

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

SECRETARIOS DE REDACCION

Drs. Juan Marín

A. Rojas Carvajal

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

COMITE CIENTIFICO

SRS. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

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

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

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

Director: O. FONTECILLA

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

Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

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

SUMARIO

Texto:

- A. CONSTANT y J. MARÍN.—El Diagnóstico de úlcera gástrica, p. 273.
RICARDO EQUIGUREN E.—Embarazo de 6 meses, apendicitis aguda, operación (1 fig.), p. 274.
T. RIPO BUSTOS.—Tuberculosis sub-aguda de las serosas, p. 274.
C. MÓNCKEBERG.—Del Traumatismo Obstétrico en el recién nacido (5 figs.) (continuación), p. 276.
Sociedades Científicas: Sociedad de Cirujía, (6 figs.) p. 277.

Anexo:

- Conferencia dictada en la Escuela de Visitadoras Sociales, por su Directora, Mme. Bernier (continuación), p. 361.
C. LIAN, R. BARRIEU y A. BLONDEL.—Las adquisiciones terapéuticas en patología cardiovascular (continuación), p. 363.
JOHN BOY.—¿Cuándo está curada una blenorragia crónica?, p. 369.
Nota del Sindicato de Médicos de Chile.—Valparaíso, p. 376.
NOTAS PRÁCTICAS: La hipertensión de la edad crítica, p. 371.

CONFERENCIA

Dictada en la Escuela de Visitadoras Sociales
por su Directora, Mme. Bernier
(Continuación).

Situación de la Asistencia durante
la guerra

Desde Agosto de 1914 las Obras de Asistencia fueron asaltadas por una ola de demandas extraordinarias. El Comité nacional, improvisado de urgencia, apenas era capaz de sostener la enorme carga. Todas las organizaciones filantrópicas, rivalizando en espontaneidad y patriotismo, sobrepasaron en generosidad todo lo hecho hasta entonces, para mantener la calma en la población y poder atender a los más necesitados.

Tantas solicitudes terminaron pronto con el patrimonio de las Obras. Al mismo tiempo los abusos osaron aparecer, alentados por la facilidad con que se acordaban los recursos. Muchos corsarios de la caridad no habían sido aún tan generosamente favorecidos, citándose casos de recién nacidos que recibían 17 vestidos y casos de individuos con seis inscripciones en cantinas populares.

Cuando los socorros se enviaron al extranjero se comprobó con estupor que, a pesar de su abundancia, no bastaban para socorrer las miserias diariamente en aumento.

El doble sentimiento de la responsabilidad respecto de los donadores y de la equidad con los pueblos solicitantes hizo nacer en el seno del Comité Nacional la impresión de que un control serio se imponía, e inme-



ARTIGON

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

Medicamento sin igual para el tratamiento de la blenorragia

Vacuna antigonorreica,
polivalente, nuevamente perfeccionada, de
conservación ilimitada

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

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

En cualquier defecto, sírvanse avisar al representante de la

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

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

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS

diatamente se acogió el proyecto presentado por nuestra agrupación.

La gran dificultad de su ejecución era de atender rápidamente la cantidad enorme de demandas que ya a fines de 1914 se elevaba a la décima parte de la población.

A pesar de esto, en algunas semanas, gracias a una falange de voluntarios entusiastas, se repartieron 140,000 fichas o papeletas y cada familia necesitada fué provista de un carnet colectivo en el cual las organizaciones anotaban los recursos en especies y en dinero.

En poco tiempo todos los obstáculos previstos desaparecieron y las Obras privadas colaboraban con buena voluntad en el sistema de control entronizado.

En una progresión que ha seguido estrechamente el desarrollo lamentable de la miseria, la Oficina de Identificación extendía sus actividades y pasaba de 140,557 inscritos a 600,000 en la fecha del armisticio.

El sistema de carnet se completaba con las encuestas hechas sobre el lugar de las demandas de asistencia y por una centralización de los datos referentes a las Obras y su actividad. Este rodaje servía de lazo de unión entre las Obras y sus beneficiados.

La Sección editaba, además, un Repertorio: magnífico balance de la solidaridad en la Bélgica ocupada. Un trabajo tan considerable obligaba al Comité fundador a rodearse en cada sección de empleados retribuidos que, por su perseverancia y devoción, eran verdaderos colaboradores.

Si la organización de los socorros pudo hacerse desde el principio de la guerra y desarrollarse durante cinco años con un orden admirado por todos, fué en parte debido a un control metódico, equitativo, que fué la clave de la enorme empresa del Comité Nacional.

He ahí el rol preponderante de la Oficina de Identificación en un país entregado a los horrores de la guerra. Lo hemos seguido en su desarrollo desde el sangriento amanecer hasta el día brillante en que la tempestad ha terminado.

¿Qué pasó a ser, el día en que el sol de la paz se elevó, en fin, sobre los países iluminando sus ruinas y desolaciones, alentando el corazón de su pueblo en que sobrevive tenaz el deseo de renacer, de reparar los desastres y de marchar de nuevo a la luz, entre los primeros, sobre la vía del progreso y de la civilización?

Situación de la Oficina después de la guerra

Terminadas las hostilidades, aplacado el trastorno y vuelto el estado de normalidad, era de temer que la Oficina Central de Identificación sufriera la misma suerte que las Obras de guerra y fuera considerada como inútil en adelante. No era ésta, sin embargo, nuestra opinión.

Juzgamos este organismo indispensable y todo se hizo no sólo por mantenerlo, sino también por consolidarlo y desarrollarlo.

Fueron las Obras mismas que lo decidie-

ron en una asamblea plena el 22 de Mayo de 1920, reconociendo implícitamente su eficacia y su necesidad, y en este momento en que os hablo, no hay en Bélgica una sola persona que se ocupe de filantropía que desconozca a la Oficina de Identificación y sus bienhechoras actividades.

Qué es, en realidad, la Oficina de Identificación

La Oficina Central de Identificación fué fundada el 10 de Noviembre de 1914 con el objeto de combatir la explotación de la beneficencia, de cooperar a la repartición equitativa de los diversos recursos del patrimonio de la caridad y de facilitar la unión y la colaboración de las obras públicas y privadas.

La lectura de la lista de las Obras afiliadas, del nombre de los miembros del Comité y de los filántropos donadores, atestiguan en estos países, divididos, sin embargo, por las ardientes luchas políticas, la más completa unión en este dominio de la filantropía.

Las diversas actividades se reparten en cinco secciones que tienen por objeto:

Identificación. — Combatir la explotación de las instituciones oficiales y de las Obras privadas de asistencia y evitar los dobles usos, instituyendo para toda persona o familia que solicite ayuda, una papeleta de identificación y un carnet en que se inscriben los socorros dados por los filántropos,

Productos Biológicos Bruschetti

NOMBRE DEL PRODUCTO	FÓRMULA	INDICACIONES
Vaccino Antipiógeno Polivalente Bruschetti En caja de 5 ampollitas de 2 c. c. " " " 1 " " 5 c. c. " " " 1 " " 10 c. c.	Estreptococo piógeno, estafilococo piógeno áureo, bacillus perfringens, bacterium coli, neumococo de Fränkel, cepas de diversas procedencias Método Prof. Bruschetti.	Abscesos, anginas de Ludwig, artritis aguda, reumatismo agudo, endocarditis estreptocócica, infección puerperal, supuraciones de llagas o heridas, erisipela, furunculosis, gangrena gaseosa, septicemia, etc.
Vaccino Antigonocócico Bruschetti (Cajas de 5 ampollitas de 2 c. c.)	Cepas de gonococo de diversas procedencias y cepas de gérmenes, (piógenos), que suelen acompañar al gonococo. Método Prof Bruschetti.	Uretritis gonocócicas y formas derivadas: prostatitis, epidemitis, artritis blenorragica, afecciones gonocócicas del útero y anexos, etcétera.
Vaccino Curativo Bruschetti (Cajas de 5 ampollitas de 1 c. c.)	Obtenido con bacilos tuberculosos que se han mantenido durante mucho tiempo en contacto con leucocitos y con extractos bacilares; todo lo cual con un método especial del Prof. Bruschetti.	En todas las formas y estadios de la tuberculosis En las formas con asociaciones microbianas unido al «Polivaccino Antipiógeno» (para las formas bacilosas).
Suero-Vaccino Bruschetti (Cajas de 5 ampollitas de 1 c. c.)	Se compone de una mezcla de Vacuna igual a la anterior y de un «Suero» que tiene, entre otras, sobresalientes propiedades antitóxicas.	Estadios iniciales de la tuberculosis y forma óseas de la misma, solo o asociado con el «Vaccino Curativo».
Polivaccino Antipiógeno Bruschetti (para las formas bacilosas) (Cajas de 5 ampollitas de 2 c. c.)	Estreptococo piógeno, estafilococo piógeno áureo, pneumococo de Fränkel, varios otros estrepto y estafilococos cepas de diversas procedencias. Método del Prof. Bruschetti.	En todas las formas de tuberculosis en que se constate la presencia de asociaciones microbianas, alternado con el «Vaccino Curativo».

Muestras y bibliografías a disposición de los señores Médicos.

DIRIGIRSE A HIJOS DE ATILIO MASSONE

Casilla Correo 3584

SANTIAGO

Calle Claras 205

los organismos de caridad, públicos o privados.

Informaciones. — Hacer, a pedido de los afiliados, encuestas sobre las demandas de asistencia que se producen.

Informes, documentación — Servicio Social. — Documentar las Obras, los filántropos e informar a los solicitantes sobre los organismos apropiados a cada caso. El Servicio Social estudia los casos particularmente desgraciados que le son señalados, investiga las causas de la miseria, los remedios apropiados y efectúa todos los actos necesarios para la ayuda que se solicita.

El carnet de Identificación se hace por familia. No implica por sí sólo un derecho a socorros y se concede gratuitamente a quien lo solicite y presente documentos oficiales (libreta de matrimonio, cartas de identidad de los miembros de la familia que tengan más de 15 años).

El empleo del carnet de identificación permite darse cuenta de la composición de las familias y de los socorros ya concedidos por las obras. La inscripción de los menores socorros en especies, tales como alimentación, sobre-alimentación, vestidos, carbón, medicamentos, es tan indispensable como la inscripción de socorros pecuniarios provenientes de donaciones en dinero, indemnizaciones de huelga, de mutualismo, pensión de vejez, etc., pues conociendo de una parte las necesidades de una familia y los recursos provenientes del trabajo, es fácil darse cuenta de la indigencia, si tenemos, por otra

parte, el carnet con la lista de todos los socorros de que goza.

El carnet de Identificación evita los errores, detiene los abusos y tranquiliza la conciencia de los que asumen en las obras la tarea delicada de repartir en forma eficiente las liberalidades de los donadores.

(Continuará).

Las adquisiciones terapéuticas en patología cardiovascular

(Continuación)

por los

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

El estado de mal cardio-gastro-anginoso del infarto del miocardio

Lian y Pollet han establecido que el infarto del miocardio puede ser diagnosticado cuando se traduce por la aparición brutal, en un individuo sano, de un estado de mal cardio-gastro-anginoso.

Este síndrome comprende:

1º El estado de mal anginoso, reducido a veces a la epigastralgia;

2º Una insuficiencia cardíaca aguda cuyo signo más constante es la caída de la presión arterial;

3º Signos gástricos consistentes en náuseas repetidas y vómitos;

4º Signos diversos que se agregan a la tríada anterior, en especial, un ligero movimiento febril.

He aquí la conducta a observar:

El reposo absoluto es de rigor. Las inyecciones opiáceas son, en general, necesarias para calmar los paroxismos dolorosos y angustiosos. Y otra medicación fundamental, la cardio-dinámica. La digitalina cristalizada en ingestión, la digifolina en inyecciones intramusculares, la ouabaina cristalizada en inyecciones intravenosas, nos han dado buenos resultados, así como una pequeña sangría de 200 grs. y las inyecciones subcutáneas de aceite alcanforado.

De todas maneras, estamos persuadidos de que los éxitos indiscutibles de estas prescripciones deben hacer olvidar el temor enteramente teórico, de favorecer la ruptura del infarto del miocardio por el empleo de medicamentos reforzadores de la energía de la contracción cardíaca.

Insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca está siempre en estudio, y recientemente M. Laubry ha demostrado que hay que ampliar el dominio de la insuficiencia ventricular izquierda.

Desde el punto de vista terapéutico, recordaremos la opinión actual sobre la acción de la digital y consideraremos dos puntos discutidos de sus indicaciones, así como su

Sin Temor

de iodismo

el

COLLO-IODE-DUBOIS

A BASE DE IODOHIDRATOS DE ÁCIDOS AMINADOS

realiza un progreso terapéutico indiscutible sobre las iopeptonas

— soluciones de iodo

— ioduros alcalinos

LABORATOIRES DUBOIS

15 rue Pergolèse

PARIS XVI^e

Concesionario para Chile

Am. Ferraris

Compañía 1295
= Santiago =

Para los niños en el invierno el mejor tónico

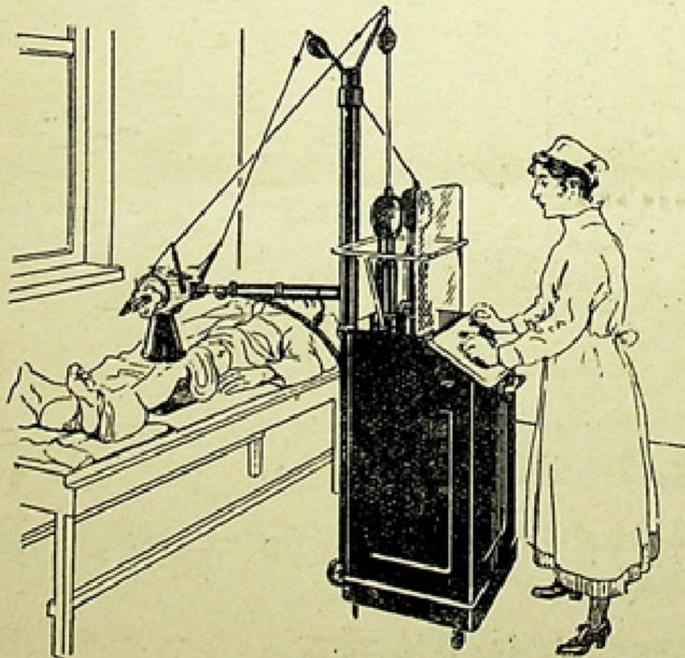
JARABE VALTIN LEROY

DOSIS: Una cucharadita antes de las comidas

FORMULADO POR PROFESORES Y MEDICOS EMINENTES

LABORATORIOS RECALCINE

EXPLORATOR



EL APARATO

“ROENTGEN”

Para Clínicas y
Consultorios Médicos

Apropiado para radioscopías, radiografías
de tiempo y rápidas y terapia superficial.

Tamaño reducido - Manejo sencillo
PRECIO ECONÓMICO

Solicítenos detalles y precios.

SIEMENS-SCHUCKERT LIMITADA

Compañía de Electricidad

Huérfanos 1041 - Santiago - Casilla 104 D

Valparaíso - Concepción - Valdivia - Antofagasta - Iquique

empleo posible por la vía rectal. Diremos también que la ouabaina y la digitalina pueden ser inyectadas por la vía yugular, que el cloruro de calcio es susceptible de ser empleado contra la insuficiencia cardíaca y las arritmias. Mencionaremos, finalmente, la técnica de la evacuación local de los edemas de los miembros inferiores.

Digital (acción e indicaciones)

Los numerosos trabajos recientes de cardiología han planteado de nuevo la acción y las indicaciones de la digital.

I. Acción. — Todos los autores están de acuerdo para admitir que la digital modera las contracciones de las aurículas, y en consecuencia, las de los ventrículos (acción cronotropa), y que, además, dificulta el pasaje de las excitaciones motoras de las aurículas a los ventrículos (acción dromotropa). En lo que se refiere a la acción sobre la contractilidad cardíaca (acción inotropa), recientemente ha sido puesta en duda y hasta negada un instante. Oportunamente C. Lian ha defendido la realidad de esta acción directa de la digital sobre el poder contractil del miocardio. Nada hace necesaria la continuación de esta controversia, pues que la acción directa sobre la contractilidad miocárdica se admite hoy universalmente, como puede deducirse de una bella lección reciente del Prof. Vaquez.

En cuanto a la acción de la digital sobre la excitabilidad del miocardio (acción bath-

motropa), en general se admite que aumenta esta excitabilidad. Según nuestra opinión, esta opinión corriente reclama una seria restricción. Consideramos que no es raro que la digital disminuya o haga desaparecer los extrasístoles; y esto verosímelmente, gracias a su acción cardio-dinámica que disminuye la sobre-carga, la distensión del miocardio. Esta última eventualidad es también la más frecuente, en nuestra opinión, como igualmente en la opinión del Prof. Vaquez.

Hay que tener presente que, como lo han hecho ver Huchard, Merklen, y más recientemente, el Prof. Vaquez, la aparición de irregularidades del corazón bajo la influencia de la digital, constituye un signo de mal augurio. Nosotros agregaremos que esta juiciosa advertencia clínica sólo se aplica en los casos en que los extrasístoles aparecen con una dosis media de digital, pues es fácil provocar en muchos corazones enfermos, la aparición del ritmo coplado, dando una dosis demasiado fuerte de digital.

II. La digital está indicada en la insuficiencia ventricular izquierda. — Las indicaciones de la digital derivan de las nociones precisadas y también de la experiencia clínica. No las revistaremos en forma completa. Nos concretaremos solamente a algunos puntos en que el acuerdo no es completo.

Desde luego, C. Lian ha contradicho repetidas veces la fórmula siguiente: la digital no tiene acción más que contra la insuficiencia del corazón derecho, sólo la ouabaina tiene acción en la insuficiencia ventricular

izquierda. Creemos que es inútil recordar los buenos efectos que Danielopolu, Gallavardin y C. Lian han obtenido con el empleo de la digital en la insuficiencia ventricular izquierda, y en particular, en el pulso alternante, uno de los signos cardinales de este síndrome. En efecto, la fórmula precedente, no sólo está en contradicción con los hechos, también lo está con las nociones concernientes a la acción miocárdica de la digital. En efecto, la fórmula: digital para el corazón derecho, ouabaina para el corazón izquierdo, no es aceptable sino para aquéllos que niegan la acción sobre la contractilidad miocárdica y no la juzgan capaz sino de moderar la arritmia completa.

Esta última es frecuente, en efecto, en la asistolía que se consideraba entonces como debida, sobre todo, a la insuficiencia del corazón derecho. Sin embargo, puesto que se admite hoy unánimemente que la digital tiene una acción directa sobre la contractilidad del miocardio, sería ilógico decir que esta acción cardiodinámica se ejerce solamente sobre la débil musculatura del ventrículo derecho y no sobre la fuerte musculatura del ventrículo izquierdo.

Por consecuencia, estimamos que actualmente debe considerarse sepultada aquella fórmula que C. Lian combatió desde su aparición: digital para la insuficiencia del corazón derecho, ouabaina para la del corazón izquierdo.

III. La digital está indicada en la insuficiencia cardíaca de los corazones regulares.

ARTERIO-ESCLEROSIS

Hasta la fecha el ENVEJECIMIENTO de las arterias se detenía a duras penas.

AHORA:

**La Arterio-Esclerosis,
Hipertensión,
Aneurisma,**

RETROCEDEN y sanan con

Angina-Pectoris

EL "SILICYL"

Producto Científico Francés

LABORATOIRES CAMUSET ABLON - FRANCE

Inyecciones para casos avanzados. Comprimidos como medicación habitual.

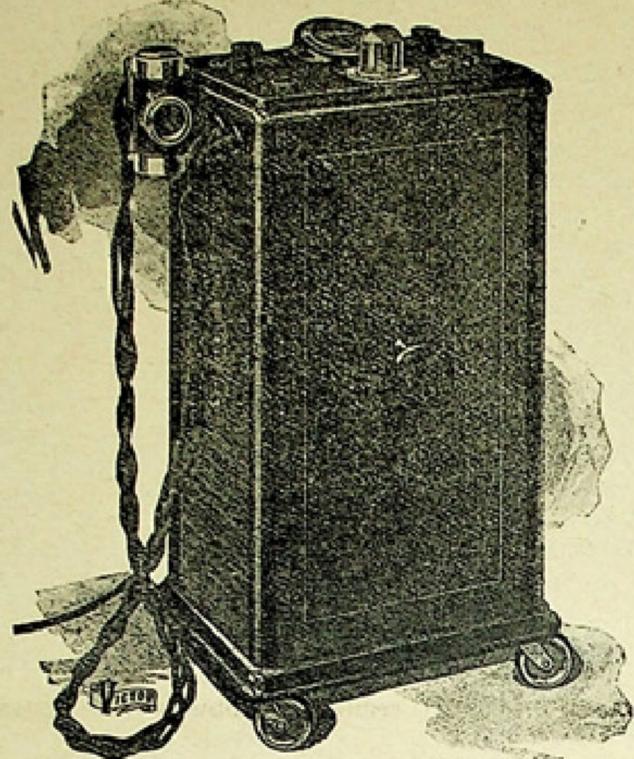
CONSULTE A SU MÉDICO

Agentes para Chile

Paeile y Finat Ltda.

HUERFANOS 1235
Teléfono 4550
Casilla 983

Muestras a disposición de los Sres. Médicos



Nueva Lámpara de Cuarzo "Victor" enfriada por agua

Una de las características exclusivamente «VICTOR» con que se ha dotado estas lámparas, es el sistema de refrigeración que se ha denominado «contenido en sí mismo». Esto significa que no hay que llenar tanques con 6 u 8 galones de agua (cosa indispensable con los equipos anteriores), sino que el agua depositada en el radiador, el cual es enfriado por un abanico que es impulsado por un motorcito, se mantiene en circulación por medio de una bomba de agua que es operada por el mismo motor que impulsa el abanico.

VÍCTOR X. RAY - CORPORATION

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

Solicite Presupuestos e informaciones a los únicos Representantes:

International Machinery Co.

INGENIEROS - IMPORTADORES

Teléfono 4580

Santiago, Morandé 520

Casilla 107-D.

G. TSCHUMI

SANTIAGO

Estado esq. Huérfanos Δ Casilla 46 Δ Teléfono Inglés 487

Dirección Telegráfica: «TSCHUMI»



ÓPTICA MODERNA

Grán surtido de instrumentos y aparatos para médicos

Instrumentos "Krupp" de acero inoxidable

Representación exclusiva para Chile de

ERNST LEITZ, WETZLAR

Microscopios y accesorios, micrótomos, aparatos de proyección
microproyección, microfotografía y bacteriología

CATÁLOGOS ILUSTRATIVOS A DISPOSICIÓN

Grán surtido de artículos para laboratorios
en general.

Instalaciones para Clínicas, Hospitales
y Laboratorios.

Sección para encargos a Europa.
Condiciones ventajosas

Precios Médicos

Haedensa

La mejor preparación realmente
eficaz para curar las : : :

ALMORRANAS

La recetan eminentes médicos en
Alemania y otros países, obte-
niendo siempre con ella resulta-
dos sorprendentes, según consta
en los certificados ante notario
que obran en nuestro poder.

MUESTRAS A SOLICITUD DEL CUERPO MÉDICO

: : Se vende en las buenas Boticas surtidas : :



INTRODUCTORES:

Guttman, Maurer y Cía.

Casilla 85 D. — SANTIAGO. — Calle Moneda 1065.

—Hay todavía otra fórmula errónea contra la cual C. Lian ha protestado en vano desde hace ya 10 años. Héla aquí en toda su inexactitud: la digital no tiene acción en la insuficiencia de los corazones regulares.

Ella data desde Mackenzie, y es el corolario inexacto de una constatación notable hecha por este gran médico. Él observó muy juiciosamente que la digital daba sus mejores resultados en las asistolias de las cardiopatías mitrales reumáticas acompañadas de taquí-arritmia completa. "Es a su acción en estos casos, escribía él, que los medicamentos del grupo de la digital, deben su mayor reputación". Y en este punto, como en muchos otros, Mackenzie ha dado pruebas de una gran sagacidad clínica, de una gran superioridad, a la cual gustosos rendimos homenaje.

Pero tenemos, sin embargo, la convicción de que se dejó llevar un poco lejos por el lado seductor de esta comprobación clínica.

Desde luego, la digital da buenos resultados, no solamente en la arritmia completa de los cardíacos reumáticos, sino también en la de los cardio-esclerosos.

Es, pues, inexacto decir con Mackenzie que la digital no tiene buenos efectos en la cardio-esclerosis. Nos satisface ver las anteriores críticas de Lian reforzadas por la autoridad del Prof. Vaquez, que dice: "La indicación principal de la digital está justificada, como lo ha hecho notar justamente Potain, por el síndrome clínico que realizan la precipitación e irregularidad permanente

del pulso con éxtasis viscerales e infiltración de los tegumentos. No hay entonces que considerar ni la naturaleza ni el sitio de la lesión: cardiopatía mitral, miocarditis crónica, insuficiencia de los hipertensos; es el síndrome, no su causa, lo que determina el tratamiento".

Pero en lo que se refiere a la acción de la digital en la insuficiencia de los corazones regulares, el Prof. Vaquez confirma la opinión de Mackenzie. En su reciente lección sobre la digital, se expresa como sigue: "Si la insuficiencia cardíaca no se acompaña de arritmia completa, aún cuando haya edemas de consideración, la digital será ineficaz. En los individuos afectos de lesión de la aorta o del sistema arterial, ordinariamente el pulso permanece regular hasta la asistolia; así, no se obtendrá ningún efecto útil de la digital, en tales casos, como se observa diariamente. Sin embargo, si el pulso se hace irregular, si el síndrome de arritmia completa se establece, entonces la digital está indicada, como en los otros enfermos. Los que sufren de hipertensión y de esclerosis renal, están expuestos a trastornos de insuficiencia cardíaca, en que el corazón se dilata, el pulso se hace irregular, baja la presión y aparecen los edemas. Y bien, si se les somete a la digital antes de la aparición de estos trastornos, aún cuando ya haya ligeros edemas, no se obtiene sino resultados mediocres".

En oposición con las anotaciones de Mackenzie, C. Lian escribe en 1913, y más

recientemente en 1922: "Los hechos observados por mí me llevan a reaccionar contra la limitación excesiva de las indicaciones de la digital, en la forma que se deduce de los trabajos de Mackenzie. He visto en efecto, resultados notables de la digital en la asistolia de los cardioesclerosos, los cardiorrenales, insuficientes aórticos (reumáticos tipo Corrigan, sífilíticos tipo Hodgson), insuficientes mitrales, sin alteraciones del ritmo. Desde entonces mi experiencia sólo ha hecho crecer cada día el número de casos en que he visto los buenos efectos de la digital en los corazones regulares. No se trata de teorías, sino de hechos".

¿Cómo, entonces, explicarse que el Prof. Vaquez apoye las conclusiones de Mackenzie? Muy sencillamente, de este manera: no es dudoso que la digital dé sus mejores resultados en la taquíarritmia completa complicada de congestiones viscerales pasivas y edemas (asistolia mitral clásica). Es igualmente cierto que existen asistolias irreductibles, que resisten a la digital como a la ouabaina, y que bien a menudo, en esos casos rebeldes, el corazón es regular. Hay, pues, hechos, que se oponen, y se comprende que Mackenzie y Vaquez adviertan a los médicos, con mucha razón, que en la gran insuficiencia cardíaca sin arritmia deben prepararse a sufrir fracasos. Pero es un error esquematizar la cosa hasta considerar que la digital no presta servicios en los corazones regulares.

Citaremos, finalmente, varios trabajos

ESTÓMAGO-INTestino

"GastroSodine"

DOS FÓRMULAS

DOS PRESCRIPCIONES

por C. a S.

Bicarb. 2 - Fosfato 1. Sulfato de Soda 0.50

Prescribir "GASTRO-SODINE"

Sulfato 2. - Fosfato Soda 1. Bicarbonato 0.50

Prescribir "GASTRO-SODINE" fórmula S

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

Muestras y Literatura

AM. FERRARIS — COMPAÑIA 1295 — SANTIAGO

A
N
E
M
I
A

L
I
N
F
A
T
I
S
M
O

C
L
O
R
O
S
I
S

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

"Calciline"

RECALCIFICACIÓN

REMINERALIZACIÓN

COMPRESOS GRANULADO
de Sales Cálcicas Fluoruradas

PURA — CON ADRENALINA — CON METARSINATO

Pos: 2 comprimidos o una medida
en un poco de agua antes de cada comida
Niños 1/2 dosis

CONCESIONARIO PARA CHILE

Am. Ferraris - Casilla 29 D - Santiago

Prescribir: **Cal-ci-li-ne**

LABORATORIO CLÍNICO DEL
DR. LEONIDAS CORONA
SANTIAGO, DELICIAS 868

DETERMINACIÓN DEL METABOLISMO BASAL

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

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

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



LABORATORIO CLINICO

DEL

Dr. Leonidas Corona T.

SANTIAGO = DELICIAS 868

Servicio de diagnóstico de la sífilis

REACCIÓN DE WASSERMANN

EXAMENES ULTRAMICROSCÓPICOS



Maltan 18 puro

Maltan 18 con aceite hígado de bacalao

Maltan 18 con cal

Maltan 18 con fierro

Maltan 18 con hemoglobina

Maltan 18 con cal y hemoglobina

Maltan 18 para sopa

TABLETAS

Togal

Recomendada por los más eminentes médicos europeos.
 Insuperable contra la gripe, influenza, resfríos, ciática, lumbago,
 abusos alcohólicos, dolores de cabeza nerviosos y reumáticos.

M. Schmidt y Cía.
 Münnich-Alemania

Representante exclusivo para Chile

ROBERTO SIVLA Z.

Ex - Cónsul de Chile en Alemania

BOTICA FRANCIA

Goyenech, Vidon y Cía.

Estado 154 - Santiago

HIDRO-MAGNESIA

(M. C. R.)

“La Mejor Leche de Magnesia”

LOS MAYORES PREMIOS EN TODAS
 LAS EXPOSICIONES A QUE SE HA
 PRESENTADO

Laboratorio Chile
SANTIAGO

Avenida Ecuador 3555

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.

Escríbanos y tendremos el mayor agrado en atenderlo.

ingleses que confirman la opinión de Lian. A los trabajos de Leslie, T. Gager, White, Christian, hay que agregar la Memoria de M. Luten, que refiere los buenos efectos de la digital en veinte casos de insuficiencia cardíaca sin arritmia. Los efectos favorables han sido: mejoría de los síntomas funcionales, de la diuresis, desaparición del edema, disminución de volumen del hígado. Él considera que estos resultados no son debidos a la moderación del corazón, sino a una acción directa de la digital sobre la contractilidad del miocardio. La mejoría es, según él, menos marcada que en la insuficiencia cardíaca con fibrilación auricular (arritmia completa), pero a menudo, sin embargo, es tan importante como en los más brillantes éxitos obtenidos en la fibrilación auricular.

En suma, los hechos imponen la conclusión siguiente: la digital da sus mejores resultados en las asistolías con taquiarritmia completa. Su acción no es ni tan intensa, ni tan constante en las asistolías de los corazones regulares. Sin embargo, aún en estos últimos casos, da a menudo excelentes resultados que no hay que dejar de solicitar.

Digital por vía rectal

Excepcionalmente puede haber casos en que la digital no puede ser administrada por os, casos de náuseas y vómitos repetidos y en que no se puede usar la vía intramuscular, por ejemplo, en casos de edemas considerables. En tales casos M. Robert-L. Levy

(de New York) ha estudiado la posibilidad de emplear la vía rectal.

Él emplea una solución acuosa con 10 centigramos de polvos de hojas de digital por centímetro cúbico, y administra 8 a 20 c. c. de una vez. Ha ensayado el método de las dosis masivas empleadas por vía bucal por ciertos médicos americanos.

En los treinta enfermos que ha sometido a este tratamiento, el resultado ha sido favorable. El tiempo medio necesario para obtener un efecto claro sobre la rapidez de las contracciones cardíacas, ha sido de 2 horas y media, el efecto máximo se obtiene a las nueve horas y media. La acción de la digital por vía rectal se sometió también al control del electro cardiógrafo que muestra los efectos característicos habituales de la digital administrada por vía bucal.

En suma, de este estudio de M. Robert-L. Levy, resulta que en ciertos enfermos en que la vía bucal no puede emplearse, se puede utilizar la vía rectal para administrar la digital a dosis iguales a las que se prescriben por vía bucal.

Ouabaina por la vía yugular

Cuando para luchar con una gran insuficiencia cardíaca aguda, se ha resuelto recurrir a las inyecciones intravenosas de ouabaina, puede resultar imposible hacer la inyección en el pliegue del codo o en la región maleolar, si los edemas son generalizados.

(Continuará).

“¿Cuándo está curada una blenorragia crónica?”

Tal fué el tema desarrollado por el Dr. Arturo Lois en el Anfiteatro del Hospital San Juan de Dios el 10 del presente.

Comenzó el conferencista estudiando el desarrollo anatómo-patológico de las lesiones producidas por el gonococo en el aparato genital, haciendo especial hincapié en las llamadas “guaridas del gonococo”, o sea, las lagunas de Morgagni, glándulas de Littré, de Cowper, próstata, vesículas seminales, etc.

Señaló los tres casos más comunes de sujetos clínicos: el que no se trata su gonorrea, el que se cura, pero insuficientemente, y el que a pesar de cumplir con todas las prescripciones del médico, siempre llega a la cronicidad.

Pasó en seguida a detallar los diversos medios de exploración de que dispone hoy el especialista y precisó sus indicaciones: frotis, espermato-cultura, urétroscopia y cistoscopia, etc.

Según el antiguo criterio médico, podía darse de alta un enfermo cuando ya no había secreción uretral, cuando sus orines eran claros y sin filamentos (dos vasos) y cuando salía bien en la prueba de la cerveza.

Hoy día el médico debe ser muchísimo más exigente y agotar los recursos de que dispone en su arsenal. La espermato-cultu-

CONTRIBUCIÓN CLÍNICA PARA EL USO DE LA LECITINA

por el Dr. Galvino Errani

«...En consecuencia, nos creemos capacitados de establecer con alguna seguridad los siguientes hechos: a) La lecitina por su acción rápida y eficaz, y, por otra parte inocua, es preferible a todos los productos orgánicos o inorgánicos del fósforo. casi siempre peligrosos y de dudosa asimilación; b) La lecitina actuando sobre el organismo por su afinidad molecular con el protoplasma celular es esencialmente bioplástica, es decir, influye sobre la actividad celular, en el sentido de ser apta para promover y a elevar los normales procesos bioplásticos y morfogenéticos; y c) La lecitina estimulando las potencias orgánicas, mejora rápidamente el metabolismo y la crisis sanguínea, y en consecuencia, las condiciones generales del organismo.

Por lo tanto, el uso de la lecitina está indicado en los casos de retardo y deficiencias del metabolismo, en las enfermedades de la sangre, especialmente si se acompañan de perturbaciones del aparato digestivo, en la tuberculosis, en el raquitismo e hipertrofia de la infancia, y en fin en todas las formas de neurosis secundarias. En estos casos es donde nuestras observaciones nos obligan a recomendarla muy especialmente...»

Muestras y bibliografía a disposición de los señores Médicos que las soliciten

DIRIGIRSE A:

Hijos de Atilio Massone

CALLE CLARAS 205 ≡ CASILLA CORREO 3584 ≡ TELÉFONO 4478 ≡ SANTIAGO

ra por sí sola no basta tampoco, pues la estadística demuestra que falla en más de un 30 por ciento de los casos.

Hizo especial hincapié en la diatermia, no sólo como procedimiento terapéutico, sino como medio de prueba excelente.

Finalmente, enumeró y detalló todos los tratamientos, desde el abortivo, hasta los que se refieren a las diversas complicaciones de una uretritis crónica.

En resumen, una interesantísima conferencia.

John-Boy.

NOTA DEL SINDICATO DE MÉDICOS DE CHILE.— VALPARAÍSO

Señor

Secretario General de "La Clínica"

Santiago.

Muy señor mío:

Los miembros del Consejo Directivo del Sindicato de Médicos de Chile nos hemos impuesto ayer del artículo del Dr. J. Montero C., aparecido en el N.º 27 de "La Clínica" con el título de "En marcha hacia el Sindicato".

Muy agradecidos por los benévolos conceptos con que nos favorece, creemos, no obstante, indispensable hacer algunas observaciones a dicho artículo.

Dice el articulista que a Santiago le corresponde encabezar el movimiento de la nueva entidad social. En buena hora; pero si por la nueva entidad se entiende el sindicato, la verdad es que hasta este instante no se ve que en Santiago comience el movimiento para constituirlo. Y conste que nó por falta de múltiples y repetidas insinuaciones de nuestra parte. ¿A quién, entonces, habría traspasado el estandarte la hueste porteña? Por lo demás no sabemos que los colegas que el Dr. J. Montero menciona, trabajen en Santiago en el sentido que dejamos indicado, si bien hay entre ellos miembros de nuestro sindicato.

Tampoco es nuestro ánimo que un grupo de médicos, sólo por el hecho de ser numeroso o de estar en esta o aquella ciudad, aunque sea ésta la capital, vaya a ser el árbitro de los destinos del Sindicato de Médicos de Chile. Somos menos centralistas que eso; pensamos que los sindicatos locales pueden ser perfectamente autónomos y resolver por sí mismos sus problemas y cuestiones regionales y que sólo haya un organismo central meramente administrativo para los efectos de la cohesión necesaria, las tramitaciones, publicaciones y acuerdos de carácter general.

Hay en Santiago once médicos adheridos

al Sindicato de Médicos de Chile; anhela-mos con fervor que se reúnan tratando de dar vida al Sindicato santiaguino. Y el día que este sindicato exista no tendremos inconveniente alguno en cederle el estandarte en el sentido ya expresado.

No hemos sabido si los números 1 y 2 del Boletín, que hemos remitido oportunamente a "La Clínica", habrán llegado a la redacción de esa revista. Adjunto nos permitimos enviar el N.º 2 y llamamos la atención hacia el artículo titulado "Dos proyectos" que en él aparece.

Si la extensión de la presente hiciera imposible su publicación, quedaríamos muy obligados para con "La Clínica" si en el próximo número hiciera una aclaración en el sentido de que la sede del Sindicato de Médicos de Chile se halla todavía en Valparaíso, y esto con el fin de que los colegas de provincias que nos han honrado con su adhesión no se sientan desorientados.

Por lo demás, si "La Clínica" se sirviera hacer un comentario favorable para nuestra obra, reflejada en las páginas de los Boletines, sería una poderosa contribución a la unión de la familia médica, unión que nosotros queremos se haga sin espíritu estrecho ni egoísmo de ninguna especie. Esta unión es hoy de mayor necesidad que nunca, dada la reorganización política y económica del país, que deja a los médicos al margen de todos los beneficios y expone a nuestra profesión a un relajamiento moral y a una si-

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

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

ANFOTROPINA

Antiséptico interno
de las vías urinarias

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

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

TUMENOL

Preparado de Brea
bituminosa sulfonada

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

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

ALIVAL

YODO ORGÁNICO
INYECTABLE

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

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

El preparado de bismuto

OLESAL

(Marca registrada)

Acido bismutildioxipropilamino-oxibenzoico.

Suspensión al 5% en aceite purísimo de olivas.

ANTILUÉTICO DE SUMA EFICACIA

INDICACIONES:

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

ENVASE ORIGINAL: FRASCO DE 20 cc.

Literatura y muestras a disposición de los señores médicos.

SUPRARRENINA

Poderoso

Hemostático y Astringente

Tónico: — 1 cm³ de solución

1:1000 o 1 tableta de 1 mgr.

Envases de origen:

Frascos de 5, 10 y 25 cm.³ Cajas de 19 ampollas y tubos de 20 tabletas.

EXOPHAN

Antiartrítico

insípido

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

Envase de origen:

Cajas de 10 y 20 tabletas de 1 g.

HIPOFICINA

acreditado

Tónico uterino

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

Envases de origen:

Cajitas con 3, 5 y 10 ampollas de 0.5 y 1 cm³. Frascos de 10 cm³.

tuación en la cual más le valdría no existir.

Rogando al señor Secretario de Redacción se sirva disculpar la molestia que le imponemos, quedamos a sus órdenes sus muy attos y S. S.

Por el Consejo Directivo,
H. Vera,
Secretario.

Valparaíso, 23 de Junio de 1925.

NOTAS PRÁCTICAS

LA HIPERTENSIÓN DE LA EDAD CRÍTICA

Su tratamiento

Entre cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años, el organismo entra en un período peligroso a veces, casi siempre incómodo. En la mujer este período es la menopausa con todos sus accidentes, tantas veces descritos; en el hombre, este período de transformación genital es menos achacoso, pero sus repercusiones sobre el organismo entero no se hacen sentir menos. En ambos casos se debe considerar la hipertensión como el elemento fundamental de la patología de la edad crítica.

Los sujetos que han alcanzado la cincuentena, si no todos, al menos la gran mayo-

ría, presentan una presión arterial superior a la de las personas de treinta años. Por otra parte, la esclerosis renal es una compañera habitual de la hipertensión y es frecuente ver coexistir también con ellas, pero en general más tardíamente, un cierto grado de esclerosis arterial.

De ordinario, la arterioesclerosis aparece después de las dos anteriores, pero existen lazos muy íntimos entre estos tres órdenes de accidentes: hipertensión, nefroesclerosis, arterioesclerosis, y constituyen un conjunto que Lian denomina elegantemente "Automnose".

En la aparición de estos fenómenos mórbidos es justo hacer un lugar a las deficiencias de las secreciones endocrinas; los trastornos provocados por la ablación quirúrgica del útero y de los ovarios lo demuestran claramente; pero es menester no exagerar esta influencia y acordar a las afecciones anteriores la repercusión sobre el organismo que efectivamente ejercen, intoxicaciones más o menos periódicas, surmenage intelectual y físico, en una palabra, el desgaste del organismo que llega al período en que declina su actividad.

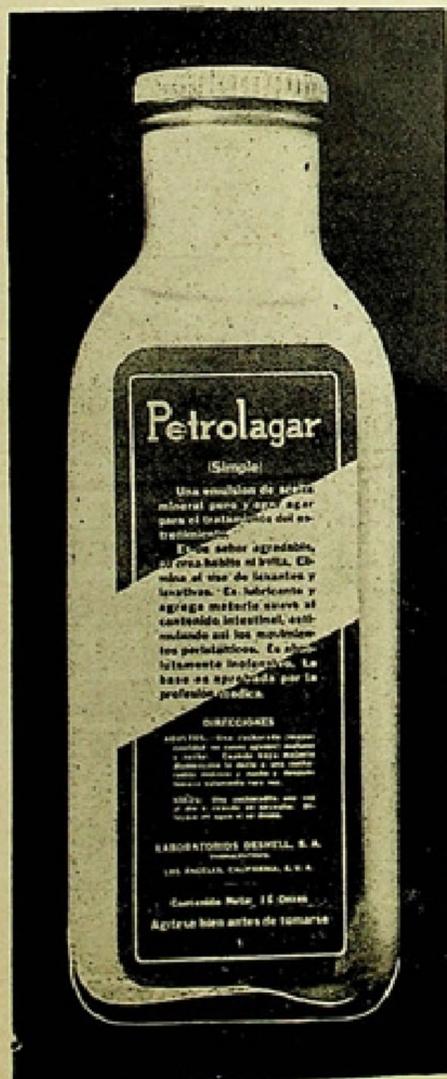
En general, en este período, el sistema nervioso, desgastado, es hiperexcitable; en particular, el sistema simpático exagera sus reacciones sobre los diversos aparatos; el músculo cardíaco está obligado a desarrollar un trabajo exagerado, a causa de la resistencia arterial que tiene que vencer en razón de la disminución de elasticidad y de

la contractura espasmódica de la musculatura de las paredes vasculares; los órganos glandulares de eliminación, en particular el hígado y el riñón realizan imperfectamente su trabajo de eliminación; el estado general del individuo y su nutrición se resienten forzosamente de sus perturbaciones, y es así que la arterioesclerosis se instala sobre la hipertensión.

La restricción alimenticia, sobre todo en alimentos azoados, una higiene moral y física bien comprendida, pueden, evidentemente detener la evolución de este síndrome mórbido; pero es también necesario disminuir la hiperexcitabilidad del simpático, tonificar el miocardio, hacer cesar el espasmo vascular periférico, mejorar la depuración urinaria.

Para esto bastará emplear la guipsina a dosis de entretenimiento, 3 a 4 píldoras al día en curas de 15 a 20 días consecutivos. Los glucosidos, el alcaloide, la inosita que ella contiene, constituyen una asociación que responde a esta cuádruple indicación, y las numerosas observaciones de Gaultier, de Hucard, de Pic y de sus alumnos en Francia, de Fedeli, de Fubini, de Tobler en el extranjero, muestran claramente que bajo su influencia la tensión sanguínea baja progresivamente, la diuresis clorurada y azotúrica aumenta y los diversos síntomas de hipertensión y de arterioesclerosis desaparecen poco a poco. Es el verdadero medicamento de la edad crítica.

M. M. Lian y Finot.



Petrolagar

El producto original y de calidad para tratar el estreñimiento.

Voz de alarma contra las imitaciones

Las imitaciones persiguen al éxito. Se nos ha informado que el éxito de PETROLAGAR ha hecho surgir algunas imitaciones que, como sucede siempre, son inferiores al producto original.

Ninguna de estas imitaciones ha logrado igualar al PETROLAGAR en efecto terapéutico y sabor. El procedimiento de difundir la vaselina líquida con el agar-agar en el PETROLAGAR fué perfeccionado después de muchas y costosas investigaciones y experimentos. El resultado es la emulsión sabrosa y no irritante que proporciona lubricación completa, forma volumen suave en el intestino y tiene el aspecto y sabor de salsa de budín.

En el PETROLAGAR sólo se emplean los ingredientes de la más alta calidad obtenible.

PETROLAGAR sólo se envasa en frascos de 16 onzas y es más barato por onza que las imitaciones.

PETROLAGAR se prepara en las siguientes cuatro fórmulas:
PETROLAGAR Simple, PETROLAGAR Fenoltaleína,
PETROLAGAR Alcalino, PETROLAGAR Sin Azúcar.

Petrolagar ha sido aceptado por la Junta de Farmacia y Química de la American Medical Association.

Petrolagar se anuncia exclusivamente a la profesión médica.

Solicite hoy mismo muestras a nuestro Representante General,
Sr. C. BONE, CASILLA N.º 3613, SANTIAGO DE CHILE.

DESHELL LABORATORIES, INC.

Los Angeles, Cal. Chicago, Ill. Brooklyn, N. Y. Estados Unidos

TRATAMIENTO PRECOZ DE LAS ESPIROQUENOSIS:

== SÍFILIS ==

Y

TERAPÉUTICA ESPECÍFICA DE LA **DISENTERÍA AMIBIANA**

Y DE LAS LAMBLIAS POR EL

STOVARSOL

(ÁCIDO ACETYLOXYAMINOFÉNYLARSÍNICO)

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

Los Establecimientos **POULENC Frères**

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

DIGIBAINÉ

Compuesto Tonicardiaco

Asociación Digitalina-Uabaina

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

DIGITALINA

Modera y regulariza.

UABAINA

Refuerza.

Acción Tonicardiaca completa

Laboratoires Deglaude - Paris

ALMORRANAS

VARICES

MENOPAUSA

Menovarine

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

Laboratoires

Mondolan

PARIS

AGENTE PARA CHILE:

CASILLA 61

J. B. DIDIER

SAN PABLO 1340

SANTIAGO

CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL PROFESOR DR. SIERRA

EL DIAGNÓSTICO DE ÚLCERA GÁSTRICA

por los

Drs. A. CONSTANT y J. MARÍN

Hace algunos años, el diagnóstico de úlcera gastro-duodenal se hacía con mucha frecuencia; era común oír hablar de estadísticas que demostraban la frecuencia de esta afección, y de la facilidad con que el tratamiento médico curaba estos enfermos.

Por otra parte, numerosos cirujanos, basados en la historia clínica de sus enfermos y en los síntomas clásicos de la úlcera gástrica o duodenal, no vacilaban en practicar sistemáticamente la clásica gastro-enterotomía.

Desde unos diez años a esta fecha, hay una gran reacción respecto del diagnóstico y tratamiento de esta afección, y han sido los cirujanos, en primer término, los que, operando enfermos con todos los síntomas, que en otra época eran atribuidos exclusivamente a una úlcera, no encontraban alteraciones que hicieran pensar en dicha afección; sino lesiones de otros órganos que simulaban el cuadro clínico de úlcera. Y es así como Berkeley Moynihan de Leeds dice que el principal sitio de la úlcera gástrica está en la fosa iliaca derecha, y que él no interviene sobre el estómago sino cuando encuentra una lesión visible, tangible y demostrable.

El problema se ha hecho más complejo con el conocimiento de las lesiones de la vesícula biliar y la región píloro-duodenal, órganos del carrefour subhepático, por una parte, y el apéndice, que dan lugar cada uno en clínica a síndromas muy vecinos; si bien es cierto que, en realidad, la dificultad está en diferenciar la colecistitis, la úlcera gastro-duodenal, la perivisceritis del carrefour sub-hepático y la apendicitis.

Se sabe que la ictericia, síntoma que no debe esperarse para diagnosticar una colecistitis, existe en la apendicitis, debido a la toxi-infección, descrita desde Dieulafoy; y que también existe en ciertas úlceras duodenales. La hemorragia, síntoma de gran valor a priori, puede ser debido a gastritis congestivas, de orden tóxico (vómito negro apendicular, Dieulafoy, 1903).

Los síntomas clásicos de úlcera, son los dolores, los vómitos, y las hematemesis; entre éstos, el que tiene mayor valor, es el dolor, que se caracteriza por la regularidad en la aparición; generalmente se presenta después de un período de calma, y desaparece antes de la comida siguiente; es lo que Moynihan ha llamado ritmo doloroso de la úlcera gástrica, que es como sigue: comida, bienestar, dolor, bienestar, nuevamente comida, etc.

El diagnóstico radiológico de la úlcera

ha sido descrito por Carman y varios otros autores. El nicho y los divertículos han sido comprobados claramente en un tercio de los casos. El espasmo de una zona del estómago, que produce la encoche de la gran curvadura, da casi tanta certidumbre como el nicho. A decir verdad, hay la tendencia hoy día, a considerar como infalible la exploración radiológica del estómago, y esta tendencia es seguramente algo excesiva. La radioscopia y la radiografía del estómago y duodeno han realizado grandes progresos, han ganado en precisión y nos dan datos del mayor interés. Pero la radiología no es sino un elemento de diagnóstico, y como tal, está sujeto también a errores, tanto más graves, cuanto se le dá al examen radiológico un valor patognomónico. Más de un radiólogo ha señalado ciertas interpretaciones difíciles de surcos, nichos y contracciones (1), y los casos son numerosos en los cuales la intervención no corrobora el diagnóstico radiológico.

El diagnóstico de úlcera, como de cualquiera afección abdominal, está basado principalmente sobre la historia minuciosa del paciente, a lo que se agrega el examen objetivo de la pared abdominal y la radiografía.

La observación que insertamos más adelante corresponde a un enfermo de la Clínica del Prof. Sierra, que si bien es cierto, no presentaba una sintomatología muy definida que encuadraba en la de una úlcera gastro-duodenal, y el examen radiológico daba lugar a ciertas dudas respecto al diagnóstico, creímos oportuna la intervención.

El 7 de Abril de este año ingresa a la Sala Santo Domingo, M. C., de 46 años de edad y de oficio mecánico.

Se queja de agudo dolor a nivel del hueco epigástrico, sin irradiación y de poca fijeza en su período de aparición, el cual es casi siempre posterior a las horas de alimentación (1-2 o 3 horas después). Hace diez años se dió por primera vez cuenta de su enfermedad por una brusca y abundante gastro-rragia (500 grs. más o menos), seguida de otras, aunque no tan abundantes.

Desde hace unos cinco años empieza a sufrir de acideces, flatulencias y náuseas. Con más frecuencia en el último tiempo viene teniendo hematemesis y melenas que subjetivamente se acompañan de ardor en el epigastrio, sensación de vértigo, palidez intensa, etc.

Su apetito está conservado, aunque manifiesta franca repugnancia por las sustancias grasas. Es constipado habitual.

Sus antecedentes de herencia y personales no merecen especial mención.

Al examen inspectivo se presenta como un individuo de mediana estatura, en posición activa y de escaso panículo adiposo.

Las fosas supra e infra-claviculares están muy deprimidas. La pared abdominal conserva su tonicidad. En el hueco epigástrico la palpación es intensamente dolorosa y el

dolor es también espontáneo. El hígado es normal a la percusión.

La investigación de su función normal no presenta nada de particular.

El examen del jugo gástrico revela:

Cantidad: 55 cm³, de los cuales 21 cm³ aparecen formando sedimento de grumos pequeños.

Filtra: lentamente.

Tornasol: ácido.

Günsburg: positivo.

Topffel: positivo.

Uffelmann: negativo.

Pepsina y F. Lab.: negativos.

Acidez clorhídrica libre: 0,63.

Acidez clorhídrica total: 1,72.

Acidez total: 2,35.

Examen microscópico: Restos de almidón en mala digestión. Células epiteliales, glóbulos rojos escasos.

La Reacción de Weber en las deposiciones, es negativa.

El recuento globular demuestra: 2 millones 200,000 glóbulos por mm³.

Llevado a la pantalla radioscópica el 9 de Abril, informa el radiólogo:

"Bismuto ingerido cinco horas antes se encuentra en gran parte en el estómago. Nueva ingestión: estómago de forma, dimensiones y posición normal. Gran vesícula de aire. Dislocabilidad buena. Peristaltismo escaso. Región pilórica estrecha, pasa el bismuto en forma de chorro delgado. Imagen del bulbo duodenal de aspecto normal. Diafragma izquierdo más elevado que el derecho".

Pocos días después la radioscopia del tórax revelaba: "Corazón transversal. Aorta sobresaliente a la derecha, y más oscura que normalmente. Hilios pulmonares marcados y con irradiaciones a la base, principalmente al lado derecho".

En vista de los antecedentes, formulamos el diagnóstico de úlcera gástrica, basados más que nada en la anamnesis y en dos síntomas capitales, que son: la hematemesis y el dolor localizado.

El 28 de Abril operaba el Prof. Sierra al enfermo. El boletín operatorio respectivo deja constancia de lo siguiente:

"Incisión de Bevan. Se comienza por extirpar el apéndice, largo, eréctil. La exploración del estómago es totalmente negativa. Intensa peri-colecistitis y peri-duodenitis. Colecistectomía de atrás hacia adelante. Mucosa vesicular engrosada y con depósito de colessterina. Contenido del apéndice fecaloideo y hemorrágico; ulceraciones en la mucosa. Se deja un tubo de drenaje en cigarrillo en la cara inferior del hígado y se sutura la pared abdominal en tres planos. Diagnóstico post-operatorio: Apendicitis. Peri-colecistitis. Peri-duodenitis".

Sale del hospital, sano, el 1º de Junio.

Hemos visto al enfermo en los primeros días de Agosto, en perfectas condiciones de salud.



(1) (Ramond y Jaquelin. Soc. Méd. des Hospitiaux, 4 Nov. 1921).

HOSPITAL SAN BORJA

EMBARAZO DE 6 MESES, APENDICITIS AGUDA, OPERACIÓN

por el

Dr. Ricardo EGUIGUREN E.

El día 1º de Agosto del año en curso, ingresa a este Hospital, L. R. de C., enviada por mi estimado colega, el Dr. Juan Marín, con la siguiente nota: Se trata de un caso quirúrgico-obstétrico.

Examino inmediatamente a la enferma y observo lo que sigue: se trata de una persona de aspecto sano, muy bien constituida, y que posee una apreciable capa de pánicula adiposa, acentuada principalmente en el abdomen. Al andar, la enferma lleva su mano al muslo derecho, por dificultarle la marcha esa pierna.

En el examen, doy importancia principal al abdomen y encuentro un embarazo de 6 meses, y además, un dolor agudo en la fosa iliaca derecha, en una zona circunscrita, situada a dos traveses de dedo por dentro de espina iliaca anterior y superior.

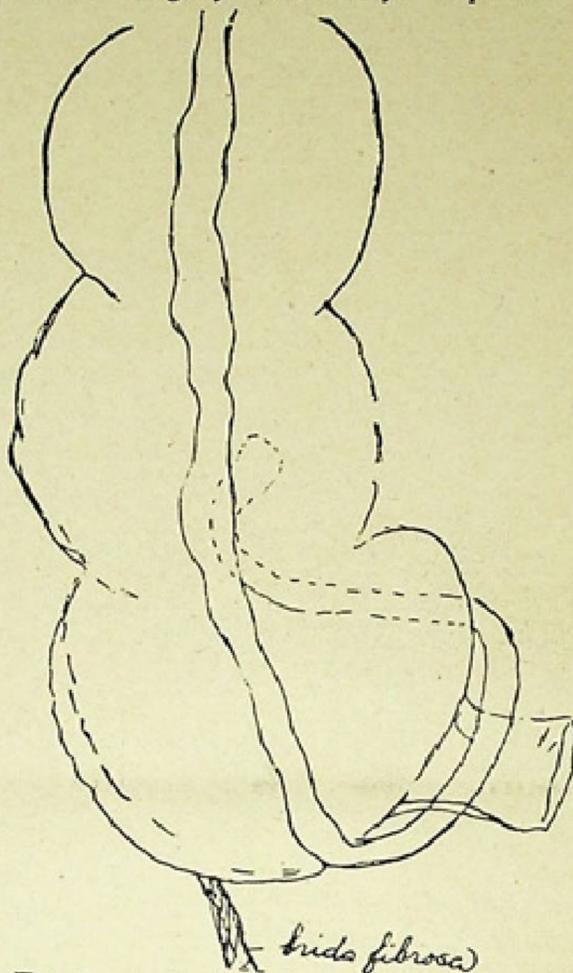
En la anamnesis encuentro que la enferma ha sido sana (tiene 30 años de edad); pero dice muy claramente, que desde que le dejó de llegar la segunda regla, alrededor de esos días notó por primera vez un dolor en ese sitio; este dolor, en algunas ocasiones, ha sido muy intenso, punzante a veces, acompañándose de perturbaciones gástricas a las que ella no da importancia, por atribuir las al posible embarazo. Durante todo este tiempo (Abril-Agosto) siente una sensación de plenitud al vientre, con la estitiquez consiguiente, por lo que diariamente ha tomado purgantes, agua anisada, etc.

Su pulso es de 80. La temperatura axilar de 37,5 y la rectal de 38,5.

Previo examen ginecológico hago el siguiente diagnóstico: Embarazo de 6 meses, apendicitis aguda. El ciego se encuentra en su sitio normal, a juzgar por el sitio del dolor, pese al embarazo.

Considero el caso de urgencia y opero la enferma en el Pabellón del Carmen. Anestesia, éter. Incindo a dos traveses de dedo por dentro de la espina iliaca anterior y superior derecha. Al abrir el peritoneo sale un líquido seroso en regular cantidad y aparecen algunas asas del intestino delgado, las que rechazo con todo cuidado, y veo al fondo de la herida operatoria el ciego (muy profundo); al tomarlo se ve que está fijo; agrando la incisión y se encuentra adherido a la fosa iliaca derecha por su fondo, debido a una brida que lo sostiene, la secciono entre dos pinzas y ligo los extremos, después de lo cual saco al ciego con facilidad. El apéndice es posterior y ascendente (véase figura), bastante largo y con un meso corto y muy vascular; su volumen es aumentado debido al abundante contenido fecalo-hemorrágico, transparente en algunos puntos (perforaciones a breve plazo).

Después de hacer la apendicectomía reducto el ciego y reconstituyo la pared.



Estado post-operatorio, indicaciones. El mismo día de la operación se le pone morfi-

na y los cuatro días siguientes, dos veces al día enemas con láudano y antipirina y morfina en la noche. Por lo demás, el estado post-operatorio fué espléndido, la temperatura normal y el pulso lento.

Creo de interés anotar dos puntos importantes:

a) El tercer día, la enferma tuvo contracciones uterinas dolorosas, debido a que por equivocación, se le puso morfina con atropina; pero con el láudano, y a las pocas horas, pasó.

b) Los días que se le puso morfina, la enferma tuvo orina escasa (oliguria), debido a que como todos sabemos la morfina congestiona los riñones.

A los diez días de operada se le da de alta, después de presentarla a la Sección Científica del Hospital San Borja.

Comentarios. — Creo que el éxito de la intervención se debe principalmente al momento oportuno en que se operó a la enferma, pues al retardarla, seguramente se habría encontrado, por lo menos, un absceso apendicular, y al haber dejado drenaje el pronóstico, con respecto al embarazo, habría sido muy distinto (1).

(1) El esquema fué hecho por el Dr. Hernán Huidobro.

HOSPITAL DEL SALVADOR. SERVICIO DE MEDICINA

TUBERCULOSIS SUB-AGUDA DE LAS SEROSAS

por el

Dr. T. RIFO BUSTOS

1º Síndrome Fernet et Boulland

L. Rojas, de 19 años de edad y estudiante, ingresa al Salvador, Sala San Antonio, cama número 15.

En un lapso de 18 meses perdió a su padre, su madre y una hermana; el padre, de una cardiopatía, las otras de tuberculosis pulmonar.

Fuera de sarampión y coqueluche en la primera infancia, no ha sufrido sino del apéndice, el que fué extraído en Enero último.

En Mayo de este año, cae enfermo con fiebre, dolores a las piernas, astenia, ligera diarrea y tos; después de varios días de cama se levanta bueno y sano, pero empieza a notar que su vientre se hincha, ligeros sudores nocturnos, bochornos, y resuelve venir al hospital.

Al examen encontramos un enfermo febril, con temperaturas que van de 37 a 38½ y 39 grados, y con una ascitis acentuada, libre, y que se desplaza. Además, tenía en el hemitórax izquierdo una matidez hídrica que ocupa los dos tercios inferiores del tórax y silencio respiratorio. Corroboramos estos datos a rayos y encontramos una sombra que coincidía con la matidez, que no dejaba percibir el diafragma y borraba com-

pletamente el seno costo diafragmático y cuyo límite superior algo estompado ofrecía una concavidad superior. Esta sombra fué interpretada como una pleuresía.

Para ayudar a la etiología, puncionamos la cavidad peritoneal y extragimos unos 200 c. c. de líquido citrino fuertemente albuminoso, con Rivalta positivo y linfocitosis abundante. Hicimos centrifugar una cierta cantidad del líquido para examinar el sedimento y explorar bacilos de Koch directamente, investigación que resultó negativa, e inoculamos 5 c. c. a dos cuyes, de los que uno murió a los pocos minutos en medio de convulsiones producidas, quizás, por fenómenos anafilácticos.

Más o menos tres semanas después de ingresar al Servicio, empezó el compromiso de la otra pleura y hoy día las lesiones del hemitórax derecho son más acentuadas que las del hemitórax izquierdo y constituidas por matidez y disminución del murmullo vesicular.

Con el reposo en cama, la medicación y la helioterapia, la ascitis ha ido reabsorbiéndose lentamente y queda una cantidad pequeña; las lesiones pleurales están aún en vigor.

Creemos que el diagnóstico del cuadro no ofrece dificultades, la poliserositis obedece a una causa general que no puede ser otra que una tuberculosis subaguda: los antecedentes de familia y la evolución de la enfermedad así lo patentizan. Pero escudriñando al enfermo encontramos en él estigmas claros de sífilis y un Wassermann que pedimos, resultó fuertemente positivo, de suerte que una segunda etiología se ofreció a nuestra consideración.

Para asegurar su verdadero origen hicimos la inoculación experimental, y des-

pues de cinco semanas, pudimos afirmar, por el chancro de inoculación, que la lesión era de origen tuberculoso; estábamos, pues, en presencia de un síndrome Fernet y Boulland.

La evolución de este cuadro es larga, dura meses y el hecho que la ascitis se haya reabsorbido en gran parte, y que el derrame de la primera pleura enferma vaya mejor, nos autoriza para alimentar esperanzas de mejoría.

Mucho se ha discutido sobre cual serosa se compromete primero; la mayoría de los autores sostienen que es el peritoneo el primero en inflamarse, y otros aseguran que las alteraciones comienzan por las pleuras; nosotros no estamos capacitados para declarar cuál fué el origen de la lesión, porque al ingresar al Hospital las dos serosas estaban ya vulneradas, pero lo que podemos certificar en forma perentoria, es que la pleura derecha estaba absolutamente indemne a su ingreso y que algunas semanas más tarde se comprometió a su vez.

Es natural que la simbiosis de las dos alteraciones morbosas que presenta nuestro enfermo agrava su pronóstico y para modificar el terreno sifilítico en que evoluciona la tuberculosis, hemos hecho tratamiento con neosalvarsán en dosis de 15-15-30-30-45-45. Sea esta terapéutica, sea la helioterapia, el hecho es que estos derrames van a menos y creemos que mejorarán aún más.

2º Cardio cirrosis de Hutinel

A. Zúñiga, de 17 años de edad y empleado de botica, ingresa al Salvador, Sala San Antonio, cama número 4, en Enero de 1925.

Padre vivo, alcohólico, sufre de epistaxis frecuentes; madre muerta de neumonía. Fueron cinco hermanos, de los que sobreviven dos. El paciente ha gozado siempre de buena salud, salvo resfrios sin trascendencia, no ha tenido sino adenitis cuando muy niño, que necesitó intervención quirúrgica.

La enfermedad actual empieza a mediados de 1924 con los caracteres de una grippe: tos seca, fiebre, escalofríos, estitiquiez y oliguria. Este cuadro febril dura un mes y en la convalecencia tiene una ictericia no muy marcada, trastornos gastro intestinales como eructos, regurgitaciones y acideces.

Nota, además, un abombamiento acentuado del vientre, y una disminución marcada del peso.

En Mayo de 1924 ingresa al Salvador, Sala San Roque, de donde sale cinco meses más tarde sin haber sentido gran mejoría. Permanece en su casa algunos meses más y vuelve por segunda vez al Salvador, esta vez Sala San Antonio. La primera vez que estuvo en el Hospital llegó con cianosis, disnea acentuada y ligero edema; a la auscultación del corazón había un galope que todavía subsiste, de modo que el diagnóstico de lesión cardíaca se imponía.

Al examen clínico llamaba la atención el abultamiento del vientre, la ascitis y la hepatomegalia considerable que presentaba. Salió del Servicio con su diagnóstico perfectamente confirmado, y en Enero vuelve con un cuadro que, en líneas generales, permane-

ce inmutable y que sólo en detalles ha variado. La ascitis ha disminuído mucho, pero la hepatomegalia seguía igual como la esplenomegalia.

El examen del tórax revelaba un compromiso de la base derecha y la exploración a rayos, confirmó esta aseveración; la línea de separación del diafragma no se divisaba y el seno costo diafragmático oscuro.

El examen a la pantalla demostró un corazón aumentado, de forma triangular y con movimientos muy débiles.

Un examen a rayos hecho con algunos meses de posterioridad, confirmó este mismo estado, pero ahora la otra pleura ofrecía un cuadro comparable a su homólogo.

En síntesis, se trataba de un adolescente de 17 años, que presentaba un cuadro en el que llamaba la atención el compromiso de ambas pleuras, del corazón y de la cavidad abdominal, en que era fácil comprobar ascitis, hepato y esplenomegalia. Vamos a ensayar la interpretación de estos fenómenos: comprobamos que ambos hemitórax estaban alterados y debíamos diferenciar si las lesiones eran pleurales o parenquimatosas; una alteración del pulmón se traduciría por signos adventicios a la auscultación y nos fué imposible percibir, al examen más minucioso, ni estertores, ni soplos, ni crujidos pulmonares; en cambio, en la masa oscura de ambas bases no se diferenciaba el diafragma y los senos costos diafragmáticos eran opacos, lo que nos permitió concluir que la lesión era pleural, y la interpretamos como una pleuresía que había dejado, a título de secuela una paquipleuritis con matidez a la percusión y oscuridad respiratoria y a la pantalla fluorescente.

Las lesiones cardíacas eran también evidentes y se demostraban por aumento de volumen del área cardíaca, la forma triangular de la sombra cardíaca y la poca energía de los movimientos de contracción. No se trataba aquí de alteraciones del endocardio que se manifiestan clínicamente por soplos; sin duda que existía un compromiso del miocardio, y el galope es un testigo excesivamente fiel para que podamos dudar de ello, pero creemos que la lesión principal radica en el pericardio, diagnosticamos sínfisis cardíaca, como secuela de una pericarditis que existió antes que tuviéramos conocimiento del enfermo. Robustecen esta aseveración la forma de la sombra, la debilidad de los movimientos de contracción a la pantalla y a la palpación y la inmovilidad de la punta en las diferentes posiciones. Por otra parte, las alteraciones de las pleuras y del peritoneo nos permitían generalizar el proceso, y la analogía es una de las bases del conocimiento.

Por último, en la cavidad abdominal había alteraciones, como la ascitis, que nos permiten llegar al diagnóstico de inflamación peritoneal; pero, además, hay una hepatomegalia y una esplenomegalia que es necesario interpretar en su justa medida. Hemos dicho que el hígado no sólo está grande, sino también duro, cirrótico, y necesitamos clasificar esta cirrosis. No podemos pensar en la de Laennec ni en su for-

ma atrófica ni hipertrófica, porque la edad del paciente y la ausencia de pasado étlico no da margen para tomarla en consideración; tampoco podemos incluirla en la de Hanot, porque no hay ictericia, elemento indispensable en este cuadro. La cirrosis tuberculosa, da un hígado blando, de modo que no encuadra en nuestro marco; pero podemos considerarla como una cirrosis cardíaca, y es un hecho de observación banal el encontrar un hígado aumentado y doloroso en las asistolías, que recobra su tamaño normal cuando los trastornos cardíacos cesan. Pero en las asistolías crónicas o irreductibles, el hígado permanece grande y duro, y a la autopsia hay un desarrollo anormal de tejido escleroso.

Hemos dicho que nuestro enfermo ofrece el cuadro de una sínfisis del pericardio, por las numerosas razones expuestas más adelante. Que hay actualmente una insuficiencia cardíaca, lo prueba el galope y el reflujo hepato yugular, y a este respecto daremos, en esta oportunidad, una nueva interpretación propuesta por Lian en los últimos meses. Se creyó siempre que el llamado reflujo hepato yugular, era testigo de una congestión pasiva del hígado, y la compresión de este órgano acarrecaba un verdadero reflujo venoso hasta la yugular externa que aparecía tumefacta e inyectada. Lian ha demostrado que no se necesita comprimir el hígado, por lo demás, órgano muy poco compresible, y que la compresión del hipocostrio izquierdo o de las fosas ilíacas acarrea la turgescencia yugular. La interpretación que él da al fenómeno es sencilla y piensa que la compresión de cualquiera zona del abdomen provoca un ascenso del diafragma, por ende, un aumento de presión intra-torácica. Además, al comprimir una región abdominal, se produce la expulsión brutal de una cierta cantidad de sangre venosa abdominal a la cava inferior y a la aurícula derecha, lo que produce como consecuencia inmediata un estancamiento en el dominio de la cava superior; y la dilatación de la yugular no es entonces ni un reflujo ni un fenómeno hepático, sino lisa y llanamente un exponente de la dificultad que encuentra en su vaciamiento la cava superior, por el aumento de presión originado en la cava inferior y en la aurícula derecha por la maniobra abdominal provocadora del fenómeno.

El éstasis venoso prueba, pues, un grado más o menos acentuado de insuficiencia cardíaca y no debe tener otro significado semiológico que éste.

La sínfisis del pericardio obra a la manera de un caparazón que oprime y dificulta el libre juego del corazón, y como las aurículas constituyen la parte más frágil del órgano, es natural que sean ellas las más comprometidas; si las aurículas, preferentemente la derecha, no funcionan bien, es lógico imaginarse que las cavas no se vacían como normalmente en ella, y el resultado será un éstasis venoso, el que se presenta, en forma excepcionalmente clara, en el dominio de la cava inferior. Corroboran esta afirmación, un desarrollo exagerado de la

red venosa superficial de ambos miembros inferiores y paquetes venosos serpijinosos del escroto, índice de la dificultad con que se vacian las venas pudendas. Luego, la circulación venosa de los órganos abdominales no está mejor; la circulación de retorno del hígado y del bazo se hace en condiciones deplorables, porque la porta, en la cual desaguan estos vasos, no tiene su corriente ordinaria, debido a la pereza con que avanza la sangre de la cava inferior, a causa del obstáculo que pone la sínfisis pericárdica a este escurrimiento.

Por lo expuesto, vemos cómo las serosas más importantes de la economía, están comprometidas e inflamadas por un proceso crónico más o menos análogo al anterior, pero mientras que en el Fernet Boulland sólo las serosas permanecen atacadas, aquí el proceso inflamatorio va más allá y no se limita a ellas solamente, sino que compromete los órganos y el corazón, el hígado y el bazo, alterados groseramente, hablan elocuentemente en este sentido.

No sólo estamos en presencia de una poliserositis, como en el caso anterior, sino que a la vez hay una polivisceritis, de modo que el pronóstico es muy diferente en ambos síndromas. Al paso que en el anterior hemos hecho un pronóstico relativamente benigno en medio de su gravedad, aquí tenemos que hacer uno reservado; hace más de un año, y llevando una vida activa un poco intensa, llegó este niño al hospital con una hiposistolia que se redujo en breve tiempo; después ha llevado una existencia absolutamente pasiva y su galope no cesa, y el éstasis venoso aumenta día a día, índices de la distosia latente en que vive. Un poco de más actividad y ese corazón, que en apariencia va llenando su cometido, volverá a fallar, y después de dos o más ataques de asistolia, llegará al término de su carrera.

De modo que el pronóstico en la cardio-cirrosis de Hutinel es francamente malo y el punto verdaderamente vulnerable que lo llevará a la tumba es la insuficiencia del miocardio.

No faltará quien piense que con hígado y bazo tan grandes podría tratarse, aunque fuera a título de epifenómeno, de un síndrome sanguíneo, y para desvanecer toda duda, se pidió una numeración globular y una fórmula leucocitaria.

Glóbulos rojos	3.200,000
Glóbulos blancos	4,300
Polinucleares neutrófilos	83%
Polinucleares basífilos	0%
Polinucleares eosinófilos	1%
Linfocitos	6%
Mononucleares grandes	7%
Mononucleares medianos	3%
Mononucleares de transición	7%

Como puede verse por los números que anteceden, hay una anemia de mediana intensidad y una leucopenia, porque el número de leucocitos en una sangre normal es de seis a siete mil por milímetro cúbico. Además, la fórmula ofrece una alteración en el sentido de una polinucleosis exagerada.

Creemos que las glándulas de secreción interna no están absolutamente indemnes y prueba de ello es la ausencia de pelos en el pubis y en las axilas, lo que hablaría en el sentido de un trastorno del tiroides.

Como creemos que hay estigmas de heredo especificidad, lo que se refuerza con el ligero compromiso del tiroides, hicimos tratamiento específico; una primera serie de cianuro en cantidad de veinte inyecciones, y un mes después, otra de igual cantidad, con lo que el paciente dice sentirse mejor, por lo menos la ascitis ha disminuído casi por completo.

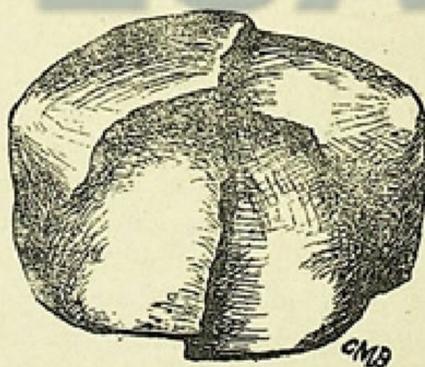
DEL TRAUMATISMO OBSTÉTRICO EN EL RECIÉN NACIDO

por el

Prof. C MÖNCKEBERG

(Continuación)

Como resultado de todas estas alteraciones, la cabeza aparece deformada de tal modo que los diámetros transversos y suboccipitales están disminuídos; en cambio, el ántero-posterior u occípito-mentoniano ha crecido así, en conjunto, el ovoide-cefálico se transforma en un cilindro, sobre todo cuando se trata de pelvis generalmente estrecha pura. Contribuye a hacer más notable esta deformación, la bolsa sero-sanguinolenta, muy voluminosa en estos casos, y



Cabalgamiento de los frontales y parietales en parto con pelvis estrecha.

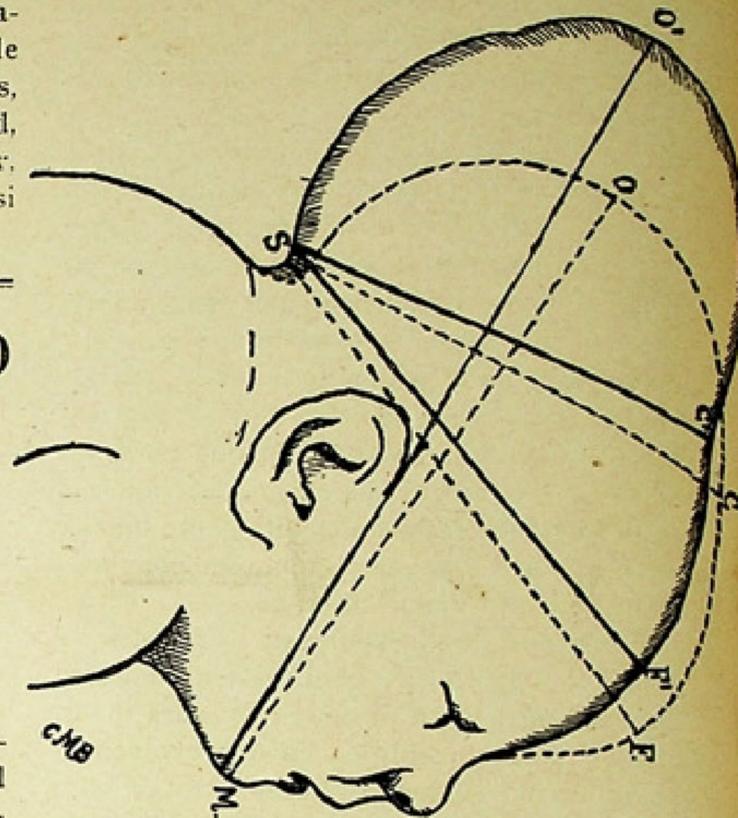
cuya ubicación varía según el tipo de pelvis de que se trate. En la plana, la tumefacción es, de ordinario, difusa y se reparte en una extensión mayor o menor del cuero cabelludo, en razón de las variadas actitudes que la cabeza toma en el curso del trabajo, pero casi siempre se sitúa sobre el parietal posterior, que es aquel sobre el cual la cabeza se inclina. El máximo de espesor corresponde a las vecindades del bregma, que es la región presentada al área del canal por la cabeza semi-deflectada.

En la pelvis generalmente estrecha, la bolsa sero-sanguinolenta ocupa la escama del occipital, en razón de la flexión excesiva de la cabeza, y suele aparecer aún antes de que las membranas se rompan y la cabeza se encaje.

No se trata, entonces, de verdadera bolsa sero-sanguínea producida por diferencia de presión entre una y otra parte del cuerpo,

fenómeno que, como se ha visto, constituye el mecanismo de formación ordinario, sino de un edema determinado por compresión circular de las venas del cuero cabelludo contra el contorno del estrecho superior.

En todas las formas de estrechez, la bolsa sero-sanguinolenta será voluminosa, si la

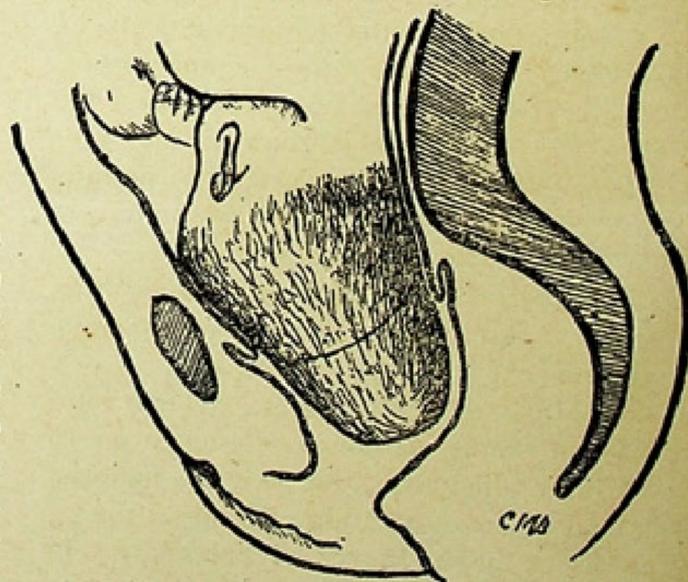


Deformación general de la cabeza en parto con pelvis generalmente estrecha.

Alargamiento considerable del diámetro occípito-mentoniano y acortamiento del suboccípito-frontal así como del sub-occípito sincipital.

cabeza es detenida largo tiempo en el estrecho superior y las contracciones son enérgicas. El descenso de esta masa enorme en la excavación puede dar lugar a errores de diagnóstico, ya que es fácil confundirla con la cabeza misma y llegar a suponer que ésta está encajada, cuando todavía ambas eminencias parietales no han franqueado el estrecho superior.

No es raro observar dos tumefacciones sobre el cuero cabelludo, lo que significa la



Bolsa sero-sanguinolenta muy voluminosa que simula el encajamiento profundo.

detención prolongada y sucesiva de la cabeza en dos posiciones diversas.

En niños hijos de mujeres con pelvis raquítica, suele observarse también otra deformación cefálica que podríamos llamar cabeza de pirámide y que se produce en casos de encajamiento temprano, antes del trabajo. Como esto es excepcional en la pelvis viciada, la deformación es rarísima. Consiste en

un aplastamiento de los diámetros transversos con alargamiento de los sagitales, lo que da a la cabeza la forma de un triángulo o pirámide, cuya base correspondería al maxilar inferior. Esta disposición de la bóveda craneana se explica por la permanencia prolongada de la cabeza en la excavación estrechada progresivamente de arriba a bajo (pelvis en gradería).

Con el nombre de **marcas de compresión** designase los vestigios que la presión limitada de un punto determinado del anillo pel-

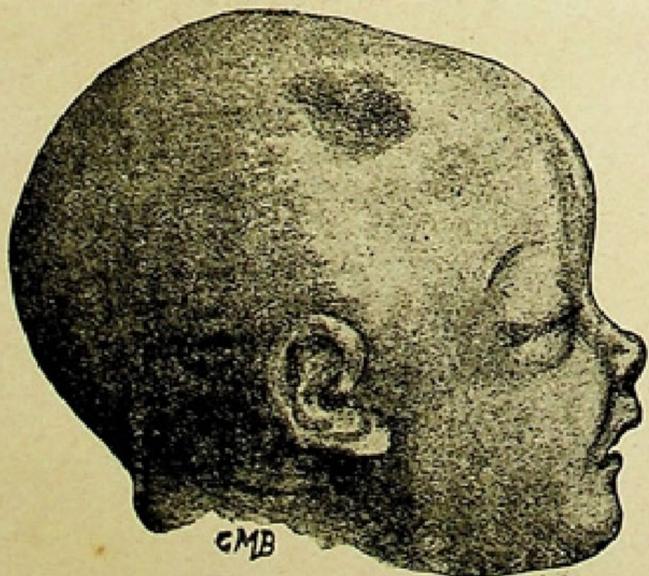


Cabeza piramidal.

Encajamiento temprano en pelvis estrecha.

viano ha impreso sobre la cabeza. Estas lesiones pueden interesar sólo los tegumentos, o éstos y el hueso, manifestándose, entonces, en forma de hundimientos.

Quando sólo es interesado el cuero cabelludo, la marca de compresión afecta la forma de una mancha algo hundida, de color rosado, rojizo o violeta, como equimótica o aún constituye una verdadera placa de esfacelo. Puede ser circular o alargada, figurando una estría o banda. La forma de pelvis en que con mayor frecuencia se observa estas marcas es la plana y se localizan en aquellos puntos en que el ovoide cefálico apoya con más fuerza contra las eminencias del estrecho superior; como son el promontorio y el pubis, especialmente el primero. Se las ve, por eso, en las partes laterales de la bóveda, sobre todo en la región fronto-



Equimosis de la region fronto-parietal derecha producida por compresion del promontorio. (Del natural).

parietal. A veces toma, el tegumento, color gris sucio, de pizarra, aspecto que indica el comienzo de esfacelo.

Quando la marca tiene forma de estría o banda, se extiende desde el ángulo externo del ojo hasta cerca del bregma, dibujando una curva de concavidad ántero-superior; otras veces se sitúa más atrás, de tal modo que uno de sus extremos empieza en el ángulo antero-superior del parietal y el otro en el temporal, yendo a reunirse ambos cerca de la eminencia parietal.

(Continuará)

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Sesión del 8 de Julio de 1925.

DOS CASOS DE OSTEOSINTESIS DEL MUSLO

por el Dr. Ricardo Burmeister

Nos permitimos someter a la consideración de los colegas la historia de dos casos de osteosíntesis del muslo, que, en cierto modo, nos parecen ofrecer algún interés clínico.

J. N.º 830. F. B. G.: Ingresa a nuestra Clínica Privada el día 29 de Octubre de 1923. Según los datos suministrados por sus padres, sufrió un accidente ferroviario el 18 de Septiembre último pasado, que le produjo, fuera de otras lesiones de menor importancia, fracturas en ambas extremidades inferiores. Fué llevado con otros heridos a un establecimiento público, en donde fué atendido por varios facultativos. Se le aplicó un aparato de extensión continua, que se levantó hace más o menos una semana. Por sospecha que el resultado no sea del todo satisfactorio, la familia lo trae a nuestro Servicio.

Se trata de un niño de 8 años de edad, cuyo examen general, fuera de un estado muy nervioso, no ofrece particularidades.

El examen de las extremidades inferiores da el siguiente resultado: **Pierna derecha:** fija en extensión. En el tercio medio del muslo, cara anterior, una erosión del tamaño de una moneda de diez centavos. En la misma región, en la profundidad, un callo voluminoso, firme. Eczema parcial de la pierna y del muslo. Movimientos activos y pasivos de la rodilla sólo posibles en pequeña excursión, acusando el enfermo fuerte dolor en la articulación. **Pierna izquierda:** a la simple vista, posición viciosa en el muslo. Entre el tercio inferior y el tercio medio del muslo se nota un sollevamiento bastante considerable.

A la palpación se puede constatar en esta parte un callo voluminoso de una fractura. El fragmento distal se encuentra dislocado hacia atrás, el proximal hacia adelante y afuera. Ambos están unidos por masas callosas. No se nota crepitación, ni se puede dislocar un fragmento contra el otro. En la pierna un callo firme de una fractura en el tercio medio de la tibia y del peroné. Movimientos activos rehusa el enfermo, por ser muy dolorosos. Movimientos pasivos: sólo flexión hasta 120º en la rodilla. Las medidas de las piernas poco significan, estando las

dos fracturadas. El examen por medio de los rayos X revela una fractura de ambos muslos y una fractura de la tibia y peroné izquierdos, todas ellas en un estado de solidificación avanzada. Las fracturas del muslo derecho y de la pierna izquierda, si bien no presentan una posición ideal, sin embargo, no inspiran temores respecto a la futura función. No así la fractura del muslo izquierdo. Se ve claramente en las radiografías, que el fragmento distal se encuentra dislocado hacia atrás, el proximal hacia adelante. Ambos no tienen ningún contacto directo el uno con el otro, sino se encuentran unidos por un puente de masas callosas, en tal forma, que los ejes de las dos mitades del fémur no coinciden, ni están paralelos, por lo menos, el uno al otro, sino que forman un ángulo obtuso, abierto hacia adelante (véase fig. 1).

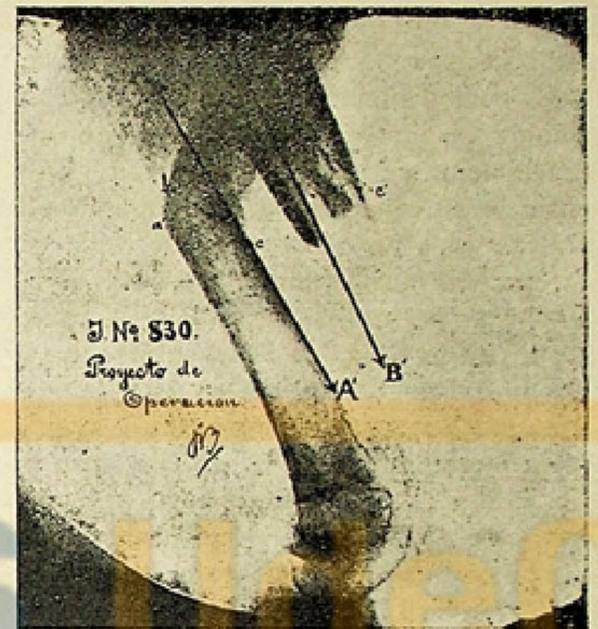


Fig. 1. Osteosíntesis del muslo.

En estas condiciones, estimamos probable, que la deformidad existente aumentaría cuando el paciente tratara de volver a usar su pierna, y que como final resultaría un defecto bastante desagradable, tanto para la forma como para la función del miembro, y en consecuencia, nos creímos con derecho para aconsejar a los padres una corrección por medio de una intervención quirúrgica.

En casos como el presente no es recomendable: Incindir — hacer una inspección sobre el terreno — y terminar la operación como mejor parezca en el mismo acto operatorio. Es mucho más práctico tratar de formarse por todos los medios una idea lo más exacta posible de la situación, sobre todo de la topografía "externa e interna" del callo, y de trazar un plano fijo para el procedimiento, sin perjuicio de cambiarlo cuando circunstancias no previstas hagan imposible la ejecución proyectada. Nuestro plano de operación, confeccionado directamente sobre una radiografía tomada en un plano sagital y de la cual la figura 1 muestra una reproducción en tamaño reducido, consistía en 4 actos distintos, a saber:

1º Separación de los fragmentos por dos cortes, AA' y BB', quedando con esto resaca toda la masa del callo vicioso comprendida entre estas dos líneas.

2º Resección de los extremos de los fragmentos y configuración de estos en forma de un machihembrado, sacrificando lo menos posible del hueso. Esto se conseguiría, probablemente, tallando el fragmento distal como macho, el proximal como hembra.

3º Reposición de los fragmentos, de tal manera, que quedaría el punto a sobre a', b sobre b' y c sobre c'.

4º Osteosíntesis con el fin de mantener la reposición, probablemente por amarra, en combinación con un clavo o tornillo.

Aceptada la idea por parte de los padres del paciente, empezamos por preparar el miembro para la operación y procedimos el día:

22 de Noviembre de 1923: Anestesia general: éter-cloroformo. Anemia artificial de Esmarch. Incisión lateral sobre el muslo desde la mitad del tercio inferior hasta el límite del tercio medio con el superior. Se separa el vasto lateral del biceps. Llegados al callo se libera lo suficiente para poder trabajar cómodamente. Se reseca el callo y se amolda los extremos de los fragmentos, exactamente en la forma proyectada. La reposición se consigue sin grandes dificultades. Se pasa un clavo largo desde la cara anterior del muslo (no por la herida) pasando por las partes blandas: piel y cuádriceps, hasta perforar los dos fragmentos entre los machihembrados en el centro de la fractura. En seguida se coloca una amarra de alambre de bronce-aluminio por arriba y otra por abajo del clavo. Se sutura las partes blandas por planos. Vendaje de yeso de toda la pierna con cinturón en semiflexión de la rodilla y cadera. La cabeza del clavo queda afuera del vendaje de yeso. Por último, se retira la venda de Esmarch.

Respecto a la marcha posterior no hay que decir gran cosa. El día 23 de Noviembre subió la temperatura axilar en la tarde hasta 37,6º para volver dentro de los próximos cuatro días a la normal y mantenerse entre 36º y 37º durante todo el resto del tratamiento.

El 6 de Diciembre se revisa abriendo una ventanilla en el yeso. Se retira los broches Michel, que habían servido para la sutura de la piel.

El 12 de Diciembre se retira el clavo a través del yeso, después de habernos convenido por medio de los rayos X, que la consolidación se encontraba bastante avanzada.

El 29 de Diciembre se retira el aparato de yeso y se reemplaza por otro más liviano, dejando la pierna en completa extensión.

El 10 de Enero de 1924 se retira el segundo yeso y se toma una radiografía, que muestra la solidificación en buena posición. Se empieza con masaje y faradización.

El 15 de Enero: El enfermo se levanta.

El 29 de Enero: Dado de alta con sus heridas completamente cicatrizadas.

Esta historia no presenta particularidades, fuera del hecho de que una osteosíntesis hasta ahora no es una cosa muy corriente entre nosotros, a pesar de que podríamos calificarla como **procedimiento normal** para casos como el relatado. Sin embargo, qui-

siera insistir en algunos puntos, a los cuales, a mi juicio, no se da bastante importancia en los textos de Cirugía. Me refiero principalmente a la conveniencia de hacer antes de cada intervención, sobre los huesos un plano detallado de la operación. En nuestro caso lo confeccionamos sobre una radiografía tomada en un plano sagital, precisamente aquél en el cual se había producido la dislocación, y por consiguiente, aquél en que debía efectuarse la reposición. Trazamos las líneas principales, que debíamos respetar más tarde con el bisturí y cincel, directamente sobre la radiografía (véase fig 1). Para la fijación de estas líneas no nos interesaba sólo la forma del callo, sobre el cual íbamos a operar, sino en más alto grado su configuración o **contestura interna**. El callo vicioso encierra en su interior no sólo los dos fragmentos aislados, astillas de hueso, el todo en una sola masa, en la cual toda orientación detallada es imposible, si no se quiere deshacerlo todo. De ahí que en casos como el presente la orientación minuciosa en el mismo acto de la operación resulta poco menos que imposible, aún para el operador más experimentado. Se puede separar los fragmentos, se puede reseca del tejido que los unía en forma anormal todo lo que de todos modos es preciso sacrificar, se puede tallar de esta manera y restablecer dos fragmentos, muñones cilíndricos y de buena forma, pero no se puede encontrar por inspección directa en el acto de la intervención la manera más conveniente para unir los extremos, no se puede dar a los muñones el **Optimum** de forma, por la simple razón de que es imposible conocer su **contextura interior** por medio de la inspección. Esto es únicamente posible con ayuda de los rayos X: la radiografía. Nuestra figura N.º 1, aunque a causa de la reproducción y de la reducción del tamaño, no posee la claridad y no muestra los detalles como el original, da, sin embargo, una idea de estas circunstancias, y una observación atenta dejará comprender fácilmente el por qué era recomendable el machihembrado en este caso, por qué se debía asignar al fragmento distal y no al proximal el papel del macho y viceversa. La idea que debe guiar al cirujano es: de reseca todo el tejido calloso nuevo e inútil, pero aprovechar del tejido antiguo, firme, sólido, todo lo que se puede utilizar. Si se hubiera procedido en nuestro caso sin un previo examen prolijo del terreno, esta "economía", sin duda, no habría sido practicable, mientras que, gracias al estudio previo, se puede decir, no se ha sacrificado ni un milímetro de tejido aprovechable.

En cuanto al resultado definitivo de la operación, tal vez vale la pena dedicar una mirada a la figura N.º 2, reproducción de una radiografía tomada en Enero de 1925, o sea, más o menos un año más tarde. Se ve claramente, cómo la misma naturaleza se encarga de perfeccionar y mejorar de la manera más admirable la obra del cirujano. Se ve la enorme proliferación de tejido óseo que el organismo ha verificado al lado medial del hueso, tan voluminosa, que la amarra de alambre que antes abrazaba toda la circun-

ferencia del fémur, ahora se encuentra tan encerrada en tejido óseo nuevo, que casi pasa por el centro del hueso. Esta aposición de tejido óseo es debida al automatismo admirable del organismo para restablecer las me-

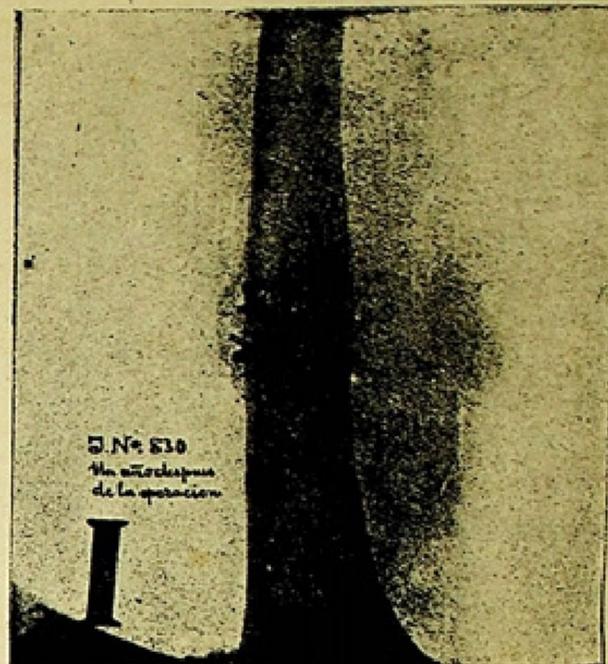


Fig. 2. Osteosíntesis del muslo.

jores condiciones estáticas en todas partes del esqueleto. En este caso, la configuración nueva del fémur indudablemente no es debida únicamente a la fractura del muslo, sino también ha influido en la construcción de esta "neoformación" la fractura de la pierna: de la tibia y del peroné. El hecho de que estos dos huesos no consolidaron en forma ideal debía ocasionar perturbaciones en su equilibrio estático, las que forzosamente debían influir en las condiciones estáticas de toda la extremidad. De ahí que para la consolidación del fémur no se trataba sólo de restablecer su propia firmeza, sino de efectuar la reparación en tal forma, que cuadrara bien con las nuevas condiciones estáticas de toda la extremidad. La naturaleza se encarga aquí como en todo proceso reparatorio del detalle. El cirujano no hace más que establecer, con más o menos habilidad, las condiciones generales para que las fuerzas biológicas no se encuentren frente a una tarea imposible. La curación misma, todo el detalle, el retoque de la obra humana lo hace el organismo con una precisión maravillosa y siempre consiguiendo en las condiciones dadas el **Optimum**.

También es interesante fijar la atención sobre la manera cómo el organismo protegió las puntas libres del alambre de amarra para que no puedan lastimar los tejidos blandos vecinos y formar un obstáculo para el juego libre de los músculos. Para evitar todo roce el organismo las ha cubierto con una especie de cápsula, soldada a la cara lateral del fémur. Esta cápsula está formada por un tejido fibroso, muy duro, cuya estructura histológica se ha podido estudiar en piezas recogidas en autopsias o por excisión en vivo.

De más está decir que el resultado funcional del caso es espléndido. El niño anda, corre, salta y usa sus extremidades inferiores hoy día, como si nunca hubiera sufrido un accidente gravísimo.

J. N° 1227. R. C. H.: Ingresa a nuestro Servicio el 5 de Noviembre de 1924. En cuanto a la historia del caso, los padres del paciente refieren lo siguiente: Tres meses antes sufrió una caída por haber resbalado en una galería de cemento. En la noche del accidente se llamó a un practicante, el cual entablilló la pierna derecha. Veinte días más tarde nota la madre que "tenía el hueso del muslo derecho levantado". Consulta en seguida con varios médicos, de los cuales unos le aconsejan volver a fracturar el hueso; otros, dejar las cosas tal como están. Hoy día, después de transcurridos tres meses, el niño no puede andar, por cuyo motivo viene a consultar.

Se trata de un niño de 4 años de edad, de constitución física normal. Temperatura y funciones fisiológicas normales.

Pierna derecha: Inspeccionando el muslo se nota en su cara anterior en el cuadrante exterior un sollevamiento anguloso formado por el fémur. Dejando la pierna abandonada a sí misma, reposa en ligera abducción, el pie, pierna y rodilla en rotación hacia afuera, cuya amplitud calculamos más o menos en 60°. A la simple vista, acortamiento, en comparación con la extremidad sana.

Movimientos activos y pasivos en las articulaciones coxofemoral, rodilla y pie libres e indoloros. Pero el enfermo no puede hacer uso práctico de su pierna a causa principalmente de la rotación hacia afuera de la parte distal de la extremidad (véase fig. 3; peroné detrás de la tibia). La mensuración

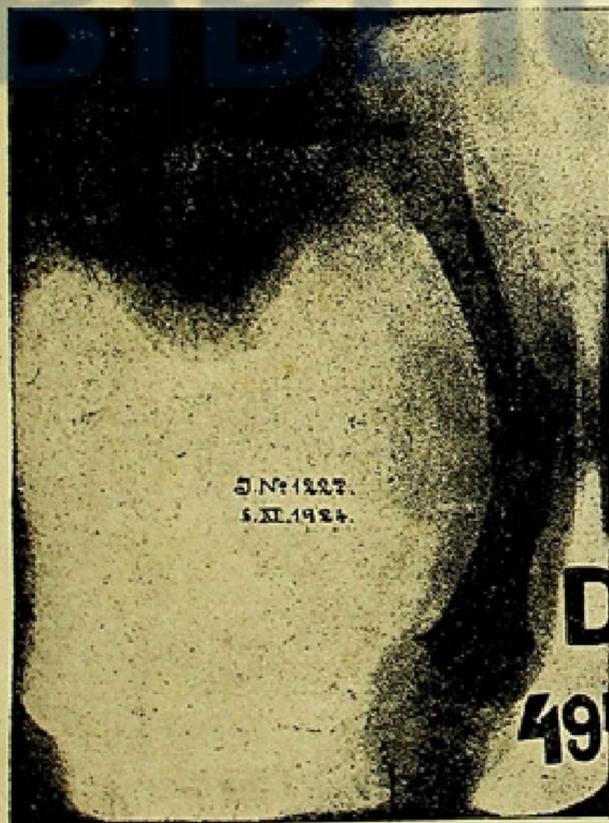


Fig. 3. Osteosintosis del muslo.

da como resultado una diferencia de 1 cm. en la distancia espino-maleolar externa, a saber:

Pierna izquierda: 38,5 cm.

Pierna derecha: 37,5 cm.

Línea Roser-Nelaton: normal.

Aceptada la proposición de una corrección operatoria por parte de los padres, se procede a confeccionar el plano operatorio, que comprende cuatro actos distintos:

1° Fijación previa por medio de clavos o tornillos.

2° Osteotomía cuneiforme.

3° Reposición con corrección de la rotación.

4° Fijación por medio del yeso.

Se procede el día 6 de Diciembre de 1924. Anestesia general: éter-cloroformo. Anemia artificial de Esmarch. Incisión de 10 centímetros de largo en la región lateral del muslo, entre el tercio medio e inferior. Después de incidir la fascia se avanza entre el biceps y el vasto lateral hasta el hueso. Descubierta el fémur se trata de encontrar la altura del ángulo formado por el callo vicioso y fijar en seguida los puntos en donde debe clavarse los clavos para la fijación previa: uno por arriba y uno debajo del callo, o sea, uno en el fragmento distal y el otro en el fragmento proximal, en una distancia de más o menos 1,5 centímetro de la proyectada osteotomía. En cada uno de estos puntos se taladra un agujero, perpendicular sobre el eje del hueso, perforando todo el espesor del hueso hasta llegar al periostio del lado opuesto. En cada taladrado se implanta a martillo un clavo de 10 centímetros de largo. En seguida se practica entre los dos clavos una osteotomía cuneiforme con base de 7 mm. sobre el ángulo formado por el callo. Resecada una cuña se fractura a mano un pequeño puente del lado medial del hueso. Se corrige la rotación hacia afuera retorciendo la parte distal de la pierna y al mismo tiempo se adapta los cortes del hueso producidos por la osteotomía como mejor se puede. Fijación provisoria de los clavos con alambres. Sutura completa de toda la herida por planos con catgut y de la piel con broches de Michel. Vendaje de yeso, que comprende toda la extremidad y la pelvis, asegurando la posición de los clavos con lengüetas especiales y las cabezas con un cúpula especial, después de haber cortado los alambres para la fijación temporaria. Al último se retira la venda de Esmarch.

En los días siguientes a la operación quedó la temperatura del enfermito absolutamente normal, casi se puede decir sin reacción alguna, por cuyo motivo se retira de la Clínica el día 11 de Diciembre, para seguir su tratamiento ambulante. Antes de partir se le tomó una radiografía de la pierna enyesada. La figura N° 4 es una reproducción en escala reducida de esa placa. Al hacer la comparación con la figura N° 3, se ve claramente que la forma del fémur ha cambiado por completo y que una vez terminado el proceso reparatorio, la forma quedará probablemente recta. En cuanto a la rotación hacia afuera de la pierna, se puede reconocer su corrección fijando la atención en la epífisis del peroné. Mientras que en la figura N° 3 quedaba oculta detrás de la epífisis de la tibia, en esta lámina aparece en su sitio normal al lado de la tibia. Los datos anotados durante el tratamiento posterior son los siguientes:

13 de Enero de 1925. Se retira el vendaje de yeso y los broches de Michel. El hueso parece firme y en buena posición. Sin embargo se da una tablilla liviana.

16 de Enero 1925. Revisión: Posición siempre buena.

20 de Enero 1925. Espina anterior supe-

rior, maleolo externo en ambos lados igual medida: 39 cms. De alta, con el consejo de usar un tratamiento de masaje y faradización; ejercicio cuanto sea posible.

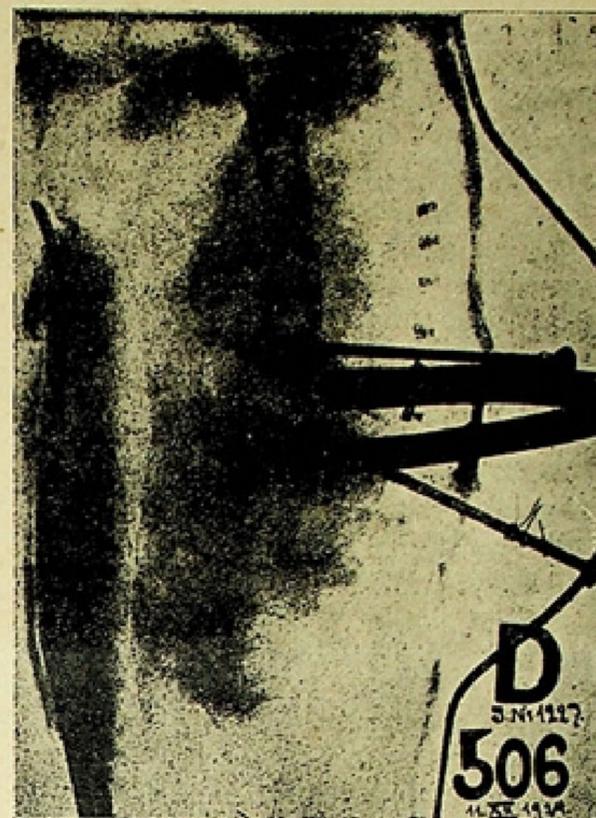


Fig. 4. Osteosintosis del muslo.

Al fijar el plano de operación en este caso, hubo que proceder de una manera un poco distinta del primero. Las ideas generales para el procedimiento pudieron ser muy bien establecidas en presencia de la radiografía, pero los detalles debían ser fijados con más exactitud, por tratarse de un problema más complicado. En el primer caso se trataba de un trabajo — por decir así — de escultor, con cierta libertad de acción. Había que formar de la masa dos fragmentos-muñones, en tal forma, que su adaptación pudiera efectuarse fácilmente. Si bien el modo de adaptación era premeditado y había un esquema fijo al cual amoldarse, sin embargo no era de vital importancia que el trabajo práctico respetara exactamente los puntos proyectados en cuanto a la longitud. Siempre que el machihembrado funcionara bien, no importaba la longitud del hueso, milímetro más milímetro menos. Siempre que se lograra conseguir la consolidación en la posición deseada, un pequeño acortamiento no sería de gran importancia para la función de la extremidad, máxime cuando probablemente existía ya cierto acortamiento en la otra pierna a consecuencia de la fractura del muslo derecho, y por consiguiente, no había ningún dato comparativo fijo que permitiera formar un cabal criterio en cuanto a la real longitud de los femures.

No así en el segundo caso. La radiografía mostraba un callo vicioso con el fémur consolidado en forma de varo, encontrándose el fragmento proximal dislocado hacia afuera y adelante, el distal hacia afuera y atrás, de manera que los extremos quedaban cruzados con el proximal adelante y el distal detrás. Aquí se trataba, por consiguiente, de un trabajo de precisión mecánica, de sacar una cuña de tal tamaño y forma, que al adaptar los fragmentos resultara una pier-

na derecha y en posición fisiológica. Del exacto cálculo de la base de esta cuña dependía esencialmente el resultado, y precisamente en este cálculo un pequeño error debía ya proyectarse como un factor notable, a consecuencia del brazo largo de palanca formado por la parte distal de la extremidad. Si la cuña resultaba de una base muy pequeña, el fémur quedaría en forma de varo; si se resecaba demás, debía resultar forzosamente la forma de un valgo.

La experiencia ha demostrado que el operador se encuentra sobre el terreno siempre tentado a resecar demás, un hecho de cuya efectividad es fácil convencerse por medio de un experimento muy sencillo, tomándose la molestia de trabajar a puro cálculo de ojo sobre un modelo adecuado. Tómese un cilindro de cualquier material blando, por ejemplo, cera para modelar. Dóblese hasta dejarlo encurvado en forma conveniente y trátase ahora de resecar a puro ojo una cuña de tales dimensiones, que al juntar los cortes, el objeto quede aproximadamente recto. Luego se verá que, aún tomando en cuenta la tendencia apuntada, generalmente se comete el error de labrar la cuña demasiado grande.

Para evitar en lo posible esta falta, un conocido ortopedista ha dado el consejo de construir para cada osteotomía plástica un modelo de cartulina y trazar sobre este modelo los cortes necesarios, resecar en seguida la parte correspondiente y convencerse sobre el mismo modelo si la posición resulta buena. El modelo puede construirse fácilmente sobre una radiografía tomada en aquel plano, en el cual debe verificarse la corrección. Si la distancia del tubo de Röntgen de la placa ha sido bastante grande (1 m. p. ej.) los errores en las dimensiones del diagrama son tan insignificantes, que prácticamente se puede dejar de tomarlos en cuenta. Del modelo mismo se puede tomar directamente las medidas deseadas. Así lo hicimos en nuestro caso (fig. N.º 5). Sobre el modelo medimos que la base de la cuña debía ser de 7 mm. para conseguir la corrección de la variedad. Este dato hubiera sido suficiente bajo la condición de que sólo tratara de corregir la variedad, y que, por consiguiente, el acto operatorio debía verificarse en un solo plano. Pero en nuestro caso el problema era más complicado: Había necesidad de corregir también la rotación hacia afuera, que calculamos más o menos en 60° y la desviación de los fragmentos en un plano medial, es decir, el cruzamiento de sus extremos. Había, pues, que resolver el problema cómo conseguir por cortes sencillos, sin sacrificar inútilmente la más mínima parte de hueso, una posición que corrigiera la variedad del fémur, y al mismo tiempo, la rotación hacia afuera de la parte distal de la extremidad y la desviación de los fragmentos del eje longitudinal común.

Para no abusar de la paciencia de nuestros lectores, vamos a limitarnos a dar aquí sólo el resultado de nuestras reflexiones. Calculamos que disponiendo de la base de la osteotomía no exactamente sobre el vértice lateral de la variedad, sino un poco más hacia

atrás, en el cuadrante posterior exterior, esto nos permitiría practicar la torsión hacia un grado suficiente para corregir la rotación del extremo distal, movimiento mediante el cual el extremo distal marcharía

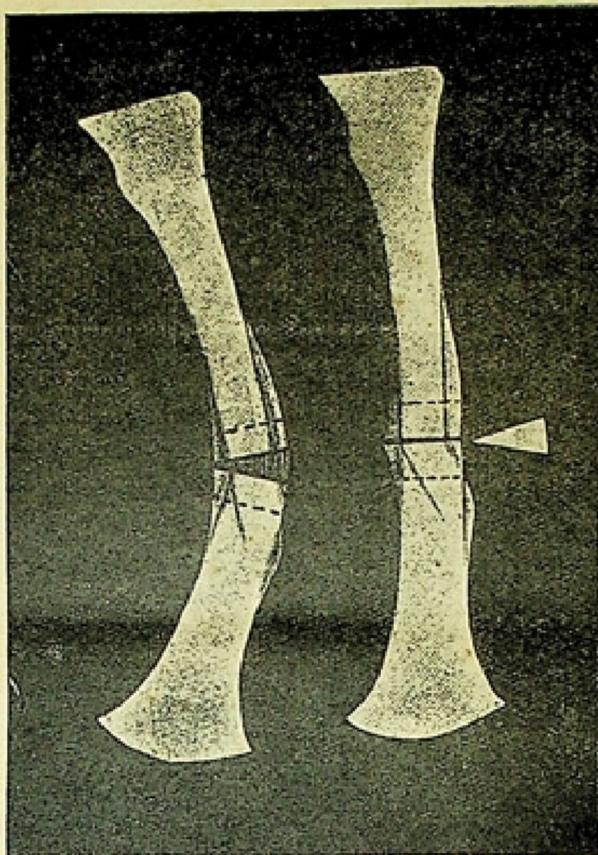


Fig. 5. Osteosíntesis del muslo.

hacia adelante sobre el corte proximal, quedando al mismo tiempo corregida la variedad. Naturalmente, debíamos renunciar, en estas condiciones, a una adaptación matemática de los fragmentos, porque ya no cubrirían los dos cortes de la osteotomía el uno al otro en toda su superficie. Pero confiamos en que el puente de periostio, que se conservaría en el lado medial del hueso, en el vértice de la cuña, la parcial coincidencia de los canales medulares y el contacto de las corticales en determinados planos, mantenido con una fijeza casi absoluta durante algún tiempo bastarían para asegurar un resultado, sino por el momento ideal en cuanto a la forma del hueso, sin embargo, por lo menos satisfactorio en cuanto a la función. Y esto es en todo caso lo más importante. La buena forma del hueso es asunto hasta cierto punto secundario para el resultado inmediato, sobre todo si se toma en cuenta que la naturaleza misma se encarga de retocar la obra del cirujano, como lo hemos visto en el primer caso.

Alguien podría tal vez objetarnos: ¿Por qué no se ha establecido también en este caso un machihembrado para asegurar cierta estabilidad primaria en la unión de los fragmentos óseos? A esta objeción no podríamos contestar sino: porque no nos hallamos capaces.

Las condiciones mecánicas en un caso como este, son tan complicadas, un machihembrado u otra maniobra análoga de unión matemática exigiría una técnica tan minuciosa unida a una fuerza mental tan extraordinariamente capaz para la construcción mecánica por medio de la imaginación, que sólo un talento privilegiado para esta clase de problemas podría atreverse a tal empresa sin temor de un fracaso, o por lo menos,

de sacrificar inútilmente substancia viva y útil. Reconociendo que nuestras fuerzas no eran suficientes para llegar de esta manera a un triunfo seguro, resolvimos más bien renunciar a una adaptación matemática, valiéndonos de dos planos inclinados para establecer una buena posición con contacto directo parcial y confiando en que la fijación de los fragmentos con clavos nos permitiría conservar esta posición hasta haberse obtenido una unión suficiente.

Que nuestras esperanzas de un buen resultado funcional no nos han engañado, comprueba un examen del pequeño cliente, que hoy día — 6 meses después de haberlo dado de alta — usa su pierna como si nada le hubiera pasado. En cuanto a la reconstrucción del hueso, la figura N.º 6 es una producción de una radiografía tomada en Junio de 1925. Un examen posterior — después de transcurrido por lo menos un año — nos enseñará el resultado final, que probablemente será bueno, tanto en sentido anatómico cuanto fisiológico. Pues en un reconocimiento el día 31 de Mayo último pasado, la posición de ambas extremidades inferiores era exactamente igual y la mensuración espino-maleolar daba para ambos lados 39,5 centímetros.

Conclusiones: 1º Acudir al llamado de nuestro distinguido maestro don Lucas Sierra: Contribuir por todos los medios posibles al mejoramiento del tratamiento de las fracturas, no sólo significa un homenaje a la Escuela Quirúrgica nacional, sino una obra de elevado patriotismo.

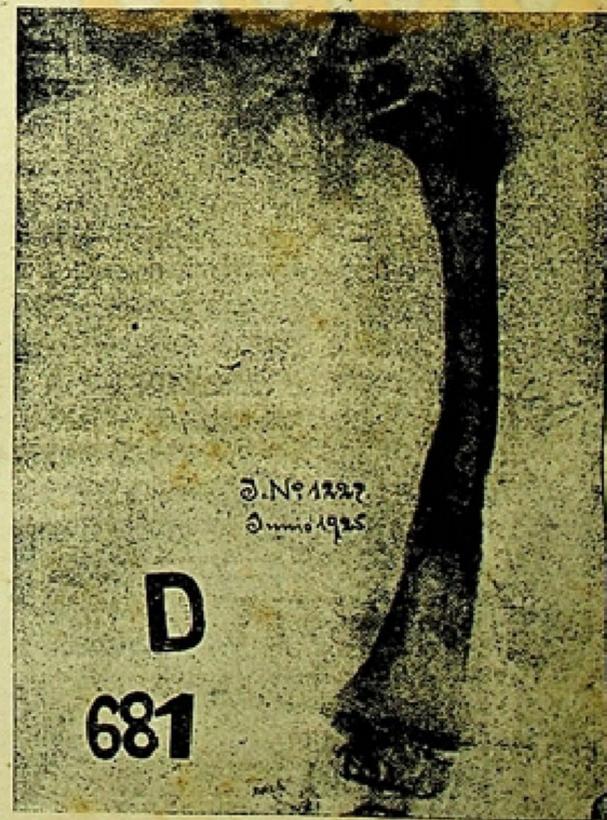


Fig. 6. Osteosíntesis del muslo.

2º Antes de cada intervención plástica sobre los huesos es recomendable trazar un plano detallado del procedimiento.

3º El cirujano debe tomar en cuenta para su procedimiento antes del resultado cosmético, el probable resultado práctico, funcional. Si sus cálculos respecto del último son acertados, la naturaleza se encarga del primero, restableciendo en las condiciones dadas siempre el Optimum.