

# LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

<p><b>DIRECTOR</b> Dr. Oscar Fontecilla Jefe de Clínica Médica</p> <p><b>SECRETARIO GENERAL de la REDACCIÓN:</b> Dr. Alejandro Garretón Silva Ayudante de Clínica Médica.</p> <p><b>SECRETARIO DE REDACCIÓN:</b> Para la parte médica: Dr. Gregorio Lira y Florencio Garín R. Ayudante de Clínica Médica</p> <p>para la parte quirúrgica: Dr. Manuel Martínez G. Ayudante de Medicina operatoria.</p>	<p><b>COMITÉ CIENTÍFICO</b></p> <p>S. S. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA</p> <p>G. Amunátegui A. Orrego Luco R. Aguirre Luco M. Brockmann D. García Guerrero L. Sierra E. González Cortés E. Petit A. del Río E. Aldunate B. R. Donoso M. Cádiz E. Croizet J. Luco L. Vargas Salcedo J. Ducci L. Calvo M. A. Larraguibel C. Pardo C. A. C. Sanhueza L. Córdova</p> <p>S. S. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES</p> <p>F. de Amesti S. Sápúlveda G. Grant B. E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto</p>	<p><b>ADMINISTRADOR:</b> G. Campaña Gandarillas</p> <p>Todo asunto relativo a la Redacción debe ser dirigido al Secretario General: Maestranza, 463, o en el Hospital San Vicente de Paul (en las mañanas).</p> <p>Todo asunto relativo a la Administración debe ser dirigido al Administrador: San Isidro, 390.</p> <p><b>Suscripciones:</b> PARA TODO EL PAÍS</p> <p>Por un año ..... \$ 20.— A los estudiantes de medicina, » 12.— Número atrasado..... » 1.50</p> <p>Las suscripciones son sólo por un año.</p>
---	---	---

## SUMARIO

**Texto:**

- F. DE AMESTI.—Úlceras del estómago y duodeno perforadas en peritoneo libre, p. 25.
- J. DUCCI.—Sobre radioterapia profunda, p. 28.
- L. MIRANDA y J. L. ORTEGA.—Un caso de absceso pulmonar curado por la auto-vacuna. (2 figs.), p. 29.
- C. GHIGLIOTTO.—La reducción del nitrato de sodio y del clorato de potasio durante la putrefacción de las vísceras, p. 30.
- M. MARTÍNEZ.—Un caso de cáncer pediculado del pílora, con coexistencia de un quiste hidatídico del bazo, p. 31.
- C. IBAR BRUCE.—La hipófisis y el tercer ventrículo, p. 32.

**Sociedad Médica. Sociedad de Cirugía de Chile. Sociedad Chilena de Pediatría, p. 23.**

**Anexo:**

- G. PITTALUGA.—La primera reunión del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones, p. 25.
- FACULTAD DE MEDICINA.—REFORMA DEL PLAN DE ESTUDIOS, p. 29.
- LA MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL EN CHILE, p. 31.
- CRÓNICA: EL DR. DANIEL CARVALLO. CONGRESO INTERNACIONAL IBERO-AMERICANO DE SEVILLA.—NOMBRAMIENTOS, p. 33.
- REVISTAS EXTRANJERAS, ETC.

## LA PRIMERA REUNIÓN DEL COMITE DE HIGIENE DE LA LIGA DE LAS NACIONES

por el Dr. Gustavo PITTALUGA

Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.—Miembro del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones

En ninguno, quizás, de los campos de acción que se abren a su actividad, puede la Sociedad de las Naciones llevar a cabo, sin trabas, una obra tan eficaz como en éste de la Higiene pública y de la lucha contra las enfermedades evitables. La impresión que yo he recibido, al tomar parte en los trabajos del Comité de Higiene, recientemente con-

N. DE LA R.—Por intermedio de la Dirección General de Sanidad, la Secretaria de la Sociedad de las Naciones nos ha enviado el presente artículo del Prof. Pittaluga, de Madrid, para darlo a conocer al público médico chileno. Desea la Sociedad de las Naciones contribuir con esto a la difusión de informaciones útiles para las instituciones de higiene y para los que en todas partes sufren.

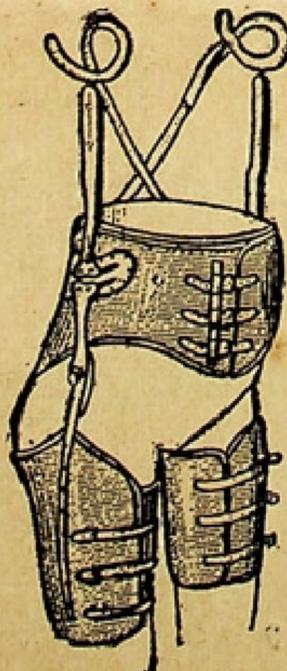
La autoridad del Prof. Pittaluga, la importancia del tema y la procedencia del artículo, nos hacen publicarlo en estas columnas con sumo agrado.

vocado en Ginebra, ha sido honda y gratísima. En estas breves líneas quisiera expresarla, sin ceñirme a una escueta referencia de la labor del Comité, sino fundiendo esta labor el conjunto de la tarea emprendida por la Sociedad de las Naciones, con el esfuerzo total que ésta representa para intentar, en la hora oscura que el mundo atraviesa, un nuevo enlace espiritual entre los hombres.

¿No es acaso, posible que este enlace, esta forma de renaciente universalidad del pensar y del sentir, se encuentre, en parte al menos, por esta senda de las actividades sanitarias de un organismo internacional? Buscamos, al fin, por este camino, un alivio a los males de la humanidad, aunque cada una de las colectividades nacionales procure, en ocasiones, defenderse aisladamente contra la invasión de algunos de los azotes que otras padecen. La cooperación íntima que la Sociedad de las Naciones ha querido ahora establecer, por medio de su Comité de Higiene, entre hombres de ciencia y organizadores de grandes instituciones o ad-

## INSTITUTO ORTOPÉDICO ALEMÁN

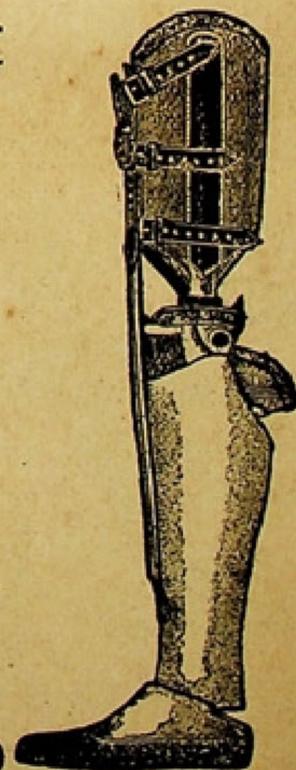
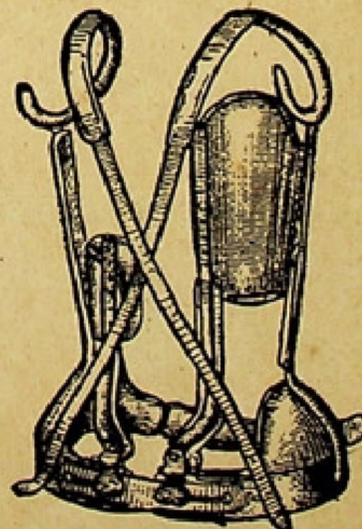
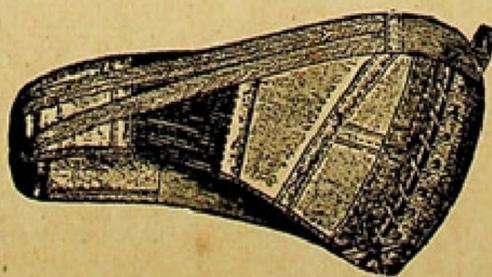
SANTIAGO — San Antonio 548  
Castilla 3494 — Teléfono Ing. 4388



Aparatos para Coxalgia, Parálisis, Pie Bot, Varus, etc.  
Corsés de cuero cutil celuloide para mal de Pot. Escoliosis, etc.

Muletas, Bragueros, Espalderas, Medias elásticas, Fajas en todas sus formas.

Aparatos eléctricos científicos, sol artificial, instrumentos y artículos para cirugía en general.



Pídase el Catálogo General Ilustrado que se remite gratis a la vuelta de correo

ministraciones de Sanidad pública del mundo entero, otorga un carácter distintivo a aquellos esfuerzos colectivos.

Ya no es siquiera una reunión de delegados de esas instituciones o administraciones públicas, que acuden con todo el peso de su responsabilidad nacional o con todo el recelo que surge del hecho de tener que defender a veces intereses alejados de los propiamente sanitarios.

Es, al contrario, un grupo de hombres, cada uno de los cuales representa, claro está, una modalidad específica del espíritu científico o político de la sanidad pública, con su carácter étnico, si se quiere, y hasta con su significación nacional; pero sólo en cuanto estas diversas procedencias o escuelas puedan colaborar para construir un edificio — mezcla de derecho y de praxis — de lejanas y universales ramificaciones, en que se consoliden todos los esfuerzos encaminados a evitar la enfermedad y aumentar el bienestar orgánico de la especie humana. Quizás no sea inútil a este punto recordar que la Sociedad de las Naciones no es, en realidad, un organismo supernacional; con otras palabras, no tiene eficacia jurídica "a priori" por encima de los Gobiernos y de las estructuras políticas nacionales. Por consiguiente, los órganos consultivos de la Sociedad, como su Comité de Higiene, no eliminan ni excluyen, desde luego, ulteriores disentimientos ni limitaciones inevitables de su propia actividad. Pero esa misma situa-

ción de la Sociedad concede a los problemas sanitarios internacionales, y por tanto, al Comité de Higiene, un cierto privilegio, porque en este terreno, lo "internacional" se transforma fácilmente, casi insensiblemente, en "universal". La actuación de los órganos o de las personas concretamente encargados de llevar a la práctica estudios, medidas, disposiciones y trabajos epidemiológicos o profilácticos se desenvuelve entonces desembarazadamente sobre las bases no "internacionalmente", pero sí "universalmente" aceptadas de la técnica científica por un lado y del sentimiento de solidaridad humana frente al dolor, al sufrimiento y a la muerte, por otro lado. Es incalculable lo que puede hacerse en nombre de estas dos fuerzas espirituales. Creo firmemente que el Comité de Higiene de la Sociedad se ha dado cuenta exacta de su misión. No ha sido menester para ello ninguna definición explícita. Ha bastado una afinidad de cultura y de experiencia, caldeada por la cordialidad exquisita de un presidente como Madsen, el Jefe del Instituto de Serología del Estado dinamarqués en Copenhague, para que los diez días de íntima colaboración hayan producido en todos los ánimos esa misma sensación.

Hé aquí, ahora, una breve referencia de los asuntos de mayor interés tratados y resueltos por el Comité.

En primer término ha sido examinada sobre la base de los informes del secretario general, Dr. Rajchman, y del comisario de

epidemias, Dr. Norman Whyte, la situación sanitaria en Polonia, en Rusia y en el Oriente europeo, en general, y los resultados, realmente extraordinarios, ya logrados durante los años 1922 y 1923. Estos trabajos serán continuados en Rusia, donde las tres epidemias, que culminaron en 1921, de paludismo, de tifus exantemático y de peste, han sido reducidas a menos de un décimo en 1923.

En segundo lugar, el Comité estudió con extraordinario interés el informe sobre la situación epidemiológica en Extremo Oriente, sobre todo en lo que atañe a la peste, y la propuesta del Dr. Norman Whyte, de crear, a ser posible en Singapoore, una Oficina central sanitaria, de indiscutible conveniencia para la India, la Indochina, el Archipiélago Malayo, las costas de China y del Japón.

Un tercer tema ocupó y aun preocupó al Comité: el de los "Intercambios" y "Viajes de estudios" del personal sanitario entre unas y otras naciones.

España tomó parte, aunque en medida reducida, al último intercambio, y se propone seguramente pedir una ampliación del número de plazas en los viajes que se organizan para este año y para el 1925.

El problema del cáncer fué objeto de largo debate. La Comisión especial presidida por Sir George Buchanan, del Ministerio de Salubridad Pública de Inglaterra, presentó un primer informe acerca de los trabajos ini-

BIBLIOTECAS UdeC

# Symésil

MUESTRA GRATIS

**Goyénèche, Vidon y Cía.**

Santiago-Chile - Estado 154

ciados para comparar los datos que concier-  
nen concretamente al cáncer de la matriz  
y al de la mama, en Inglaterra, Italia y Ho-  
landa.

Al Comité de Higiene de la Sociedad fué  
comunicada por el que suscribe, en la sesión  
del día 14, una extensa nota acerca de la  
creación y funcionamiento del Instituto  
Príncipe de Asturias para el estudio y tra-  
tamiento del cáncer, que dirige en Madrid  
el Dr. Goyaues.

La recrudescencia de la endemia palúdica,  
después de la guerra, en muchas regiones eu-  
ropeas, y la gravedad de este problema para  
la expansión de la civilización europea en  
los trópicos, habían aconsejado hace ya  
tiempo a la Sociedad de las Naciones la de-  
signación de una Comisión especial, que  
ahora el Comité de Higiene ha completado  
y constituido definitivamente bajo la presi-  
dencia del director general Lutrario, con los  
profesores Nocht, Ottolenghi, Reynaud y  
Pittaluga. Aprobado por el Comité de Hi-  
giene un texto unificado, a modo de patrón,  
para cuestionario acerca de la epidemiología  
y profilaxia del paludismo, la Comisión es-  
pecial se propone ahora, con el auxilio de  
sus técnicos, establecer las necesidades mí-  
nimas del consumo de quinina y sus sales,  
no sólo en Europa, sino en todas las regiones  
palúdicas del globo. Este problema, cuyo es-  
tudio y solución se hallan ya iniciados, im-  
plica el de las plantaciones de "Chinchona",  
el de su explotación y utilización con el  
máximo rendimiento, incluso por el empleo  
de los llamados alcaloides secundarios de

las cortezas de quina, entre los cuales la cin-  
conina, cuando menos, posee una acción an-  
tiparasitaria muy considerable, casi compa-  
rable al de la quinina, y puede, por tanto, ser  
adoptada para el tratamiento y la profilaxia  
indirecta contra la infección palúdica. La  
cuestión del precio de las sales de quinina  
ha sido igualmente abordada. El que sus-  
cribe estas líneas, convencido de la impor-  
tancia fundamental que tiene el empleo ade-  
cuado, abundante, barato, de las sales de  
quinina para una lucha eficaz contra el pa-  
ludismo, cree que con la labor iniciada en  
esta reunión de Ginebra por el Comité de  
Higiene de la Sociedad de las Naciones, se  
ha dado un paso gigantesco, en cuanto a la  
eficacia de las campañas antipalúdicas. Es-  
paña importa, conforme a los datos propor-  
cionados por la Dirección General de Adu-  
nas, que yo he presentado a la Comisión,  
cerca de 6,000 kilogramos de sales de qui-  
nina al año.

En 1922 entraron exactamente 6,300. Ha-  
brá que añadir, quizás una o dos toneladas  
más, introducidas por contrabando. De to-  
dos modos, estas cantidades son insuficien-  
tes — y mucho más si se tiene en cuenta que  
se emplea quinina para otras preparaciones  
farmacológicas y finalidades terapéuticas  
ajenas al paludismo — para lograr resulta-  
dos realmente eficaces contra una endemia  
que produce aproximadamente en España  
250,000 casos al año, que sólo pueden ser cu-  
rados radicalmente, en un sentido profilác-  
tico para los demás, "administrándoles de  
40 a 60 gramos de sales de quinina a cada

uno" (en el año, comprendiendo las recidi-  
vas).

Estos datos son el fruto, no sólo de nues-  
tra experiencia y de nuestro personal pare-  
cer, sino de una coincidencia de opiniones  
de todos los malariólogos del mundo así re-  
conocida, en efecto, por el Comité y por la  
Comisión especial del paludismo. Por con-  
siguiente, necesita España, cuando menos,  
12 toneladas de sales de quinina al año. Es-  
ta desproporción entre las necesidades teó-  
ricas y el consumo efectivo, es todavía ma-  
yor para otros estados europeos. En Grecia,  
la endemia ha tenido en estos últimos años  
brotes gravísimos. La misión especial en-  
viada por la Sociedad de las Naciones a  
aquel país, refiere que necesitaría Grecia,  
aproximadamente, 9,000 kilogramos de qui-  
nina al año, y no dispone actualmente más  
que de 500. No hablemos de Rusia, donde los  
casos de paludismo superaron la cifra de 6  
millones en 1922, y las cantidades de quinina  
disponibles han sido irrisorias. Se calcula en  
conjunto que sólo se produce en la actuali-  
dad la décima parte de la cantidad de qui-  
nina necesaria para el tratamiento y la pro-  
filaxia de la infección palúdica en todas las  
regiones de la tierra.

Exactamente al revés, se produce y se ex-  
pende quizás diez veces más opio y deriva-  
dos del opio que la cantidad necesaria para  
el consumo propiamente farmacológico o  
medicamentoso.

El Comité de Higiene, conforme a la po-  
nencia de M. Carrière, Director General de  
Sanidad de Suiza, y aun acentuando su po-

## ALIMENTOS del Dr. THEINHARDT de Stuttgart-Cannstatt (Alemania)



**HYGIAMA**

Poderoso reconstituyente para adul-  
tos, sportmans, convalecientes y an-  
cianos, el mejor alimento para per-  
sonas de estómago delicado y de di-  
fícil digestión.



**INFANTINA**

Maravilloso alimento para niños de  
pecho, el único que reúne todas las  
sustancias que necesita el niño para  
su desarrollo normal.

## VASENOL

Preparaciones del Dr. KOPP de  
LEIPZIG (Alemania)

Polvos VASENOL para niños.  
Polvos VASENOL sanitario  
Polvos VASENOL antisudoral.  
Pasta VASENOL contra toda clase  
de granos y lastimaduras

**Lisoformo**, desinfectante sin igual de olor agradable  
no debe faltar en ningún gabinete de doctor, dentista, etc.

**Haedensa**, quita el dolor de las almorranas en cinco  
minutos, después de algunos días de uso, las cura

**Servasigon**, profiláctico contra sífilis y enfermeda-  
des venéreas.

Pedirlos en todas las Boticas de la República

Import. **GUTTMANN, MAURER & Co.**

Casilla 85-D — SANTIAGO — Moneda 1065

# TÉCARINE

(Homocafeinato de sodio)

NUEVO DERIVADO SOLUBLE Y NEUTRO DE LA TEOBROMINA

## Diurético, desclorurante

Presentación: LA TÉCARINE se presenta:

- 1.º en comprimidos dosificados a 0 gr. 25  
para administración por vía bucal.
- 2.º en ampollas de 2 c. c. conteniendo  
0 gr. 25 de producto activo.

Literatura y muestras a disposición de los médicos

Los establecimientos **POULENC Frères - Paris**

AGENTE ÚNICO PARA CHILE:

**J. B. DIDIER**

San Pablo 1340

Casilla 61 - Teléfono 3018

SANTIAGO

# **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Bruening Hoechst A/Main (Alemania)**

AGENTES EN CHILE:

## **ALERT y Cía.**

Compañía 1289 - Casilla 1932  
Teléfonos Nac. e Inglés 203

**Sulfoxil-Salvarsán**—El preparado de Salvarsán en solución estable al 5% para su uso inmediato.

**Alival**—Preparado de yodo orgánico con un contenido de 63% de yodo.

**Anfotropina**—Excelente antiséptico de las vías urinarias.

**Hipofisina**—Principios activos aislados y puros de la glándula pituitaria.

**Novalgina**—El nuevo antireumático, antipirético y analgésico de extraordinaria eficacia.

**Suprarrenina**—La sustancia activa de las cápsulas suprarrenales. Producto orgánico y sintético.

## **Sueros y Preparados Bacterianos**

Tuberculina de Koch

Tuberculina A. F.

Suero antigripal polivalente.

Gonargina (Vacuna Gonocócica)

y toda la serie de sueros en uso.

==== Muestras y literatura a disposición de los señores médicos =====

sición por la resuelta intervención en este sentido del Prof. León Bernard, catedrático de Higiene de la Universidad de París, acordó fijar una cifra máxima de consumo lícito por habitante, que ya representa hoy la sexta parte, quizás, del consumo total de opiáceos.

Dos cuestiones de gran interés científico y práctico fueron planteadas ante el Comité por su presidente, Dr. Madsen: las de la "Standardización" de los poderes antitóxicos de los sueros y de las garantías técnicas para las reacciones biológicas, en particular la reacción de Wassermann y los demás procedimientos para la investigación serológica de la sífilis.

La discusión acerca de este último tema fué muy detenida. El Prof. León Bernard sostuvo un criterio muy restrictivo, que fué atenuado por las observaciones de Velghe, Ricardo Jorge, Pittaluga, y otros, y llevó a un acuerdo que será elevado al Consejo de la Sociedad para que éste lo transmita a los Gobiernos adheridos, en virtud del cual se aconsejan las normas generales para la comprobación del Wassermann y de las reacciones de floculación y se exigen garantías previas a los laboratorios en que se practican estas delicadas investigaciones.

Por fin, el Comité examinó detenidamente un proyecto de modificación al Convenio sanitario para la protección de las vías fluviales y trasportes por agua.

Nos limitaremos a recordar otros asuntos de no menor trascendencia, igualmente tratados en esta Sección del Comité, como el

del carbunco y de la esterilización de las pieles y lanas; el de la tripanosomiasis humana y otros. Hemos querido tan sólo referir en síntesis los resultados de los debates más importantes. Creemos que el lector habrá recibido la impresión de una labor de gran interés para el porvenir de las organizaciones y campañas sanitarias.

Esto me conduce a insistir en términos generales sobre la eficacia de la labor de la Sociedad de las Naciones. Es penoso encontrar tantos espíritus suspicaces o escépticos acerca de su finalidad, de su autoridad o de su porvenir.

Algunos le piden demasiado, quizás porque creyeran en principio que se trataría de una superestructura política armada de todos los medios de gobierno. Su fuerza consiste en la modestia y limitación de su cometido. Consiste en que "a priori" carece de todo poder coercitivo. Su fuerza está, pues, en la inteligencia — que es como decir comprensión — con que acomete la resolución de los problemas que, de común acuerdo, le encomiendan los Gobiernos nacionales o que sorprende de la angustia misma de las horas dramáticas que atraviesan los pueblos que han salido de la guerra, sobre todo los más pequeños, y los que han sentido un reflejo doloroso de la guerra en sus internos y persistentes problemas. La Sociedad de las Naciones es, por tanto, un magnífico ensayo de predominio de la inteligencia sobre la fuerza, a la cual han entregado los pueblos todos, en estos últimos años, la resolución de todas sus contiendas. Y quiero añadir que

para España la Sociedad de las Naciones es un campo abierto por donde debería buscar el camino de sus futuras posiciones internacionales. La estimación de España, el peso específico del nombre de España, es allí, como en todos los ambientes internacionales, mucho mayor de lo que creemos, corroído el espíritu por la miseria de nuestros cañillajes y de sus reyertas domésticas. Un grupo de hombres de empuje, la autoridad de algunos de los comisarios que han representado o representan a España en el Consejo de la Sociedad, un poco de acierto en la conducta de nuestras Delegaciones, y la obra callada y persistente de los españoles que ocupan puestos directamente relacionados con el Secretariado de la Sociedad en Ginebra, pueden rápidamente consolidar aquella estimación y marcar para el porvenir una senda certera a nuestros Gobernantes.

## FACULTAD DE MEDICINA

### REFORMA DEL PLAN DE ESTUDIO

La Facultad de Medicina ha nombrado recientemente una comisión de profesores para que estudie y proponga las reformas que deben introducirse en el actual plan de estudios.

A muchos sorprenderá este nuevo movimiento reformista dentro de la Facultad. El plan vigente apenas comienza a dar sus pri-

# Bioplastina Serono

En ampolletas de 1 1/2 y de 5 c. c.

Emulsión de lecitina y lutinas (éteres de la colestestina)

## Reconstituyente Biológico Energico por vía hipodérmica

(Introducido en la terapéutica por el Profesor Serono)

<b>PROPIEDADES</b> . . . . .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despierta y estimula las fuerzas.</li> <li>Aumenta el peso del cuerpo.</li> </ul>
<b>INDICACIONES</b> . . . . .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tuberculosis inicial.</li> <li>Agotamiento.</li> <li>Anemia</li> <li>Raquitismo.</li> <li>Linfatismo.</li> <li>Convalecencia.</li> </ul>
<b>PARTICULARIDADES</b> . . . . .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicada en todas las edades.</li> <li>Es absolutamente indolora.</li> <li>Ninguna intolerancia: aún en las personas que no toleran los huevos.</li> </ul>
<b>POSOLOGIA</b> . . . . .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inyecciones diarias.</li> <li>Niños: Ampolletas de 1 1/2 c. c. } Inyectar 3 cajas de 10 ampolletas.</li> <li>Adultos: Ampolletas de 5 c. c. } Inyectar 3 cajas de 6 ampolletas.</li> </ul>

MUESTRAS Y BIBLIOGRAFÍA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS QUE LAS SOLICITEN

Dirigirse a: HIJOS DE ATILIO MASSONE,  
Claros 205 □ Casilla 3584 □ SANTIAGO

# Doctor:

¿Conoce Ud. el

# VITAMALZ

Si no: pídanos

# HOY MISMO

PRUEBA GRATIS

## LOBENSTEIN Y SCHALSCHA

Santiago Agustinas 1153  
Tel. 1225 Casilla 3718



**SOCIEDAD ANÓNIMA**  
**“Laboratorio Chile”**

(Fundado en 1896)

Fábrica de Específicos, Productos  
 farmacéuticos y Perfumería. = =

AV. ECUADOR 3555 — SANTIAGO

**Ampolletas para Inyecciones**

Constantemente nuevos preparados. Entre otros, tenemos de: Aceite alcanforado—Arrenal—Adrenalina—Agua bi-distilada—Cafeína—Calcio cloruro—Cocaina—Emetina—Ergotina—Esparteína—Estricnina—Mercurio bibromuro, biyoduro, cianuro, oxicianuro, etc.—Morfina—Sodio cacodilato—Sodio salicilato—Sodio yoduro—Suero antineurasténico—Urotropina, etc., etc.

**SALTEN.**—Agua Purgante Mineral.

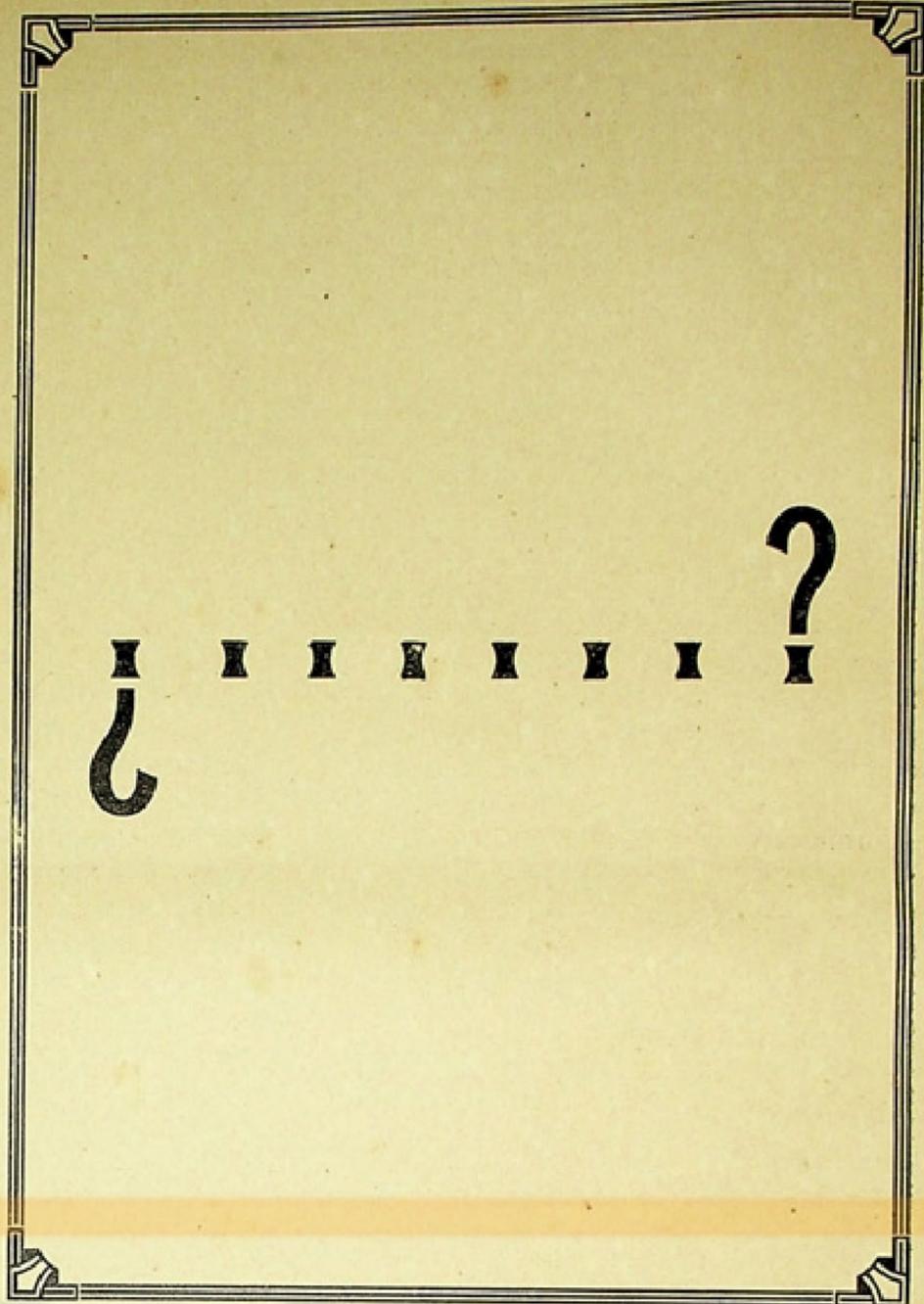
**HIDROMAGNESIA.**—La mejor leche de magnesia.

**GALEGACTOL.**—Comprimidos para aumentar la leche de las madres.

**HIERROBROMINA.**—Grajeas de sesquibromuro de Hierro, análogas a las de Hequet.

**BORAXOL.**—El jabón más sano para la toilette y para el aseo de los niños

**CODHIPOL.**—Tónico reconstituyente a base de extracto de hígados de bacalao y Jarabe de Hipofosfitos.



**Dr. Marco A. Sepúlveda R.**

**LABORATORIO CLINICO**

Bandera 736 Teléfono 233  
 Casilla 3659

**Sección microscopia y química**

**Orina** —Jugo gástrico, Excrementos, Excreciones. Líquidos patológicos, Esputos, Leche, Líquido céfalo-raquídeo.

**Sangre:** dosificaciones de urea, ácido úrico, colesteroína, glucosa, hemoglobina; recuento y clasificación de glóbulos, resistencia globular, etc.

**Sección serología y bacteriología**

Reacción de Wassermann, Reacción de Besredka.—Reacción de Weinberg.—Reacciones de Widal y de paratífus.

**Cultivos** para investigar difteria, fiebre tifoidea, gonococos, etc., etc.

Preparación de autovacunas. — Inoculaciones experimentales — Investigaciones al ultramicroscopio.

NOTA.—El Laboratorio está abierto de 8 A. M. a 10 P. M. y proporciona el material apropiado para el envío de las muestras.

**Elíxir**

**Dixi Leroy**

**Combinación Tánica Biyodada**

**Laboratorios**

**Recalcine**

meros frutos y tal vez se podría tachar de prematuro todo juicio definitivo que sobre él se formule.

Sin embargo, nosotros no pensamos así. Apreciamos en todo su noble significado esta preocupación de la Facultad para mejorar sus métodos y sus planes de enseñanza. En esto, como en todo, conviene no olvidar que nada es perfecto ni definitivo. Pero al mismo tiempo debemos tener presente que nada hay tampoco completamente inservible o defectuoso y que no ofrezca algunas ventajas positivas.

La inquietud y la precipitación serían en esta materia singularmente dañosas.

Es evidente que así como el plan antiguo tenía algunas ventajas, y en algunos aspectos muy visibles sobre el nuevo, éste último trae a sus indiscutibles conveniencias, algunos vicios que se pueden y se deben corregir.

La comisión de reforma está, pues, bien nombrada. Su utilidad dependerá del espíritu y del tino con que proceda. Deseamos, sobre todo, que no olvide esta verdad importantísima: el progreso no consiste sólo en cambiar, sino en mejorar. Así como es fatal la ilusión de que todo lo pasado fué mejor, es peligrosa la idea de que todo lo nuevo ha de ser por fuerza superior y preferible a lo viejo.

En nuestro modesto entender, la Facultad de Medicina, como todas las demás, debiera designar una comisión permanente, no digamos de reforma, sino de perfeccionamiento del plan de estudio y de los métodos

de enseñanza. Año tras año, esa comisión iría acumulando la experiencia adquirida en el desarrollo del plan de estudios y en la práctica de los métodos vigentes. De este conocimiento, en cierto modo experimental, ilustrado además con la experiencia de otros países, surgirían orientaciones renovadoras de grande y positiva utilidad. Así llegaríamos a tener un plan más o menos perfecto, es decir, que corresponda a los fines universitarios que se persiguen y a las condiciones y circunstancias de nuestro propio país.

LA OPINIÓN DE UN ESTUDIANTE

Damos a continuación la opinión que sobre este mismo asunto nos ha enviado un distinguido alumno de Medicina que acaba de terminar sus cursos.

Consideraciones sobre el nuevo plan de estudios de la Escuela de Medicina.

I. Creo que la falta de exámenes durante tres años tiene sus inconvenientes, por cuanto se le exige al alumno al final del 5º año un *tout de force* enorme dando 18 ramos en un corto plazo. Además, la excesiva libertad que significa para el alumno la falta de exámenes al final de cada año, y que todavía no se puede adaptar al espíritu nuestro, da como resultado que no se estudie con la constancia que requiere la Medicina.

II. Creo que el plazo para los estudios que hay que hacer desde el 2º año al 5º, es angustiado. Los alumnos van de clínica en

clínica como al través de una vista cinematográfica.

III. Hay muchos alumnos que hacen sus estudios después del bachillerato en forma desordenada. Ejemplo: hacen especialidad de niños en cuanto obtienen este título, sin tener idea de clínica y sin haber hecho siquiera antes Patología general. Sobre todo usan este sistema los que dan bachillerato en Octubre y que llevan el significativo sobrenombre de "anfíbios" y tratan de alcanzar a sus compañeros.

IV. El año obligatorio de internado, a manera de un buen postre, lo encuentro inmejorable, sobre todo para aquellos alumnos que hacen su internado en el Hospital San Vicente, pues siguen oyendo día a día las sabias lecciones del profesor.

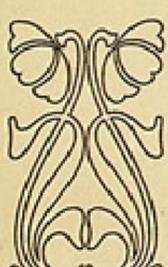
LA MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL

EN CHILE

Entre las enfermedades infecciosas de carácter epidémico, una de las pocas que aun no se ha establecido a firme entre nosotros, es la meningitis cerebro-espinal.

Se puede asegurar que no hay ni ha habido epidemias de meningitis en Chile. En cambio, la existencia esporádica de esta afección parece que ha quedado plenamente establecida.

Observaciones ya antiguas, que por desgracia no recibieron la comprobación bac-



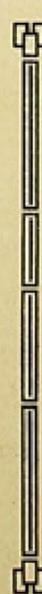
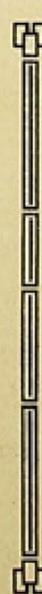
# Librería

# SALVAT

## Barcelona-Santiago



**NUEVAS OBRAS DE LA Editorial SALVAT S. A.**

<p><b>MANSON-BAR.—Enfermedades tropicales</b>, un tomo en cuarto mayor, de 812 páginas, magníficamente impreso, en pasta española. precio. \$ 78.00</p>		<p>formada y aumentada. Esta obra forma un tomo en cuarto mayor, de 590 páginas, ilustrado con 399 grabados en pasta española. Precio..... \$ 69.00</p>
<p><b>F. STÖHR.—Tratado de histología (Anatomía microscópica del hombre y técnica microscópica)</b> traducido de la décimovena edición alemana, re-</p>		<p><b>Dr. AUBAFET. — Anatomía bioscópica (Anatomía de superficie)</b> guía práctica de los puntos de referencia anatómicos. Precio..... 16.50</p>

**Calle Agustinas, 1056 (entre Ahumada y Bandera) — Santiago.**

## LA ADMINISTRACIÓN DE “LA CLÍNICA”

hace presente a los Sres. Avisadores que tienen contrato por varios números que las fechas para entregar el texto de lectura de sus avisos son: el 1.º y 15 de cada mes, como máximo, o sea, quince días antes de la publicación de la Revista.

En caso que en estas fechas no se entregue dicho texto, la Administración se reserva el derecho de publicar el mismo aviso del número anterior.

### A los Señores Médicos:

La Dirección de “LA CLÍNICA” pone en conocimiento de los Sres. Médicos del Norte, Centro y Sur de la República, que la Administración de esta Revista atenderá gratuitamente toda clase de encargos, referentes a libros, instrumental o cualquier dato sobre la profesión.

Escribanos y tendremos el mayor agrado en atenderlo.

# Styles y Compañía

FABRICANTES DE

## Muebles Quirúrgicos Asépticos

Almacén: BANDERA 580. ○ SANTIAGO ○ Fábrica: MAPOCHO 3155.  
Casilla 1249

### Ofrecemos construir muebles de diferentes modelos

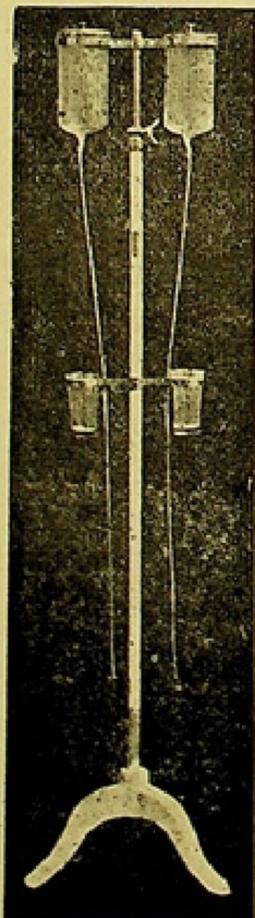
Nos esmeramos en el acabado, tanto respecto al esmaltado como del Niquelado. El esmalte no consiste de pintura blanca, sino de esmalte especial aplicado con brocha neumática y endurecido en un horno especial. El niquelado es una capa gruesa aplicada sobre una capa de cobre, cuando la pieza es de fierro o acero.

Nos permitimos encarecer a los interesados la conveniencia de inspeccionar cuidadosamente nuestros productos, pues sostenemos que no admiten comparación en cuanto a excelencia y perfección con otros similares que se fabriquen en el país.

EMBALAJE y EMBARQUE.—El embalaje de los muebles es hecho por un personal competente y con toda prolijidad, para así protegerlos contra un tratamiento razonable en el trayecto, de manera que no podemos aceptar responsabilidades por mermas, quebrazón o robos después de la salida de las mercaderías de nuestra bodega.

**NUESTRO LEMA:**

**IGUAL SINO MEJOR QUE LOS IMPORTADOS**



Irrigador completo con sus frascos con tapas, mangueras y porta cánulas

teriológica ni serológica, hacían sospechar en casos aislados la enfermedad a que nos estamos refiriendo. Son relativamente numerosos los casos registrados en nuestras clínicas de meningitis agudas supuradas que terminaron con la curación y que presentaron el cuadro clásico de la meningitis cerebro-espinal.

En el mes de Octubre del año próximo pasado, el Dr. don Marco A. Sepúlveda, en compañía del Dr. Casabellas, observó un caso de meningitis aguda que, previas las comprobaciones bacteriológicas, fué denunciado como meningitis meningocócica. En esta ocasión, la Dirección de Sanidad no pudo hacer, por su parte, comprobaciones de ninguna clase, porque no obtuvo los cultivos necesarios ni líquido céfalo-raquídeo del enfermo, pues éste había fallecido cuando los inspectores iniciaron su investigación.

A fines del mismo mes se presentó en la Clínica del Profesor Brockmann (Hospital de San Vicente), otro caso de meningitis aguda sospechoso de meningococia. El examen bacteriológico practicado por el Dr. Sepúlveda, comprobó la existencia de un meningococo: el meningo-coco B, según la nueva clasificación francesa. La Dirección de Sanidad, estudiando este mismo microbio, según el informe que se ha publicado recientemente, llegó a las mismas conclusiones que el Dr. Sepúlveda.

#### EL Dr. DANIEL CARVALLO

Recientemente ha ocurrido en Valparaíso el fallecimiento del Dr. don Daniel Carvallo.

El Dr. Carvallo era antiguo miembro del Cuerpo Médico de esa ciudad, donde había ejercido la medicina por largos años. Perteneció al Hospital San Juan de Dios y muchas de sus actividades las dedicó a contribuir a las obras de mejoramiento de los servicios higiénicos de Valparaíso.

Alejado desde hacía tiempo de las labores diarias de la profesión, muere a una edad avanzada, rodeado del afecto de sus vastas relaciones y del recuerdo de tantos a quienes atendió como médico abnegado y meritorio.

#### CONGRESO INTERNACIONAL IBERO-AMERICANO DE SEVILLA

Como ya lo hemos anunciado, la Facultad de Medicina designó los miembros de esa corporación para que la representara en el Congreso de Sevilla de Octubre próximo. El Supremo Gobierno, con fecha 7 de Mayo, decretó que los profesores designados por la Facultad, doctores Brockmann, Vargas Salcedo, Charlin y Monckeberg, asistían a dicho Congreso en representación oficial de Chile.

#### NOMBRAMIENTOS

Ha sido nombrado Ayudante de la Clínica Ginecológica, el Dr. Francisco Espinosa S.

Jefe de la Policlínica de Vías Urinarias ha sido nombrado el Dr. Waldemar Coutts.

Ayudante de la Clínica Urológica ha sido nombrado el Dr. Roberto Baltra G.

Médico del Hospital Manuel Arriarán ha sido nombrado el Dr. Guillermo Morales Beltrami.

Ayudante del Servicio de Cirugía del Hospital Roberto del Río ha sido nombrado el Dr. Francisco Espinosa S.

Ayudantes de la Casa Central de la Asistencia Pública han sido nombrados últimamente los doctores Marco A. Yávar, Jorge Soto y Mariano Bahamondes.

### De la retinitis albuminúrica en sus relaciones con la insuficiencia secretora de los riñones. Una hipótesis del trabajo concerniente al brightismo

por H. Chabanier, C. Lobo-Onell y Ch. Besnard

Las relaciones entre las lesiones renales crónicas y las alteraciones del fondo del ojo, han sido siempre motivo de importantes estudios. La idea de las relaciones que unen a ambas lesiones, dependiendo la lesión ocular del mal funcionamiento renal, no es muy antigua. En el año 1880, dos autores alemanes, Graefe y Leber sostienen

## EQUIPOS PARA HOSPITALES Y CLINICAS

Ofrezco para entrega inmediata y por fabricar al más bajo precio que se ha obtenido hasta ahora en el país, el siguiente material todo hecho en Chile.

Mesas para operaciones y exámenes.— Vitrinas para instrumental, con dos y tres cristales interiores.— Mesitas con cubierta de cristal, con y sin barandas, en distintos estilos y modelos, adaptables a todas las exigencias de una clínica o estudio médico.— Porta lavatorios de una, dos y tres tazas.— Porta irrigadores dobles.— Carros para transportar enfermos.— Biombos de fierro para separar camas.— Catres de fierro esmaltados blancos para clínicas y hospitales.— Carros para transportar útiles de curaciones.— Baldes con tapa de cierre automático, para algodones, etc.— Pañeras y consolas blancas y niqueladas para salas de toilette y clínicas.— Saliveras niqueladas para salas y pasillos.— Autoclaves de distintas potencias, verticales y a gas.— Porta-algodones para ginecologistas.— Baja-lenguas niquelados.— Diversas otras herramientas de fabricación sencilla y de uso diario en las clínicas y hospitales.— Sillas y bancos para salas de espera.— Etc., etc.

### GUSTAVO DUEÑAS

1559 - Av. Delicias - 1561 (Entre San Martín y Manuel Rodríguez)  
Teléfono 2944 - SANTIAGO - Casilla 3538

que la retinitis llamada albuminúrica o nefrítica se debe a una insuficiencia crónica de los riñones. El estudio más importante sobre la materia ha sido el hecho por Widal, Morax y Weil, donde establecen que la retinitis albuminúrica que aparece en el curso de la nefritis crónica está en relación con la azotemia. "La constancia de la retención azoada en nuestros enfermos atacados de retinitis nos autoriza a pensar que la retinitis llamada albuminúrica es, en realidad, al menos en la gran mayoría de los casos, una retinitis azotémica" (Widal). Y los autores sostienen que estas comprobaciones no sólo tienen importancia por cuanto establecen el mecanismo patogénico de la retinitis en estos casos, sino también porque dan importantes datos en cuanto al diagnóstico y pronóstico de las lesiones azotémicas crónicas del riñón. Después de estos trabajos y de los de Rochon-Duvigneaud, se acepta que "la retinitis llamada albuminúrica, elemento importante del síndrome brightico, está subordinada a la existencia de la insuficiencia crónica de los riñones".

Estudios personales hechos por Chabanier, Lobo-Onell y Besnard los han inducido a establecer un criterio distinto del de los autores antes citados. "Nuestras comprobaciones nos parecen poco en favor de una filiación de la retinitis albuminúrica frente a la insuficiencia secretora de los riñones" y después agregan que "en efecto, hay una independencia entre el estado de los riñones y la retinitis, ésta pudiendo existir en los sujetos cuya actividad secretora de los riñones es normal". Sobre 21 enfer-

mos con retinitis albuminúrica típica, 10 casos no presentaban ningún trastorno en el funcionamiento renal. Para ilustrar más el artículo, los autores acompañan varias observaciones muy interesantes y completas. Varias de estas observaciones se refieren a retinitis gravídicas, respecto de las cuales los autores insisten en que sólo son "una forma etiológica particular" de la retinitis albuminúrica. El conjunto de estas observaciones dejan ver la retinitis clásica de exudados blanquecinos maculares y hemorragias retinianas, se pueden encontrar fuera de toda alteración secretora de los riñones. Por otra parte, consideran los autores el hecho que la mitad de los enfermos que mueren de azotemias, no presentan lesiones del fondo del ojo (Widal y Weill). De todo esto los autores deducen que "no hay relación de causa a efecto entre la alteración secretora renal y la retinitis llamada albuminúrica. Las relaciones de la retinitis albuminúrica y de insuficiencia renal, son, pues, en todo, comparables a las relaciones de la hipertensión arterial y de esta última". Después de los trabajos de Widal, Vázquez, Lian Chabanier, etc., se acepta que la hipertensión arterial es independiente de la actividad secretora de los riñones. Se ha demostrado a este respecto dos hechos: grandes hipertensos sin lesiones renales, y la inversa, grandes renales sin elevación de la presión arterial.

"La hipertensión arterial y la retinitis albuminúrica, que son dos elementos de este síndrome clínico complejo que se designa a menudo bajo el nombre de brightismo, son

independientes de la actividad secretora de los riñones".

"Esta doble comprobación nos lleva a la conclusión que el soporte del brightismo no está en la alteración de los riñones, sino que debe ser buscado en un trastorno exterior al riñón mismo".

"Para precisar nuestra idea, el brightismo no sería en su esencia una enfermedad de los riñones, como se admite después de los estudios de Bright, y después de las enseñanzas de Dieulafoy, sino en cierto modo una enfermedad general que, según su giro, o según su gravedad, se asociarían en proporciones variables la hipertensión arterial, la lesión retiniana y la insuficiencia renal, realizando estos aspectos tan matizados que se observan en la clínica, y en que los más terribles, porque su evolución es más fulminante, parecen ser los que llevan la retinitis a exudados".

La sobrevida de los brighticos atacados de retinitis, es, en general, corta; esa es la impresión que deja el estudio de las observaciones de estos sujetos. Weill, en enfermos de esta naturaleza, ha visto que la sobrevida más corta es de cinco meses, y la más larga, de veintidós meses. "Vemos, dicen los autores, que la sobrevida de los enfermos que tienen una retinitis es muy inferior a la sobrevida media de los nefríticos que tienen una azotemia comparable, y que todo pasa como si la aparición de una retinitis impone una evolución más severa de los trastornos que presentan los brighticos, y especialmente la insuficiencia secretora de los riñones".

## A. JORRY

CALLE CARMEN, 9 — CASILLA 3421  
SANTIAGO DE CHILE

CORRESPONSAL DE LA CASA «COLLIN» — PARIS

### Stock en Jeringas y Agujas Hipodérmicas

#### INSTRUMENTAL DE CIRUGÍA

SURTIDO COMPLETO de: Agujas para Señoras y de Reverdin. — Bisturios. — Cucharillas y Cinceles. — Gurrías, Ganchos de Michel. — Navajas para Injertos. — Pinzas en todos los Modelos y Sistemas, surtidos de dimensiones y de varias marcas. — Palancas de Farabeuf. — Sierras de Farabeuf y de Gigly. — Repuestos para id. — Separadores. — Tijeras rectas y curvas todas las dimensiones. — Tijeras para los Huesos.

**Termocauterios. □ Aspiradores de Potain.**

Representante exclusivo de G. Boullitte. — París.  
Fabricante de los Oscilómetros de Pachon. Esfigmomanómetros de Vaquez y también de Estetoscopios y Fonendoscopios y muchos otros Aparatos Científicos.

**VIAS URINARIAS:** Dilatadores, Dedos de Goma, Jeringas y Olivas de Goma, Sondas de Metal, de Tisú seda (semi-rígidas) de Goma, en todos los estilos y números.

**LITERATURA MÉDICA:** Libros de Medicina, Suscripciones a las Revistas. Catálogos a disposición.

# YODOLEN

18

Preparación - yodo - orgánica con peptona contra la

Arterio-esclerosis

Crean los autores que, según la hipótesis que ellos han emitido, de considerar esta enfermedad primitivamente general, debe presentar este trastorno en los casos de los enfermos con retinitis un grado particularmente grave y serio.

En las siguientes consideraciones se basan los autores para apoyar la hipótesis del brightismo, y que ellos creen que es por ahora sólo provisoria.

"El brightismo, síndrome clínico complejo, tendría por substratum patogénico ciertas modificaciones del plasma sanguíneo. De estas modificaciones, verdaderamente complejas, actualmente una es bien conocida: la hipercolesterinemia, cuya constancia en los brighticos ha sido puesta de manifiesto por Chauffard, Guy Laroche y Gri-gaut.

"Serían modificaciones plasmáticas que provocarían las diversas determinaciones anatómicas o funcionales, cuyas manifestaciones clínicas componen el cuadro del brightismo, sin que sea posible precisar actualmente la modalidad de su acción. Se puede imaginar que es sobre todo la hipercolesterinemia eficiente, como Chauffard lo admite, para explicar la retinitis albuminúrica, y Lemoine y Gérard para explicar el ateroma".

"Por nuestra parte, pensamos que la acción patogénica depende de un conjunto de trastornos plasmáticos, entre los cuales la hipercolesterinemia no es sino uno de ellos o aun sólo un testimonio".

Los autores piensan que las infecciones

o las intoxicaciones que se han señalado como causas indirectas y que obrarían a largo plazo, determinarían éstas las alteraciones plasmáticas a las cuales le atribuyen la génesis del brightismo. En apoyo de su manera de pensar, citan el caso del brightismo gravídico y del sifilítico. Hacen notar que en ambos casos se encuentran estas alteraciones plasmáticas que darían origen al síndrome. En la auto-intoxicación gravídica se encuentran precisamente, la hipercolesterinemia, la hipertensión arterial, la insuficiencia renal y la retinitis. En los sifilíticos, hay un problema del más alto interés por resolver. La sífilis se encuentra con mucha frecuencia en los antecedentes de los renales, y son muchos los que culpan a esta infección de ser una de las causas del síndrome. Los autores creen que la sífilis en estos casos determinaría en el plasma las alteraciones que darían origen al brightismo. Aun adelantan que este trastorno se establecería precozmente en el sifilítico, en los cuales es frecuente la hipercolesterinemia cuando la infección tiene más de un año (Gaucher, Baris y Desmouliers).

Concluyen los autores diciendo que "la concepción del brightismo que proponen, si está lejos de estar sólidamente cimentada, concuerda al menos con ciertos datos que se pueden dar como bien establecidos". Por lo demás, la presentan como una hipótesis provisoria, como una hipótesis de trabajo.

(La Presse Médicale, N.º 11, París, 1924).

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

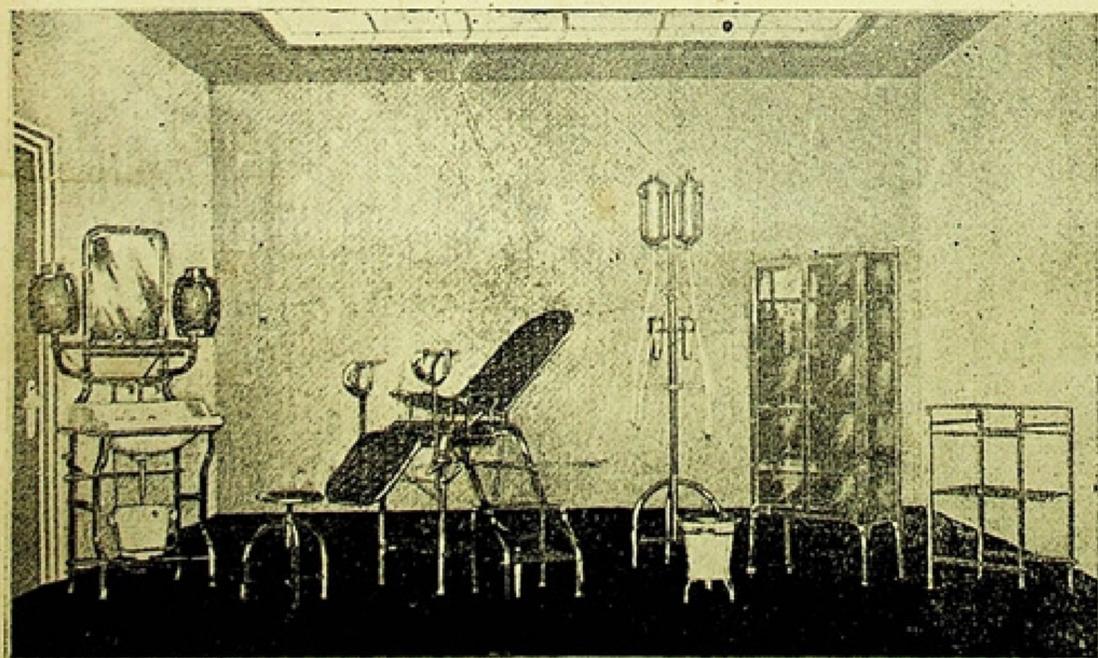
Todas las colaboraciones deben ser dirigidas al Secretario General de la Redacción. Maestranza 463. Teléfono 229. Santa Elena.

En la mañana en el Hospital Clínico "S. Vicente de Paul".

## EL PORVENIR

Fábrica e Importación de Muebles Quirúrgicos y Asépticos de Naftaly Ho Ward Ltda.

PEDREGAL N.º 7 — TELÉFONO 1307 — CASILLA CORREO — SANTIAGO



La buena fe y la confianza que hemos sabido inspirar en nuestra clientela es la base de nuestro éxito.

Rogamos a los señores médicos, dentistas y estu-diantes de medicina se sirvan visitar nuestra sala de exposición.

Atendemos todo pedido del interior con prontitud.

Avisamos que nuestra fábrica continúa atendiendo a su clientela en su antiguo local, Pedregal 7; hacemos la siguiente aclaración en vista de que personas mal intencionadas han avisado por la prensa el cambio de nuestro domicilio.

La publicación de nuestro aviso responde al propósito de presentar a los señores médicos, dentistas y estudiantes en forma sucinta un selecto conjunto de Muebles Quirúrgicos y Asépticos.

Nuestro Establecimiento fabril ubicado en la calle Pedregal N.º 7 el más importante en su género y mon ado éste, con todos los elementos indispensables que nos coloca a la altura de las mejores Fábricas Europeas de artículos Sanitarios, nos encontramos en condición de fabricar todo lo que concierne a Instalaciones Completas de Hospitales, Sanatorios, Policlínicos y Consultorios Médicos en general.

Condiciones de venta con grandes facilidades de pago.

### IMPORTACIÓN

y reparación de Rayos X, Radiológicos, Diatármicos y ELECTRO MÉDICO en general

### NIQUELACIÓN

de toda clase de Instrumentos y ÚTILES DE CIRUGÍA

### INSTALACIÓN

Consultorios médicos, Hospitales, Sanatorios, Policlínicos y LABORATORIOS

# ANIMASA

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

## 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

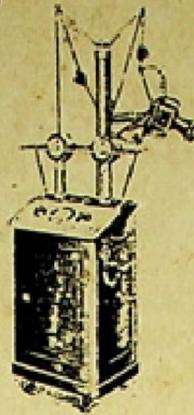
Organoterapeutische Werke

HEVENKIRCHEN en Oldenburg  
(Alemania)

Introducción y Concesionario  
exclusivo para Chile:

L. ARENSBURG - Santiago

CASILLA 5037



## Sección Siemens & Halske:

APARATOS DE RAYOS X  
para diagnóstico y terapia  
Instalaciones completas

Aparatos Electromedicinales,  
como pantostatos, electrocardiógrafos, aparatos diatérmicos, etc.

### APARATOS HELIOTERÁPICOS

como lámparas de cuarzo,  
baños de luz, etc., etc.

Sírvase visitar nuestra Exposición,  
donde encontrará Ud. todo lo  
relacionado con la Electro-Medicina

¡SOLICITE FOLLETOS Y CATÁLOGOS!

## Siemens-Schuckert Stda.

CÍA. DE ELECTRICIDAD

SANTIAGO — Huérfanos 1041

Valparaíso - Concepción

Valdivia

Antofagasta-Iquique



# “LA CLÍNICA”

se imprime en los talleres de la

# “IMPRENTA CHILE”

— SANTIAGO - CHILE —

Morandé 767 - Teléfono 1574 - Casilla 120

Impresión de REVISTAS, MEMORIAS, FOLLETOS,  
RECETARIOS, ETC.

PUNTUALIDAD EN LA ENTREGA DE TRABAJOS

ASISTENCIA PÚBLICA—CASA CENTRAL

## ÚLCERAS DEL ESTÓMAGO Y DUODENO PERFORADAS EN PERITONEO LIBRE (1)

por el Dr. Félix de AMESTI

Médico-Jefe de la Asistencia Pública. Cirujano del Hospital San Juan de Dios.

Antes de la era operatoria de la úlcera perforada del estómago, que se inicia el año 1880, fecha en que Mickulicz practica la primera sutura de ella, la mortalidad de esta afección era casi del 100%. El mejor conocimiento de tan dramática complicación abdominal y la operación precoz, han reducido enormemente su mortalidad, a tal punto, que hoy día podemos decir que una úlcera del estómago o duodeno perforada y tratada por la intervención cruenta dentro de las primeras horas que siguen a la ruptura, casi seguramente va a terminar con la mejoría del paciente.

### ETIOLOGÍA

La perforación es una complicación relativamente frecuente de las úlceras gástricas, y sobre todo duodenales, de tal manera, que médicos y cirujanos tenemos la obligación de saberla reconocer desde el primer momento de nuestro examen, para darle el único tratamiento adecuado: la laparatomía precoz.

Es muy difícil poder asegurar, aun en forma aproximada, la frecuencia de esta complicación entre nosotros. Por lo que respecta a los casos presentados en la Asistencia Pública, puedo decir que en los últimos 6 meses se han diagnosticado y tratado operatoriamente 5 casos de esta naturaleza.

Según las estadísticas americanas e inglesas, las perforaciones del duodeno son tres veces más frecuentes que las del estómago, contrariamente a lo que dicen los cirujanos franceses, quienes de 86 observaciones publicadas hasta 1920, cuentan 56 perforaciones gástricas y 32 duodenales. Entre nosotros, son tal vez más frecuentes las perforaciones gástricas. En términos generales, podemos asegurar que la mayoría de las úlceras se perforan en la zona yuxtapilórica. Es más frecuente en los hombres que en las mujeres y en esto están de acuerdo todas las estadísticas publicadas. El máximo de frecuencia se observa entre los 20 y 40 años, es decir, en el período más activo de la vida.

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los datos que tenemos al respecto se deben en su mayoría a las constataciones operatorias, que, por lo demás, son las que nos interesan especialmente.

#### 1º. — La Perforación

Tres hechos debemos tener presente en nuestra mente al intervenir: 1º. que ella se

sitúa, casi siempre, en la cara anterior del estómago o duodeno; 2º que su sitio de predilección es la zona pilórica o adyacente al píloro; y 3º que las perforaciones de la pequeña curvadura, siguen a las anteriores en orden de frecuencia. Las estadísticas nos revelan que del total, 3/5 pertenecen a las primeras y 1/5 a las segundas. En cuanto a la frecuencia de las perforaciones duodenales, que como hemos dicho, para los cirujanos anglo-americanos serían las más numerosas, debemos hacer notar que durante el acto operatorio es muy difícil a veces darse cuenta exacta de si la perforación está del lado del duodeno o del píloro, por lo cual es conveniente agruparlas a todas estas en un solo grupo, que se puede llamar yuxta-pilórico. En pleno duodeno, las perforaciones más corrientes son las de la cara anterior de su primera porción. De todo esto se desprende un hecho verdaderamente práctico para el cirujano que abre el vientre, buscando una perforación gastro-duodenal: que la exploración debe encaminarse en un primer momento a la cara anterior de la zona yuxtapilórica; si ella resulta negativa, examinará la pequeña curvadura; en seguida abordará la cara posterior del estómago y duodeno, pues las perforaciones en este sitio representan el 10% del total y por último, examinará la zona vecina al cárdias que cuenta con un 5%. Las úlceras de los otros segmentos del duodeno y las perforaciones múltiples, son sumamente raras.

El tamaño de la perforación parece no guardar ninguna relación con la violencia del cuadro sintomático, pues aquellas que apenas son puntiformes, producen un dolor tan atroz y característico, como el de las grandes rupturas que dejan escapar a chorros el contenido estomacal.

El contorno de la perforación es casi siempre de bordes redondeados, romos y tallados en una zona callosa más o menos extensa. En nuestras tres observaciones personales, todas ellas se situaban en el tejido calloso: dos en la zona yuxta-pilórica, y la tercera, en la pequeña curvadura; en esta última, que aceptaba fácilmente la entrada de dos dedos, la zona callosa era enorme: se extendía desde el píloro hasta el cárdias y tomaba una gran parte de las caras anterior y posterior del estómago. Otras veces, la úlcera se perfora en "saca-bocado", en tejido gástrico de aspecto y consistencia normal; como sucedió en el primer caso que tuve la ocasión de observar, el año 1919, en la Asistencia Pública: se trataba de un joven de 32 años, sin antecedentes gástricos precisos, y que súbitamente experimenta un dolor violento en el hueco epigástrico, que le hace perder el conocimiento. Fué llevado a la Asistencia Pública, cuatro horas más tarde, con tres centigramos de morfina, a pesar de lo cual, el dolor le hacía arrancar gritos angustiosos: la contractura del vientre era generalizada, vientre de madera; el dolor en ese momento tenía su mayor intensidad en la fosa ilíaca derecha. Sospechando una apendicitis aguda, el cirujano que intervenía, practica una laparatomía para-rectal derecha: el apéndice tenía aspecto normal,

pero había un líquido mucoso derramado en la cavidad peritoneal; el cirujano agranda la incisión hacia arriba, descubriendo una perforación de la cara anterior del estómago, del tamaño de una lenteja, perfectamente redonda, tallada en saca bocado en tejido gástrico de aspecto y consistencia normales, por donde escapaba el mismo líquido que se había colectado en la fosa ilíaca derecha. Fué éste el primer caso de úlcera perforada, de que tengo noticias, que se operó en la Asistencia Pública.

Muchas veces, la perforación no aparece de inmediato a la vista del cirujano, porque los órganos vecinos, epiplón, hígado, etc., se encargan de ocultarla, cubriéndola parcial o totalmente. Fué esto lo que aconteció en la observación tercera de nuestra serie: al abrir el peritoneo había gran cantidad de contenido estomacal derramado en el abdomen; sin embargo, la perforación que tenía el tamaño de una moneda de 20 centavos, se hallaba cubierta por el lóbulo derecho del hígado, con el cual la unían adherencias recientes.

#### 2º. — Naturaleza del líquido derramado en la cavidad abdominal

Es muy variable de aspecto y calidad, dependiendo del contenido del estómago en el momento de la perforación y del tamaño de ésta. En nuestros dos primeros casos, las perforaciones, que eran pequeñas, habían dado salida a escasa cantidad de líquido mucoso, aireado; en el tercero, por el contrario, la perforación muy amplia, había permitido que escapasen toda clase de alimentos y líquidos, que el paciente había ingerido momentos antes de iniciarse el proceso, con el fin de calmarse los dolores que sentía. No es raro encontrar bilis, sobre todo en las perforaciones del duodeno.

En aquellos casos en que se interviene con diagnóstico errado, comúnmente por apendicitis aguda, es importante examinar con atención la naturaleza de este líquido y conocer sus principales características, que harán encaminar nuestro examen al sitio posible de la lesión en causa. Generalmente, éste es inodoro, de aspecto variable, ya sea simplemente mucoso, teñido de bilis y casi siempre salpicado de burbujas aéreas. En los casos de apéndice perforado, el líquido es de olor fecaloideo característico. Pero, no siempre encontraremos líquido derramado, y esto no excluye, naturalmente, la idea de perforación de úlcera, puesto que ella puede ser posterior y el líquido estar colectado en la retrocavidad de los epiplones, o bien, que la perforación sea tan pequeña, que el líquido no haya podido escapar o, por último, que algún órgano vecino se haya encargado momentáneamente de evitar la salida de él. Todos estos hechos deben estar presente en nuestra mente al intervenir en un enfermo que presenta la sintomatología de perforación gastro-duodenal. Cuando las adherencias de los órganos vecinos son precoces, y suficientes para dejar enquistado el contenido gástrico, el paciente puede salvarse de la peritonitis difusa, término fatal

(1) Conferencia dada el 4 de Mayo.

en esta variedad de perforaciones viscerales, sobreviviendo entonces la formación de un absceso de naturaleza casi siempre pútrida y que en la mayoría de los casos se localiza en los espacios inter-hépatogástrico derecho e izquierdo.

El examen bacteriológico del derrame, es un estudio que, como se comprende, tiene mucho valor, pero que, desgraciadamente, se ha practicado en contadas ocasiones. Para la mayoría de los autores, en las primeras horas que siguen a la perforación, este líquido está desprovisto de bacterias, y aun para algunos, como Maynihan, sería poseedor de un fuerte poder destructor de microorganismos. Pero, esto no es absoluto, puesto que existen observaciones publicadas de casos operados en las tres primeras horas y en los cuales el examen del líquido demostró su naturaleza microbiana.

En cuanto a la gravedad que pueda revestir el caso, Duval insiste en que ésta no se debe a la presencia de los bacterios, sino a la toxicidad propia del derrame.

Se han encontrado numerosas variedades de microorganismos en él: los más frecuentes han sido el estreptococo y el colibacilo. Excepcional gravedad han revestido aquellos casos en que se constató la presencia del estreptococo hemolítico.

### SINTOMATOLOGÍA

"Cuando una úlcera se perfora, dicen Mondor y Lauret, la irrupción del contenido gastro-duodenal en la cavidad peritoneal, se traduce por un síndrome doloroso agudo, de aspecto clínico notablemente fijo: el dolor es súbito, atroz, la contractura rígida de la pared abdominal y la viva sensibilidad de ésta a la menor palpación, constituyen los elementos esenciales de este síndrome. Si a esto hay que agregar la existencia de antecedentes gástricos precisos, el cuadro puede ser considerado como inmediatamente sugestivo".

El paciente se presenta a nuestro examen en un estado de gran angustia y agitación, lanzando exclamaciones dolorosas, a veces después de la administración de varios centigramos de morfina, que en nada han conseguido aminorar sus sufrimientos; guarda una actitud rígida de todo su cuerpo; la respiración es agitada, superficial, de tipo netamente costal; la cara se halla cubierta de abundante transpiración, y por último, el vientre está totalmente contracturado. He ahí el cuadro clásico, corriente, de una perforación del estómago o duodeno, observada en las primeras horas que siguen a la ruptura. Mas tarde, en plena peritonitis, sólo los conmemorativos de la forma como se inició la enfermedad, nos pueden hacer presumir esta complicación. Los autores han descrito diversos períodos en el síndrome de perforación: el estado de shock se establecería en las primeras horas; después vendría un período de calma relativa, y por último, el de peritonitis franca. Esta división tiene un valor aproximado. Es importante, sin embargo, conocer que en algunas ocasiones puede sobrevenir una cierta remisión en la brusquedad de la crisis aguda,

para hacer el diagnóstico, cuando tengamos que examinar un paciente en estas condiciones. En el tercer enfermo operado por nosotros, al examinarlo por primera vez en compañía del colega Dr. Inostroza, más o menos 6 horas después de la ruptura, los signos subjetivos hacían falta de tal manera, que sólo un detenido examen del paciente y el análisis de su sintomatología anterior, nos permitió asegurar el diagnóstico que, horas más tarde, fué comprobado en la operación.

Estudiaremos separadamente los tres síntomas cardinales, en los cuales debemos fundar nuestro diagnóstico.

#### 1º. — El dolor

En la mayoría de los casos, el dolor que Dieulafoy llamó "coup de poignard": súbito, tan intenso, que muchas veces hace perder el conocimiento y que aun podría provocar la muerte (obs. de Pauchet). Este dolor, que a veces se acompaña de sensación de muerte inminente, no falta casi nunca y se localiza en el epigastrio o ligeramente a la derecha de él. En las perforaciones duodenales, sobre todo, el individuo pasa del estado de salud perfecta en que se encontraba, al de sufrimiento más atroz. Es corriente encontrar que las perforaciones gástricas se anuncian por una exacerbación brusca de la sintomatología de úlcera crónica habitual. De allí que sea de todo punto necesario para un paciente con úlcera gástrica antigua, que experimente un agravamiento súbito en su sintomatología, que se ponga en inmediato reposo y observación, y el tratamiento quirúrgico, en este momento, adquiere el valor de imprescindible. Esta sintomatología premonitoria de la perforación, la pudimos constatar en nuestros tres enfermos. En las perforaciones duodenales o yuxta-pilóricas, el dolor, que en un primer momento se localiza en el epigastrio o su vecindad, se irradia bien pronto hacia la fosa ilíaca derecha; y son estos casos los que con más frecuencia van a equivocar nuestro diagnóstico, haciéndonos aceptar con facilidad la idea de apendicitis aguda.

#### 2º. — Rigidez de la pared abdominal

Es el síntoma de mayor valor, el que no falta casi nunca: es tan característico, que pocas veces nos es dado observarlo en forma tan absoluta, en otras afecciones agudas del abdomen. La pared del vientre se halla totalmente contraída; a la palpación nos da la sensación de un "vientre de madera" que no se modifica con la inyección de varios centigramos de morfina. En las primeras horas, esta rigidez es sobre todo intensa en la zona supra-umbilical y aun en aquellos casos en que el dolor es más pronunciado en la fosa ilíaca derecha, un examen cuidadoso del paciente nos puede revelar que la contractura alcanza su grado máximo en la zona epigástrica o en el hipocondrio derecho.

#### 3º. — Antecedentes gastro-duodenales

Se encuentran señalados en el 90% de las observaciones publicadas. Hay que recordar,

que la gran mayoría de las úlceras que se perforan son antiguas, callosas y que necesariamente se han manifestado con su cortejo sintomático característico. Dos de nuestros enfermos sabían que eran portadores de úlcera gástrica y se habían sometido a prolongados tratamientos médicos. El paciente de la observación N.º 1, que presentaba trastornos gástricos desde hacía años, era tratado por una afección de las vías biliares.

\* \* \*

Además de estos síntomas cardinales de perforación gástrico-duodenal, existen otros de menor valor. Los vómitos se les constata en el 50% de los casos; generalmente hacen su aparición momentos después de producida la ruptura. Pueden ser mucosos, biliosos o alimenticios y sin duda, son más corrientes en las úlceras duodenales perforadas. No existe, al parecer, ninguna relación de ellos con el sitio de la perforación gástrica. La hematemesis es muy rara, y cuando se observa, el cuadro reviste especial gravedad.

La hiperestesia cutánea, que los cirujanos ingleses y americanos colocan entre los síntomas capitales de las perforaciones que tratamos, en realidad pocas veces falta, pero su única característica sería su localización supra-umbilical.

La sonoridad pre-hepática tiene un valor positivo cuando se la constata en las primeras horas, adquiriendo mucho más valor si ella va acompañada de un vientre sin meteorismo. Se encuentra descrita en el 60% de las observaciones publicadas. En cuanto a los signos propios del derrame de líquido en el abdomen, es raro que se les observe en las primeras horas.

Kulenkamp le da gran importancia al dolor localizado en el fondo de Douglas; Faure, al dolor escapular o inter-escapular; de Quervain, al signo del cordial, es decir a la sensación de muerte próxima que experimenta el paciente.

Aisladamente, estos signos tienen un valor muy relativo y en ningún caso esperamos la aparición de ellos para hacer el diagnóstico de úlcera perforada.

#### El pulso, la temperatura y la respiración

Las modificaciones que desde el primer momento experimenta la respiración, son características, no guardando relación con el pulso y temperatura que permanecen a veces inalterables. Es una respiración corta y rápida, netamente costal: el abdomen no sufre el menor movimiento con las excursiones pulmonares, debido a que tanto el diafragma como los músculos abdominales, se hallan en estado de contracción tetánica. Para Hartmann, cuando esta respiración de tipo costal hace su aparición precozmente, sin otros signos de peritonitis, tendría un gran valor diagnóstico. En nuestro segundo operado este signo era de lo más típico. El pulso y la temperatura pueden sufrir alteraciones, pero son poco características. El pulso, en las primeras tres horas se hace rápido,

sobre todo si el enfermo está en estado de shock, después se hace normal, hasta el momento en que hace su aparición el cuadro de peritonitis franca. La temperatura, durante el estado de shock, puede ser subnormal, después asciende progresiva y lentamente, en raras ocasiones excede de 38 a 38½ grados. No debemos, pues, buscar en estos casos, pulso rápido y temperatura elevada para tomar la actitud necesaria, ya que por lo general los signos de perforación se acompañan de pulso y temperatura normales, en la mayoría de las veces.

¿Qué evolución va a tener una úlcera perforada, abandonada a su propia evolución? En el 90% va a terminar por la peritonitis difusa y la muerte del enfermo dentro de las primeras 24 o 48 horas. Uno de 100, salvará de ella, mediante la formación de un absceso sub-frénico o de la retro-cavidad de los epiplones.

### DIAGNÓSTICO

Habitualmente se impone por su sintomatología tan característica: dolor súbito, atroz, localizado en la región supra-umbilical; contractura total de la pared abdominal y antecedentes gástricos anteriores. Aisladamente, es la rigidez muscular la que tiene la mayor importancia diagnóstica, pues cuando ella existe en la forma anotada, es evidente que hay una lesión grave de las vísceras abdominales que necesita de una operación inmediata. No existe lesión abdominal que dé lugar a una contractura muscular tan característica.

¿Cuáles son las afecciones que pueden confundirse con la perforación de úlcera gástrica o duodenal? Entre las enfermedades extra-abdominales debemos recordar ciertos tipos de neumonía y pleuresías diafragmáticas, que suelen manifestarse en el primer momento, con sintomatología abdominal: dolor intenso en la zona supra-umbilical, especialmente en el hipocondrio derecho y rigidez de la pared del vientre. En estos casos, faltan los antecedentes gástricos y el dolor no tiene la marca clásica del "coup de poignard" de Dieulafoy; por el contrario, la rigidez muscular puede ser tan intensa, como la observada en las perforaciones de úlceras. Es, pues, de absoluta necesidad examinar en estos casos con toda detención el árbol respiratorio del paciente. Entre las afecciones agudas del abdomen hay una, que es muy frecuente confundir con la úlcera perforada: la apendicitis aguda. Este error se suele cometer en los casos de perforación de úlceras yuxta-pilóricas, variedad que muy a menudo produce dolor en la fosa iliaca derecha, y aun rigidez muy acentuada en esta región; si a esto debemos agregar la no existencia de síntomas gástricos característicos, es muy fácil pensar en apendicitis aguda. Naturalmente que nos referimos a la confusión diagnóstica de las primeras horas que siguen a la iniciación del proceso: en plena peritonitis, la confusión se hace con mayor frecuencia. A pesar de todo, si cuidadosamente procedemos a analizar el cuadro de ambas afecciones, veremos que en la úlcera perforada el dolor es desde el primer

momento atroz; en la apendicitis, es progresivamente creciente; además, el sitio donde aparece el dolor de úlcera perforada, es infra-hépto-gástrico; etc.

Citaré sólo de paso otras afecciones agudas del abdomen que pueden prestarse a confusión. En las mujeres, la ruptura de un quiste del ovario ha solido inducir a este error; en estos casos, sin embargo, la contractura muscular está casi siempre localizada en el bajo vientre. Las rupturas de embarazos ectópicos tienen, por lo general, una sintomatología muy típica: palidez, fatiga, pulso hemorrágico, etc. Igual cosa sucede con las oclusiones intestinales, trombosis de los vasos mesentéricos y pancreatitis aguda. Sabemos que estas tres enfermedades tienen síntomas semejantes en muchas ocasiones. El error es más posible de cometer cuando sobreviene una perforación en la vesícula biliar, y aun en ciertas formas extraordinariamente agudas de inflamación de este órgano. Recientemente hemos cometido tal error en un enfermo que en realidad era portador de una vesícula gangrenosa.

Pero en último análisis, siempre que procedamos a practicar la laparatomía precozmente, estos errores no tienen la importancia práctica que algunos imaginan, ya que ellos se corrigen con el vientre abierto, procediendo a una exploración metódica de él. El gran peligro en estos casos está en la indecisión del cirujano que prefiere hacer un diagnóstico de certeza, y entonces solamente intervenir con pocas probabilidades, por cierto, de salvar la vida de su enfermo. Es mil veces preferible practicar una laparatomía inútil que efectuar una laparatomía tardía.

### TRATAMIENTO

"La operación de urgencia por úlcera gástrica o duodenal, debe tratar de ser, dice el Prof. Lécène, como toda operación practicada en iguales circunstancias, simple y rápida". Este es el concepto que domina en los círculos quirúrgicos del mundo entero y del cual no nos debemos apartar. En realidad, estos enfermos portadores de esta terrible complicación abdominal, generalmente están en estado de shock, más o menos intenso, del cual difícilmente podrían escapar, si se les somete a una intervención larga y complicada.

Pasaremos en revista rápida los numerosos procedimientos que se han ideado y puesto en práctica, desde la fecha en que Mickulicz efectuó la primera sutura de una úlcera perforada. Como decimos, la sutura constituye el método más antiguo y el más simple para tratar esta enfermedad. La podemos verificar en dos planos: el primero, con puntos perforantes, y el segundo, sero-seroso; o bien, la inversión de la perforación bajo una doble sutura sero-serosa, reforzada por el adosamiento de un trozo de epiplón; naturalmente, estos puntos de sutura deben ser hechos en tejido sano. Este último procedimiento es el más seguro, ya que la sutura de la perforación misma es difícil en la mayoría de los casos, puesto que la

perforación está casi siempre colocada en una zona más o menos amplia de tejido calloso, que dificulta las tentativas para suturarla. Esto mismo hace desechar el procedimiento muy en uso, de reseca los bordes de la perforación, en especial si la zona callosa es muy extensa. Si la úlcera perforada se encuentra implantada en tejido sano, hecho que acontece pocas veces, se puede, sin inconveniente, suturar los labios de la perforación, agregando un segundo plano de refuerzo, que tomará únicamente la serosa. Como material de sutura se prefiere la seda, porque da mayor garantía de solidez.

¿Debe terminarse la intervención con una gastro-enterostomía? En las perforaciones yuxta-pilóricas, es indispensable si la naturaleza callosa de la úlcera y los diversos planos de sutura han reducido el calibre del píloro. El Prof. Lécène, la considera siempre indispensable. Además, la gastro-anastomosis en estos casos, evita la tensión peligrosa a que va a ser sometida la zona de suturas después de la operación, sirviendo de drenaje fácil para el contenido gástrico. Si la perforación se ha hecho en tejido gástrico de consistencia normal y las maniobras del cirujano no han determinado estrechez pilórica, es aconsejable no practicar la gastro-enterostomía.

La termo-cauterización, al igual que la resección de los bordes de la ruptura, tiene el inconveniente de alargar y complicar el acto operatorio sin ninguna ventaja positiva; muy por el contrario, expone a que el contenido gástrico escape al efectuarla e inunde de sangre el campo operatorio. En cuanto a las resecciones más amplias del estómago, que preconizan algunos autores, entre otros Duval, deben ser desterradas de esta cirugía de urgencia, por ser intervenciones largas y complicadas. Debemos recordar que estos pacientes no están en condiciones de soportar, sino operaciones cortas y sencillas. El taponamiento con gasa de la perforación, debe ser reservada a aquellos casos en que es materialmente imposible hacer una cosa mejor, por la situación inabordable de la perforación o las adherencias invencibles de los órganos vecinos.

¿Debemos drenar la cavidad abdominal? Si la operación ha sido efectuada precozmente, antes de la 10.ª hora, no tiene objeto, pero, siempre que estemos satisfechos de la toilette de la cavidad abdominal. Si al operar, encontramos grandes cantidades de contenido gástrico y ya han transcurrido muchas horas, es prudente drenar los puntos más declives del abdomen, o bien aspirarle cuidadosamente. Si no estamos seguros de la obturación efectuada, drenaremos la región vecina, teniendo cuidado de no apoyar el tubo o gasa en la zona suturada, pues nos expondríamos a una complicación grave: la fistula gástrica o duodenal. En nuestros dos primeros enfermos, que fueron operados antes de la 6.ª hora, no dejamos drenaje abdominal; nos contentamos con verificar una cuidadosa limpieza de la cavidad y terminar la intervención con la sutura total de la herida de laparatomía. Ambos pacientes tuvieron una convalecencia sencilla. Por lo demás, esta es la práctica que si-

güen los autores de más autoridad. En el tercer enfermo, que operamos tardíamente, con enorme cantidad de líquido, alimentos y pus, derramados, que llenaban gran parte del abdomen, drenamos en los puntos más declives.

### ¿Qué anestesia debemos emplear?

Sin lugar a dudas, la anestesia general. Al abrir el vientre por una afección tan aguda como es la perforación de úlcera, no podemos estar seguros de las maniobras que vamos a efectuar ni los diversos sitios de la cavidad que necesitan ser sometidos a nuestro examen. Por nuestra parte, hemos empleado la eterización administrada con el excelente aparato de Ombredanne. La anestesia raquídea es infiel; además, estos enfermos están en shock más o menos intenso que contraindica el uso de esta anestesia.

\* \* \*

Para terminar voy a referir en forma breve, las observaciones de los tres enfermos a que he hecho mención en la lectura de este trabajo:

OBSERVACIÓN N.º 1. — J. M. S. — sexo masculino — de 42 años; sin antecedentes hereditarios de importancia. A la edad de 20 años comienza a sufrir de alteraciones gástricas, en forma intermitente, pues tiene periodos de salud perfecta, que duran de 4 a 6 meses. Estos trastornos son en aquella época, de carácter vago: dolores poco intensos en el hipocondrio derecho, pirosis, arcadas y en ocasiones, vómitos biliosos muy ácidos y diarreas; su apetito era exagerado. Durante largo tiempo fué tratado por una afección de las vías biliares. En el comienzo del año 1922, estos trastornos se exacerbaban, haciéndose continuos, en especial sus dolores, que no se presentaban en relación con la ingestión de alimentos; pierde por completo el apetito y enfleaquece. El día 11 de Julio de ese año, sus molestias gástricas, y en especial los dolores, sufren una exacerbación repentina; con reposo y la medicación habitual, cree sentirse mejor. Al día siguiente, en circunstancias que se dirigía a almorzar, experimenta, de improviso, un dolor terrible en el epigastrio, con irradiaciones a la espalda derecha y que el paciente llama desgarradura del estómago. En su casa se le administran 2 cent. de morfina que en nada alivian al paciente. Acude a la Asistencia Pública quejándose dolorosamente. Nos llama la atención la inmovilidad que trata de guardar en la mesa de examen: en todo momento acostado de espaldas, con las piernas flectadas sobre los muslos y éstos sobre la pelvis; el menor movimiento le exacerba sus dolores. La cara está cubierta de transpiración; la respiración es el tipo costal; pulso de 84; temp. normal. Abdomen de tabla, totalmente contraído: la menor palpación provoca en el paciente agudos sufrimientos, en especial cuando se examina el epigastrio.

*Diagnóstico: Úlcera gástrica perforada.* Se procede de inmediato a operarlo, es decir, 4 horas después de iniciado el cuadro agudo. Operación bajo anestesia general etérea. Se practica una laparotomía media supra-umbilical. Derramado en el abdomen existe líquido en pequeña cantidad; mucoso, incoloro, aireado, que escapa por una perforación yuxta-pilórica de 1/2 centímetro de diámetro, colocado en una zona callosa, que abarca gran parte del píloro. En un primer momento, quisimos obturar la perforación, colocando puntos de catgut en los labios de ella, pero el tejido acartonado de la úlcera se desgarraba al menor intento de adosamiento, viéndonos obligados a abandonar este procedimiento. Con puntos separados de catgut practicamos una invaginación en sentido vertical de la ruptura y sobre este primer plano, un segundo en el mismo sentido, y para reforzar, un trozo de epiplón. Dado el carácter calloso de la úlcera y las maniobras operatorias, es evidente que hemos disminuído el lumen del píloro, por lo cual practicamos una gastro-anastómosis posterior retro-cólica. Toilette cuidadosa de la fosa gástrica y zonas adyacentes. Terminamos la intervención cerrando la herida operatoria en toda su extensión. Curso post-operatorio normal hasta el 10.º día en que se produce una dehiscencia parcial de la herida al sacar los puntos de la piel. Fué trasladado a un hospital, en donde se le da de alta en espléndidas condiciones, un mes más tarde. En ese establecimiento le hicimos practicar un Wassermann que fué negativo y un examen radios-

cópico que puso de manifiesto el buen funcionamiento de la boca artificial; sin embargo, había una pequeña permeabilidad del píloro al paso del Bi.

OBSERVACIÓN N.º 2. — R. C., masculino, estudiante, 20 años. Desde 1922 se queja de molestias gástricas, dolores intensos después de las comidas que se calman con la ingestión de alimentos o de alcalinos. Estas molestias se alternan con periodos de salud casi perfecta. Permanece en estas condiciones hasta Noviembre de 1923, siguiendo un régimen especial prescrito por un distinguido especialista. El 18 de aquel mes, a las 3 de la tarde, ingiere bebidas y alimentos en abundancia: queso, helados, galletas, etc. A las 5 experimenta un dolor bastante intenso en el hueco epigástrico, pero con la ingestión de bicarbonato se siente mejor y sale a dar un paseo. Regresa a su casa a las 8 y media P. M. con el mismo dolor de antes; su hermano, estudiante de Medicina, constata esta vez una marcada defensa muscular en la parte alta del abdomen y pulso de 90. Este cuadro desaparece durante media hora para iniciarse nuevamente y en forma violentísima. En estas condiciones acude a la Asistencia Pública.

En el examen practicado en la Casa Central, se comprueba que el paciente está en estado de shock intenso, su pulso es de 120, las respiraciones muy frecuentes, de tipo costal; ansiedad muy pronunciada, cara pálida, sudorosa, ojeras profundas, lengua seca, un tanto saburral. El abdomen está contraído en toda su extensión; los músculos abdominales se diseñan claramente y las incursiones respiratorias no consiguen alterar esta rigidez. El dolor, generalizado a todo el abdomen, es más exquisito en el hipocondrio derecho y epigastrio. El diagnóstico de úlcera gástrica o duodenal perforada, se imponía.

Inmediatamente se le prepara para ser operado, esto es, 6 horas después de iniciado el cuadro de perforación.

Anestesia etérea (Ombredanne). Laparotomía supra-umbilical mediana. Abierta la cavidad del vientre, vemos en la zona yuxta-pilórica una perforación del tamaño de un grano de maíz, de bordes netos, tallados en una zona callosa del tamaño de un peso fuerte y a través de la cual se escurre un líquido mucoso claro, salpicado de burbujas aéreas. Practicamos una invaginación de la úlcera en sentido vertical usando puntos separados de catgut y por encima de esta primera línea de sutura, una segunda y sobre ambas un trozo de epiplón. Enjugamos cuidadosamente el líquido derramado en la zona vecina a la perforación y terminamos nuestra intervención con una gastro-anastómosis posterior y la sutura de la herida de la laparotomía en un solo plano de crin. La intervención, sumamente sencilla, ha sido llevada a cabo en treinta minutos. El curso post-operatorio fué normal. 20 días más tarde vimos a este paciente sin trastornos gástricos, habiendo ganado 7 kilos en tan corto tiempo, a pesar de que seguía un régimen minucioso dictado por el Dr. Garretón. Hace 15 días tuve ocasión de comprobar el perfecto estado de salud en que se encuentra; un examen radioscópico de su estómago nos deja de manifiesto el buen funcionamiento de la boca artificial.

OBSERVACIÓN N.º 3. — L. R., empleado, de 46 años. Desde hace diez años viene sufriendo de trastornos gástricos que se traducen por acideces y dolores poco intensos en el epigastrio. Un tratamiento médico llevado con cierta regularidad, calma ligeramente estas molestias, pero no impide la aparición de hematemesis, melenas y vómitos; hace 2 meses tiene una última melena. A las 8 de la mañana del 4 de Enero del presente año, sus dolores habituales se exacerbaban repentinamente; el paciente, con el objeto de hacerlos cesar, ingiere grandes cantidades de líquidos. Momentáneamente experimenta cierta calma en su sintomatología dolorosa, pero de corta duración, pues media hora más tarde, el dolor se manifiesta con caracteres intolerables que lo llevan hasta la Asistencia Pública, donde acude a las 3 de la tarde. Aquí se comprueba un abdomen de tabla y dolores muy intensos en todo él, más acentuados en la fosa iliaca derecha. La mayor defensa se localiza en el hipocondrio derecho. La facies excavada; transpiración abundante; respiración superficial. Macidez hepática borrada. Sin embargo, el enfermo conversa sobre su enfermedad con aparente tranquilidad y rechaza toda intervención, por lo cual se le deja en observación, advirtiéndole los peligros de su negativa. A las 7 de la noche acepta ser operado, en vista de la sensación de malestar que experimenta.

Anestesia general etérea tumultuosa. Abierto el abdomen en la línea media, enormes cantidades de líquido y alimentos inundaban el campo operatorio. Explorando el estómago constatamos una enorme zona indurada que toma la mayor parte de la curvatura menor y ambas caras del órgano. Procedemos a levantar el hígado que cubre una perforación de la pequeña curvatura y que acepta la entrada de dos dedos y de la cual escapa en chorros enorme cantidad de líquido mezclado de alimentos. Después de vencer grandes dificultades conseguimos plegar por sobre la brecha, la pared vecina del estómago. Aseo de la cavidad abdominal y dos tubos de drenaje, uno colocado en la vecindad de la perforación y el otro en el fondo de Douglas, introducido a través de una pequeña incisión vertical de la pared. Este paciente falleció dos días después, con el cuadro de una peritonitis generalizada.

Resumiendo, podemos decir que el diagnóstico precoz y la intervención inmediata y rápida son los preceptos fundamentales del tratamiento de las úlceras duodenales o gástricas perforadas en peritoneo libre. Y por lo que respecta a la atención que se deba prestar a esta clase de pacientes en la Asistencia Pública, estimo, basándome en las ideas expuestas, que deben ser operados inmediatamente en la Casa Central, evitándose la movilización a otro establecimiento que tendría por único objeto exacerbarle sus agudísimos dolores y restarles probabilidades de curación.

## SOBRE RADIOTERAPIA PROFUNDA (1)

por el Prof. José DUCCI

Todos saben la enorme importancia que ha adquirido la radioterapia profunda en estos últimos tiempos y de ella me he ocupado especialmente en mi último viaje. Visité los laboratorios con un poco de escepticismo, porque creía que el simple hecho de elevar el voltaje no podía producir resultados tan halagadores como se aseguraba, pero en todas partes veía un progreso que valía la pena considerar, a tal punto que decidí traer una instalación para el Hospital de San Vicente. A propósito de esto he querido dar una idea del fundamento de la radioterapia profunda.

El punto de partida está en que las irradiaciones de corta longitud de onda tienen una acción citolítica, una acción de destrucción de las células que se ejerce en mayor o menor grado, según sea el tejido enfermo, acción que es mucho menor sobre los tejidos sanos o adultos que sobre los tejidos enfermos y nuevos. A este respecto se han hecho gamas de sensibilidad y se tiene una escala en que están colocados todos los tejidos patológicos en orden de sensibilidad. Uno de los tejidos más sensibles es el de la leucemia y los menos sensibles los melanosarcomas.

En este último tiempo se ha empezado a usar la radioterapia profunda. Contra este término el Prof. Beclère protestaba, pero no tiene mayor importancia el nombre, basta sólo saber qué fin se persigue. Se ha demostrado que la sensibilidad de los tejidos no depende de la longitud de onda de los rayos, de que los rayos sean blandos o duros, como se les llama. Se ha demostrado que los tejidos son igualmente sensibles a los rayos duros y a los de larga longitud. Por otra parte, la longitud de onda depende del voltaje aplicado al tubo. Un tubo de rayos X funciona bajo el influjo del paso de una corriente y los rayos se generan en una placa metálica colocada en el anticatodo y según sea la tensión eléctrica que se aplica, pasan rayos más o menos duros. Con voltajes pequeños, de 40.000 volts, se generan rayos blandos y a medida que el voltaje se

(1) Extracto de una conferencia dictada en la Sociedad Médica el 16 de Mayo.

aumenta se generan rayos más duros, que son más penetrantes. Sin embargo, la acción citolítica es más o menos igual.

¿Cuál es la razón de la elevación del voltaje y de crear la radioterapia profunda? Es la siguiente: el objeto de este nuevo método es localizar con una cantidad de rayos suficientes el órgano colocado en el interior del cuerpo y llegar a producir en este órgano una radiación suficiente que determine la acción citolítica llamada dosis letal. Pues bien, sucede que cuando los rayos tienen que atravesar los tejidos sanos para llegar al órgano enfermo sufren una absorción, pero esta absorción disminuye considerablemente a medida que el voltaje aumenta y los rayos se hacen más duros, a tal punto que con un voltaje, por ejemplo, de 40,000 volts, y a una profundidad de 15 cms. hay una absorción, digamos, de un 15% de los rayos, y aumentado el voltaje esta absorción va disminuyendo poco a poco. Esto se refiere a un haz de rayos que suponemos más o menos homogéneo, de una sola longitud de onda, pero en realidad, los rayos emanados de un tubo, aun con voltaje elevado, son todos de longitud de onda muy variable, de manera que aun funcionando un tubo con 200,000 volts, además de los rayos que son capaces de atravesar los tejidos con una absorción pequeña se generan las radiaciones correspondientes a voltajes más bajos, pero estos últimos rayos que son inútiles para el tratamiento, puesto que no tienen poder de penetración, son dañosos, porque van a dañar la piel, y es por eso que se ha tratado de eliminarlos por el mecanismo de la filtración, que consiste en poner entre el tubo y el enfermo, una sustancia generalmente metálica, que impide el paso de esta clase de rayos.

Queda, por último, una tercera consideración, lo que se llama la "extensión de la puerta de entrada". Todo haz que penetra sufre, además de la absorción, un segundo fenómeno, la difusión, que hace que no sólo sean tocadas por el haz luminoso la parte afectada, sino aun las partes vecinas. Ahora bien, esta cantidad de rayos difundida depende naturalmente de la puerta de entrada de dichos rayos. Las dimensiones de la puerta de entrada deben ser de tal manera que la difusión sea pequeña; la cantidad de rayos penetrantes debe entonces calcularse según la dosis que se desea. Un último factor es la distancia, ya que las radiaciones de los rayos X se propagan en razón inversa del cuadrado de la distancia, y es lógico tomar esto en cuenta.

Tenemos, por ejemplo, que un tumor tal necesita tal cantidad de irradiación. Para producir dicha cantidad tenemos que hacer una serie de cálculos: algunos factores son fijos, como el voltaje, el filtro, la distancia del tubo a la piel y nos quedan como factores de importancia la absorción y la difusión. Para calcular dichos factores se ha ideado una serie de aparatos, el más conocido de todos es el aparato de Auer, que tiene por principio la colocación de una capa de líquido igual a la distancia que hay entre la piel y el tumor.

Antes de empezar el tratamiento se pide

un esquema, aunque sea pequeño, de la situación del tumor dentro del cuerpo, tomando la colocación por medio de unas tablas especiales, lo que se puede hacer con un cirtómetro. Se estudia previamente la colocación del tumor y las dosis que se van a necesitar para tocar el tumor en sus distintas partes. Naturalmente, es imposible con una sola puerta de entrada conseguir irradiar el tumor en toda su masa como es necesario. Se hacen entonces varias sesiones, variando las puertas de entrada, de tal modo que todos los rayos concurren siempre al foco del tumor. Este sistema tiene además la ventaja de que al repartir las dosis, la piel también va recibiendo los rayos por fracciones, y por lo tanto, tiene menos que sufrir: es el sistema de rayos cruzados, en que se consigue la dosis perfectamente exacta de rayos que alcanzan al tumor sin que la piel sufra la menor alteración.

Ahora ¿cómo se obtienen los altos potenciales? Con máquinas que en un principio fueron gigantescas, pero que hoy día se han simplificado, aunque siempre son sumamente costosas. El sistema de bovina está abandonado; se necesita los llamados transformadores estáticos. Los aparatos modernos simplificados por un ingeniero norteamericano pueden dar perfectamente 200,000 volts. Para resistir tan alto potencial, los tubos tienen 90 cms. de largo y 22 de diámetro.

Tiene, además importancia la manera de medir la cantidad de rayos. Antes se medía por medio de ioptocuantímetro, que son, por lo demás, muy deficientes, ya que producen errores hasta de un 30%. Los americanos han ideado un método indirecto, calculando la cantidad de energía eléctrica gastada. Se mide la cantidad necesaria para matar un conejo, lo que se llama N. Se ha visto que  $1/3$  de N. basta para producir un eritema de la piel.

El progreso de la radioterapia en Estados Unidos es inmenso, tanto que los médicos que se dedican a estas cuestiones han hecho una Asociación que tiene año y medio de existencia, que tiene más de 120 miembros, todos médicos de primera categoría, con un médico jefe y un médico técnico que revisa todas las instalaciones. Han uniformado todos los métodos y cualquier duda es dilucidada inmediatamente. En Francia ocurre que cada laboratorio tiene un método diferente, que cree que es el mejor. Para terminar debo decir dos palabras sobre los resultados: Haciendo cuatro sesiones bien hechas, en las adenitis tuberculosas, hay un 87% de éxitos; en los trastornos endocrinos un 60%. En los sarcomas, el resultado es variable, según el caso; en los globo-celulares un 100%; en los melanosarcomas es casi ineficaz. Ultimamente un autor ha ideado un método carioquinético para estudiar la sensibilidad de los tumores y las radiaciones, viendo cuanto es la figura de mitosis que se encuentra en el tumor. Entre los tumores del útero se han distinguido cuatro categorías: Operables, con un 40-60%, en el límite de la operación un 20-23%, inoperables con un 12-18% de éxito.

## Un caso de absceso del pulmón

curado por la Auto-Vacuna

Observación tomada en la Clínica del Prof. Brockmann, por el Dr. don Luis MIRANDA y don José León ORTEGA.

Z. Z., de 37 años, casado, comerciante, ingresa a la Sala de San Eulogio el 27 de Noviembre de 1923. Sus antecedentes hereditarios y personales no ofrecen ninguna particularidad importante.

La enfermedad comenzó el 16 de Noviembre, es decir, unos once días antes de ingresar al Hospital. Hasta esa época asegura haberse sentido perfectamente sano. Se inicia la afección por un dolor continuo, de mediana intensidad en el lado izquierdo del tórax, decaimiento general, ligera anorexia y tos, que luego se acompañó de expectoración muco-purulenta, luego simplemente purulenta y fétida. Esta tos se exagera en las tardes e intensifica el dolor. Estas molestias han persistido sin modificarse, con excepción del dolor, que de continuo se ha transformado en intermitente, no presentándose sino con ocasión de la tos. Junto a las molestias anteriores, el enfermo ha notado un enflaquecimiento que calcula en 10 kilos. No ha experimentado sensación de fiebre.

El examen objetivo da lo siguiente:

Individuo enflaquecido, en posición pasiva, piel húmeda con la elasticidad conservada. Sistema muscular y óseo bien desarrollados. Presenta una cicatriz de unos 5 cms. en la región parietal izquierda (antiguo traumatismo). Conjuntivas pálidas. Pupilas iguales, regulares, con buena reacción. Pigmentación del dorso de la nariz. Lengua limpia y húmeda. Dentadura en buen estado. Faringe granulosa. Fositas supra-claviculares no deprimidas. En el cuello no hay infartos ganglionares ni latidos arteriales. Tórax normalmente constituido. Angulo xifoideo recto. Aplanamiento de la región postero-lateral inferior izquierda. A ese nivel, vibraciones torácicas exageradas, macidez, estertores húmedos y frotos pleurales. Por debajo de esta zona, una faja timpánica. Hay taquicardia (108 al minuto). El examen del corazón no da nada de anormal. Organos abdominales normales. Extremidades normales. Ningún signo especial en el sistema nervioso. Presión: 14x7 (Pachon). Respiraciones, 22. Temperatura, 36,7. Orina normal. Sangre: Reacción Wassermann, negativa. Glóbulos rojos, 5,000,000. Blancos, 23,400. Fórmula leucocitaria.

Neutrófilos . . . . .	72,0%
Basófilos . . . . .	1,6%
Eosinófilos . . . . .	0,8%
Linfocitos . . . . .	8,6%
Mononucleares grandes, medianos y formas de transición . . . . .	17,0%

El examen del desgarro dió el siguiente resultado: no hay bacilos de Koch; hay staphylococcus, pneumococcus y streptococcus. Este examen se repitió varias veces con el mismo resultado. Tampoco se encontraron hongos ni fibras elásticas. Después de mantener el desgarro cinco días en la estufa, el resultado del examen fué sensiblemente igual a los anteriores. Se inoculó en el cui el día 22 de Diciembre de 1923 y se sacrificó el animal el 21 de Enero de 1924: los órganos aparecieron completamente sanos (Dr. Sepúlveda).

El examen radioscópico, practicado en el Instituto Sanitas, dió los datos siguientes:

"Tórax: Excursiones diafragmáticas suficientes e iguales en ambos lados. Los vértices se aclaran bien tosiendo. Infiltración de ambos hilios, sobre todo en el lado izquierdo. En el tercio medio del lado izquierdo la sombra de una caverna llenada hasta la mitad con líquido. El nivel del líquido queda horizontal en todas las posturas. Se observan bien las ondulaciones del líquido agitando al paciente. Infiltración del tejido pulmonar alrededor de la caverna, sobre todo hacia abajo y hacia la periferia. El resto de los pulmones, sobre todo el lado derecho y los vértices, absolutamente libres.

Conclusión: Caverna con líquido e infiltración del tejido pulmonar alrededor de la caverna. Diagnóstico diferencial entre absceso pulmonar y caverna tuberculosa. Aunque el cuadro clínico no es típico para un absceso pulmonar, habla en contra de tuberculosis el desarrollo rápido del proceso y la

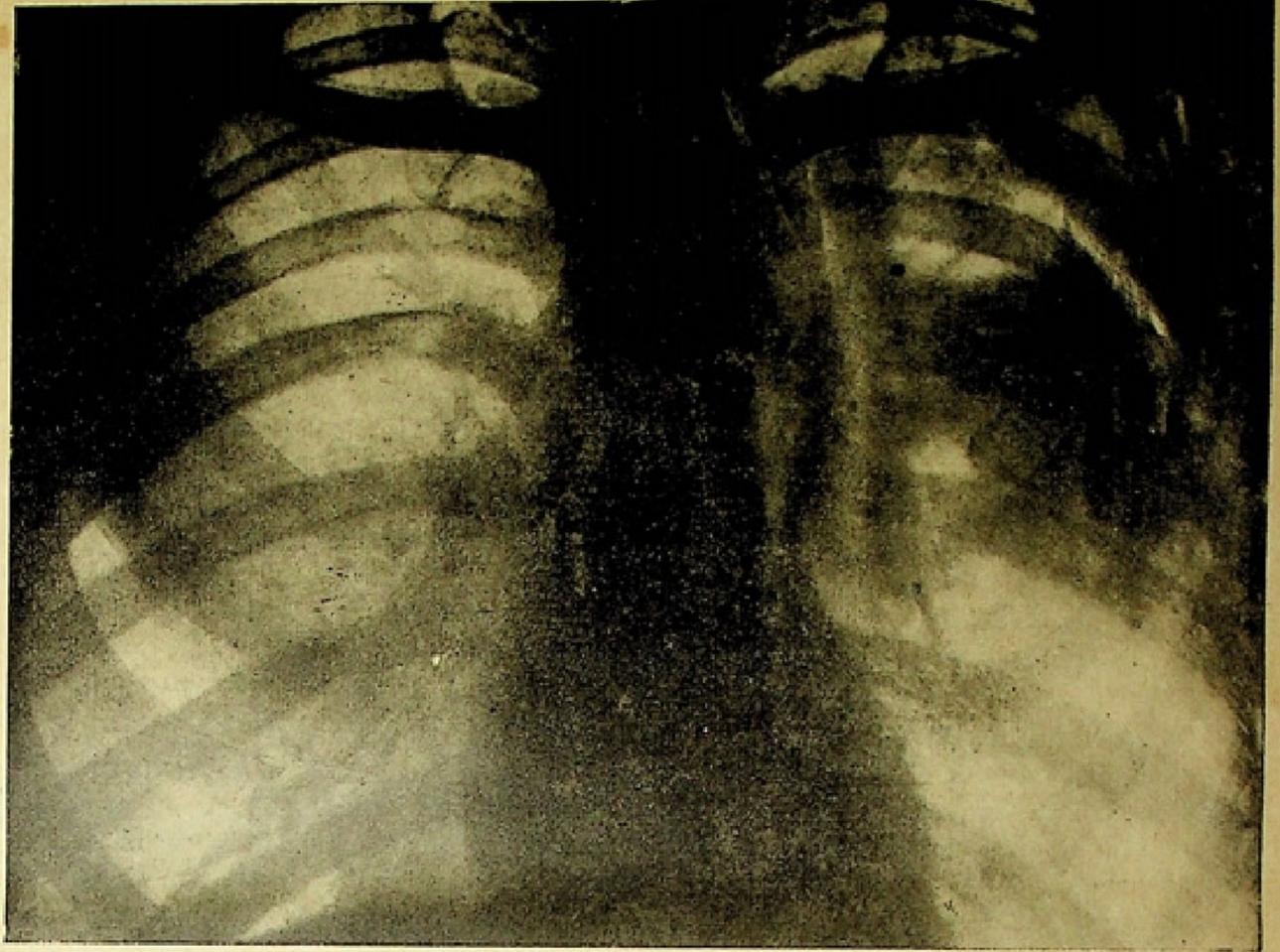


Fig. N.º 1

Estos resultados radioscópicos fueron confirmados después en repetidas ocasiones por el Dr. Kaplan en el laboratorio de la Clínica.

En vista de los síntomas descritos, se formuló el diagnóstico muy probable de absceso pulmonar.

las fuerzas, la inapetencia, etc. La temperatura toma el carácter de una fiebre remitente, con oscilaciones de más de un grado.

Desde el 6 hasta el 13 de Enero, se aplica al enfermo una auto-vacuna preparada en la Clínica con los gérmenes del desgarro y se produjo una regresión rápida y muy notable de todos los síntomas. Sale del hospital el 15 de Enero, muy mejorado, y vuelve el 5 de Marzo completamente sano. Pesa 70 kilos (había ganado más de diez kilos), no experimenta ninguna molestia y los signos físicos han desaparecido. Una radiografía tomada en esa oportunidad demuestra la curación del proceso.

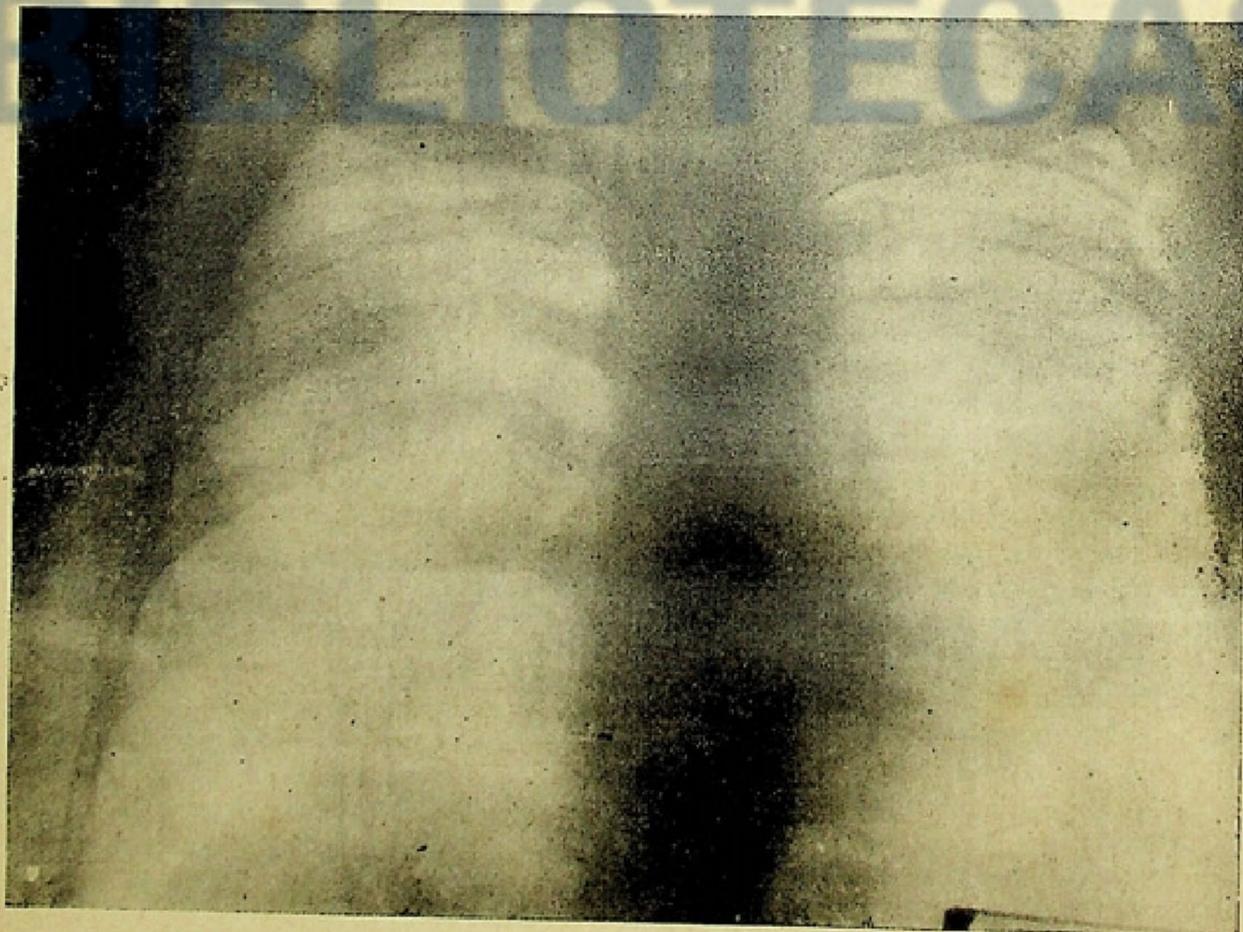


Fig. N.º 2

perforación al bronquio, que es bastante rara en la tuberculosis. Radiológicamente habla en contra de la tuberculosis el aislamiento del proceso. Lesiones tuberculosas no se observan en las demás partes de los pulmones y las excursiones diafragmáticas son iguales".—DR. A. HEEGEWALD.

Posteriormente el enfermo presentó en el servicio, en repetidas ocasiones, un desgarro hemoptoico. El desgarro fué siempre fétido. En una ocasión se evidenciaron fibras elásticas en gran cantidad.

El estado general del enfermo fué de mal en peor: el enflaquecimiento, la pérdida de

## La reducción del nitrato de sodio y del clorato de potasio durante la putrefacción de las vísceras

por Carlos GHIGLIOTTO

Profesor de Química Analítica de la Facultad de Medicina. Jefe de la Sección de Química y Toxicología del Instituto de Higiene de Santiago

En la Casa de Orates de Santiago, se produjo un envenenamiento colectivo de más o menos cuarenta personas, de las cuales seis sucumbieron.

Según los datos suministrados por la Administración de la Casa de Orates, la intoxicación se produjo porque uno de los enfermos que ayudaba a la preparación de la comida había agregado, por error, a los alimentos un poco de sal de cocina y de nitrato de sodio, contenido en otro depósito. Viendo que los alimentos no estaban lo suficientemente salados, había agregado una nueva cantidad de nitrato.

Las vísceras de dos de los que habían sucumbido fueron analizadas en el Instituto de Higiene. Llegaron seis días después de la muerte, en un estado muy avanzado de putrefacción y desprendían un olor más nauseabundo que la generalidad de las vísceras.

Hemos ensayado directamente, sobre las vísceras sometidas al análisis, la reacción de la difenilamina, después las hemos tratado por el método indicado por Ogier: estos ensayos no han demostrado la presencia de nitrato de soda, ni de ninguna otra sustancia tóxica; por otra parte, las inyecciones practicadas en los animales no produjeron ningún fenómeno tóxico.

La sangre presentaba al espectroscopio, las bandas de la metahemoglobina.

En razón de los resultados negativos de nuestros estudios, nos hemos preguntado si el nitrato de sodio no podría haber sido reducido totalmente en el curso de la putrefacción.

Con el objeto de verificar esta hipótesis, preparamos dos caldos análogos a los que habían absorbido los enfermos, y compuestos de harinas y de habas, caldos a los cuales se ha agregado, después que enfriaron, un poco de carne cruda picada y algunas gotas de líquido estomacal. Estas gotas de líquido estomacal fueron agregadas con el objeto de hacer intervenir en la putrefacción una flora microbiana, si no igual, al menos que se aproximara a la que había intervenido en el curso de la putrefacción de las vísceras.

Unó de los dos caldos fué adicionado de 2 grs. de nitrato de sodio por 700 grs. de líquido, y el otro de 10 grs. de la misma sal por el mismo volumen de caldo.

Algunas gotas de estos dos caldos, tan pronto como fueron preparados, y fuera de todo tratamiento, daban inmediatamente, con la solución sulfúrica de difenilamina, un color azul intenso.

Estos dos caldos fueron en seguida colocados en una estufa a 37 grados y, cada día, se ensayó la reacción de la difenilamina.

En el caldo que contenía 2 grs. de nitrato de sodio por 700 grs. de caldo, la reacción de la difenilamina cesa de producirse al cabo de cuatro días. En el que contenía 10 grs. de nitrato de sodio por 700 grs. de caldo, la reacción desapareció al onceavo día. Como la reacción no había sido ensayada, en el segundo caldo, el octavo, el noveno, ni el décimo día, puede que la reacción de la difenilamina haya desaparecido antes del onceavo día.

Hemos buscado la presencia del nitrato de sodio en los dos caldos por el método indicado por Ogier, y los resultados fueron negativos.

En experiencias idénticas, hechas en caldos a los cuales habíamos agregado clorato de potasio, hicimos las siguientes comprobaciones:

1º Mientras que los caldos con nitrato de sodio, puestos a la estufa a 37º, entraban rápidamente en putrefacción intensa y des-

prendiendo un olor muy fétido, los caldos adicionados con 0,50 a 1 gr. de clorato, al contrario, no desprendían ningún olor desagradable, y se formaban en su superficie colonias blancas, que, al cabo de diversos días, aumentaban hasta formar una película blanca.

2º En el caldo que contenía 0.50 gr. de clorato de potasio por 700 grs. de líquido, la reacción de la difenilamina desapareció al catorceavo día. En otro caldo adicionado de 2.50 grs. de clorato de potasio, la reacción de la difenilamina desapareció a los veinte días.

Aunque se conoce desde hace tiempo la acción desnitrificante de ciertos microbios, hemos creído útil relatar los resultados interesantes que son el objeto de la presente comunicación, los cuales no están, según entendemos, indicados en ningún tratado de toxicología.

No siendo bacteriólogos, ignoramos si se han hecho experiencias con el objeto de investigar si los productos de secreción de los microbios en los medios adicionados de altas dosis de nitrato o de clorato de sodio, difieren de los que son secretados en los cultivos corrientes. Sería curioso saber si, operando con estos medios, que se podrían llamar **anormales**, se podrían obtener productos que presentaran una acción curativa superior a la obtenida con los medios de cultivo ordinarios.

## Un caso de cáncer pediculado del píloro

### con coexistencia de un quiste hidatídico del bazo

por el Dr. Manuel MARTÍNEZ G.

Médico de la Asistencia Pública y ayudante de la Cátedra de Medicina Operatoria.

La clínica y el laboratorio son dos medios que tiene el médico práctico para llegar a un diagnóstico cierto, o por lo menos de probabilidad; por lo tanto, es de la interpretación de los síntomas clínicos, por un lado, y de las reacciones serológicas y de líquidos orgánicos, por otro, de donde dependen la certeza de un diagnóstico.

No tienen importancia los hechos positivos aislados de cada una de las múltiples reacciones que se efectúan en el organismo, ni tampoco de uno que otro síntoma positivo o patognomónico clínico. Es su conjunto y su interpretación lo que debemos evaluar.

Hay muchos factores que contribuyen a que el laboratorio con cierta frecuencia perturbe el criterio clínico. Hay otras en que se

culpa injustamente el resultado de los análisis, como se verá en la observación que sigue. Son simples coincidencias, caprichos de asociaciones patológicas que hacen dudar del laboratorio y aun más, condenarlo, cuando, en realidad, está en la razón y es sólo la interpretación lo que falta.

Por último, hay casos en que teniendo razón la clínica y el laboratorio, aparecen éstos en pugna. Son estos los casos en que el médico culpa al laboratorio de inducirlo a error. El laboratorio, por su parte, confirma lo positivo de sus reacciones, las controla, repite y mantiene su interpretación.

Sabemos que en todo examen de laboratorio interviene un factor personal de apreciación por parte de aquél que hace el examen. Interviene el organismo del enfermo que en un tanto por ciento es reactivo, o bien manifiesta débilmente sus alteraciones orgánicas, y por último, afecciones diferentes dan resultados más o menos iguales.

La observación siguiente es un caso que tiene interés desde estos puntos de vista: Un diagnóstico dado por el laboratorio con todas sus reacciones positivas; un diagnóstico clínico y una intervención quirúrgica que no lo confirman y un diagnóstico anatómico patológico que indica la razón de ambos.

**Observación.** — R. H. C., 49 años, carpintero. Es un individuo de pasado patológico sin importancia; no recuerda haber estado enfermo desde la infancia. No hay antecedentes venéreos ni luéticos. Desde hace

más o menos un mes tiene dolor marcado y continuo en el epigastrio que no se modifica ni altera con los alimentos o los líquidos. No hay vómitos ni estado nauseoso, goza de buen apetito y come de todo; pero, a pesar de alimentarse bien, nota que últimamente se ha enflaquecido bastante. El dolor ha ido en aumento, irradiándose hacia el flanco derecho y epigastrio. Junto con esto nota un tumor que se palpa fácilmente en el límite del hipocondrio derecho con el epigastrio. No acusa hemorragias, hematemesis ni melena.

Al examen físico se comprueba en el cuadrante superior derecho un tumor del tamaño de un puño, liso, de consistencia semi-líquida, que se moviliza fácilmente y que no sigue los movimientos respiratorios. Hígado pequeño y el bazo se encuentra ligeramente aumentado de volumen.

**Examen de jugo gástrico:** Anaclohidria. Uffelmann, positivo.

**Examen de sangre:** Wassermann, negativo; Weinberg, positivo. Fórmula leucocitaria: Eosinófilos, ocho por mil; mielocitos en abundancia.

**Intradermo reacción de Chauffard,** positivo.

Con los datos clínicos anotados y estos exámenes de laboratorio, se pensó en un quiste hidatídico, ya sea del epiplon o del peritoneo, en vista de que no seguía las excursiones respiratorias y era fácilmente desplazable.

Enviado al servicio de cirugía del profesor Donoso, se pensó, sin negar la existencia del quiste, en un neoplasma gástrico, en vista del estado del enfermo.

Se hizo una laparotomía supra-umbilical media y se exploraron los diferentes órganos. Lo que primero llamó la atención fué un gran tumor intra estomacal que dejaba libre ambas caras del estómago y que se movilizaba con facilidad. Se encuentra también el epiplon muy adherente al colon trasverso y al píloro. Se hizo una gastroenterostomía posterior de boca amplia; se deja un tubo de drenaje y se sutura en dos planos.

El enfermo fallece a las cincuenta horas de operado.

En esta observación vemos fundamentado en el laboratorio por todas sus reacciones

clásicas fuertemente positivas, casi se puede decir que confirmado por el examen físico que comprueba un tumor móvil de forma redondeada de caracteres de quiste.

Por otra parte, hay síntomas de caracteres vagos que hacen sospechar la existencia de un neoplasma gástrico. Algunas reacciones parecen confirmarlo, pero la movilidad del tumor, su evolución, agregado al resultado del laboratorio, hacen más lógico inclinarse a su diagnóstico.

La exploración abdominal indica lo contrario; explorando los órganos de la cavidad abdominal no se encuentra lo que el laboratorio aseguraba ni lo que el examen físico parecía comprobar.

Y de hecho se hubiera mantenido si el examen anatómico-patológico — siempre más exacto — no indicara que tanto el diagnósti-

co del laboratorio como el quirúrgico, eran exactos.

Se comprueba el cáncer pediculado del píloro, tumor que presenta gran movilidad, de forma redondeada y consistencia semi-liquida; por otra parte, se comprueba un quiste hidatídico del bazo, causa de la positividad de todas las reacciones serológicas.

Vemos entonces la coexistencia de dos afecciones que, por lo general, no son muy frecuentes. El cáncer pediculado del píloro es una variedad rara; lo corriente es que el proceso neoplásico infiltre las glándulas gástricas. El quiste hidatídico del bazo no es muy frecuente (el 3 por ciento de los casos de los quistes del organismo). Es una asociación patológica en la cual ambas afecciones se enmascaran mutuamente perturbando el criterio clínico por su misma caprichosidad de localización.

## La hipófisis y el tercer ventrículo

por Carlos IBAR BRUCE

Ayudante de la Clínica de Neurología del Prof. Luco

Desde la descripción de la acromegalia por Pierre Marie (1886), la hipófisis ha merecido el estudio cuidadoso de los clínicos, quienes han llegado a aislar cuadros patológicos bien definidos, como ser: el gigantismo, infantilismo, síndrome adiposo-genital, diabetes insípida y glicosuria hipofisiaria.

Largo tiempo han discutido clínicos y fisiólogos las funciones de los lóbulos de la hipófisis sin llegar a ponerse de acuerdo sobre esta importante cuestión. Se ha afirmado que el lóbulo anterior tiene una marcada influencia sobre el crecimiento, el desarrollo sexual y el metabolismo de las grasas. Al lóbulo posterior se le han atribuido influencias cardiovasculares partiendo del hecho de que la pituitrina, substancia activa de su tejido glandular, eleva la presión arterial y refuerza los sístoles cardíacos al igual que la adrenalina. La acción diurética que presentaría este lóbulo es conocida desde los trabajos de Magnus y Schafer (1901).

Las diversas ideas que se sostenían sobre la fisiopatología de la hipófisis, parecen haber tomado un nuevo rumbo después de los trabajos de H. Cushing en los Estados Unidos y Camus y Roussy en Francia (1921-1922). Estos autores han estudiado en numerosas experiencias llevadas a efecto en animales, los trastornos consecutivos a lesiones experimentales del tercer ventrículo o a la extirpación total de la hipófisis.

En la primera serie de experiencias, los animales operados han presentado poliuria permanente o transitoria. En la segunda sólo hubo alteraciones funcionales cuando las maniobras operatorias lesionaron la base del cerebro.

Camus y Roussy, ahondan más estas investigaciones analizando en cortes histológicos cuales son los grupos celulares afectados en los casos de poliuria. Sus experiencias demuestran que las lesiones interesan los núcleos propios del tuber cinereum. La profundidad del foco destruido no parece tener relación con la duración de la poliuria permanente. Esta parece producirse preferentemente cuando se comprometen simétricamente los núcleos propios del tuber. Las constataciones de estos autores son menos precisas en lo que se refiere a la localización de la glicosuria y de los trastornos adiposogenitales, sin dejar por ello de afirmar el origen marcadamente cerebral de dichas alteraciones.

Percival, Bailey y Bremen (1921), han confirmado ampliamente las experiencias de Camus y Roussy, llegando a sentar conclusiones categóricas: La lesión parainfundibular provoca, por regla general, la poliuria con todos los caracteres de la diabetes insípida del hombre. Esta lesión del tuber cinereum ha producido en otros animales ya la "caquexia hipofisiaria" con degeneración testicular, ya las manifestaciones del síndrome adiposo-genital. Estos investigadores agregan que en cada uno de estos casos la integridad de la hipófisis ha sido controlada mediante cortes histológicos.

Las conclusiones de Camus y Roussy han merecido numerosas objeciones de autores como Spiegel, Marañón y otros, quienes han permanecido fieles a la doctrina hipofisiaria. Estos han sostenido que los datos deducidos de experiencias en animales pierden su valor cuando son referidos al organismo humano, y por consiguiente, la existencia de un centro vegetativo diencefálico debía aceptarse con mucha reserva.

Camus y Roussy replican que hasta entonces la atención de los investigadores no se había dirigido sobre estos centros; prueba de ello es que los núcleos del tuber cinereum habían sido desconocidos hasta estos últimos tiempos.

Algunos clínicos han dado a conocer observaciones tendientes a confirmar el concepto del origen "tuberiano" de la poliuria y del síndrome adiposo genital.

Lhermitte ha referido el caso de un sujeto que presentaba una diuresis de 4 litros y medio, en que la autopsia demostró una meningitis específica con integridad de la hipófisis y con compromiso de los diversos núcleos del tuber cinereum. Claude ha señalado un caso en que la poliuria era provocada por un tumor del tercer ventrículo.

Lareboullet, refiere otro en que el infantilismo era producido por un tumor que obturaba el tercer ventrículo sin comprometer la hipófisis.

La diabetes insípida ha sido observada, además, en afecciones tales como hidrocefalia, lesiones traumáticas del cráneo, tumores del cerebro que han dejado indemne la glándula hipofisiaria.

Dos autores austriacos han demostrado últimamente que la poliuria, la obesidad, el insomnio y la astenia que puede provocar la encefalitis letárgica, debe atribuirse no a lesiones hipofisiarias, sino a la alteración de los centros de la base del cerebro.

Por fin, P. Lareboullet, en el 2º Congreso de Pediatría, ha señalado la importancia de las lesiones parainfundibulares en las distrofias infantiles.

Los trabajos de Camus y Roussy, diremos para terminar, a la vez de restar importancia a la etiología endocrina de los llamados hasta ahora síndromas "hipofisarios", hacen dirigir la atención de los investigadores hacia esta importante región del cerebro, constituida por el tercer ventrículo, en la que parecen residir los principales centros reguladores del metabolismo.

En el próximo número comenzará a publicarse «La Clínica» la conferencia de extensión universitaria para estudiantes que ha iniciado la Facultad de Medicina.

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS

## SOCIEDAD MÉDICA

9 de Mayo, 1924

Presidente: Prof. Vargas Salcedo

**HERNIA UMBILICAL RECIDIVANTE, TRATADA POR INJERTO APONEURÓTICO.** — *Dr. Alessandrini.* Presenta una enferma de 53 años que ha sido tratada por injerto de aponeurosis de ternera, después de una segunda recidiva, habiendo sufrido tres intervenciones. Como se sabe, este procedimiento nació en Francia, en donde apenas se usa ahora. En cambio, en Chile es de empleo corriente. La enferma aludida presentó a los 27 años una hernia umbilical que fué operada; recidiva después, es operada nuevamente por estrangulación, nuevamente se reproduce. Esta vez es operada por el Dr. A., quien reforzó la pared abdominal con aponeurosis de ternera, lo cual ha permitido que la curación sea persistente.

**SOBRE TRES CASOS DE NEFROSIS.** — *Dr. Alessandrini.* Con ocasión de tener en el Servicio del Prof. Prado Tagle, tres enfermos de nefritis hidropigena, que corresponden a la nefrosis de la clasificación alemana, el autor hace una exposición sobre el aspecto actual del problema de las nefritis crónicas. Los tres enfermos presentan síntomas comunes: edemas generalizados, oliguria, densidad elevada, gran albuminuria — 15 a 30 grs. por mil — hipocloruria, urea en la orina muy concentrada, el sedimento se compone de cilindros hialinos, granulados y grasosos, de lipoides birrefringentes. Estos lipoides se encuentran además en el líquido de los trasudados y suero sanguíneo, a los cuales comunican un aspecto quilibiforme. Esta sintomatología caracteriza las nefrosis de la clasificación alemana: lo que corresponde a la nefritis hidropigena pura de Widal. En la nefrosis se encuentra un proceso degenerativo de las células renales de los tubuli contorti y ningún compromiso de los glomérulos. Este carácter anatómo-patológico las diferencia de los glomérulo-nefritis, en que como su nombre lo indica, hay un compromiso preferente del glomérulo. La diferente alteración anatómica tiene como consecuencia una diferencia sintomatológica, pronóstica y terapéutica. En las glomérulo-nefritis, la lesión glomerular se traduce en un compromiso del aparato cardíaco vascular: elevación de la presión sanguínea, modificaciones del área cardíaca, presencia de glóbulos rojos en la orina. Por este motivo el pronóstico es más sobrio y el tratamiento diferente y más difícil. Respecto a la explicación del síntoma más importante de la nefrosis, el edema generalizado, es apreciado de manera distinta por la escuela alemana y la francesa. Mientras Widal sostiene que es de origen renal, por elevación del umbral de excreción de los cloruros, la escuela alemana con Volhard y Munck, especialmente, explican la patogenia del edema por una exageración de la permeabilidad capilar. En cuanto a la función renal, todos los autores están acordes en que se halla intacta, lo que tiene mucha importancia para la dirección del tratamiento. Por esto los alemanes sólo se limitan a reducir los líquidos y la sal a la cantidad que diariamente eliminan; respecto a la dietética, no le dan importancia, ya que no hay insuficiencia renal. Hay tendencia a disminuir las grasas de la alimentación en los nefróticos, porque se estima que intervienen en la génesis de los lipoides birrefringentes, los cuales serían el factor provocador de la hiperpermeabilidad del endotelio vascular respectivo. Respecto a la instalación del régimen de los nefróticos, se somete al enfermo a un régimen de hambre y sed durante tres días, al cabo de los cuales le dan más de un litro de agua para vencer el obstáculo que opone el glomérulo. En la etiología de las nefrosis se encuentran enfermedades agudas y crónicas: difteria, tuberculosis, lúes; además hay una forma criptogénica, que posiblemente tiene su origen en infecciones focales.

*Dr. Lobo Onell.* Sostiene que las ideas de la escuela francesa, respecto a las nefritis crónicas, no se pueden dejar de considerar. Respecto a la patogenia del edema, estima que la elevación del umbral es un hecho demostrado experimentalmente, sólo que se ignora su explicación.

**PERICONDRIITIS TUBERCULOSA TRATADA POR LOS RAYOS ULTRAVIOLETA.** — *Prof. Vargas Salcedo.* Presenta un enfermo, joven, en el cual se diagnostica una pericondritis que supura y se fistuliza, rebelde a todo tratamiento quirúrgico. En presencia de esto se decide aplicar la luz ultravioleta. A las seis sesiones se obtiene una mejoría casi completa y a las diez se ve la curación del proceso. Es un caso impresionante, por cuanto el único tratamiento eficaz han sido los rayos ultravioletas.

*Dr. Mayer.* A propósito de este caso, hace una exposición de los progresos alcanzados por este

método terapéutico en el tratamiento de muchas enfermedades, especialmente las que afectan al estado general de los niños, las infecciones crónicas rebeldes, etc. Cree necesaria la creación de una cátedra especial para los tratamientos físicos.

16 de Mayo, 1924

Presidente: Prof. Vargas Salcedo

**TIC DEL CARGADOR AL HOMBRO.** — *Dr. Malbrán.* Presenta un enfermo que sufre hace más de un año de una afección que consiste en movimientos involuntarios de rotación de la cabeza hacia la derecha y de elevación del hombro derecho. Este movimiento es ejecutado por una contracción simultánea de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo derechos, innervados por el nervio espinal. El tratamiento a que fué sometido el enfermo consistió en la sección del nervio espinal. La operación mejoró al sujeto en parte, pero poco a poco ha vuelto a presentarse el movimiento a que se ha referido; esto se debe a que han entrado en juego los músculos profundos, gran complejo y otros. Babinski, estudiando estos tics encontró que en muchos de estos enfermos hay fenómenos que revelan alteraciones de la vía piramidal, tales como el signo de la flexión combinada y el fenómeno de los ortijos (Babinski). En este enfermo existe el signo de la flexión combinada positivo y hay un Babinski espontáneo. No se ha podido hacer la punción lumbar por falta de tiempo y existe el antecedente de que el enfermo ha sido tratado como luético.

*Prof. Ducci.* El tic es una afección psíquica y el tratamiento será suprimir la corteza, el nervio o el músculo que se mueve; como lo primero no es posible, se hace lo segundo o tercero. El tic, en general, es múltiple y cuando se suprime un grupo muscular afectado, la excitación parece derivarse a otros grupos musculares, tal como ha sucedido en el enfermo presentado. Cabe preguntarse si la exclusión de los otros músculos de la nuca o cuello harían perder el sostén a la cabeza y por lo mismo si procede o no tratar de curar al paciente por este medio.

*Dr. Lea-Plaza.* No se convence de que el enfermo presente síntomas piramidales.

*Dr. Malbrán.* Asegura que existen síntomas piramidales y presentará nuevamente al enfermo cuando haya estudiado el líquido céfalo-raquídeo.

**MENINGITIS SIFILÍTICA - HEMORRÁGICA.** — *Dr. Malbrán.* Al Servicio del Dr. Mardones, en el Hospital San Juan de Dios, llega de la Asistencia Pública un enfermo en coma con 24 respiraciones, pulso relativamente lento, nistagmus lateral, Kernig positivo, clonus negativo, la clavadura provocaba movimientos de defensa del lado izquierdo. En resumen, era una meningitis con hemiparésia. La punción lumbar de un líquido que sale a presión, con albuminosis de 0.70 y leucocitosis. Al día siguiente la hemiparésia se transforma en hemiplegia y aparece clonus. Una segunda punción lumbar dió albúmina 0.40, leucocitosis; la primera parte del líquido sale xantocrómico y la segunda hemorrágica, el Wassermann es positivo. A los seis días el paciente se da cuenta de algo y en pocos días más recobra sus facultades mentales. Ha quedado con su hemiplegia. Tiene interés la presentación de este enfermo porque se trata de una meningitis sifilítica en un joven, lo que es un hecho poco frecuente.

**MENINGITIS AGUDA POR DIPLOCOCCUS CRASSUS.** — *Sr. Oxman.* Lee un trabajo sobre un caso de meningitis aguda purulenta producida por un microorganismo común de la faringe, el *Diplococcus crassus*. Este microbio pertenece al grupo de los pseudomeningococos, que, como se sabe, se diferencian del meningococo verdadero en sus caracteres morfológicos y culturales, al revés de los parameningococos que se diferencian sólo por su diferente aglutinación. Hace mucho hincapié el Sr. O. en el tratamiento de las meningitis por la punción lumbar y compara las meninges con el peritoneo, en el cual el hecho capital en el tratamiento consiste en el drenaje.

*Prof. Ducci.* Todo líquido céfalo-raquídeo turbio indica meningitis purulenta, o sea, microbiana. Se ha descrito meningitis aséptica; pero son sumamente raras.

*Dr. Alessandrini.* En un tiempo se drenaron las meninges haciendo una laminectomía. Hoy día se ha simplificado la técnica colocando un drenaje a través de un trocar que después se retira y así se consigue la derivación continua del líquido céfalo-raquídeo, tal como se hace en el peritoneo. Respecto al tratamiento de las meningitis por la urotropina, hay la creencia de que este medicamento obra por el formaldehído que desprende, lo que ha hecho pensar que la vía endovenosa es inútil. La base de esta idea proviene de que para hacer la reacción de la urotropina se necesita acidificar el líquido, lo cual provoca el desprendimiento de formaldehído. La

urotropina en medio alcalino obra como tal y en medio ácido por el formaldehído que desprende.

*Dr. Garretón Silva.* Respecto a la opinión del Prof. Ducci, cree que, en general, un líquido de aspecto purulento debe considerarse como un proceso microbiano, pero estima que no debe olvidarse que hay procesos asépticos, de naturaleza benigna. Relata el Dr. G. S. un caso de una meningitis puriforme observada en el servicio del Prof. Brockmann, en el cual se comprobó una gran reacción polinuclear del líquido céfalo-raquídeo, pero de glóbulos sin deformar y no se pudieron encontrar formas microbianas, cultivos e inoculación negativas. La evolución fué francamente benigna.

**RADIOTERAPIA PROFUNDA.** — El Prof. Ducci da una interesante conferencia sobre la Radioterapia profunda, y explica lo que vió en su viaje a los Estados Unidos y Europa.

Véase página 28.

23 de Mayo, 1924.

Presidente: Prof. Vargas Salcedo

**SHOCK EMOCIONAL.** — *Dr. Orrego Puelma.* El 18 de Mayo ingresa al Servicio del Dr. Mardones, en el Hospital San Juan de Dios, un enfermo de 16 años que se presenta en estado inconsciente, en posición de gatillo de escopeta, con la cabeza echada hacia atrás, pero sin rigidez de la nuca, tiene hiperesia cutánea, temperatura 38°5, pulso 120, respiración 20, hay Kernig positivo, Brudzinsky negativo. No hay síntomas pulmonares. No se tiene ningún antecedente. Se practica una punción lumbar y examinado el líquido céfalo-raquídeo se comprueba únicamente una albuminosis de 0.27 por mil. Al día siguiente se tiene conocimiento de que el cuadro se produjo en circunstancia que el niño oyó el ruido de una bomba de incendio. En ese momento cae al suelo con el cuadro ya enunciado y es llevado a la Asistencia Pública de donde se envía al Hospital. El diagnóstico que se formuló fué de shock emocional, en vista de los antecedentes y de otros síntomas que hicieron pensar en una meningitis. El tratamiento que se hizo consistió en baños tibios prolongados y bromuros. La evolución confirmó el diagnóstico, pues al tercer día desaparecen totalmente los síntomas y el niño vuelve a su conciencia, quedando en perfectas condiciones. La mayoría de los autores aceptan que para que se produzca el cuadro del shock emocional se necesita un terreno neuropático especial.

**UN CASO DE COREA DE SYDENHAM TRATADO POR INYECCIONES DE LECHE.** — *Dr. Orrego Puelma.* En este paciente hay como antecedentes un posible reumatismo poliarticular agudo, hace tres años. Al término de esta afección se instala una corea que cura con un tratamiento instituido en la Casa de Orates. En este año, a consecuencia de una grippe, reaparece el corea en forma muy acentuada y fatigosa para el paciente. El tratamiento con cacodilato de sodio al 10 por ciento intravenoso dió un resultado casi nulo. En vista del fracaso con el tratamiento arsenical se recurre a las inyecciones intramusculares de leche. El primer día se inyectan 2.5 cm.3, con lo que se consigue una clara mejoría, pues el enfermo duerme mucho mejor y sus movimientos disminuyen. El tercer día se inyectan 5 cm.3 de leche, con lo que se acentúa la mejoría. Después de unas cuantas inyecciones, se inyecta leche intradérmica, lo que trae como consecuencia la curación completa del enfermo. El año pasado, dice el Dr. O., hemos tenido ocasión de emplear este método terapéutico con buenos resultados, en vez de usar las inyecciones de suero antidiiférico, que exponen a accidentes anafilácticos. Cheinisse publicó hace poco tres casos de curación de corea por inyecciones de leche, pero nosotros no hemos tenido conocimiento de ello sino después que ya habíamos empleado este procedimiento terapéutico.

*Dr. Alessandrini.* Sólo quiere recordar una frase célebre: los coreas curan a pesar de los médicos.

*Dr. Lea-Plaza.* Nosotros hemos empleado hace tiempo la proteínoterapia no sólo en coreas sino en varias otras afecciones nerviosas y mentales y llegamos a establecer que la mayor parte de los movimientos de dichas enfermedades son influenciados favorablemente por la proteínoterapia. Todo corea tiende a mejorar, pero después de tres meses de evolución, de manera que el caso del Dr. Orrego ha curado por el tratamiento hecho y no espontáneamente.

*Dr. Malbrán.* Recuerda que hace algún tiempo hizo un trabajo que no fué publicado sobre coreas, en que hace una clasificación de ellos, según su etiología: luéticos, reumáticos y tóxicos. El corea sifilítico era negado hasta hace un tiempo por Déjérine. El Dr. M., contemporáneamente con un médico argentino, publicaron casos de corea en sujetos sifilíticos que fueron curados por el tratamiento específico. El corea sifilítico generalmente se acompaña de otros síntomas nerviosos: Babinski positivo, hemiplegia,

etc., y además de albuminosis y linfocitosis en el líquido céfalo-raquídeo. En el corea reumático existen antecedentes de reumatismo poliarticular agudo y corrientemente se observan lesiones valvulares del corazón. El tercer grupo de coreas tiene un origen tóxico o tal vez reflejo. Se observa en casos de apendicitis, anexitis u otras enfermedades. Extirpando el órgano enfermo, cura también el corea.

**CONSIDERACIONES SOBRE DOS CASOS DE EPITELIOMA DE LA PIEL.** — Drs. *Prunés y Yáñez*. Presentan dos enfermos con cáncer de la piel que tienen interés desde el punto de vista etiológico y de la transmisión del epiteloma. El primer enfermo, de 52 años de edad, tenía un lunar en la región lumbar, que comienza a presentar començon y se hace doloroso. Operado de él cura pronto, pero a los dos meses la herida se vuelve a abrir. En un servicio de piel se trata con nieve carbónica sin ningún resultado favorable. Ingresa al Servicio del Prof. Montero con un carcinoma ulcerado de la piel. El segundo enfermo, de 23 años de edad, tuvo hace 14 años una gran quemadura en la espalda, que demoró 7 años en curar. El tejido cicatricial, que el enfermo compara con un callo, era bastante grueso, y era extirpado hasta hacer sangrar la piel. Hace dos años la cicatriz se ulceró y hoy en su lugar existe un gran epiteloma infectado. A este caso se le pueden aplicar perfectamente tres consideraciones bien conocidas en la producción de los epitelomas, que son: 1.º Muchos carcinomas se forman en la cicatriz de quemaduras que han demorado largo tiempo en curar. 2.º La degeneración epiteliomatosa depende de la edad de la lesión y no de la edad del paciente. 3.º Para que se produzca la transformación se necesita una irritación, un traumatismo prolongado. En los dos enfermos presentados se anota claramente en los antecedentes una irritación crónica. Este hecho desdice la teoría de la contagiosidad y apoya la idea de la irritación prolongada. Otra regla que se desprende de los enfermos mencionados es que todo *nevi* que se hace sensible debe ser extirpado. No debe ser tratado por los rayos X, de acuerdo con aquel principio bien establecido en radioterapia que mientras más diferenciado es un tejido tanto menos radiosensible se muestra.

**RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DEL ÚTERO.** — Dr. *García Huidobro*. Expone en una larga conferencia el tratamiento del carcinoma uterino por la radioterapia. El tratamiento preventivo del carcinoma casi no existe. El tratamiento curativo tiene resultados muy variables, según los diversos autores; sobre todo por las diferentes técnicas usadas. Para obtener resultados con el tratamiento radioterápico hay que tomar en cuenta tres dificultades, que residen en el paciente, en el tumor y en el método curativo. En el paciente, la dificultad es la alteración que los rayos producen en la piel y en la sangre, interpuestas entre el tumor y el tubo generador de rayos. Este inconveniente se evita en parte con el método llamado de fuegos cruzados. En el neoplasma la dificultad reside en la calidad del tumor y en su estroma. Los diferentes tejidos tienen diferente sensibilidad a una misma dosis de rayos, de modo que se ha podido establecer escalas de sensibilidad. Por orden de sensibilidad, tenemos los siguientes tipos de tumores: radio-sensibles, basocelular; radio-resistente, epidermoide, cilindroide y adenoma. En cuanto al estroma se sabe que mientras más abundante es y más reacción linfocítica existe, tanto más probabilidades de curación hay. Todavía puede agregarse que mientras más cariñosis presenta un tumor, tanto más difícil es la curación. Por lo que respecta a la dificultad derivada de los rayos, se comprende fácilmente y no necesita explicación. La radio y radiumterapia se ha usado sola y combinada con la cirugía antes de operar o después, obteniéndose de la combinación de los métodos el resultado máximo. La cirugía produce la extirpación del tumor, el radium lo destruye en 15 días y los rayos X en 6 semanas. En el cáncer se comienza por el radium, porque tiene la ventaja, junto con destruir el tumor, de permitir que el estado general mejore para poder intervenir quirúrgicamente. Después de extirpado el neoplasma se hace seguir de radioterapia, porque ya no existe el útero en donde colocar el radium, mientras que los rayos alcanzan a cualquiera profundidad. Esto por lo que respecta a los casos operables. En los cánceres inoperables, la radioterapia debe rechazarse porque se provocan alteraciones sanguíneas que hacen más peligrosa la aplicación.

**HIPERAZOEMIA.** — Dr. *Lobo-Onell*. El término hiperazoemia tiene un sentido fisiológico y el de uremia un significado clínico. Con Widal se acepta que la hiperazoemia se divide en aguda y crónica y reconoce un mecanismo patogénico diferente. La hiperazoemia crónica es un proceso de defensa orgánica, como lo es el aumento de la contracción cardíaca en ciertos estados circulatorios y depende de la mayor o menor alteración renal, pues mientras más grande es la alteración del parenquima tanto mayor es el grado de urea en la sangre. La patología de la hiperazoemia aguda, ataque de uremia o *crisis de hiperazoemia*, reconoce una patogenia distinta que el

proceso crónico, que puede reducirse a tres tipos, a saber: por aumento de producción de urea, por oliguria, y por una alteración renal que produce la caída de la concentración máxima y disminución de la diuresis. La crisis de la hiperazoemia por hiperproducción de urea, se observa en destrucciones celulares exageradas, por ejemplo, a consecuencia de una anestesia se ve subir la urea sanguínea a más de un gramo. El segundo tipo de hiperazoemia se ve cuando disminuye la diuresis. Es sabido que el riñón elimina la urea que se fabrica en el organismo a una concentración variable, que tiene un límite llamado *concentración máxima*, y es de 50 a 55 por mil. Cuando disminuye la diuresis llega a momento en que el riñón alcanza su concentración máxima y como no puede concentrar más se retiene el resto de la urea en la sangre. Es el caso que se observa en la insuficiencia del miocardio. Hay hiperazoemia por oliguria. Este mismo mecanismo se puede observar en riñones enfermos que poseen una capacidad de concentrar inferior a la normal. En este caso, aunque la diuresis quede relativamente elevada, se produce la hiperazoemia llamada por oliguria relativa. El tercer tipo de hiperazoemia proviene de un proceso más complejo. Al mismo tiempo que hay caída de la concentración máxima hay oliguria. Esto se observa en riñones enfermos y también en sanos, atacados de fragilidad renal, es decir, en ellos hay baja de la concentración máxima y de la diuresis. Este síndrome se conoce bajo el nombre de *nefritis funcional*. En las crisis de hiperazoemia de este tipo, el enfermo puede pasar de la salud a la muerte o al estado normal con gran rapidez. Un ejemplo de este tipo lo observamos en Francia en una operada de un gran tumor perirenal. La uremia alcanzó cerca de cuatro gramos, con oliguria y concentración bastante bajas. Al año no había vestigios de su alteración renal. Estos tres tipos de hiperazoemia se asocian a menudo en las infecciones agudas. Las intoxicaciones por cantáridas, mercurio, etc., también son capaces de producirlas. Los nefríticos crónicos que hacen una hiperazoemia crónica generalmente no mueren por ella, sino por una crisis aguda, despertada por una intoxicación infecciosa o insuficiencia del miocardio.

30 de Mayo, 1924

Presidente: Dr. *Lea-Plaza*

**QUISTE HIDATÍDICO SUPURADO DEL PULMÓN. OPERACIÓN. CURACIÓN.** — Dr. *F. de Amesti*. Presenta un enfermo hospitalizado en el servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, en el cual se comprueba la existencia de un quiste hidatídico del pulmón que ha supurado. El cuadro clínico del paciente no ofrece ninguna particularidad. Reacciones de Weinberg y Chauffard; positivas, hemoptisis, signos muy claros a la radioscopia y a las radiografías.

El Dr. de A. quiere, a propósito de este caso, llamar la atención sobre la benignidad del pronóstico operatorio de estos enfermos. Recuerda un enfermo presentado a la Sociedad Médica, en Octubre del año pasado en compañía del Dr. Garretón, que también presentó un quiste hidatídico del pulmón, que supuró y fué operado. Respecto a la técnica seguida, tanto en este caso como en el anterior, se hizo en dos tiempos. Después de localizar exactamente el sitio del quiste, por la radiografía, la percusión, etc., se hace la fijación de las hojas pleurales, previa resección costal, en extensión suficiente. Todo esto con anestesia local. El segundo tiempo se hace sin anestesia, con bisturí o termocauterío. En los dos casos operados por el Dr. de A. el resultado ha sido completamente satisfactorio, mejorando rápidamente el estado general y local.

**SOBRE UN NUEVO CASO DE DOBLE INFECCIÓN MENÍNGEA.** — Dr. *A. Garretón Silva*. Presenta un enfermo con una meningitis sifilítica crónica y que con motivo de una infección aguda pasajera, tiene una reacción meníngea de carácter purulento, benigna, que mejora sin tratamiento. (Esta comunicación será publicada *in extenso*, en "La Clínica").

**UN CASO DE MIOMA UTERINO DE GRANDES PROPORCIONES.** — Dr. *J. Puga M.* Se refiere a la observación de una enferma operada en el Servicio del Prof. Mönckeberg. Se trataba de una enferma con un tumor uterino de gran desarrollo, que más o menos rápidamente adquiere las proporciones de un útero grávido de 8 meses, aproximadamente. El Dr. P. insiste sobre la evolución rápida, que puede hacerlo confundir con un quiste del ovario. Una vez abierto el vientre llama la atención la regularidad de la superficie del tumor, su consistencia semiblanda, como conteniendo líquido, y la colocación de las trompas, simulando un embarazo. El Prof. Mönckeberg, que operaba, dudó si sería un mioma o un embarazo, lo que lo hizo auscultar y aun punccionar, mediante lo cual llegó a la convicción de que se trataba de un tumor. Se hizo una histerectomía subtotal. Curso post-operatorio normal. El tumor pesa, 3,700 gramos.

**EL PRONÓSTICO DE LA HIPERAZOEMIA.** — Dr. *Lobo-Onell*. En esta segunda parte de su conferencia, se refiere el Dr. L. O. al pronóstico de la hiperazoemia. En su estudio se refiere a las cifras dadas por el Prof. Widal y estima que éstas deben considerarse sólo como datos estadísticos y que al lado de la cama del enfermo es necesario tomar en consideración numerosos factores. Refiere dos casos observados por él en los cuales durante largo tiempo se comprobaron cifras elevadas de urea en la sangre compatibles con una salud aparentemente normal. Se refiere, también, a los trabajos actuales de la Clínica del Hospital Necker, en París, donde se estudia la posibilidad de establecer el grado de *fragilidad renal*, es decir, que riñones aparentemente sanos, pueden, bajo ciertas condiciones, hacerse insuficientes y provocar una crisis aguda de hiperazoemia. Entre estos factores determinantes, cita la oliguria por insuficiencia cardíaca, un proceso infeccioso o tóxico (anestesia, etc.)

## SOCIEDAD DE CIRUGÍA

12 de Mayo, 1924

Presidente: Prof. *Petit*

**FIBROMIXOMA DEL LIGAMENTO REDONDO.** — Dr. *E. de Ramón*. Presenta el caso de un fibromixoma del ligamento ancho desarrollado en el término de un año con un crecimiento acelerado en los tres últimos meses. Con el diagnóstico de quiste del ovario, se opera la enferma y se encuentra, abierto el vientre, un gran tumor que ocupa la parte inferior del abdomen, dando el aspecto de un tumor que contiene líquido. Funcionado con un trocar, no sale líquido. Se procede a extirparlo en masa, haciendo conjuntamente una histerectomía sub-total. El tumor pesa 10 kilos. El examen anatómo-patológico dice que es un *fibromixoma*. Presenta esta observación por considerarla de interés, ya que los casos publicados en la literatura son muy escasos (alrededor de 50). Finalmente el Dr. de R. hace algunas consideraciones sobre su origen, diagnóstico y tratamiento.

**HERIDA PENETRANTE DEL CRÁNEO POR ARMA DE FUEGO. LESIÓN DE LOS LÓBULOS FRONTALES.** — Dr. *J. Castro Guevara*.

Se trata de un enfermo que se dispara un balazo, estando en estado de ebriedad. El proyectil penetra en la zona fronto-parietal izquierda con salida del proyectil en igual región del lado derecho. Se interviene veinte días después del accidente y se encuentra un absceso en el lóbulo frontal izquierdo. Se vacía el pus, se regularizan los bordes óseos que tienen gran cantidad de esquirlas y se deja un drenaje. El enfermo mejora rápidamente y sólo queda una pérdida de la visión en el lado derecho. La memoria no ha sufrido ninguna alteración. A propósito de este caso se refiere el Dr. C. a que los criterios de los cirujanos frente a estas lesiones son opuestos, mientras unos son intervencionistas, otros son abstencionistas. Recuerda el Dr. C. que, según los trabajos efectuados en la guerra, debe operarse en todo caso, regularizar los bordes óseos, extraer los líquidos derramados, sacar las esquirlas, drenar con gasa y tratar la herida como si fuera operatoria. Cita la siguiente estadística respecto a la mortalidad: intervenciones primitivas, 14 a 20 por ciento; intervenciones secundarias 50 a 60 por ciento.

Dr. *Torres Boonen*. Opina que en la herida del cráneo se debe intervenir precozmente.

Prof. *Sierra*. Cita el caso de un muchacho que sin intervención mejoró; pero estima que es esto la excepción. Recuerda que Bergmann ha dicho que las heridas del cráneo se deben considerar como las del abdomen, salvo en rarísimas ocasiones.

**COLECISTITIS Y DISTOMATOSIS HEPÁTICA.** — Dr. *M. Matus*. Presenta el caso de una colecistitis aguda, que es operada después de varios ataques y se encuentra en el interior de la vesícula cálculos y una *fasciola hepática*. A este respecto el Dr. M. hace una serie de consideraciones sobre su morfología y su tratamiento. Indica la rareza de estos casos en Europa y América, no así en Siberia y otras regiones donde son sumamente abundantes. En este caso, como tratamiento se ha usado el benzoato y el salicilato de soda, el azul de metileno y el timol.

## SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA

8 de Abril, 1924.

Presidente: Dr. *Cienfuegos*.

**ESTENOSIS PULMONAR CONGENITA.** — Dr. *Patiño*. Presenta un niño de 3 años, que sufre de ataques de disnea y cianosis, en el que se comprueba en el examen un soplo sistólico de la arteria pulmonar. Se hace

el diagnóstico de estenosis pulmonar. El Dr. P. acepta como etiología de esta lesión la endocarditis fetal.

**PNEUMOTIFUS.** — *Dr. Muñoz Valenzuela.* Muestra un lactante de año y medio, en el cual se inicia una fiebre tifoidea y a los pocos días del curso de ésta aparece una neumonía. Puncionado el foco, los cultivos resultan negativos. La reacción de Widal es positiva. Refiere el caso de otro lactante que tiene trastornos nutritivos y una enterocolitis muy larga; el examen de las deposiciones da presencia de amibas, pero tratado por la emetina, no mejora. La autopsia demuestra características lesiones de la fiebre tifoidea.

**ICTERICIA INFECCIOSA GRAVE EN UN LACTANTE.** — *Dr. Aristia.* A propósito de un caso de ictericia grave en un lactante, hace ver el Dr. A. que los bacilos paratíficos, no son benignos como se cree. La autopsia de este enfermito demuestra lesiones degenerativas del hígado.

**GOMA SUBPERIÓSTICO.** — *Dr. Lermenda.* El enfermo que presenta tiene una goma subperióstica de la extremidad inferior del húmero derecho; es un heredado luético, que ha sido tratado por el protoioduro de mercurio, y como se ve, sin resultados.

**SARAMPIÓN TRATADO POR EL SUERO DE CONVALESCIENTE.** *Dr. Cienfuegos.* Da cuenta de dos casos de sarampión tratados por sangre de convaleciente, en inyecciones intramusculares en el curso de la erupción. En ambos casos la temperatura bajó y la erupción desapareció. Tiene interés el resultado de estas dos observaciones, por cuanto hasta la fecha el suero de convaleciente sólo ha sido usado como preventivo de la enfermedad, o bien cuando está en el período de incubación.

*Dr. Mayer.* Manifiesta que se podría interpretar el resultado como una acción de las proteínas, es decir, una acción para-específica.

*Dr. Cienfuegos.* No niega esta acción y se propone estudiar el punto haciendo en otros enfermos con sarampión inyecciones de otras proteínas.

17 de Abril, 1924

Presidente: *Dr. Cienfuegos*

**SEPTICEMIA GONOCÓCICA.** — *Dr. Muñoz.* Presenta el caso un niño de un año y once meses que, estudiado por el Dr. Scroggie, comprobó como características del cuadro las localizaciones articulares. El diagnóstico fué verificado por el hallazgo del gonococo en el pus de una de las articulaciones afectadas. Tratado por la autovacuna, mejora notablemente.

*Drs. Commentz, Bacza y Mayer.* Llamaron la atención sobre la dificultad que presenta el diagnóstico en el comienzo de la afección, especialmente con una enfermedad de Parrot o un reumatismo articular agudo.

**ENTEROCOCCEMIA.** — *Dr. C. Mayer.* Da cuenta de una observación de un lactante que sufrió una afección febril, en el cual se pensó en una fiebre tifoidea o un síndrome enterorenal. La hemocultura, negativa para el Ebarth y paratífus, fué positiva para el enterococcus. Después de la aplicación de una autovacuna, mejora completamente.

*Dr. Scroggie.* Se refiere a la gran importancia que tienen los drásticos como agentes generalizadores de infecciones de forma banal, que sin el purgante dado en forma inoportuna habrían curado rápidamente; pero, al lesionarse la pared intestinal, por un preparado mercurial, esto permite la pasada de toxinas y gérmenes al torrente circulatorio, provocando de este modo una septicemia de forma grave. Además, señala que en este enfermo había una insuficiencia hepática clara.

*Dr. Garretón Silva.* Llama la atención sobre la importancia que tiene la hemocultura en el diagnóstico de los procesos generales agudos. La hemocultura bien practicada, siguiendo la técnica de Widal, de sembrar 20 centímetros de sangre en medio litro de caldo o agua peptonada, es siempre de resultados más o menos definitivos. En los casos de fiebre tifoidea, con esta técnica, durante los primeros ocho días, el resultado es siempre positivo en el ciento por ciento de los casos; esto es lo que se desprende de la última estadística de Widal. Por último, manifiesta la necesidad de usar en mucho mayor escala la hemocultura, exigiendo siempre del laboratorista la técnica rigurosa ya indicada.

*Dr. Cienfuegos.* Cree también que es pernicioso la costumbre de los purgantes drásticos. De acuerdo con el Dr. Garretón Silva, se manifiesta partidario de usar la hemocultura, como un medio biológico excelente de diagnóstico.

*Dr. O. Schwarzenberg.* Pregunta por los síntomas que hicieron pensar al Dr. Scroggie, que había en el caso de la Dra. Mayer, una insuficiencia hepática.

*Dr. Scroggie.* Sostiene que la insuficiencia hepática comprende varios fenómenos, entre los cuales son muy importantes los anafilácticos.

*Dr. Schwarzenberg.* Cree que los fenómenos anafilácticos no pueden atribuirse exclusivamente a la insuficiencia hepática, sino más bien a un estado humoral especial.

*Dr. Scroggie.* Para comprobar estos estados anafilácticos, con insuficiencia hepática, dice que se puede usar la hemoclasia digestiva de Widal.

*Dr. Cienfuegos.* No cree tampoco en simples fenómenos de la anafilaxia en la insuficiencia hepática.

**MUERTE DEL RECIÉN NACIDO.** — *Dra. C. Mayer.* Se refiere a un caso de muerte de un niño inmediatamente después del parto, en el cual, como se demostraba, se usó la pituitrina. Al poco rato de nacer, el niño presenta convulsiones y después muere. En su clientela ha observado varios casos de esta naturaleza y se pregunta si la pituitrina no habría sido la causa directa de ellos.

*Dr. G. Schwarzenberg.* La generalidad de los casos de muerte del recién nacido, se deben a hemorragias intraeraniales, muy comunes después de partos prolongados.

24 de Abril, 1924

Presidente: *Dr. Cienfuegos*

**PENFIGO NEONATORUM.** — *Dr. Patiño.* Relata la historia de un niño que presenta un penfigo neonatorum, haciendo presente la gravedad que tiene esta afección.

*Dr. Cienfuegos.* Cree que el pronóstico de esta enfermedad es en general benigno y que el tratamiento, tal como se hace en Alemania, es sencillo y consiste en romper las bulas y cauterizar con nitrato de plata. Relata el caso de un niño con esta afección y que un hermanito recién nacido, también presentó el mismo cuadro, a pesar de haber tomado las precauciones del caso durante los últimos días del embarazo. Ambos niños mejoraron completamente.

*Dr. Patiño.* Cree que la benignidad del pronóstico es sólo en los casos de penfigo de la segunda infancia.

**UN CASO DE AMIBIASIS EN UN LACTANTE.** — *Dr. Scroggie.* Se trata de un niño de más de un año en el cual sobreviene una infección amibiana. Presenta el enfermito una gran intolerancia por la leche materna, debido, tal vez, a una larga lactancia. Se le somete a un régimen farináceo lo que tolera bien. Disminuyen sus síntomas intestinales. Por vía de experimentación se le dió leche albuminosa, lo que empeora su estado. El babeurre no lo tolera.

*Dr. O. Schwarzenberg.* A su juicio, lo que le ha hecho mal al niño, no ha sido la leche albuminosa, sino que debió dársele un purgante, para limpiar el intestino, antes de someterlo a la leche albuminosa. Pregunta por la duración de la dieta hídrica en estos casos de colitis aguda.

*Dr. Cienfuegos.* Cree que la leche albuminosa no sea lo mejor para el tratamiento de colitis aguda y respondiendo a la pregunta del Dr. Schwarzenberg sobre la duración de la dieta hídrica, manifiesta que en estos casos hay que tener muy en cuenta la naturaleza del trastorno nutritivo y las infecciones, bastando en los primeros con una dieta hídrica no mayor de 6 horas.

**SOBRE TUBERCULINOTERAPIA.** — *Dr. Muñoz Valenzuela.* Se refiere en general a este tratamiento, señala sus ventajas y su técnica y estima que debe ser usado en mayor escala, ya que sus beneficios son manifiestos.

1º de Mayo, 1924

Presidente: *Dr. Cienfuegos*

**PLEURESÍA PURULENTA METANEUMÓNICA EN UN HEREDO-LUÉTICO.** — *Dr. Scroggie.* Presenta un niño hospitalizado en el Servicio de Cunas del Hospital R. del Río, tiene 5 meses de edad, pesa 4,200 gramos. Su enfermedad data de 7 días, principia con tos, disnea y una temperatura de 40 grados; en el pulmón izquierdo hay soplo tubario y matidez. La neumonía hace crisis; pero poco después sobreviene alza de la temperatura y signos de derrame pleural; radiográficamente se comprueba el diagnóstico, pero llama la atención que a la pantalla el hiatus costo-diafrag-

mático se ve claro. La punción da salida a un líquido purulento y su cultivo demuestra la presencia de neumococos y estreptococos. El enfermo mejora con el empleo exclusivo de las punciones repetidas. A pesar de tratarse de un heredado-luético, no se le hizo tratamiento específico durante la evolución de su proceso pulmonar. Después de restablecido comenzó el tratamiento con una dosis de 0,50 gr. de unguento mercurial. Esta conducta se siguió por prudencia, en atención a posibles complicaciones por el estado de sus órganos de eliminación. Insiste, por último, el Dr. S. sobre el éxito obtenido con las punciones repetidas y agrega que algunos autores recomiendan el suero antineumocócico en la cavidad pleural.

*Dr. Bacza.* Hace ver que hay ciertos derrames que se reabsorben solos.

*Dr. Lea-Plaza.* En los casos de derrame con líquido estéril, la curación por la punción es casi segura; no así cuando el líquido es microbiano, en que hay necesidad de recurrir a la toracotomía.

*Dr. Aristia.* Discute el tratamiento por el suero intrapleural en estos casos y cree que sus resultados no son muy buenos, debido a que hay varias razas de neumococos que pueden actuar sobre un mismo proceso.

*Dr. Cienfuegos.* Cree que deben fijarse ideas definitivas sobre el tratamiento de las pleuresías purulentas. Su experiencia personal es que la mayoría de ellas curan sin intervención quirúrgica de ninguna especie. Cree que entre nosotros predomina la tendencia operatoria. Refiriéndose a la dosis de mercurio empleada en este caso, la encuentra baja; es partidario de las dosis más altas, ya que los niños la toleran muy bien.

*Dr. Scroggie.* Si bien es cierto que las pleuresías que aparecen en el curso de la neumonía mejoran completamente, no es lo mismo para las metaneumónicas que rápidamente producen fenómenos de compresión, y por esto necesitan la punción evacuadora. Respecto a la objeción del Dr. Cienfuegos, el Dr. S. dice que no se dieron dosis más altas de mercurio por cuanto se temió un compromiso hepato-renal. En cuanto a la tolerancia de los niños por el mercurio, cree que es cierto para ciertos preparados, no así para otros, como el mercurio con creta, licor de Van Switen y aun para el lactato de mercurio, habiendo tenido oportunidad de ver varios casos de verdadera intoxicación producida por estos preparados.

**PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL SIFILÍTICA. SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA HEREDOLÚES.** — *Dr. Bacza.* Presenta un niño de 1 año 3 meses, hijo de madre sifilítica, que tiene una parálisis cerebral infantil de origen heredado-luético. Se refiere en seguida extensamente al tratamiento de la heredolúes. El niño ha sido sometido a un tratamiento mixto, mercurial con protoioduro de mercurio y arsenical con neosalvarsan. Si bien es cierto que dada la naturaleza de la afección del paciente, los resultados no han sido muy halagadores, cree interesante el caso por la tolerancia perfecta del neosalvarsan, empleado en dosis de 0,03 gr. por quilo de peso — 0,15 en una sola dosis — no observándose ninguna alteración. Las inyecciones se hicieron, unas subcutáneas y otras intramusculares, sin producir ningún daño en el sitio de la inyección. Refiriéndose al tratamiento arsenical, señala los grandes beneficios de la salvarsanoterapia en la heredolúes, la fácil administración de estos preparados y su inocuidad casi completa, cuando su dosificación es rigurosa. Entre nosotros su empleo, sobre todo en la clientela de políclínica, no está lo difundido que debiera estarlo. El costo del preparado es actualmente reducido, en cambio el beneficio sería inmenso.

*Dr. Commentz.* Efectivamente, el costo del neosalvarsan es ahora más bajo; la Liga de Higiene Social ha resuelto el problema de abaratarlo y hace grandes descuentos a los Servicios de Beneficencia. En el Hospital M. Arriarán, el consumo entre las madres ha aumentado considerablemente este último tiempo.

*Dr. Scroggie.* Se muestra muy partidario del uso del neosalvarsan, aun cuando hace presente accidentes, a veces mortales, con su aplicación en el seno longitudinal, que cuando el neo cae en la sustancia cerebral, puede producir la necrosis de esa parte. Indica las ventajas del Sulfarsenol.

*Dr. Prunés.* Igualmente se manifiesta partidario del tratamiento arsenical, creyéndolo el mejor. Recomienda el Sulfarsenol y el Stovarsol. Cree que en toda lúes debe primero hacerse el tratamiento mercurial y después el mixto.

*Dr. Lea-Plaza.* Después de referirse al verdadero caos del tratamiento de la lúes nerviosa, cree que en las afecciones nerviosas de marcha aguda, no debe emplearse el arsénico, sin antes haber usado el mercurio.

**TETANOS.** — *Dr. Cienfuegos.* Un niño de 9 años ingresa al Servicio de Infecciosos del Hospital M. Arriarán con un tétanos, pero la marcha de la enfermedad se muestra ya muy avanzada. Se hace un tratamiento con suero antitetánico, altas dosis de cloral y bromuro de calio, por los cuales demuestra gran tolerancia. Mejora completamente.

TRATAMIENTO DE LA HEREDOLÚES. — *El señor Presidente* manifiesta que en vista de la importancia del tema y teniendo en cuenta los beneficios que traerá el uniformar las ideas al respecto, pone en conocimiento que este asunto será el tema de la Orden del Día de las próximas sesiones.

15 de Mayo, 1924

Presidente: *Dr. Cienfuegos*

EPILEPSIA Y HEREDOLÚES. — *Dr. Daneri*. En una niña de 7 años, heredolúética confirmada, sometida constantemente a tratamiento específico por el protioduro de mercurio, aparecen desde hace 8 meses trastornos mentales que consisten en accesos de risa y llanto, terror nocturno acompañado de llanto, alucinaciones; además hay disminución de los afectos familiares y cambio de carácter, no hay micción ni defecación involuntarias durante los accesos; pero hay amnesia de lo ocurrido. Estos síntomas corresponden a equivalentes epilépticos. Conjuntamente con el síndrome mental aparecieron trastornos oculares que el examen oftalmoscópico comprueba una coriorretinitis y atrofia papilar en el ojo derecho. Entre los antecedentes familiares de la enfermita se anota una lúes en ambos padres y una lesión ocular lúética en una hermanita. Además la madre tiene un estigma de degeneración, a saber, fibras de mielina en el examen de fondo de ojo. El pronóstico, dice el Dr. D., es malo para la lesión ocular, porque puede llevarla a la ceguera completa y es sombrío para la afección mental, por cuanto generalmente lleva al paciente a la demencia; sin embargo, a veces el mal queda reducido sólo a los equivalentes epilépticos y entonces el pronóstico es menos grave. En este caso, el tratamiento específico ha sido impotente para evitar la lesión ocular y la afección mental. En este último caso, la mayoría de los autores concuerdan en que el tratamiento específico fracasa casi siempre como preventivo y curativo.

*Dr. Mujica*. Las coroiditis son producidas, en general, por la sífilis y tuberculosis, rara vez por anemias o afecciones del hígado; Recuerda un caso en que fué consecutiva a una neumonía. Es muy importante en estos casos hacer el examen oftalmoscópico.

*Dr. Cienfuegos*. Le parece interesante el caso, sobre todo desde el punto de vista del fracaso del tratamiento específico, lo que cree debido a que se empleó siempre la misma sal mercurial. En el tratamiento de la lúes hay que variar los preparados y combinar el mercurio con el arsénico y yoduros. Le parece que debe aprovecharse el ejemplo de este caso para revisar el tratamiento antilúético actual usado por nuestros pediatras.

TROMBOFLEBITIS DEL SENO CAVERNOSO. *Dr. Prieto Nieto*. Refiere el caso de un lactante de 25 días que observó en el Policlínico del Hospital M. Arriarán, con gran exoftalmó, edema palpebral del ojo izquierdo y temperatura alta. El diagnóstico fué de tromboflebitis del seno cavernoso. El examen ocular comprueba una miosis máxima, dolor a la presión. Hay imposibilidad para examinar el fondo del ojo. La hemocultura dió abundantes estafilococos. El paciente murió súbitamente y no se pudo hacer la autopsia por no contar con la voluntad de la familia. Tampoco se encontró la puerta de entrada de la infección. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo casi únicamente con el flegmón de la órbita.

El Dr. Charlin opina que basta con el aspecto del ojo y la hemocultura positiva para hacer el diagnóstico de tromboflebitis del seno cavernoso. El pronóstico es gravísimo y el tratamiento que puede dar resultado es la abertura y drenaje del seno cavernoso (operación de Krönlein).

*Dr. Mujica*. Cree bastante difícil el diagnóstico diferencial entre un flegmón de la órbita y una tromboflebitis del seno cavernoso. La hemocultura puede ser positiva en el flegmón, especialmente cuando la

infección se hace por vía endógena. En un caso que vió, resultó ser un flegmón de la órbita y que curó con la evacuación y drenaje.

*Dr. Blanchard*. La tromboflebitis debió haber sido bilateral, dado su modo de producirse.

*Dr. Prieto Nieto*. Generalmente es bilateral, pero en este caso no hubo tiempo para que la afección se propagara.

PROGRAMA DE ACCIÓN SOCIAL. — *El señor Presidente* diserta ampliamente sobre la acción social que debe desarrollar la Sociedad de Pediatría.

(Ver los acuerdos aprobados en sesión de Directorio de 16 de Mayo).

REVISTA DE PEDIATRÍA. — *El señor Presidente* recuerda la necesidad de impulsar la publicación de la Revista de Pediatría, sobre todo porque estamos a un paso de un Congreso del Niño, en que es necesario demostrar que nuestros pediatras tienen tanta o más preparación científica y práctica que sus colegas sudamericanos.

### Sesión de Directorio

16 de Mayo, 1924

Presidente: *Dr. Cienfuegos*

IV. CONGRESO PAN-AMERICANO DEL NIÑO. — El Sr. Secretario da cuenta de haberse recibido una invitación oficial a adherirse al IV Congreso Pan-Americano del Niño, y se pide en ella que la Sociedad Chilena de Pediatría designe un delegado para que la represente. Aceptada la invitación, la designación del delegado recayó en el Dr. J. Infante.

PROGRAMA DE ACCIÓN SOCIAL. — *Dr. Cienfuegos*. Propone al Directorio un proyecto de Programa de Acción Social, que limita a algunos puntos:

1º Estudiar el problema del niño tuberculoso, que actualmente no es aceptado en los hospitales generales, ni en el Hospital San José, especial para tuberculosos, siendo estos niños una fuente permanente de contagio para los miembros de su familia.

2º Fomentar el desarrollo de las Escuelas al Aire Libre, en donde se puede hacer gran labor profiláctica mediante una enseñanza adecuada.

3º Difundir la cultura de las madres del pueblo, por medio de conferencias, sobre todo objetivas, en sitios públicos.

4º Tratar de conseguir la reforma de nuestros estudios médicos, en el sentido de hacerlos más prácticos y eficientes, sobre todo en las cátedras de Pediatría e Higiene.

El Directorio acepta en todas sus partes el proyecto del Sr. Presidente, y se acuerda que la Sociedad desde luego haga las gestiones necesarias para ponerlo en práctica.

22 de Mayo, 1924

Presidente: *Dr. Cienfuegos*

MUTISMO HISTERICO RECIDIVANTE. — *Dr. Daneri*. Presenta una niña que tiene desde hace un año un mutismo histerico. La paciente, que tiene 6 años de edad, ha presentado este cuadro después de un viaje. Entre sus antecedentes no existe tara nerviosa alguna. Ha sido tratada por varios especialistas quienes lograron hacerla hablar; pero al regreso a su casa caía nuevamente en el mutismo. Hospitalizada se ha logrado mejorarla en forma manifiesta. El Dr. D. considera que en presencia de una afección tan rebelde, se puede tratar en este caso de un grado de degeneración mental, por consiguiente, de pronóstico serio.

*Dr. Leo-Plaza*. Estos casos son muy rebeldes al tratamiento y estima como factor indispensable para su mejoría el aislamiento de los enfermos.

SINDROMA MENINGO - ENCEFÁLICO. — *Dr. Morales Beltrami*. Presenta una niña que fué hospitalizada en su Servicio en el Hospital Arriarán con un síndrome meningo-encefálico de tal gravedad que se creyó en una posible meningitis tuberculosa, asegurándose así un pronóstico fatal a corto plazo. La enfermita mejoró notablemente al día siguiente de su hospitalización, desapareciendo por completo su sintomatología—estado de contractura, sobre todo en las extremidades superiores, estrabismo, desigualdad pupilar, inconciencia, etc.—síntomas francos cerebrales y meningeos. Después éstos son sustituidos por un estado de euforia casi completa. El examen pulmonar, durante los días de su permanencia en el Servicio, reveló fenómenos pulmonares que hicieron pensar en una neumonía hipertóxica; existía también una constipación pertinaz, y por último, coincide con la mejoría de la enfermita la aparición de una urticaria. Todo esto hace pensar al Dr. M. B. que en presencia de este caso hay que hacer el diagnóstico de una probable infección intestinal de forma hipertóxica. El examen del líquido céfalo-raquídeo fué normal.

*Dr. Bacca*. A propósito del caso presentado, se refiere un trabajo de Casaubón aparecido en los Archivos Latinoamericanos de Pediatría en el que dicho autor hace un estudio detallado de todas estas clases de reacciones meningo-encefálicas, que se observan con gran frecuencia como dependientes de un gran número de enfermedades y propone denominarlas Síndromas meningíticos, para evitar la confusión que muchas veces se hace, entre meningismos, estados menígeos, etc.

TROMBOFLEBITIS DEL SENO CAVERNOSO. — *Dr. Mujica*. Relata la observación de un niño que presentó un síndrome de tromboflebitis del seno cavernoso y cuyo diagnóstico ofreció particulares dudas con un flegmón de la órbita. Se trata de una afección unilateral, que además de los síntomas locales de exoftalmó, edema palpebral, quemosis, presenta fenómenos generales graves de forma menígea. Puncionada la cavidad orbitaria, salió una pequeña cantidad de pus. La hemocultura fué negativa. Ni la punción ni el resultado de la hemocultura bastan para establecer la diferencia entre una tromboflebitis y un flegmón de la órbita. La autopsia dió una meningitis supurada, una bronconeumonía y una tromboflebitis de los senos cavernosos.

ERITEMA NUDOSO. — *Dr. Bacca*. Refiere la observación de un caso de eritema nudoso y se extiende en consideraciones deducidas de la revisión de la literatura actual sobre esta enfermedad. Para muchos autores, esta afección es de pronóstico reservado, por su estrecha relación con la tuberculosis. Gran número de autores, sobre todo franceses, a la cabeza de los cuales está Comby, no están de acuerdo con este concepto. Revisando estadísticas minuciosas — Geissay, 300 casos; Comby 172 casos — basándose en la marcha de la enfermedad, la contagiosidad, muy clara en algunos casos, la epidemidad — casos familiares de Appert — la inmunidad que ella confiere, etc., llegan a la conclusión estos autores que no puede admitirse el origen tuberculoso de la afección, sino que es necesario considerarla como una enfermedad autónoma, muy semejante por sus caracteres, a las fiebres eruptivas. Aceptan que en muchos casos guarde relación con la tuberculosis; pero sería ésta comparable a la que existe entre el sarampión, en algunos casos predispondría al organismo a adquirirla o vice-versa, facilitaría el desarrollo de un eritema nudoso.

*Dr. Cienfuegos*. Manifiesta su desacuerdo con las conclusiones citadas, por cuanto una numerosa experiencia personal lo ha convencido de que en la gran mayoría de los casos, y no en todos ellos, se ve la relación directa con tuberculosis. Manifiesta que igual opinión prevalece en los autores sudamericanos.