutts W. E. — San Martín 366.
Castro O. Javier. — Estado 62.
Constant Alfonso. — Delicias 377.
Carrasco Isaac. — Cas. 422, Valdivia.
Castañón Rolando. — Maestranza 374.
Casarino Faustina. — Claras 346.

Donoso Ricardo. — Agustinas 619.
Donoso Rodrigo. — Amunátegui 32.
Díaz M. Ignacio. — Bandera 574.
Dreckmann Luis. — San Antonio 224.
Ducci José. — Monjitas 759.

Daneri Julio. — San Isidro 671.
Doren C. A. — Monjitas 536.
Espíldora Cristóbal. — Delicias 416.
Eastman Julio. — Catedral 2673.
Estévez Roberto. — Delicias 1256.

Faundes Aníbal. — Libertal 189.
Fabres Miguel. — Av. España 53 A.
Fernández Agustín. — Copiapó 718.
Dr. Fuentealba. — San Javier.
Fernández Walter. — Cueto 530.

Günther Ricardo. — Av. España 696.
Grez Aníbal. — Merced 324.
Godoy Luis. — San Martín 133.
Garretón Alejandro. — Maestranza 435.
Garcés Carlos. — Alameda 1276.
Gazitúa Víctor. — Agustinas 586.
García H. Hernán. — E. Escala 2200.
González Enrique. — Ejército 644.
Dr. Gaete. — San Javier.
Gandulfo Juan. — San Diego 91.
González Alejandro. — V. Mackenna 610.

Inostroza Agustín. — Catedral 2851.
Ibarra Loring. — Nataniel 64.

Johow Arnulfo. — Santo Domingo 1523.
Jaramillo Edmundo. — Independencia 995.

Koch Luis. — Barroso 73.

(Concluirá)

Uretritis blenorragica crónica

por el

Dr. Arturo LOIS

(Continuación).

Tratamiento de las lesiones del canal

a) Infiltraciones blandas. Se usan las aplicaciones tópicas controladas y por medio del uretroscopio. Tocaciones al nitrato de plata 1 por 100. Ácido fénico 90 por ciento. Tintura de yodo. Collargol.

Dilataciones al Beniqué.

b) Lesiones de litritis y lacienitis.

1) Masaje al Beniqué.

2) Galvano cauterización, abertura de las glándulas.

c) Infiltración dura.

1º Cauterizar los islotes de infiltración blanda.

2º Combatir las estenosis dilatando.

d) Lesiones de las glándulas anexas.

Próstata. Masaje con vejiga hena cada tres días.

Vesículas seminales. El cateterismo y desinfección de las vesículas por los canales eyaculadores no es fácil, sobre todo, habiendo verumontanitis y utriculitis pronunciada.

Se puede hacer también por los canales deferentes.

Se usa el collargol al 10 por ciento. Para hacerlo, se procede a buscar por una inci-

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

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

ALIVAL

YODO ORGÁNICO

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

Envases de origen:

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

ANESTESINA

Anestésico local duradero,

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

Dosis:

al exterior: al 5-20% o pura.
al interior: 0,25-0,35 gr. antes de las comidas.

Sólo servimos la Anestésina pura (en polvo)

SABROMINA

BROMO ORGÁNICO

insípido.

De tolerancia perfecta y acción eficaz
Antiespasmódico y sedante.

Envase de origen:

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

El preparado de oro

TRIFAL

Marca Registrada

auro-tiobenzimidazolcarbonato sódico

Para el tratamiento específico
de la Tuberculosis.

Envases de origen:

Ampollas de «TRIFAL» en sustancia de 0.025—0.05—0.1 gr.

Muestras y Literatura a disposición
de los señores Médicos

HIPOFISINA

acreditado

Tónico uterino

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

Envases de origen:

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

PERLAS DE VALIL

Remedio calmante

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

Envase de origen:

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

TUMENOL

Preparado de Brea

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

Dosis:

Pomadas: 1-20% tintura, pincelaciones, etc. La mejor forma para recetas: Tumenol amónico. No servimos ningún preparado oficial de Tumenol.

sión en el pliegue inguino-escrotal, el canal deferente, y en su luz se introduce con una aguja muy fina 10 a 15 c. c. del collargol. Así se impregnan la vesícula, los repliegues y divertículos.

Para hacer el tratamiento por los canales eyaculadores, cosa difícil, es preciso, primero, dilatar la entrada y usar de una cánula.

Glándulas de Cowper. Se explora por el recto, pudiendo practicar la expresión y masaje.

e) **Régimen y medicación interna.**

Proscribir: cerveza, alcohol, café, excesos de mesa. También toda relación sexual y todo lo que tienda a congestionar los órganos del periné.

Prescribir: bebidas abundantes, tisanas, aguas alcalinas. Como medicamento, la urotropina.

Vacunoterapia y Seroterapia

En la uretritis crónica y sus complicaciones juega un gran rol el stafilococcus, que implica elemento de cronicidad y de resistencia al tratamiento.

También participa en su obra el enterococcus, el B. pseudo diftérico y streptococcus.

Hay que anotar nociones muy importantes en relación con el capítulo de que tratamos:

1) La frecuencia de las infecciones crónicas latentes o larvadas de los ataques que presentan un carácter rebelde o recidi-

vante, debido a que existe un foco oculto en el organismo. Allí el microbio se regenera perpetuamente, pudiendo hacerse el punto de partida de infecciones sanguíneas, a veces generalizadas.

Así se explican los brotes repentinos de infección que suceden a calmas engañosas o largos períodos de curación aparente; verdaderas recaídas que desesperan al paciente y al médico.

En nuestro Servicio, entre los innumerables casos a favor de esta tesis, puedo citar dos casos recientes:

1. Frco. Sepúlveda, 36 años. A la edad de 20 años, gonorrea. No tiene secreción durante mucho tiempo, pero sí, cinco exacerbaciones ante cualquier exceso.

El 5 de Agosto, por un flegmón urinoso perineal, es operado.

2. Genaro Urra, 32 años. A la edad de 12 años, gonorrea, que se hace posterior y que se complica de orq. epididimitis.

Después de 6 meses de tratamiento queda una gota matinal muy ligera.

Tiene exacerbaciones repetidas ante cualquier exceso, sin haber cohabitado.

Hace pocos días tiene una nueva exacerbación, con retención aguda de orina y se encuentran gonococcus, abundantes glóbulos de pus, diplococcus y células epiteliales.

Podrían multiplicarse los casos en que no actúa una nueva infección gonocócica y se tiene exacerbaciones graves que provienen de focos en estado de latencia.

Algunos investigadores llaman la aten-

ción de que en las viejas uretritis crónicas consideradas como no contagiosas o curadas, se encuentra el gonococcus en la esperma, lo que se comprueba con procedimientos de cultivo.

Se citan casos de éstos, en que por exámenes directos al microscopio no se habían encontrado en la secreción gonococcus; sin embargo, hasta en un 70 o 75 Lebreten asegura haber encontrado gonococcus por espermato cultura en los casos de pretendida curación.

Un tercer caso. Ernesto Cruz, 25 años, ingresa al Servicio el 29 de Julio.

Hace 2 años, gonorrea, que aparece 8 días después del coito y evoluciona sin complicaciones y desaparece la secreción.

En Setiembre de 1924, con exceso de bebidas y desarreglo de mesa, aparece secreción ligera, ardor al orinar. Curación con cierto tratamiento, haciéndose el diagnóstico de uretritis crónica. Quedan en la orina ligeros filamentos.

1º de Agosto. Dolor causado en la fosa lumbar izquierda, dolores que, con los días, se exacerban hasta hacerse intolerables.

Se palpa el polo inferior, sensible a la presión. Orinas turbias.

Al microscopio, el examen de orinas da pus, células epiteliales, glóbulos blancos abundantes y cilindros granulosos escasos. Flora microbiana regular. Se busca el gonococcus.

(Continuará).



HIPNOTICO PODEROSO - SEDATIVO NERVIOSO

GARDENAL

INDICACIONES:

Epilepsia - Excitación Nerviosa
Insomnios rebeldes

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

Estos últimos para la terapéutica infantil



Los Establecimientos **POULENC Frères**

86 y 92 Rue Vieille - du - Temple — PARIS

DIADERMINA

BONETTI FRÈRES

Para evitar confusiones exíjase siempre: "Diadermina Bonetti"

El mejor excipiente
para todas
las pomadas
medicamentosas:
cajes, etc...

Neutro - Inalterable
Aseptico
fácilmente
absorbible
soluble en el agua
sin
compatibilidades

CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
 PROF. DR. EZEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

ATROFIA DEL CEREBELO

post-traumática

por el

Dr. Ernesto ROBERT de la MAHOTIERE
 Médico Ayudante de la Clínica

A. S., chileno, de 18 años de edad, agricultor, soltero, ingresa a la Sala de Santo Domingo el día 30 de Octubre del presente año y nos cuenta que hace 3 años sufrió una **vuelta de a caballo**, de cuyas consecuencias se encuentra en la situación actual.

Relata con minuciosidad y precisión las condiciones en que sufrió este traumatismo. Perdió inmediatamente el conocimiento, permaneció en estas condiciones en el mismo sitio del accidente más o menos dos horas. Cuando adquirió conciencia de su situación, notó, al levantarse por sí mismo, que estaba mareado, estado vertiginoso que ha desaparecido, presentándose sólo de tarde en tarde, en forma fugaz y ligera, cuando hace movimientos bruscos de flexión del tronco hacia adelante; notó desde este mismo momento grandes dificultades en la marcha y en la posición vertical: no podía permanecer de pie sin tener que separarlos para ensanchar su base de sustentación; en su marcha se iba de un lado para otro, sin que esta desviación fuera más intensa a un lado que a otro.

No pudo comer porque su mano titubeaba en forma tan intensa que botaba los alimentos o líquidos de la cuchara o taza.

También tuvo trastornos de la palabra: ésta era monótona, arrastrada.

Los trastornos de incoordinación de movimientos no se exageraban en la oscuridad.

Junto con los síntomas anteriores notó que su oído derecho y una herida superficial del cuero cabelludo de la región occipital, sangraban.

Por estas molestias estuvo sin trabajar más o menos una semana. No notó que sus fuerzas disminuyeran a uno u otro lado inmediatamente a su traumatismo ni posteriormente. No tuvo trastornos de la sensibilidad general ni especial. No tuvo diplopia ni sordera. Pudo deglutir bien.

Además, dice el enfermo que no tuvo vómito ni cefalea después del accidente y que desde el momento en que recuperó su conciencia, ésta no volvió a oscurecerse.

A los dos meses del accidente tuvo cefalea permanente durante una semana, sin que se notara con la aparición de este nuevo síntoma, variación en los trastornos anteriores.

Interrogado sobre sus antecedentes personales, dice ser moderado bebedor de alcohol, no fuma, pero bebe té y café con moderación.

A los 14 años, estuvo durante una semana sintiendo dolores de oído y a ambos muslos,

cara anterior: no le impidieron el trabajo. Hará más o menos un año, dos años después del accidente, tuvo un chancro en el glande, único, indoloro, sin adenopatía inguinal. No hay en su sitio ni cicatriz ni induración. Duró más o menos dos meses. No hubo síntomas secundarios.

Respecto a sus antecedentes hereditarios, nos dice que su padre falleció de una enfermedad crónica, que nosotros suponemos haber sido espondilitis. No da antecedentes de su madre. Fueron seis hermanos, de los cuales él es el único enfermo: ninguno ha muerto.

El estudio semiológico de los signos subjetivos anotados más arriba, nos conduce en primer lugar a detenernos un momento sobre el estado vertiginoso que tuvo el paciente después de su traumatismo y clasificamos como tal las molestias descritas por nuestro enfermo, por cuanto dice que experimentaba la sensación de que el mundo daba vueltas a su alrededor. Estas molestias, que no traducen sino una verdadera insuficiencia funcional de los centros automáticos del equilibrio, radicados en el mesencéfalo y en el bulbo, pueden ser producidas por causas tóxicas, neuropáticas, auriculares o centrales (véase fig. 1).

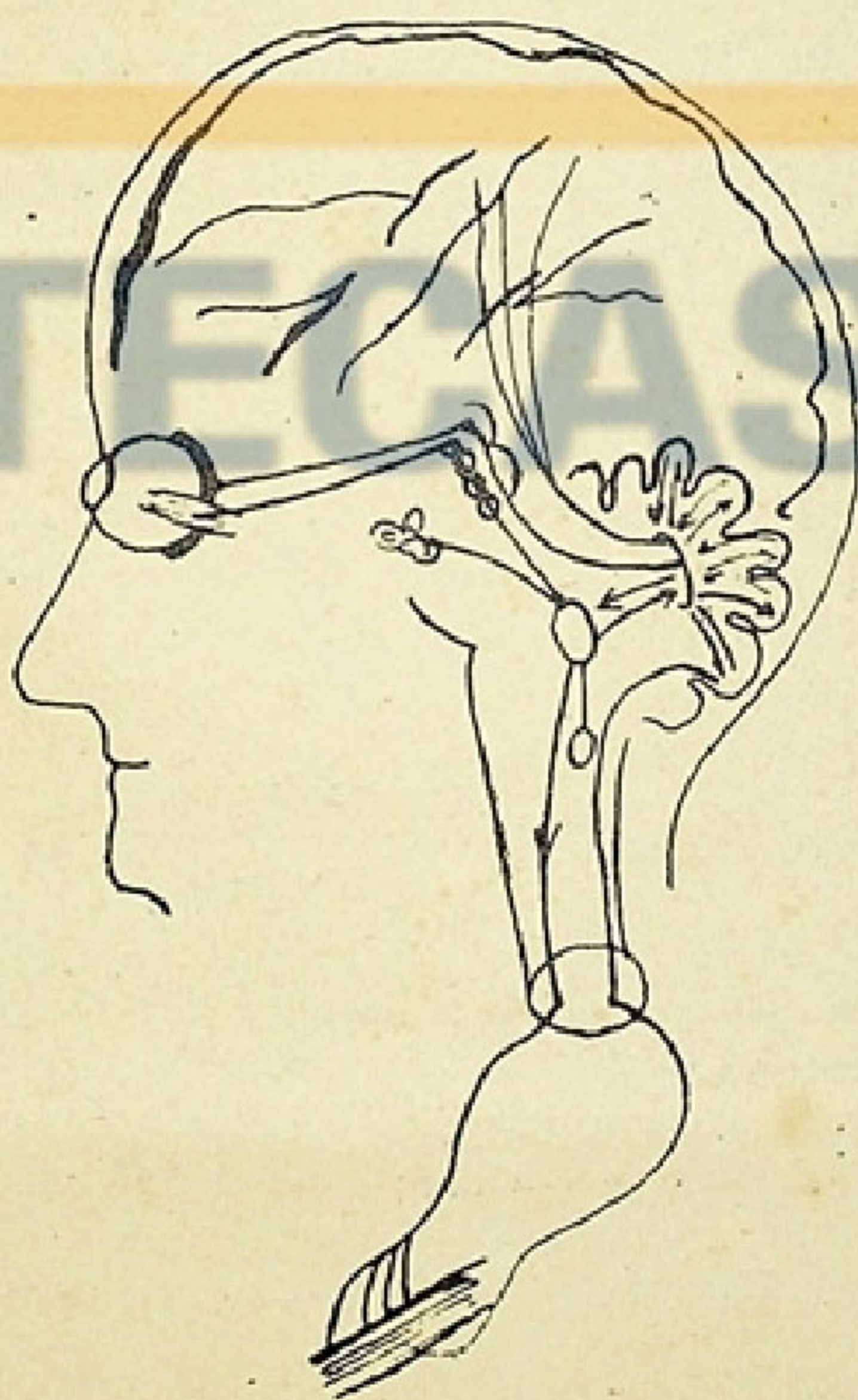


Fig. 1

Nos bastó recordar las primeras (intoxicación por el alcohol, tabaco, óxido de carbono, quinina, salicilato de sodio, haschich, lesiones renales) para eliminarlas inmediatamente. Las causas neuropáticas eran igualmente negativas, y entre las causas auriculares, dos detuvieron más especialmente nuestra atención: los vértigos auriculares y la enfermedad de Ménière. Pero es sabido que el comienzo de esta última se efectúa con ruido de oídos, zumbidos y sordera, además de los vértigos. Por lo demás, el examen otoscópico, objetivo y funcional fué negativo.

Nistagmus rotatorio

10 vueltas en 10" de izquierda a derecha. Se produce un nistagmus intenso hacia la izquierda con desviación de la cabeza a la derecha y mareo;

10 vueltas en 10" de derecha a izquierda. Se produce un nistagmus intenso hacia la derecha con desviación de la cabeza a la izquierda.

De las causas centrales, la arterioesclerosis no existía, porque se trataba de una persona joven, cuya presión de 149 con el instrumento de Vaquez era normal, e igualmente satisfactorio era el examen de sus orines y urea en la sangre.

Examen de orina

Densidad: 1015;
 Reacción: ácida;
 Albúmina: no hay;
 Glucosa: no hay;
 Pigmentos biliares: no hay;
 Ácidos biliares: no hay;
 Urobilina: no hay;
 Indican: no hay;
 Acetona: no hay;
 Ácido diacético: no hay;
 Mucus: no hay;
 Cloruros: 10 por mil;
 Urea: 12 por mil;
 Bacterios abundantes.

Examen hematológico

Cantidad de urea en la sangre: 0,25 grs. por mil.

Descartamos, igualmente, la presencia de tumores cerebrales, por cuanto no se había quejado jamás de vómitos ni de cefalea, salvo unos cuantos días que, como dijimos, había sufrido de dolores de cabeza en forma ligera y transitoria durante una semana, dos meses después de su accidente. El examen ocular reveló la ausencia de éctasis de la papila.

Examen oftalmoscópico

Papilas ligeramente anémicas. No hay retinitis, ni hemorragias. Nistagmus apenas marcado en la visión forzada hacia la derecha.

Más difícil nos fué eliminar la esclerosis en placas, pero en esta afección es sabido que, por lo general, los trastornos de la marcha se producen algún tiempo después de iniciada la enfermedad y en el caso nuestro hemos ya visto que todas las molestias, especialmente la ataxia, se produjeron inmediatamente después al traumatismo.

La demencia paralítica implica la existencia de un estado demencial y nuestro paciente, por el hecho de haber relatado con minuciosidad y precisión las condiciones en que sufrió su traumatismo (a la edad de 15 años) nos manifestó implícitamente que tenía muy bien conservada la memoria, que es una de las principales cualidades de la inteligencia.

El examen detenido de su aparato circulatorio, reveló que no habían perturbaciones circulatorias centrales.

Por último, nos queda para analizar las lesiones del cerebelo, y con este objeto sometimos a nuestro enfermo a una serie de exámenes demostrativos de la existencia en él del síndrome cerebeloso. Por lo demás, la marcha de ebrio era bien característica y no era posible confundirla con la de los tabéticos, los cuales lanzan sus piernas hacia adelante y talonean, lo cual se exagera cuando se les hace cerrar los ojos y no separan sus piernas. En cambio, en el sujeto que nos preocupa, el signo de Romberg era negativo. Y en el resto de su organismo pudimos constatar ausencia de dolor en el cráneo a la presión o percusión. No hay hundimientos. Argyll Robertson, negativo. Ano infundibuliforme. En la columna vertebral no hay rigidez, deformaciones, ni dolor a la presión y percusión. En los miembros inferiores no hay deformaciones, rigideces articulares ni atrofia muscular.

Nos llama la atención que el enfermo, a ratos, adopta una actitud típica y fija: inclina la cabeza hacia atrás y a izquierda, mirando a este lado y arriba. Al indicarle que se levante, lo hace con titubeación, oscilando el cuerpo y la cabeza. La marcha es de ebrio, y no se desvía siguiendo una línea recta, a un lado más que a otro. Vértigo no existe. Nistagmus no existe en la mirada normal; aparece en la mirada extrema lateral de uno y otro lado.

Al tratar de investigar los trastornos motores o síntomas cerebelosos puros, tuvimos especial cuidado en poner atención de cuáles eran las acciones del cerebelo que se encontrarían más perturbadas, y pudimos comprobar de que, en realidad, nuestro paciente no tenía incoordinación de los movimientos, sino que los defectos, en su marcha especialmente, eran debidos a que había perdido la regularidad de los mismos; esto venía a destruir la creencia de algunos fisiólogos que atribuyen al cerebelo la facultad de coordinar los movimientos.

La propiedad del cerebelo se admite en la actualidad que es debida a tres acciones: acción esténica, la cual aumenta la energía del aparato neuro-muscular; acción tónica, que refuerza el tono muscular durante las pausas funcionales; y acción estática, que produce, durante las fases de actividad muscular, la fusión de las contracciones.

La pérdida o el trastorno, más o menos profundo de estas acciones, se traduce por diversos signos, y uno de los principales es la dismetría, o sea, la ejecución de los movimientos, sin medida en el tiempo y en el espacio. Una de las modalidades de la dismetría es la hipermetría, o sea, la perturbación de la motilidad caracterizada por que el movimiento es desmesurado y sobrepasa el objeto propuesto. La adiadococinesia que, como su nombre lo indica, consiste en la pérdida de la diadococinesia (facultad de ejecutar rápidamente movimientos alternativos). La asinergia, perturbación en la facultad de asociar los movimientos elementales de los actos complejos.

Pues bien, en nuestro paciente la hipermetría era manifiesta y lo pudimos afirmar porque existían numerosos signos reveladores. En los miembros inferiores se manifestaba en el signo de la marcha, del talón, flexión del muslo; en los miembros superiores, la prueba del índice, prueba de la pronación, prueba de la supinación de la mano: todas estas pruebas fueron positivas. Igualmente positivas fueron las pruebas de los trazados transversales y longitudinales (véase fig. 2) y de la resistencia. La prueba

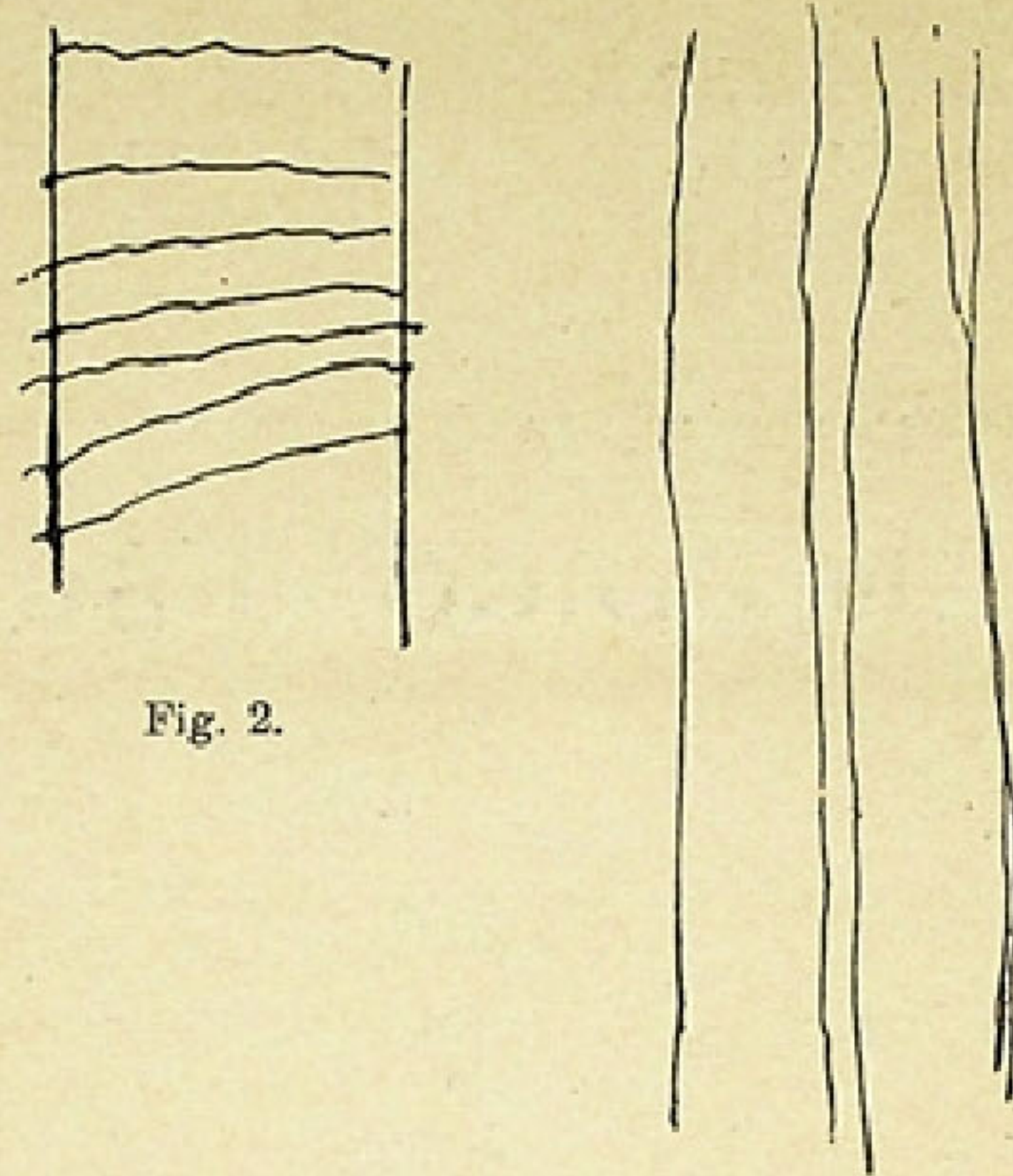


Fig. 2.

de la prehensión fué negativa.

La existencia de la flexión combinada revelaba la asinergia. En cambio, el signo de la marcha era negativo, junto con el de la flexión hacia atrás. También fué negativo el signo del levantamiento del pie.

La adiadococinesia es positiva en ambos lados.

La prueba de la escritura no se pudo practicar, porque el enfermo no sabe escribir.

Ya hemos dicho más adelante que existían trastornos en la palabra, la cual era arrastrada y monótona.

La catalepsia cerebelosa era positiva en ambos lados.

No hay trastornos de la sensibilidad general en ninguna de sus formas. La sensibilidad especial es normal (véanse los informes de los exámenes oftalmoscópicos y otoscópico (prueba del laberinto).

Las fuerzas están conservadas en ambos lados y no hay atrofia muscular. Los reflejos tendinosos están disminuídos. No hay clonus. No hay Babinski. No hay trastornos de los nervios craneanos.

¿Habrá algún tumor del cerebelo? ¿tubérculos, gliomas, quistes, gomas, sarcomas? Todos se revelan más o menos por la misma sintomatología: precocidad e intensidad de los síntomas (cefalea, vómitos, edema papilar, convulsiones) los cuales no existieron en ningún momento en nuestro enfermo; y compresión rápida de las partes vecinas (zumbidos, sordera unilateral).

¿Un absceso? No había fiebre.

Heredoataxia cerebelosa? Los primeros síntomas se manifestaron a la edad de 15 años y después de un traumatismo.

No nos quedaba, por lo tanto, sino pensar en una atrofia del cerebelo. Por lo demás, el resultado del examen del líquido cefalora-

quídeo, practicado algunos meses después del accidente en un Servicio de Neurología del Hospital de San Vicente, había sido negativo: ningún trastorno que hiciese pensar en una de las lesiones mencionadas más arriba y que casi nunca dejan de poner una etiqueta en el líquido de los espacios subaracnoideos.

Sin embargo, practicado el examen de la sangre el día 4 de Noviembre en nuestro Servicio reveló que nos hallábamos en presencia de un sujeto manifiestamente sifilítico, por cuanto la reacción de Wassermann fué intensamente positiva, con tres cruces y el del líquido céfalo-raquídeo lo anotamos a continuación:

Examen del líquido céfalo-raquídeo (5 de XI de 1925)

Presión: 45 (Instrumento de Claude);
Leucocitos: 7 por mm.³.

Fórmula leucocitaria

Linfocitos: 60 por ciento;
Polinucleares: 30;
Mononucleares: 10;
Albúmina: 0,24;
Cloruros: 7,4;
Glucosa: normal;
Reacción de Nonne-Appelt: negativa;
Reacción de Pandy: positiva, muy débil;
Reacción de Wassermann: positiva, con dos cruces.

Estos resultados, aparentemente venían a

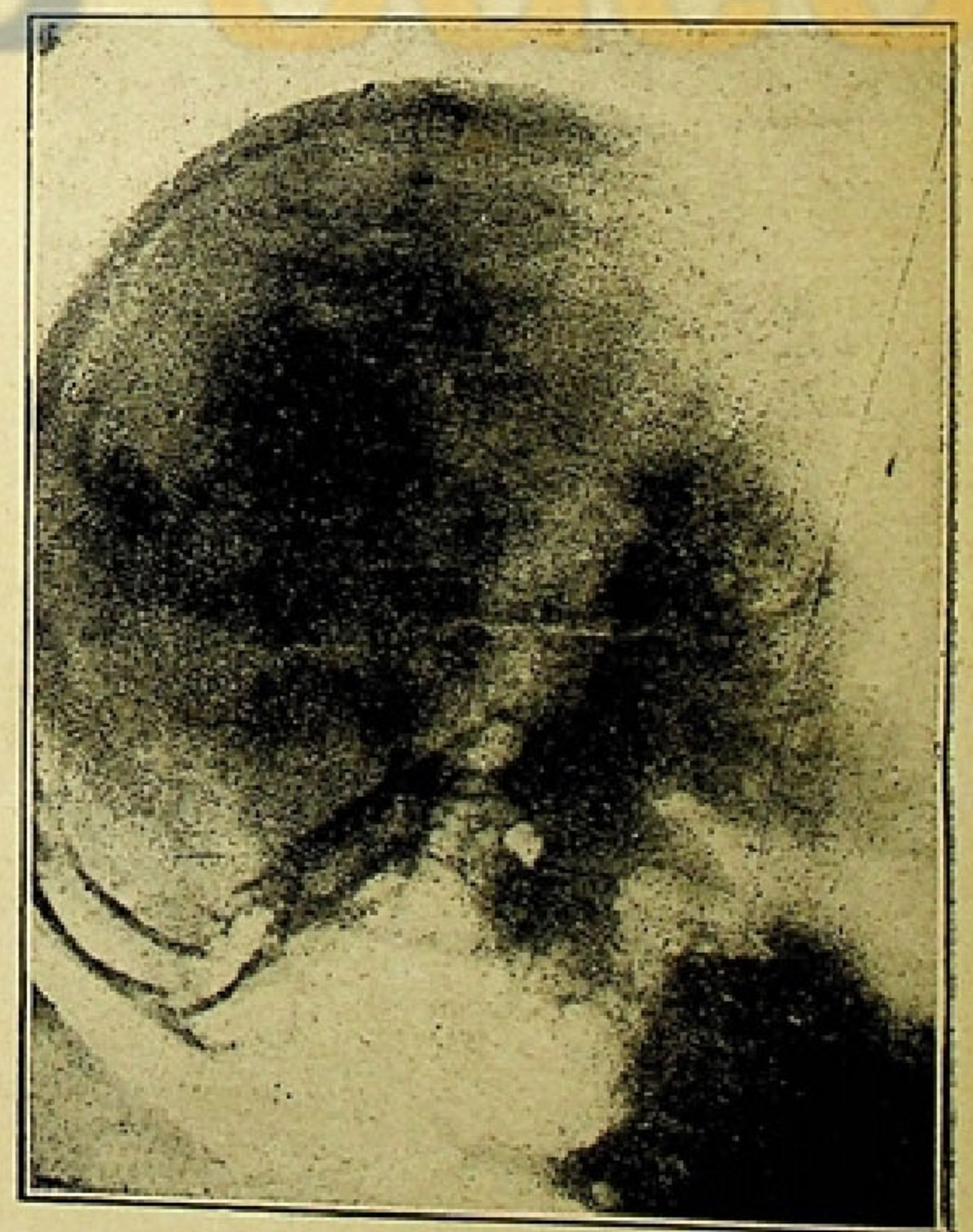


Fig. 3.

dar un desmentido a las consideraciones anteriores respecto a la etiología de la enfermedad del sujeto; sin embargo, las cosas se explican con mucha claridad, si recordamos que el paciente nos dijo haber contraído un chanero DOS AÑOS DESPUÉS DEL ACCIDENTE y todas sus molestias (ataxia, etc.), se originaron inmediatamente después del traumatismo; por lo tanto, a pesar de que en realidad es sifilítico, la sífilis no ha intervenido en forma alguna en la

producción del cuadro que presenta en la actualidad.

Con el objeto de poner más en claro y tratar de objetivar la lesión cerebelosa, practicamos una radiografía representada en la figura 3; desgraciadamente, no se alcanza a ver la atrofia del cerebelo, por cuanto para ello es indispensable valerse de los procedimientos estereoscópicos, los cuales exigen una operación de cierta consideración, que no nos atrevimos a poner en práctica, por las dificultades que ella representa, superiores a los resultados meramente científicos que podríamos obtener, sin ningún provecho para el enfermo.

ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

EMBARAZO ANGULAR HUEVO DEGENERADO EN MOLA.—ABORTO (1)

por el

Dr. Ricardo EGUIGUREN E.

Los que trabajamos en Servicios de Maternidades, estamos viendo a diario, hemorragias procedentes del útero grávido, siendo los ejemplos más corrientes: en los casos de aborto; en los casos de placenta baja; en los casos de mola, etc., etc. En estos casos mencionados la forma de la hemorragia es distinta. El diagnóstico de estas formas es fácil hacerlo por el interrogatorio de la enferma, seguido del tacto vaginal. Salvo raras excepciones, se presentan dudas en el diagnóstico, siendo interesante explicarse el por qué de ellas y darlas a conocer; objeto, a mi modo de ver, de estas reuniones científicas, debido a lo cual voy a leer esta lección.

Pero antes de dar a conocer la observación, voy a decir algunas palabras sobre el embarazo angular.

Embarazo angular. — Todos sabemos que una vez que el huevo fecundado ha llegado a la cavidad uterina, se fija generalmente en la parte media de ésta, dando lugar a la inserción normal; en algunos casos se corre hacia el cuello del útero, dando lugar a la inserción baja o peligrosa, y por último, en otros se queda a la entrada de la cavidad o ángulo; de ahí su nombre, de embarazo angular, como lo clasificó Wassilieff. Como consecuencia del crecimiento del huevo, esta parte, al mismo tiempo que se reblandece, adquiere mayor desarrollo, por lo que el útero se desarrolla en forma atípica y que se mantiene más o menos hasta el 3.er mes, época en que la matriz toma su desarrollo

típico (si se me permite esta expresión). Un examen prolijo, nos demostraría la situación intra-uterina del huevo, dato de suma importancia en lo que se refiere a nuestra conducta frente a la enferma. Hay un síntoma sobre el que ha insistido mucho el Profesor Bar, y es el dolor abdominal, que este autor atribuye a la contracción uterina que lucha por hacer avanzar el huevo hacia la cavidad.

El que se presenten reglas en este período, no necesita explicación. La expulsión de pedazos de caduca (confirmado por el microscopio), nos aseguraría, o mejor dicho, nos pondría en la duda sobre un posible tubario.

El Profesor Bar, da gran importancia en el embarazo angular, a la situación que ocupa la tumoración, que es en el fondo de saco anterior para éste (nuestra observación) y el fondo de saco posterior, para el tubario.

Al tacto vaginal la consistencia del embarazo angular es blanduzco y la del tubario tensa (sensación de quiste).

Observación. — Se trata de una enferma de 20 años, nulípara, de antecedentes hereditarios sin importancia y de los personales anoto que regló por primera vez a los 14 años y fueron normales hasta hace un año y cuatro meses, época en que desaparecieron.

Enfermedad actual. — El 12 del presente mes (Octubre), ignorando su estado, sale como de costumbre al teatro en la noche y al volver a su casa siente un dolor agudo al bajo vientre que se acompaña de una abundante hemorragia; al principio no le da importancia, pero al ver su persistencia, trata de levantarse para avisar a su familia y no puede hacerlo, pues cae con fatiga.

La hemorragia continúa, le vienen escalofríos, los que pasan después de tomar café caliente; la hemorragia sigue toda la noche, pero en mucho menor cantidad y es llevada a la Maternidad de San Borja, el día 13 temprano.

Examino a la enferma y veo que se trata, en primer lugar, de un caso de anemia aguda; metrorragia abundante; cara pálida y cubierta de un sudor helado al igual que las extremidades. Pulso imperceptible.

Examinando el vientre, se toca al nivel del anexo izquierdo un tumor del tamaño de una naranja, sumamente doloroso.

Tacto vaginal. — Se toca el cuello más o menos cerrado, que sangra en abundancia, y se ve que el tumor (1) que se palpa por el abdomen, corresponde al ángulo izquierdo del útero, "Embarazo angular".

En vista de esto, se da anestesia a la enferma (éter); dilato rápidamente con bujías de Hégar, limitándome a pasar los primeros números; extraigo del útero con toda facilidad una masa grande formada por un conglomerado de vesículas (Mola hidatidiforme) (2).

A mi modo de ver, lo interesante de esta lección es su posible confusión después de un ligero examen, con una hemorragia interna por ruptura trompa grávida.

Estadística del tratamiento radioterápico en el Instituto Sanitas.

Por la Dra. E. Gandón M.

Presentamos aquí los casos de tumores malignos (sarcomas y cánceres) tratados en este Instituto desde el mes de Agosto de 1921 hasta el mes de Diciembre de 1922.

Hacemos la estadística hasta esta fecha solamente, para tomar en cuenta entre los enfermos vivos, sólo los que han sobrevivido tres años o más.

Carcinomas

I.—Enferma N° 57. Ca. mama operado, sin recidiva. Ingresó al Instituto en 1921. En 1924 se extirpó un ganglio supraclavicular que en 1922 había sido tratado con radium en París. Ingresó nuevamente al Instituto el 28 de Enero de 1924 con una recidiva post operatoria; nuevo tratamiento radioterápico.

16 de Noviembre de 1925. La recidiva desapareció. Vive en buen estado.

II.—Enferma N° 73. Ca. del cuello del útero. Ingresó al Instituto el 3 de Enero de 1922. Sufrió de pequeñas pérdidas sanguíneas irregulares. Viene al tratamiento por sospecha de Ca. (no comprobada por biopsia). Algunos meses después habían disminuido mucho las pérdidas sanguíneas.

19 de Noviembre de 1925. Vive en buen estado.

III.—Enferma N° 53. Ca. mama post operatorio. Ingresó al Instituto el 28 de Noviembre de 1921. Buen estado de la cicatriz. No hay metástasis de ninguna especie.

30 de Noviembre de 1925. Vive en buen estado.

IV.—Enferma N° 98. Ca. mama. Ingresó al Instituto el 13 de Marzo de 1922; operada de un pequeño tumor de la mama izquierda. El 15 de Marzo de 1922 se trató una metástasis en la región de la cicatriz. El 24 de Agosto de 1922 a la palpación no se palpa tumor. En Octubre de 1924 aparición de nuevas metástasis en la región infraclavicular que causan grandes dolores. Se hace nuevo tratamiento radioterápico. En Noviembre de 1924 desaparición de los tumores y de los dolores.

V.—Enferma N° 99. Ca. del útero operado. Ingresó al Instituto el 13 de Marzo de 1922. Histerectomía total. Sin recidiva.

Noviembre de 1925. Vive en buen estado.

VI.—Enferma N° 118. Ca. mama operado. Ingresó al Instituto el 9 de Junio de 1922. Cicatriz en buenas condiciones. No se palpan recidivas ni metástasis.

Noviembre de 1925. Vive en buen estado.

VII.—Enfermo N° 145. Epitelioma del cornete inferior (comprobado por biopsia). Ingresó al Instituto el 28 de Agosto de 1922. En 1921 fué operado de un tumor epiteliomatoso que presentó una recidiva un

(1) Lección presentada a la reunión Científica quincenal, del Hospital San Borja.

(1) Tumor de consistencia blanda.

(2) Casi desprendida de la pared uterina.

año después, la que se trató con radioterapia.

Noviembre de 1925. No presenta al examen interno ni externo, nada de particular; todo ha cicatrizado en buenas condiciones.

VIII.—Enferma N.º 110. Ca. del útero operado. Ingresó al Instituto el 25 de Abril de 1922. No presenta actualmente ninguna recidiva.

16 de Noviembre de 1925. Vive en buen estado.

IX.—Enferma N.º 74. Ca. del útero operado. Ingresó al Instituto el 5 de Enero de 1922. Histerectomía total. No hay recidiva.

Noviembre de 1925. Vive en buen estado.

Nota. — De estos nueve casos, cinco de ellos llegaron al tratamiento radioterápico sin presentar recidivas ni metástasis.

Sarcomas

I.—Enfermo N.º 147. Sarcoma del muslo. Ingresó al Instituto el 30 de Agosto de 1922. Gran tumor del muslo, duro y doloroso a la palpación, que ha aparecido nueve meses antes. El 29 de Septiembre de 1925 el enfermo escribe que últimamente le ha aparecido un tumor semejante en el muslo del

otro lado, en la cadera y en el abdomen. Se siente mal.

II.—Enfermo N.º 184. Sarcoma de la región lateral del cuello. Ingresó al Instituto el 4 de Diciembre de 1922. El tumor creció rápidamente. Después del tratamiento radioterápico el tumor supuró, y se extirpó después la capa necrótica que se encontraba en la superficie. El 5 de Enero de 1923 el tumor ha desaparecido.

Noviembre de 1925. Aumento de peso. Buen estado general. No ha reaparecido el tumor.

Cánceres

Tratados en total desde Agosto de 1921 hasta Diciembre de 1922: 51 casos.

Sin noticias de ellos: 15 enfermos.

Con noticias: 36 enfermos. — De éstos:

Muertos: 27.

Vivos: 9 = 25 por ciento.

Sarcomas

Tratados en total desde el mes de Agosto de 1921 hasta Diciembre de 1922: 16 casos.

Sin noticias de ellos: 3 enfermos.

Con noticias: 13 enfermos. — De éstos:

Muertos: 11.

Vivos: 2 = 15,4 por ciento.

CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL PROF. L. SIERRA.
HOSPITAL CLÍNICO

UN CASO DE ÚLCERA CRÓNICA DEL PÍLORO

por el

Dr. Juan MARÍN

Jefe de Policlínica

La presentación o relación de un caso clínico es siempre de interés, aún cuando nada haya de extraordinario en su cuadro sintomático o en su tratamiento, porque en cada caso hay, por lo general, un ancho margen de comentario y de discusión, sea sobre el diagnóstico o sobre las indicaciones terapéuticas.

B. G., de 50 años de edad, soltero, ingresa a nuestro Servicio el 5 de Octubre de este año, quejándose de molestias gástricas que datan de 20 años atrás.

Entre los antecedentes figura un piotórax izquierdo operado a los 16 años, blenorragia curada sin complicaciones a los 28 y osteitis traumática operada en la mano izquierda en 1907. Desde Enero de 1925 han aparecido dolores y adinamia en sus extremidades inferiores y un dolor que el enfermo localiza en la 1.ª vértebra sacra.

Sus molestias gástricas consistían al principio en acideces y eructaciones que aparecían luego después de las comidas y que eran temporales. Sólo en el año 19 estas perturbaciones adquieren mayor intensidad y se agregan flatulencias y sensación de peso y plénitud en el hueco epigástrico des-

pués de ingerir alimentos, y además, comienza a notar inapetencia. Desde el mes de Junio del año pasado se agrega un dolor cansado por debajo del reborde costal derecho que aparece 3 o 4 horas después de las comidas y le suele durar aproximadamente 2 horas. En Abril de 1924, por primera vez tiene vómitos, líquidos, ácidos, tres a seis horas después de los alimentos y frecuentes más o menos dos veces por semana. Siente repugnancia por las grasas. Ha enflaquecido 14 kilos en el último año y es constipado habitual. Sus molestias las calma generalmente con bicarbonato de soda.

El examen físico abdominal no daba ningún dato preciso en favor de uno u otro diagnóstico.

Concretamos nuestro examen primeramente a eliminar lo que pudiera tener relación en este cuadro con los fenómenos neuríticos que se podían comprobar en los miembros inferiores; una radiografía e informe radiológico acerca del estado de la columna vertebral, nos reveló su estado absolutamente normal. La R. W. en la sangre fué negativa.

El análisis completo de orina fué también normal.

Consultado el especialista neurólogo nos informó en el sentido de tratarse de una "atrofia muscular por neuritis", sin pronunciarse acerca de la etiología que pudiera ser — según él — una neuritis de carencia o por a-vitaminosis.

Iniciamos entonces el estudio del funcionamiento gástrico, comprobando en el examen del quimismo gástrico un estado de hiperclorhidria, sin otros signos de importancia.

El examen radiológico practicado en el Instituto Sanitas por el Dr. Heegewaldt,

dió lo siguiente: "Iguales y débiles excursiones diafragmáticas en ambos lados. Pequeña sombra de cicatriz en el vértice derecho. Extensas irradiaciones del hilio derecho. Diafragma izquierdo adherente. Enfisema de las bases. Campos pulmonares libres. Nada de patológico del corazón y vasos. En el estómago: no se llena el antro pilórico. Contornos lisos. Tonus regular. Peristaltismo exagerado. Capa de secreción. Pasaje pilórico difícil, por esta razón no se llena bien el bulbo duodenal. Buena movilidad. Ningún punto doloroso preciso a la palpación. La radiografía demuestra la separación constante del estómago del duodeno. Después de cuatro horas: Muy pequeño resto en el estómago y duodeno. Pequeñas manchas de citobario en el canal pilórico. Lo que ha pasado se encuentra en el intestino delgado. Conclusión: Lesión orgánica de la región del antro pilórico y piloro. Probablemente se trata de varias úlceras callosas; pero no se puede eliminar la posibilidad de una degeneración maligna".

Como se ve, existía una concordancia bien manifiesta entre la historia clínica del sujeto y los datos suministrados por el examen y el laboratorio.

En tales condiciones y previa preparación conforme a los modernos preceptos de cirugía abdominal, el enfermo fué llevado a la mesa de operaciones el 20 de Octubre, actuando como cirujano el Dr. Sierra.

Se practica una laparatomía supra-umbilical y se comienza por explorar la región pilórica que aparece bastante engrosada; se va en seguida a la curvatura menor, que deja percibir una zona de induración correspondiente a una úlcera callosa. Se procede a practicar una gastrectomía subtotal. Hecha la ligadura de los vasos correspondientes se colocan dos pinzas de Payr, una en el cabo proximal gástrico y la otra en el duodeno. Se secciona a termo cauterio y se aboca el duodeno a la extremidad inferior de la sección gástrica (Proced. Péan-Billroth I). Suturas sero-serosas y total.

La pieza extraída se remite al Laboratorio de Anatomía Patológica, y el Prof. Croizet informa lo siguiente:

"Úlcera callosa de la pequeña curvatura y ligera hiperplasia fibrosa de la sub-mucosa y muscular pilórica. No he hallado neoformación maligna ni en el píloro ni en la úlcera".

El enfermo abandonó ya el hospital en buenas condiciones.

Breves consideraciones deseamos formular acerca de este caso: En primer lugar, y respecto del diagnóstico, es común la existencia de afecciones orgánicas abdominales con cuadros dolorosos de origen radicular o medular; conviene, pues, por medio de un examen detenido y en colaboración con los diferentes especialistas, eliminar la parte que a cada afección corresponde en el cuadro en conjunto.

Luego después y respecto a la indicación operatoria: Toda úlcera callosa es del dominio exclusivo del cirujano, porque, fuera de otros motivos, nunca es posible alejar la posibilidad de un proceso maligno.

Toda úlcera indurada es sospechosa al clínico de malignidad. Su único tratamiento racional es la extirpación completa; pretender curarla con gastro-entero-anastomosis es tan absurdo como querer curar un neoplasma del recto con un ano iliaco en el ciego.

Por lo demás, se hace profilaxis al arrancar toda la zona productora de ácido clorhídrico.

Cuando las condiciones generales del paciente y el estado de movilidad local del estómago y duodeno lo permitan, debe irse resueltamente a la gastrectomía parcial.

En cuanto al método empleado, de abocamiento directo de los dos cabos, nos parece fisiológico más que ninguno, puesto que mantienen la continuidad y el peristaltismo del tractus gastro-intestinal.

Las adquisiciones terapéuticas

EN

patología cardio-vascular

por los

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

Hipertensión arterial.—Teorías patogénicas

(Continuación)

Hemos llegado así a contemplar la solución del problema patogénico de la hipertensión bajo un aspecto nuevo.

La hipertensión arterial nos parece ser la expresión directa de un trastorno endocrino-simpático proveniente:

1º Ya directamente de una nefritis.

2º Ya directamente de una infección o de una intoxicación, o bien de un simple trastorno nervioso, sin el intermediario de lesiones renales;

3º O bien, lo más a menudo, de un origen mixto: la enfermedad causal, a veces conocida (sífilis, saturnismo, etc.), a menudo desconocida (discracia de la cincuentena), que provoca a la vez el trastorno endocrino simpático hipertensor y una nefritis que exagera secundariamente este trastorno. Así se realiza lo que hemos llamado el triángulo patogénico de la hipertensión.

Hemos llegado así, a emitir sobre el origen del brightismo una teoría vecina de la de Chabanier, que considera el brightismo como una enfermedad general discrásica en que la hipertensión arterial, las lesiones renales, la retinitis albuminúrica son sus manifestaciones aisladas o asociadas. Personalmente nos representamos el brightismo como teniendo su origen en un trastorno especial de la nutrición, en una discrancia cuya causa es a veces conocida (sífilis, gota, saturnismo, etc.), a menudo desconocida y parece ser atributo frecuente de la edad (discracia de la cincuentena). Esta discrancia puede provocar directamente un trastorno

endocrino simpático hipertensor; ella causa a menudo una nefritis crónica exagerando a su vez el trastorno endocrino-simpático hipertensor, y finalmente puede también provocar otras escleroses viscerales y arteriales. Estos diversos estados mórbidos, aspectos de una misma enfermedad, van aislados, o bien asociados en proporciones variables.

Estas nociones generales tienden a ampliar el campo de la terapéutica. Evitando hipnotizar al médico con su origen siempre extrarrenal, lo llevarán a tomar en buena cuenta en sus prescripciones el régimen alimenticio apropiado y los diuréticos. Por otra parte, no orientando el diagnóstico hacia un origen exclusivamente renal, ellas incitan a investigar en ciertos casos factores como la hipertonia simpática, la aortitis, el mismo veneno causal; y si de ellas no deriva siempre la posibilidad de una prescripción eficaz, al menos, la vía queda abierta en ese sentido.

Hipertensión arterial. — Accidentes cerebrales transitorios

En razón de las lesiones arteriales que acompañan frecuentemente la hipertensión, no es raro observar en los hipertensos una hemorragia o una trombosis cerebral. Pero es importante conocer también las múltiples manifestaciones cerebrales, fugaces y benignas que parecen depender de un espasmo vascular.

Estos accidentes transitorios han sido descritos por el profesor Vaquez y sus alumnos. Recientemente, uno de nosotros, en su obra sobre la hipertensión arterial, ha comunicado varios casos personales, finalmente Donzelot acaba de publicar una curiosa observación, y designa estos hechos con el nombre sugerente de eclipses cerebrales.

Estos accidentes consisten, según el caso, en afasia, paresias, ceguera, amnesia, aún delirio, que aparecen todos bruscamente y desaparecen después de algunos segundos, algunos minutos, algunas horas.

Desde el punto de vista terapéutico, estos eclipses cerebrales representan el triunfo de los hipotensores, cuya acción vasodilatadora pasajera, es aquí preciosa. Así, para favorecer la desaparición rápida de los accidentes, se aconsejará: 1º la inhalación de una ampollita de nitrito de amilo; 2º la ingestión de dos o tres gotas de la solución alcohólica al 1 por 100 de trinitrina o de 20 a 30 gotas de la solución alcohólica de benzoato de bencilo al 20 por 100, lo que se puede repetir tres veces al día durante una semana y cada dos o tres semanas, 3º la inyección subcutánea de 2 a 4 centigramos de nitrito de soda: 2 centigramos por 1 centímetro cúbico de agua destilada, dos o tres veces por semana, durante uno o dos meses.

En estos enfermos, el tratamiento de fondo de la hipertensión habrá de ser severo: régimen hipoazoadado, declorurado, de restricción del agua; cada mes uno o dos días de dieta hídrica, un purgante, una pe-

queña sangría de 150 a 200 gramos, theobromina, que se alternará con digitalina si hay insuficiencia cardíaca. Como lo hemos escrito varias veces, el régimen alimenticio, la theobromina y la digitalina (ésta si hay insuficiencia cardíaca), son los mejores hipotensores, noción confirmada por el profesor Danielopolu.

Hipertensión arterial y sífilis

Todos los médicos están de acuerdo para admitir que la sífilis es susceptible de causar hipertensión arterial. Pero los hechos adquiridos hasta ahora son muy discordantes para autorizar una conclusión definitiva sobre la frecuencia con que ella interviene en la etiología de la hipertensión.

Según las estadísticas levantadas por Brin y Giroux, en su reciente obra sobre la sífilis cardio-vascular, se vé que, según los autores, la frecuencia de la etiología sífilítica varía de 18 a 90 por ciento.

El problema es tanto más difícil cuanto que la hipertensión en los sífilíticos no se comprueba habitualmente, sino una veintena de años después del chancro. Ahora bien, sabemos que una sífilis antigua puede a la vez ser ignorada y no traducirse por ningún signo clínico o biológico (sero-reacción de Hecht y de Bordet-Wassermann negativas).

Bien entendido, sin embargo, es menester considerar esa verdad de Pero Grullo, que un individuo de cincuenta años, no sífilítico, no da tampoco signos clínicos ni biológicos de sífilis. Antes de llegar a una conclusión, es menester, pues, esperar estudios pacientes, estadísticas que comprendan en gran número de casos bien estudiados, y tal vez métodos biológicos más sensibles que los que ahora disponemos, para el diagnóstico de la sífilis terciaria.

Por el momento, son, pues, más bien impresiones clínicas que afirmaciones sólidamente asentadas, las que se formulan sobre la frecuencia del origen sífilítico de la hipertensión arterial. Dada la tendencia actual a atribuir a la sífilis casi todas las afecciones crónicas cuya causa no es clara, dada, por otra parte, la frecuencia de las localizaciones aórticas, arteriales, renales, de la sífilis, es natural que muchos autores se inclinen a concluir que la hipertensión arterial sin causa neta (y son bien raras las causas netas) es casi siempre sífilítica.

Por nuestra parte, sin tener una opinión definitiva sobre este punto, nuestra impresión clínica es que la hipertensión de la cincuentena bastante a menudo no tiene relación con la sífilis. Comúnmente la encuesta etiológica llega a resultados negativos. Parece, pues, que se produce en esa fecha, una desviación mórbida, consecuencia si no constante, al menos frecuente de la vida. Hay ahí una especie de discrancia, de diatesis de la cincuentena.

Es así, también, que en la mujer hay indudablemente una hipertensión de la menopausa.

(Concluirá).

CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL PROF. SIERRA

UN CASO DE RABIA

por el

Sr. Carlos MEREDITH

Interno de la Sala Santo Domingo

Es un hecho muy conocido que el tratamiento preventivo de la rabia suele fracasar, aún cuando se haya instituido precozmente y en una forma intensa. A propósito de estos fracasos — felizmente raros — presenta cierto interés el siguiente caso clínico.

Un individuo de 65 años, gañán, gran bebedor de vino (según relata su patrón) es mordido por un perro en la cara. Seis horas después recibe las primeras atenciones en la Asistencia Pública, donde se diagnostica "heridas contusas de carácter grave (sanguinaron abundantemente) de la mejilla derecha y labio inferior"; se le envía inmediatamente al Instituto de Higiene. Aquí se coloca la primera inyección de vacuna anti-rábica — médula de 7 días emulsionada en 3 c. c. de suero fisiológico.

Traída la cabeza del perro mordedor se efectúa el examen histopatológico del cerebro en el mismo Instituto. Se encuentran corpúsculos de Negri en las astas de Amón.

El enfermo recibe su segunda inyección de vacuna al día subsiguiente: esta vez médula de 6 días. Luego, en los 18 días siguientes, recibe una inyección diaria: 3ª inyección, médula de 5 días en 3 c. c. de suero; 4ª, de 6 días; 5ª, de 5 días; 6ª, de 4 días, en 2 c. c. de suero; 7ª, de 3 días; 8ª, de 5 días; 9ª, de 4 días; 10ª, de 3 días; 11ª, de 2 días; 12ª, de 3 días; 13ª, de 2 días; 14ª, de 3 días; 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 19ª y 20ª, con médula de 2 días, siempre emulsionada en 2 c. c. de suero.

Terminado este tratamiento, vuelve el enfermo a sus labores en el campo, exponiéndose al frío.

Después de un día de trabajo va a tomar un vaso de agua fría cuando experimenta una violenta crisis de disfagia con sensación de ahogo y constricción torácica.

Como esta crisis se repitiera con cierta frecuencia, el enfermo acude, en la mañana siguiente al Hospital Clínico, ingresando luego al Servicio del Prof. Sierra.

El enfermo presenta, además, de sus terribles crisis espasmódicas, dolor en las cicatrices de las mordeduras, un pulso pequeño y frecuente y una lucidez intelectual perfecta.

Se diagnostica rabia y se instituye un tratamiento calmante: morfina, bromuro y cloral en enema (que el enfermo luego rechaza).

En la tarde se instala un delirio, primero de carácter tranquilo, pero luego adquiere una violencia tal que se hace necesario amarrar al enfermo. Los espasmos son casi continuos, la disfagia absoluta y se establece una sialorrea abundantísima. En la tarde del

día siguiente (25 días después de las mordeduras) el enfermo fallece.

En la ausencia de antecedentes de traumatismo craneano, cualquiera de los factores siguientes — o varios de ellos reunidos — podría explicar el fracaso de la vacunación preventiva:

1º Alcoholismo del enfermo.

2º Sitio y naturaleza de las mordeduras, que explicarían el período de incubación relativamente corto.

Es preciso recordar que el período refractario sólo se establece 15 días después de terminada la vacunación.

3º Enfriamiento del enfermo, o disminución de su resistencia orgánica por cualquier otro factor.

4º Defecto de la vacuna.

De lo relatado se desprende fácilmente que es de vital importancia mantener a todo enfermo mordido por un animal rabioso en las condiciones higiénicas más perfectas y estrictas. No sólo durante el tratamiento preventivo, sino muchos días, aún meses, después de la terminación de éste.

DEL TRAUMATISMO

OBSTÉTRICO

EN EL RECIÉN NACIDO

por el

Prof. C. MÖNCKEBERG

El céfalo-hematoma

(Continuación)

En niños muertos en los primeros días, se ha podido estudiar, en detalle, la anatomía patológica de esta lesión. Se ha visto que la piel que cubre al tumor está edematosa e infiltrada por hemorragias numerosas. El periostio desprendido ha tomado color oscuro y presenta hemorragias pequeñas. La sangre, líquida y coagulada, de color rojo vinoso, ocupa la cavidad formada entre el periostio y el hueso. Si se trata de un niño de pocos días, se encuentra, sólo al rededor del borde del derrame, la nueva formación ósea, que es blanda, y se puede seccionar con el bisturí. Si ya han transcurrido semanas después del nacimiento, la formación ósea es dura, más ancha y puede cubrir todo el tumor. La evolución del céfalo-hematoma varía según su volumen. Si es pequeño, no hay formación ósea muy evidente y la sangre se reabsorbe con rapidez. Si es voluminoso, la reabsorción del derrame es lenta y se necesitan varias semanas para que el periostio desprendido vuelva a adherirse por completo a la superficie del hueso. He visto niños que, dos meses después del nacimiento, aún presentaban vestigios claros de la lesión.

Si no se producen complicaciones, la curación es completa y generalmente no que-

dan rastros, salvo, a veces, una ligera rugosidad apreciable por tacto minucioso.

Como complicación podemos considerar la coexistencia de un céfalo-hematoma interno (hemorragia epidural), cuyo contenido puede estar comunicado con el externo, a través de una fisura congénita o fractura del hueso. Es este el único caso en que un céfalo-hematoma puede ser reductible, por lo menos parcialmente, asemejándose por esta particularidad al meningocele. No es ocioso advertir que la coexistencia de ambos hematomas es rara.

Otra complicación es la infección del contenido; complicación rara, si no se ha cometido el error de puncionar o incindir el tumor sanguíneo.

La infección trae como consecuencia la formación de un absceso, afección grave en el recién nacido, porque expone a la septicemia o, por lo menos, a una osteitis, proceso que podría propagarse a las meninges.

El diagnóstico del céfalo-hematoma no es difícil. Se le distingue de la bolsa sero-sanguinolenta o caput-succedaneum en que esta última se produce durante el parto y el niño nace con ella, sobrepasa las suturas, es blanda como pasta, no fluctuante y desaparece antes de las 48 horas.

El hematoma del cuero cabelludo es también distinto, porque no se mantiene dentro de los límites marcados por las suturas ni se rodea de anillo óseo.

Con el meningocele se hace el diagnóstico reparando en tres síntomas importantes. El meningocele es pulsátil, es reductible y se halla siempre colocado sobre una sutura o fontanela. Sólo en dos casos sería el error posible: 1º cuando el meningocele se haya producido a través de una perforación anormal de un hueso, como he visto un caso, y 2º cuando el céfalo-hematoma esté comunicado con el foco de una hemorragia epidural, a través de una fisura o fractura del cráneo, caso en el que, como ya he dicho, sería reductible.

No requiere el céfalo-hematoma un tratamiento especial. Un vendaje algodónado o mejor un trozo grueso de algodón mantenido por una gorrita, es lo mejor, porque preserva la región de traumatismos y evita infecciones. El uso de vendajes apretados para apresurar la reabsorción es difícil y peligroso, porque daña los tegumentos que son muy delicados.

El tratamiento quirúrgico sólo está indicado en casos de infección del contenido con formación de absceso; complicación que se reconoce en la rubicundez y edema de la piel que se pone dolorosa y la temperatura que se hace febril. La intervención consistirá en la incisión y curación posterior del foco infectado.

La punción, que algunos practican como medio de apresurar la reabsorción y la adherencia del periostio desprendido, es, a mi juicio, muy peligrosa y, por ende, inaceptable.

De las hemorragias intracraneanas y espinales. — Las lesiones traumáticas intracraneanas en el recién nacido son más fre-

cuentas de lo que parece, dice Hugo Ehrenfest (1). En efecto, así lo demuestran numerosas autopsias de niños mortinatos o muertos en los primeros días de la vida. Sin embargo, estas lesiones no figuran en las estadísticas de las maternidades como causa común de mortinatalidad. Ello es debido, tal vez, a que muchos casos se imputan a la asfixia.

o epidurales), sea entre la dura madre y la hoja visceral de la aracnoides (hemorragias sub-durales o supra-aracnoideas), sea entre la hoja visceral de la aracnoides y la pía madre (hemorragias sub-aracnoideas).

Estas hemorragias, aún situadas en la cavidad de la aracnoides, pueden quedar limitadas a un punto o región; alrededor del cerebro, de la médula o, por fin, por deba-

Las extradurales, que constituyen el llamado **céfalo-hematoma interno** son más raras, porque para que se produzcan es casi siempre necesaria la fractura de los huesos del cráneo durante el parto.

Ahora bien, ¿en qué niños observamos estas hemorragias del sistema nervioso?

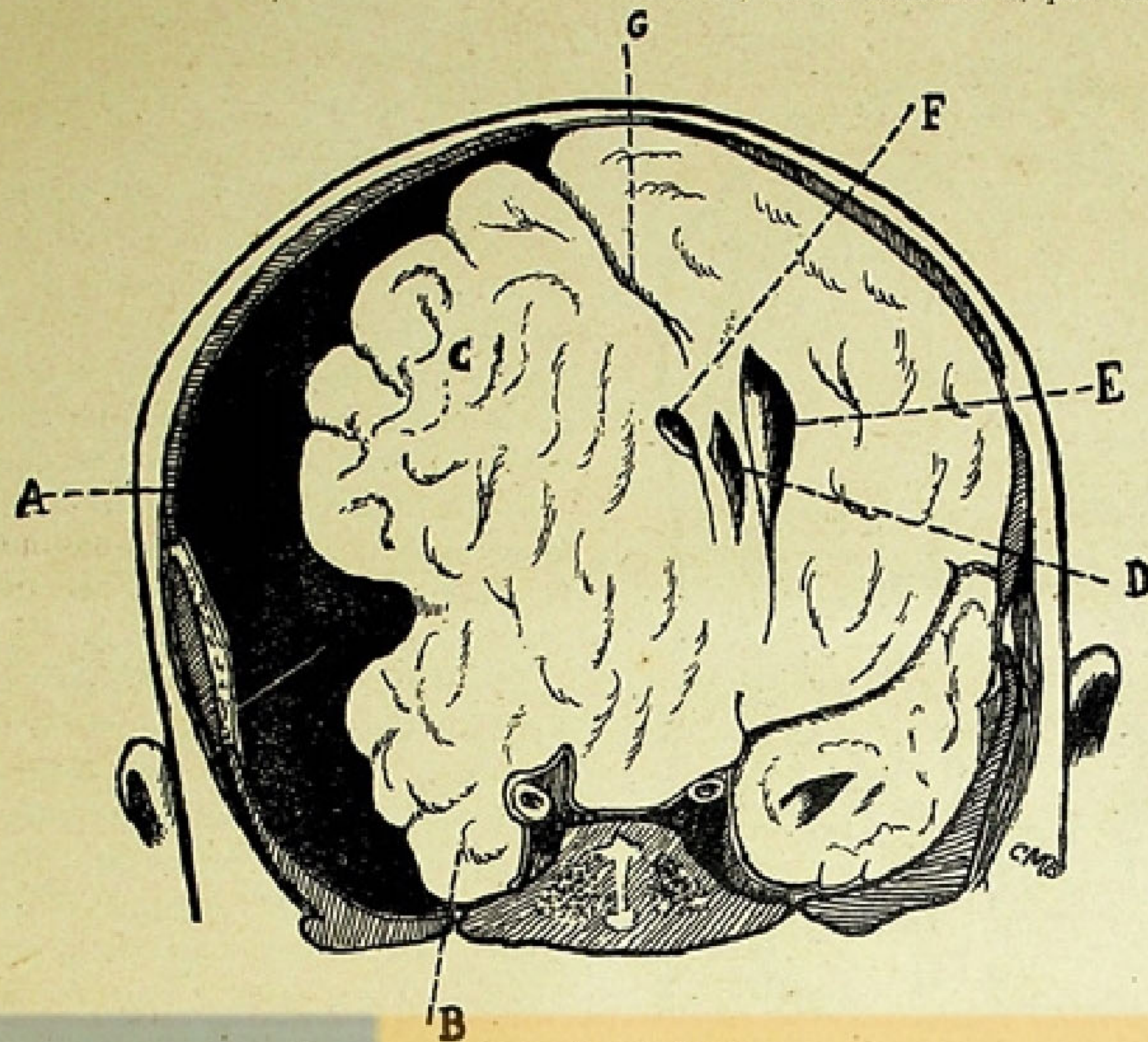
Especialmente en aquellos que han sufrido grandes traumatismos. Aplicaciones difíciles de forceps, versión o extracción laboriosa con retención de la cabeza última.

También se las observa en los que han sido víctimas de asfixia prolongada, y, por fin, en otros que no padecieron ni por el traumatismo ni por la asfixia, que nacieron de un parto espontáneo y normal o aún que fueron extraído por la vía abdominal. ¿Cómo explicar en estos últimos la hemorragia?

No es difícil explicarlo, a mi juicio, si se recuerda que muchos son prematuros y, por lo tanto, su cráneo es muy depresible por defectos de osificación. Otros nacen con males hereditarios, generalmente son heredo-sifilíticos. La enfermedad o la debilidad congénita y no pocas veces ambas causas reunidas, han de producir fragilidad especial del sistema vascular que irriga los centros nerviosos.

"Nous cachons notre ignorance derrière le mot de fragilité vasculaire", decía Ombredanne en una de sus lecciones de 1923, en la Clínica de Baudelocque.

En mi entender, no hay por qué poner en duda la fragilidad especial del sistema vascular en el prematuro y en el sifilítico, ni por qué negar que esa fragilidad pueda ser causa de hemorragias de los centros nerviosos. La clínica lo demuestra.



Hemorragia sub-dural.

A—Hematoma. C—Hemisferios cerebrales. B—Lóbulo temporal derecho comprimido. D—Tercer ventrículo. E—Ventrículo lateral izquierdo. F—Ventrículo lateral derecho. G—Hoz.

El estudio de tales lesiones es interesante por más de un motivo; ante todo, porque son capaces de producir la muerte del niño al nacer o en los primeros días. Además, porque pueden determinar afecciones permanentes del sistema nervioso contra las cuales poco o nada puede la terapéutica mejor aplicada. Y, por fin, porque el conocimiento más completo de sus causas ha de modificar, a no dudarlo, la práctica obstétrica y servirá para enfriar a ciertos entusiastas, intervencionistas a todo trance, o aficionados en exceso, a la administración de ocitósicos o analgésicos peligrosos. Estadísticas que merecen absoluta fe demuestran la relación evidente, de causa a efecto, entre el uso inmoderado de la pituitrina y las lesiones hemorrágicas intracraneanas.

En el recién nacido, podemos observar lesiones del sistema nervioso, resultantes de alguna enfermedad desarrollada durante la vida intrauterina. No interesan en este trabajo; aquí estudiaré exclusivamente las hemorragias en relación más o menos directa con el traumatismo que la parturición origina. Las autopsias demuestran que entre las hemorragias del sistema nervioso central, la más común es la **menígea** que puede localizarse tanto alrededor de los hemisferios cerebrales como alrededor del cerebelo, del bulbo o de la médula.

La sangre puede derramarse, sea entre la dura madre y el hueso (**hemorragias extra**

jo de la tienda del cerebelo, alrededor de éste y del bulbo.

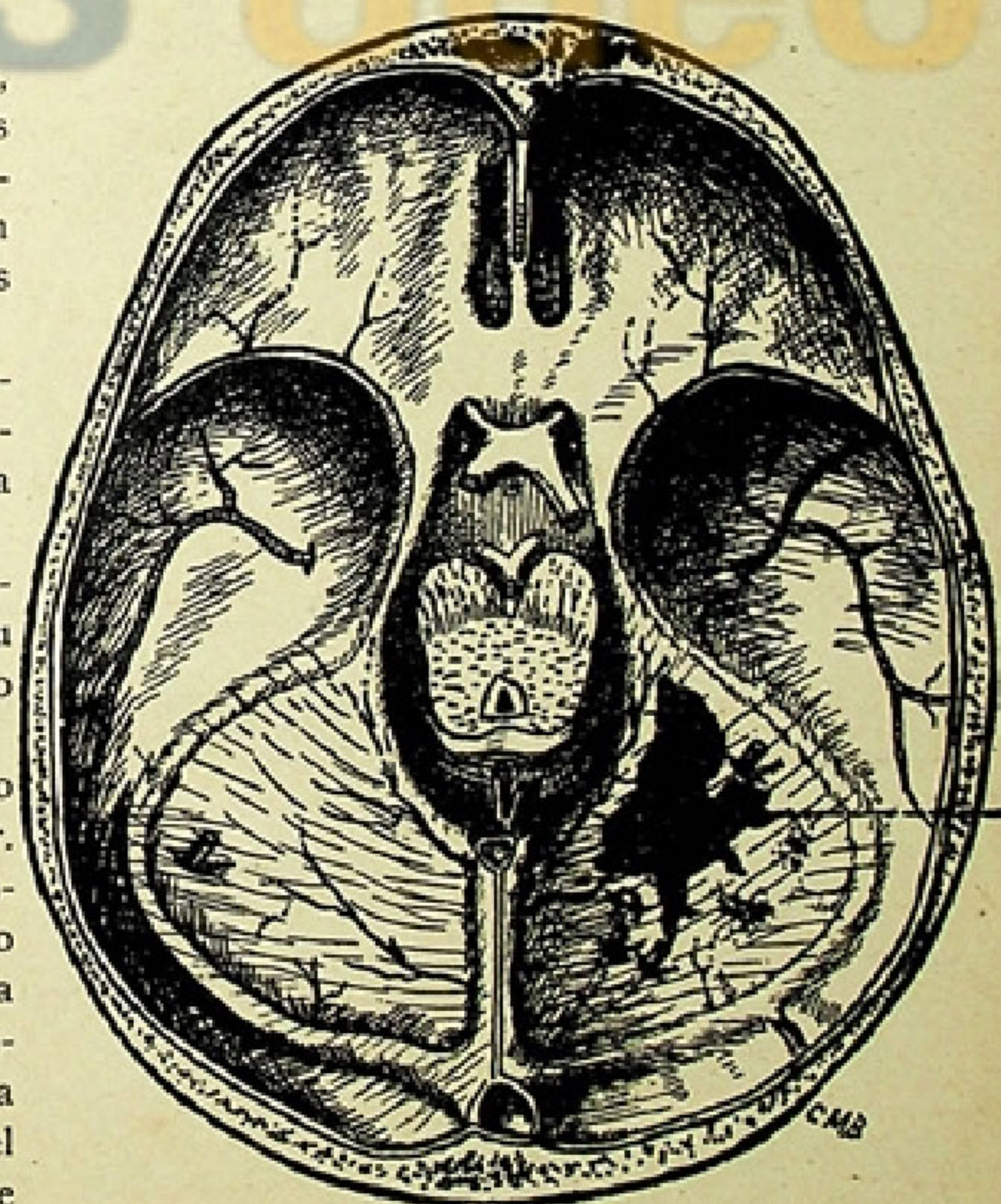
Además de las hemorragias menígeas, han de mencionarse otras que son menos frecuentes, las **intra-cerebrales** y las **ventriculares**, en las que la sangre se derrama en la substancia cerebral o en la cavidad de los ventrículos, respectivamente.

Las hemorragias ventriculares pueden resultar de rotura de las venas del plexo corooides o ser secundarias a una hemorragia cerebral.

Las hemorragias cerebrales pueden localizarse en la superficie del cerebro o en su interior, en el lado externo del ventrículo lateral o en el centro oval.

Otras, por fin, se producen en el bulbo, o en la médula cervical, rara vez en la lumbar. Las **hemorragias medulares** ofrecen las mismas variedades que las craneanas, a menudo son sub-aracnoideas. La sangre se mezcla con el líquido céfalo raquídeo y forma coágulos a nivel de las raíces que de la médula emanan. Con mayor frecuencia que en el cráneo ocupan el tejido celular situado entre la dura madre y la pared del canal raquídeo. Sangre negra, líquida o semicoagulada, llena toda la altura de la columna vertebral o sólo uno de sus segmentos. En ciertos casos, atraviesa los agujeros de conjugación y hace irrupción en el tórax o en el abdomen, desgarrando, aún, las pleuras y el peritoneo, cuyas cavidades son inundadas.

Entre las hemorragias de las meninges, la más frecuente es la subdural o supra-aracnoidea.



R - Rotura y hemorragia de la tienda del cerebelo.

¿Acaso no sabemos que la sífilis del recién nacido es una afección hemorrágica por excelencia?

¿O es que no se recuerda que esta enfermedad ataca especialmente todo el aparato vascular del huevo, produciendo arteritis y flebitis con hemorragias numerosas hasta en la placenta? Por lo demás, nada tiene de extraño esta tendencia hemorrágica de la

(1) Hugo Ehrenfest.—*Birth injuries of the Child.* 1922.

sífilis, ya que, en el recién nacido, todas las infecciones la presentan. Y ello se explica, si se piensa en que su sangre atraviesa un período de transformación; el bazo, el hígado, las suprarrenales, todos sus órganos hematopoiéticos, en fin, son voluminosos y frágiles y su sistema circulatorio va a sufrir alteraciones de importancia con el establecimiento de la respiración pulmonar, ya que bruscamente va a suprimirse la extensa red vascular de la placenta.

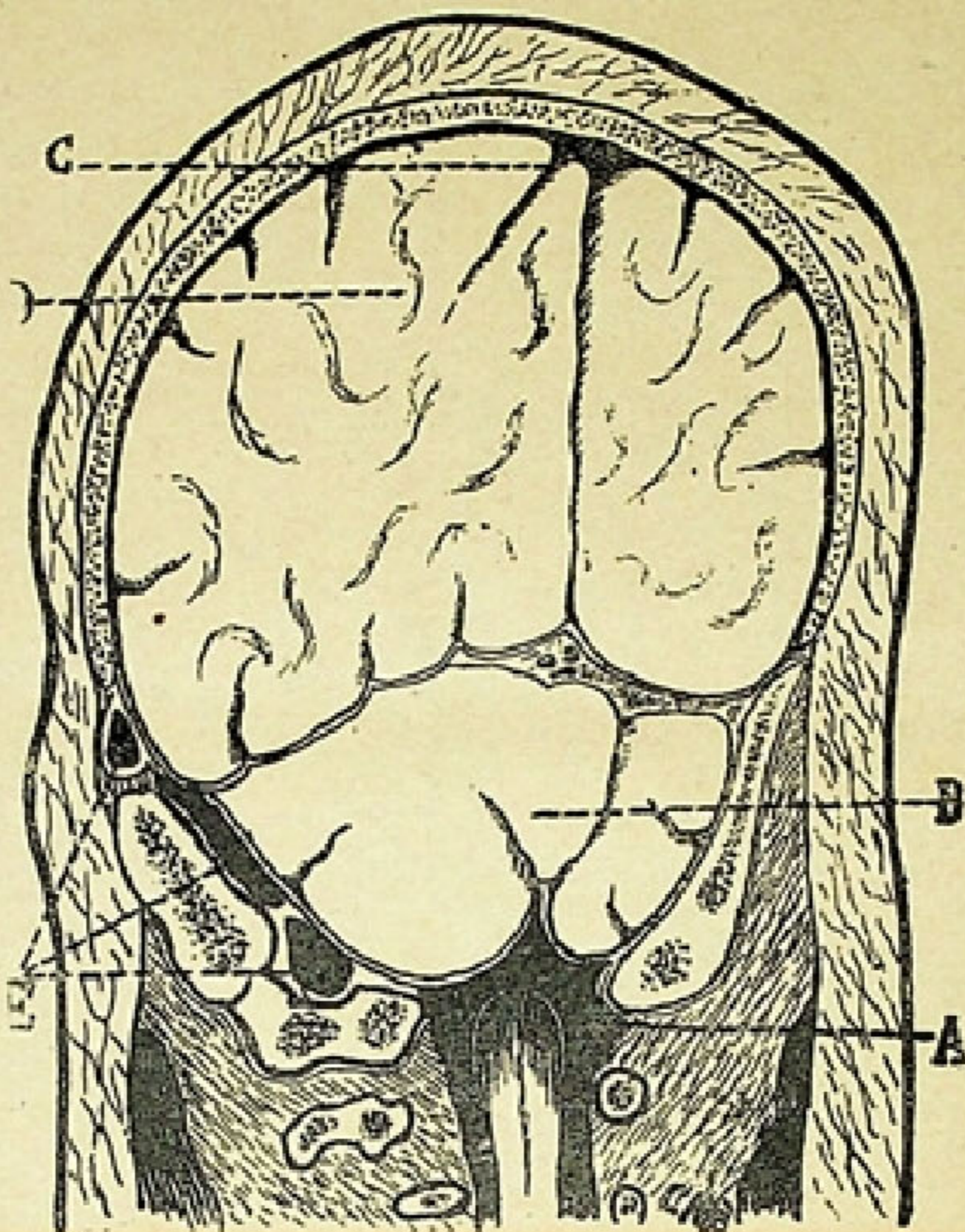
¿Cuál era la causa determinante de la hemorragia?

La compresión excesiva del cráneo que existe en el parto difícil, la compresión brutal que produce el forceps en aplicaciones laboriosas.

Cuando el cráneo es sometido a una compresión violenta, el líquido céfalo-raquídeo tiende a huir, alejándose del sitio comprimido.

La zona comprimida es la bóveda, los parietales o los extremos del diámetro mastoideo-fronto-malar en las aplicaciones oblicuas. El líquido céfalo-raquídeo, expulsado de este territorio, refluye en ola hacia la base, hacia el cerebelo, el agujero occipital y la médula, y va a comprimir las venas situadas en el espacio sub-aracnoideo, venas frágiles, como todas en el niño, y expuestas, por eso, a estallar fácilmente. Es así cómo se determinan las hemorragias meníngicas alrededor del bulbo, del cerebelo, de los pedúnculos, a cuyo mecanismo de producción ya me he referido al tratar de la compresión de la cabeza en el parto.

rompan las venas que la recorren, produciendo hemorragias de intensidad variable, según el calibre del vaso roto. El cerebro rechazado por la compresión es el que, por medio de sus lóbulos occipitales, va a ejercer presión sobre la cara superior de la tienda y determina el desgarramiento. La hemorragia puede ser supra o infratentorial. Las supratentoriales son, de ordinario, menos copiosas.



Hemorragia peri-bulbar y peri-medular.

A—Inundación circular alrededor de la médula. B—Cerebelo, C—Seno longitudinal Superior. D—Cerebelo. E—Seno transversal.

También los traumatismos directos de la sustancia nerviosa pueden producir hemorragia, pero tales hemorragias no son frecuentes y no lo son porque para que la lesión nerviosa se produzca, es necesaria la fractura del cráneo con hundimiento de esquirlas, lo que no es común donde haya quienes tengan algún conocimiento de Obstetricia. Por otra parte, tales lesiones producen la muerte del niño a plazo breve, razón por la cual carecen de interés, en cuanto al porvenir del niño se refiere.

En fin, también vemos hemorragias de los centros nerviosos, como de otros órganos, en casos de asfixia prolongada, de compresión del cordón procidente o con circulares al cuello; lo he dicho ya al hablar, en general, del traumatismo fetal en el parto. Estas hemorragias se explican por la perturbación notable de la circulación feto-placentaria que la asfixia origina y son, a menudo, intra-cerebrales o intra-ventriculares. La hemorragia ventricular es rara vez primitiva, generalmente es consecutiva a una hemorragia cerebral o sub-aracnoidea que penetra en los ventrículos por la hendidura de Bichat, a través de desgarramientos de la dura.

La localización de las hemorragias guarda, indudablemente, relación con la causa que las produjo. Así vemos que las provocadas por compresión cerebral se sitúan siempre cerca de la base, en la médula cervical, en el bulbo, bajo la tienda del cerebelo; sea dentro de la sustancia nerviosa, sea en las meninges.

(Continuará).

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD MÉDICA

Sesión del Viernes 13 de Noviembre de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

Acta. — Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

El Dr. Meléndez presentó un enfermo de 64 años, cuya sintomatología se resume en lo siguiente: disfagia, desigualdad pupilar y diferencia de presiones en sus miembros superiores: humeral izquierda 11/6 y humeral derecha 14/6. Toda esta sintomatología era debida a un aneurisma de la aorta, que por compresión, producía una estenosis del esófago a 18 cm. de la arcada dentaria.

El Dr. Lobo Onell refirió a la Sociedad un error de diagnóstico que le tocó cometer. Se trataba de un enfermo que se presentó a su consulta con el cuadro de un "cólico nefrítico derecho". Además de la crisis dolorosa que era característica, tenía una hematuria manifiesta. Esta última la pudo confirmar por el cateterismo ureteral, que fué doble, y pudo constatar que también fluía sangre del lado izquierdo; esto se lo explicó por un traumatismo producido por la sonda. Para afirmar más su diagnóstico, hizo tomarle una radiografía que, por insuficiencias del aparato, se limitó únicamente al lado derecho, y pudo ver que en este lado no existía ningún cálculo. Varió entonces su diagnóstico: ¿sería una hidronefrosis, que puede ir acompañada de hematuria, o bien una nefritis hematórica? Después no supo más del enfermo, sino al cabo de un año, que vuelve a su consulta con una radiografía bilateral del abdomen, donde puede verse en el lado izquierdo un enorme cálculo que ocupa varios cálices. Atribuyó entonces el cólico nefrítico que había tenido el enfermo al lado derecho a pequeñas concreciones que no daban sombra a la pantalla; y por lo que respecta al enorme cálculo del riñón izquierdo, puede decirse que ha permanecido latente. Por lo demás, en este caso, es necesario la intervención.

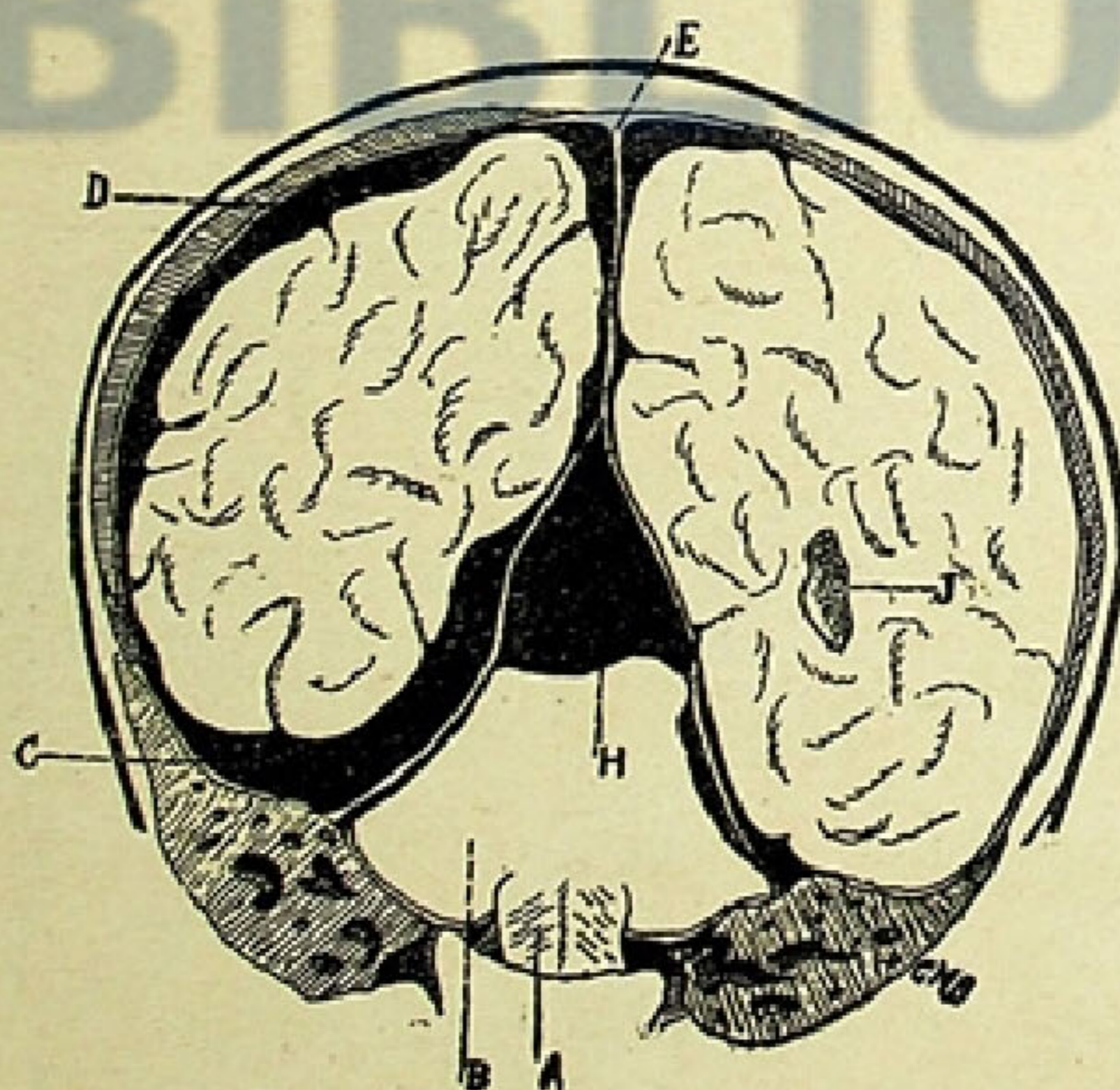
El Dr. Rizzo presentó un enfermo de 50 años, cuyo padre ha muerto a los sesenta.

Han sido 11 hermanos, de los que han muerto 3 a los 8-11 y 15 años respectivamente.

Bebedor hasta hace 3 años; fumador.

Su mujer ha tenido seis abortos. En sus enfermedades anteriores recuerda una blenorragia a los 16 años, que recidivó a los 30, acompañada de chancro del glande.

Su enfermedad actual se remonta de un año a esta parte y comenzó con disnea de esfuerzo, más tarde nocturna, palpitaciones, dolores precordiales y molestias que se acentuaron progresivamente hasta llegar a una asistolia. El 19 de Octubre consultó a un médico, el que le recetó teobromina y digitalina. No siguió estrictamente el régimen que le prescribió el médico, y reagrado, se vió en la necesidad de entrar al Servicio. Declara entonces que desde hace



Hemorragia supra e infratentorial.

A—Médula oblongada. B—Cerebelo. C—Hematoma supra-tentorial. D—Hematoma sub-dural. E—Hoz. H—Hematoma sub-tentorial. J—Ventrículo izquierdo.

Pero no es sólo la compresión por el líquido céfalo-raquídeo lo que puede producir la hemorragia. También son capaces de originarla las lesiones de la dura-madre.

La sola compresión del cráneo es capaz de provocar desgarramientos de la hoz del cerebro y de la tienda del cerebelo. Los desgarramientos de la hoz se explican por compresión bilateral de los frontales que se enderezan, poniendo tensas las fibras de la hoz hasta desgarrarlas, de ordinario, en la parte anterior. Las lesiones de la tienda han sido observadas no sólo en partos difíciles sino también en normales. Comprendese que al desgarrarse, se

una semana tiene edemas, oliguria, dolores al epigastrio e hipocondrio derechos con acentuación de las molestias cardíacas, en algunas ocasiones pérdida del conocimiento.

El examen objetivo da algunos detalles: Las pupilas son irregulares, reflejo a la luz muy poco manifiesto, reflejos patelares muy disminuidos, aquilianos abolidos. La presión del enfermo en los momentos actuales es de 12/5; el pulso es lento, no llega más allá de 30 a 35 por minuto.

Partiendo de este último detalle se pensó en las tres posibilidades que pueden guiar el diagnóstico y que podrían ser: 1º Una bradicardia por excitación del neumogástrico, como sucede en algunos estados tóxicos. 2º En una disociación aurículo-ventricular o síndrome de Stokes Adams; y 3º En un extra-sístole interpolado.

El diagnóstico se hace en forma precisa, sirviéndose del electrocardiograma. No pudimos, sin embargo, proceder así. En su defecto, tratamos de investigar si existía un paralelismo entre las contracciones cardíacas y el número de pulsaciones. No existía tal paralelismo.

Había mayor número de contracciones que de pulsaciones y, en resumen, llegamos al diagnóstico de un extra-sístole interpolado.

Ahora bien, los extra-sístoles pueden producirse como alteraciones funcionales o como alteraciones lesionales; pueden deberse a simples trastornos del vago o del simpático, pero que no tienen mayor significación.

Volviendo ahora a nuestro enfermo, tomamos de él un orto-diagrama que nos habló en último término de un aumento de todos los diámetros cardíacos, con excepción de aquel que correspondía a la aurícula izquierda.

Había, pues, un aumento considerable del ventrículo izquierdo y de las cavidades derechas; el sujeto presentaba, por lo demás, lesiones groseras de la aorta. Había en él una aortitis y lesiones graves del corazón.

Presentaba, además, un soplo sistólico de la punta y de la base; este último de acuerdo con la aortitis. El soplo de la punta lo interpretamos como un soplo de insuficiencia grave. Con tales lesiones de parte del corazón no podemos decir que el extra-sístole sea de naturaleza funcional sino lesional.

Pero este extra-sístole ¿se debe acaso a la existencia de lesiones groseras de parte del corazón o se debe acaso a la administración de digitalina que sufrió el enfermo en los primeros días del tratamiento? Recordemos que el paciente consultó su médico en los primeros días de su enfermedad y éste le prescribió teobromina y digital, que tomó en dosis de 45 gotas dos veces, con intervalo de tres días; en total, 90 gotas; se presenta, pues, el problema siguiente: ¿Las alteraciones del ritmo del corazón son producidas por la miocarditis o por el uso de la digital?

Que el enfermo necesite digital, no hay por qué discutir; pero él llegó al Servicio con extra-sístoles y con alteraciones de la

conductibilidad cardíaca, lo que contraindican el uso de la digital.

Se le prescribió al enfermo un reposo absoluto, restricción de bebidas, estrocinina y teobromina, y con esta terapéutica tan sencilla el enfermo se ha sentido mejor. La oliguria ha ido desapareciendo y no ha habido necesidad de recurrir a otra cosa. Pero queda siempre el problema pendiente.

Discusión del caso presentado por el Dr. Riffo

El Dr. Riffo dice que el enfermo se presenta en la actualidad con su bradisfigmia. Dice haber visto este fenómeno en repetidas ocasiones; pero en todas de un modo pasajero, mientras que el síndrome actual es inamovible y reviste una persistencia admirable. Vaquez sostiene que la digital hay que darla en dosis crecidas. Él no es partidario de las dosis medianas. Dice que no debe darse por nada menos de 50 gotas, porque de otra manera se estropea el miocardio.

Él podría decir acá que no se usó la dosis suficiente; pero se podría objetarle entonces que, sin administrar estrofanol u otros preparados, el enfermo ha continuado perdiendo sus edemas y mejorando en su estado general; el enfermo, por lo menos hasta las 12 del día de hoy, ha estado en muy buenas condiciones.

Es natural ahora pensar que, habiendo transcurrido algunos días desde la administración de la digital, se haya eliminado este medicamento, y con este objeto me proponía cambiar la estrocinina por otro tónico como la esparteina o el alcanfor, y una vez pasado el fenómeno, darle nuevamente pequeñas cantidades de digitalina, para ver si el enfermo está sensibilizado para este medicamento. El sujeto está condenado a largo plazo; pero interesa el pronóstico próximo.

El Dr. Prado Tagle dice que la existencia de un pulso semejante en el enfermo le hace pensar que exista quizás una espina irritativa que se modificaría con el tratamiento específico.

Existiendo, además, una diuresis abundante, no exigiría una terapéutica activa, sino que le daría estrocinina, que es casi un específico de los extra-sístoles de origen ventricular, porque modera la excitabilidad cardíaca, y cianuro, que iría a actuar sobre una posible lesión gomosa de la pared o de otros puntos, y terminar con este estado, que no cree se deba atribuir a la digital, sino a una lesión orgánica del corazón de origen específico.

El Dr. Meza Olva dice que el enfermo presenta una insuficiencia cardíaca clara, un gran aumento del corazón y perturbaciones del ritmo cardíaco que prosiguen seis días después de suprimida la digital, un tiempo bastante largo para ser eliminada.

Vaquez dice, por lo demás, que cuando en un enfermo se presenta el bigeminismo a consecuencia de la acción de la digital, es porque el enfermo presenta un síndrome miocárdico. Estima que este enfermo tiene una bradisfigmia por una lesión miocárdica que encuentra clara; cree, por lo demás, que

sería conveniente que el Dr. Riffo presentara al enfermo en la sesión del próximo Viernes.

El Dr. Riffo promete cumplir esta petición.

Sesión del Viernes 20 de Noviembre de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Dr. Riffo. El caso que presenté en la sesión pasada puede resumirse de la siguiente manera: era un enfermo que presentaba un pulso lento permanente. Tenía únicamente de 30 a 40 pulsaciones. Analizado el caso, nos pudimos dar cuenta que, entre dos pulsaciones normales, se presentaba un extra-sístole que denominamos "interpolado". Este extra-sístole era sumamente precoz y sorprendía al corazón en el momento en que salía del período refractario.

Para darnos cuenta del estado del corazón tomamos un orto-diagrama, el que nos demostró que todos los diámetros, excepto los de la aurícula izquierda, estaban aumentados. El sujeto en cuestión presentaba alteraciones groseras del corazón, incluso de la aorta.

Cuando el individuo llegó a nuestro Servicio, recién había recibido una dosis de digitalina algo crecida. En un lapso de 8 a 10 días había recibido 90 gotas de digitalina. Cabía, pues, la posibilidad de pensar en si las alteraciones del ritmo eran o no debidas a la intoxicación digitalica.

Es una cosa un poco rara el hecho que, siendo la digital un remedio tan empleado y conocido, no sepamos nosotros cómo se elimina ni los procesos que necesita para ello.

Hay, a este respecto, una experiencia de un clínico inglés, citada por Vaquez. Decía Vaquez que este médico usó en una ocasión polvos de hoja de digital en la dosis de un gramo por día. Al final del tercer día (por consiguiente, después de darle tres gramos), presentó el enfermo un ritmo coplado. Se le suspendió el medicamento y el pulso continuó así durante 9 días. Le administró en seguida 0,50 gr. y se volvió a presentar el mismo fenómeno. Al final del 9º día no se había eliminado, pues, la totalidad del remedio, sino que algo quedaba, probablemente en el miocardio, y de ahí que, con los 0,50 gr. posteriores, más la dosis anterior, se produjo la sumación de las dosis y, por consiguiente, fenómenos de acumulación.

Vaquez dice, entonces, que una cura digitalica tiene que separarse de la otra entre 15 a 20 días.

Hoy, 8 días después de la exposición del caso, el enfermo presenta el fenómeno en toda su pureza. El pulso tiene la mitad menos de las pulsaciones que las que tiene el corazón. Es un extra-sístole que no alcanza a producir onda. Por lo demás, el problema se soluciona hoy de una manera muy fácil. No hay que pensar, pues, que la digital esté acumulada, sobre todo después de 16 días de permanencia en el Servicio, en que no se le ha dado al enfermo ni la más insigni-

nificante gota de este medicamento. Las alteraciones del pulso son, pues, debidas a las alteraciones groseras del corazón. Debemos, ahora, recordar que el enfermo llegó a nuestro Servicio en un estado de franca descompensación y, con una terapéutica de reposo en cama, dieta, un poco de teobromina y 0,002 gr. de estriquina en las 24 horas, se hizo cesar todas las manifestaciones. Hemos, asimismo, recibido el enfermo en un segundo ataque de asistolia y no hemos necesitado todavía de los grandes recursos terapéuticos para sacarlo. Esto demuestra el abuso que se hace de la digital no sólo en la clientela particular, sino en los hospitales. El enfermo había recibido 90 gotas de este medicamento y nosotros, en este segundo ataque, yugulamos el cuadro sin una sola gota de digital.

Un caso de Eritremia

Dr. Mardones. Hemos hecho en esta enferma, por los síntomas clínicos que presenta, el diagnóstico de una "Eritremia", o enfermedad de Vaquez. Se llama así en honor del autor que la describió en 1892 en una comunicación hecha a la Sociedad de Biología de París.

Tres años después, Widál y Rendu hacían otra comunicación a la Sociedad Médica y llamaban la atención de los clínicos sobre este síndrome, caracterizado por el color rojo de la cara, por el aumento del bazo y del hígado y por una poliglobulia en ausencia de una afección congénita del corazón. Osler, posteriormente, se ocupó del asunto juntamente con una serie de autores ingleses, americanos y alemanes, y todos estuvieron de acuerdo en dar a Vaquez la prioridad en la descripción de la enfermedad.

Quiero ocupar un momento la atención de los asistentes, porque la enferma que veo es la primera que se presenta con su sintomatología clínica y con exámenes de laboratorio que corroboran el diagnóstico.

El síntoma predominante que más llama la atención es el color que presenta la extremidad cefálica, los miembros superiores e inferiores, sobre todo la coloración de los superiores a nivel de las manos y en la parte inferior de los antebrazos. Esta coloración varía del rojo vivo al rojo oscuro. Hay entre éstos una variación de matices. En los puntos en que la coloración es más marcada, pueden observarse dilataciones venosas.

En presencia de este síntoma conductor, estamos en la obligación de ver si existen los demás síntomas clínicos. Casi siempre en esta afección hay aumento del bazo y del hígado, aunque la existencia de esto no es forzoso. Sobre todo el aumento del bazo puede estar ausente; sin embargo, muchas veces se plantea el diagnóstico de "Enfermedad de Vaquez".

Tiene mucha importancia el examen del fondo del ojo. Normalmente, las arterias tienen el mismo diámetro que las venas; pero en esta enfermedad las venas están turgescentes, sinuosas y presentan muchas veces sufusiones hemorrágicas. La pupila está

completamente normal. Esto permite el diagnóstico diferencial con otras afecciones de cianosis congénitas.

El examen del fondo de ojo, traduce la hiperemia visceral que caracteriza la enfermedad. Otro de los signos que tiene la afección es la poliglobulia.

En un individuo normal hay, por milímetro cúbico, más o menos 5 millones de glóbulos rojos; en esta afección se cuenta, según muchas observaciones, más o menos 13 millones y medio; en otras observaciones se ha encontrado 14.800.000, de tal modo que por este gran aumento de los glóbulos rojos ha llegado también a dársele el nombre de "Leucemia roja" a la enfermedad.

Pero este aumento es cuantitativo: no hay alteración de la calidad de los glóbulos rojos; hay únicamente un aumento de número.

Se presenta al mismo tiempo una alteración de los glóbulos blancos. Ordinariamente hay 5.000 glóbulos blancos en la sangre normal; pero en esta afección hay una alteración cuali y cuantitativa de ellos. Los glóbulos blancos aumentan a 15.000 o 30.000 por milímetro cúbico y hay un aumento en la calidad de ellos. Generalmente, por cada 100 glóbulos blancos se encuentran, más o menos, 60 por ciento de polinucleares y 40 por ciento de mononucleados. En esta afección, los polinucleados aumentan a cifras de 95 por ciento, reduciéndose los mononucleados a un 3 o 5 por ciento. Se comprueba al mismo tiempo la existencia de "matzellen" y otros glóbulos que revelan la actividad de la médula ósea.

Los exámenes anatómicos han comprobado que la médula se presenta de un color rojo vivo, de aspecto como de gelatina.

Puede presentarse también en esta enfermedad una hipertensión y un aumento del ventrículo izquierdo.

Como síntomas subjetivos, todos estos enfermos presentan síntomas dolorosos que se parecen, según algunos autores, a los dolores de la enfermedad de Weir-Mitchell; hay dolores que en algunos casos simulan la "gota", muchas veces el reumatismo articular agudo.

En cuanto al tratamiento de esta afección, sobre todo el más moderno, consiste en hacer inyecciones sub-cutáneas de Cloruro de fenil-hidracina. Es un tratamiento sintomático de gran eficacia. Se emplea una disolución de fenil-hidracina en agua destilada al 2 por ciento y se inyecta desde 2 hasta 5 cm. cúbicos diarios. Con esto se consigue reducir enormemente el número de los glóbulos rojos y hacerlos llegar a cifras normales. Se practica al mismo tiempo la sangría.

Son importantes las complicaciones que pueden ser originadas por trombosis o roturas vasculares.

Un caso de mixedema tratado con tiroxina

Dr. Contrucci. Este caso ha sido presentado con anterioridad a la Sociedad Médica, hace más o menos cuestión de dos meses. Para completar la serie de observaciones de que se hizo objeto al paciente, se practi-

cáron exámenes del aparato visual, del fondo de ojo, del campo visual, exámenes que fueron todos negativos. Se investigó si había al mismo tiempo compromiso o no de la hipófisis. Se practicaron radiografías del cráneo para imponerse del estado de la silla turca y se vió que las cavidades esfenoidales estaban ocupadas por un tumor que, según el radiólogo, no tenía un aspecto bien definido. Fué examinado, además, por el Dr. Castro Oliveira, y tampoco pudo pronunciarse sobre la naturaleza del proceso.

Este enfermo tenía en aquel entonces un metabolismo basal muy disminuído, en la proporción de 36,7 por ciento. En estas condiciones se inició el tratamiento a base de inyecciones de extracto tiroideo comenzando con dosis de 0,25 para continuar con 0,50 y después 0,75. Se mantuvo este tratamiento durante 15 días con una pequeña interrupción por conclusión del medicamento. Durante todo este período el enfermo no presentó mejoría alguna; por el contrario, tuvo sensaciones de sofocación molestas que se presentaban en la noche y que le obligaban a permanecer sentado; en el día, en cambio, presentaba una gran somnolencia, todo lo cual no se modificó con el tratamiento. Se sentía siempre muy asténico, muy torpe.

Durante ese período del tratamiento se hizo una o dos mediciones del metabolismo basal. Una medición practicada el 5 de Septiembre dió un metabolismo igual al inicial. Un segundo examen dió el mismo resultado.

Se dejó entonces al enfermo en reposo durante 15 días, para iniciar el segundo tratamiento. Inmediatamente de iniciar éste se practicó una nueva medición que dió la cifra de 36,7 por ciento. El segundo tratamiento se inició a base de Extracto glicerinado de tiroidasa. Se pudo ver entonces que comenzó a anunciarse una mejoría, y midiendo el metabolismo basal, al final de este segundo ciclo del tratamiento, se pudo ver que había habido, en efecto, un aumento del metabolismo, el que llegó después de 15 días de tratamiento a 25 y fracción por ciento.

Se continuó, posteriormente, después de un reposo de tres días, el tratamiento con tiroxina, la que se administró en dosis que variaron entre 0,008 a 0,010 gr., y algunos días después hicimos la medición del metabolismo y vimos que no sólo habíamos llegado a lo normal, sino que nos habíamos pasado, alcanzando a "más 18,9 por ciento".

Juntamente con empezar el tratamiento con tiroxina empezaron a acentuarse los síntomas de mejoría, y el 22 de Octubre, después de un tratamiento conveniente, alcanzamos la cifra normal.

Junto con observar esta variación tan grande del metabolismo basal del enfermo, curva que ha permitido seguir matemáticamente la mejoría de la afección, el enfermo, subjetivamente, ha sentido una gran mejoría.

Desde luego, el peso ha disminuído a 85 kilos, puede andar sin cansarse, se siente bien, contesta sin vacilaciones, su inteligencia ha despertado, ha perdido el estado de somnolencia, su apetito sexual mismo ha

empezado a manifestarse, en una palabra, el enfermo está apto para el trabajo y ha pedido el alta.

Desgraciadamente, la tiroxina se nos concluyó, y con el objeto de mantener el metabolismo, más o menos en la cifra normal, le vamos a administrar tiroxina Serrero en dosis de 80 a 100 gotas diarias.

El resultado del tratamiento de la enfermedad por medio de la tiroxina ha sido, pues, brillante y debemos considerarla como un específico en los casos de insuficiencias tiroideas.

Síndrome hidropígeno con hipotiroidismo

Dr. Lobo Onell. Se trata de un enfermo de 55 años, en cuyos antecedentes hereditarios no hay nada de especial. Su enfermedad se remonta, según dice el enfermo, a 10 años atrás, y se caracteriza por una adinamia, pérdida de la agilidad, tendencia al sueño, al mismo tiempo que dolores difusos a todo el cuerpo. Hay en este enfermo, además una hipotricosis manifiesta, sobre todo a nivel de las axilas.

El enfermo ingresó al Servicio el 24 de Octubre y manifestó que desde los primeros días del citado mes empezó a notar que las piernas empezaron a hincharse, en seguida las piernas, y presentando al mismo tiempo edemas fugaces de la cara.

Este edema llegó posteriormente hasta el codo en los miembros superiores, mientras que en los inferiores alcanzó a la ingle, pudiendo notarse, además, un edema franco del escroto.

Examinado el enfermo desde el punto de vista de la sintomatología urinaria, nos encontramos con que tenía una eliminación de más o menos medio litro de orina, en la que había urea en la cantidad de 27 por mil, y una concentración de 20 por mil de Na Cl.

Era un enfermo que presentaba un cuadro edematoso franco, aunque es raro que un enfermo de esta naturaleza tenga una eliminación de 20 por mil de cloruros en sus orinas. Llamaba, en seguida, la atención, que en el examen de la orina del enfermo no hubiera albúmina y, por otra parte, para hacernos pensar que el riñón no era ajeno a este cuadro, había, en un examen de sangre, urea 0,63. Cloruremia de 6,7 grs.

Se determinó la tensión osmótica y se encontró una cifra muy baja equivalente a 13, siendo de 40 normal, según la mayoría de los autores. El estudio refractométrico indicó albúminas en el plasma en cantidades de 46 por mil.

Este sujeto tenía, además, una relación de las albúminas con las globulinas de 0,65. Esta relación, en términos normales, es de 2 a 3. La cantidad de colesteroína en la sangre era enteramente normal: 1,88 por litro de sangre. Las presiones eran de 13 la máx. y 7 la mín. al Vaquez.

Se le sometió a un régimen declorurado y viendo al mismo tiempo este cuadro de hipotricosis se le sometió a un régimen hiper-albuminoso, dándosele entonces 300 grs

de carne y 6 huevos diarios. A pesar de este régimen albuminoso exagerado, se vio que al 6º día el enfermo presentaba en la sangre un descenso de la urea a 0,53.

Fuera del régimen cárneo, se le empezó a dar a este enfermo desde el 24 de Octubre una o dos tabletas de tiroxina, diarias, durante tres días. La cifra del metabolismo basal practicada en este enfermo antes del tratamiento, dió una disminución de 22,7 por ciento. Es decir, estaba comprobado por el método exacto de la insuficiencia tiroidea que el enfermo, además de los trastornos renales, presentaba una insuficiencia de este género.

Administrada la tiroxina, se notó que empezó a aumentar inmediatamente la diuresis, la que de litro y medio llegó rápidamente a cifras de dos litros y más. Este aumento de la diuresis fué seguido de una disminución del peso del enfermo, perdiendo, en efecto, alrededor de 16 kilos en los 12 a 13 días que estuvo en el hospital. Al mismo tiempo que desaparecían los edemas, se pudo comprobar que la tensión osmótica empezó a subir, no variando, en cambio, la relación de las albúminas con las globulinas. La cantidad de colesteroína se mantuvo siempre dentro de lo normal.

Ya el día 8 de Noviembre, la cifra de la tensión osmótica había alcanzado valores de 24,5 y la albúmina de la sangre a 65,5 por mil.

Este enfermo, después de una permanencia de cerca de un mes en la Sala, se desinchó totalmente y en un examen prolijo no se podía apreciar la menor huella de un edema. El estado general era satisfactorio. Los síntomas de hipotiroidismo habían desaparecido. Siendo difícil la prueba del metabolismo basal, debido a la dificultad del transporte del enfermo de hospital a hospital, no pudimos seguirlo; pero, a juzgar por el estado del enfermo y la evolución de la enfermedad, estamos autorizados para suponer que el hipo tiroidismo había disminuído en forma muy apreciable.

Por lo que se refiere a otras consideraciones, quiero decir solamente que estas investigaciones abren un nuevo campo al estudio de los síndromas hidropígenos.

Ahora bien; hasta hace poco teníamos que contentarnos nosotros con la determinación de las cifras de la albúmina, urea y cloruros en la sangre, sin poder avanzarnos demasiado en el estudio de la fisiopatología de los edemas; pero ahora hemos podido darnos cuenta que hay una variedad relativamente grande de síndromas hidropígenos, que constituyen, por lo demás, un cuadro complejo y que necesitamos, por lo tanto, un estudio más detenido para llegar a precisar un diagnóstico.

Hemos tenido la oportunidad de ver el resultado del metabolismo basal practicado en cardíacos y nefríticos edematosos, y así, mientras en los cardíacos se tuvo cifras de metabolismo igual a lo normal, en los nefríticos enviados con ese objeto se tuvo cifras de metabolismo descendidas, y fué en estos últimos, precisamente, en los que el tratamiento por medio de la tiroxina dió re-

sultados brillantes, excelentes, de un día a otro, puede decirse, se notó el aumento de la diuresis y la disminución de los edemas.

Se puede decir, pues, que este método de estudio penetra de lleno en el campo de la aplicación clínica y sin que tengamos la presunción de citar ideas fijas y precisas, se puede predecir que con estos estudios se van a tener ventajas en la apreciación fisiopatológica de los edemas y, al mismo tiempo, ventajas prácticas que pueden ser considerables en muchos casos.

Un caso de pleuresía hemorrágica

Dr. Meza Olva. El enfermo que presento es de nacionalidad ecuatoriana y ha llegado a consultarme por la presencia de unos ganglios infartados de la ingle, principalmente del lado izquierdo. Añade a esto un malestar general vago. No encontrando ninguna causa, porque no había ninguna otra lesión o afección bacteriana; le pregunté por antecedentes específicos que negó, y para asegurar más su negativa, me presentó un papel de la Argentina que decía: Examen ultramicroscópico negativo.

A pesar de esto le manifesté al enfermo que tenía sífilis, y efectivamente, un examen de laboratorio dió un Wassermann francamente positivo.

Había presentado el enfermo una lesión ulcerosa del miembro y cuando llegó a ésta había cicatrizado completamente. Los antecedentes que daba, por lo demás, eran de chancro duro, indoloro y que no había supurado.

El enfermo se trató con Hg y Neo; pero toleró mal el Hg y siguió únicamente con preparados arsenicales.

Después de algún tiempo, el enfermo abandonó el Servicio para presentarse 4 o 5 días más tarde con una disnea intensa y puntada de costado. Habían signos de derrame del lado derecho que pudimos comprobar en el examen de rayos.

Con el objeto de determinar la clase de pleuresía, le practicamos una punción, que dió salida a un líquido hemorrágico que presentaba linfocitos en proporción de 80 por ciento, células endoteliales 6 por ciento, polinucleares 6 por ciento. No habían microbios y la reacción de Wassermann era positiva intensa en el líquido pleural.

Estábamos, pues, en presencia, de una pleuresía hemorrágica en un individuo sífilítico en pleno período secundario.

¿Era ésta una pleuresía tuberculosa o era acaso sífilítica?

El enfermo tenía antecedentes francos de lúes reciente, no presentaba temperaturas superiores a 36,8; el estado general había decaído bastante y el examen serológico del líquido pleural era negativo, siendo positivo intenso en la sangre.

No pudimos comprobar ninguna lesión en el pulmón ni nada que viniera a hablarnos en favor de la naturaleza tuberculosa del derrame. Pensamos, en cambio, que podría tratarse de una pleuresía sífilítica y seguimos con el tratamiento.

Nueve días después esta pleuresía desapareció completamente sin dejar adherencias, y los exámenes posteriores de rayos sólo denotan una ligera inmovilización del diafragma del lado derecho.

¿Era ésta una pleuresía sifilítica o era una pleuresía tuberculosa?

Es ésta una cuestión que todavía no se ha dilucidado y por eso traigo el enfermo a la Sociedad.

El año 1890, Chantemesse y Widál presentaron a la Sociedad médica de los hospitales de París, un individuo con manifestaciones sifilíticas cutáneas y al mismo tiempo una pleuresía que denominaron roseólica, y establecieron aquí el diagnóstico de pleuresía sifilítica.

El año 1896, Spillmann y Etienne inocularon de un enfermo, con manifestaciones cutáneas semejantes y que presentaba también una pleuresía, el líquido pleural en el cuy, siendo negativo el resultado de la inoculación. Hasta entonces se decía que era de naturaleza sifilítica y Letulle argumentaba diciendo que no se comprende cómo la pleura no iba a participar en una de las escenas de este gran drama que constituye la sífilis.

El año 1906 el laboratorio contribuye al estudio de las pleuresías y Oettinger y Mallozet dan una fórmula citológica que se caracteriza por la gran cantidad de células endoteliales que se encuentran en este exudado.

El año 1912, Benzançon y Gartinel dudaban que se trate de pleuresías sifilíticas y piensan más bien que son pleuresías tuberculosas que se presentan en sifilíticos en el período secundario, con Wassermann positivo y en las que las inoculaciones hechas en el cuy dan también un resultado positivo.

Las pleuresías sifilíticas en el período secundario no se han estudiado bien y en muchos textos, por ejemplo, en el tratado de Pinkus, ni siquiera se las menciona.

Sergent, que se ha ocupado de las mezclas de la sífilis y la tuberculosis, cree que es éste, en muchos casos, un producto híbrido de la mezcla y sostiene, o más bien, se agrega a la opinión de Landouzy que dice que son pleuresías tuberculosas en un terreno sifilítico.

Yo creo que, en este caso, por la marcha clínica, por la curación rápida con el neo y el Hg., por la falta de adherencias y la mejoría del estado general del enfermo, por la reacción de Wassermann negativa del líquido pleural, siendo positiva la de la sangre, creo que puede pensarse que es éste un proceso de naturaleza específica y concluyo, a mi vez, con Letulle, a quien le parece muy raro que las pleuras no participen en una de las escenas de ese tan inmenso drama que constituye la sífilis.

Discusión del caso presentado por el Dr. Contrucci

Dr. Lobo Onell. En vista del fracaso experimentado por el tratamiento hecho con extracto tiroideo en el caso del enfermo de hipertiroidismo, presentado por el Dr. Con-

trucci, y dada la profusión con que se expenden los productos opoterápicos en general, creo que se hace sentir la necesidad de implantar un sistema de control análogo al que existe en otros países con el objeto que no se sorprenda la buena fe de los médicos que los usan.

Dr. Mardones. Creo, a este respecto, que la tiroxina es una sustancia definida, en cuya elaboración se pone en práctica procedimientos especiales.

Es, por lo demás, un medicamento de grande eficacia, ya que 1 mgr. de tiroxina equivale, si no me equivoco, a 1 gramo de tiroidina, y a los enfermos no se les puede dar 0,30 gr. de esta última sustancia sin que experimenten síntomas de hipertiroidismo (temblor, diarrea, taquicardia, etc.)

Si nosotros nos fijamos, el Dr. Contrucci ha podido usar 8 tabletas de 0,008 gr. de tiroxina sin que el enfermo haya tenido un solo síntoma de hipertiroidismo. La dosis, pues, a que se ha llegado en este caso, es una dosis elevada. Sólo cabe ahora felicitar al Dr. Contrucci por la iniciativa de tratar el enfermo con este medicamento.

Dr. Prado Tagle. Hay, efectivamente, un hecho que hay necesidad de separar y es la acción específica sobre los fenómenos de hipotiroidismo, sin que tengan lugar las manifestaciones tóxicas que produce el extracto tiroideo. Hay personas en las que el uso del extracto tiroideo da lugar a trastornos vaso-motores intensos y fenómenos de hipertiroidismo, y hay otros casos, como el presente, en que no tiene acción sobre el mixedema y que, por el contrario, da lugar a manifestaciones tóxicas.

Tiene, pues, la tiroxina una acción específica sobre el mixedema y es éste un hecho de lo más interesante.

Dr. Contrucci. Quiero hacer resaltar una vez más la diferencia entre la tiroxina y el extracto tiroideo: este último ha exagerado los síntomas tóxicos de nuestro enfermo y, todo lo contrario de la tiroxina, no ha influenciado en nada la marcha de la enfermedad.

Por lo que se refiere a las dosis de tiroxina empleadas, creo y estimo que las administradas han sido dosis convenientes. Por lo demás, la apreciación clásica es que la administración se haga en dosis masivas y espaciadas por períodos de tiempo más o menos largos.

Este medicamento tiene una acción óptima a los 3 o 4 días de administradas, y por vía bucal o endo venosa, una persistencia de duración de 3 a 4 semanas.

Dr. Ducci. Acabo de leer hace poco un trabajo sobre las dosis empleadas de los extractos opoterápicos en general. Estamos acostumbrados nosotros a dar dosis poco crecidas de semejantes extractos y las investigaciones, éstas a que me refiero, afirman que, fuera de los preparados del cuerpo tiroideos, ha de aumentarse la dosis en la administración de las demás sustancias.

Parece que hay, pues, en la dosificación opoterápica, un error universal.

Se levantó la sesión.

SOCIEDAD MÉDICA DE VALPARAÍSO

239.ª Sesión ordinaria, en 27 de Octubre de 1925

Preside el Dr. Sepúlveda y asisten los doctores Badilla, Betzhold, Lachaise, Manríquez, Marín, Mujica, Thierry y Vera, secretario.

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

Cuenta. — Respecto de la comisión nombrada en la última sesión para conferenciar con el Ministro de Higiene sobre el Código Sanitario, el Dr. Sepúlveda informa que se telegrafió al Ministro y al Director General de Sanidad y como se respondiera que el Código había sido ya aprobado, la Comisión no siguió adelante en sus gestiones.

PRESENTACIÓN DE ENFERMOS

Dr. Betzhold. Se proponía comunicar a la Sociedad tres casos de retracción de la aponeurosis palmar; pero sólo se ha presentado un enfermo, el más benigno de los tres casos. Es un sujeto de poco más de 60 años que tiene una retracción no muy acentuada de la aponeurosis palmar de la mano derecha.

De los otros dos casos, uno es un individuo de 30 años, de profesión ebanista, y el otro es un joyero de 54 años de edad.

En esta afección la aponeurosis de los lumbricoides se adhiere al músculo, por desaparición de la sinovial.

Refiriéndose al caso presentado en la sesión anterior con el diagnóstico de aneurisma arterio-venoso del triángulo de Scarpa, comunica el Dr. Betzhold que operó al enfermo en compañía del Dr. Lachaise. Se encontró un vaso de unos tres mm. de ancho por cinco de largo, que comunicaba la arteria femoral. Ligado este vasito desapareció el thrill.

El Dr. Lachaise explica la intervención por un esquema y agrega que se trataba seguramente de una anomalía congénita. Por lo demás no había señal de hemorragia ni nada que indicara el origen traumático de la afección. El caso es interesante, por cuanto el individuo atribuía su lesión a un accidente del trabajo.

Dr. Thierry. En dos ocasiones ha presentado un enfermo que tuvo una catarata traumática y que por un segundo accidente tuvo un desprendimiento de la catarata y recuperó la visión. Se desarrolló más tarde una irido cíclicitis intensa que ha obligado a practicar la enucleación. Presenta el ojo enucleado, preparado en forma que un corte trasversal permite darse cuenta de las lesiones.

A las 10.20 P. M. se levantó la sesión.