

# LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

SECRETARIOS DE REDACCION

Drs. Juan Marín  
y  
A. Rojas Carvajal

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

COMITE CIENTIFICO

SRS. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

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

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

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

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

Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

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

SUMARIO

Texto:

FÉLIX DE AMESTI. — Consideraciones sobre el Schock Operatorio, (conclusión), p. 289.  
C. LIAN, R. BARRIEU y A. Blondel. — Las adquisiciones terapéuticas en patología cardio-vascular (continuación), p. 291.  
RICARDO EGUIGUREN E. — Embarazo triple polivitellino (1 fig.), p. 292.  
C. MÖNCKEBERG. — Del Traumatismo Obstétrico en el recién nacido (6 figs.) (continuación), p. 292.  
Sociedades Científicas: Sociedad de Cirujía, Sociedad Médica de Valparaíso, Sociedad de Biología, p. 294.

Anexo:

C. MÖNCKEBERG. — La crítica extranjera y el libro del prof. Charlin, p. 3-5.  
LUCAS SIERRA. — La enfermera sanitaria y la visitadora social ante la administración de la higiene pública, p. 389.  
NOTAS PRÁCTICAS. — Zona ótica. — La radioactividad en la medicina interna. — De los Boletines mensuales de estadística de la Junta de Beneficencia de Santiago, p. 398

LA CRÍTICA EXTRANJERA

Y

EL LIBRO DEL PROF. CHARLIN

¿POR QUÉ NO LE IMITAMOS?

por el

Prof. C. MÖNCKEBERG B.

«He de escribirtelo todo, pues no siento gozo al aprender sino cuando puedo enseñarlo a los demás. Dadme la sabiduría a condición de tenerla oculta y la rechazaré.»

(Carta de Séneca a Lucilio).

No tiene, quien aquí escribe, ni competencia ni autoridad para juzgar el Tratado de Oftalmología del profesor Charlin.

¿Y qué podría yo decir?

¿Que es bueno, que es didáctico, que es monumental?

Nadie me creería, y ello por dos razones: porque soy un ignorante en la materia de que trata y porque, quien nos conozca a ambos, pensará que me guía el íntimo afecto que nos liga, en desmedro de la verdad, único ideal de la sana crítica de toda obra científica, al decir de Pettenkoffer.

Por lo demás, los prohombres de la Oftalmología extranjera le han alabado ya en todos los tonos (1) y yo sólo puedo agregar la frase que oí a S. M. Don Alfonso XIII cuando, en el Congreso de Sevilla, el profesor Aguilar le presentó el libro:

(1) REVISTA DE ESPECIALIDADES. — Jaén. — Octubre de 1924.

Como dice el eminente profesor Ignacio Barraquer de Barcelona, en un corto pero substancioso prólogo que dedica a la obra del Profesor chileno, con el Tratado de Clínica Oftalmológica del Dr. Charlin, ingresa en el sagrado archivo de la literatura médica una verdadera fuente de sabios conocimientos que encumbran la oftalmología del país hermano. Y podriase añadir de la oftalmología de todos los países en general por las bellas condicio-



## ARTIGON

en frascos de 6 cm.<sup>3</sup> tipo suave  
> > > > > extra  
en cajas de 6 amp. de 1 cm.<sup>3</sup> 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

“Ved, señores, dijo el Monarca, cómo se debe hacer el hispano-americanismo. Esto vale más que todos los discursos y banquetes conque a menudo nos engañamos mutua y oficialmente”.

Pero he de aprovechar la oportunidad que me brinda el éxito de mi amigo para dar a los colegas jóvenes una lección de optimismo y encarecerles la necesidad de imitarle; he ahí por qué he encabezado estas líneas con la frase del desgraciado profesor de Nerón.

nes didácticas y de práctica universal que tan bello libro atesora. Esta obra difiere de los manuales comunes de oftalmología, que son exposiciones teóricas demasiado abstractas de la materia, y de las pequeñas guías clínicas, que son resúmenes prácticos, pero demasiado desprovistos de enseñanza fundamental. El autor se ha esforzado, y lo ha logrado, en anar las cualidades de ambos métodos, eliminando al mismo tiempo todos sus defectos. Está convencido, y con razón, de que la patología ocular debe pasar al través del tamiz de la patología general, de la medicina y no olvida que todas las afecciones oculares de origen endógeno son simples manifestaciones locales de un proceso general. En una palabra, el autor, queriendo marcar un progreso en el camino de la especialidad, vuelve a la Medicina general. Esta obra ha sido escrita para los estudiantes y médicos no especializados, intencionalmente se ha renunciado a todo lo superfluo y posee la conexión y la claridad tan deseadas por el principiante. Va profusamente ilustrada con grabados que dan perfecta idea de lo que representan y llegan hasta a suplir la misma presentación del enfermo.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES. Madrid.—Enero de 1925.

La obra, en fin, es una maravilla didáctica, exornada con gran cantidad de grabados, gráficos y esquemas, tratados con gran conocimiento.

REVISTA MÉDICA DE MÁLAGA.—Málaga.—Febrero de 1925.

Entiendo que esta obra del Dr. Charlin está llamada a sustituir con ventaja innegable todos los

Oímos a menudo entre los médicos esta frase u otra parecida: “Aquí nadie ha producido nada. Nada se escribe. Nada se publica”.

No es ello verdad. Hay quienes producen y no faltan los que por sus publicaciones son conocidos en el extranjero. Pero es exacto que con el material de que disponemos y con la ilustración de que no carecemos, podríamos y deberíamos publicar más, mucho más, en el país y fuera de él.

¿Os preguntasteis alguna vez cuál es la manuales y tratados oftalmológicos escritos para el médico en general, el estudiante, o para aquel que busca en la oftalmología su futura especialidad.

En efecto, en un conjunto de 770 páginas, lujosamente editadas por la casa Salvat, de Barcelona, con una profusión enorme de esquemas, figuras y fotografías originales de casos clínicos (más de 200 de éstas) expone el autor los XXI capítulos de que consta el tratado. No puede escapar a nadie el esfuerzo del autor para restar extensión a aquellos puntos o materias que son sólo patrimonio del especialista, dedicando en cambio todos sus desvelos para inculcar de una manera clara y precisa, en la mente del médico toda la importancia que tienen ciertas afecciones oculares para el práctico y cuyo cabal conocimiento redundará en beneficio de la profilaxia de la ceguera o sirven para decidir el diagnóstico o pronóstico de una enfermedad general oculta hasta entonces y solamente localizada en el globo ocular.

Los originales capítulos sobre Heredolúes, Líquido céfalo-raquídeo, Retinitis, Glaucoma, síndromes hipofisarios, etc., están admirablemente tratados, con la extensión que merece, dadas sus importantes manifestaciones oculares y la utilidad de dominarlos para imponer el diagnóstico general y la terapéutica indicada.

Siguiendo una norma que en el Dr. Charlin es un rasgo personalísimo de su escuela, el autor relata múltiples observaciones originales en los distintos capítulos y cuya exposición no tiene por objeto más que grabar aún más la sintomatología de las enfermedades y sobre todo convencer al lector de

causa de esta nuestra relativa esterilidad médico-literaria?

¿No la sabéis?

Pues yo os la diré.

Es la vergüenza de producir algo malo, es el pudor de no hacerlo con brillo, es el amor propio excesivo que todo lo malea, el que paraliza tantas plumas. Es, en fin, el desdén de sí mismos, hijo espúreo de la autocrítica.

Gran desgracia constituye el desdeñarse a sí mismo y el desdeñar las propias obras.

que los enfermos de los ojos no son sino enfermos generales con sintomatología ocular como podría serlo aórtica, renal, etc. Ante una iritis, una queratitis, lo más importante lo más en armonía con el imperativo clínico no es decir: «Aquí hay una iritis, una queratitis», sino preguntarse inmediatamente, automáticamente: «Por qué hay una iritis, una queratitis». Las observaciones clínicas que se pueden leer en la obra, demuestran hasta la saciedad que en Oculística, todo lo hace el médico: muy poco el oftalmólogo.

La obra del Dr. Charlin es una honra para el Oftalmología chilena y un orgullo para la hispano-americana.

LA MEDICINA IBERA.—Madrid.—Diciembre de 1924

El profesor Charlin ha dotado a la juventud hispano americana de una obra de enfermedades del aparato de la visión, en la que, con precisión de método y concisión de lenguaje, hace una clara exposición de todo lo esencial que debe saber un estudiante que aspire más tarde a especializarse en la Oftalmología.

No solamente el estudiante, sino también el médico práctico, leerá con fruto una obra que le puede dar la solución de un caso dudoso que accidentalmente tenga que diagnosticar o tratar, en las múltiples y variadas contingencias de la práctica diaria, sobre todo cuando se ejerce lejos de los núcleos más o menos importantes de población donde suelen residir los especialistas.

La obra, materialmente atestada de esquemas,

## “La guérison des certaines forme de tuberculose par le Séro-vaccin et le Vaccin de Bruschetti”

Con este título la importante revista *L'Hôpital*, publicó un interesante trabajo del esclarecido fisiólogo francés Dr. Stephen Chauvet (Ancien interne lauréat (Médaille d'Or) des Hôpitaux de Paris), del cual entresacamos los siguientes párrafos:

«... Je ne me suis décidé à l'employer qu'après avoir obtenu l'affirmation du Prof. Bruschetti que son produit ne contenait pas de tuberculine et ne pouvait pas provoquer de réactions dangereuses des sujets traités par ce produit.

...Je pourrais multiplier mes observations. Comme je l'ai dit, j'en possède encore neuf qui sont superposables aux précédentes. Si le nombre des malades traités n'est pas plus considerable, c'est, que tout d'abord j'ai voulu les suivre de très près afin de me rendre compte de la valeur du séro-vaccin et d'autre part qu'il est extrêmement difficile de se procurer ce produit, en raison des difficultés douanières. Il est certain que dans les cas où je l'ai employé ce séro-vaccin a eu une action étonnante. J'ai assez l'expérience du traitement de la tuberculose par le traitement recalcifiant pour être convaincu que, tout en ayant une heureuse action, ce traitement n'a pu influencer aussi rapidement la fièvre et les autres phénomènes morbides. C'est donc bien le séro-vaccin qui a agi dans ces cas. Il n'est pas dans ma pensée de faire dire a ces observations plus qu'elles ne peuvent prouver. Il est fort possible que le séro-vaccin n'agisse pas dans toutes les formes de tuberculose et chez tous les malades de façon aussi heureuse que dans ceux que j'ai traités. Peut-être certains cas de tuberculose plus avancée n'auraient-ils pas été améliorés par cette thérapeutique? Peut-être aussi certains malades, du fait de leur constitution, n'auraient-ils pu bénéficier de ce traitement? Peut-être même certains sujet ne peuvent ils pas être traités par cette thérapeutique. Pour ma part, je n'ai jamais remarqué que ce produit fût susceptible d'aggraver les malades que je traitai. Tout au plus, chez trois malades, ai-je observé, à la suite des première injections, une réaction locale caractérisée par un empatement un peu douloureux qui disparaissait au bout de deux ou trois jours.

Sans prétendre aucunement qu'ils s'agisse là du sérum définitif de la tuberculose il est indéniable que le séro-vaccin et le vaccin de Bruschetti sont susceptibles de rendre, dans un certain nombre de cas, de signalés services et qu'ils méritent d'être sérieusement étudiés».

Muestras y Bibliografías a disposición de los Sres. Médicos

Dirigirse a: HIJOS DE ATILIO MASSONE

Casilla Correo 3584

SANTIAGO

Calle Claras 205

La desconfianza en el propio valer nos expone a realizar menos y peor de lo que en realidad se puede, y quien se lanza a nadar creyendo que no podrá y que va expuesto a ahogarse, es probable que se ahogue.

¡Qué dichosos son, en cambio, los que tienen fe en sí mismos!

Aquel pintor, este poeta, ese sabio, de la categoría de los desconfiados, producen con miedo, miran o releen su obra con recelo, y no llegan a convencerse jamás de haber hecho algo bueno.

dibujos, fotografías, microfotografías y magníficas planchas en colores, está editada por la casa Salvat, de Barcelona, con la pulcritud y perfección a que nos tiene acostumbrados esta acreditada casa editorial catalana.

REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA Y CIRUGÍA.—N.º 79.—Enero de 1925.

Con la publicación de este libro, que consta de 750 páginas, el Dr. Carlos Charlin, de Santiago de Chile, nos da una demostración real de su valimiento. Esta obra ha sido escrita para los estudiantes y médicos, y, como lo dice muy bien el Dr. J. Barraquer en el prólogo de la misma, con el Tratado de Clínica Oftalmológica del Dr. Charlin ingresa en el archivo de la literatura médica española un libro que encumbra la Oftalmología de nuestro país hermano.

BOLETIN MÉDICO.—Lérida, Enero de 1925.

El Dr. Charlin es un eminente profesor de Clínica Oftalmológica de Santiago de Chile, que ha escrito un excelente libro de Oftalmología, libro soberbiamente editado por la empresa editorial Salvat, S. A. de Barcelona.

Son muchos e interesantes los libros de Oftalmología que se han escrito en estos últimos tiempos, pero el del Dr. Charlin ofrece caracteres tan sobresalientes, que orgullosos bien podemos considerarlo como un verdadero tesoro clínico de la moderna oftalmología del habla española. Discípulo predilecto de los eminentes profesores Adam, de Berlín, y Morax, de París, estudioso y capacitado, dotado de un espíritu analítico y sagaz, ha escrito un Trata-

Ved a ese otro artista; os hablará de su último cuadro. Si es escritor, os meterá su último libro por los ojos. En el club, en la calle, os referirá su nuevo plan, os leerá unas cuartillas, y ello con una seguridad que coarta el ánimo de quien quisiera hacerle la más leve crítica.

¡Felices éstos para quienes la hipertrofia del espíritu es el estado normal!

Imitadles, colegas. Escribid, publicad. No haréis, quizás, libros como el del Dr. Charlin, no a todos nos es dado escalar el atrio de Clínica Oftalmológica, modelo en su género, por su método, claridad y estilo literario.

El libro que nos ocupa contiene todos los capítulos de todas las obras de Oftalmología, precedidos de concisas y claras nociones de anatomía y fisiología normal y patológica, y finalmente, infinidad de historias clínicas de aportación personal.

ANALES DE OPTALMOLOGÍA.—Madrid, Enero de 1925.

Cae en nuestras manos el Tratado de Clínica Oftalmológica del distinguido profesor de Oftalmología de la Universidad de Santiago de Chile, obra espléndidamente editada por la casa Salvat, de Barcelona, con una inmensa profusión de láminas y grabados, que, si sólo por su presentación habríamos de juzgar la obra, podríamos decir, que es y ha sido la mejor de la especialidad publicada en idioma castellano.

Por su contenido no desmerece de la editorial, pues ya dice el autor, en la introducción, que no es un libro de consulta y que ha sido escrito para estudiantes y médicos no especializados y en este aspecto podemos conceptualarla como un magnífico y extenso resumen de clínica oftalmológica en el que se refleja con indiscutible vigor la recia personalidad del autor.—DR. RODOLFO DEL CASTILLO RUIZ.

REVISTA CIENTÍFICA ARGENTINA.—Buenos Aires, Enero de 1925.

Es indudablemente la obra del profesor Charlin C., un libro destinado a hacer camino y a tener una larga vida y acaso posteridad fecunda. Así lo permite augurar su lectura, las cualidades de precisión y

del templo de la Fama pisando tan magnífico peldaño; pero no importa, el optimismo nos pondrá en camino de hacer algo bueno y, aún cuando no lleguemos a hacerlo, seremos felices, porque la felicidad es relativa y la posee quien cree poseerla.

Y, por último, comparad lo que aquí podemos hacer y el material seleccionado de que disponemos, con las pequeñeces que leéis en las revistas extranjeras, y confesad que no tenemos razón al desdeñarnos a nosotros mismos.

estrictez científica y de practicidad al propio tiempo, que adornan el libro del Dr. Charlin, el eminente oftalmólogo chileno que con su libro añade un preciado florón a la inmarcesible corona de la clínica oftalmológica española conquistada merced al esfuerzo de los Barraquer, Márquez, Blanco, Marín Amat, Ribas Valero, García Mansilla, etc.

ARCHIVOS DE OPTALMOLOGÍA HISPANO-AMERICANOS.—Enero de 1925.—Barcelona.

Campea en la obra de Charlin el sello personal, como es de rigor en una obra clínica, pero es, al mismo tiempo, tan completa, que viene a constituir un verdadero tratado de Oftalmología, con la ventaja sobre éstos de que los numerosos casos clínicos representados y referidos, dan mayor amenidad a su lectura, y la hacen igualmente apta para los especialistas ya formados y para los alumnos.

La obra de Charlin viene a emanciparnos de la necesidad de recurrir a textos extranjeros para la enseñanza de la Oftalmología (pues desde el punto de vista hispánico no consideramos como extranjeros a los escritos en el idioma de Cervantes), y en el momento actual, dicha obra, puesta al día en su aspecto científico, representa un avance sobre los manuales que andan por las manos de los escolares y de muchos médicos que desean ponerse al corriente de nuestra especialidad.

Es digna de mención la *difícil facilidad* con que el autor expone lo referente a refracción, prescindiendo de fórmulas algebraicas, con lo que hace fácilmente asequible a todos la comprensión de dicha materia.

# NEOL

(OZONO NACIENTE)

## Cura Anginas

en 24-36 horas; suprime inmediatamente la disfagia.  
(Tocaciones con NEOL puro; gargarismo al 1/10)

## Cicatrización Ulceraciones

CUTÁNEAS  
y  
MUCOSAS

Escarras; Antrax, Ulceraciones fagedérmicas, Gingivo-estomatitis  
(Tocaciones con NEOL puro, apósitos al 1/5).

## Epidermiza Quemaduras

En algunos días: suprime el dolor en algunos segundos  
(Apósitos con NEOL al 1/5)

MUESTRAS PARA MÉDICOS  
Laboratorios BOTTU

AM. FERRARIS, Concesionario  
Compañía 1295—Casilla 29 D—SANTIAGO

Utilizado en todos los Hospitales de París en reemplazo de las diversas aguas oxigenadas.

Para los niños en el invierno el mejor tónico

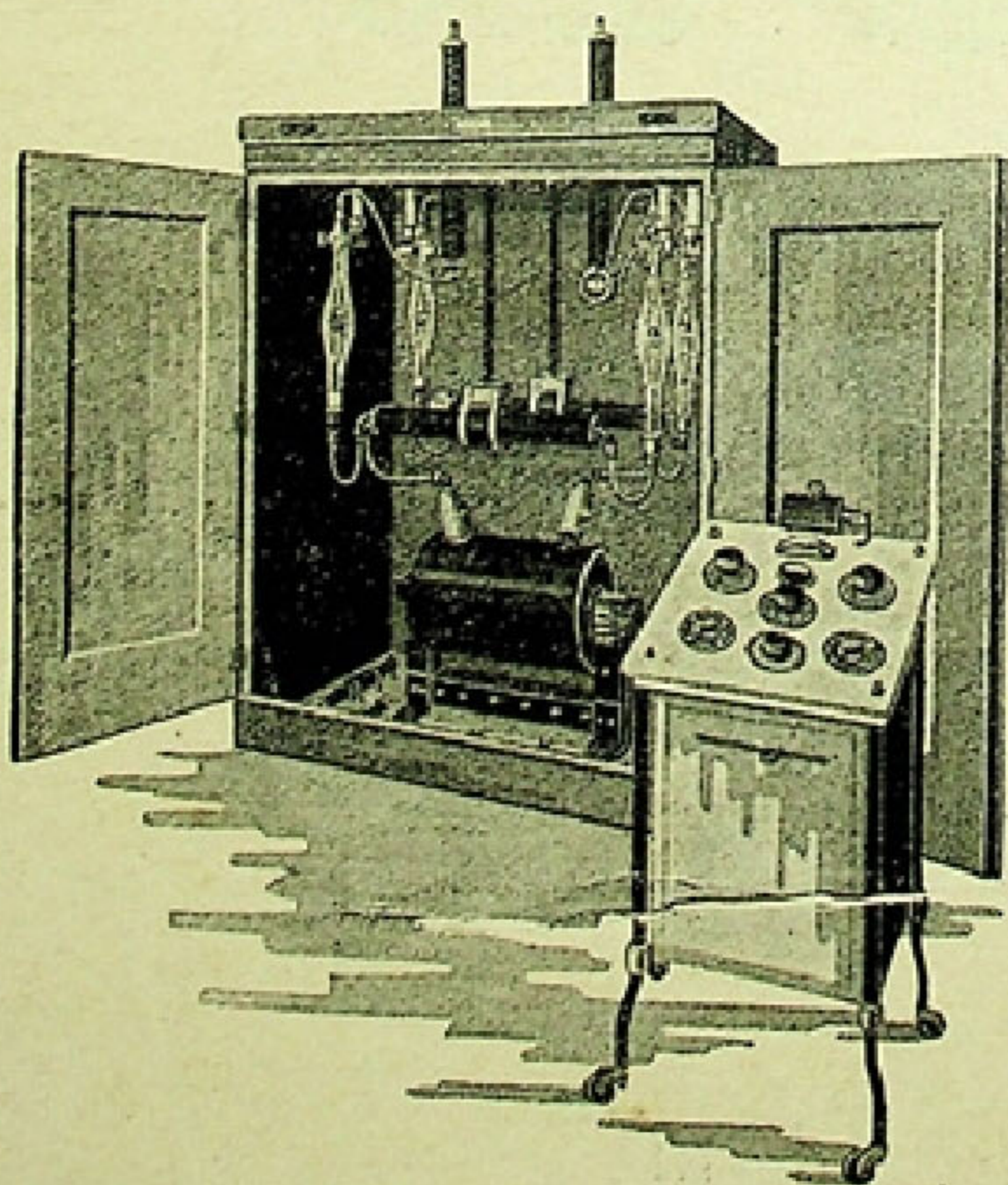
# JARABE VALTIN LEROY

DÓSIS: Una cucharadita antes de las comidas

FORMULADO POR PROFESORES Y MEDICOS EMINENTES

LABORATORIOS RECALCINE

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



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

**El aparato más potente  
para el diagnóstico**

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

SOLICÍTENSE OFERTAS Y CATÁLOGOS

**SIEMENS - SCHÜCKERT LTDA.**

COMPAÑIA DE ELECTRICIDAD

Valparaíso - Concepción  
Valdivia - Antofagasta - Iquique

Huérfanos 1017-1041  
Casilla 104-D.



## La enfermera sanitaria y la visitadora social

Ante la administración de la higiene pública

Conferencia dada por el Dr. Lucas Sierra,  
el 8 de Julio de 1925., en la Escuela de  
Servicio Social de Santiago

Antes de abordar de lleno esta cuestión, nueva entre nosotros, deseo precisar algunas ideas que harán comprender mejor mi pensamiento.

El hombre absolutamente sano es poco menos que un mito; ha debido tener necesidad, seguramente, desde las edades más remotas, de recurrir a alguien, dada la inestabilidad de la salud y la fragilidad misma de la vida, para que le ayudara a sobrellevar sus males o le consolara en las tribulaciones que le acarrearán las enfermedades, lo mismo del cuerpo que del espíritu.

No tenemos informaciones precisas que nos permitan juzgar de la competencia práctica como enfermeros de los moradores del Paraíso terrestre, ni mucho menos de la escuela en que hubieran adquirido aquellos conocimientos, pero, privadamente, podemos inferir que, abrumados por la desgracia en que Eva había hecho caer a su inexperto compañero, legando como consecuencia de ella a toda su descendencia la necesidad ineludible de trabajar para ganar el sus-

tento de la vida, debió, digo, de prodigarle toda suerte de palabras de afecto y cariño, a fin de hacerle más llevadera la grave falta de haber traspasado el precepto impuesto por el Creador mismo. De esa manera improvisada por las circunstancias comenzó el servicio de la enfermería, encaminada como Uds. ven, a aliviar en primer término las congojas del espíritu. Veremos un poco más adelante cómo en el transcurso de los tiempos, es la atención de las enfermedades corporales la que ha pasado a desempeñar papel preponderante, como si fuera posible en cualesquiera de las miserias humanas separar el cuerpo del alma. Dejo insinuado, pues, que, en mi concepto al menos, la profesión de enfermera es de muy antigua procedencia; la evolución de la vida y el desenvolvimiento de las artes e industrias no han hecho más que modificarla adaptándola a satisfacer las nuevas exigencias y preocupaciones de la vida, trepidante y vertiginosa en los tiempos actuales y acaso un tanto artificial, pero, incuestionablemente, desposeída ya de los encantos de una vida más en armonía con las leyes mismas de la naturaleza. Ha debido esa profesión, en consecuencia, moldearse al impulso de los grandes movimientos sociales que han conmovido y revolucionado a las colectividades humanas y sufrir con ellos los retardos, las fluctuaciones y hasta retrocesos que comprobamos en el desarrollo de la ciencia médica de que forma parte la enfermera.

En un antiguo hospital modelo de una de

las grandes ciudades de la India, se lee que "la enfermera debe ser diestra en toda clase de servicios que requiera el enfermo; dotada de habilidad en general; competente para cocinar, diestra para hacer y limpiar las camas, lista, paciente, y nunca con mal modo para hacer lo que se ordene". Esas enfermeras eran descendientes y pertenecían a las castas de los Brahmines.

De los escritos que conservamos de Hipócrates y de Plinio el antiguo, se infiere que les era perfectamente conocido y hasta familiar el papel que desempeñaban las enfermeras, solamente que en aquellos tiempos parece que eran los propios estudiantes de medicina quienes debían de ejecutar las tareas que hoy se prefiere entregar a la enfermera propiamente tal. Debo anticipar desde luego que con positivo servicio para el enfermo y para la colectividad misma.

El Cristianismo, que surgió a la vida bajo el despotismo de los zares romanos y que tuvo que sufrir algunas de las más violentas persecuciones religiosas que recuerde el martirologio, debía forzosamente imprimir un sello esencialmente caritativo a la obra de la enfermera. San Crisóstomo unió con austero ascetismo a las enfermeras y a las diaconesas. Tres grandes órdenes de enfermeros nos quedaron de aquellos tiempos: los Caballeros Hospitalarios de San Juan, los Caballeros Teutónicos, y los Caballeros de San Lázaro. La religión superaba con mucho, como era de suponerlo, a los conocimientos científicos, enteramente rudimenta-

# LACTAGOGO

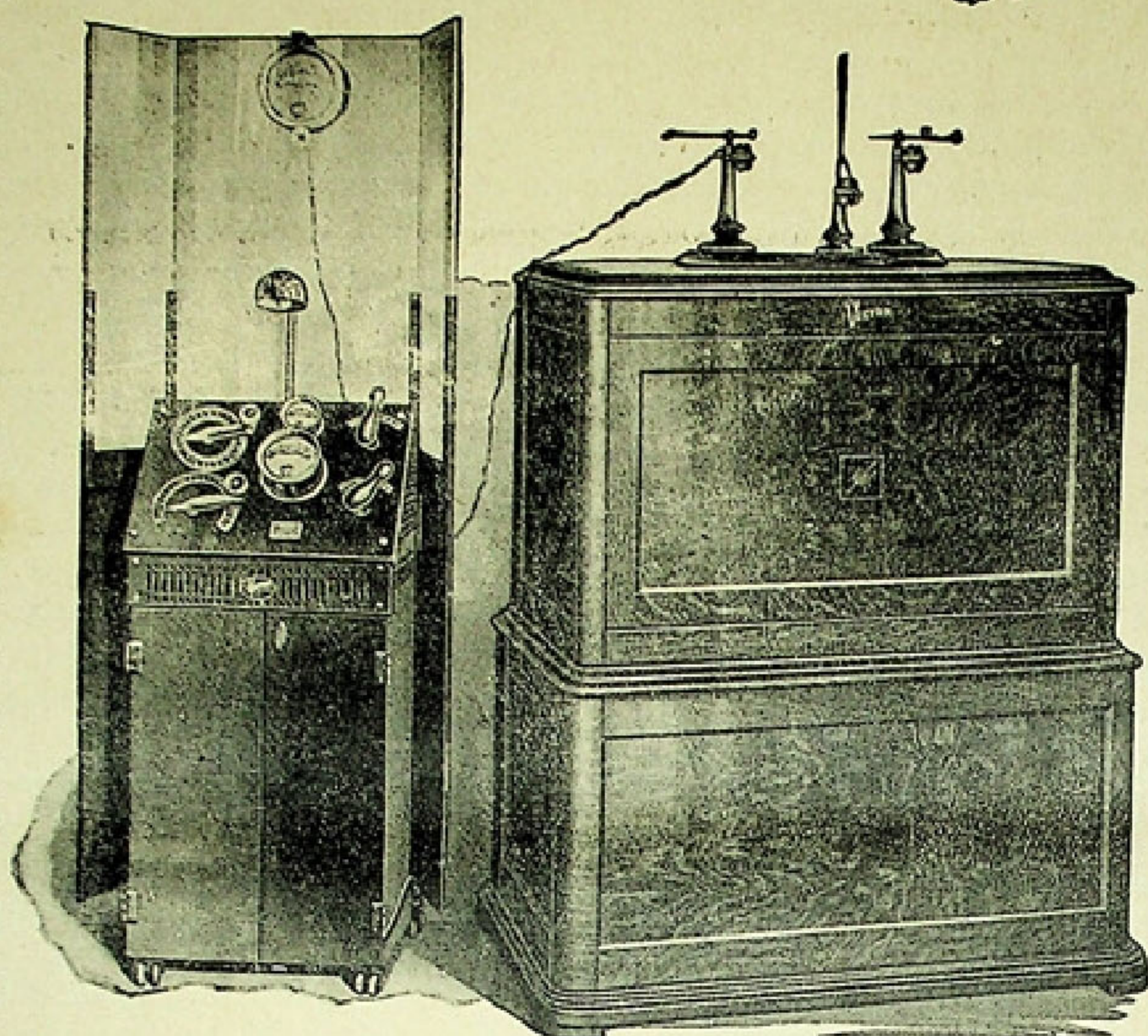
## INSTITUTO SÁNITAS

PARA LAS MADRES QUE CRIAN

Preparado orgánico a base de glándulas mamarias y extracto placentario, combinado con Calcio Láctico, Hipofosfito de Calcio, Protoxolato de Hierro y Galega

¡Pídanse los  
COMPRIMIDOS OPOTERÁPICOS,  
siempre frescos, del

## INSTITUTO SÁNITAS!



Aparato "Victor" Snook para Radioscopia y Radiografía

## Aparato para Rayos X. Modelo "Snook" ¡Sin Competidor!

El único aparato que ha mantenido su superioridad desde que fué fabricado.

Tiene una capacidad de 120 Kilovolts y 150 milliamperes.

El año 1907 Mr. H. C. Snook, introdujo el primer rectificador de alta tensión, cuyos principios fueron aplicados a este aparato y lo han hecho insuperable por su rendimiento, hasta hoy.

### Victor 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.

## PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUCION ORGÁNICA  
DE HIERRO Y MANGANESO  
ENTERAMENTE ASIMILABLES

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

NO PRODUCE ESTREÑIMIENTO

Tónico poderoso, reconstituyente energético

**ANEMIA — CLOROSIS  
DEBILIDAD  
CONVALECENCIA**

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

DOSIS COTIDIANAS:

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

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

## 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.

rios todavía y en espera del impulso vivificador que debía imprimirle el Renacimiento. La arquitectura, en cambio, ganó muchísimo durante aquel tiempo; algunos de los más hermosos templos que sea posible admirar todavía hoy día en Europa, remontan a aquella época.

Entre los árabes fué la ceguera y, en general, las enfermedades de los ojos, uno de los males a que las enfermeras prestaron especial consagración.

La participación que les cupo tomar a las órdenes de los terciarios en el servicio de los enfermos, que gozaron del privilegio de no abandonar sus casas ni renunciar al mundo, fueron de positiva importancia, y por eso es que se les conserva y mantiene aún en los tiempos modernos en Italia. Agreguemos que muchas de las enfermeras famosas de la Edad Media fueron canonizadas y apresurémonos para llegar a San Vicente de Paul (1), esto es, a mediados del siglo XVII. Pero recordemos, sí, sin comentario de ninguna especie, que ni a las enfermeras, ni mucho menos a las monjas de aquella época, les era permitido mirar del cuerpo humano otras regiones que la cabeza y las extremidades.

Con él se inicia el período de las enfermeras modernas y el conocimiento de las condiciones sociales de los protegidos. Aquel hombre imprimió a este trabajo un rasgo

(1) 1576-1660. Fué cura de Olichy, en los alrededores de París; fundador de la Congregación de Sacerdotes de la Misión o Lazaristas y de la de «*Fille de la Charité*».

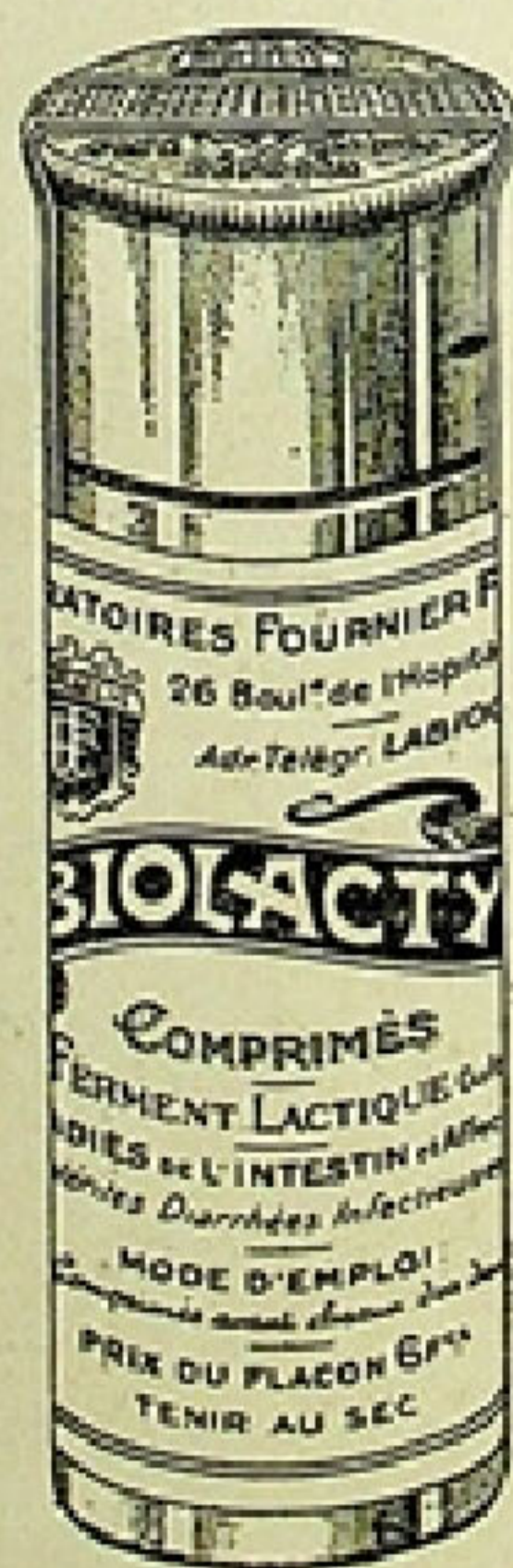
francamente revolucionario, en comparación de todo lo que hasta entonces se había hecho. No es el momento de analizar la obra grandiosa y universal que realizan, aún hoy día, las hijas de San Vicente de Paul. Arrastradas en la vorágine de la vida moderna, las hemos visto desempeñar papel tan honroso y profundamente beneficioso como las más modernas de las "nurses" de que os hablaré en seguida. Analizando hoy día la obra de San Vicente en una Escuela de Servicio Social, es el caso de repetir con el filósofo: "Nada hay de nuevo bajo el sol ni tampoco por encima de él". En efecto, el estudio de las condiciones sociales de la gente menesterosa en particular, le hizo concebir ideas hasta aquel entonces absolutamente nuevas. Vió que muchos individuos no podían subvenir ni a sus más premiosas necesidades, y que era deber de la sociedad velar por ellos hasta llegar a ponerse en contacto con los enfermos; se constituyó, de esa manera, en el primer visitador social que recuerde la historia. La caridad no consistiría en limosnas, sino en ayuda efectiva. A fin de proteger a los mendigos y a los huérfanos, propuso el trabajo del campo en colonias análogas a las que, en términos tan convincentes, recomendaba hace muy poco, desde esta misma tribuna, con todo el prestigio de su autorizada palabra e inagotable filantropía, el señor don Ismael Valdés Valdés. Protegió la educación de la juventud e incluyó en ella la enseñanza manual y el arte comercial.

Una señora parisiense, consciente de las necesidades de los enfermos del Hotel-Dieu, lo persuadió a que organizara una sociedad de señoras visitadoras: así principiaron sus Hermanas de Caridad; no les permitió hacer votos; servían con un contrato anual y estaban libres de dejarlo y casarse. "Mis hijas, les decía, no son religiosas en el sentido técnico, y si entre Uds. hay alguna traviesa que piense que es mejor ser monja, mientras vivan no la permitan. Las monjas necesitan un claustro, pero las Hermanas de Caridad necesitan ir a todas partes".

He aquí, señoras y señores, el punto de partida esencial moderno de las enfermeras visitadoras y hasta de la visitadora social.

Howard, el reformador de las prisiones, y Elisabeth Fry, que dió en Deaconess's Institute de Kaiser werth sobre el Rhine las primeras lecciones a Florence Nightingale; Amalia Sieveking y el pastor Fliedner, en Alemania, fundador de las diaconesas Keiserwerth, son algunos de los principales intermediarios que nos permiten llegar a la época en que nos vamos a detener.

Hasta 1850, esto es, en el meridiano del siglo de las luces, no se había realizado sino uno de los grandes descubrimientos que en pocos años más habían de revolucionar las ciencias médicas. El hombre sabía cómo calmar el dolor en las grandes operaciones que se llevaban a cabo, nada más que en los miembros, puesto que la cirugía de las cavidades del abdomen o del pecho nos eran desconocidas. Pero aún el maravilloso



LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES  
25, BOULEVARD DE L'HÔPITAL - PARIS

# BIOLACTYL

## FERMENTOS LACTICOS

en tubo de aluminio conteniendo

60 COMPRIMIDOS

### MODO DE EMPLEO

**ADULTOS :** Tres a cuatro comprimidos después de cada comida.

*Sin masticarlos y de preferencia en agua azucarada.*

**CRIATURAS :** Hasta 4 meses: dos comprimidos por día

» 8 » cuatro » »

» el destete: seis » »

*Siempre antes de las mamadas con agua hervida y azucarada.*

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES DE PARIS.

CONCESIONARIO PARA CHILE

AM. FERRARIS

COMPAÑIA 1205 - SANTIAGO

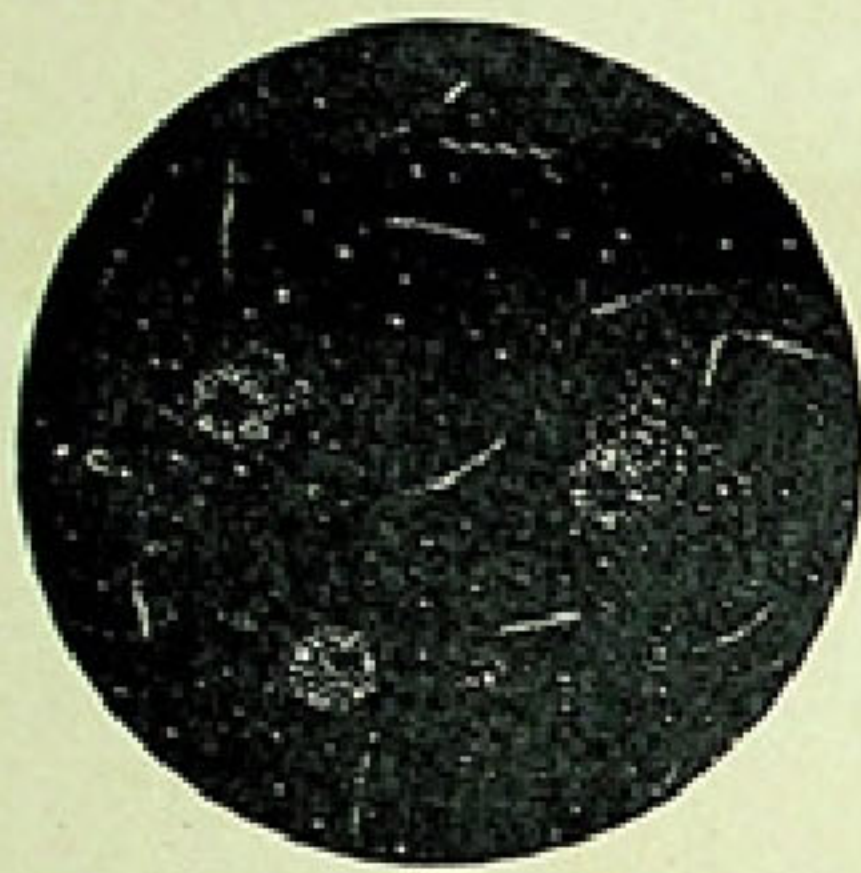
**LABORATORIO CLÍNICO DEL**  
**DR. LEONIDAS CORONA**  
**SANTIAGO, DELICIAS 868**

**DETERMINACIÓN DEL METABOLISMO BASAL**

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

1. Para diagnosticar y comprobar las insuficiencias de las glándulas endocrinas y especialmente tiroideas.
2. Para comprobar la acción de los extractos glandulares y regular las dosis.
3. Para comprobar en el bocio exoftálmico el hiperfuncionamiento de la glándula tiroidea y la intensidad de este trastorno.
4. Para el diagnóstico de los hipertiroidismos ligeros, 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

**INSTITUTO DE SALUD**  
**CISTERNA**

(Población Nueva España)



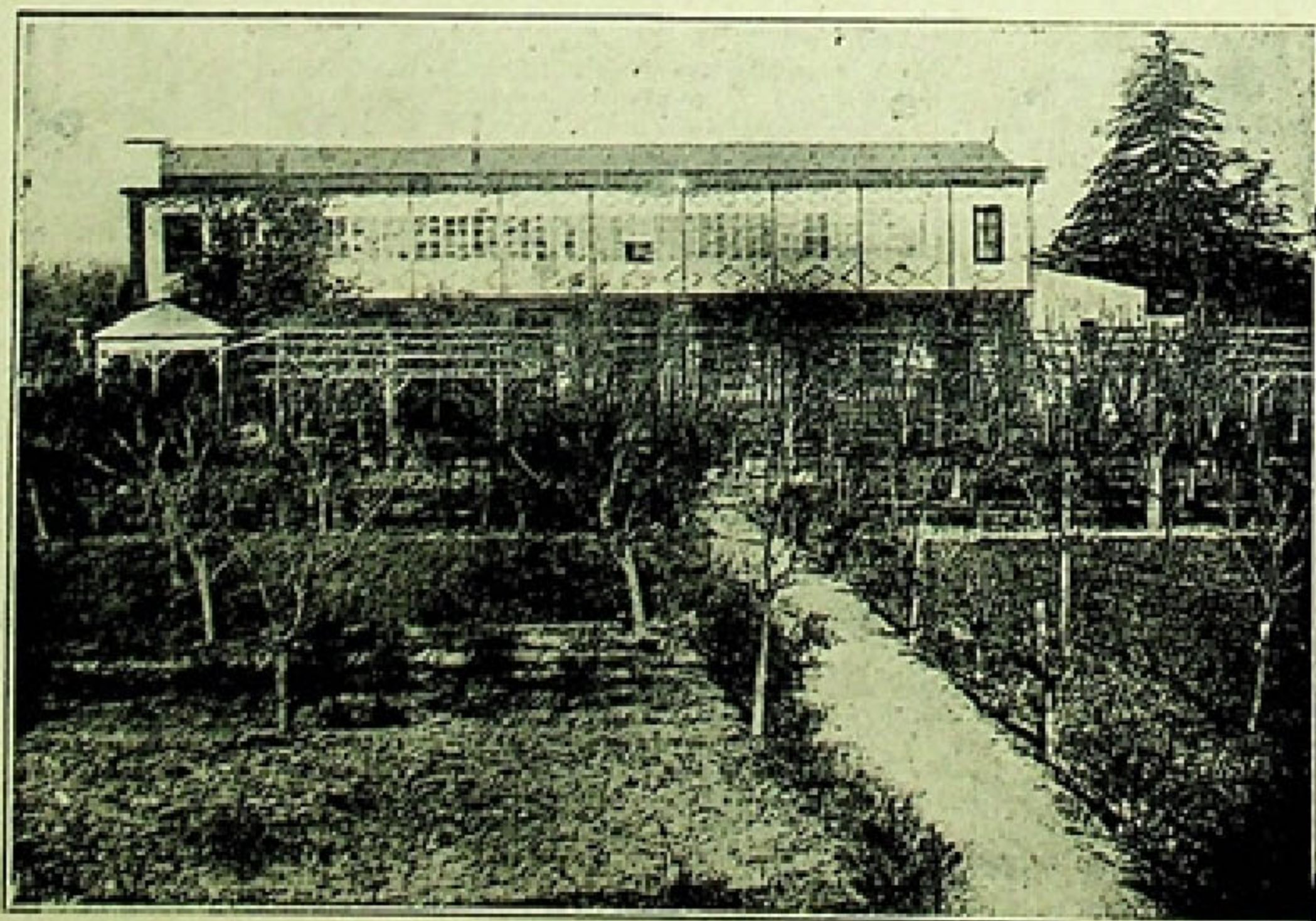
Destinado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades  
 -: nerviosas y mentales. :-

DIRIGIDO POR EL

**DOCTOR FONTECILLA**

SANTIAGO — DELICIAS N.º 1626

ELECTROTERAPIA, HIDROTERAPIA, ETC.





descubrimiento de la anestesia etérea no era aceptado de todo el mundo: los cirujanos ingleses, con un espíritu profundamente conservador o recalcitrante, prohibieron a sus colegas militares que se sirvieran de los anestésicos generales. Ahora bien, si se piensa que después de una gran batalla había habido cirujanos que en un solo día habían practicado más de 200 amputaciones y que una amputación en aquellos tiempos era acompañada de dolores atroces, que con excesiva frecuencia conducían a la muerte, se podrá apreciar mejor todo el mérito de la mujer sin igual que hizo su aparición, cuidando de los heridos de la guerra de Crimea y derramando entre ellos el bálsamo de la esperanza a la vez que les prodigaba todos los cuidados de que han menester los que sufren graves traumatismos de guerra. Aquella benefactora por excelencia, debió ser para muchos de los soldados el símbolo máspreciado y real de lo que su propio nombre significaba: "The lady with the lamp", fué en realidad, el verdadero "rui-señor", el cantor de la noche, significó para ellos el emblema más benéfico de la tranquilidad y bienestar que conducen a la curación. Su abnegación y sacrificios sin límites, fueron, seguramente, apreciados y justipreciados en grado muy superior a los del célebre cirujano J. Domingo Larrey, de la campaña de Napoleón a Rusia; así por lo menos lo comprendió el pueblo inglés que, reconocido, le obsequió la gruesa suma de 50 mil libras esterlinas como recompensa a

sus trabajos, y que ella supo aprovechar en beneficio de St. Thomas's Hospital, la institución de que Uds. forman parte. Que la señorita Florencia Nightingale, cuyo retrato espero que figure algún día al lado del de R. Sand, os sirvan ambos de modelo e inspiradores en vuestros trabajos de abnegación y sacrificios.

Después de aquella experiencia profundamente reveladora no había más que un paso que franquear: generalizar aquel servicio con personas instruídas y preparadas especialmente para desempeñarlo. Surgen de esa manera las Escuelas para Enfermeras, que rápidamente justifican de una manera convincente la falta que hacían y los objetivos que van a realizar hasta llegar a constituir en Inglaterra "The Most Gentle Profession".

Para llegar rápidamente a ese progreso había avanzado la medicina de la última mitad del siglo XIX de una manera sencillamente prodigiosa. Desde 1866 las doctrinas de Pasteur, que sintetizadas en una palabra, podríamos decir que nos enseñó que la putrefacción es debida a seres vivos, microscópicos, encontraban amplia aceptación y difusión en el mundo civilizado. A ellas se agregó bien pronto la demostración más palmaria y propia para herir la imaginación

más indiferente: la curación de las heridas con pasmosa rapidez, y lo que es todavía mucho más grandioso, sin dolor. Por aquella sencilla demostración pasó a ser Pasteur uno de los más grandes benefactores de la humanidad. Más que eso, enseñó a sus discípulos a ir un poco más lejos adelantándose a las enfermedades y esforzándose por llegar hasta evitarlas, previniéndolas.

(Continuará)

## NOTAS PRÁCTICAS

### ZONA ÓTICO

Los trabajos de Ramsay Hunt han mostrado la homología existente entre los ganglios de los nervios craneanos y los ganglios de las raíces posteriores de la médula. El ganglio geniculado es para el facial el homólogo de los ganglios espinales.

El compromiso del ganglio geniculado por el virus zosteriano determina:

1º Dolores en el conducto auditivo irradiados hacia la cara y bucofaringe, más raramente hacia la mastoide.

2º Una erupción de vesículas en la zona de Ramsay Hunt "área cónica cuyo vértice está representado por el tímpano, las paredes por las del conducto, la base por una

## El Lipoide fosforado "Bioplastina Serono" ante la Clínica.

Por el Doctor A. GONZALEZ PRATS

PROF. DE CLÍNICA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

«Claro que el ideal sería hallar un cuerpo lecitinado que se administrase por la vía oral natural sin tener que recurrir a las ingeniosas vías hipodérmicas intravenosas y con todo el cortejo inherente a lo artificioso y amanerado. Pero desgraciadamente, no podemos utilizar hoy la vía bucal, dado los trasiegos no bien definidos, pero sí ocurrentes en el estómago e intestinos que la lecitina sufre.

En cuantos casos le inyectaron todos los clínicos y ya es pléyade y pléyade honorable, es positivo que registróse sensible manifiesta subida del peso corporal del número de los vehiculadores eritrocíticos. No son muchas mis observaciones, aunque si bien heterogéneas, cierto; pero han sido tan elocuentes, tan imperativamente definidas que obligan a hacerse una opinión clara del valor terapéutico del cuerpo fosforado **Bioplastina Serono**.

Efectivamente si es un hecho, que se repite siempre, aquel momento en riqueza globular y el total peso del cuerpo, precisa pensar, que por su influjo acrecieron y pronto cuantos íntimos fenómenos conducen al apropiamiento substancial trófico.

Que tal exaltación ha lugar ordenadamente, con regularidad de mento y sitio, dado que no es efímero el resultado, antes al contrario, persiste aún cuando se cese en la administración de tal tónico o excitante.

De todo ello resultan aquellos mejoramientos del estado general, acusado por los dolientes cual resurrecciones de sus potenciales amortiguadas por la interna honda sensación eufórica de placidez y bienestar.

Las resultancias registradas por los medios matemáticos explorativos, así como las acusadas sugestivamente por los propios individuos tratados o inyectados, hablan en perfecta armonía y solidaridad de la bondad y positiva actuación de al **Bioplastina**.

Si, el lipoide lecitinado llamado **Bioplastina**, tal como logró prepararlo César Serono, por feliz técnica, es producto ciertamente útil y del uso de que debemos esperarnos positivos resultados ostensibles.

No es, no un cúralo todo, ni panacea universal; nó. Pero sí, es un buen preparado lecitínico fosforado con el que hallaremos cumplidas bien todas las restringidas indicaciones a tales cuerpos inherentes.

Con lógica y acierto empleado podemos esperarnos gratisimos resultados, desterrar no pocos morbosismos, sustraer deficiencias de vital trascendencia, proporcionando delicioso retorno al estado eugénico, desideratum tras del que en todo momento deben encaminarse nuestros esfuerzos e iniciativas.

Merece, pues, tenérsele presente, dándole lugar ostensible entre los recursos terapéuticos de nuestro arsenal útil, concediendo a su autor plácemes sinceros por habernos dotado de tan eficaz remedio»....

Muestras y Bibliografías a disposición de los señores Médicos

DIRIGIRSE A **Hijos de Atilio Massone**

Claros 205 ≡ SANTIAGO ≡ Casilla 3584

línea que une el tragus, la fosa del ante hélix y el antetragus".

3º Algunas vesículas en los dos tercios anteriores de la lengua y región tonsilar.

4º Hipoacusia y zumbidos, más rara vez vértigos.

5º Parálisis facial total o parcial.

Los casos frustrados se observan frecuentemente. — Falta la parálisis facial, o bien ésta es el único síntoma.

Es probable que la infección zosteriana sea la causa de un cierto número de parálisis faciales llamadas "a frigore".

Las parálisis faciales dolorosas deben ser consideradas como sospechosas de origen zosteriano.

La punción lumbar puede ser un medio de diagnóstico. — Linfocitosis, hiperalbuminosis, hiperglicorquia.

Le Mée.

### LA RADIOACTIVIDAD EN LA MEDICINA INTERNA

(Extracto de una conferencia del Prof. Jalousstre, París)

Las aplicaciones de la radioactividad en la terapéutica se introduce día a día en los campos de actividades de la ciencia medicinal.

En Europa se ha minuciosamente estudiado la influencia preponderante de la radioactividad en las curaciones termales y climáticas. La mayor parte de las aguas son dotadas, además de las sales que las caracterizan, de una radioactividad más o menos intensa que adquieren en el centro de la tierra cuando se encuentran en contacto con cuerpos radioactivos, absorbiendo esas aguas a la fuente, se introduce en el organismo una provisión de energía que la sangre lleva a todos los tejidos (este es el verdadero secreto de la misteriosa eficacia de las fuentes termales).

Pero después de cuatro días de salida de la fuente esas aguas pierden el 50 por ciento de su radioactividad inicial, la que va disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer totalmente al cabo de 20 días.

De consiguiente, absorber aguas minerales que no pueden dar garantía de su permanente radioactividad después de embotelladas, es absorber una agua muerta, privada de la energía vital, que al penetrar en los tejidos celulares y glandulares del organismo les cede su energía estimuladora de sus funciones de secreción y de defensa.

La radioactividad, nace de un gas en disolución, llamado "Emanación", que se volatiliza rápidamente al salir el agua a la superficie, inconveniente que había sido hasta hoy día el obstáculo para poder mantener esa radioactividad en las aguas embotelladas. Esas "emanaciones" obedecen, sin embargo, a todas las leyes de los gases — difu-

sibilidad, solubilidad, compresión, etc., etc. — los que se desagregan dando origen a elementos radioactivos que se condensan sobre ciertos cuerpos al contacto de esa emanación, leyes que han servido de base a los sabios dedicados al estudio de esa materia para llegar a fijar en ciertos casos la radioactividad en el agua mineral, manteniéndola así, viva por mucho tiempo después de embotellada.

Los profesores Petit y Chevrier han demostrado que el organismo del hombre puede soportar sin ningún trastorno para su salud, hasta un total en el curso de un tratamiento de 100 micrograma de Radium Elemento (0,100 microgramo de Radium Elemento equivale a 100 milimicrocurie). (100 microgramas equivalen a 100,000 milimicrocurie).

Las aguas minerales, las más radioactivas hasta la fecha conocidas, son las de Baden Baden, de 50,0 milimicrocurie, y las de Luchen, de 41,5 milimicrocurie.

La radioactividad absorbida se comporta en el organismo como una actividad igual introducida por inyección sub-cutánea o intra-venosa.

Las sales solubles persisten mucho tiempo en el cuerpo. Después de 137 días queda en él el 25 por ciento de la cantidad absorbida.

Las células atravesadas por radiaciones discretas, son especialmente excitadas en sus funciones de nutrición, de secreción y de reproducción. Su vitalidad se acentúa,

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

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

### ALIVAL YODO ORGÁNICO

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

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

### ANESTESINA

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

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

Sólo servimos la Anestésina pura (en polvo)

### SABROMINA BROMO ORGÁNICO

insípido.  
De tolerancia perfecta y acción eficaz. Antiespasmódico y sedante.

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

# SALIRGÁN

Marca Registrada

solución estéril al 10 por ciento de compuesto mercuríco complejo del salicililamido-o-acetato sódico

## Poderoso Antiluético y Diurético

### INDICACIONES:

Para emprender un tratamiento mercurial enérgico; cura combinada del Salvarsán con el mercurio. Por su intensa acción diurética se emplea con éxito para combatir edemas cardíacos, cardiopatías hidrópicas, miodegeneración cardíaca, poliserositis, etc.

Envase de origen:

Cajas de 5 y 10 amp. 1 c. c.  
5 y 10 amp. 2 c. c.

Literatura y muestras a disposición de los señores médicos.

### HIPOFISINA acreditado

#### Tónico uterino

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

Envases de origen:  
Cajitas con 3, 5 y 10 ampollas de 0,5 y 1 cm<sup>3</sup>. Frascos de 10 cm<sup>3</sup>.

### PERLAS DE VALIL

#### Remedio calmante

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

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

### TUMENOL

#### Preparado de Brea

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

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

asimila mejor, su funcionamiento es más perfecto, se vuelve más sensible y más impresionable a todos puntos de vista, adquiere más vigor para resistir a las influencias destructivas del tiempo, de las enfermedades y epidemias.

Bajo la acción de la radioactividad, el ácido úrico disminuye en los gotosos, desaparece de los humores y de la sangre, y hace disminuir el volumen de los tophis. Efectos que permanecen mucho tiempo después de suspenderse el tratamiento.

Al empezar la medicación radioactiva, la orina aumenta inmediatamente de volumen para volver luego a su estado normal, al mismo tiempo el ácido oxálico hace su aparición IN VIVO produciendo la descomposición del ácido úrico y este fenómeno provoca generalmente los conocidos dolores de reacción que ocurren al principio de un tratamiento de esa naturaleza.

La terapéutica radioactiva está indicada para las personas que tienen el metabolismo úrico viciado. Carnot, Tessier, etc., afirman su benéfica acción sobre el sistema nervioso; produce, dicen, "sobre el organismo un efecto analgésico incontestable, los felices resultados conseguidos con la aplicación de la radioactividad a la neurología y a la psiquiatría permiten esperar mucho de ese tratamiento".

La radioactividad influye sobre los procesos vitales dependientes del hígado, obra igualmente sobre las glándulas thyroidas y las glándulas surrenales, cuyas funciones

excita. Se ve la importancia de la radioactividad sobre las glándulas endocrinas en vista de su acción antitóxica y reguladora en las funciones de las glándulas en la economía.

El Prof. Gabriel Petit, hablando de la radioactividad, dice: "Ella provoca una pequeña excitación del sistema nervioso y del glandular, favorece la nutrición, el "metabolismo" del ácido úrico, aumenta la riqueza natural de la sangre, estimula y aviva las funciones intelectuales y la capacidad de trabajo".

De donde se desprende un más perfecto equilibrio vital de mucha importancia para los convalecientes, y los debilitados, como asimismo para los deportivos e intelectuales, que se imponen un "surmenage" físico o cerebral y necesitan imperiosamente aumentar o renovar sus energías debilitadas.

La radioactividad en terapéutica (curioterapia) tiene un gran porvenir, ya que sirve para afirmar las defensas naturales del organismo y su resistencia a las infecciones. Estimuladora de todas las potencias vitales, reconstituye rápidamente el estado general, creando en el organismo una especie de radiodensibilización que contribuye a aumentar el efecto medicinal de los específicos".

En una palabra, la radioactividad da vida natural al organismo, reacciona contra las enfermedades, fortalece los debilitados y agotados y conserva el cuerpo en estado de defensa contra toda infección contagiosa.

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

**Movimiento de enfermos y asilados en Julio de 1925**

Establecimientos	Total de asistidos	Mortalidad
Hospitales . . . . .	6,193	6%
Maternidades . . . . .	1,038	
Asilos . . . . .	6,095	
<b>Totales . . . . .</b>	<b>13,326</b>	

**Mortalidad infantil en Santiago**

Meses	Nacidos	Muertos antes del año	% de Mortalidad		
			1925	1924	1923
Enero . . . . .	1255	383	30.5	35.4	34.2
Febrero . . . . .	1125	226	20.0	23.5	26.1
Marzo . . . . .	1082	232	21.4	22.1	20.6
Abril . . . . .	1014	189	18.6	18.2	23.6
Mayo . . . . .	1082	216	19.8	20.3	18.3
Junio . . . . .	1173	246	20.9	19.7	21.4
Julio . . . . .	1219	238	19.5	17.6	4.4

**ELARSON**

(Moderno preparado arsenical para uso interno.)

El ELARSON pertenece a un nuevo grupo de combinaciones arsenicales lipoides

**:: Absorción excelente ::  
:: Inalterabilidad ilimitada.**

**INDICACIONES:**

Todas las del arsénico.

**Uso interno.**

**FERRO ELARSON**

(Preparado ferro-arsenical)

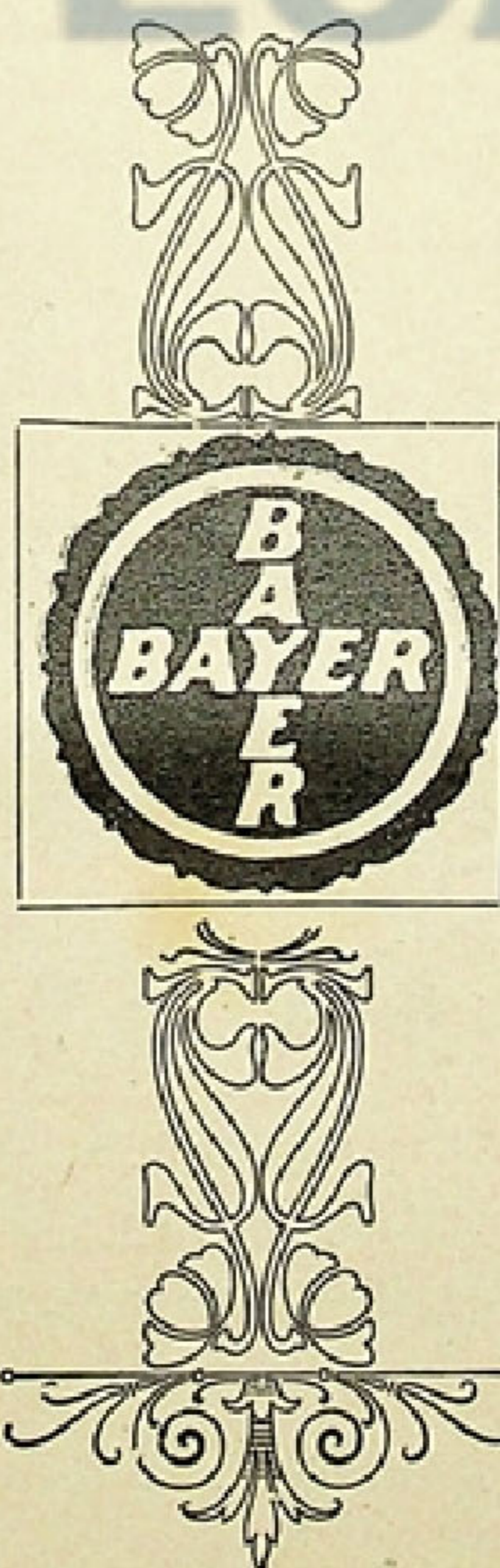
Tolerado aún por los pacientes de estómago débil.

**No produce efectos secundarios desagradables.**

**INDICACIONES:**

Clorosis, anemia, gastritis crónica, tuberculosis incipiente, etc.

**Uso interno.**



**SOLARSON**

(Preparado orgánico arsenical para uso hipodérmico.)

(Contiene un 30% de As.)

**:: No produce irritación local. ::  
:: Se tolera admirablemente. ::  
No comunica olor alíaceo al aliento**

**INDICACIONES:**

Todas las del arsénico.

**Uso hipodérmico.**

**OPTARSON**

(Asociación del Solarson con el nitrato de estricnina.)

Tónico nervioso y vascular para inyección subcutánea

**Tolerabilidad excelente.**

**INDICACIONES:**

Neurastenia, trastornos circulatorios después de las enfermedades infecciosas, clorosis, leucemia paludismo, etc.

**Uso hipodérmico.**

Todos los productos legítimos «Bayer» llevan el sello de garantía de color amarillo. Rechácense todos aquellos productos que no tengan este requisito

**Vacuna Atóxica Estabilizada**

**NÉO-DMÉTYS**

**Vacuna Anti-Coqueluche Curativa y Preventiva**

Cajas de 6 Ampolletas

- 1.º Tratamiento de la tos convulsiva.
- 2.º Se debe usar para vacunar a los niños durante las epidemias.

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

# CONSIDERACIONES

SOBRE EL

## Schock Operatorio

por el

Dr. FELIX DE AMESTI

Médico Jefe de la Asistencia Pública

(Conclusión)

### Patología clínica del shock

El profesor Cannon divide las alteraciones que se observan durante el shock en cuatro grupos, a saber: circulatorias, respiratorias, motoras y sensoriales. Este modo de abordar el problema del shock, tiene, por lo menos en la actualidad, mayor valor, y es más razonable que demostrar la bondad o deficiencia de las teorías concebidas para explicarlo.

A) **Alteraciones circulatorias.** — El fenómeno circulatorio más constante y de mayor importancia es el rápido y progresivo descenso de la presión sanguínea. Las otras características, secundarias a la baja de presión, son el pulso rápido y pequeño, la palidez del cuerpo, y la temperatura escasa de la piel.

¿A qué se debe esta presión baja? En un individuo sano concurren tres factores para mantenerla en su grado normal, a saber: las contracciones del miocardio, el centro vaso-motor, que controla la tonicidad de los vasos, y el volumen de sangre en circulación. Una falta en cualquiera de ellos puede determinar dicho descenso.

1º **El corazón.** — Howel sugirió la idea de que durante el estado de shock existiría una parálisis del centro inhibitorio cardíaco, y como consecuencias de él, aumento considerable en el número de latidos, y finalmente, agotamiento del miocardio. Sin embargo, las experiencias de Mann demuestran que aún en el estado último del shock, si se estimula el cabo central del nervio vago, seccionado previamente, sobreviene una disminución en el número de pulsaciones. Además, tenemos dos hechos clínicos comprobados que nos aseguran que tal inhibición no existe: 1º Si durante el shock profundo se inyecta adrenalina, comprobamos que el corazón comienza a latir más pausadamente, debido al estímulo que el medicamento ha producido sobre el centro inhibitorio cardíaco (?).

2º Cuando el shock se asocia a un traumatismo craneano con aumento de la presión intracraneana, el corazón se contrae con lentitud por la excitación del centro inhibitorio cardíaco. Como se ve, no existe alteración del mecanismo nervioso del miocardio. Pero podría ser que ella existiese en

la musculatura del órgano. Los trabajos de Mann, nuevamente, nos ponen en el camino cierto, demostrándonos que aun durante el shock profundo, a no existir lesión previa del miocardio, la contracción de éste persiste hasta el momento en que la cantidad de sangre es suficiente. Por lo tanto, la persistencia de la baja de presión sanguínea acarrea una debilidad secundaria del corazón; pero en ningún caso primitiva.

Resumiendo, pues, vemos que la baja de presión observada en el shock no está ligada con alteraciones del corazón.

B) **Mecanismo vaso-motor.** — Muchos autores han supuesto que el descenso de la presión arterial se explicaría por una relajación de las paredes de las arteriolas. Pero existen experiencias que prueban claramente lo contrario: así, Seeling y Joseph, Guthrie, comprobaron que aún durante el shock profundo el centro vaso-motor es capaz de responder a los estímulos. Puede suceder que el centro, al recibir la injuria, manifieste inhibición temporal de sus funciones, pero no hay demostraciones de un agotamiento progresivo de él. Crile y Dolley han descrito ciertos cambios histológicos, observados durante el shock, en las células nerviosas del sistema nervioso central, proceso que, según estos autores, estaría ligado al centro vaso-motor. Sin embargo, Mott estima que estos fenómenos de cromatolisis son debidos exclusivamente a la anemia cerebral.

Ya que el defecto no reside en el centro nervioso vaso-motor, existe la probabilidad de que sea la relajación o parálisis de las fibras musculares lisas de arterias o venas, especialmente las del sistema esplácnico, las productoras del fenómeno de hipotensión. Malcolm y otros han observado que durante el estado, los vasos se hallan contraídos. Por otra parte, las operaciones que se practican en el abdomen, cuando existe shock, nos hacen ver que los vasos de los órganos están contraídos, y la palidez tan característica del individuo afectado nos habla también en favor de la contracción vascular.

Podemos concluir entonces que el centro vaso-motor no es responsable de la presión baja.

3º **Volumen de sangre circulante.**—Kuth, Robertson y Boch, han demostrado que durante el shock la cantidad de sangre en circulación está reducida, siendo ésta la verdadera causa de la hipotensión arterial.

En el organismo hay dos territorios en los cuales puede acumularse la sangre de los individuos en shock: el sistema esplácnico y el sistema capilar.

Las constataciones operatorias en enfermos que están en shock, han demostrado, dijimos, que los vasos esplácnicos están contraídos de tal manera que las afirmaciones de quienes decían que el individuo en este estado se desangraba en sus propias venas, es falso.

Cannon ha demostrado que la numeración globular de la sangre de los vasos capilares superficiales es mucho más elevada que

la de la sangre de las venas, y que mientras más intenso es el shock mayor es la diferencia comprobada; sobrepasando a veces en los capilares más de dos millones de glóbulos por cm<sup>3</sup>, y como la numeración de sangre venosa se aproxima a la de sangre normal, se ha concluido que existe estagnación en los capilares. Además, estos resultados han sido controlados por el dosaje de hemoglobina: ambas experiencias han concordado.

Si consideramos que una décima parte de la masa muscular está formada por capilares, nos daremos cuenta de la extensión considerable de este receptáculo capaz de almacenar en sus redes una parte considerable de la sangre del individuo en shock. Esta ectasia capilar se acentúa por el aumento considerable de la viscosidad sanguínea, por el enfriamiento que acompaña al shock, estableciéndose un círculo vicioso que agrava el estado a medida que la ectasia capilar se hace más pronunciada.

Un segundo factor que interviene para disminuir la sangre circulante es la desoxidación del plasma de los capilares y su transudación en los tejidos vecinos.

En efecto, a medida que la ectasia aumenta, el oxígeno disminuye; las paredes de los capilares se hacen más permeables y el total de la masa sanguínea decrece aún más por los abundantes sudores.

Una vez establecida la hipotensión se producen una serie de fenómenos, que en último término acarrearán una perturbación gravísima del metabolismo orgánico.

En primer lugar, la hipotensión continuada trae consigo una disminución en el aporte de O<sub>2</sub> a los tejidos. Las células de éstos se alteran y los productos de su actividad permanecen en un estado de metabolismo incompleto, lo que es sinónimo de toxicidad.

En segundo lugar, la baja de presión permanente provoca, como hemos dicho, ectasia sanguínea en los capilares, comenzando a desarrollarse un círculo vicioso, ya que ella es causa de que la oxidación de los tejidos se verifique incompletamente, fenómeno que agrava, por su parte, la ectasia capilar; de ese modo, la hipotensión se hace permanente.

En tercer lugar, la oxidación defectuosa trae consigo el aumento de los iones-H que provoca, a su vez, la acidosis.

La ectasia ejerce efecto destructor sobre las paredes de los vasos capilares, filtrándose, en consecuencia, una nueva cantidad de líquido en los tejidos vecinos, fuera del sistema circulatorio.

Todo lo que aumenta la concentración de la sangre en iones de H (relajamiento de las paredes vasculares, en especial de los capilares, debilitamiento de las contracciones cardíacas), todo lo que pueda acrecentar la viscosidad sanguínea, son factores que mantienen la hipotensión.

“En resumen, en los estados de shock, una serie de procesos concurren a anemiar el organismo, puesto que reducen el volumen de sangre en circulación: el shock se traducirá, pues, por los síntomas de hemo-

rragia con la diferencia que la sangre retenida en los capilares, no está perdida para siempre y podrá volver a la circulación si precozmente se pone en práctica el tratamiento apropiado" (Pauchet).

**3º Perturbaciones respiratorias.** — La respiración durante el shock es de tipo superficial, rápido, con suspiros profundos, y a intervalos, con respiraciones irregulares. Como dijimos, Henderson expone en su teoría que los cambios respiratorios durante el shock son factores primordiales, que una ventilación pulmonar excesiva disminuye en tal forma la cantidad de  $\text{CO}_2$  de la sangre hasta producir lo que él llama *acapnia*, la cual sería culpable de los trastornos circulatorios, etc. Si su aserto fuese correcto, deberíamos encontrar en los primeros grados del shock disminución del  $\text{CO}_2$ ; sin embargo, Janeway, Enwing y otros han demostrado que tal cosa no sucede. Debemos, pues considerar las modificaciones respiratorias, no como fenómenos primarios del síndrome, sino como estados desarrollados a consecuencia de los otros factores, y el primero de los cuales es la hipotensión que consecutivamente acarrea disminución del  $\text{O}_2$ , y como consecuencia de ellos, alteraciones intensas en la irritabilidad de las células nerviosas, cuyo reflejo viene a ser la respiración rápida.

El segundo factor que explica los fenómenos respiratorios es consecuencia del primero: debido al aporte escaso de  $\text{O}_2$ , el  $\text{CO}_2$  aumenta en la sangre, lo que reduce la cantidad de álcali del cuerpo, es decir, hay aumento del contenido en iones de H. Haldane y Priestley han demostrado la sensibilidad extraordinaria del centro respiratorio al aumento de contenido en iones de H., provocándose un tipo de respiración rápida y profunda. En los últimos estados del shock la respiración superficial del primer estado es reemplazada por la que acabamos de señalar.

El tercer factor que altera la respiración es de carácter más o menos hipotético; el reflejo de Herring, Breuer, (descrito por Haldane. En la respiración normal, cuando los músculos respiratorios han dilatado los pulmones, ciertas terminaciones nerviosas sufren un estímulo que inhibe la inspiración, excitando la expiración. Bajo ciertas condiciones, los estímulos inhibitorios obran precozmente en el curso de la inspiración, produciendo una respiración de tipo superficial. Durante el estado de shock se producirá tal reflejo.

Resumiendo, tenemos que los cambios respiratorios del shock se traducen en los primeros grados de él por respiración rápida y superficial; en los estados avanzados ella se hace profunda y rápida. Decíamos que los factores que inducen tales cambios son la hipotensión arterial, que se acompaña de cantidad escasa de  $\text{O}_2$  en la sangre; la perturbación del reflejo de Herring Breuer, y en los grados avanzados del síndrome, un aumento notable de iones de Hidrógeno que obran estimulando al centro respiratorio.

**Trastornos motores.** — El individuo en shock tiene su musculatura relajada. También estos trastornos deben atribuirse a la hipotensión. Guiber ha demostrado que cuando la presión arterial es inferior a 90 mm., los músculos se contraen con dificultad.

**Trastornos sensoriales.** — Una de las características clínicas más evidentes del individuo en shock es la sensibilidad embotada. Scherington cree que esto se debe a que los impulsos aferentes están bloqueados en el punto de unión entre los neurones aferentes y aquellos del sistema nervioso central; debido a la hipotensión arterial, como lo comprueban los experimentos de Porter.

#### Consideraciones sobre el tratamiento del shock operatorio

Para considerar el pronóstico y el tratamiento que deba ponerse en práctica, precisa poseer conocimientos sobre el grado de gravedad del shock. La simple observación clínica del aspecto del paciente, de su pulso o de su temperatura, nos dan ya cierta información al respecto; pero el medio más exacto para apreciarlo es el estudio de la presión sistólica: cuando ésta es de 90 mm. o más baja, la gravedad es inminente y obliga a actuar en forma activa para combatirlo. Quenu le da gran importancia a la cantidad de orina excretada y a la concentración de úrea en la sangre; sabemos que la primera se halla disminuida y la segunda aumentada en el estado de shock. Las variaciones antagónicas indicarían un pronóstico favorable.

Es necesario recordar que el shock quirúrgico puede confundirse con ciertos estados septicémicos post-operatorios y muy en especial con hemorragias internas consecutivas a intervenciones abdominales. La diferenciación con esta última es de primordial importancia, ya que el tratamiento es totalmente opuesto: en la hemorragia interna una nueva operación practicada precozmente significa la salud; pero si el cuadro angustioso se debe a shock operatorio, la intervención viene a agravar considerablemente el pronóstico. El diagnóstico diferencial a veces es difícil en grado sumo. En la hemorragia, y contrariamente a lo que sucede, durante el shock, el cuadro sintomático alarmante no se diseña desde el primer momento: el estado general se agrava en forma progresiva, la aceleración y pequeñez del pulso se acentúa a medida que aumenta la pérdida sanguínea. Además, el enfriamiento de las extremidades, la palidez de la cara, la descoloración de las mucosas, son más marcadas en la hemorragia; la tendencia a los síncope también es mayor.

Forgue considera como sugestiva de hemorragia la aparición brusca de un dolor abdominal y que continúa a pesar de la administración de morfina, dolor que puede acompañarse de un estado de agitación inquietante por parte del paciente. La submatidez de los flancos, el abombamiento del

Douglas, confirmado por el examen rectal o vaginal, nos habla en favor de hemorragia interna.

Si apreciamos la importancia de la ectasia capilar en la patología del shock, estamos en posición de evaluar la vital importancia que tiene calentar al paciente en peligro de shock o cuando éste ya se ha establecido. La influencia perniciosa del enfriamiento es aún mayor cuando el individuo está inconsciente o bajo la influencia de la narcosis.

Si nuestro modo de apreciar la patología del shock es exacto, es peligroso limitar al paciente la administración de agua. Un consumo abundante de ella influye para elevar la presión sanguínea, tiende a disminuir la viscosidad de la sangre y la ectasia capilar; además, ella diluye y acarrea los productos de un metabolismo imperfecto.

Es preciso, pues, dar agua por cualquier vía; y con el objeto de reducir el exceso de álcali contenido en la sangre, agregar bicarbonato de sodio.

La inanición debe evitarse tanto en la prevención del shock como cuando éste ha hecho su aparición; en especial deben darse alimentos de gran contenido en hidratos de carbono.

El sueño y el reposo son dos factores de gran importancia. En muchos casos debe provocarse el sueño con la administración de morfina; en cuanto a la dosis, Crile cree que deben administrarse hasta que el número de respiraciones se haya reducido a 12 por minuto; pero reducir en tal forma el número de ellas aumenta el riesgo de acidosis; la opinión dominante es dar morfina hasta obtener reposo y calmar los dolores.

El uso de estricnina y adrenalina, que estuvo en boga hace algún tiempo, es actualmente condenado como ineficaz y aún peligroso. La pituitrina produce beneficios temporales.

Si volvemos un poco atrás sobre lo expuesto, veremos que cuando el shock ha estallado es necesario luchar: contra la hipotensión, contra la ectasia capilar y contra la acidosis.

La indicación terapéutica es semejante a la de la anemia aguda, con la única diferencia que el individuo en shock no ha perdido en definitiva su sangre, pues cuando la ectasia capilar haya desaparecido ella tornará a circular en las arterias y venas.

El medio más eficaz y razonable para combatir el shock, la anemia de los centros nerviosos, es la transfusión de sangre; agréguese que la mayoría de los individuos en tal estado han perdido mayor o menor cantidad de sangre.

Las inyecciones de sueros fisiológicos, glucosado, gomado, alcalinos, etc., producen beneficios transitorios, pues filtran a través de las paredes de los capilares. Además, si es lógica y a menudo útil su administración, es ilógico administrar grandes cantidades de ellos, puesto que van a ejercer una acción desastrosa sobre el corazón, forzándolo a un trabajo excesivo.

La transfusión de sangre no tiene estos efectos transitorios, cuando se la practica

precozmente, antes de que la alteración de los centros nerviosos sea irreparable. Con ella llevaremos a éstos el líquido nutricio que les hace falta; a los tejidos en general, el oxígeno que cada glóbulo rojo lleva consigo y pondremos en movimiento la sangre almacenada en el sistema capilar.

Es preciso haber observado la acción verdaderamente salvadora que en ocasiones ejerce la transfusión sobre el estado del paciente. A los pocos centímetros cúbicos recibidos, sus mucosas se colorean, la respiración se hace casi normal, el pulso aparece en la juntura radial, el paciente sale de su estado de hebetud para decir que se siente bien. Naturalmente que si la hemos practicado demasiado tarde o la alteración orgánica es enorme, nada conseguiremos en definitiva.

Con la transfusión luchamos contra la anemia de los centros nerviosos, contra la acidosis causada por la deficiente oxigenación de los tejidos.

La hipotensión se combate de manera estable con la dosis de sangre inyectada, pues ella es el único líquido que no va a filtrar a través de los capilares.

Cuando el estado de shock es antiguo, cuando el paciente presenta convulsiones, la transfusión ya no tiene efectos salvadores, de tal manera que debemos practicarla precozmente, tan pronto como nos sea posible, en todos aquellos pacientes en que, por un traumatismo grave (atrición, herida penetrante, etc.), o a consecuencia de una seria intervención, veamos estallar tan terrible complicación.

## Las adquisiciones terapéuticas

EN

### patología cardio-vascular

por los

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

(Continuación)

#### Edemas de las piernas (evacuación local)

Lo más a menudo los edemas de las piernas en los cardíacos, los cardiorrenales, desaparecen bajo la influencia de una doble medicación cardio-dinámica y diurética, asociada a los purgantes, a las emisiones sanguíneas y a un régimen severo. Pero hay casos en que este tratamiento clásico se muestra impotente, cualquiera que sea su intensidad. Hay también casos en que estos métodos habituales consiguen provocar la diuresis liberatriz, pero a costa de una agravación pasajera del estado del enfermo, debida a la sobrecarga cardiovascular y a la autointoxicación que son la consecuencia del pasaje brusco de una importante cantidad de líquido del edema a la sangre. Tales

son los dos grupos de casos en que el médico debe esforzarse en hacer evacuar al exterior una gran parte del edema de los miembros inferiores por un tratamiento local.

Se puede elegir entre tres procedimientos: las incisiones, las picaduras, el drenaje capilar realizado en general con los tubos de Southey. Las incisiones están abandonadas. Los otros dos procedimientos se reparten las preferencias de los médicos.

Los profesores Vaquez y Ch. Fiessinger dan la preferencia a las picaduras. Nuestro maestro M. Castaigue nos ha enseñado a preferir los tubos de Southey. Tal es el consejo formulado igualmente por M. Pallasse, médico de los hospitales de Lyon, en un artículo reciente.

**Las picaduras (mouchetoures).**—He aquí cómo el Profesor Vaquez recomienda practicar las picaduras: "Las picaduras, antes tan usadas, en general han sido bastante abandonadas en este último tiempo en razón de los inconvenientes que se le han reprochado: linfangitis, erisipela, etc. Pero es fácil evitarlos. Para esto, he aquí el procedimiento que empleamos. Se lava la piel con alcohol adicionado de algunas gotas de tintura de iodo, después se le cubre con una capa de vaselina. Se practica entonces, por medio de una aguja desinfectada, un cierto número de picaduras: diez o doce, término medio, en cada uno de los miembros inferiores, de preferencia en la parte externa de las piernas, en las pantorrillas y sobre el dorso de los pies. Hecho esto, se rodea los miembros con algodón esterilizado, que se reemplaza a medida que se necesita y que se fija con una banda de tela más bien que con un tejido impermeable o una tela de caucho que traería rápidamente la maceración de los tegumentos.

La cantidad de líquido eliminado es a veces considerable, a veces de varios litros en algunos días, sobre todo si el enfermo permanece sentado con las piernas colgando la mayor parte del día. A fin de acelerar la evacuación, se ha propuesto asociar la aspiración a la punción, uniendo por medio de un tubo de caucho, las agujas a un recipiente en el cual se hace el vacío.

Pero este procedimiento, llamado de los tubos de Southey, del nombre del autor que aconsejó su empleo, presenta, para ventajas muy mediocres, grandes inconvenientes. El primero es que es difícil mantener las agujas en su puesto, el segundo, que al fin de cierto tiempo producen traumatismos más importantes que con el método corriente.

Tomando precauciones, se puede impunemente recomenzar las picaduras con algunos días o algunas semanas de intervalo. El enfermo se encuentra notablemente aliviado y puede suceder que la medicación digitalica recupere por un tiempo bastante largo la eficacia que había perdido".

Para hacer las picaduras, M. Ch. Fiessinger emplea igualmente una aguja esterilizada a la llama y prefiere las agujas de sombrero y proscribe el uso de teumocauterio, cuya punta considera demasiado voluminosa.

**III. Los tubos de Southey.**—A propósito de los tubos de Shoutey, M. Pallasse se expresa así:

"Los tubos de Southey, después de haber estado en voga, en la hora actual son tal vez menos empleados, pues muchos los han abandonado y muchos médicos y estudiantes no los han visto jamás. Son verdaderos drenajes tubulares con abertura terminal lateral.

El número de tubos que se coloca es variable. Southey drenaba los muslos y las piernas. Nosotros nos contentamos, lo más a menudo, con un solo drenaje colocado en cada pierna al lado anteroexterno, para que el enfermo en sus movimientos no comprima sobre el lecho los tubos de caucho. Es menester asegurarse que este último no ejerza por su peso, ninguna tracción capaz de desplazar el tubo; se recubre el punto de aplicación con una gaza esterilizada poco apretada y se hace caer el tubo en un recipiente colocado bajo el lecho.

Dejamos los tubos en su sitio durante dos a cinco días; una vez sacados, el orificio puede aún permanecer abierto y rezumar todavía cierto tiempo, después se cierra simplemente y con el mínimo de inflamación. De esta manera se saca una cantidad de serosidad variable de un litro a dos por día y por tubo.

Ciertamente es ventajoso poder sacar el líquido del edema por un tubo hacia un recipiente colocado junto a la cama, pues esto evita al enfermo el tener a permanencia las piernas mojadas. Pero esta ventaja es a costa de algunos inconvenientes.

Desde luego, bien a menudo no se dispone a mano de tubos de Southey. Se les puede reemplazar con grandes agujas para inyecciones intravenosas, intramusculares, o de punción lumbar. Sin embargo, los tubos de Southey son preferibles, pues tienen la extremidad suave y se introducen bajo los tegumentos con un pequeño trocar.

Por otra parte, los tubos de Southey son difíciles de mantener en su sitio. Es menester que el enfermo guarde inmovilidad. Aún en un enfermo dócil, los tubos pueden resbalar y caer. A los consejos de M. Pallasse agregaremos los siguientes: nos parece buena recomendación colocar el tubo, provisto de su trocar, a través de un emplastro adhesivo, antes de introducirlo bajo la piel. Así se puede en seguida adherir el emplastro a los tegumentos, el cual dificultará o evitará la caída del tubo. Es bueno, además, anudar los tegumentos, el cual dificultará o evitará la caída del tubo. Es bueno, además, anudar un hilo alrededor del engaste del tubo y de fijar este hilo sobre los tegumentos con emplastro adhesivo.

Además, para evitar la tracción del tubo de caucho sobre el tubo de Southey, aconsejamos hacerlo pasar entre las ramas de un alfiler de seguridad, que se coloca en la sábana inferior y el colchón. Así el tubo queda ligeramente aprisionado y sin riesgo de tironear el tubo de Southey. Con estas precauciones se consigue evitar la caída del tubo. Bien entendido, que se habrá hecho un aseo antiséptico de los tegumentos an-

tes de colocar el tubo-trocar. Cuando se retira el tubo, se aplica vaselina esterilizada o pasta de zinc sobre la piel, y se hace un pequeño vendaje con gasa o algodón esterilizado y venda. En estas condiciones, si antes de su cicatrización, sale un poco de líquido, por la pequeña herida cutánea, los tegumentos no serán irritados y no habrá riesgo de infección.

Recientemente, el Profesor Giovanni Galli ha aportado un perfeccionamiento interesante al instrumental. El se sirve de dos pequeños tubos-trocar, que se introducen bajo los tegumentos, uno en la prolongación del otro, pero en dirección opuesta, de manera que el orificio exterior de cada uno de ellos no esté lejos del del otro tubo. Se ajusta entonces a este orificio exterior un pequeño tubo encorvado y los dos tubos encorvados se reúnen en un sólo tubo de caucho. Así los dos tubos introducidos bajo los tegumentos son fáciles de mantener en su sitio.

IV. Conclusiones. — La acción local sobre los edemas de los miembros inferiores es, pues, susceptible de proporcionar grandes servicios en el tratamiento de aquellos edemas que resisten a los medios habituales, o que producen trastornos por su movilización y pasaje brutal a la sangre con la diuresis liberatriz. Se puede recurrir, sea a las picaduras, sea a los tubos de Southey. Estos últimos, empleados en enfermos dóciles y con las precauciones que hemos mencionado, nos parecen constituir el procedimiento de elección. Nos serviremos también con ventajas de los tubos de Giovanni Galli.

(Continuará).

MATERNIDAD SAN BORJA

## EMBARAZO TRIPLE POLIVITELINO

por el

Dr. Ricardo EGUIGUREN E.

Los embarazos triples son muy raros, se presentan en la proporción de 1 por 10,000, y a veces pasan varios años sin que se observen; sin embargo, nosotros tuvimos en nuestro servicio de San Borja, un caso en 1924. Ahora se vuelve a repetir y éste es el que publico.

El día 27 de Julio fué a examinarse a la Policlínica del Servicio, G. B. de S., de 40 años de edad, multípara de doce hijos vivos y sanos.

Después de hacer la inspección, palpación y auscultación del abdomen de la enferma, se diagnosticó:

Embarazo de 9 meses, gemelar. Se hizo la reacción de la albúmina en la orina y resultó negativa. Haciendo el tacto vaginal en la enferma, se vió que ya estaba con una dilatación del cuello uterino de 4 centímetros, o dicho en otra forma, se encontraba de tra-

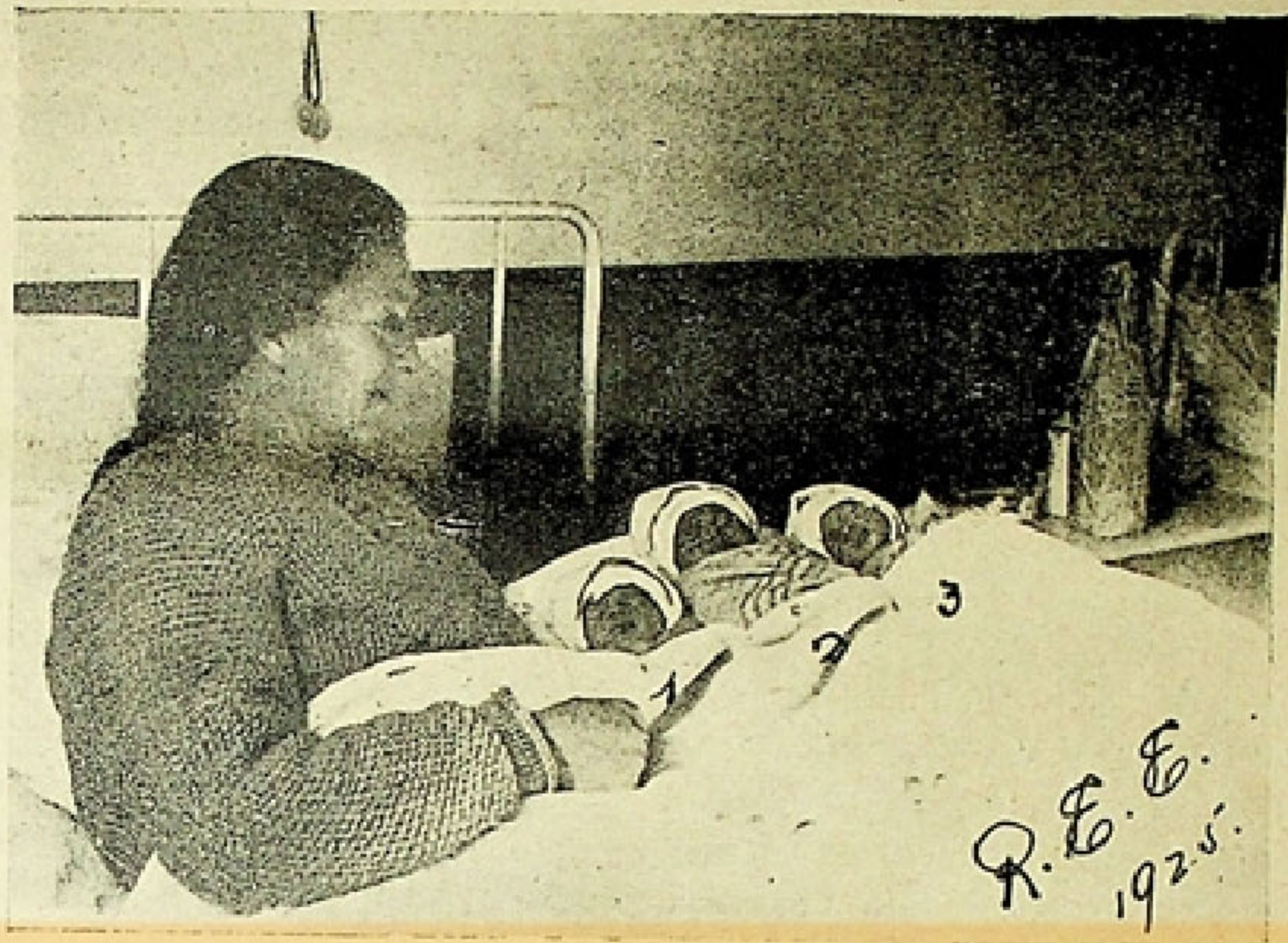
bajo, por lo que se le dejó en la Sala de Espera. Como a las 6:30 P. M. del mismo día se verificó el parto triple, en la siguiente forma: dos partos normales separados por un período de reposo y un tercer parto complicado, seguidos de un alumbramiento artificial.

Las presentaciones fueron en la siguiente forma:

El primer feto = nalgas incompletas, modalidad nalgas.

El segundo feto = vértice (O. I. I. A.)

El tercer feto = cefálica indiferente.



Como digo más arriba, los dos primeros partos fueron normales, pero no así el tercero, pues el período de reposo que siguió al segundo parto, se continuó de una inercia uterina con sufrimiento del feto, por lo que se hizo la versión y extracción de él.

Los niños son sanos (polivitelino), dos son de sexo masculino y el otro femenino, y tienen el siguiente peso:

El 1º, masculino, 2,220 grs. y una longitud de 46 centímetros.

El 2º, femenino, 2,380 grs. y una longitud de 45 centímetros.

El 3º, masculino, 2,450 grs. y una longitud de 46 centímetros.

El alumbramiento fué artificial y se extrajo una placenta primeramente, de 500 grs. de peso, y las otras dos unidas, pesando 880 grs.

Examinadas (1) estas dos placentas unidas, se vió que no había comunicaciones vasculares y el tabique que separaba las dos cavidades amnióticas se componía de seis membranas (bi-vitelino).

El puerperio de la enferma ha sido normal; la regresión uterina se ha verificado

como en un parto simple, loquios normales y el pulso lento (Bradycardia del puerperio).

Los niños han estado perfectamente, criados por su madre ayudada por otra enferma del Servicio, y pueden verse en la fotografía, en que tienen ya cinco días de edad.

(1) Quiero dejar constancia del interés con que los señores alumnos: Flores, Fuenzalida, Goicolea M. y Fernández S. hicieron el estudio macroscópico de las placentas.

## DEL TRAUMATISMO OBSTÉTRICO EN EL RECIÉN NACIDO

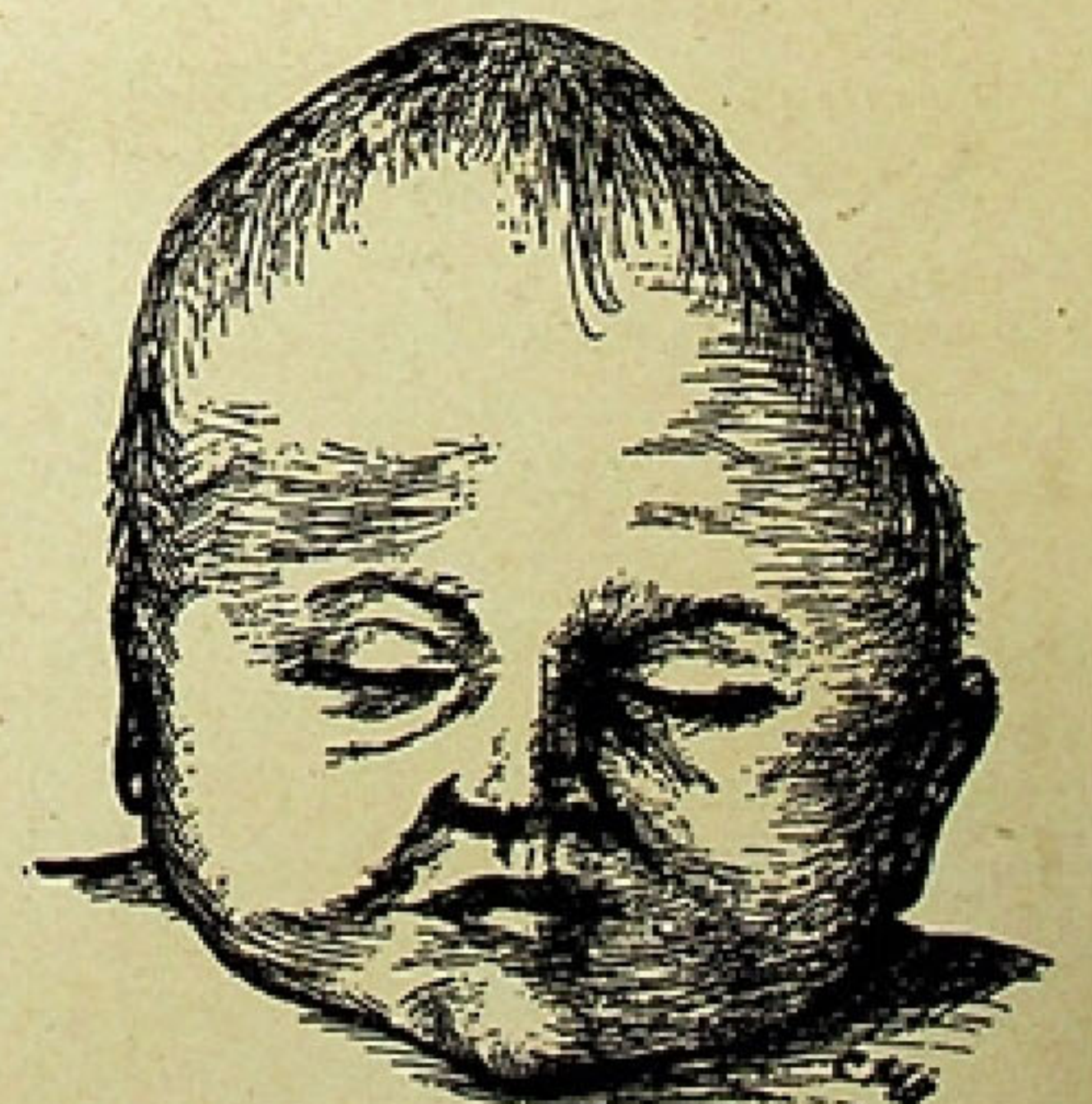
por el

Prof. C. MÖNCKEBERG

(Continuación)

Las depresiones en forma de canal pueden situarse sobre el lado anterior de la cabeza; en tal caso su dirección es horizontal y son producidas por la compresión ejercida por el borde superior del pubis en el primer tiempo del mecanismo del parto.

He tenido ocasión de observar los efectos de la compresión púbica en un caso de pelvis infundibuliforme; el hundimiento era de forma lineal, ligeramente curvo, y ocupaba la parte posterior del parietal, el temporal y aún parte de la escama del occipital; el agente de compresión fué, en este caso, el borde de la rama isquiopubiana.



Asimetría por enderezamiento del parietal izquierdo.

Asimismo, he visto no hace mucho, un niño recién nacido que presentaba una herida cortante desde la región frontal, un poco por delante del bregma, hasta cerca de la eminencia parietal del lado derecho. El parto había sido laborioso y prolongado, pero espontáneo, y al decir de la familia, el niño



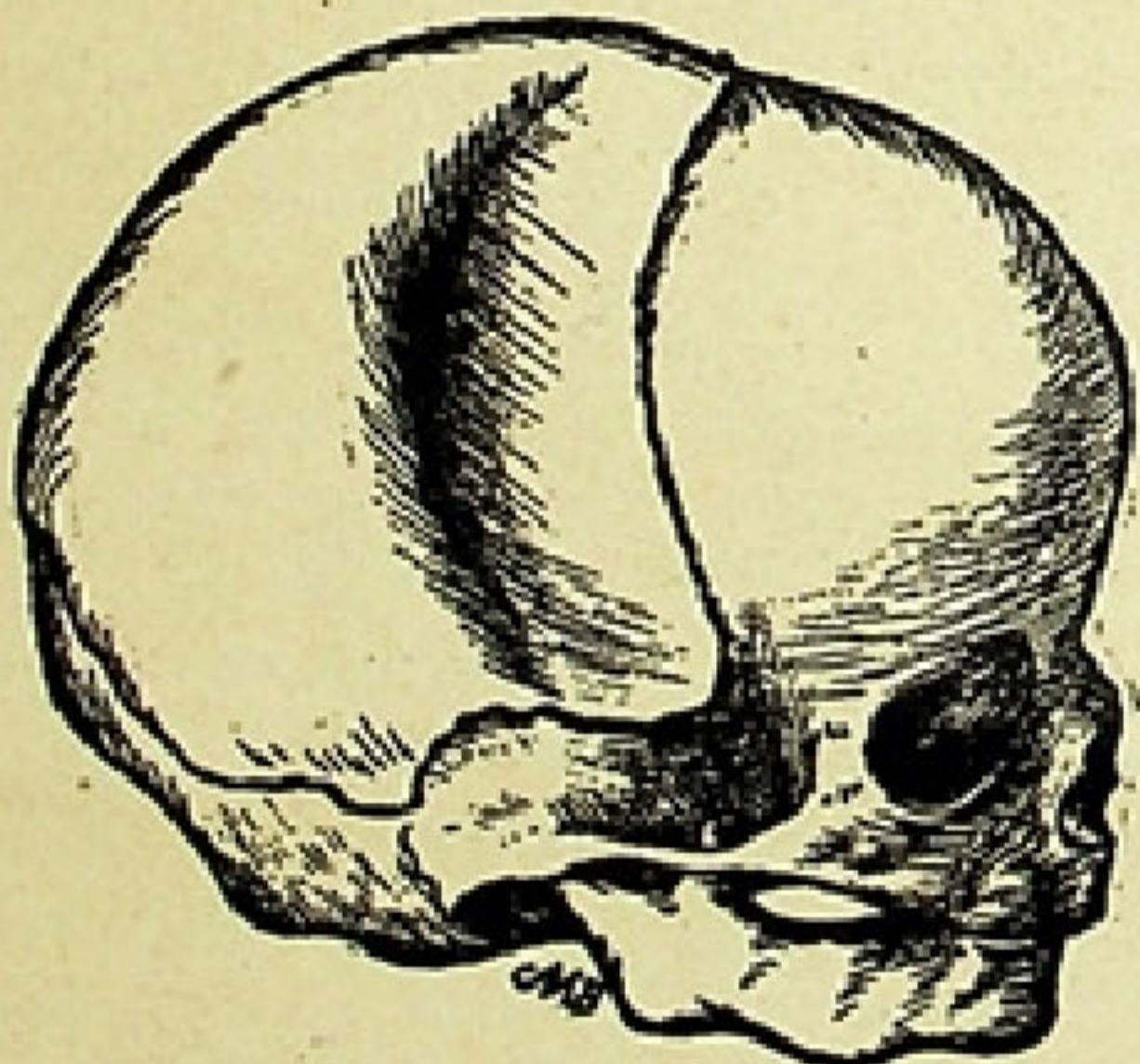
nació con la herida. Examiné a la madre y pude comprobar una prominencia exagerada de las espinas ciáticas, que creo haya sido la causa de la lesión.



Depresión en cuchara.

Con mayor frecuencia, los hundimientos lineales del cráneo son de dirección vertical u oblicua, y quedan colocados en el lado posterior de la cabeza, como que es la compresión por el promontorio la que los determina. La variedad de dirección que el hundimiento afecta, se explica por la distinta actitud que la cabeza toma al encajarse, según cual sea el tipo de deformidad de que se trate.

En la pelvis plana pura, la proyección del promontorio hacia adelante, impide el encajamiento en diámetro oblicuo, porque, estando el occipucio en posición anterior, la eminencia frontal posterior chocaría contra el promontorio. De aquí que la cabeza deba penetrar en el estrecho superior, según el diámetro transversal de la pelvis y, como, en tales circunstancias, el diámetro bi-



Depresión en forma de gancho.

parietal, que es el mayor de los transversos de la cabeza, viene a quedar en relación con el promontorio pubiano, que es el disminuido, la cabeza se deflecta ligeramente y se desliza hacia el lado del occipucio, substituyendo, así, el diámetro bi-parietal (9,5 cm.) por el bitemporal que es menor (8,5 cm.). En suma, la cabeza se encaja en actitud intermedia entre la flexión y la deflexión y según el diámetro transversal de la pelvis. Así colocada la cabeza, la eminencia del promontorio recorre, durante el encajamiento, una línea vertical que del borde superior del pabellón de la oreja va al sincipucio y, en efecto, tal es el trazado de la depresión lineal que en estos casos observamos.

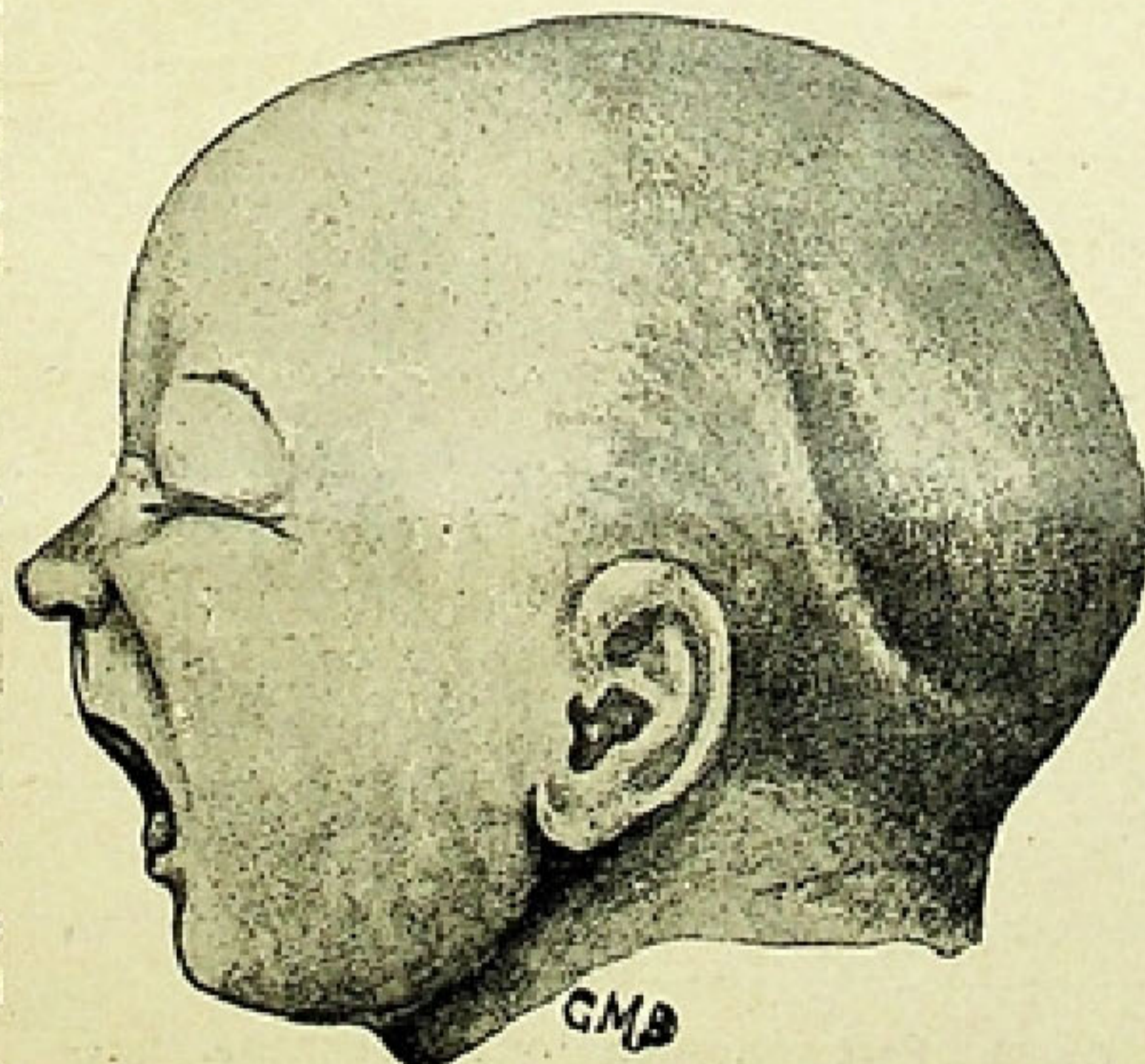
En la pelvis generalmente estrecha pura, estando todos los diámetros disminuidos proporcionalmente, el diámetro de encajamiento será el oblicuo, como en la normal; pero la escasez de dimensiones de la pelvis no permite el encajamiento en la actitud de flexión moderada del parto normal, de donde resulta que, para disminuir aún más sus diámetros, la cabeza se flexa en exceso, lle-



Depresión y equimosis en forma de gancho.

gando a colocar el lambda en el centro de la pelvis. El encajamiento se efectúa, pues, en actitud de flexión forzada y el promontorio recorre sobre la cabeza un trayecto muy oblicuo representado por una línea que, del occipucio, se dirige al borde superior del pabellón de la oreja, y ésa será la dirección del hundimiento que puede producirse.

En la pelvis plana y generalmente estrecha, el mecanismo del parto participa de los caracteres descritos en los dos tipos anteriores; porque, estando todos los diámetros disminuidos proporcionalmente, salvo el promontorio-pubiano, que lo está más, el diámetro de encajamiento será, como en la pelvis plana, el transversal. En cambio, la actitud de la cabeza será intermedia, es decir,



Marca de compresión del puvis.

(Pelvis cifótica). (Del natural)

de flexión moderada, y en tal situación el promontorio recorrerá, sobre la cabeza, una trayectoria también intermedia, o sea, la representada por una línea que del borde superior del pabellón de la oreja va hacia el extremo pósterior superior del parietal.

Todos estos hundimientos del cráneo pueden producirse en un parto espontáneo con pelvis viciada y, cuando son poco acentuados, consisten en una simple inflexión del hueso que, como un trozo de celuloide, se

abolla, sin fracturarse. Los hundimientos más profundos se observan, en cambio, cuando se ayuda por medios artificiales el pasaje de la cabeza a través de la zona estrecha, y esto se comprende, porque, en tales casos, es mayor la compresión que los huesos han de sufrir; así vemos que los mayores hundimientos se producen en extracciones por forceps o versiones. Casi siempre van acompañados de fractura más o menos completa o de fisuras, y comportan, naturalmente, pronóstico más grave, porque pueden dar lugar a accidentes convulsivos precoces o tardíos. Sin embargo, no son raros los casos en que el hundimiento no produce accidentes y es compatible con la vida. Más que la lesión ósea, es la hemorragia meníngea la que domina la escena y de la que depende el pronóstico.

Muchas otras lesiones cefálicas pueden verse en el parto con pelvis viciada; básteme citar el céfalo-hematoma, las fracturas de la base del cráneo en la pared de la órbita, los desgarros de la dura madre, la rotura de los senos venosos, las de la base del cráneo en la pared de la dura madre, la rotura de los senos venosos, las hemorragias meníngeas y, aún, verdaderas



Herida cortante del cuero cabelludo, producida por la espina ciática.

(Del natural).

Madre primípara, niño de 3 días. Peso: 3750 grs., masculino.

atriciones del encéfalo. Naturalmente, tales accidentes son mucho más de temer en las extracciones artificiales que en el parto espontáneo. Si podemos decir que el pronóstico para la madre ha mejorado con los progresos de la Obstetricia actual, hemos de declarar también que el pronóstico del niño es todavía muy serio, porque en ello influyen, no sólo el tipo de deformidad de la pelvis, sino también las circunstancias en que el parto se efectúa y el tamaño y desarrollo del niño.

(Continuará).

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS

### SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Sesión de 22 de Julio de 1925

(Presidencia del Dr. Carlos Doren N.).

Acta. — Se lee y aprueba la de la sesión anterior.

### COMUNICACIONES

Tres casos de cirugía abdominal. — Dr. Enrique González Pastor. En fechas diferentes hemos tenido ocasión de tomar parte o intervenir en tres casos de afecciones quirúrgicas del vientre, que guardan entre sí cierta relación y cuyo estudio comparativo deja una enseñanza muy útil. Ciertamente es que a veces la sintomatología abdominal nos indica después de un buen examen la necesidad de efectuar una operación (abdomen agudo: laparatomía), sin poder hacer un diagnóstico exacto; pero muchas veces también son circunstancias ajenas al examen mismo las que nos pueden hacer vacilar respecto al diagnóstico. Tales serían consideraciones debidas al medio en que se desenvuelve una enfermedad. Vamos, pues, a referir estos casos.

Caso 1º. M. H. N. — Este caso se refiere a una enferma de 25 años, soltera, la cual tuvimos ocasión de ver juntos con mi distinguido colega el Dr. don Ricardo Burmeister el 26 de Mayo de 1922. Se trataba de una enferma que presentaba una "facies abdominal" muy clara, los muslos en flexión sobre el abdomen para atenuar la defensa abdominal y el dolor, dolor espontáneo, que era muy intenso en la fosa iliaca derecha y que persistía desde hacía 48 horas, el cual se exacerbaba con la presión manual. No pudimos comprobar el signo de Rovsing y de Blumberg. La enferma tenía un estado ligeramente nauseoso, estaba constipada, había, además, ligera elevación térmica, y pulso algo frecuente.

Pensamos que podría tratarse de apendicitis, y decidimos, en consecuencia, operar. Practicada una incisión para-rectal, aparece en la región correspondiente, y antes que nada, un quistoma negruzco, de forma ovoide y del tamaño del puño, situado en el ovario derecho, muy móvil y cuyo pedículo estaba torcido. A primera vista y por un examen ligero, podría haberse tomado por embarazo extra-uterino, pero esto era sólo aparente.

Hecha la extirpación, por el procedimiento ordinario, se dejó un tubo de drenaje. La temperatura y el pulso bajaron después de la intervención y la convalecencia se hizo sin grandes incidentes, aunque con lentitud. En lo que se refiere al estado general, lo que es lógico, si se toma en cuenta el agotamiento que presentaba la enferma antes de la operación.

Caso 2º. A. U. de S. — Se trata de una enferma de 44 años casada, que fué examinada el 17 de Marzo de 1925 a causa de haber tenido desde hacía tres semanas dolores en la región del apéndice y que se habían presentado antes, desde hacía seis meses. La menstruación era regular y duraba unos cinco días, y había tenido un hijo sano y de término.

El examen físico del tórax era normal, así como la temperatura y el pulso. En la fosa iliaca derecha se palpaba una tumefacción redonda, de superficie lisa, que se deslizaba bajo los dedos, en tanto que había dolor en el punto de Mac Burney a la presión digital.

Practicado un examen genital se encuentra una vagina profunda, cubierta por una secreción espesa, el cuello uterino aumentado de volumen, útero rechazado hacia atrás, y a la izquierda, no alcanzándose a palpar el fondo. En el anexo derecho se toca un tumor de consistencia semi-elástica, de superficie rugosa, movable, del tamaño de una mandarina, y que parece hallarse situado delante del parametrio derecho, unido por un corto pedículo al cuerpo uterino (trompa?).

Practicada una laparatomía mediana intra umbilical, se pone a la vista útero y anexos, cuyo ovario derecho se encuentra transformado en un tumor del tamaño de una manzana, fluctuante, y que se reunía al útero por un pedículo formado por la trompa y el ligamento redondo. Se extirpa el tumor en la forma acostumbrada y en seguida se hace una apendicectomía retrógrada en un apéndice manifiestamente retrócolico, difícil de extirpar, y se sutura la herida, dejando sólo un drenaje filiforme en el ángulo inferior.

Abierto el tumor resultó ser un quiste dermoides, con pelos, cartilago, etc., y una masa sebácea en su interior, de color amarillo parduzco. Presentaba un punto o zona negra que podría pensarse como región de torsión del pedículo. La enferma sanó "per-primam".

Caso 3º. E. V. de C. — De 22 años. La anamnesis no da ningún dato de importancia, sus menstruaciones han sido regulares, y es casada desde hace dos años. Empieza desde hace un año con dolores en el bajo vientre, al lado derecho, dándose ella cuenta que en esta región presentaba una tumefacción, y según dice, un colega le había diagnosticado tumor del ovario derecho. La enferma no tenía fiebre, y sus órganos torácicos, así como el pulso, eran normales. En el abdomen, en la región iliaca derecha, se palpa un tumor del tamaño de una naranja, situado a la derecha de la vejiga, doloroso a la presión, de superficie lisa y fluctuante.

El examen con el espéculo nos demuestra solamente un cuello alargado y conoide, en tanto que el examen bimanual confirma una tumefacción lisa, fluctuante, del tamaño de una naranja, situado en el parametrio derecho, doloroso, poco movable y que rechaza el útero hacia atrás y hacia la izquierda. El útero está fijo y es de tamaño normal.

La operación se lleva a cabo como la anterior, con la importante colaboración del colega Dr. don Ricardo Burmeister, con una incisión mediana infra umbilical. Se encuentra el útero adherido al intestino delgado y el asa sigmoidea por bridas que son seccionadas o desprendidas. Se descubre el anexo izquierdo cuyo ovario y trompa se extirpan, por encontrarse degenerados en forma de dos quistes del tamaño de un huevo de paloma. El anexo derecho se encuentra ocupado por un quiste fluctuante, el cual se extirpa abriendo el parametrio, haciendo el desprendimiento con el dedo, y seccionando algunas adherencias. El apéndice, adherido al colon y al íleon, se extirpa. El intestino delgado se separa del asa sigmoidea, cuyas superficies se peritonizan con puntos Lembert. El quiste derecho estaba lleno de pus, lo que parece evidente era causado por la inflamación apendicular.

Frente a estos tres casos tenemos los hechos siguientes: Que el primer caso se diagnostica clínicamente apendicitis aguda, en tanto que en la operación demostró un quiste del ovario con torsión del pedículo. En el tercer caso se hizo el diagnóstico clínico de quiste del ovario en tanto que en la operación se halla un apéndice francamente supurado. El segundo caso puede clasificarse clínicamente entre los dos precedentes.

Considerando estos casos tenemos el hecho interesante, en uno de ellos, de que clínicamente se diagnostica una apendicitis y que en la operación resulta un quiste y en otro de ellos, su "pedant", el mismo caso en sentido inverso. Es indudable que la relación de estos casos considerados en sí mismos, no dice nada de nuevo, pues la casuística de éstos es bastante grande y conocida. Pero tratándose de casos recientes, bien observados y que representan demostraciones operatorias bien precisas, cabe preguntar si de una consideración epicrítica no podríamos sacar algún provecho para la práctica, si un estudio retrospectivo de nuestra actuación no podría darnos una lección en lo tocante al punto si hubiéramos podido evitar un error de diagnóstico, y en caso de una respuesta afirmativa, cómo hubiéramos podido evitarlo.

En el primer caso, desde luego se desprende de su historia, que los mismos cirujanos no estaban absolutamente conformes con su propio diagnóstico: apendicitis aguda. La prueba es que se pensó en un posible embarazo extra-uterino. ¿Entonces y por qué no se insistió en aclarar esta sospecha? La premura de los síntomas no puede invocarse como motivo, puesto que la enferma se hallaba en casa particular y de todos modos había que perder tiempo en el transporte a la Clínica. Por experiencia, con un interrogatorio anamnésico, no se consigue gran cosa en tales casos, máxime cuando es preciso hacerlo en presencia de la familia. Así, por ejemplo, sabemos muy bien que las mujeres de mundo niegan en absoluto tales hechos, siempre que les es posible mante-

nerse en el terreno, en tanto que las creyentes no revelarían un hecho de tal gravedad probablemente sino a su confesor, y excepcionalmente al médico. Por otra parte, si el médico manifiesta una duda de esta índole a la familia, es la peor de las resoluciones tal vez, porque penetra en un terreno desconocido y no conseguirá otra cosa que levantar una tempestad de protestas indignadas. Es más práctico y más discreto proceder a un examen directo, rectal, para el cual, aún tratándose de vírgenes, no se encontrarán resistencias muy serias.

¿Qué habríamos encontrado siguiendo ese método en el primer caso? Una tumefacción en el lado derecho del útero? Qué podría ser? Generalmente un absceso apendicular o un quiste del ovario. En el primer caso, probablemente, tendríamos que guiarnos por la temperatura rectal, además, y por los antecedentes, como datos coadyudantes, que nos harían pensar en una apendicitis como factor etiológico. En el segundo caso, la tumefacción correspondería a un proceso crónico que pudo por mucho tiempo dar síntomas muy ligeros o desapercibidos hasta el momento en que por su volumen o adherencias empieza a producir molestias. A esto se une, sin duda, la forma y ubicación anatómica de la tumefacción. Por otra parte, la consideración de que se tratara de un quiste con pedículo torcido trae aparejados síntomas agudos abdominales.

Contemplando el caso número 2, cabe preguntar, si se hubiera tenido presente la sintomatología aludida, se habría podido establecer el diagnóstico exacto.

Desde luego, el diagnóstico de un quiste era claro, y aún se había establecido el diagnóstico de un quiste dermoides, habiendo inducido los síntomas inflamatorios a pensar en la coexistencia de una apendicitis, pero en cambio no se tomó en cuenta la posibilidad de una torsión.

El caso número 3 presenta precisamente el cuadro inverso del número 1, y en él el diagnóstico de un quiste es seguro; pero ¿cómo explicar los síntomas inflamatorios? Tratándose de una nulípara joven, sin antecedentes morbosos, nada de gonorrea, no hubiera podido fácilmente explicarse una supuración del quiste, debiendo, pues, en este caso, haberse pensado en la culpabilidad del apéndice.

Para terminar, recordaremos que en casos de quistes ováricos con pedículos torcidos, es muchas veces la torsión del pedículo ovarial lo que produce los síntomas alarmantes y la degeneración de él por alteraciones circulatorias en dicha quiste, lo cual presenta cierta analogía con lo que ocurre en el testículo lesionando en igual forma el cordón, o en casos experimentales de ligaduras.

También, vale la pena insistir en el hecho de que debe practicarse siempre un examen bimanual en caso de una apendicitis dudosa, y si la mujer es virgen, un examen rectal. Y, además, al practicar en estos casos una apendicectomía deberá recurrirse a la incisión para-rectal o mediana que nos per-

mite el acceso a los órganos pelvianos, especialmente al parametrio.

**Dr. Sierra.** En primer lugar, deseo dejar constancia de la satisfacción con que se ve cooperar a las labores de la Sociedad de Cirugía a los socios corresponsales nacionales, a los trabajos de los Drs. Fuentealba, Burmeister, se agregan hoy las observaciones del Dr. González Pastor.

Respecto a las observaciones mismas, creo que en el primer caso no debió haberse dejado drenaje; cada día los cirujanos se resisten más al uso del drenaje, que para muchos, no sirve sino de punto de penetración de gérmenes.

En cuanto a la precisión del diagnóstico, a veces es bien difícil, y en las vírgenes el tacto rectal tiene mucha importancia.

**Dr. Doren.** Yo creo que siempre que se hace el diagnóstico de apendicitis debe hacerse un examen ginecológico para despistar una lesión de los anexos, si éste no es posible, debe recurrirse al tacto rectal.

En cuanto a los drenajes trato de evitarlos en cuanto es posible.

(Continuará).

## SOCIEDAD MÉDICA DE VALPARAÍSO

234.ª Sesión ordinaria en 4 de Agosto de 1925

Preside el Dr. Mariquez y asisten los doctores Badilla, Capelli, Cantuarias, Fernández Rubén, Grossi Víctor, Marín, Mujica, Reed, Thierry y Vera, secretario.

**Acta.** — Se leyó y fué aprobada el acta de la sesión anterior.

**Cuenta.** — Excusan su inasistencia los Drs. Sepúlveda y García Tello.

El Sr. Cantuarias agradece a la Sociedad su benevolencia para oír su disertación de la sesión anterior y queda a su disposición sobre el mismo tema.

## PRESENTACIÓN DE ENFERMOS

**Dr. Rubén Fernández.** — **Pionefrosis por compresión.** — Presenta un enfermo con antecedentes de tuberculosis testicular y ósea desde 1919. Desde este mismo año se ha notado un tumor en la fosa ilíaca derecha, el que ha venido aumentando de tamaño y, desde hace 4 meses se ha hecho doloroso, al punto de impedir al enfermo poner el miembro inferior derecho en extensión.

Al examen se comprueba temperaturas en las tardes, pulso frecuente, estertores en los vértices, tumor que llega por debajo del hígado, que a la palpación ofrece una estructura semejante a una masa de coral. Hay piuria. Estado general pésimo.

Se diagnostica pionefrosis por compresión del uréter del riñón derecho; endrome ilíaco, tuberculosis pulmonar y testicular.

En la operación no fué posible diferenciar el uréter por hallarse envuelto en una espesa ganga fibrosa. Los vasos ilíacos estaban

desviados, la vejiga rechazada a la izquierda. Se extirpó a cincel el tumor, tanto como se pudo, dejándose libre la pelvis. Se encontró un acceso perinefrítico que se drenó.

El cateterismo del uréter ha sido impracticable; se espera repetirlo y hacer inoculaciones.

Los trastornos vesicales han desaparecido, no hay piuria, las fistulas han cerrado; los movimientos se hacen sin dolor y la fistula operatoria cerrará en 10 a 12 días más. Ha aumentado de 10 a 12 kilos.

Cree el caso interesante y raro. Se presenta la duda de si habrá indicación de intervención sobre el riñón.

## DISCUSIÓN

El Dr. Badilla estima que es preferible no intervenir.

El Dr. Grossi observa que la sombra que da el tumor en la radiografía indica la presencia de sales calcáreas, lo que hace suponer lesiones tuberculosas curadas.

El Dr. Reed. Dice Thomson Walker que no ha visto lesiones de tuberculosis renal curadas; cree que debe operarse. Pero en este enfermo los síntomas renales pueden haberse debido sólo a la compresión y no hay que insistir en operar.

**Dr. R. Fernández.** Las molestias vienen del año 19 y en aquel tiempo eran de carácter tuberculoso y se le iba a operar del riñón. Por desgracia, el cateterismo no ha sido posible. No insiste en intervenir.

**Dr. V. Grossi.** — **Radiografías del cerebro.** — Presenta radiografías del cerebro hechas por medio de inyección de aire en el canal raquídeo (procedimiento de Nonne) y tomadas a dos enfermos del Hospital de Niños. El primer caso era un niño en que se diagnosticó tumor cerebral; el 2º, un niño con antecedentes tuberculosos, con el diagnóstico de meningo encefalitis difusa, sospechándose un hidrocefalo interno. En las radiografías se observa la ausencia del aire en el ventrículo correspondiente al lado afectado.

Nonne inyecta aire después de la P. L.; extrae 5 c. c. de líquido e inyecta otros tantos de aire y así sigue hasta inyectar 30 a 40 c. c. en el niño. Explica el Dr. Grossi el trayecto seguido por el aire y recuerda la anatomía de los ventrículos cerebrales y la patogenia de las hidrocefalias, sirviéndose para esto de varias proyecciones.

Por último cita el método de Dundee en las hidrocefalias, que llega al ventrículo por punción directa y reemplaza el líquido por aire.

—A continuación se produce un interesante debate sobre esta materia, en el que toman parte la mayoría de los asistentes.

Se levantó la sesión.

235.ª Sesión ordinaria, celebrada el 18 de Agosto de 1925

Preside el Dr. Sepúlveda y asisten los Drs. Badilla, Betzhold, Dagnino, García Tello, Lachaise, Manríquez, Mujica, Thierry, señor Recchione, y Vera, secretario.

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

Cuenta. — Se ha recibido el N.º 5-6 de la Revista Médica, correspondiente a Mayo-Junio de 1925.

Una comunicación de la Sociedad Médica de Valdivia dando cuenta de la fundación y de la composición de su primer Directorio.

Respuesta de la señora Aurora Martínez de Bañados agradeciendo la condolencia que le fué enviada y los servicios profesionales prestados por los miembros de la Sociedad a su señor padre, el Dr. Martínez Ramos, durante su enfermedad.

#### PRESENTACIÓN DE ENFERMOS

Dr. García Tello. — Osteomielitis aguda. — Presenta un niño que llegó al Hospital con temperatura alta, dolor intenso y temperatura considerable de la pierna derecha, semejando un flegmón difuso. Un trayecto fistuloso manaba pus. Habiéndose diagnosticado osteomielitis aguda se pensó en el primer momento en la amputación; pero, a pesar de estar destruido el tercio superior de la tibia, se hizo un raspaje completo. Se conservó el periostio que se encontraba engrosado y necrosado en parte. Se administró los días siguientes, cada dos días, 2 c. c. de vacuna antiptógena Bruschetini. Al día siguiente de la operación la tibia estaba muerta y se separó en sus 3/5 partes por medio de una sierra de jigli. Al mismo tiempo se hicieron irrigaciones en Dakin. Posteriormente la pierna se colocó en ángulo recto para contrarrestar la tracción de los músculos flexores de la pierna sobre la extremidad superior de la tibia. Posteriormente el enfermo tuvo una luxación del fémur del mismo lado que fué reducida. En la actualidad la tibia se ha regenerado en condiciones que permitirán la utilización del miembro. Los movimientos se hacen satisfactoriamente. Mientras tanto se mantiene el miembro en extensión continua. Respecto de la etiología y patogenia de la osteomielitis, la puerta de entrada ha sido por una afección de las amígdalas.

Dr. Betzhold. — Úlcera gástrica perforada. — Da lectura a una observación referente a una enferma que fué operada por úlcera del píloro, en la que se hizo una gastroenterostomía. Nueve meses más tarde la enferma llega a la Asistencia Pública con un cuadro de abdomen agudo, que había comenzado días antes. Se hizo una laparotomía media supra púlica, pensándose en una apendicitis aguda con posible perforación. El apéndice estaba destruido y había peritonitis difusa con líquido con restos de alimentos y filante. Explorando el estóma-

go se encontró una úlcera pilórica perforada. Se suturó en malas condiciones. La sutura cedió dando lugar a una fistula gástrica que cerró a los 10 días. El drenaje apendicular provocó una fistula estercorácea. Cuando todo iba bien y después de 7 días sin temperatura, la enferma falleció por miocarditis, habiendo pasado un mes y medio en buenas condiciones.

Dr. García Tello. — Úlcera perforada del estómago. — Enfermo sin pasado gástrico, salvo ligeras dispepsias. Repentinamente, después de comer, es presa de dolor intensísimo al epigastrio, acompañado de aceleración de pulso y sin alza de temperatura; defensa abdominal muy acentuada. Una aplicación de hielo calma por completo los síntomas indicados. Llega a la Asistencia Pública con temperatura de 38°, pulso 120, abdomen semi-rígido, no doloroso a la presión y signo de Blumberg. Una hora más tarde el pulso era de 114 y la temperatura no había variado. Se operó suponiendo una apendicitis perforada en el peritoneo libre; se halló el apéndice estrangulado bañado en mucus. Se extirpó y se abrió en la línea media supra umbilical. Se encontró en la curvadura menor del estómago, cerca del píloro, un orificio del tamaño de una lenteja. Se suturó. A consecuencia de una hemorragia la herida de la pared cedió y sus bordes se ulceraron, tomando un aspecto serpiginoso; fundándose en antecedentes específicos se hizo un tratamiento bismútico y la herida cicatrizó perfecta y rápidamente, habiéndosela afrontado sólo con tela adhesiva.

Traduce en seguida el Dr. García Tello algunos párrafos de James Sherren sobre estadísticas, diagnóstico y tratamiento de las úlceras agudas. Este autor da como causa común de la perforación el desprendimiento de un coágulo.

Entre nosotros no es frecuente la perforación de la úlcera.

Conviene hacer notar las relaciones estrechas que existen entre las afecciones del apéndice y la úlcera gástrica.

Por último, esta observación demuestra la influencia del terreno sobre la cicatrización.

#### DISCUSIÓN

Osteomielitis. — El Dr. Lachaise recuerda un caso parecido que presentó a la Sociedad, en el que la regeneración ósea fué menos rápida que en el caso actual, lo que atribuye a que en éste se ha empleado la vacuna antiptógena Brunchettini. Hace notar, además, que el periostio, a pesar de su mal estado, sirvió para regenerar el hueso.

El Dr. Betzhold que ha observado en 22 casos distintos la vacuna citada sin éxito alguno.

El Dr. García Tello no está de acuerdo con el Dr. Betzhold. Cita el caso de una parametritis post-partum con temperaturas altas, que sólo cedió a la vacuna en 6 a 7 días.

Úlceras gástricas. — Dr. García. El caso

presentado por el Dr. Betzhold viene a reforzar lo que decía de las relaciones entre las afecciones de apéndice y las úlceras gástricas. Cree, por otra parte, que si se hicieran gastrectomías en vez de gastroenterostomía se evitarían muchas complicaciones posteriores.

El Dr. Betzhold. En muchas úlceras que ha visto operadas, es raro el caso en que la sutura haya fallado. Hay otra cuestión: ¿Se debe drenar o no? Sin drenajes hay cicatrificaciones per primam.

Dr. Sepúlveda. En Chile son más comunes las perforaciones de las úlceras del duodeno que las del estómago. Por su parte ha visto ocho a diez casos de úlceras duodenales perforadas y ninguna del estómago.

El Dr. Betzhold cita de paso la simpatectomía del píloro.

El Dr. García termina diciendo que las úlceras agudas son múltiples, pequeñas, que pueden perforarse con grandes hemorragias, y sanan en 7 a 8 días. La que ha presentado ha sanado. Fué operada tres horas después del accidente.

#### SOCIEDAD DE BIOLOGÍA

Bajo la presidencia del Prof. Lopicque, el Martes 5 de Agosto se reunió un grupo de médicos y algunos biólogos con el objeto de constituir aquí en Chile la Société de Biologie, dependiente de la misma Sociedad que existe en París desde hace más de cuarenta años, fundada por Claude Bernard.

Asistieron los doctores: Lopicque, Cádiz, Petit, Aguirre Luco, Muhm, Ducci, Prado Tagle, Commentz, Fontecilla, Mardones, Lea Plaza, Cruz Coke, Descaseaux, Alessandri, Lobo Onell.

Después de un ligero debate acerca de las insinuaciones sobre constitución de la Sociedad que hizo el Prof. Lopicque, fueron aprobadas las bases generales por las que se regirá, quedando comisionados los doctores Ducci y Cruz Coke para redactar los estatutos.

Fuó elegida la siguiente Mesa:

Presidente honorario, Prof. Lopicque.

Presidente, Dr. Mamerto Cádiz.

Vice-Presidente, Dr. E. Croizet.

Secretario General, Dr. Ducci.

Secretarios, Drs. Lea Plaza y Cruz Coke.

Tesorero, Dr. Commentz.

Las publicaciones de la Sociedad se harán en el Bulletin de la Société de Biologie.

El número de miembros será limitado a 25, para conformarse a la Constitución de la Sociedad Central. Los nuevos miembros que deban ingresar, serán elegidos en votación secreta.

Los trabajos presentados deberán ser originales y concisos. No se aceptarán presentaciones que no vengan escritas.

Cualquier biólogo podrá presentar un trabajo, estando patrocinado por un miembro de número. Después de algunos años, los miembros de número pasan a ser honorarios para dejar lugar a que otros ingresen.