

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

LAS COMUNICACIONES RELATIVAS A LA REVISTA DEBEN DIRIGIRSE AL SECRETARIO DE REDACCIÓN, DELICIAS 1626, SANTIAGO. SE RUEGA A LOS SEÑORES SUSCRITORES COMUNICAR INMEDIATAMENTE TODA IRREGULARIDAD QUE NOTEN EN EL ENVÍO DE LA REVISTA.

COMITÉ CIENTÍFICO

SRS. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

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

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

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

TODAS LAS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE LA REVISTA DEBE DIRIGIRSE A DELICIAS 1626, SANTIAGO. — TELÉFONO 2844.

Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

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

SUMARIO

Texto:

- El retiro del Dr. Amunátegui, p. 165.
A. LARRAGUIBEL.—Respiración de Cheyne-Stokes. Tipo cardio-vascular, p. 165.
E. ROBERT DE LA MAHOTIERE.—Sífilis pulmonar de forma esclerosante (2 fig.), p. 167.
JUAN A. PUGA M.—Indicaciones de la interrupción terapéutica del embarazo, p. 168.

Anexo:

- DR. RENÉ SAND.—Los médicos y la medicina social (cont.), p. 193.
GALERÍA DE PROFESORES.—Dr. Armando Larraguibel, p. 195.
Los profesores Sres. Münckeberg y Vargas Salcedo, p. 197.
V. LE-LORIER.—Mi opinión sobre el empleo de los extractos hipofisarios en obstetricia, p. 199.
NOTAS PRÁCTICAS.—Acromegalia gravídica — Hemorragia en el hombre — Anemias graves debidas al arsenobenzol, p. 203.

LOS MEDICOS Y LA MEDICINA SOCIAL

por el

Dr. René SAND

Los médicos como consejeros de la vida familiar
(Herencia y habitación)

Hemos estudiado la acción que sobre la salud ejercen los factores sociales tomados en conjunto. Hemos visto disminuir la robustez física y mental a medida que se desciende en la escala social. Hemos anotado la fuerte contribución que los pobres pagan a las enfermedades y a la muerte.

Nos falta determinar qué parte corresponde, en esta situación, a cada uno de los factores sociales, considerados aisladamente: profesión, vivienda, recursos y educación.

Pero, necesitamos, antes, examinar el rol de la herencia, a menudo opuesto al de los factores sociales.

Estudiada empíricamente, por los educadores, la herencia no ha sido el objeto de una ciencia más que en el curso de los cincuenta últimos años. La genética nos ha revelado secretos extraordinarios.

Para el asunto que nos ocupa, dos de sus revelaciones son importantes: Desde luego, hoy día sabemos que desde la fecundación, los caracteres hereditarios del niño — su sexo, el color de sus ojos y de sus cabellos, sus rasgos generales físicos, intelectuales y mentales — están fijados. El régimen seguido por la madre no puede modificar el sexo del hijo; su hermosura no puede ser influenciada por la contemplación de formas armoniosas de la pintura o de la es-

SEROFIMINA

DEL LABORATORIO

CERA - BARCELONA

EL REMEDIO CONTRA LA TUBERCULOSIS

AGENTES GENERALES:

INSTITUTO SANITAS

SANTIAGO

Agustinas 1955-Casilla 3457-Tel. 2438

cultura. Las enfermedades, las privaciones, los accidentes de que sea víctima la madre, pueden debilitar al hijo que lleva, contaminarlo, hacerlo morir; la higiene, por el contrario, le permitirá desarrollarse normalmente en el molde que ha recibido en herencia. Pero desde la concepción, "las puertas de la herencia están cerradas".

Los caracteres así transmitidos, pueden reproducir los de los padres, los de los abuelos o de lejanos antepasados, habiendo en este caso persistido en estado latente durante una o varias generaciones.

El hijo puede también heredar un carácter nuevo, a causa de la acción de un factor anormal sobre uno de los padres o sobre los dos.

El hecho es importante, sobre todo, en la herencia patológica, pero aquí conviene distinguir entre las enfermedades congénitas, las enfermedades hereditarias y las de familia.

Las enfermedades congénitas son aquellas que el niño presenta desde su nacimiento, por oposición a las que se declaren más tarde. Ellas pueden ser hereditarias; pueden ser contraídas en el seno de la madre, sea por contaminación (heredo-sífilis), sea por efecto de accidentes, de enfermedades no infecciosas o de privaciones; en fin, pueden resultar de circunstancias del parto.

Las enfermedades hereditarias se transmiten de una generación a otra, sea bajo una forma idéntica, sea bajo formas variadas.

En el primer caso se ve perpetuarse los caracteres desfavorables: es así que se transmite la hemofilia, enfermedad en la cual la sangre no presenta más que una pequeña tendencia a la coagulación, lo que expone al enfermo a hemorragias repetidas e inagotables.

En el segundo caso, se trata de una deterioración del germen más bien que de la transmisión de un carácter fijo, y se ve, por ejemplo, a un débil de espíritu, tener un hijo epiléptico, otro débil, etc.

Se ha podido reproducir experimentalmente estas dos formas de enfermedades hereditarias: Little y Bagg, sometiendo una rata macho y una hembra a cinco aplicaciones generales, débiles y breves de rayos X, no produjeron ninguna perturbación aparente en la salud de estos animales; pero, cruzándolos y continuando los cruzamientos de su descendencia, se producen anomalías de los ojos, de la cabeza, de las patas, anomalías completamente nuevas, semejantes a ellas mismas durante un gran número de generaciones sucesivas.

Al lado de esta modificación hereditaria fija, se han producido manifestaciones hereditarias que se presentan con caracteres variables: Stockard, exponiendo pequeños conejos a los vapores de alcohol, ha visto en la descendencia de estos animales, durante varias generaciones, presentarse un atraso del crecimiento y anomalías variadas, alteración hereditaria general, más bien que variación hereditaria fija. Mac Dowell ha

constatado en las generaciones nacidas de ratones alcoholizados, una disminución clara de su facultad de educación.

Una parte de la descendencia escapa a menudo a la transmisión de las anomalías. Las afecciones hereditarias pueden ser congénitas, su aparición puede también remontarse hasta la segunda infancia, la edad escolar, la adolescencia o la vejez.

Las enfermedades familiares son aquellas que atacan con una frecuencia considerable a los miembros de una misma familia.

Lo que es cierto en las enfermedades, lo es también en las diatesis (la diatesis artrítica, que predispone a la gota, al reumatismo, a la obesidad, a la diabetes; y la diatesis escrofulosa que inclina a la tuberculosis), así como en los caracteres físicos, biológicos y mentales.

Consideremos sucesivamente la transmisión hereditaria de las enfermedades, la de la robustez y de la debilidad físicas, la del vigor y de la debilidad mentales.

El número de enfermedades hereditarias es considerable, pero ellas afectan solamente a una proporción ínfima de la población. Importantes desde el punto de vista individual y familiar, ellas no constiuyen un problema para la patología social.

La robustez y la debilidad física y mentales, por el contrario, determinan, por su distribución, el vigor y el porvenir de una clase o de un pueblo.

La robustez física está íntimamente ligada a la fecundidad y a la longevidad, las

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

AGENTES EN CHILE: **ALERT y Cía.** Compañía 1289, Casilla 1932, Teléfono 203, SANTIAGO

Panantiséptico para infecciones de toda clase, superficiales y profundas

RIVANOL

Clorhidrato de 2 etoxi 6-9 diaminoacridina

de gran efecto específico contra los cocos piógenos

(estreptococos, estafilococos y gonococos)

Indicaciones:

Peritonitis purulenta, supuraciones estreptocócicas y gonorreicas de los miembros
abscesos, furúnculos, carbunclos, mastitis, bursitis y demás supuraciones localizadas; también para la desinfección de heridas recientes, heridas infectadas, ulceraciones y por vía endovenosa en la septicemia

Envases originales:

Rivanol en polvo: frascos de 10, 25, 50 y 100 gr. *Tabletas:* tubitos con 20 tabletas de 0.10 gr. cada una.

Tabletas de Novocaína-Suprarrenina "R" para soluciones de Rivanol destinadas a antisepsia profunda: tubitos con 20 tabletas (también en envases combinados de un tubito de tabletas de Rivanol y un tubito de tabletas Novocaína-Suprarrenina "R")

Polvos vulnerarios de Rivanol al 2%: cajitas de 25, 50 y 100 gr. para espolvoraciones.

Bibliografías y muestras a disposición de los señores médicos

Gasa y vendas al 2% de Rivanol.

Fabricación y venta por Verbandstoff-Fabriken Paul Hartmann, S. A., Heidenheim a. d. Brenz (Alemania)

que, por consiguiente, son en gran parte hereditarias.

Hace mucho tiempo que las compañías de seguros sobre la vida dan la mayor importancia a la edad alcanzada por los padres y los abuelos del interesado.

Según esta relación, por ejemplo, el niño nacido de padres que hayan alcanzado los dos más de 80 años, tiene probabilidades de vivir 20 años más que el niño nacido de padres que hayan sucumbido antes de los 60 años.

Por otra parte, cada madre que no haya alcanzado los 40 años, ha tenido, término medio, 3,4 hijos; las que hayan alcanzado de 40 a 60 años 6,2 hijos; las que hallan llegado de 60 a 80, 6,6 hijos; y las que hayan alcanzado más de 80 años, habrán tenido por término medio 7,2 hijos.

La diferencia entre los dos primeros grupos se comprende fácilmente: las madres que no hayan alcanzado 40 años, han desaparecido antes del fin del período de fertilidad. Pero, la diferencia entre los dos últimos grupos no puede depender más que de una desigualdad de la robustez física.

Estas estadísticas no demuestran el origen, exclusivamente hereditario de este vigor: los padres de longevidad menor pueden haber sucumbido a consecuencia de condiciones económicas desfavorables que han repercutido

GALERÍA DE PROFESORES



Dr. Armando Larraguibel
Prof. de Patología Experimental.

en la salud y en el porvenir social de sus hijos. Sin embargo, la longevidad familiar es un hecho que se observa corrientemente en todas las clases de la sociedad.

Si los fuertes engendran fuertes; los débiles engendran débiles; y el Dr. Govaerts ha visto en Jumet, Bélgica, lactantes no tuberculosos de padres tuberculosos, presentar, en igualdad de condición social, un crecimiento más lento e indisposiciones más numerosas que los lactantes de padres no tuberculosos.

Desde el punto de vista físico, pues, la herencia cede en lugar a la influencia del medio, como lo muestra, además, la elevación constante de la duración media de la vida.

Desde el punto de vista mental, las cosas se presentan bajo un aspecto menos favorable. El niño nace con facultades intelectuales determinadas, en calidad y en cantidad. Puede ejercitarlas o descuidarlas y, por consiguiente, hacerlas prestar servicios más o menos considerables; él no puede modificarlas. La variedad de caracteres hereditarios es considerable. Nosotros no conocemos aún más que un pequeño número.

Al lado de la herencia de estos caracteres favorables viene a colocarse la de la debilidad y de anomalías mentales. Su estudio toma cada día ma-

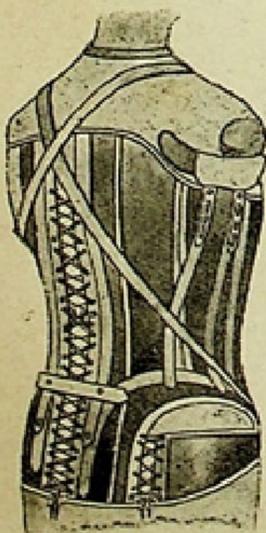
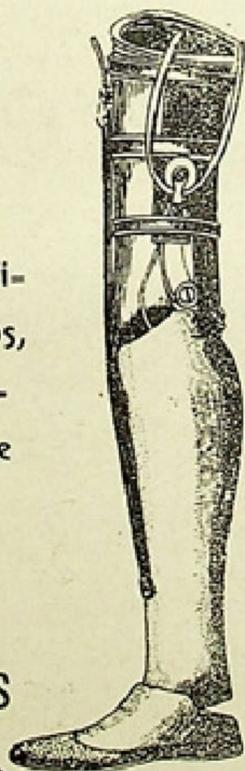
INSTITUTO ORTOPÉDICO ALEMÁN

San Antonio 546 - 548 — Casilla 3494

SANTIAGO

PRÓTESIS

Manos, Brazos, Piernas, Pies artificiales, Corsées ortopédicas, Bragueros, Fajas y todo trabajo concerniente al ramo.



Especialistas en aparatos Ortopédicos de corrección.

TERAPÉUTICA ARSENICAL de las Enfermedades Protozoarias

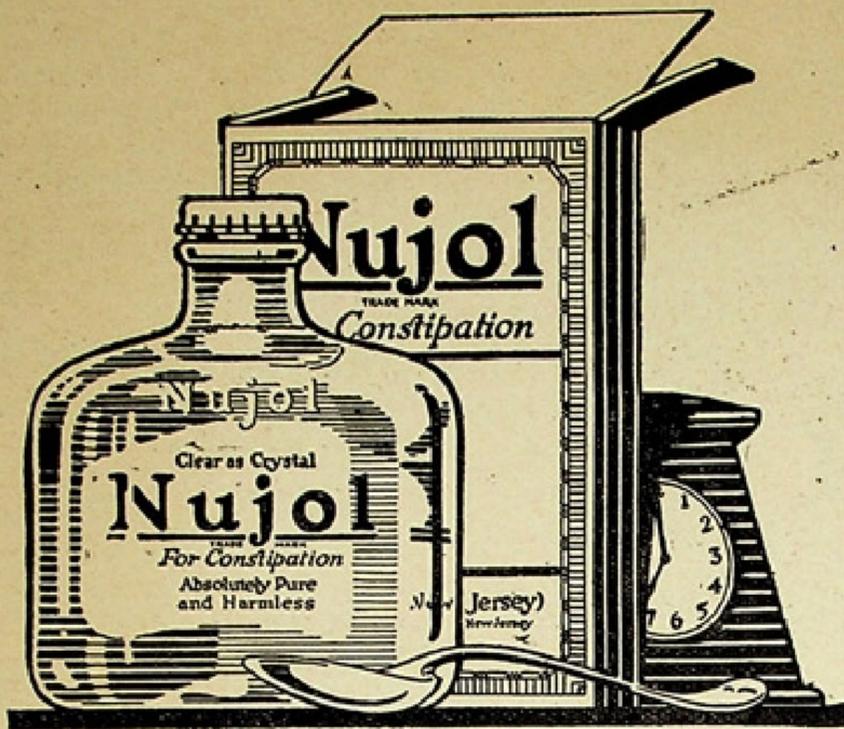
NOVARSÉNOBENSOL BILLON	INDICACIONES	PRESENTACIÓN
(Dioxy-diamino-arsenobenzol-metileno-sulfoxilato de soda)	SÍFILIS en general <i>Paludismo, Pian, Fiebre recurrente Angina de Vicente</i>	En ampollas de todas dosis, para inyecciones intra-venosas.
NARSENOL Comprimidos de Novarse-nobenzol para administración por vía bucal.	Sífilis (cura de mantención). <i>Disenteria amibiana, Grippe, etc.</i>	En frascos de 30 comprimidos de 0 gr. 10
ATOXIL (Arsonilido)	<i>Tripánosomiasis</i>	En ampollitas de todas dosis.
STOVARSOL (Acido acetil oxiamino-fenilarsínico)	Tratamiento precoz de la Sífilis y del Pian. <i>Disenteria amibiana</i>	En frascos de 14 y de 28 comprimidos de 0 gr. 25.
EPARSENO (Amino arseno-fenol) Preparación 132 del Dr. Pomaret	SIFILIS Se emplea también en el tratamiento de la lepra.	En cajas de 5 ampollas de 1 cc. Se emplea en inyecciones INTRA-MUSCULARES.

Los Establecimientos POULENC Frères - Paris

Agente para Chile:

J. B. DIDIER
SANTIAGO

Casilla 61
Teléfono 3018
San Pablo 1340



¡De Fama Mundial!

EL NUJOL es vaselina líquida, pura, incolora, para vencer el estreñimiento. Al contrario de los laxantes, que excitan y a menudo inflaman la mucosa intestinal, el NUJOL simplemente ablanda las heces, y así apresura su movimiento y salida del cuerpo. El NUJOL no sólo llena, sino que excede los requisitos marcados en las farmacopeas de la Gran Bre-

taña, los Estados Unidos y otras naciones principales del mundo. Con los elementos perfeccionados de fabricación de que dispone, sus relaciones en todo el mundo y su amplia experiencia, la STANDARD OIL CO. (New Jersey) está elaborando en el NUJOL el producto más perfecto que se ha fabricado en país alguno.

Nujol

M. C. R.

FABRICADO POR

STANDARD OIL CO. (NEW JERSEY)

Está en venta en todas las Farmacias y Droguerías

AGENTES GENERALES:

WEST INDIA OIL COMPANY.

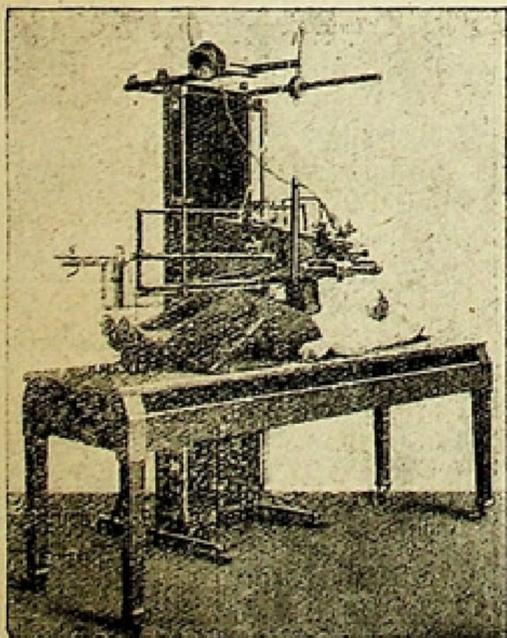
SANTIAGO, BANDERA 624 — CASILLA 50-D



ANTOFAGASTA — CONCEPCIÓN — VALPARAISO

Aparatos Electro-Medicinales de la renombrada fabricación "Siemens & Halske"

OFRECEMOS PARA ENTREGA INMEDIATA:



Instalaciones Rayos "X"

Aparatos Roentgen para diagnóstico, terapia, universales y de construcción transportable. Instalaciones completas. Soportes para diagnóstico, terapia y universales. — Tubos Coolidge y de gas. Accesorios.

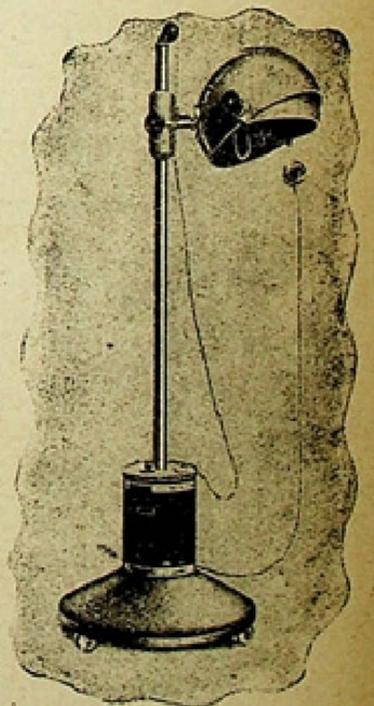
Aparatos Electro-Medicinales

Aparatos para conexión universal (pantostatos). Aparatos diatérmicos. Electrocardiógrafos. Accesorios para todos los tratamientos.

Lámparas Helioterápicas original "Hanau"

Lámparas de cuarzo, tipos «Bach», «Jesionek» y «Kromeyer». — Lámparas «Sollux» y «Cemach», con soporte de pie y para colocación sobre mesas o en las paredes.

Elaboramos toda clase de presupuestos por instalaciones entregables desde fábrica.



Siemens-Schuckert

Compañía de

SANTIAGO

Huérfanos 1017-1041 — Casilla 104 D.



Limitada

Electricidad

VALPARAISO — CONCEPCIÓN
VALDIVIA — ANTOFAGASTA — IQUIQUE

yor importancia, porque las consecuencias sociales de las anomalías mentales son considerables. Se constata que los anormales mentales forman alrededor de un 2% de la población; ellos quedan a cargo de la sociedad, como los idiotas, los pobres de espíritu, los epilépticos, alienados, o le crean dificultades, originando gastos más elevados aún, como los vagabundos, prostitutas, delincuentes, en los cuales, una gran proporción presenta taras mentales. Esta degeneración mental, que se acompaña generalmente de degeneración física, es hereditaria en la mayoría de los casos, y desgraciadamente los anormales, que tienen una tendencia a casarse entre ellos, son de una fecundidad peligrosa.

(Continuará)

Los Profesores Drs.

Mönckeberg y Vargas Salcedo

En la revista "Tribuna Médica Española" encontramos los siguientes párrafos que se refieren a los Drs. Mönckeberg y Vargas Salcedo, quienes fueron en repre-

sentación nuestra al Congreso Médico de Sevilla.

LOS PROFESORES SUDAMERICANOS EN MADRID

El Dr. Mönckeberg

Este ilustre profesor de Obstetricia de la Facultad de Santiago de Chile ha dado dos interesantes conferencias en San Carlos, versando sobre "Tuberculosis y embarazo", la primera, y sobre "Embarazo e insuficiencia hepática", la segunda.

La discutidísima cuestión relativa a la procedencia o no procedencia de interrumpir el embarazo en las mujeres bacilósicas, fué tratada muy acertada y documentalmente por el profesor Mönckeberg, quien, en suma, vino a demostrar con sus estadísticas, el pequeño número de casos en que se vió obligado a practicar el aborto, gracias a un tratamiento adecuado antifímico, aun cuando la terapéutica de la terrible afección continúe tan limitada.

Respecto a la insuficiencia hepática en la mujer embarazada, el profesor Mönckeberg ha realizado serias investigaciones en su clínica, llegando a la conclusión de que si en los cinco primeros meses de la gestación

no experimentan grandes alteraciones las funciones nutritivas de la madre, no ocurre lo mismo en los meses posteriores, durante los cuales, por el desequilibrio entre gastos e ingresos de la economía, se pueden originar estados perniciosos para la embarazada. Refiere dichos estados singularmente a las alteraciones hepáticas y explica las repercusiones que ellas producen en el organismo.

De sumo interés el trabajo del cultísimo profesor, nuestros lectores tendrán las primicias de sus investigaciones, por haber decidido el profesor Mönckeberg su publicación en "Tribuna Médica Española".

El conferenciante ha sido aplaudidísimo en nuestra Facultad de Medicina, dejando entre profesores y alumnos la más grata impresión respecto a su talento y galanura en el buen decir.

El Dr. Vargas Salcedo

Este joven profesor chileno dió una aménisima conferencia en la Facultad de Madrid, acerca de los "Injertos de tejido conjuntivo", exponiendo, con el auxilio de numerosas proyecciones, casos muy demostrativos de su práctica personal.

ESTÓMAGO - INTESTINO

"Gastro Sordine"

DOS FÓRMULAS

DOS PRESCRIPCIONES

por C. a S.

Bicarb. 2 - Fosfato 1. Sulfato de Soda 0.50
Prescribir "GASTRO-SODINE"

Sulfato 2. - Fosfato Soda 1. Bicarbonato 0.50
Prescribir "GASTRO-SODINE" fórmula S

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

Muestras y Literatura

AM. FERRARIS - COMPAÑIA 1295 - SANTIAGO

A
N
E
M
I
A

L
I
N
F
A
T
I
S
M
O

"Calciline"

RECALCIFICACIÓN

REMINERALIZACIÓN

COMPRIMIDOS GRANULADO
de Sales Cálceas Fluoruradas

PURA — CON ADRENALINA — CON METARSINATO

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

CONCESIONARIO PARA CHILE

Am. Ferraris - Casilla 29 D - Santiago

C
L
O
R
O
S
I
S

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

Prescribir: Cal-ci-li-ne

EL PROFESOR

M A R F A N

aconseja en el tratamiento de la
heredo lúes, la fórmula de las

GOTAS DIXI LEROY

Tónico reconstituyente para los niños de pecho



Solución de Lactato de Hg. al 1%₀₀
en un delicioso licor de anís

LABORATORIOS RECALCINE

Droguería y Botica Klein



Huérfanos 1095 esq. Bandera
Cañilla 1762 — Teléfono 1725



Completo surtido en Drogas,
Específicos y Perfumería.

Despacho de Recetas con Drogas y Produc-
tos Opoterápicos constantemente frescos.

MI OPINIÓN SOBRE EL EMPLEO

DE LOS

EXTRACTOS HIPOFISARIOS EN OBSTETRICIA

por

V. LE LORIER

Profesor agregado a la Facultad de París. Partero del Hospital Boucicaut.

Después que he escrito el informe que me ha sido pedido por la Sociedad de Obstetricia y de Ginecología de París sobre la oportunidad de la prohibición a las parteras de los extractos hipofisarios en obstetricia, informe que ha sido publicado a fines de 1922, mi opinión no ha variado en lo que se refiere a la prohibición de esta droga a las parteras. Mientras el estatuto de los estudios y de la profesión de partera no haya sido modificado, estimo que esto será obrar en contra de los intereses de su corporación, en vez de autorizarlas a emplear un medicamento capaz de hacer correr a las parturientas y a los niños riesgos de ningún modo despreciables y de dejar echar

raíces en su espíritu la idea que la hipofisis no tiene más que ventajas y que constituye un verdadero "forceps en botella", especialmente creado para su uso.

En lo que concierne a los médicos, la cuestión no se presenta bajo el mismo aspecto: el médico tiene, por ley, autorización para prescribir los medicamentos más peligrosos; él está prestigiado con haber adquirido durante largos años de estudio la cultura científica y técnica indispensable para manejar, sin inconveniente para los enfermos, las drogas más tóxicas; debe conocer a fondo las indicaciones y contra-indicaciones, los efectos fisiológicos y su sentido clínico desarrollado por un contacto constante con los enfermos, le permite aplicar a cada caso particular las dosis y el modo de administrarlas que convenga. Es decir, por consiguiente, que no sería cuestión de desterrar la hipofisis y sus extractos del arsenal terapéutico obstetricio; la cuestión es, simplemente, de saber si el empleo de estos extractos presenta ventajas, si ofrece inconvenientes o peligros y en qué dosis conviene emplearlos.

Este medicamento presenta ventajas ¿y cuáles?

Su acción ocytóxica no es dudosa: inyectando bajo la piel cierta dosis de extractos hipofisarios se obtiene en muy poco tiempo, desde el 3º o 4º minuto después de la inyección, un refuerzo muy claro de la contracción uterina, que llega a ser más fuerte, más larga, más frecuente, más dolo-

rosa también, y se observa una aceleración del trabajo que, en algunos casos es de los más manifiestos, a tal punto que se puede ver, especialmente en algunas multiparas; el parto se produce como diez minutos después de la inyección del medicamento.

Era muy natural que ante estos resultados sorprendentes, los médicos hayan, rápidamente, tenido una tendencia a generalizar el empleo de la droga en obstetricia, con la intención, a priori laudable, desde el punto de vista de los dolores de la parturienta, de librarla por largas horas de sufrimiento, y abreviando la duración del trabajo.

Después no se ha tardado en constatar que este empleo del medicamento no dejaba de tener muchos inconvenientes, desde los más sencillos hasta los más graves, comprendida en éstos la ruptura uterina.

En suma, ¿qué nos muestra la clínica? Que el parto es un acto esencialmente fisiológico cuya ejecución se desarrolla en un tiempo variable, pero siempre, más o menos, el mismo para las parturientas de igual categoría; y además, nos muestra que esta lentitud relativa, a menos que no salga de los límites usuales, no presenta para la madre y para el hijo más que ventajas: siempre que se quiere acelerar el parto, violentar la naturaleza, es raro que no resulten desórdenes más o menos graves, sea que el niño sufra, sea que los órganos maternos no experimenten lesiones más o menos importantes; ni el cuello uterino, ni las paredes vaginales, ni el músculo erector del ano no

Remineralización

Recalcificación

Intensivas

POR AUTOFIJACION EN LOS TEJIDOS, DEL FOSFATO
TRICÁLCICO NACIENTE Y COLOIDAL

"GAUROL"

NUEVA SAL ORGANICA DE CAL
INTEGRALMENTE ASIMILABLE

(Comunicación a la Academia de Ciencias 14 Febrero 1921)

EL UNICO QUE HA DADO POSITIVOS
RESULTADOS EN EL TRATAMIENT
TO DE LA TUBERCULOSIS : : :

FORMA. AMPOLLETAS

(Una ampolleta de 1cc. por día en inyección sub-Cutánea o
intramuscular, absolutamente indolora).

Muestras y literaturas a disposición de los Srs. Médicos don-
de el agente depositario : : : :

VICTOR CORRY

MONJITAS 739

SANTIAGO

OPOTERAPIA

EXTRACTOS TOTALES CHOAY

Sólo los extractos obtenidos por el método CHOAY
es decir por disección en el Vacío hacia 0º
son los más activos.

Prescríbese bajo formas:

PILDORAS. COMPRIMIDOS. AMPOLLETAS

Opoterapias Asociadas

TRATAMIENTO DE LAS PERTURBACIONES ENDOCRINARIAS COMPLEJAS

SYNCRINES CHOAY

(EXTRACTOS DE ÓRGANOS)

Asociados en fórmulas respondiendo a los principa-
les síndromas

PRESCRIBIR COMPRIM: O AMPOLLAS CHOAY FORMULA N.º

Muestras y literaturas a disposición de los Sres. Médicos
dónde el agente depositario para Chile:

VICTOR CORRY

MONJITAS 739

SANTIAGO



HIDRO-MAGNESIA

(M. C. R.)

“La Mejor Leche de Magnesia”

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

Laboratorio Chile
SANTIAGO
Avenida Ecuador 3555

EL CEREBRO

y derivaciones ramificadas que se nombran

SISTEMA NERVIOSO

ejercen la acción directiva de las funciones viscerales del organismo, la que al ser perturbada por una causa cualquiera, se manifiesta como afecciones patológicas de los más variados caracteres.

Más que a remediar síntomas, las orientaciones de la medicina moderna se esfuerzan por mejorar la acción funcional del sistema o la de las vísceras afectadas, mediante una eficaz y acertada disposición.

Esta intensificación de las facultades fisio-directivas nerviosas se han demostrado ser subordinadas a la acción del iodo fisiológico de la especialísima condición del

Cinetgenol

por lo que éste se comporta como único y seguro recurso contra:

- Las irregularidades cardíacas.
- Incidencias en la circulación sanguínea.
- Afecciones artríticas y derivados consecuenciales.
- Propensión a resfrios y deficiencia calorífica.
- Exudaciones de las vías respiratorias, romadizos, toses, flemas y desgarros bronquiales.

LABORATORIO CORTÉS — Santiago-Chile — Casilla 3989

PIDA
AGUA OXIGENADA
“MERCK”
DOBLE

1 frasco de éste vale por 2 de las
otras Aguas Oxigenadas del Comercio.

LA ADMINISTRACIÓN DE “LA CLINICA”

ruega a los señores suscriptores avisar cualquier retardo en el envío de la Revista a Delicias 1626,
SANTIAGO

Obras nuevas de la Biblioteca de Terapéutica

GILBERT Y CARNOT
publicadas por la casa Salvat Editores S. A. de Barcelona:

Adrián Pic y S. Bonnamour. — FITOTERAPIA \$ 33.—
Dr. C. Jeannin. — TERAPÉUTICA OBSTETRICA „ 27.—

De venta en la

Librería SALVAT
Barcelona-Santiago
AGUSTINAS, 1043 — SANTIAGO

tienen, a pesar de la inhibición propia del embarazo, una elasticidad suficiente para prestarse a un avance muy rápido del feto: siempre que se quiera quebrantar esta regla natural se expone a la producción de lesiones más o menos graves. En cuanto al feto, la contracción uterina es siempre para él causa de sufrimiento momentáneo, de algún modo lo ahoga, y si el estrechamiento no disminuye, el corazón no llena su tarea y sobreviene la asfixia.

¿Cuáles son, pues, durante el trabajo, las indicaciones de la hipófisis? Reconozco que ellas no se presentan con gran claridad. ¿Se las puede adoptar en la lentitud del período de dilatación? No lo creo, salvo en algunos casos bastante excepcionales en que, indudablemente, el trabajo se prolonga más allá de los límites normales, únicamente a causa de la insuficiencia manifiesta de las contracciones uterinas, y todavía conviene hacer notar que el detenimiento momentáneo del trabajo no constituye una indicación muy conveniente. He tenido recientemente la ocasión de observar dos ejemplos, en los cuales el trabajo, después de haber parecido marchar regularmente durante algunas horas, se ha detenido completamente para no continuar hasta 8 o 10 días más tarde. ¿Era preciso, en estos dos casos, en presencia de la cesación de las contracciones uterinas, hacer inyecciones de hipófisis y privar así al feto de 8 o 10 días de vida intra-uterina suplementaria? No me parece; a lo menos, me permitiría hacer inyecciones

hipofisarias en uno de estos casos de "tedious labour", y aún en un caso de este género, la hipófisis no mejora siempre mucho la situación.

En mi Servicio del hospital Boucicaut, está prohibido servirse de los extractos hipofisarios durante el trabajo; el medicamento no es dado más que por prescripción mía, y esta prescripción no he tenido que hacerla una sola vez después del comienzo del año.

Puede ser, se me objetará, que yo haya podido, al prescribirla, suprimir algunas aplicaciones de forceps en la vulva, pero verdaderamente el número de estas aplicaciones de forceps está tan restringido, que eso no tiene gran importancia.

Encargado de la instrucción obstetricia de cierto número de practicantes, creo darles una instrucción infinamente más útil y más sana mostrándoles todo lo que pueden dar las medidas preventivas y la paciencia, mejor que enseñándoles a hacer uso de una terapéutica prematura e intempestiva.

Por el contrario, una vez efectuado el parto, me opongo mucho menos al empleo de la hipófisis y estoy convencido que es ahí justamente donde puede prestar más servicios. En un gran número de mujeres, en efecto, cuando el trabajo ha sido largo, penoso, o las contracciones uterinas de una gran violencia, o aún cuando el útero ha sido sobrestendido, es frecuente observar la inercia secundaria en el momento del período de desembarazo, y es fácil preverla;

asimismo, el empleo de ciertos medicamentos, tales como el cloroformo y la morfina, pueden favorecer esta inercia uterina secundaria. La hipófisis pone a nuestra disposición un medio muy eficaz para combatirla y para suprimir, por consiguiente, la causa principal de las hemorragias de la expulsión.

También tengo el hábito algunas veces, antes que el desembarazo se haya hecho, en todo caso, una vez empulsado el arriére-faix, de emplear frecuentemente la hipófisis.

Si el arriére-faix está todavía en el útero, estoy siempre listo contra la retroacción uterina que podría causar el medicamento; también en casos parecidos, tengo cuidado de no emplearla más que en dosis muy débiles, correspondiente a un 8º solamente de lóbulo posterior de hipófisis de buey, sea, por ejemplo, $\frac{1}{4}$ de centímetro cúbico de extracto hipofisario de Choay. Esta dosis, muy mínima, da un resultado suficiente: es fácil duplicarla si al cabo de un cuarto de hora el útero amenaza quedar inerte. Por el contrario, una vez efectuada la expulsión, el empleo de muy pequeñas dosis no tiene ya razón de ser y se puede inyectar $\frac{1}{2}$ o aun $\frac{3}{4}$ de centímetro cúbico sin el menor inconveniente. En casos de amenaza de hemorragia, yo inyectaría un centímetro cúbico de golpe.

En estas condiciones, considero la hipófisis como un medicamento extremadamente precioso y lo desaconsejo al práctico co-

Docteur JOSEPH NOE

Ex-chef de Laboratoire adjoint de la Faculté
de Médecine de Paris,
Lauréat de l'Ecole de Pharmacie

L'insuffisance bioplastique, son traitement hypodermique

...Personnellement j'ai utilisé la *Bioplastina Serono* chez 18 malades, se répartissant ainsi: 9 prétuberculeux ou en état de prérechute, 3 neurasthéniques et 6 convalescents de grippe à forme traînante et asthénique. Je ne veux pas ici rapporter ces observations pour ne pas allonger encore ce travail. Je me bornerai à publier les conclusions auxquelles je suis arrivé.

Dans tous les cas, j'ai obtenu une action stimulante incontestable sur la nutrition et le système nerveux. Les bienfaits se sont traduits par une augmentation de poids très nette chez 2 malades, moins nette mais appréciable chez 3 autres. Mais surtout chez la plupart d'entre eux, on constate une sensation de mieux-être avec relèvement de l'appétit et des forces, une amélioration d'état général avec meilleure aptitudes à l'activité cérébrale et médullaire. Ce sont les sujets neuro-lympatiques qui m'ont paru les plus propices à des résultats favorables. La médication hypodermique par les ovo-lipoïdes convient, à mon avis, tout particulièrement aux syndromes d'atonie nerveuse, se rattachant aux nombreux états d'infirmité bioplastique; elle revitamine l'organisme affaibli, elle le revitalise.

MUESTRAS Y BIBLIOGRAFÍA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MEDICOS

Dirigirse a:

Hijos de Atilio Massone

CASILLA CORREO 3584 = SANTIAGO = CALLE CLARAS 205

mo acelerador del parto, en tanto que lo recomiendo como preventivo de las hemorragias; sobre todo, cuando la expulsión ha terminado, hay obligación de dejar un poco apresuradamente su cliente, sin tener una protección segura para poner cerca de ella, para ir a socorrer otras enfermas.

Hay, en fin, una indicación de la hipofisis: es en la retención de orina, en que da habitualmente muy buen resultado en dosis de 1 centímetro cúbico, evitando de tener que practicar el cateterismo vesical.

En resumen: 1º No aconsejo la hipofisis durante el trabajo, reservándola para un muy pequeño número de casos de inercia uterina prolongada hasta el principio o el fin del período de expulsión. En todos estos casos recomiendo el empleo de dosis muy pequeñas, renovándose la inyección si el efecto obtenido fuera insuficiente. Se pondrá, así, completamente al abrigo de los accidentes resultantes de una sensibilidad anormal al producto; 2º yo empleo la hipofisis en muy pequeñas dosis durante el período de la expulsión, cuando existe una causa o una amenaza de inercia uterina secundaria; 3º aconsejo y recomiendo después de la expulsión el empleo de la hipofisis en dosis medias (¼ a ½ lóbulo posterior) como preventivo de la hemorragia por inercia uterina secundaria.

NOTAS PRÁCTICAS

ACROMEGALIA GRAVÍDICA

El hiperfuncionamiento de las glándulas de secreción interna (tiroides, hipofisis, suprarrenal), en el curso de la gestación, está demostrado experimentalmente por el estudio ponderal e histológico de estas glándulas. Desde el punto de vista clínico, este hiperfuncionamiento permanece ordinariamente en silencio, pues el organismo de las mujeres en cinta se adapta a las modificaciones de la secreción glandular.

Sin embargo, en algunos predispuestos, por razones aun ignoradas, sobrevienen durante el embarazo diversas manifestaciones clínicas, que son la prueba de una perturbación de las funciones endocrinas. Entre estas manifestaciones, las más frecuentes y las mejor conocidas son aquéllas que interesan la glándula tiroidea (hipertiroides de carácter basedowien, insuficiencia e inestabilidad tiroideas pasajeras o definitivas).

Las perturbaciones hipofisarias que aparecen durante el embarazo, son más raras y menos conocidas.

Varios observadores han llamado ya la atención sobre las deformaciones "acrome-

galoides" observadas en algunas mujeres en cinta, a la altura de la cara y de los miembros, deformaciones acompañadas, aunque no siempre, de poliuria y de glicosuria.

El caso recientemente publicado por Frühinsholz es un ejemplo bastante claro de acromegalia gravídica.

En una mujer de 28 años, se desarrolla en el 6º mes de su cuarto embarazo, una hipertrofia de la nariz y del mentón, que transforma su fisonomía, y una hinchazón manifiesta en las manos y los pies. Existe al mismo tiempo una cefalea continua y una ligera poliuria. Todos estos síntomas desaparecen espontáneamente dos meses después del parto.

P. Harvier.

BLÉNORRAGIA EN EL HOMBRE

Diagnóstico de la curación

Antes del matrimonio, el urologista es llamado a menudo a dar su opinión sobre el estado de un canal, el peligro de una contaminación y, en fin, las probabilidades de curación de una antigua blenorragia.

Esta es una grave responsabilidad a la cual no se puede sustraer, y es necesario poder diagnosticar al enfermo.

KAUROLAN

Recalcificación del Organismo

Solución fosforada orgánica de cal completamente asimilable en

Inyecciones Hipodérmicas

para el tratamiento de la Tuberculosis, Anemia, convalecencias, deformaciones óseas, embarazo, lactancia, debilidad congénita o adquirida del sistema Nervioso.

Ampolla inyectable de 1 c. c.
Una ampolla diaria en inyección hipodérmica e intramuscular.
Muestras a disposición de los Sres. Médicos.

C. O. WIEDMAIER,
MATTIA 1502.

LABORATORIO CLÍNICO

DEL

Dr. Leonidas Corona T.

SANTIAGO

Delicias 868-Teléfono 2483

Exámenes y productos para el diagnóstico y tratamiento de la blenorragia y sus complicaciones.

- 1.-Investigación del gonococos por exámenes directos y cultivos.
- 2.-Autovacunas simples y con los microbios de asociación.
- 3.-Autovacunas Yatrenizadas.

VACUNA GONOCÓCICA POLIVALENTE SIMPLE

VACUNA GONOCÓCICA POLIVALENTE YATRENIZADA

(para el tratamiento de las complicaciones)



- 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

Una ligera secreción persistente, a pesar de todos los tratamientos empleados, no es de naturaleza para impedir el matrimonio, sino que si se descubren gonococos.

Como la investigación del gonococo es a menudo, en estos casos, muy difícil, nuestros esfuerzos deben tender a encontrar los procedimientos más sensibles para descubrirlo. En este camino, se ha hecho un progreso importante, practicando culturas de la transpiración uretral y del esperma.

También, según Martin, un candidato al matrimonio debe: no tener lesiones de la uretra apreciables por la uretroscopia, no presentar gonococo al examen directo de la secreción después de las pruebas de reactivación, no presentar en las culturas de su transpiración uretral y de su esperma, y puede ser, dice el mismo, agregaremos después otras pruebas; pues no se sabría en esta materia rodearse suficientemente de garantías.

F. Marsan.

ANEMIAS GRAVES DEBIDAS AL ARSENOBENZOL

El arsénico que, en dosis moderadas, es un excitador de la renovación sanguínea,

es, en dosis fuertes, un poderoso destructor globular (Bloch-Michel). No hay, pues, que asombrarse si en algunos casos de intoxicación aguda por el arsenobenzol, el fenómeno dominante ha sido la anemia.

La particularidad de esta anemia, es que algunas veces reviste un carácter hemorrágico, y a menudo aplástico: en este último caso, es casi fatalmente mortal. Es así que de Massary ha observado una enferma que, a causa de una inyección de 60 centigramos de arsenobenzol, presenta desde el día siguiente una fiebre elevada, una erupción maculosa, un síndrome meníngeo, un aumento considerable del bazo, una anemia de 2.120,000 con 4,800 leucocitos: la muerte sobrevino en algunos días.

En otros casos, el síndrome de la anemia aplástica es aún más típico: es así que en la enferma de P. E. Weil sobrevino después de tres series de novarsenobenzol intra-venoso cuyo máximo fué de 0,75, un síndrome hemorrágico con descenso considerable de glóbulos rojos que bajan en cinco días de 3.500,000 a 1.500,000, después descendiendo poco a poco hasta 650,000. La característica de este estado anémico es la leucopenia que la acompaña (de 1,500 a 500 leucocitos), la disminución considerable de polinucleares (hasta 10 p. 100), la ausencia

de mielocitos y de hematias nucleadas, la disminución considerable y aun la desaparición de hematoblastos: estos son los caracteres que hemos asignado a la anemia aplástica. En este caso, transfusiones de sangre repetidas, de 150 a 200 cc. (más de dos litros por todo, de Marzo a Octubre), trajeron, al cabo de varios meses, un aumento de leucocitosis desde luego, glóbulos rojos en seguida, que alcanzaron la cifra de 4.300,000, al mismo tiempo que el estado general se hacía satisfactorio.

Este hecho de curación es excepcional: pues en los casos de Gorke, que hematológicamente eran idénticos a éste, la muerte sobrevino rápidamente y la autopsia mostró una degeneración de la médula ósea.

Ch. Aubertin.

CURSO MÉDICO DE VACACIONES

Con todo éxito se está desarrollando el Curso Médico de Vacaciones organizado por los Drs. Prado Tagle, Lea Plaza, Mardones y Alessandri.

En nuestra próxima edición daremos los detalles del curso.

REUMATICOS

Usad

SALISOL

LAS MEJORES INYECCIONES PARA SANAR RÁPIDAMENTE
ADEMÁS SE USAN CON ESPLÉNDIDOS RESULTADOS
EN LAS AFECCIONES DEL HÍGADO

Dosis de 2 a 5 ctms. cúbicos

HEMOPTOL

(Sales de Calcio y Suprarrerrina)

INYECCIÓN CONTRA LAS HEMORRAGIAS, HEMOPTISIS, DIARRREAS, DE LOS TUBERCULOSOS Y ENFERMEDADES DE LA PIEL. DESCONGESTIONA EL RIÑÓN Y EL PULMÓN

Dosis 1 ampolleta diaria

¿Es Ud. débil? USE LAS INYECCIONES DE

Suero Fortificante A y B

Niños letra A—Adultos letra B

DEL

Laboratorio Internacional

NO DUDE



Averigüe la fórmula.

Tratamiento específico de la Tuberculosis

“Vaccino Curativo Bruschetti”

Se compone de una simple «vacuna» cuya técnica de preparación ha sido explicada por el Prof. Bruschetti en su conferencia dada en Bolonia en Marzo de 1914, bajo los auspicios del Prof. Augusto Murri. Su acción es la de inmunizar activamente el organismo contra los ulteriores ataques del mal, de acuerdo con la genial teoría del Prof. Bruschetti. En el Vaccino Curativo los principios activos están concentrados en máximo grado y las substancias secundarias reducidas al mínimo, siendo asimilable por el organismo sin necesidad de su previa elaboración, lo que hace su uso indispensable en los casos graves, en los cuales no es indicado el Siero Vaccino, precisamente por la menor actividad de los principios que contiene.— Es absolutamente inocuo, y no provoca, por lo tanto, reacciones peligrosas en los enfermos, en virtud de lo cual su uso debe ser recomendado muy especialmente.

“Siero-Vaccino Bruschetti”

Se compone de una mezcla de «vacuna», igual a la más arriba indicada, pero de concentración menos activa, y de un «Suero» que tiene, entre otras, sobresalientes propiedades antitóxicas. La función del «Suero» en el «Siero Vaccino» es la de disolvente de la «vacuna» y de coadyuvante eficaz en la neutralización de las toxinas elaboradas por el bacilo de Koch; la función de la «vacuna» es también en este preparado la principal y más importante. Su uso es indicado en las formas iniciales de la tuberculosis, en las formas óseas y en las formas graves, alternándolo con el Vaccino Curativo.

“Polivaccino antiptógeno Bruschetti”

«para las formas bacilosas».—Esta vacuna debe usarse conjuntamente con el «Vaccino Curativo Bruschetti», según las normas establecidas por su autor.—(Cajas de 5 ampollitas).

Muestras y bibliografía a disposición de los señores Médicos

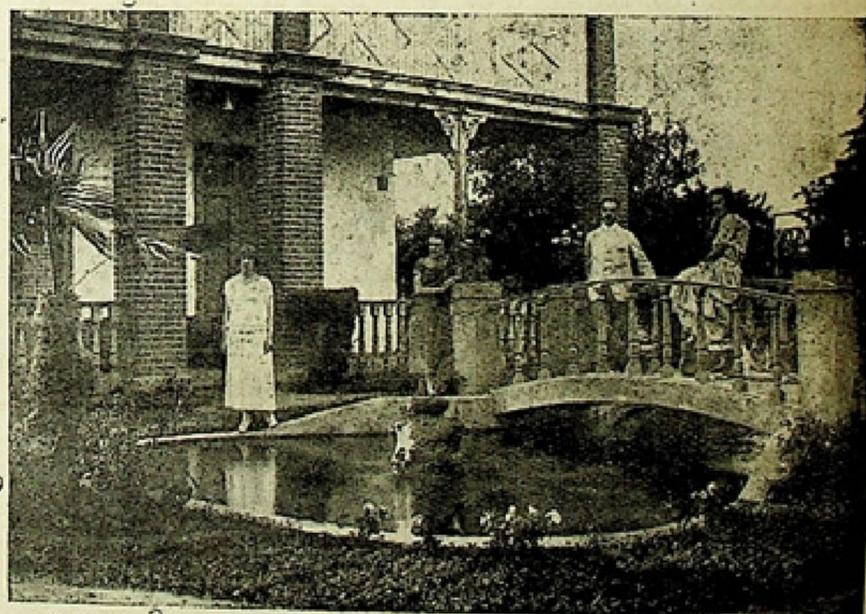
DIRIGIRSE A HIJOS DE ATILIO MASSONE

Casilla Correo 3584 = SANTIAGO = Calle Claras 205

A los Señores Médicos:

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

Escribanos y tendremos el mayor agrado en atenderlo.



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

ELECTRICIDAD MÉDICA, BAÑOS, ETC.

EL RETIRO DEL DOCTOR AMUNÁTEGUI

El artículo que reproducimos a continuación y que copiamos del decano de la prensa nacional, creemos que responde al sentir general del Cuerpo Médico chileno en presencia del retiro del Profesor Amunátegui.

«La Clínica» que se ha honrado contando al Dr. Amunátegui en su comité científico, hace suyos los conceptos contenidos en estas líneas:

Pensamos que la opinión habrá de considerar el retiro y jubilación del Rector de la Universidad, doctor Gregorio Amunátegui, como una pérdida para la enseñanza pública.

Sólo razones personales, y que no habremos de discutir, pueden aconsejar ese alejamiento de tareas que han sido las de su vocación y en las cuales tanto se ha distinguido, a un hombre que se halla en el pleno vigor de su actividad, y que apenas comenzaba a desarrollar un plan de reformas de la enseñanza.

Como profesor de nuestra Escuela de Medicina, el doctor Amunátegui se ha distinguido por su celo, su espíritu científico, su inflexible disciplina de trabajo, su esfuerzo constante por el mejoramiento de los estudios médicos en Chile.

Cuando fué elegido Rector de la Universidad hacía tiempo que se había señalado como uno de los más activos campeones de reformas útiles en la enseñanza superior y había mostrado en diversas ocasiones un dominio completo de estos problemas.

Se hizo cargo del puesto de Rector en circunstancias difíciles, y ha trabajado en él con un entusiasmo, energía, competencia y discreción que nadie podrá hoy desconocer.

En corto tiempo el doctor Amunátegui ha dado a la Universidad un impulso vigoroso y como un remozamiento de sus organismos envejecidos más por la rutina que por los años. Se han hecho durante este período diversas reformas de programas, exámenes, cuestiones administrativas, etc., pocas de las cuales quedan terminadas, pero que están todas muy próximas a su aplicación en la práctica.

El doctor Amunátegui ha prestado a la Universidad el notable servicio de haber restablecido la disciplina que se hallaba deplorablemente relajada. El principio de autoridad, que es necesidad suprema y condición esencial en materias de educación, ha comenzado a restablecerse.

El corto período del rectorado del doctor Amunátegui se recordará también por la importancia dada a los cursos de profesores extranjeros eminentes que han ocupado cátedras en la Universidad de Chile y que han traído un soplo de aire fresco hasta el fondo de la casa demasiado claustrada y con poca comunicación con el mundo de las ideas.

Su labor como Secretario de Estado de la Junta de Gobierno, durante tres meses, ha sido de extraordinaria fecundidad. Acaso no ha habido jamás un Ministro de ese de-

partamento que en tan corto plazo haya hecho tanto para la reforma de la educación pública y, sobre todo, haya preparado tanta labor de progreso.

Su retiro del Gabinete fué, sin duda, uno de esos actos de injusticia irresponsable que se cometen en la vida política. Un hombre que se dedicaba con todas las energías de su voluntad y de su inteligencia a servir al país en la más sagrada de las funciones del Estado, merecía que se le diera el tiempo necesario para realizar los proyectos que apenas comenzaba a esbozar. Su absoluta integridad, su alejamiento completo de todo interés de partido, su perfecto desinterés, eran garantía para todos.

Aun cuando seguramente el país continuará recibiendo el concurso de la preparación científica y el espíritu público del doctor Amunátegui en diversas esferas, especialmente en la dirección del Hospital Clínico de San Vicente, en la que su labor ha sido valiosísima, lamentamos su alejamiento de la Universidad, donde lo rodeaban la confianza y el aplauso de cuantos han seguido de cerca su obra.

RESPIRACIÓN DE CHEYNE-STOKES TIPO-CARDIO-VASCULAR

por el

Dr. A. LARRAGUIBEL

Profesor de Patología Experimental

Traube atribuye este fenómeno a una disminución de la excitabilidad del centro respiratorio, debida a una circulación defectuosa. Según dicho autor, durante la fase inicial de la apnea, el CO₂ de la sangre, excitante fisiológico del centro respiratorio, resulta insuficiente, porque dicho centro tiene disminuida su excitabilidad. Pero, como durante la pausa aumenta el contenido de la sangre en CO₂, llega un momento en que una gran cantidad de este ácido se acumula y excita poderosamente el centro respiratorio, restableciendo así la función. Como al mejorar la aireación pulmonar, de nuevo vuelve a ser insuficiente la cantidad de CO₂, de nuevo se establecen las condiciones necesarias para que se produzca una pausa nueva. Y así sucesivamente.

Filehne acepta la depresión de la excitabilidad del centro respiratorio, pero cree que este centro entra en acción por excitación anémica, dependiente de la excitación previa del centro vasomotor, provocada ésta por la sangre cargada con CO₂. Filehne cree que en estos casos la excitabilidad del centro respiratorio se hace menor que la del centro vasomotor, y así se explicaría que la acumulación de CO₂, excite primero los

vasomotores cerebrales y, consecuentemente, se produzca una anemia del centro respiratorio, anemia que sería su verdadero excitante.

Filehne encontró siempre perturbaciones vasomotoras previas unidas al tipo respiratorio de C. S. en sus animales intoxicados con morfina, cloroformo, éter; pero en el hombre no se ve constantemente la participación del centro vasomotor que dicha hipótesis exige.

En todo caso, las hipótesis de Traube y Filehne consideran a la acumulación del CO₂, durante la apnea, como el factor más interesante en la génesis de este tipo respiratorio.

Minkowski y Sahli hacen intervenir en la hipótesis de Traube, excitabilidad definida del centro a causa de una circulación defectuosa, al tiempo que tarda la sangre en circular al través de todo el organismo y al volumen de la ventilación pulmonar. Después del primero y pequeño movimiento respiratorio recibe el centro, todavía un tiempo, sangre de venosidad muy aumentada, aquélla que pasa por el pulmón durante la pausa. Por consiguiente, la excitación del centro tiene que aumentar, y consecuentemente aumenta la profundidad de los movimientos respiratorios. Sólo cuando después llega sangre más arterializada al centro, el CO₂ se hace insuficiente, relativamente, y esta insuficiencia es absoluta cuando llega a los centros nervinos la sangre que circuló por el pulmón durante lo más activo del ciclo. Esto último quiere decir que la profundidad de los movimientos respiratorios va decreciendo lentamente hasta que se produce la apnea.

Es indudable que la hipótesis antedicha explica la periodicidad, el aumento y la disminución de los movimientos respiratorios. Pero es indudable, también, que la única distancia que hay que tomar en cuenta es la distancia pulmón-centro respiratorio y que el cortísimo tiempo necesario para este recorrido no favorece a la hipótesis discutida. Volveremos, sin embargo, sobre este último punto, tomando en cuenta la alta autoridad de Macleod.

Dejamos, ahora, la palabra a Hewlett. Sabemos que el control normal de la respiración es la tensión del CO₂ de la sangre arterial que circula al través del centro respiratorio. Si suponemos un aumento brusco de la tensión de este ácido, el centro respiratorio es excitado violentamente y aumenta, por consiguiente, la profundidad de los movimientos respiratorios. Esta sobreventilación conduciría a una disminución de la tensión del CO₂ en el aire alveolar y en la sangre y conduciría a la falta de excitación del centro, a la apnea con su obligada acumulación de CO₂, etc. Así se podría establecer fácilmente una respiración periódica; pero cambios bruscos de la tensión del CO₂ del aire no provocan respiración de C. S., porque los tejidos y líquidos del organismo tienen la capacidad de acumular CO₂ en bastante cantidad, de manera que no pueden ocurrir cambios bruscos en la tensión del CO₂ de

la sangre. El centro respiratorio es afectado sólo gradualmente por los cambios en la tensión del CO₂ del aire alveolar. Ahora, si es cierto que el centro es controlado por la tensión del CO₂, es también cierto que el centro respiratorio es sumamente sensible a la falta de O₂. En circunstancias normales el aporte de O₂ es más que suficiente, pero si es interrumpido, rápidamente nota el organismo su falta, porque no existe un gran almacenamiento de O₂ en la sangre o en los tejidos, como pasa con el CO₂. Si tomamos en cuenta estas premisas comprendemos que si el aporte de O₂ está reducido por cualquier circunstancia, una mayor disminución será suficiente para excitar al centro. Esta es, seguramente, la causa de la respiración de C. S.

Es un hecho conocido que una respiración forzada y prolongada durante dos o más minutos es seguida de un período de apnea de cierta duración. Después de esta apnea se produce, generalmente, un tipo respiratorio análogo al de C. S. que dura algunos minutos. Douglas y Haldane han estudiado cuidadosamente estos casos. Al empezar la apnea, como se comprende, la tensión del O₂ alveolar está muy aumentada y la del CO₂ muy disminuida. Rápidamente baja la tensión del primero durante toda la apnea y al final de ésta su tensión es sólo suficiente para que la hemoglobina tome únicamente la mitad de la cantidad normal de O₂. La tensión del CO₂ se eleva rápidamente durante el primer medio minuto de la apnea y lentamente después. La falta de O₂ aumenta la excitabilidad del centro en estas condiciones y pasa a ser estimulado por una tensión del CO₂ que no alcanza aún a la cifra normal. Empieza entonces el primer ciclo respiratorio, que lógicamente provoca un aumento de la tensión del O₂ y una disminución de la tensión del CO₂ en los alvéolos; por consiguiente, el centro deja de ser excitable a la falta de O₂ y el individuo cae en la apnea. Estos mismos fenómenos se repiten varias veces, pero gradualmente la tensión del O₂ va acercándose a la normal hasta que de nuevo toma el control respiratorio el CO₂. La falta de O₂ es esencial en este experimento, porque si durante las últimas respiraciones, profundas y forzadas, que provocan la apnea inicial, el individuo inhala O₂, la respiración de tipo C. S. no se produce. La rapidez con que la falta de O₂ afecta a la respiración, se explica, o porque se forman en el centro mismo productos ácidos que después son oxidados durante el ciclo siguiente, o porque la necesidad de O₂ es un estimulante directo del centro respiratorio.

Macleod se revela contra el déficit de O₂ como causa del C. S. cardio-vascular, a pesar de los efectos maravillosos que se obtienen con las inhalaciones de este gas en los pacientes que presentan dicho tipo respiratorio. Macleod piensa que el déficit de O₂ no puede explicar el C. S., porque la periodicidad permanece la misma, aun un tiempo después de toda posibilidad de excitación del centro respiratorio por falta de O₂. La respiración vuelve a hacerse cuan-

do la tensión del CO₂ se encuentra todavía por debajo de la normal, a consecuencia de la formación de ácido láctico en el centro mismo. La oxidación de este ácido se hace rápidamente durante el período activo, y de nuevo, la tensión del CO₂, todavía subnormal, es incapaz para excitar al centro. La apnea dura tanto tiempo cuanto se necesita para que se acumule ácido láctico, otra vez, en cantidad necesaria. La acumulación de ácido láctico en el centro produce respiración periódica, porque después de hecho el equilibrio entre los gases de la sangre y de los alvéolos, todavía, a causa de la cesación de los movimientos respiratorios unida a una perturbación patológica de la circulación, tarda cierto tiempo en llegar la sangre aireada al centro respiratorio.

Nosotros, siguiendo a Wassermann y a Hewlett, aceptamos como factor predominante en la génesis del C. S., al déficit crónico de O₂, provocado por ciertas causas patológicas de orden circulatorio, apoyados en la observación clínica y en los experimentos de que se va a dar cuenta más adelante. Hay que recordar que nos referimos al tipo cardio-vascular de C. S.

Siempre se ha estudiado la asfixia producida por la falta de O₂ confundida con la que produce una acumulación de CO₂, pero actualmente podemos asegurar que existen grandes diferencias entre una y otra. La asfixia por falta de O₂ se caracteriza por fenómenos de excitación: disnea, hipertensión, inquietud, angustia, sístoles enérgicos y lentos. Estos son los signos de muchos pacientes con C. S. durante el período activo. En la asfixia por exceso de CO₂ no se produce bradicardia, no hay excitación del vago como en la anterior, excitación que nunca falta en el C. S. cardíaco inmediatamente después de la apnea. Ahora bien, es lógico que los otros fenómenos que acompañan a la disnea del C. S. — excitación motora y vasomotora, emisión involuntaria de orines, etc. — obedezcan a una excitación de otros centros nerviosos, debida también a la falta de O₂, consecuencia de una circulación defectuosa. La disnea es el medio de que se vale el organismo para luchar contra el déficit de O₂ y los fenómenos que se observan durante la apnea son debidos al agotamiento de los centros nerviosos excitados durante el período anterior y activo.

Debemos recordar ahora que muchos cardíacos graves presentan un tipo respiratorio que puede considerarse como el primer grado de un C. S. Nos referimos a aquellos casos en que alternan varios movimientos respiratorios superficiales y más lentos, con varios movimientos profundos y acelerados. Muchas veces un enfermo que tiene un tipo respiratorio como el descrito, presenta un C. S. clásico durante el sueño o después de una inyección de morfina.

La disnea cardíaca simple es relacionada

generalmente con una congestión pasiva del pulmón; pero son pocos los cardíacos que presentan C. S., a pesar de una disnea pronunciada y de lo frecuente de estos casos. Los cardíacos con C. S. tienen una disnea que primordialmente poco tiene que hacer con el pulmón y mucho con perturbaciones circulatorias de los centros nerviosos y, por consiguiente, del centro respiratorio.

Los vicios mitrales presentan disnea a base de una congestión pasiva de la pequeña circulación y sólo excepcionalmente presentan el C. S. En cambio, en las enfermedades de la gran circulación, la disnea que estudiamos es un hecho frecuente. Se trata de enfermedades del ventrículo izquierdo, provocadas por una insuficiencia aórtica, por una aortitis, por una nefritis, etc.; se trata de una insuficiencia de dicho ventrículo. La insuficiencia aórtica actúa en dos sentidos sobre los capilares: cada sístole es un traumatismo que se trasmite a las células que los rodean; cada diástole provoca un reflujo enorme de sangre hacia el ventrículo, como lo demuestra el pulso capilar. Este reflejo provoca una discontinuidad en el aporte de sangre y, por lo tanto, en el aporte de O₂. Los centros nerviosos, de estructura más delicada, sufrirán más que otros tejidos con la acción traumática y la acción química que importa necesariamente el mecanismo de la insuficiencia aórtica. La disminución rápida de la presión provoca perturbaciones funcionales de los centros nerviosos que se traducen por agotamiento, insomnio, angustia, molestias respiratorias, etc. El centro respiratorio, más sensible aún, sufre de una insuficiencia funcional que se traduce en movimientos respiratorios superficiales. Y por lo que hace al C. S., éste empieza a manifestarse tan pronto como el ventrículo se hace insuficiente y, por lo tanto, tan pronto como su volumen de contracción disminuye. Si a las perturbaciones en la cantidad de la sangre se unen perturbaciones en su calidad, por repercusión de la insuficiencia ventricular sobre el pulmón, entonces se produce un C. S. típico. En todo caso, el factor pulmonar es secundario.

La respiración periódica no se presenta en todos los casos de insuficiencia aórtica, porque el factor individual interviene en ello poderosamente. Hay individuos que resisten más que otros a la falta de O₂. Además, el corazón aórtico, mitralizado, no presenta C. S.

La dilatación aórtica hace que el reflujo de sangre destinado a cerrar la válvula, sea enorme; la hipertensión de las nefritis maltrata los vasos y con mayor razón los capilares, etc., etc. Más tarde, ambas enfermedades provocan insuficiencia ventricular izquierda y C. S.

En resumen, toda enfermedad que primaria o secundariamente enferme el ventrículo izquierdo, puede provocar la disnea periódica de C. S.

El fenómeno de C. S. depende de una causa fundamental, el déficit crónico de

O₂. Durante la hiperpnea el déficit es menor, únicamente. Por esta razón las inhalaciones de O₂ regularizan la respiración en estos casos.

Conviene en este momento recordar que la hemoglobina no puede absorber más O₂ de una mezcla gaseosa que lo contenga en mayor profusión que el aire y que el O₂ que absorbe en circunstancias normales. No es, entonces, una mayor saturación de la hemoglobina la causa de que se modifiquen la disnea y la cianosis de los cardíacos, por lo menos tanto cuanto dura la inhalación de este gas. El secreto consiste en que durante la disnea de movimientos superficiales de los cardíacos ordinarios, los alvéolos periféricos se ventilan tan mal que su aire residual, casi desprovisto de O₂, es incapaz de oxidar cumplidamente la hemoglobina de la sangre que circula por ellos, sobre todo, cuando existen obstáculos mecánicos en los bronquios más finos. La inhalación de O₂, por consiguiente, llena en estos casos toda una indicación. Por otra parte, el plasma puede disolver mayor cantidad de este gas, que está colocado en una mayor tensión, y el O₂ disuelto puede contribuir para una mejor arterialización de la sangre.

Si aplicamos estos datos al C. S., tenemos que durante la apnea, la falta de O₂ no admite discusión y que durante el comienzo y el fin del período activo los movimientos son superficiales y dejan, seguramente, muchos alvéolos pulmonares mal aireados. Razones, éstas, que abogan también por las inhalaciones de O₂ en el tratamiento del C. S.

Tres hechos llaman la atención en este tipo respiratorio: la respiración periódica puede presentarse aislada; los fenómenos que, generalmente, la acompañan, no se presentan solos jamás; la sincronización con que se presentan la serie de síntomas de ambas fases. Estos hechos demuestran que el centro respiratorio tiene el papel directriz en el fenómeno, y que este centro y los demás, cuyas funciones se tomen en el C. S., se encuentran íntimamente relacionados.

En el fenómeno que estudiamos alternan periódicamente las series de fenómenos antagonísticos: somnolencia, apnea, taquicardia, miosis, hipertensión, frente a vigilia, disnea, bradicardia, midriasis, hipertensión. La primera serie de fenómenos, la fase pasiva, es de pnólisis; la segunda es de excitación.

La apnea es el punto culminante del fenómeno respiratorio mismo, pero debemos recordar de nuevo los casos de C. S. esbozados, en los que la apnea no alcanza a producirse y alternar, entonces, una serie de movimientos respiratorios frecuentes y profundos con una serie de movimientos menos frecuentes y más superficiales. Si durante el reposo del centro respiratorio — apnea — los otros centros nerviosos se encuentran en igual estado, es lógico que el

descenso del pulmón sea una bradipnea o una apnea.

La taquicardia se debe a que cesa la excitación del vago producida durante el período activo, o bien a que en este momento se produce una excitación del simpático. La frecuencia de 160 a 180 pulsaciones de algunos casos de C. S. recuerda la taquicardia producida por la inyección de atropina, en la que no podemos hablar sólo de pnólisis del vago, sino que también podemos insinuar una excitación del simpático. Ahora, si consideramos que durante el fenómeno de C. S. las contracciones cardíacas pueden oscilar entre 40 y 180, no podemos menos que admitir que los dos grandes reguladores del corazón toman parte en el ciclo respiratorio completo.

En la fase activa el tono del vago y del pélvico está aumentado; así lo demuestra la bradicardia y otros síntomas visceros-abdominales: defecación involuntaria, tenesmo vesical, etc. En la fase apneica disminuye el tono del vago y del pélvico, desaparecen los síntomas antedichos y, a veces, en los casos más serios, posible o seguramente, aumenta el tono del simpático.

La miosis apneica se dice que es semejante a la miosis del sueño, debida a la falta de la inhibición que, en estado de vigilia, ejerce la corteza sobre el oculomotorio. La midriasis disneica derivaría de la exaltación de las funciones de la corteza sobre el mismo nervio.

El corazón necesita constantemente de O₂ para su trabajo, y es muy sensible a la falta de este gas. Nada tiene de extraño, entonces, que la asfixia temporal producida durante la apnea, provoque una debilidad en las funciones de este órgano; una hipotensión arterial y una reducción en la circulación del cerebro. Durante el período activo, el corazón recibe más O₂ y mejora, por consiguiente, su trabajo; aumenta la presión arterial y es más eficiente la circulación cerebral.

NOTA. — En este trabajo se exponen las ideas de S. Wassermann sobre la disnea de Cheyne-Stokes de tipo cardio-vascular. Han servido también para su redacción: Macleod, *Physiology and Biochemistry in Modern Medicine*; J. S. Haldane, *Journal of Physiology* 401-1909; Howel, *Physiology*, etcétera.

Las colaboraciones deben dirigirse al
Secretario General de la Redacción
Delicias 1626, Santiago

SIFILIS PULMONAR

DE

FORMA ESCLEROSANTE

Y

Compresión de la vena cava superior o del tronco venoso braquio-cefálico

por el

Dr. E. Robert de la MAHOTIERE

Médico-ayudante del servicio.

J. C., de 28 años de edad, agricultor, soltero, ingresa a la sala del Salvador el 24 de Junio de 1924, refiriéndonos que desde hace tres años se queja de cansancio, disnea de esfuerzo y dolor pre-cordial, que, a veces, se acompaña de accesos de tos seca. Últimamente estas molestias se han acentuado, dificultándole el trabajo hasta obligarlo a hospitalizarse en San Vicente, donde, después de algún tratamiento, es dado de alta, ligeramente aliviado. Posteriormente, los síntomas se han reproducido en condiciones tales que, aun la estadía en cama, le produce ahogos.

Sus padres son sanos, y él mismo ha sido gran bebedor y fumador.

Hace 15 años tuvo un chancro duro e indoloro quince días después del coito, y que demoró más o menos un mes en sanar; cinco años más tarde, contrajo una blenorragia que evolucionó en quince días, y diez años después, tuvo dolores articulares nocturnos durante seis meses, que fueron modificados en un hospital, con fricciones mercuriales.

Por ese mismo tiempo sufrió un traumatismo que le fracturó los huesos propios de la nariz.

En el examen físico se comprueba su regular constitución, la conservación del pániculo adiposo, la tonicidad muscular normal y la posición pasiva que guarda en el lecho.

En la cara no hay sino la alteración de que la anamnesis da cuenta (nariz en silla de montar); las pupilas son irregulares, reaccionando mal a la luz. Las orejas, así como las extremidades, están cianóticas. La lengua es húmeda y ligeramente saburral.

En el cuello se observa ligera danza arterial; ambas fosas supra-claviculares se hallan borradas (cuello en pellerina). El tórax es globuloso y muestra un gran desarrollo venoso en el lado derecho; en la región axilar media los espacios intercostales están deprimidos. El choque de la punta no es visible ni palpable; los límites cardíacos están levemente aumentados en todos senti-

dos y los tonos apenas se oyen. El pulso (100) es regular, pequeño, más a la derecha que a la izquierda, la presión es de 13,5 para la máxima y de 7,5 para la mínima, con el instrumento de Pachon, en el brazo izquierdo, y sólo de 11,8 en el lado opuesto.

En los pulmones se encuentran las siguientes modificaciones: en el izquierdo, la sonoridad es normal y la respiración ligeramente sopla en toda la extensión; en las partes superior y media del derecho se percute una zona mate que es más apreciable en la región axilar y que ha logrado disminuir el campo sonoro de Kroening; a ese nivel se notan algunos estertores sub-crepitantes y un soplo marcadamente tubario.

El abdomen está aumentado; el límite superior del hígado bordea el sexto espacio intercostal, el límite inferior se palpa un poco por debajo de los límites normales. Movilizando, con fuerza este órgano, se aprecia más claramente la regurgitación yugular. El bazo está aumentado, sin que sea posible palparlo. La muestra de la sangre dió una reacción de Wassermann fuertemente positiva, la de la expectoración fué



Fig. 1

siempre negativa con respecto a la existencia de fibras elásticas, hongos, bacilos de Koch y células epiteliales de crecimiento atípico, y la orina nunca tuvo alteraciones. A mayor abundamiento, la dosificación de la urea en la sangre (0,40 por mil) confirmó la integridad renal.

En este enfermo interesa especialmente el mejor conocimiento de los pulmones, sobre todo del derecho, en relación con la compresión de la vena cava superior o aun del tronco venoso braquio-cefálico derecho y de la arteria sub-clavia derecha, evidenciadas por la fuerte dilatación venosa y la desigualdad del pulso ya descritos. Para esclarecer este interesante problema se hicieron radiografías en distintos Institutos. La primera, practicada en el Sánitas, muestra (véase figura 1), en el tercio superior del campo pulmonar derecho, una sombra muy intensa, a la cual sigue una oscuridad más tenue, en forma de red. La mitad inferior y la total extensión del otro lado no presentan nada de particular. El diafragma derecho está menos móvil; el tamaño de la aorta es normal y los espacios posteriores están libres. Como suposiciones diagnósticas el radiólogo dice que es menester pensar en la sífilis, un tumor de crecimiento infiltrante y la tuberculosis.

En el laboratorio de San Juan de Dios se anota la existencia de una mancha tenue, difusa, en la mitad superior del campo pulmonar derecho, y en un segundo examen, efectuado cinco semanas después, se comprueba, a ese nivel, una zona densa, grisácea, que se extiende hasta el vértice; el diafragma respectivo está menos móvil que el izquierdo. El ortocardiograma revela un ligero aumento de volumen de la porción ascendente del cayado (3,5 cmts.)

Las pruebas experimentales de la tuberculosis fueron negativas.

En resumen, nos hallamos en presencia de un sujeto que presenta signos de compresión de la vena cava superior o del tronco venoso braquio-cefálico derecho que no pueden ser debidos sino a las lesiones pulmonares descritas y cuya naturaleza no puede ser otra que la sífilítica. La menor amplitud en la onda radial derecha creo más justificado atribuirla a una arteritis que a una compresión.

Para formular este concepto etiológico bastará considerar la lúes, bien documentada de nuestro paciente, la negatividad de todas las investigaciones destinadas a perseguir otro origen, la relativa conservación del estado general, la preferencia de su localización en el lóbulo medio, y por fin, los resultados del tratamiento específico que han borrado todas las manifestaciones subjetivas, reducido el volumen del hígado y atenuada la ectasia de las venas, dejando sólo en forma indeleble, algunas alteraciones anatómicas viscerales, especialmente la pulmonar, pues sólo se ha notado una débil modificación de la apariencia primitiva. ¿Por qué han persistido los signos radiográficos y los síntomas extrínsecos de compresión? Seguramente porque las lesiones pulmonares subsistentes corresponden



a procesos de cicatrización vulgar que han venido como consecuencia de una esclerosis tratada en época tardía. En ese sentido tendrá que encaminarse nuestro criterio clínico, si contemplamos, por un lado, la eufo-

ria, verdaderamente halagadora, sobrevinida en este individuo, que ha podido tomar sobre sus hombros la pesada carga del servicio de las salas, empleo que, actualmente, desempeña, y por el otro, tenemos que sorprendernos al apreciar que las arborizaciones venosas sólo se han disipado en pequeño grado, y la sombra proyectada en la pantalla radioscópica se ha esfumado en débil proporción.

CLÍNICA OBSTÉTRICA DE LA FACULTAD DE
MEDICINA
HOSPITAL DEL SALVADOR
SERVICIO DEL PROFESOR MÖNCKEBERG

INDICACIONES DE LA INTERRUPCIÓN TERAPÉUTICA DEL EMBARAZO

por el

Dr. Juan A. PUGA M.

Ayudante de la Clínica

Para clasificar racionalmente las indicaciones de la interrupción artificial del embarazo, conviene dividir las en absolutas y relativas.

Según las primeras, la interrupción del embarazo, constituye el único medio terapéutico que podemos emplear, para hacer frente a un peligro que amenaza la vida de la embarazada.

Constituyen una indicación absoluta de interrumpir el embarazo, todos aquellos estados patológicos que empeoran con la continuación de él y que amenazan de un modo inminente, en el mismo momento o en un tiempo más o menos breve, la vida de la embarazada.

A simple vista parecería que la confirmación de estas indicaciones fuera fácilmente establecida por el médico. Pero no sucede así, y tanto puede errar el médico sobre el estado patológico mismo, sobre la grandeza y proximidad del peligro, como también puede ser inducido a error por el engaño de la embarazada, que simula un estado patológico que no existe o que agrava voluntariamente uno real y pequeño, para verse libre de su estado.

Creemos, por consiguiente, un deber, al juzgar las indicaciones absolutas, dejar establecido que el médico ante semejante situación, debe siempre tomar como punto de partida los síntomas clínicos que le dé el examen directo y atento de la embarazada.

Grandes discusiones han nacido al querer fijar reglas o algunos síntomas, patognómicos, si pudiéramos decir, para proceder sobre una base cierta y segura a la interrupción artificial del embarazo. Pero aquí el criterio del médico variará con cada caso en particular, porque hay enfermas que ante un estado patológico determinado, reaccio-

nan de un modo distinto con respecto a otra embarazada afectada de la misma enfermedad. Y es por esto que tiene grande importancia para fijar el criterio del médico la intensidad de la enfermedad, los efectos que ella tiene sobre la salud de la embarazada, y en fin, el grado de resistencia de esta última. En otras palabras, la indicación absoluta no es dada por tal o cual síntoma, sino que es el conjunto de ellos, sumados al estado general de la enferma, lo que nos hará proceder a la interrupción de la gestación.

La indicación es **relativa, cuando puede ser puesta** en balanza con otro medio de tratamiento susceptible de dar la misma garantía; es decir, cuando sabemos que el embarazo llevado a término amenazará la vida de la mujer en cinta.

Este es el caso, por ejemplo, de la pelvis estrecha en alto grado y en la cual el paso del feto maduro, vivo o muerto, y aún embriotomizado, pueda considerarse como imposible o muy inverosímil; o cuando la mujer se opone a someterse a los peligros que acarrea una operación cesárea o sinfisiotomía, este es el caso, decimos, de practicar el aborto artificial.

Por otra parte, se debe reconocer a la mujer, según nuestro concepto, el derecho de decidir ella misma sobre si sigue o no un embarazo que, dejado progresar, le va a exponer a una grave operación.

Cada médico tiene, por lo demás, el deber, basándose en los buenos resultados que hoy se obtienen con la operación cesárea, de evitar en la primera mitad del embarazo, de provocar, en estos casos, el aborto artificial.

Valga lo expuesto, para el aborto provocado.

En cuanto al parto prematuro artificial, estaría relativamente indicado, cuando por una estrechez de la pelvis de un grado no muy avanzado, el parto al término no pudiera efectuarse espontáneamente, ni aun ser operatorio, o que la mujer se niegue rotundamente a someterse a una operación cesárea o sinfisiotomía.

Sabemos que el parto prematuro artificial, cuando es racionalmente indicado, da a la madre mayor seguridad sobre su vida que una operación cesárea o sinfisiotomía, mientras que al feto ofrece menos ventajas que estas dos últimas operaciones. Y si es cierto que el niño dado a luz por una operación cesárea o sinfisiotomía (siempre que esta última no haya requerido para la extracción del feto de intervenciones manuales o instrumentales), tiene las mismas garantías de supervivencia que aquel nacido normalmente, también es efectivo que por medio de cuidados especiales y mejorando en lo posible las condiciones exteriores, podemos dar garantías casi seguras sobre la vida, un tanto precaria, de ese niño nacido antes del término.

Queremos insistir aquí, antes de terminar estas breves consideraciones, que al juzgar las indicaciones relativas de la interrupción artificial del embarazo, en las pelvis estrechas, es necesario hacer una distinción precisa entre el primer embarazo y los embarazos sucesivos. Es aconsejable, a menos que

la estrechez de la pelvis llegue a límites extremos, mantenerse en una posición de expectación durante el primer embarazo.

La poca precisión de la pelvimetría interna, la facultad de adaptación de la cabeza fetal y la gran distensibilidad de la musculatura lisa y estriada de las primíparas, justificarían esta conducta. Si en el ulterior desarrollo del trabajo las cosas empeoraran, estarían indicadas todas aquellas operaciones que facilitan artificialmente el parto. La experiencia en dichos casos, tomadas por nosotros mismos o comunicada por la misma mujer, nos indicará el camino que debe seguirse en los embarazos sucesivos, tanto que en tales casos puede considerarse el primer parto como un parto de prueba.

Los distintos autores que han tratado las indicaciones de la interrupción artificial del embarazo las dividen en: aquéllas en que debe practicarse dicha intervención antes del sexto mes, es decir, cuando todavía el feto no es viable; y en las que, la misma operación, debe efectuarse después del sexto mes, cuando ya el feto ha alcanzado la época de viabilidad. O en otras palabras, en indicaciones de aborto provocado y de parto prematuro artificial.

A pesar de lo clásico de esta división, si así podemos expresarnos, no nos sujetaremos a ella, ya que hay casos, y no pocos, en que la indicación puede presentarse antes y después de la viabilidad fetal. Y así tenemos, por ejemplo, los accidentes grávido-cardíacos, que si bien es cierto casi siempre se presentan en su mayor gravedad después del cuarto mes (aumento brusco de la masa sanguínea en el torrente circulatorio), es decir antes de la época de viabilidad del feto, también lo es, que éstos puedan presentarse al final de la gestación (compresión uterina), o en otras palabras, cuando ya el feto, por el desarrollo que ha alcanzado, es capaz de vivir alejado del seno de su madre.

Además, queremos dejar constancia que sólo trataremos aquí aquellos estados patológicos, ya sean agudos o crónicos, congénitos o adquiridos, que por agravación constante durante el embarazo, hagan peligrar la vida de la madre, del feto o de las dos existencias juntas, si no se interrumpe su curso por medio de un aborto o parto prematuro provocado. Así, pues, hecha esta pequeña advertencia, a nadie debe extrañar el que algunos grupos de enfermedades ni siquiera sean mencionados en el curso de este trabajo (1).

Infecciones

Tuberculosis pulmonar. — Constituye todavía uno de los grandes problemas de la clínica obstétrica, determinar nuestra conducta, delante de un embarazo sobrevenido en una mujer con manifiestas lesiones de tuberculosis pulmonar.

Antes como ahora, muchos autores han opinado que el embarazo ejerce una acción

marcadamente perniciosa sobre la tuberculosis pulmonar. Pero como dicha acción no es siempre constante, o fácilmente demostrable, han nacido opiniones completamente opuestas, y así vemos que algunos tratan de demostrar, aun hoy día, la influencia favorable de la gestación sobre la tuberculosis.

Baumes, Barden, Cullen, Wernicke, Saborin, etc., han tratado de demostrar esto último. Recientemente, Dumarest y Brette, en una discusión de la Academia de Medicina de París, afirman la mejoría de algunas tuberculosas durante su embarazo; y aun más, dicen estos autores que se puede autorizar en estas mujeres hasta la lactancia, siempre que ésta no encierre peligros para el niño.

León Bernard, Walich, Sergent, Bar y otros contestan a Dumarest y Brette diciendo que el embarazo agrava la tuberculosis, agravación que principalmente se debería a la **Anergia Grávida**. Aun el mismo Pinard acepta esta agravación.

Si todavía se discute, si hay o no agravación de la tuberculosis durante la gestación, más divergencia de opiniones existe naturalmente en cuanto al tratamiento se refiere.

Los franceses, con Budin, Pinard, Bonnair y otros, no aceptan bajo ningún punto de vista una terapéutica intervencionista, dan mucha importancia a los medios higiénicos y dietéticos. Tienen por principio dejar evolucionar el embarazo, cualquiera que sea el grado de tuberculosis pulmonar.

"Estando la madre sacrificada, dice Bonnair, nuestra conducta debe tender a llevar el feto lo más cerca posible del término, sosteniendo al mismo tiempo a la madre por un tratamiento médico estricto". Años más tarde Pinard decía: "Quién realice el aborto artificial en mujeres tuberculosas, no hace más que la profilaxia del nacimiento, y aquel día en que me den la prueba indiscutible de que interrumpiendo el embarazo se salva la vida de una mujer fatalmente condenada, ese día solamente consideraré la interrupción artificial de la gestación, como verdadero aborto terapéutico".

Este es el criterio ligeramente esbozado, de los abstencionistas. Hoy día ya no lo acompañan la mayoría de las opiniones.

Frente a esta escuela tenemos la intervencionista, que dice: "Apenas diagnosticada la tuberculosis debe procederse a interrumpir el embarazo". Pertenecen a ella los italianos y gran parte de los autores alemanes (Maragliano, Ascoli, Bossi, Holst, Schauta, Veit, etc.) Y así, Maragliano resume su conducta frente a una tuberculosa embarazada, diciendo: "Salvar, si es posible, la vida de la madre y del niño, si no se puede salvar las dos existencias, preferir la de la madre, si es curable, y si no lo es, dar preferencia al niño".

Hoy por hoy, la mayoría de los autores modernos, especialmente en Alemania, tienen un criterio ecléctico, en relación con cada caso clínico en particular. Es decir, ni son adversarios sin principio de la intervención, ni tampoco partidarios sin criterio de ella. Sostienen que hay que vigilar las

(1) Las indicaciones deducidas de los vicios pelvianos y la técnica operatoria serán tratadas en otra oportunidad (*La interrupción del embarazo por vicios pelvianos. Técnica operatoria.* «LA CLÍNICA» en prensa).

tuberculosas embarazadas y no interrumpir la gestación salvo que en su curso se presente una indicación formal.

A estos últimos nos parece pertenecer Paul Bar, cuyas ideas sobre este tema se separan de la mayoría de sus colegas de Francia. Interrumpe el embarazo en determinados casos, sin dejar de reconocer que en otros estaría mal indicada esta misma terapéutica. Interviene en las formas que sean de pronóstico grave, y siempre en el primer tercio de la preñez.

Bumm, Rosthom, Frankel, Von Bardeleben, están de acuerdo en que la práctica del aborto en las mujeres tuberculosas, ha dado espléndidos resultados. Aconsejan sí, intervenir sólo en las tuberculosas del primer y segundo grado, y siempre antes de la primera mitad del embarazo, tanto más si la mujer es una múltipara.

Por lo expuesto se ve que todos los autores están de acuerdo en intervenir sólo en aquellas tuberculosas susceptibles de curación, como también están de acuerdo en reconocer que hay que vigilar las tuberculosis estacionarias, e intervenir sólo en las que por sus manifestaciones clínicas se evidencie una tuberculosis en evolución.

Es indudable que se han obtenido éxitos, tanto con el tratamiento médico como con el obstétrico, y esto depende, según nuestro parecer, de que la tuberculosis, permanezca o no estacionaria, de tal modo que para que exista una indicación formal de interrupción del embarazo, debe comprobarse clínicamente una tuberculosis evolucionando hacia la agravación.

Es este el criterio que ha servido de guía en el tratamiento intervencionista en tuberculosas ingresadas a la Clínica Obstétrica de la Facultad.

Ahora bien, ¿cuándo podemos decir que una tuberculosis está en evolución y es agravada por el embarazo? y ¿en qué basar nuestro pronóstico para intervenir?

En el examen general de la enferma y del pulmón.

Veremos, a veces estas enfermas agotadas, en un estado asténico general, con gran pérdida de peso, mucha disnea, elevación de la temperatura en las tardes y tos persistente. Al examen del pulmón encontraremos todos los síntomas propios de una tuberculosis que evoluciona, lo cual confirmaremos con el examen de rayos X y del desgarró.

A este estado general y local, sumaremos el resultado de la intra-dermo-reacción a la tuberculina, que, sin duda, es el más importante por no decir único medio de que nos podemos valer para fundar nuestro pronóstico.

En efecto, se ha observado que en las enfermas que presentan reacciones a la tuberculina, nula o débilmente positiva, la enfermedad evolucionará en forma aguda, aunque su estado general no sea deficiente; y que, por el contrario, en aquellas enfermas que presenten una reacción francamente positiva, la enfermedad no se agravará. Vale decir: en las primeras, las defensas están agotadas (estado de anergia gravídica);

en las segundas, el organismo reacciona y se defiende bien.

Resulta, pues, que la intra-dermo-reacción a la tuberculina, es un magnífico medio para fijar el pronóstico, y por lo tanto, también nuestra conducta ante una mujer embarazada y con manifestaciones evidentes de tuberculosis pulmonar.

En resumen, aceptamos el intervencionismo en las tuberculosas embarazadas:

1º Por estar demostrado, sin lugar a dudas, que la tuberculosis se agrava con el embarazo, en buen número de casos, y que dicha agravación puede llegar a producir la muerte de la enferma.

2º Porque la interrupción del embarazo, practicada en momento oportuno y en condiciones adecuadas, detiene el proceso de agravación.

3º Porque la intra-dermo-reacción a la tuberculina, que consideramos como un medio de pronóstico y como una manifestación de la defensa orgánica, se hace de nuevo positiva poco tiempo después de la interrupción del embarazo.

Ahora bien, ¿en qué casos estamos autorizados a intervenir, o mejor dicho, cuáles son las indicaciones precisas de la intervención en estos casos?

Intervendremos en los casos en que se reúnan las siguientes circunstancias:

a) **Agravación real e intensa, pero no excesiva;**

b) **Embarazo que no haya avanzado más allá del tercer mes cumplido;**

c) **Reacción a la tuberculina débilmente positiva o negativa;**

d) **La multiparidad es una circunstancia que favorece el intervencionismo, ya que está demostrado el rol importante que desempeña el número de embarazos en la intensidad de la agravación; y**

e) **Se ha de advertir que en cuanto a tuberculosis se refiere, es imposible dictar reglas de un valor general o absoluto sobre las indicaciones del aborto terapéutico. Poco valen las estadísticas; cada caso ha de ser juzgado con criterio especial.**

Sífilis. — La mujer que junto con hacerse embarazada contraiga la infección sífilítica (sífilis concepcional), aborta en la inmensa mayoría de los casos, pese a un tratamiento específico enérgico.

Si la infección es contraída durante la gestación, la suerte del feto variará con la fecha de este contagio.

Se cree que el paso de la infección sífilítica de la madre al hijo, no se efectúa apenas aquélla ha sido infectada. Se admite, en general, que transcurre cierto tiempo entre la infección materna y la fetal, período que varía entre cincuenta días y dos meses y medio.

De tal manera que una mujer que contraiga la sífilis en el último tercio de su preñez, puede perfectamente dar a luz un niño vivo y sano.

En este concepto se han basado algunos tocólogos, Mangiagalli entre ellos, para indicar la interrupción del embarazo cuando la mujer contraiga la infección durante el último período de la gestación.

Tomando en cuenta la opinión de estos autores, ¿estaríamos autorizados para interrumpir el embarazo en una mujer que haya contraído la infección en el último tercio de la gestación?

Tenemos razones en pro y en contra.

Si salvamos al niño de una infección casi segura, lo expondremos a los peligros que trae consigo una mala alimentación, ya que ni su madre será facultada para alimentarlo, porque puede transmitirle la infección, ni tampoco podemos confiarlo a una nodriza sana, ya que no estamos seguros de que este niño haya nacido indemne. Además, ese período de cincuenta días a dos meses y medio que demora la infección en pasar de la madre al niño, no es fijo, y no sabemos si constituye el minimum o el maximum. Por último, también puede el niño ser infectado en el momento del parto, si hay lesiones virulentas en el canal genital de su madre.

En favor de la interrupción del embarazo tendríamos el hecho de que el niño que nace sífilítico, ya sea al término o antes de él, difícilmente vivirá; su muerte es casi probable, pues sabemos que durante los primeros días de la vida el niño no se defiende o se defiende débilmente contra las infecciones.

En suma, y después de comparar los argumentos favorables y adversos, nos parece que en cuanto concierne a la sífilis, no podemos considerarnos autorizados para interrumpir el embarazo, mientras no contemos con medios que nos permitan afirmar de un modo absoluto, el estado de sanidad del niño in-útero.

Accidentes grávido-cardíacos

Con este nombre designó Peter los diversos fenómenos que se producen en la mujer cardíaca por el embarazo.

En la asistolía de la embarazada predominan siempre los accidentes pulmonares, lo que nos explicaremos fácilmente, si recordamos que durante la preñez hay un estado de hipertensión constante en la circulación pulmonar y a la cual se suma, sin duda alguna, la sobreactividad del aparato respiratorio durante el curso de ella. Por esta misma razón, las lesiones valvulares peor toleradas, serán aquellas que más repercutan sobre la pequeña circulación (insuficiencia mitral).

Pasaremos ligeramente en revista los accidentes grávido-cardíacos más frecuentes.

Generalmente empiezan con una disnea que poco a poco va haciéndose más intensa y que después del cuarto mes (aumento brusco de la masa sanguínea en el torrente circulatorio) y con ocasión de un esfuerzo cualquiera, o aun sin él, se transforma en crisis de asma cardíaco. Pueden ser más tardíos, acompañándose de tos, expectoración, y aun hemoptisis; la auscultación del pulmón revela la presencia de estertores congénitos de ambas bases. Este estado es lo que algunos autores han llamado "preludio de la asistolía general".

Pronto se observan síntomas más claros de insuficiencia del miocardio: edema perimaleolar, congestión hepática, disminución

de la orina, etc. Siguen estas manifestaciones agravándose hasta llegar a una crisis de asistolia general, que a pesar de su gravedad, no siempre es mortal.

A veces estos accidentes no evolucionan en una forma tan aguda, y la mujer embarazada empieza a debilitarse poco a poco, todos sus órganos parecen incapaces e insuficientes de suplir los defectos de los demás. Como dice A. Grosse, la enferma se extingue víctima de una caquexia cardíaca.

Pero, sin duda alguna que el accidente más terrible y dramático, es el edema agudo del pulmón, caracterizado por su aparición brusca, ya sea en estado de salud aparente, ya sea durante el curso de molestias de importancia secundaria. Pero a veces este edema agudo se manifiesta también en forma velada, procediendo por crisis repetidas, pero menos acentuadas. Es, sobre todo, frecuente el edema agudo del pulmón, en las cardiopatías que residen en la mitral, acompañadas de lesiones renales.

Otro accidente relativamente frecuente es la embolia. Puede producirse en la grande o pequeña circulación, según el sitio de localización de la lesión, siendo la más frecuente la cerebral y pulmonar.

Ante un caso de afección cardíaca en un embarazo, se presentan al tocólogo una serie de problemas que es preciso resolver, en algunas circunstancias, de un modo inmediato.

De una manera general podemos decir que en tales circunstancias son dos los términos en que el problema se presenta: Primero, la lesión está compensada; segundo, hay falta de compensación.

Si lo primero, la conducta del tocólogo debe ser de expectación (prohibir la fatiga, instituir la dieta láctea, examen repetido de la orina, etc.)

Si la lesión no está compensada, la conducta del tocólogo variará según el grado de la lesión y el modo como el embarazo es soportado por la mujer. Si a pesar de la falta de compensación, el riñón no presenta grandes alteraciones funcionales, con un tratamiento médico apropiado conseguiremos, seguramente, que la gestación siga su curso normal. Y si sobrevienen ataques graves de asistolia, recurriremos a la sangría abundante.

Si los edemas llegan a constituir un anasarca extraordinario, si la insuficiencia hepática y renal se presentan, y la asistolia amenaza de un modo grave a la vida de la enferma, hay que recurrir de un modo absoluto, a la interrupción de la gestación, sea cual fuere la época del embarazo.

También nos parece que constituye una indicación de interrupción del embarazo, el hecho de que la mujer grávida haya sufrido antes de su preñez, crisis de asistolia, ya que durante este estado ha de volver a sufrirlas, y ahora de una manera mucho más grave que antes.

De las lesiones valvulares, la estenosis mitral, en la cual la nutrición del miocardio está comprometida de un modo más prematuro y grave que en otras lesiones, es la que

más a menudo suministra la indicación del aborto provocado.

Bumm dice que la disnea muy intensa acompañada de gran distensión uterina, puede constituir una indicación precisa para puncionar las membranas.

Debemos, sin embargo, tener presente que muchas veces estados, al parecer gravísimos, han cesado después de un tratamiento médico apropiado y de una sangría abundante, continuando la gestación su curso normal. Y por tanto, no debemos precipitarnos a interrumpir el embarazo, porque un ataque de asistolia se presente, tanto más si tenemos en cuenta que jamás debe interrumpirse la gestación estando la mujer en período asistólico o de edema pulmonar. Cuando la asistolia existe, hay que tratarla, y sólo al poder contar con la energía cardíaca suficiente, provocaremos el aborto o parto prematuro artificial.

Resumiendo lo anteriormente expuesto, diremos que en lo relativo a las cardiopatías, ha de discutirse el aborto provocado y el parto prematuro artificial.

El aborto provocado, estará indicado en mujeres que habiendo presentado algún accidente en un embarazo anterior, manifieste en el actual signos de asistolia progresiva, y las cuales no cedan fácilmente al tratamiento médico.

El parto prematuro es más discutido; no se le practicará jamás en caso de edema agudo del pulmón, sino en un período de calma, que nunca falta, y cuando los síntomas no hayan cedido fácilmente al tratamiento médico.

En todo caso, tratándose de aborto o de parto prematuro, se elegirá para la intervención los medios más rápidos: globos, raspaje digital o instrumental, histerotomía cervical anterior, etc.

Enfermedades del aparato urinario

Sólo nos ocuparemos de las pielitis.

Pielitis gravídica. — Hay algunos casos, sobre todo cuando la pielitis es bilateral y acompañada de síntomas generales graves, en que llega a hacerse necesaria la interrupción del embarazo. Pero esta indicación es muy rara, ya que en estos casos casi siempre termina el útero por evacuarse solo.

En general, podemos resumir nuestra conducta en lo siguiente:

Antes del sexto mes. Si el estado general es grave y la pielitis de forma bilateral, hay necesidad de interrumpir el embarazo por el aborto artificial.

Después del sexto mes. Si el estado general es grave y la pielitis bilateral de forma septicémica, provocaremos el parto prematuro al octavo u octavo y medio mes, con lo cual apresuraremos la curación de la madre y evitaremos seguramente la infección del niño.

Así, pues, resumiendo, diremos que la intervención estará indicada:

- a) Cuando la pielitis es bilateral y el estado de la enferma muy grave;
- b) Cuando siendo la pielitis doble, haya además signos de pielonefritis.

Nefritis. — Todas las nefritis, así las clorurémicas como las azotémicas, sufren una influencia nociva por el estado de gestación. A las lesiones preexistentes al embarazo, se agregan las que especialmente produce en los riñones este estado. La cantidad de albúmina y de cilindros hialinos aumenta. El hidrotórax, acitis, edemas, etc., pueden llegar a constituir claras indicaciones de la interrupción precoz del embarazo.

En suma, se estará autorizado para interrumpir la gestación cuando:

- a) Haya disminución considerable de la orina.
- b) Haya edemas intensos y abundantes derrames (acitis, hidrotórax);
- c) La albuminuria sea intensa y persistente;
- d) Se encuentren en la orina, las distintas clases de cilindros que revelan las nefropatías.

No es ocioso advertir que, frecuentemente el embarazo se interrumpe espontáneamente, debido a las graves lesiones de la placenta que esta enfermedad origina; o por lo menos, se produce la muerte del feto in útero por las mismas causas.

Corea

Sabido es que esta enfermedad se le ha atribuido etiología reumática, nerviosa, infecciosa o tóxica. Puede sobrevenir en él embarazo, bien por la primera vez con ocasión de él, o bien, como recidivas de accesos anteriores, habidos durante la infancia o juventud. Sin duda alguna, que el corea de repetición es mucho más frecuente que el primitivo, en la mujer en cinta. Ataca con mayor frecuencia a las primíparas y aparece con ocasión de un traumatismo o de una emoción moral. Pero puede también sobrevenir sin causa ocasional alguna.

El corea de la mujer en cinta es particularmente grave; aparece de ordinario al tercero o quinto mes, pero también antes, en los comienzos de la gestación. Rara vez mejora antes del parto, y su sintomatología alcanza su máximum, en el momento del trabajo, de tal modo que en estos casos hay que recurrir a la anestesia general durante el parto.

Las recidivas son frecuentes en embarazos sucesivos y el cuadro general de la enfermedad se agrava de ordinario, en proporción directa al número de embarazos transcurridos. Suele producirse el parto prematuro espontáneo, lo que se explica por propagación de las contracciones espasmódicas a la musculatura uterina. Por esta misma causa el pronóstico es muy serio para el niño.

Para la madre, el pronóstico es también grave, alcanzando la mortalidad a un 20% y 30%, en los casos intensos. La muerte es la consecuencia de la intoxicación violenta del organismo y del agotamiento por inanición, insomnio y exceso de trabajo muscular.

El Prof. Monckeberg estima que un corea aparecido en una mujer en cinta, sin antecedente alguno de esta afección en época

anterior al embarazo, es, en la inmensa mayoría de los casos, la manifestación de una intoxicación gravídica intensa, que obra con una acción electiva sobre los centros nerviosos. Este sería, exclusivamente, el verdadero corea gravídico, afección por demás grave, de una mortalidad elevada y que va acompañada casi siempre de temperaturas altas, síntomas de intoxicación general violenta, contracciones de los músculos de la faringe y laringe que acarrearían perturbaciones respiratorias y, en especial, de perturbaciones mentales, entre las cuales es la más frecuente el delirio maniaco.

La interrupción del embarazo puede estar indicada tanto en el corea reumático de la mujer en cinta, como en el gravídico propiamente tal. En el primero, la indicación no la da de ordinario el corea mismo, sino la intensidad mayor o menor de la lesión cardíaca que a menudo lo acompaña y que obedece a la misma causa. En el corea gravídico hay indicación formal de interrumpir el embarazo, siempre que la afección vaya acompañada de perturbaciones mentales graves, como la manía y el delirio de persecución que muy a menudo se observan.

Los efectos de la interrupción de embarazo, en estos casos, son notables, mejorando rápidamente la enferma después de ella. Naturalmente, debe acompañarse al tratamiento obstétrico, el tratamiento médico.

Intoxicación gravídica

Vómitos incoercibles. — Una de las primeras y más frecuentes manifestaciones del estado de gestación, es la aparición de vómitos, que no teniendo en la mayoría de los casos más importancia que una ligera molestia, llegan en algunas ocasiones a revestir los caracteres de una grave enfermedad, que puede poner en verdadero peligro la vida de la mujer en cinta. Estos últimos son los que constituyen el cuadro clínico conocido con el nombre de "Vómitos graves del embarazo".

La simple enumeración de los distintos medios que se han empleado para combatir esta complicación del embarazo, ocuparía muchas páginas; la anarquía más grande reina sobre este particular, lo que se debe principalmente al desconocimiento etiológico de ella. Pero hoy día es un hecho bien establecido, y que todos los autores admiten: "el embarazo es la causa determinante de los vómitos; éstos aparecen con él y cesan apenas la gestación se interrumpe".

Siguiendo el plan trazado en este trabajo, vamos a tratar de precisar la indicación de interrupción del embarazo y a señalar la oportunidad de la intervención.

La interrupción del embarazo es el tratamiento verdadero y científico del vómito grave, puesto que con ella se suprime la causa primera, por no decir única, de intoxicación. La mujer atacada de hiperemesis gravidarum sana siempre cuando se le interrumpe su embarazo, pero a condición de que la intervención sea verificada en momento oportuno. Vale decir que: mientras las lesiones producidas por ella no se hayan

hecho irreparables e incompatibles con la vida.

De tal manera, que es necesario saber elegir el momento preciso en que la interrupción del embarazo nos dé la garantía que de ella esperamos. Tanto aquí como en sus otras indicaciones, esta intervención es por demás delicada, y tanto delinque el médico que deja pasar el momento oportuno de la interrupción, como aquél que por descuido o ignorancia destruye la vida del niño, cuando quedan otros medios para salvar a la madre. Es necesario, entonces, saber distinguir los casos en los cuales basta una terapéutica expectadora, de aquéllos en que el único tratamiento es el obstétrico.

Si se piensa un poco, se comprende la importancia que tendría un síntoma clínico de esta enfermedad, que fuera suficiente para inducirnos a la expectación o a la intervención. Desgraciadamente la enfermedad no evoluciona lo mismo en todos los casos. En algunos, su sintomatología va apareciendo poco a poco, y en cierto modo, en forma ordenada, lo que permite precisar con cierta exactitud el momento en que termina el primer período, y por lo tanto, aquel en que empieza el segundo, en el cual el único tratamiento es la intervención. En otros, por el contrario, los síntomas se precipitan en su aparición, presentándose algunos del primer período juntos con otros del segundo. De lo que resulta la gran dificultad o imposibilidad para precisar exactamente el momento en que debe intervenir.

Mucho se ha trabajado para obtener algo que fije nuestro criterio de un modo invariable respecto al pronóstico. Se ha conseguido sólo reunir un número de síntomas, que tomados en cuenta conjuntamente, sirven en la mayoría de los casos para proceder segura y confiadamente.

Fundaremos entonces nuestro pronóstico, y por tanto, nuestra conducta, en los siguientes síntomas:

I. En el enflaquecimiento y pérdida de peso, o sea, en la rapidez de destrucción de las reservas.

Sin duda que éste es un buen síntoma, pero su valor varía con las enfermas. Así, las gordas perderán mucho peso, porque consumirán su grasa y no su material azoado, mientras que las flacas, sin reserva grasa, recurrirán a su reserva azoada, perdiendo muy poco peso, a pesar que aquí el pronóstico es mucho más grave que en el primer caso. En general, diremos con Budin y Demelin, que las gordas pueden perder la mitad de su peso y las flacas la tercera parte.

Este síntoma cuenta con el gran inconveniente, que en la práctica es difícil investigarlo, pues, la mayoría de las veces no se sabe el peso inicial de la enferma, ni tampoco se la puede estar pesando todos los días, ya que su estado debe ser grave.

II. Rapidez del pulso. Un síntoma muy importante, pero cuyo valor han exagerado algunos autores. Así, Pinard dice: "apenas se establezca que el número de pulsaciones haya subido de 100, y esto sea de un modo

permanente, debe interrumpirse el embarazo".

También creemos que este síntoma tiene un gran valor pronóstico, pero basarse en él aisladamente para intervenir, nos parece demasiado arriesgado, ya que se han visto enfermas con un pulso permanente sobre 100 y con buen estado general, que han llegado a la curación sin necesidad de intervención.

III. Insuficiencia hepática. En las autopsias de mujeres muertas de vómitos graves, se han encontrado en el hígado lesiones parecidas a las que se encuentran en la atrofia amarilla aguda. Por esto, se ha tratado de apreciar el grado de la enfermedad por el estudio del valor funcional de la célula hepática.

Algunos autores han dosificado la cantidad de amoníaco en la orina, y el exceso de él, en relación con la urea demostraría el estado de desasimilación, y por lo tanto, la gravedad del vómito. Según Williams, la proporción de amoníaco en la orina, no debe pasar de 10%; si sube, hay necesidad de intervenir. Bar, Coranda y otros opinan que el exceso de amoníaco en la orina no autoriza para señalar insuficiencia hepática.

Otros se han fijado en la diuresis, acetouria, ictericia, urobilinuria y pigmentos biliares, en la orina.

IV. La disnea. Debe también tomarse en cuenta, y en general, se opina que con una frecuencia de 30 a 40 respiraciones por minuto, y sin lesión pulmonar, hay necesidad de intervenir, porque esta disnea sine materia es siempre indicio de una intoxicación grave de los centros nerviosos.

V. El examen de la sangre. Ha habido aquí divergencias marcadas. Así, Tuschkaí considera que cuando hay disminución de los glóbulos rojos y la presencia de megalo-blastos en la sangre, el estado es grave y hay que intervenir.

Devraigne, por el contrario, ha demostrado posteriormente, que hay una poliglobulia, la cual sólo sería aparente y debida a la deshidratación del organismo. Chambrelent y Cathala creen que el estudio de la sangre en esta afección no pasa de su iniciación.

Nuestro profesor de Obstetricia, Dr. Monckeberg, ha podido encontrar esta poliglobulia relativa en dos casos, y sin declararse partidario absoluto de ella, le da grande importancia para el pronóstico cuando se acompaña de otros síntomas.

De lo dicho se ve que no puede el médico fijar su conducta por un solo síntoma; es necesario seguir paso a paso la evolución de la enfermedad para formarse un criterio clínico exacto de la gravedad de la enferma.

Resumiendo, podemos decir que estará indicado el tratamiento obstétrico radical, cuando se encuentren reunidos los siguientes síntomas:

- a) Pérdida considerable de peso;
- b) Taquicardia permanente y sobre 100 pulsaciones por minuto;
- c) Disminución considerable de la cantidad de la orina (300 a 400 grs. en las 24 h.);
- d) Poliglobulia aparente que alcance por lo menos a 6.000.000 por mm.

(Continuará)