Año II — Santiago de Chile, 15 de Noviembre de 1925 — N.º 37

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES. — EL NÚMERO, UN PESO

SECRETARIOS DE REDACCION
Drs. Juan Marín
y
A. Rojas Carvajal

SE RUEGA A LOS SEÑORES SUSCRITORES COMUNICAR INMEDIATAMENTE TODA IRREGULARIDAD QUE NOTEN EN EL ENVÍO DE LA REVISTA.

COMITE CIENTIFICO

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

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES
F. de Amesti L. Córdova G. Grant B.
E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto

Director: Prof. O. FONTECILLA

TODO ASUNTO RELACIONADO CON LA ADMINISTRACIÓN DE LA REVISTA DEBE DIRIGIRSE A DELICIAS 1626, SANTIAGO. — TELÉFONO 2844.

Suscripciones:
PARA TODO EL PAIS
Por un año ..... $ 20.—
Número atrasado ..... » 1.50
Las suscripciones son sólo por un año.

SUMARIO

Texto:

II Congreso Nacional de Cirugía.—Discurso del Prof. E. Petit, Presidente del 2.º Congreso de Cirugía.—Discurso del Prof. Pardo Correa, Presidente de la Sociedad de Cirugía.—Primera sesión, Martes 15 Septiembre a las 5.30 P. M.—Segunda sesión, Miércoles 16 de Septiembre a las 5.30 P. M. p. 321.
Sociedades Científicas: Sociedad Médica, p. 378.

Anexo:

J. M. R.—La Sociedad de Cirugía de Chile y el 2.º Congreso Nacional de Cirugía, p. 433.
Sanin.—El Profesor Trongé (1 fig.), p. 434.
El primer directorio de la Sociedad Médica de Chile, p. 435.
Sanin.—El libro del prof. Charlin texto oficial de oftalmología en la Universidad de Guayaquil, p. 435.
Dr. José Ingenieros, (1 fig.) p. 437.
Crónica de John-Boy.—La radiumterapia y la radioterapia profunda en ginecología, p. 439.
El nuevo prof de Anatomía descriptiva, p. 442.
El director general de sanidad y el consejo de higiene, p. 442.
Dr. César Juarros.—Crónica extranjera—Médicos artistas, p. 443.

La Sociedad de Cirugía de Chile

y el 2.º Congreso Nacional de Cirugía

Allá por el mes de Septiembre del año 1923, un grupo de cirujanos de los hospitales de Santiago alentaban la ilusión de formar tienda aparte en el campo científico y encauzar así la producción de trabajos quirúrgicos dentro del verdadero terreno de su arte.

Alma y brazo de aquel movimiento fué el Profesor de Clínica Quirúrgica, Dr. Lucas Sierra, a cuyo impulso vió la luz un manifiesto de los cirujanos de Chile firmado por todos los miembros de la Facultad que profesaban ramos Quirúrgicos.

Jestada al calor de este entusiasmo nació la "Sociedad de Cirugía de Chile". No tuvo esta institución las vacilaciones y los balbuceos de la primera edad. Vino al mundo científico, vigorosa, armónicamente conformada para vencer cualquier obstáculo del camino.

Los cirujanos de provincias se allegaron a ella y concurrieron luego en gran número a la capital en una especie de concentración quirúrgica promovida por la Sociedad.

Se acordó entonces la celebración de Congresos anuales de Cirugía. El primero tuvo lugar en Valparaíso, en Abril de 1924, y fué un éxito definitivo. Los temas del programa fueron abordados con estudio y acopio de observación. Recordamos los concernientes a "La infección biliar", a la "Cirugía en su relación con los accidentes del trabajo", "Los tumores malignos", etc.

El mes de Septiembre del presente año ha reunido por segunda vez a los cirujanos de Chile en un Congreso que se ha verificado en nuestra capital.

De los resultados de este brillante torneo científico dan cuenta los trabajos cuyo resumen publicamos y que tienen la severa elocuencia del estudio, la experimentación y la investigación.

J. M. R.

ARTIGON

Vacuna antigonorreica, polivalente, nuevamente perfeccionada, de conservación ilimitada

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

Medicamento sin igual para el tratamiento de la blenorragia

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

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

En cualquier defecto, sírvanse avisar al representante de la

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

en Chile: Carlos Steinberg SANTIAGO CASILLA 1694

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS

EL PROF. TRONGÉ

Calladamente, sin ostentaciones, como esquivándose de la publicidad aparatosa, ha llegado hasta nosotros el Dr. Faustino J. Trongé, de la Facultad Médica de Buenos Aires.

Es conocida de los médicos chilenos la personalidad de este distinguido clínico obstétrico, de cuya brillante actuación en el Congreso de Sevilla nos han llegado los ecos.

Después de un lustro de profesorado titular en Obstetricia, el Dr. Trongé hubo de someterse a la ley de retiro, y abrió entonces Cátedra extraordinaria en su Servicio del Hospital Pirovano. Los alumnos lo siguen y asisten a sus lecciones atraídos por su enseñanza siempre interesante.

Conversando con él se vé un hombre profundamente modesto y sincero en sus expresiones.

"Nada de nuevo puedo decirle sobre mi especialidad, nos decía hace poco, nada, que no lo sepan Uds. Uds. los chilenos tienen el grave defecto de creer saber menos de lo que saben. ¡Si saben tanto o más que nosotros y que todos!!

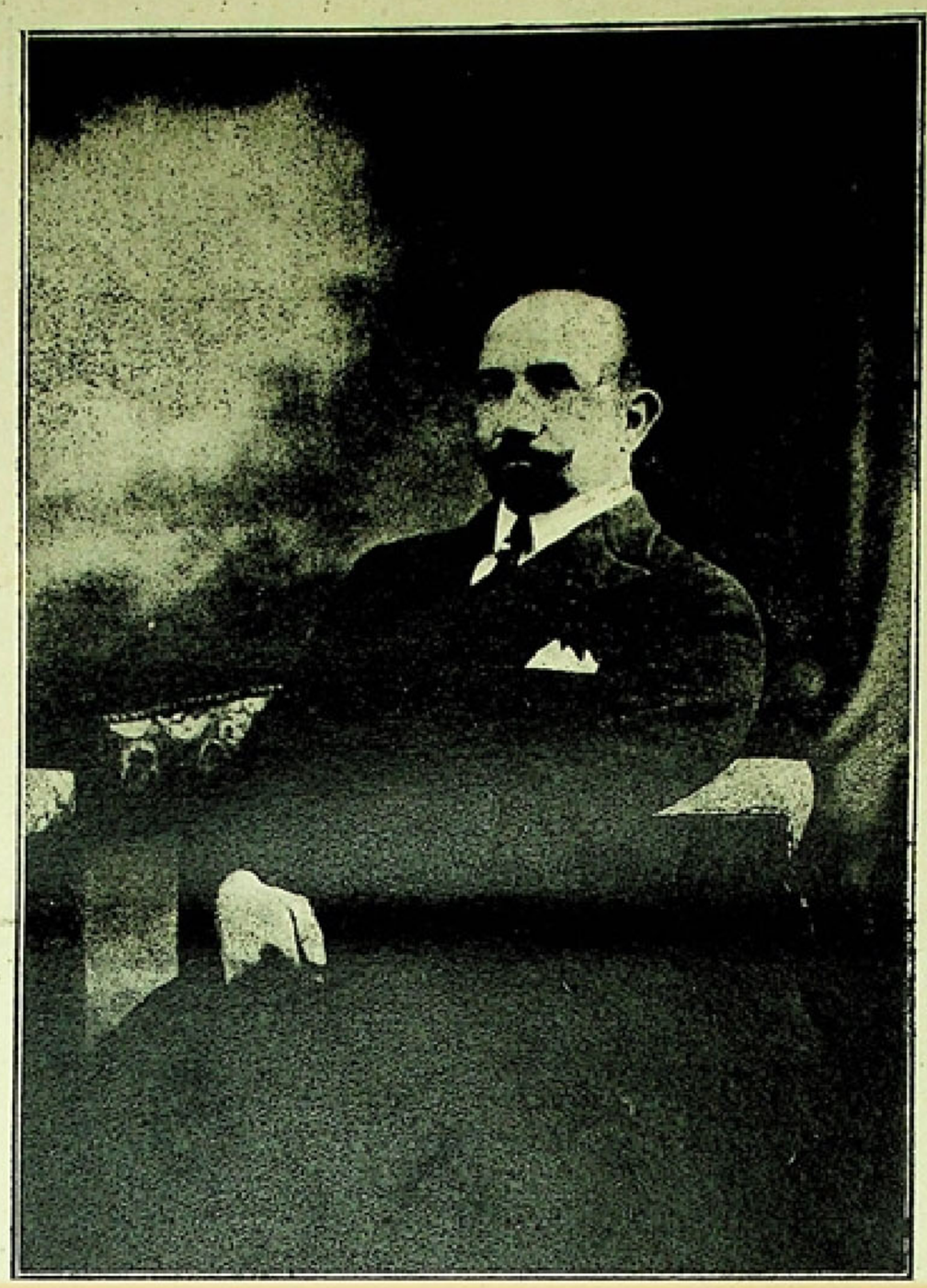
"Yo soy clínico de obstetricia, de modo que puedo decirle con certeza absoluta que no hay ningún descubrimiento actualmente que merezca mencionarse por marcar un punto culminante.

"Tal vez los dos hechos de más trascendencia sean los progresos de la radiografía del útero grávido, y la investigación sobre las endocrinas en sus alteraciones, en el embarazo y sus aplicaciones terapéuticas".

El Prof. Trongé viene a Chile en viaje de paseo y descanso; a pedido especial de nuestra Facultad dictará tres conferencias: una en la Universidad de Chile, que versará sobre "La Profiláxis del aborto criminal", y dos en la Escuela de Medicina sobre "Historia del forceps" y sobre "Distocias sin causa anatómica determinada".

"La Clínica" saluda en el Dr. Trongé a un representante distinguido de la ciencia médica argentina.

Sanin.



DR. FAUSTINO J. TRONGÉ
PROFESOR DE LA FACULTAD, PARTERO DEL HOSPITAL PIROVANO
MIEMBRO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

BIBLIOTECAS UDEC

La Bioplastina Serono en la anemia, oligocitemia y raquitismo

Por el Dr. Francisco Ortoleva (1)

«..... *La* **Bioplastina Serono** *es un reconstituyente verdaderamente eficaz; aumenta rápidamente el número de hematíes; estimula la hematosis y las oxidaciones orgánicas, por cuyo motivo, se origina un aumento del apetito y de los intercambios nutritivos y luego aumento del peso y de las energías del paciente.*

La extraordinaria facilidad con la cual es absorbida, la gran tolerancia que presentan por las mismas los sujetos atacados de las enfermedades más graves, hacen de las inyecciones de **Bioplastina Serono,** *uno de los más estupendos reconstituyentes.*

Después de los resultados obtenidos, nos limitaremos a decir que este medicamento, por su composición y preparación, representa un reconstituyente incomparable e irreemplazable en todos aquellos casos de desnutrición y agotamiento, en los cuales es menester obrar con premura, sin fatigar al poder motriz y secretorio del estómago.

Es eficaz y heróico en todos los convalecientes, en el puerperio y en todos los sujetos desnutridos o debilitados por cualquier causa anemizante»

(1) Revista «*Tribuna Medica Argentina*» Año IX-N.º 101-Febrero 1924, Págs. N.os 562 y 568.

Muestras y Bibliografía a disposición de los señores Médicos

Dirigirse a: **HIJOS DE ATILIO MASSONE**

Calle Claras 205 — SANTIAGO — Casilla Correo 3584

EL PRIMER DIRECTORIO DE LA Sociedad Médica de Chile

El primer fruto de la unión fraternal de todos los médicos de Chile ha sido el brillante resultado de la elección de sus Directores.

Así como los pueblos, las colectividades tienen los dirigentes que ellas mismas se merecen.

El Dr. Aguirre Luco, llevado a la Presidencia de la Sociedad, encarna al right-man in the right place. Es el caballero intachable, el maestro querido de todos sus exalumnos sin ninguna excepción, el hombre que sabrá mantener en los debates la altura y la serenidad obligadas.

Los doctores Castro Oliveira y Mönckeberg, en las dos Vice-Presidencias, significan trabajo intenso, certeza de labor fructífera, preparación científica bien disciplinada.

El primero se ha mostrado ya actuando en el Sindicato; ha triunfado ampliamente. Del segundo, basta recordar su lucida actuación en su reciente jira por Europa y su constante labor en las corporaciones científicas nacionales.

Integran el resto del Directorio, escogidos maestros del aula médica. Los doctores Sierra, Moore, Prado Tagle, Muhm y Pardo Correa, han demostrado durante su larga etapa de profesorado y de profesión tener en alto grado las virtudes necesarias para conducir con mano firme a la institución, que bajo tan buenos auspicios reúne en un solo haz a los médicos chilenos.

El libro del prof. Charlin texto oficial de oftalmología en la Universidad de Guayaquil.

El Profesor Charlin ha recibido recientemente una elogiosa carta de su colega el profesor Tanca Marengo de Guayaquil en que le comunica la adopción de su libro como texto oficial de las clases de c ínica oftalmológica de aquella Universidad.

Guayaquil, 14 de Octubre de 1925.

Colega de todos mis respetos:

He tenido verdadera satisfacción al leer su importante libro "Tratado de Clínica Oftalmológica", que, lujosamente editado, presenta la editorial Salvat, de Barcelona. Y después de haberme detenido a revisar y estudiar prolijamente cada uno de sus capítulos, no podría decir, realmente, cuál de ellos está mejor trazado, ya que con la misma maestría y posesión de la materia ha descrito Ud. temas tan diversos, como vicios de refracción, afecciones de la musculatura extrínseca, neuritis, conjuntivitis, etc., y todo eso con un criterio clínico tan sereno, con una erudición tan vasta, con una precisión y claridad en los detalles útiles, así como una exposición tan clara y justa, que no se sabe qué admirar más en su notable trabajo, si la verdad científica en el fondo o la precisión y claridad en la forma, dominando siempre un sentido clínico y práctico que es, seguramente, lo que más me ha decidido a adoptarlo como texto oficial en los cursos de Clínica Oftalmológica que dicto en esta Facultad.

Reciba, pues, señor Profesor Charlin, la entusiasta felicitación de este, su modesto colega, que le ruega considerarle como su obsecuente amigo y devoto admirador. — **Dr. Tanca Marengo**, Prof. Clínica Oftalmológica, Univ. del Guayas. — Al señor Profesor don Carlos Charlin C.

Sanín.

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

BIBLIOTECAS UC

HEMOSTYL-JARABE
Primera Medicacion especifica de
OPOTERAPIA SERO-SANGUINEA TOTAL
Extraida de animales vivos

Anemias
Convalecencias
Crecimiento
Raquitismo
Tuberculosis
Clorosis
Debilidad
Lactancia
Pubertad

Muestras a disposicion del Cuerpo Médico.

Concesionario para Chile
Am. Ferraris
Casilla 29 D-Compañía 1295
SANTIAGO

·ANTISEPSIA INTESTINAL·
y
·Tratamiento de los Toxi-Infecciones Gastro-Intestinales

BIOLACTYL

= Fermento láctico Fournier =

·Enteritis·
·Diarreas·
·Fiebre Tifoidea·
·Dermatosis·

Laboratorios Fournier Frères
PARIS

Servicios de Agua caliente y de Calefacción Central

Con elementos modernos de la más alta calidad y procedencia

Instalamos en Hospitales, Clínicas, Gotas de Leche, Hospicios, etc.

Siempre tenemos en existencia un surtido interesante de artefactos para iniciar en el acto cualquiera instalación de esta naturaleza.

Ejecutamos instalaciones de Baños y Lavatorios con calentadores automáticos muy sencillos y eficientes.

Solicítenos informes y pormenores en nuestro Depto. Sanitario

MORRISON & Co. - SANTIAGO

ESPECIALISTAS EN ESTOS SERVICIOS

Aparato grande para diagnóstico con válvulas rectificadoras

de la renombrada fabricación

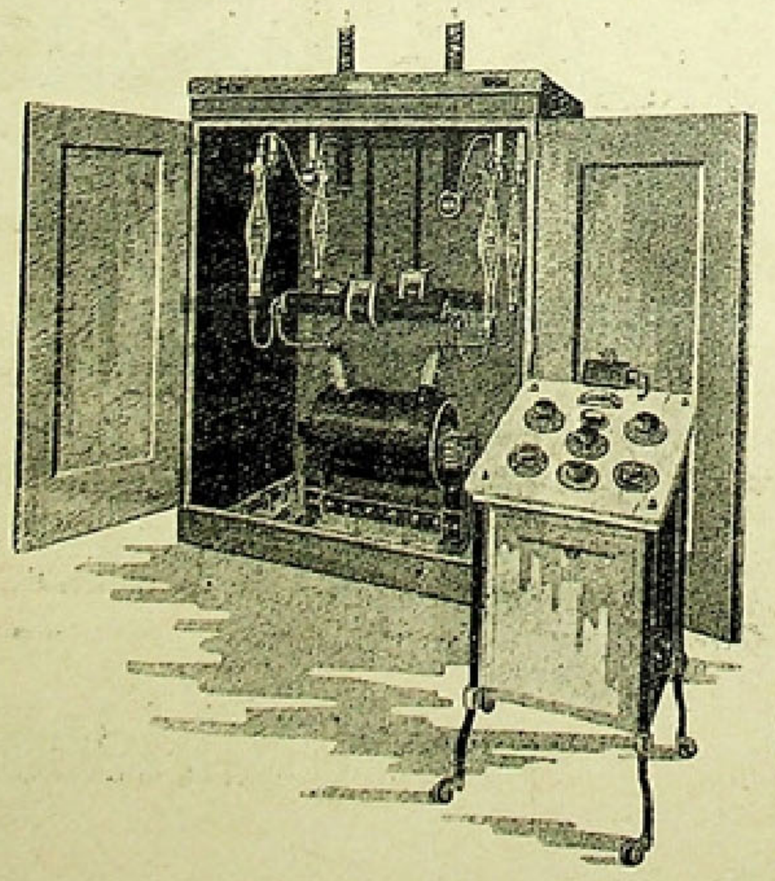
SIEMENS & HALSKE

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

El aparato más potente para el diagnóstico

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

SOLICÍTENSE OFERTAS Y CATÁLOGOS



SIEMENS - SCHUCKERT LTDA.

COMPAÑIA DE ELECTRICIDAD

Huérfanos 1017-1041
Casilla 104-D.

Valparaíso - Concepción
Valdivia - Antofagasta - Iquique

JOSÉ INGENIEROS

Con la muerte del Dr. José Ingenieros, acaecida últimamente, desaparece uno de los valores más sólidos y brillantes del mundo médico latino-americano.

Neurólogo y psiquiatra eminente, filósofo, sociólogo y escritor de alto vuelo, este ilustre argentino deja una obra que por su volumen y su solidez constituye el orgullo de los intelectuales de su patria.

Ingenieros y Rodó han sido, sin disputa, los dos Maestros que más han influído en la orientación de la juventud universitaria de este continente durante los últimos veinte años. Es indudable que representan las más altas cumbres del pensamiento hispano-americano en lo que va corrido de este siglo.

Entre los médicos, el libro más conocido de Ingenieros es **"Histeria y Sugestión"**; entre los profanos, se aprecia muy particularmente **"El Hombre Mediocre"**.

Esta última obra ofrece el más acabado estudio hasta hoy publicado del tipo de hombre que integra la **masa**, en contraposición al hombre superior que compone la minoría selecta o **élite**.

En un estilo que se distingue sobre todo por un vigor extraordinario, Ingenieros nos traza de mano maestra ese espíritu de rebaño que caracteriza al hombre mediocre, con todas las despreciables manifestaciones de inferioridad (envidia, simulación, tendencia innata a la murmuración, a la mentira, a la calumnia, fanatismo, incompresión, etc.) que usa con una tenacidad animal en contra del hombre superior.

DR. JOSÉ INGENIEROS

La vida intelectual de Ingenieros es, en nuestro concepto, un modelo para el médico. Después de dominar a fondo su especialidad, que enriqueció, además, con investigaciones propias, paseó su espíritu potente por todos los dominios del saber humano con una curiosidad fecunda y comunicativa. Alma en perpetua y ágil actividad, se elevó como el que más a la fórmula de perfección señalada por Stuart Mill.

El médico que con un orgullo cretinoide se encastilla en su especialidad, sin querer jamás salir de ella, es un ser que se mutila, que se descalifica desde el punto de vista humano y que con su propia erudición va formando la mortaja de su personalidad.

Es necesario abrir de par en par las ventanas del espíritu a fin de que en el estrecho rincón de nuestra exclusiva preocupación profesional penetre a raudales la luz del cielo.

Sólo así podrá armarse el médico de la compresión amplia, de la tolerancia y del espíritu de benevolencia que, por desgracia, tan a menudo le faltan para juzgar las actitudes y las obras de los demás.

Es necesario que por un constante esfuerzo de voluntad el médico trate siempre de elevarse al plano glorioso de los hombres superiores y se desprenda como de una inmundicia de ese espíritu estrecho de círculo y de rebaño que suele dominarlo.

Y para completar esta obra de auto-educación nada nos es más útil que la lectura del Hombre Mediocre del ilustre Ingenieros.

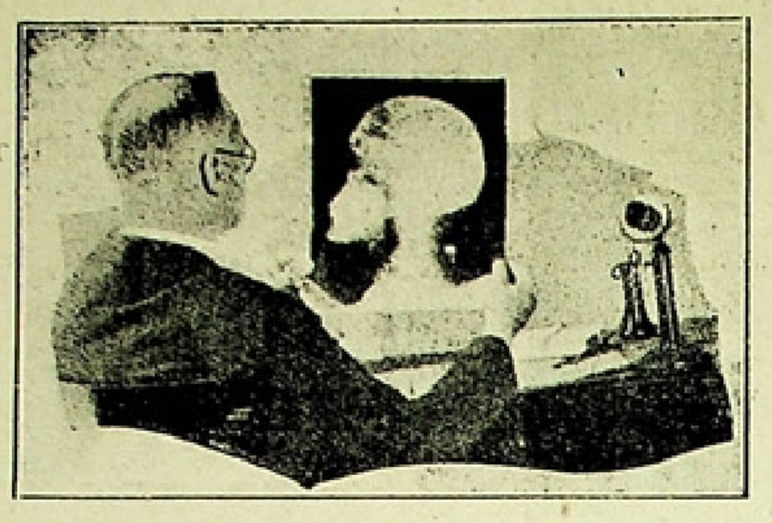
ELIXIR DIXI

EL MEJOR DEPURATIVO DE LA SANGRE

DOSIS: Una cucharada antes de los alimentos.

LABORATORIOS RECALCINE

Películas Antifricción "VICTOR" para Rayos X.



La nueva película **ANTIFRICCION "VICTOR"** para Rayos X, se ofrece a la profesión como un verdadero paso de avance en la fabricación de películas para Rayos X.

El inconveniente que existía en las antiguas películas era el trabajo para manejarlas. Este obstáculo ha desaparecido con la nueva película «VICTOR», pues está fabricada a prueba de marcas por el contacto con los dedos u otras huellas producidas durante el proceso de fabricación.

Esta película resiste el manejo continuo del laboratorio sin que llegue a dañarse.

Su uso significa economía, por la claridad de sus negativos, su fácil manipulación, la carencia absoluta de marcas extrañas y su rapidez.

Las propiedades principales de una película para Rayos X. son:

RAPIDEZ — CONTRASTE — DENSIDAD — DETALLE

Cada una de estas propiedades es dependiente la una de la otra.
La película «VICTOR» posee estas cuatro propiedades en propia escala.
Es la película «Ideal».

VICTOR X-RAY CORPORATION

Fabricantes de Aparatos de Rayos X., Tubos Coolidge y Aparatos de Fisioterapia

Solicite presupuestos e informaciones a sus Representantes:

International Machinery Co.

INGENIEROS-IMPORTADORES

Teléfono 4580 — Santiago, Morandé 520 — Casilla 107-D

Para la curación racional de las inflamaciones ginecológicas crónicas

"SPUMAN"

es el remedio único del médico en el tratamiento de las afecciones vaginales, de la matriz, canal cervical, gonorrea femenina, etc.
«SPUMAN» reemplaza con economía de tiempo los antiguos métodos de curar, como: irrigaciones, cáusticos, taponamiento, pulverización, etc.
«SPUMAN» viene en varitas de 2 diferentes diámetros, y con la siguiente combinación:

puro
con protargol
con nitrato de plata
con ácido tánico, y
con ictiol

«SPUMAN» también se introduce con suma facilidad en la uretra masculina y en el recto, siendo su aplicación sin límites.

LUITPOLD-WERK., München

Para literatura dirigirse a los depositarios en Chile, señores DAUBE y Cía.

¡La Galleta Medicinal!

Los señores médicos pueden pedir informes y muestras gratuitamente a

THE RADIUM CAKES WORKS

OFICINA:
Edificio Banco Anglo 3.° piso-Of. 12-Casilla 2084-Santiago de Chile

Crónica de John-Boy

LA RADIUMTERAPIA Y LA RADIOTERAPIA PROFUNDA EN GINECOLOGÍA

(Trabajo presentado a la Facultad de Medicina para optar al título de Profesor Extraordinario de Ginecología por el Dr. don Eduardo de Ramón).

En la imposibilidad de reproducir totalmente este interesante trabajo, vamos a dar un pequeño extracto de sus puntos principales. Así los colegas que no lo hayan recibido podrán formarse un criterio sobre los puntos que abarca. El interés principal de esta tesis consiste, como el título lo indica, en una revista general sobre la materia, poniéndola al día, y además, en que se deja constancia de todo lo hecho en el país hasta este momento en ese sentido.

Consta, aparte de las observaciones, de cuatro capítulos:

En el 1º trata de las propiedades físicas de los elementos radiantes y analiza en él en detalle dichas propiedades referentes a los rayos X y al radium y las condiciones de su aplicación.

El 2º capítulo se refiere a la acción biológica de las radiaciones y está subdividido en varios párrafos que tratan de la acción de las radiaciones sobre la célula normal, sobre la célula cancerosa y sobre el aparato sexual femenino. Indica aquí la acción eléctrica de las radiaciones sobre ciertos elementos celulares, dejando indemnes a otros, punto principal en que se basa toda la terapéutica radiante. Cita la ley de Bergonié y Tribondeau llamada ley de correlación entre la fragilidad roentgeniana de las células y su actividad reproductiva. Así, la acción de los rayos X y de los rayos emitidos por el radium se hace más manifiesta sobre las células en su período kariokinético, razón por la cual hoy día se prefiere hacer una aplicación de una dosis menor que la usada antes, pero por mayor número de horas o días: en esta forma son mejor atacadas por las radiaciones las células enfermas, que se hacen menos resistentes cuando entran en actividad reproductiva. Los tejidos en actividad kariokinética persistente son extremadamente sensibles, ejemplo, los centros germinativos de los órganos linfoideos, la capa germinativa de la epidérmis, la raíz del pelo. En cambio, son, podemos decir, indiferentes a los rayos las células cuya actividad reproductora es muy lenta o nula: células ganglionares, nerviosas, musculares, glóbulos rojos. Sobre los tejidos patológicos, ejemplo, los neoplasmas, obran tanto más eficazmente cuanto mayor sea su proliferación. Los epiteliomas y los sarcomas, cuyas células no tienen función definida fuera de la reproductibilidad, son muy frágiles a los rayos. En cuanto a los ovarios, la acción de los rayos es intensamente destructiva de las células de la capa granulosa de los folículos y sobre los óvulos en maduración. Sobre los fibromiomas obran los rayos no sólo influenciando los ovarios sino el tumor mismo: las fibras musculares disminuyen considerablemente de número y se produce una endoarteritis obliterante de las arterias de la mucosa. Esta acción hemostática explica su acción sobre las metritis hemorrágicas.

En el capítulo 3º se trata de la utilización de las radiaciones en ginecología, pasando en revista el tratamiento del cáncer del útero, en el cual se discute la primacía de la operación o de las radiaciones; y se señalan numerosas estadísticas de los principales cirujanos y radiólogos de renombre mundial. El fruto de esta discusión está concisamente señalado en las conclusiones del trabajo. Se estudia, en seguida, el tratamiento de los sarcomas y de los fibro-miomas. Respecto a estos últimos se hace un estudio analítico semejante al del cáncer, señalando estadísticas y precisando las indicaciones operatorias y las radiológicas.

Señala como punto importante la precisión del diagnóstico, elemento esencial para no ir a un fracaso. Después se analiza el tratamiento radiológico de las metritis hemorrágicas, de las anexitis, de la peritonitis tuberculosa, vegetaciones vulvares y reumatismo blenorrágico. Termina este capítulo con el estudio de la acción de los rayos

BIBLIOTECAS UdeC

Siempre que le sea posible

PREFIERA LAS AUTOVACUNAS

En mi Laboratorio las obtendrá rápidamente y preparadas en las mejores condiciones que es posible exigir en la actualidad.

DR. LEONIDAS CORONA

LABORATORIO CLÍNICO

DELICIAS 868 — SANTIAGO

TABLETAS

Togal

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

M. Schmidt y Cía.

Münnich-Alemania

Representante exclusivo para Chile

ROBERTO SILVA Z.

Ex-Cónsul de Chile en Alemania

BOTICA FRANCIA

Goyénèche, Vidon y Cía.

Estado 154 - Santiago

LABORATORIO CLÍNICO DEL

DR. LEONIDAS CORONA

SANTIAGO, DELICIAS 868

DETERMINACIÓN DEL METABOLISMO BASAL

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

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

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

LABORATORIO CLINICO DEL

Dr. Leonidas Corona T.

SANTIAGO — DELICIAS 868

Servicio de diagnóstico de la sífilis

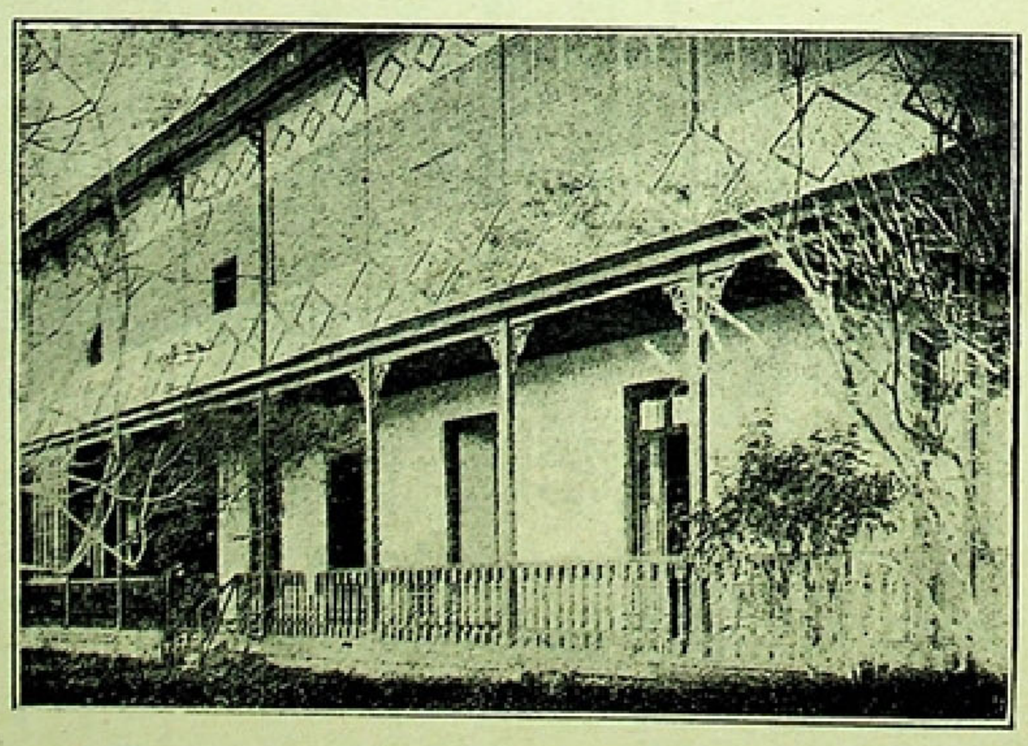
REACCIÓN DE WASSERMANN

EXAMENES ULTRAMICROSCÓPICOS

INSTITUTO DE SALUD

CISTERNA

(Población Nueva España)



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

DIRIGIDO POR EL

DOCTOR FONTECILLA

SANTIAGO — DELICIAS N.º 1626

ELECTROTERAPIA, HIDROTERAPIA, ETC.

en el carcinoma de la mama, en el cual concluye recomendando, después de estudiar importantes estadísticas, la cirugía amplia seguida de radioterapia post-operatoria. En los casos irradiados después de operados, se obtiene un mayor número de sobrevidas que en los no irradiados.

Por fin, el capítulo 4º trata de la técnica de las radiaciones. Se refiere primero a la técnica de la radioterapia profunda en las diferentes afecciones ginecológicas, especialmente en el cáncer del útero, en los fibromiomas y metritis hemorrágicas. Descubre la técnica seguida por los principales radiólogos y la del Instituto Sanitas, de Santiago, donde ha hecho tratar sus enfermos. En seguida señala la técnica de utilización del radium en las mismas afecciones. Discute la de Regaud como tipo y algunas otras y detalla después la que el autor ha seguido, usando los tubos de radium del Instituto Sanitas.

En la parte destinada a las observaciones, describe 16 casos de tratamientos de cánceres inoperables del cuello uterino por medio del radium, en 10 de los cuales se hizo después radioterapia profunda; 2 de cáncer de la vulva, 2 de fibromioma y 1 de metritis hemorrágica. Hace al final un resumen y comentario de dichas observaciones, del cual extractamos lo siguiente: de las 16 enfermas de cáncer uterino inoperables, algunas con su afección muy avanzada, se mantienen bien hasta ahora, con sus lesiones totalmente cicatrizadas, 9. A pesar de reducirse a poco más de la mitad de los tratados el número de enfermas actualmente sanas, tenemos el derecho de decir que hemos obtenido un buen éxito, como no lo habríamos logrado con ningún otro tratamiento. Todas estas enfermas tienen su lesión cicatrizada, por consiguiente, no hay ni hemorragias ni secreciones. Tampoco hay dolores, que en muchas de ellas eran intensos antes del tratamiento. Todas han recuperado sus fuerzas, la mayoría ha engordado apreciablemente, y desempeñan todas sus labores habituales. Varias de ellas tienen ya alrededor de año y medio de curación. El poco tiempo que hace que comenzamos a usar el radium hace imposible sentar conclusiones respecto al porvenir de nuestras 9 enfermas. **Contentémonos por ahora con constatar su curación clínica y dejar constancia de que la radiumterapia, seguida de radioterapia profunda, es actualmente el único tratamiento capaz de tal resultado.**

De las 2 observaciones de fibromioma, ambas tratadas con radium, 1 sanó completamente con radium solo; la otra, debido a que el núcleo miomatoso estaba desarrollado a expensas de una sola cara del útero, no obtuvo sino resultado temporal, teniendo que hacerse después varias sesiones de radioterapia profunda hasta dominar definitivamente el proceso.

El caso de metritis hemorrágica curó bien.

De los 2 carcinomas de la vulva uno fué operado e irradiado después con buen éxito hasta ahora, hace ya más de 1 año. El otro era muy avanzado, se le aplicó radium sin resultado. Son cánceres poco sensibles a las radiaciones.

Las conclusiones son las siguientes:

1. **Cáncer del útero.** — En el cáncer **operable del cuello del útero** las estadísticas demuestran una equivalencia de valores entre el tratamiento quirúrgico y el radium o radioterápico o su combinación. Sin embargo, en el momento actual, la mayoría se inclina aún por la cirugía, seguida de radioterapia profunda post-operatoria.

El radium pre-operatorio podría estar indicado en los casos en que el mal estado general contraindique por el momento la operación.

Cuando haya contraindicación operatoria absoluta, la terapéutica radiante adquiere un valor positivo y único.

En la forma inoperable el mejor tratamiento paliativo, y a veces también curativo (7% a lo menos), es el de las radiaciones.

El cáncer del cuerpo del útero es principalmente quirúrgico. Será irradiado sólo cuando haya contraindicación operatoria.

2. **Cáncer de la vulva y vagina.** — En un comienzo cirugía amplia seguida de radioterapia. Muy avanzados, radium o radioterapia.

3. **Sarcomas genitales.**—Redioterapia especialmente.

4. **Fibro-miomas.** — Radium o radioterapia profunda a lo menos en un tercio, especialmente los de tamaño mediano, más o

"Vacuna Antipiógena Polivalente Bruschettini"

Dr. ROBERT SIEGEL
Lundi, Mercredi, Vendredi
de 1 h. a 1/2 à 3 h.
et sur rendez - vous
10, Rue Pelouze (VIe)
Téléphone: Wagram 45-12
PARIS

Paris, 11 Août 1920.

Tengo el placer de informar a Usted que me he servido, en enfermos de mi clientela, de las diferentes vacunas preparadas en Génova por el Prof. Bruschettini.

He usado contra la tuberculosis el **"Siero Vaccino"** y el **"Vaccino Curativo"**; he usado con pleno éxito el **"Vaccino Antigonococcico"** y el **"Vaccino Antipiogeno Polivalente"** y siempre tanto yo como mis enfermos no hemos podido sino felicitarnos por el uso de tales diferentes vacunas.

Estas tienen la enorme ventaja de no provocar en ningún caso reación alguna, lo que permite afirmar, además de su poderosa eficacia curativa, su absoluta innocuidad.

Firmado: R. Siegel.

Dr. EDGAR BION
Mardi, Jeudi, Sámedi
sur rendez-vous
5, Rue Vavin (VIe)
Téléphone: Saxe 01-90
PARIS

Paris, 5 Août 1920.

Me felicito haber experimentado los preparados que el Prof' Bruschettini ha querido poner a mi disposición.

Casos de tuberculosis evolutiva han sido netamente detenidos por el **"Siero Vaccino"** y por el **"Vacino Curativo"** del Prof. Bruschettini, aplicados conjuntamente con el **"Polivaccino Antipiogeno** (para las formas vacilosas)" y se encuentran en la actualidad en vías de curación.

He usado el **"Vaccino Antigonococcico"** y el **"Vaccino Antipiogeno Polivalente"** de Bruschettini, en varios casos de metritis catarral crónica hasta ahora rebeldes a todas las curas comunes y he obtenido resultados medicamentosos inesperables.

Me he servido de este mismo **"Vaccino Antipiogeno Polivalente Bruschettini"** ya sea por inyecciones hipodérmicas, como por inyecciones endovenosas en las complicaciones graves de la influenza y en algunos casos de neumonía franca aguda y la eficacia de la vacuna ha sido tan rápida que no deseo sino continuar su uso.

Debo decir, además, que en ningún caso estas vacnnas han producido reacciones febriles apreciables: me complazco en haber podido comprobar personalmente su completa inocuidad.

Firmado: Dr. E. Bion.

Muestras y Bibliografía a disposición de los señores Médicos

DIRIGIRSE A: **Hijos de Atilio Massone**

Claras 205 — SANTIAGO — Casilla 3584

menos regulares, hemorrágicos. También los de tamaño mediano, más o menos regulares, hemorrágicos. También en obesas, cardíacas, diabéticas, etc. El resto: los de excesivo volumen, los pediculados, los complicados de anexitis, etc., deben operarse.

5. **Metritis hemorrágicas.** — Radium o radioterapia, después de agotar todas las demás terapéuticas durante el período de actividad genital. Preferentemente cerca de la menopansia.

6. **Anexitis.** — Contraindicación absoluta de radiaciones en los casos agudos. Reservarlas, especialmente la radioterapia, para los casos crónicos vecinos a la menopausa.

7. **Carcinoma de la mama.** — Cirugía amplia primero, radioterapia post-operatoria.

Finaliza el trabajo una abundante bibliografía, a la cabeza de la cual señala el autor su asistencia en Paris, durante el año 1923, a un Curso de Radiumterapia y de Radioterapia quirúrgica, y a conferencias relacionadas con la materia motivo de su actual trabajo.

EL NUEVO PROFESOR DE ANATOMÍA DESCRIPTIVA

En la vacante dejada por el Profesor Vargas Salcedo ha sido nombrado el Profesor Extraordinario, Dr. Gustavo Jirón.

Los méritos reconocidos del Dr. Jirón lo impusieron desde el principio como candidato único a la Cátedra de Anatomía y la Facultad no hizo sino ratificar por unanimidad esta situación.

Damos en seguida una nómina de los antecedentes presentados por el nuevo Profesor:

1.—En 1915 ayudante ad-honorem de Anatomía del Prof. Aguirre Luco.

2.—En 1916 ayudante de Anatomía, en propiedad, del mismo Profesor.

3.—En 1917 prosector de Anatomía.

4.—En 1917 Jefe de Trabajos prácticos de Anatomía.

5.—En 1916 y 1917, ayudante de Anatomía del Inst. de Educ. Física.

6.—Desde 1918 hasta 1922 Profesor de Anatomía del curso Militar de Gimnasia.

7.—En 1919 Médico Cirujano.

8.—Desde 1920 Conservador del Museo de Anatomía.

9.—En 1922 Profesor Extraordinario de Anatomía Topográfica; ha dictado su curso durante los años 1922, 23 y 24.

10.—En Noviembre de 1920 y Noviembre de 1922, reemplazó al Prof. Vargas Salcedo en su curso de 2º año de Anatomía.

11.—Reemplazó al mismo Profesor en el semestre de verano de 1924 hasta tomar el examen de Bachillerato.

12.—Nombrado recientemente Profesor interino de Anatomía Artística de la Escuela de Bellas Artes.

13.—Ha publicado varios artículos sobre temas de Anatomía en la Revista Médica de Chile.

14.—"Anatomía Descriptiva y Topográfica del Bazo", tema de Memoria presentado a la Facultad de Medicina para dar examen de Profesor Extraordinario.

15.—"Anatomía y Topografía del Bazo", tema anterior ampliado con nuevos datos y presentado al Congreso Médico de Sevilla.

16.—Dicta actualmente como Profesor interino la cátedra dejada vacante por el Profesor Vargas Salcedo.

EL DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD Y EL CONSEJO DE HIGIENE

De acuerdo con el Código Sanitario que entra a regir por el decreto ley Nº 602, recientemente dictado, la Dirección General de Sanidad estará a cargo del Servicio de Salubridad pública; se crea, además, un Consejo de Higiene que cooperará a la labor del Servicio de Salubridad pública a cargo de la Dirección General.

Para Director General de Sanidad ha sido designado el Profesor Dr. Lucas Sierra, que desempeñaba igual cargo, de acuerdo con las disposiciones anteriormente vigentes, y en cuanto al personal del Consejo de Higiene ha sido integrado de acuerdo con disposiciones expresas del Código Sanitario, con las siguientes personas:

El Dr. Mamerto Cádiz como Profesor de la Facultad de Medicina, por cinco años, y hará las veces de Presidente del Consejo.

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

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

ALIVAL

YODO ORGÁNICO

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

Envases de origen:

Tubos de 10 y 20 Tabletas a 0,3 g.

Cajas de 5 y 10 Amp. a 1 g. Alival

ANESTESINA

Anestésico local duradero,

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

Dosis:

al exterior: al 5—20% o pura.

al interior: 0,25—0,25 gr. antes de las comidas.

Sólo servimos la Anestesina pura (en polvo)

SABROMINA

BROMO ORGÁNICO

insípido.

De tolerancia perfecta y acción eficaz

Antiespasmódico y sedante.

Envase de origen:

Tubitos con 20 tabletas de 0,50 gr. cada una.

2 tabletas de 2 a 4 veces al día.

SALIRGÁN

Marca Registrada

solución estéril al 10 por ciento de compuesto mercúrico complejo del salicilalilamido-o-acetato sódico

Poderoso Antiluético y Diurético

INDICACIONES:

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

Envases de origen:

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

Literatura y muestras a disposición de los señores médicos.

HIPOFISINA

acreditado

Tónico uterino

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

Envases de origen:

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

PERLAS DE VALIL

Remedio calmante

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

Envase de origen:

frasco de 25 perlas de 0,125 gr.

2—3 veces al día 2 a 3 perlas después de las comidas.

TUMÉNOL

Preparado de Brea

bituminosa sulfonada

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

Dosis:

Pomadas: 1—20% tintura, pinceladas, etc. La mejor forma para recetas: Tumenol amónico. No servimos ningún preparado oficinal de Tumenol.

El Dr. Lucio Córdova, como miembro de la Sociedad Médica, por cuatro años.

Don Domingo Tocornal Matte, como propietario de bienes raíces, por tres años.

Don Carlos Altamirano, como funcionario superior del Servicio de Salubridad, por dos años.

Don Germán Riesco, como abogado, por dos años; y

Don Carlos Gigliotto, como Profesor de la Escuela de Farmacia, por un año.

CRÓNICA EXTRANJERA

MÉDICOS ARTISTAS

Por iniciativa del Dr. Mesonero Romanos, Director de la revista profesional "Vida Médica", durante el próximo Otoño se celebrará en Madrid, el primer Salón Nacional de Médicos artistas. Los anuncios de envío recibidos diariamente aseguran un éxito de sorpresa. Son muchos los médicos que cultivan la pintura, la escultura, la música, etc., privadamente, humildemente, místicamente.

Como España es el país de los refranes perjudiciales y entre ellos abundan los embrutecedores, hace tiempo debiera haberse emprendido tenez campaña para borrarlos de la memoria de las gentes. No son síntesis de la ciencia de vivir, ni siquiera itinerarios para caminar gallardamente por el mundo. Breviarios de egoísta individualismo, tratado de gramática parda, guía para pasear entre bardas, traducen siempre actitudes de pequeña conveniencia, poltrona y anastésica. Basta la ronquera, han gritado y gritan nuestros filisteos. ¡Zapatero a tus zapatos! con lo que quiere pregonarse la quietud espiritual, la monotonía del esfuerzo, el malgaste de los ocios.

Nadie, sea el que sea su temple mental, puede resistir una labor de todas las horas. Newton jugaba al ajedrez para descansar de los trabajos matemáticos. Más cerca de nosotros, Cajal, pinta, hace fotografías artísticas, escribe cuentos, etc. Lo que da idea de la calidad de un hombre en el empleo de sus ocios.

Aturdidos por el vocerío dañino del dañino refrán, centenares de médicos hacen arte clandestinamente. Temerosos de que pueda acusárseles de no ocuparse de la profesión todo lo asiduamente que su dificultad requiere, ocultan que aman la belleza.

Esta cobardía espiritual debe cesar y cesará por obra y gracia del salón que se prepara. Entre un galeno que ocupe sus horas de reposo torturando el mármol de un velador con las fichas del dominó y otro que enfrentado con una puesta de sol, intente perpetuar la emoción que le produjo, a través de una técnica artística, no cabe dudar. Es forzoso que la masa se de cuenta. Sin afán de hacer paradojas, puede afirmarse que el cultivo de una bella arte debiera ser obligatorio en los médicos. Con antídoto contra las hipertrofias y deformaciones intelectuales producidas por la especialización sistemática. De igual manera que el buen deportista hace gimnasia compensadora como medio de combatir los desnivelamientos, las desarmonías orgánicas, cansados por el trabajo excesivo de determinadas regiones musculares con relación al resto del organismo.

Cultivo del arte en un médico querrá decir siempre agilidad mental, noble inquietud, compresión, buen gusto. Todo lo contrario que la obsesión del tresillo o el chismorreo despiadado en la tertulia de un casino o de un café.

Presenta, por tanto, singular importancia el Primer Salón Nacional de Médicos Artistas. Para ellos y para los profanos. Ventajoso será para aquellos verse estimados desde distinto punto de vista de lo que lo fueron hasta aquí, sus afanes por ennoblecer los ocios. Para los pacientes porque les facilitará una percepción más aguda del significado de la medicina de su misión y de los senderos a seguir para cumplirla.

Hay que no olvidar cómo la medicina española no rinde aún todo el beneficio colectivo de que es capaz por falta de ambiente propicio.

Dr. César Juarros.

Madrid, 1925

EL INSTITUTO MÉDICO TÉCNICO SANITAS

después de múltiples ensayos y escogiendo el mejor de los procedimientos acaba de preparar la

"Vacuna Anti-Tífica Preventiva" (T. A. B.)

contra las infecciones tifoídeas y para-tifoídeas

1.º La vacuna está preparada con múltiples razas de bacilos Eberth y paratíficas **aislados en el país.** La inmunidad tifoídea es regional. (Vincent).

2.º **EL PERÍODO ÚTIL Y VÁLIDO** de toda vacuna antitífica es de 6 meses de la fecha de preparación. Estos hechos concretos y demostrados bastan por sí solos para comprobar la superioridad científica de la **Vacuna Anti-tífica Preventiva del Instituto M. T. Sánitas.**

MODO DE ADMINISTRACIÓN:

Cada caja trae 6 ampolletas de 1 cc. con 500 millones, 1,000 millones y 2,000 millones de microbios respectivamente.

Adultos: Una inyección cada 7 días.

Niños de 5 a 12 años: 1/2 de la dosis del adulto.

Niños de 2 a 5 años: 1/4 de la dosis del adulto.

Colivacuna.—Colivacuna yatrenizada del Instituto Sánitas.

Vacuna Atóxica Estabilizada

NÉO-DMÈTYS

Vacuna Anti-Coqueluche Curativa y Preventiva

Cajas de 6 Ampolletas

1.º Tratamiento de la tos convulsiva.

2.º Se debe usar para vacunar a los niños durante las epidemias.

Los Establecimientos **POULENC Frères**

86 y 92 Rue Vieille-du-Temple — PARIS

DIGIBAÏNE

Compuesto Tonicardíaco

Asociación Digitalina-Uabaina

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

DIGITALINA — Modera y regulariza.

UABAINA — Refuerza.

Acción Tonicardíaca completa

Laboratoires Deglaude - Paris

ALMORRANAS

VARICES

MENOPAUSA

Menovarine

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

Laboratoires Mondolan PARIS

AGENTE PARA CHILE:

CASILLA 61 — **J. B. DIDIER** — SAN PABLO 1340

SANTIAGO

32.660.—Imp. Chile, Morandé 767. Santiago

II CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA

Sesión inaugural celebrada en el Salón de Honor de la Universidad de Chile, el Martes 15 de Septiembre de 1925 a las 11. A. M.

Discurso del Prof. E. Petit, Presidente del 2º Congreso de Cirugía

Señores Ministros, señor Rector; mis queridos colegas:

Después de cerca de cuarenta años de ejercicio profesional, ya muy pronto a la jubilación, vuestra benevolencia ha querido coronar mi carrera llevándome a este puesto de honor; os lo agradezco sinceramente.

Y ya que en mi larga carrera he tenido forzosamente que estar ligado a la evolución que ha experimentado entre nosotros la cirugía, deseo recorrer rápidamente lo que ha sido y lo que es la Cirugía en Chile. Seré muy breve.

Ante todo, debo declarar, desde lo más íntimo de mi alma, que no son los hombres los que han cambiado y que los cirujanos de entonces no valían menos que los actuales; muy lejos de eso: si tomamos en cuenta los medios de que ellos disponían y los de que dispone el cirujano actual, no sé, francamente, en favor de quienes se inclinaría la balanza de la justicia y quiénes eran más dignos del título de cirujano, en la acepción completa de la palabra.

Y quiero recordar a esos hombres, quiero que los cirujanos jóvenes que nos han honrado acudiendo presurosos a nuestra invitación, conozcan siquiera de nombre a aquellos que honraron las cátedras que sirvieron.

Debemos recordar, pues, con respeto y admiración, y muchos de nosotros con profundo cariño, a nuestros maestros y precursores, a los Thévenot, Sazie, Rojas, Aguirre, Saldías, Barros Borgoño, Carvallo, Korner y tantos otros.

Es muy fácil en la época actual, con los medios de investigación que tenemos a nuestra disposición, con los conocimientos biológicos modernos y con el instrumental que poseemos, criticar los procedimientos operatorios antiguos; pero pongámonos en las condiciones en que ellos se encontraban y, francamente, nuestra crítica desaparecerá y veremos que los cirujanos chilenos de aquella época estaban tan al día de la cirugía de su tiempo como lo estamos nosotros de la actual cirugía moderna.

La asepsia, que reemplazó a la antisepsia, la perfección del instrumental, la introducción de una técnica más perfecta, ha permitido a la cirugía moderna las operaciones más atrevidas y ningún órgano, puede decirse, está fuera del alcance del cirujano.

Así como nuestros antiguos maestros se atrevieron en Chile a practicar las operaciones más grandes de su tiempo, así podemos decir con orgullo que no hay operación que no sea de práctica corriente en nuestros hospitales, desde las intervenciones sobre los centros nerviosos cerebro y médula, hasta las intervenciones sobre el corazón, los grandes vasos, el pulmón, los injertos óseos, tendinosos, aponeuróticos y todas las operaciones de abdomen. Diré más, muchos han perfeccionado la técnica de algunas operaciones.

Pero debo agregar que existe actualmente un progreso más. Desde algunos años ya no nos conformamos con lo aseverado por los maestros de otros continentes, ya, permítaseme la expresión, no engullimos los alimentos sin masticarlos, ya ahora ha entrado el espíritu de asociación para comunicarnos nuestras observaciones y discutimos con serenidad de espíritu cada caso propuesto.

Del estudio, de la discusión de estas observaciones, se desprende un criterio propio, un criterio personal, y llegaremos, poco a poco, a formar nuestra escuela, así como los países viejos han formado la suya.

La fundación de varias asociaciones médicas en todo el país ha hecho nacer el espíritu de trabajo, ha producido emulación entre los médicos y ya hemos sentido la necesidad, no ya de cambiar ideas entre los colegas de una ciudad, de un hospital o de una asociación, sino que, extendida nuestra esfera de acción, nos reunimos todos los médicos del país para estrechar nuestros vínculos científicos. De este movimiento nació el año pasado el I Congreso Nacional de Cirugía, cuya sede fué Valparaíso; hoy día inauguramos el II Congreso de Cirugía y hago votos porque su éxito sea tan grande como el anterior.

Y no hay ninguna razón para que este éxito sea sólo una esperanza, basta ver la lista de trabajos presentados, el nombre de los relatores, la lista de los miembros adherentes, para augurar sesiones beneficiosas para todos.

Agradeciendo nuevamente el honor que me ha sido discernido al llevarme a la Presidencia, tengo el agrado de presentar a todos nuestros colegas de provincia nuestra sincera bienvenida, deseándoles grata permanencia entre nosotros.

Agradezco especialmente a los señores Ministros, al señor Rector y a los representantes de las diversas asociaciones científicas del país, el haber honrado con su presencia la sesión inaugural del II Congreso de Cirugía Chilena.

Declaro abierto oficialmente el II Congreso Nacional de Cirugía.

Discurso del Prof. Pardo Correa, Presidente de la Sociedad de Cirugía

Señor Ministro, señor Decano, colegas:

La idea de reunir a los que cultivan la misma rama de una ciencia, es relativamente moderna. A medida que las relaciones entre los pueblos y los individuos se han hecho más fáciles, merced a múltiples adelantos, ha crecido el convencimiento de las ventajas que proporciona aún para los más grandes sabios la cooperación de otros hombres que cultivan sus mismas ciencias, ensanchando así su horizonte, reuniendo mayores datos o apreciando el mismo hecho, pero desde distinto plano. Esta cooperación ha sido el origen de los Congresos que en las ciencias médicas, podríamos decir, fueron inaugurados con el Congreso de Higienistas en 1851, en Bruselas.

¿Qué necesidad ha precedido a la formación de ellos? ¿Qué razón los inspira?

¿Si pensamos que en los siglos anteriores al XIX, todos los grandes descubrimientos y sus aplicaciones a las ciencias y a las artes fueron producidos por sabios que en sus laboratorios, mediante profundos estudios, a veces de una vida entera, ampliaron los conocimientos humanos hasta límites imprevistos, o señalaron rumbos hasta su época desconocidos? ¿Si los sabios que la humanidad reverencia como los faros de su progreso han luchado solos y a veces contra ella, para lograr sus fines? Hay una razón que, aparentemente, justifica las necesidades de estas nuevas orientaciones e indica la cooperación de todos los cultivadores de una misma rama científica, y es la convicción universal de que el progreso es la resultante del trabajo de muchos, desde el modesto labrador, hasta el que hace descubrimientos que podríamos llamar geniales. Todos instruyen, estimulan, aclaran el camino y producen una orientación en el sentido del progreso.

La evolución, que es el medio de perfeccionar, no se puede precipitar, y si a veces sufre retardos o hay circunstancias que la precipitan, obedece siempre a una ley de continuidad, de donde proceden invariablemente todos los cambios que suceden o que se realizarán.

En nuestros días, de rápidas evoluciones, en que los medios de traslación que asombraron a nuestra juventud nos parecen inadecuados a nuestras actividades, no podemos vivir aislados. Ni aún el sabio que a la sombra de su laboratorio hace útil trabajo, no produce obra exclusiva de su cerebro y esfuerzo. A su lado, o lejos de él, en esque-

mas o fragmentos aislados, existe la idea, existen las investigaciones de muchos que rivalizan en producir la forma definitiva, que será la suya.

Lo que antes fué una resultante del medio en esa época, es también una razón en la nuestra. Convencidos de la insuficiencia de nuestros limitados medios, en el orden de los conocimientos, apelamos al de los otros, para cambiarlos o modificarlos, y obtener un avance más rápido en nuestras investigaciones o estudios.

La evidencia de los resultados obtenidos, ha multiplicado las reuniones de los que se interesan por una ciencia o arte en todos los países.

En el deseo de acumular mayores conocimientos, los Congresos tuvieron siempre en sus comienzos un carácter internacional, reuniendo, por decirlo así, la síntesis de los conocimientos humanos en cada época.

Las dificultades para organizar y mover tan vastas organizaciones, que no están en relación con los resultados obtenidos, lógicamente han producido su limitación, celebrándose con intervalos de años, a fin de llevar a ellos, lo definitivo, reuniéndose más frecuentemente los individuos de una raza o un país en Congresos periódicos.

Estas reuniones han contado siempre con la simpatía de los pueblos, y a veces, países distanciados entre sí envían sus representantes a tomar parte en sus discusiones. En todos se dejan a un lado los intereses políticos, religiosos o locales. El mutuo respeto y la tolerancia recíproca, engendran la justicia, hacen desaparecer prejuicios y de émulos celosos hará colaboradores ardientes, porque la ignorancia es debida a estrechez de horizonte mental, y para los que viven en valles muy profundos se levanta el sol muy tarde o no se levanta.

Cuando en 1889, siendo estudiantes, asistimos emocionados al primer Congreso Médico Chileno, que coincidió con la inauguración de la entonces monumental Escuela Médica, nuestra actual Escuela de Medicina, y veíamos las figuras venerables de profesores como Aguirre, Murillo, Barros B., Puelma T., Martínez, Valderrama, etc., y a su lado dignos médicos venidos de provincias, como Page, Sotomayor, Mateo Donoso, Molina, Alliende, Fonck, Villaseca y muchos otros, realmente sentíamos en nuestra impresionable imaginación de entonces que la Medicina en Chile iba a dar un gran paso, un avance formidable. Y, efectivamente, lo dió, pudiendo apreciar la magnitud de él los que vimos esa época y la actual.

Después han habido otras reuniones y en cada una de ellas se han obtenido beneficios palpables y han servido para el mejor conocimiento de los médicos entre sí.

Los progresos incesantes de las ciencias médicas han extendido tanto sus horizontes que se ha reconocido la necesidad de limitar cada reunión al estudio de una o algunas de sus ramas. Lo que ha traído la formación de Congresos parciales de Medicina.

Entre nosotros, la fundación de la Sociedad de Cirugía, merced a la vigorosa iniciativa de nuestros más distinguidos cirujanos, favoreció la celebración del primer Congreso de Cirugía, en el año 1924, celebrado en Valparaíso, y que sentó las bases definitivas del que ahora inauguramos.

La Sociedad de Cirugía, que los ha propiciado como un anhelo útil, os envía por mi intermedio, sus más ardientes votos por el éxito de él, y queda firmemente convencida que en esta reunión, como en las anteriores, si no aprendemos cosas completamente nuevas, disiparemos errores y malentendidos, ayudando al progreso de la mutua confraternidad.

De esto no podemos dudar, tratándose de hombres que pertenecemos todos a la Medicina, no pudiendo quedar indiferentes, porque ésta es, de las ciencias, la más humana, como conocimientos teóricos, y también, como arte aplicada.

PRIMERA SESIÓN EN LA SOCIEDAD MÉDICA

Martes 15 Setiembre, 5.30. P. M

Presidieron los Dres. Ant. Tirado, Leonardo Guzmán y Ernesto Green.

Tema oficial. — Abdomen agudo

Dr. Enrique Arancibia B. — Después de hacer ver la inmensa importancia que presentan las afecciones agudas abdominales y el papel decisivo y trascendental que juega el médico en ellas, se concreta al estudio del diagnóstico y tratamiento de las afecciones agudas abdominales de origen anexial y apendicular.

Empezando con las pelviperitonitis, se refiere en primer término a las de origen gonocócico, estudia la manera habitual de presentarse, la sintomatología, el diagnóstico diferencial, especialmente con la peritonitis aguda generalizada; en seguida, contempla la pelviperitonitis de origen puerperal, sus causas más frecuentes, etc. Pasa después en revista el embarazo extrauterino abierto o aborto tubario, las anexitis, los quistes del ovario torcidos, los tumores uterinos, e insiste en la importancia que tiene en todos estos casos, el ejercicio de un buen examen, especialmente de una buena palpación.

Respecto de la apendicitis se limita a recordar que es cosa resuelta y aceptada que el tratamiento quirúrgico debe imponerse siempre desde el primer momento. No así en los casos de abdomen agudo inflamatorio de origen genital, en que hay acuerdo para esperar a que el proceso esté enfriado, después de un tratamiento médico conveniente. Las razones para este temperamento son las siguientes:

1º El gran número de enfermos que sanan sólo con tratamiento médico.

2º El carácter conservador que debe tener la cirugía de las genitales.

3º La gravedad infinitamente menor de las operaciones en frío.

Dr. Guzmán Leonardo. Me voy a referir a una observación muy frecuente en donde yo trabajo. Muy pocas veces he visto el cuadro de abdomen agudo tal como lo describen los clásicos. Pacientes que llegan por sus pies al pabellón nos dan las sorpresas de peritonitis purulentas sin que podamos comprobar en ellos los síntomas alarmantes descritos en los libros. Estos pacientes habrían fallecido si no fuera por la práctica, que enseña que cuadros clínicos leves corresponden a procesos anatomo patológicos gravísimos. En el mes de Julio he visto cuatro casos de peritonitis purulentas que llegan por sus pies en relativas buenas condiciones. No debe, pues, esperarse la reunión de síntomas alarmantes para intervenir; un ligero estado nauseoso, un dolor que empieza a generalizarse, deben hacer intervenir.

En cuanto a la oportunidad de la intervención creo que ésta debe ser precoz en cuanto se haga el diagnóstico, a pesar de la opinión de W. Mayo, quien, de acuerdo con Ochsner, cree que una apendicitis que no se toma antes de las 24 horas no debe ser operada, por los peligros de la generalización de la infección a consecuencia de la intervención.

Aprovecho esta oportunidad para decir que he intervenido en 3 casos de abdomen agudo, sin diagnóstico bien preciso; hice una laparatomía media supra e infra umbilical; en 2 se trataba de torsión de la S ilíaca y en el otro de perforación de una úlcera del duodeno; en 2 casos encontré la vesícula biliar muy distendida tanto, que creí en un ataque agudo de colecistitis, pero investigando más a fondo vi que la primera impresión era errada y que, posiblemente el hígado, en defensa del organismo, elaboraba mayor cantidad de bilis para eliminar una mayor absorción de venenos, o que el esfinter de Oddi se hallaba en espasmo impidiendo el vaciamiento de la bilis, por lo que la vesícula se distiende sin tener lesión real.

Dr. Torres B. Manuel. Hago indicación para que en las formas gangrenosas de la apendicitis se emplee el suero anti-gangrenoso de Weinberg; en un caso que no lo usé perdí el enfermo, en un segundo caso hice la inyección y la enferma está fuera de peligro. Son detalles, pero los creo útiles.

Dr. Sierra Lucas. Insiste nuevamente en que el diagnóstico oportuno de un caso agudo y el tratamiento adecuado, dependen del médico; las primeras manifestaciones son fugaces, luego viene la reacción, a veces completa, tanto, que puede creerse en una mejoría; la facies hipocrática es un síntoma tardío que no debe esperarse.

En su relación, el Dr. Arancibia dice que en las pelvi-peritonitis de origen gonocócico habría ventaja en enfriarlas, mi experiencia es contraria; estas inflamaciones provocan adherencias y obstruyen la trompa; yo he desgarrado el recto y aún la vejiga, lo que me ha hecho reaccionar y opero dentro de la primera semana, bien aislado el foco infeccioso, el peritoneo queda en condiciones de reaccionar. El ideal es detener el proceso inflamatorio obstructivo y destructivo lo

más pronto posible, tan pronto como se haya diagnosticado una salpingitis supurada.

Mientras más pronto se abre el abdomen más fácil es restablecer las funciones de las trompas, deteniendo el proceso destructivo de supuración.

No hay más peligro de propagar o de extender la infección al resto de la cavidad abdominal que el que existe al operar una apendicitis aguda (British Medical Association, 1923).

Hay afecciones renales que se pueden prestar a dudas en el diagnóstico y envenenamientos por el sublimado, etc., que pueden dar síntomas de abdomen agudo, y por último, la tabes.

En cuanto a la oportunidad de la intervención en las apendicitis agudas, soy decidido partidario de la intervención dentro de las 24 o 48 primeras horas.

Dr. de Ramón. En ausencia del Dr. Arancibia no puedo dejar pasar las palabras del Dr. Sierra sin decir algo de mi parte. Sostiene el Dr. Sierra, apoyado en la dolorosa experiencia que ha adquirido de operaciones en frío de anexitis en que las firmes adherencias lo han hecho desgarrar los órganos adheridos, ejemplo, el recto, que las anexitis y pelviperitonitis, especialmente las gonocócicas, deben operarse pronto, a lo más dentro de la primera semana. Yo no quisiera que tal opinión, emitida por tan distinguido maestro, quedara flotando en el ambiente y pudiera ser fácilmente aceptada por los jóvenes que aún no tienen experiencia en esta materia. Justamente, por tratarse de órganos tan nobles como los de la generación, no puede tomarse el mismo temperamento que para el apéndice. Nuestro deber es quitar éste en cuanto se estime enfermo. En cambio, aquéllos sólo serán extirpados cuando estén irremisible y definitivamente perdidos. Felizmente, y salvo casos excepcionales, en que la extraordinaria agudeza del mal, que se agrava cada vez más en horas o en pocos días, nos obliga a intervenir de urgencia, en la inmensa mayoría de los casos el proceso infeccioso anexial o del peritoneo inferior tiende a calmarse después de un comienzo más o menos estrepitoso, y después podemos obtener un gran número de curaciones completas por los diferentes medios de que disponemos, los que hoy día son más eficientes que antes y nos permiten un número considerable de curaciones, que no es, seguramente, inferior al 50 por ciento. Si tras un período más o menos largo, no inferior a dos meses, no hemos logrado el resultado esperado, operaremos, y muy a menudo así las lesiones han retrogradado lo suficiente para hacer operaciones conservadoras. Los casos a que el Dr. Sierra se refiere, con extensas y firmes adherencias, son un número pequeño, dada la frecuencia de la afección. En tales casos, un cierto número de sesiones de diatermia ablanda considerablemente las adherencias. En cuanto a las pelviperitonitis y anexitis supuradas, deben, siempre que sea posible, operarse por la vía baja, por una colpotomía posterior, vaciando el absceso como en cualquiera otra parte del organismo, después de lo cual generalmente se obtiene una completa curación, sin necesidad de una mayor operación, lo que al ser indispensable, no ofrecería el riesgo primitivo.

Dr. Muñoz P. Basilio. De lo dicho por los Drs. Gzmán y Sierra vamos a quedar en la duda si las apendicitis se deben operar dentro de las 24-48 horas y la discusión más se relaciona con la generalización del mal, pero a mi entender, no hemos hablado de la intoxicación, que tiene tanta importancia. Creo que debe extirparse el foco en el mismo momento que se le encuetra, sea cualquiera el tiempo que haya trascurrido. La intoxicación tiene gran papel en la apendicitis aguda, abrir y dejar el foco es una mala práctica.

Creo que la apendicitis debe ser operada desde el momento que se produce hasta el momento que un médico la encuentra.

Dr. Pardo Caupolicán. Todo depende del diagnóstico para intervenir y creo que en las afecccciones genitales agudas no hay tanta urgencia como en las apendicitis.

Dr. Mendoza. La evidencia de algunos casos, me ha enseñado: que en las inflamaciones peritoneales de causa genital, la espera en intervenir no es peligrosa y que la mayoría sanan sin la ayuda del cuchillo. En cambio, las inflamaciones del peritoneo de causa apendicular la espera puede ser desesperante para la vida del enfermo.

En mi práctica, siempre que sospecho una apendicitis, propongo operación y si es aguda y con fenómenos peritoneales exijo la operación.

Siguiendo esta norma, en una enferma anexo apendicular, con gran plastrón en la pelvis y el apéndice en forma de salchicha, extirpé únicamente el apéndice. Dejé un pequeño drenaje, con la intención de operar el resto, cuando haya mejorado el estado general.

El estado de gran intoxicación que tenía la enferma al día siguiente de la intervención desapareció. Retiré dos días después el drenaje. La herida cerró rápidamente. Se le hacían lavados calientes vaginales e intestinales. Tapones de ictiol. Bolsa de agua caliente al vientre. El hecho fué que un mes después estaba casi desaparecido.

Pidió su alta con el compromiso de seguir su tratamiento y que si se sentía mal regresara al Hospital. Dos meses más tarde tuve oportunidad de examinarla y pude comprobar la más absoluta mejoría. No hay adherencias, el útero está libre, se tocan los anexos libres.

La invaginación intestinal en el niño

El **Dr. Gastón Lachaise** lee un interesante trabajo cuyas partes principales copiamos más abajo, fundamentado en 14 observaciones que aparecen reproducidas in extenso en el volumen que editará la Secretaría General del Congreso.

La invaginación es una afección gravísima de la primera infancia, pero, felizmente, relativamente escasa. En estos últimos años ha aumentado su frecuencia visiblemente, aumento que no es real sino relativo, y se debe a que hoy en día se hace el diagnóstico de la afección y antes, en la mayoría de los casos, el diagnóstico sólo se hacía en la autopsia. Este hecho es mencionado por todos los investigadores y lo hemos comprobado en los servicios del Hospital de Niños de Valparaíso. En los primeros años del funcionamiento del Hospital se registraron dos casos y en los dos últimos años nueve casos. En relación a la edad tenemos la siguiente frecuencia: 45,5 por ciento en el primer año, 36,3 por ciento en el segundo año y 18 por ciento en niños mayores de dos años.

La modalidad de la invaginación tiene también su importancia y se diferencian las siguientes variedades: la ileocecal, en que el intestino delgado se introduce dentro del ciego; la forma cecal en que el ciego se introduce dentro del colon ascendente; la forma cólica pura, en que la porción invaginada es habitualmente la terminal, y las invaginaciones del intestino delgado. De todas estas formas, la más grave es la forma cecal, ya que a veces la invaginación se hace de todo el colon hasta cerca de la porción terminal. Según Holt, la proporción es de 70 por ciento ileocecal, 8 por ciento forma cólica y 5 por ciento la forma entérica; según nuestra estadística tenemos 36,3 por ciento ileocecal, 36 por ciento cecal pura, 27,3 por ciento cólica.

Las causas de la invaginación intestinal en el niño son múltiples y casi siempre muy difíciles de determinar. Entre las más comunes figuran en primer término la alimentación hecha con alimentos no apropiados a la edad del niño, especialmente, sopas en los primeros meses de la vida, y otros alimentos espesos en esa misma época; por esto las estadísticas inglesas son las que acusan un mayor número de casos. Mesos del colon ascendente y descendente demasiado largos. Apendicitis. Otras causas menos comunes son Pólipos intestinales, divertículo de Meckel, lipomas, bridas, cuerpos extraños. En un gran número de casos no es posible ni durante la operación determinar las causas de la invaginación.

El síntoma de mayor importancia clínica es el principio brusco de la afección con gritos violentos y persistentes, rítmicos, debido a los dolores abdominales que se acompañan de flexión de los miembros sobre el muslo y de agitación de importancia, muy a menudo los enfermos se revuelcan.

En seguida, tenemos deposiciones con sangre fresca o con mucosidades sanguinolentas; este síntoma, que algunos consideran como patognomónico, aparece desde las primeras horas, mucho antes de que sea posible palpar el rodete característico formado por la porción invaginada. Este síntoma suele faltar y tener las deposiciones caracteres diferentes, como pasó en nuestra observación N° 11. No hay nunca estitiquez, sino siempre deposiciones frecuentes.

Muy luego aparecen los vómitos, que son alimenticios primero, y después de muchas horas (lo menos 24) porráceos. Son vómitos más bien fáciles, aún por la ingestión

de agua. Desaparecen instantáneamente después de deshecha la invaginación.

El aspecto del abdomen es variable, más habitual es encontrarlo aplanado como si no hubiese ninguna afección abdominal, especialmente durante las primeras 24 horas, después es más común encontrar dilatación abdominal. Debido a la flacidez es fácil palpar otro de los síntomas importantes cual es el rodete. Este aparece habitualmente después de las 24 horas y su palpación es decisiva y obliga a la operación inmediata. Muchas veces se necesita recurrir a pequeñas tretas para palpar el rodete, la flexión de las piernas sobre el tronco y el provocar los gritos del enfermo, con lo que el rodete se proyecta hacia la piel del abdomen.

La temperatura es variable, puede haber fiebre o faltar, siendo más habitual que el proceso empiece sin temperatura y esta se vaya presentando y aumentando a medida que progresa la invaginación y que los anaerobios atraviesan el intestino. El pulso es siempre frecuente, e irregular a menudo.

Otro síntoma al que hay que atribuir alguna importancia es la laxitud que es siempre más manifiesta a medida que avanza el proceso.

Salvo rarísimas excepciones, la evolución de la afección es la muerte. Las excepciones son la curación espontánea y la eliminación por necrosis de todo el trozo invaginado. Esto sucede tan rara vez que no vale la pena insistir más.

El tratamiento único es la operación. Algunos observadores aconsejan antes de operar tratar de deshacer la invaginación por presión creciente de agua hecha por el recto. Esta idea está casi totalmente abandonada. La hemos ensayado en dos casos con resultados negativos.

La operación debe hacerse lo más temprano posible después del principio de la afección, y las estadísticas son tanto mejores cuanto más luego se ha intervenido. Así la intervención en las 12 primeras horas da 14 por ciento de mortalidad. De las 12 a las 24 horas 39 por ciento, en el tercer día 54 por ciento, y en el cuarto día 78 por ciento — según Grisel. —

En nuestra estadística se anota 42,8 por ciento de mortalidad global. El primer día 20 por ciento, segundo día 33,3 por ciento. Más de tres días 75 por ciento.

Otro factor de éxito operatorio es la rapidez con que se ejecuta la operación, y esto se comprende, pues al factor intoxicación y a la gravedad de la enfermedad se agrega la intoxicación del cloroformo o del éter. Por eso es recomendable hacer una sola hilera de sutura que interese todos los planos, inclusive la piel, hecha con catgut grueso. Así en la mayoría de los casos operados por el que habla, la operación totalmente concluída ha durado diez minutos. La incisión de elección es a mi juicio la incisión a través del recto anterior derecho o izquierdo, en el lado que se palpe el rodete. La incisión en la línea media expone a eventraciones posteriores.

En el tratamiento postoperatorio considero de la mayor importancia la colocación de una sonda rectal desde una hora después de efectuada la operación. A la cuarta hora proctoclisis de suero glucosado. La alimentación a las doce horas con leche de gente es un factor importante.

El pronóstico es grave, y tanto más, cuanto más tarde llega el enfermo al cirujano.

Ectasia ileo-cecal

El **Dr. Alfonso Constant.** Desarrolló este tema que ya había sido abordado por él en el Congreso de Cirugía del año pasado. Las diversas teorías patogénicas, estática, dinámica, etc., los métodos diagnósticos, la evolución clínica, los diferentes procesos patológicos que acompañan a la afección, los diversos tratamientos fueron considerados con acopio de datos y de opiniones, en forma metódica y clara. Después de leer algunas interesantes observaciones personales, estableció las siguientes conclusiones:

1ª La ectasia cecal es una de las formas más graves de la constipación, por la fermentación de las substancias alimenticias en el ceco-colon y su repercusión sobre el estado general del enfermo.

2ª La sintomatología característica y un buen examen radiográfico, examinando al enfermo cada cuatro a seis horas, después de la ingestión del citobario permitirán hacer un diagnóstico exacto y una intervención apropiada.

3ª La apendicectomía sola, no mejora estos enfermos.

4ª Los procedimientos quirúrgicos más recomendables son, la liberación de las adherencias, seguida o no del injerto libre de epiplon; la colopexia, y por último, la resección íleo-cólica, sub o supra-angular, según los casos.

Dr. Sievers Hellmuth. Creo que a estos enfermos de ectasia cecal, antes de proponerles la operación, debe ensayarse el tratamiento kinesiterápico, que da excelentes resultados.

Estudio clínico-crítico de las ligaduras

Prof. B. Muñoz Pal. En hermosos conceptos comienza el autor su trabajo, recomendando el estudio concienzudo de la anatomía humana, como conocimiento básico de todas las ramas de la medicina. Se refiere muy especialmente a la importancia que esto tiene para el buen cirujano.

Las ligaduras clásicas que se enseñan en las Escuelas no tienen la verdadera importancia, sino que es el caso clínico el que hace la indicación topográfica.

No desea censurar a nadie con sus conclusiones, pero, estima que los programas de nuestra Facultad deben ser revisados y actualizados.

Durante su permanencia en Alemania, junto al Prof. Bier, pudo darse cuenta de que lo esencial en toda ligadura o aún en las anastómosis vasculares, es que el segmento inferior esté unido al superior por buena irrigación colateral.

Las conclusiones son las siguientes:

1ª El capítulo de Medicina operatoria que se refiere al estudio de las ligaduras podría suprimirse, sin que esta supresión entrañe un perjuicio para la práctica del médico.

2ª Que las operaciones sobre las arterias: ligaduras, suturas o injertos venosos, se hacen en la práctica quirúrgica en los **sitios de necesidad**, sin considerar para nada los sitios de elección.

3ª Que la ligadura de los grandes troncos arteriales de los miembros se la puede hacer desde la raíz de éstos hasta en sus ramas terminales, salvo en los **segmentos críticos**, gracias a que la circulación se restablece debido a la existencia de felices anastómosis que la naturaleza ha colocado desde la raíz de los miembros hasta sus últimos segmentos, dedos, ortejos, y sólo se tendrá presente en estos casos, emplear el mínimum de campo operatorio posible para no destruir estas anastómosis.

4ª Que los segmentos críticos donde no debe ligarse jamás una arteria, según lo hace ver la anatomía, por no existir a su nivel anastómosis que restablezcan la circulación, ya que las ramas arteriales que nacen por encima de estos segmentos no se anastomosan con las ramas que nacen por debajo de ellos, están comprendidos en el miembro superior: entre los nacimientos de la subescapular, rama de la axilar, y la humeral profunda, rama de la humeral; y en el miembro inferior este segmento crítico se extiende entre el nacimiento de la femoral profunda situado a dos traveses de dedo de la arcada crural y el nacimiento de la anastomática mayor, colocada a cuatro traveses de dedo por encima del condilo interno.

5ª Que en el sector correspondiente a estos segmentos críticos, se podrá hacer una sutura, anastómosis o injerto venoso del vaso; pero no ligadura, y esto, para tratar de salvar el miembro.

6ª En el abdomen tenemos zonas críticas. Estas comprenden el área ocupada por las goteras mesentero-cólicas derecha e izquierda. Al través de estas goteras no debe operarse jamás, porque están atravesadas por las arterias cólicas: la gotera mesentero-cólica derecha por las tres arterias cólicas, venidas de la concavidad de la arteria mesentérica superior; la gotera mesentero-cólica izquierda está atravesada por las tres arterias cólicas izquierdas, nacidas estas, de la mesentérica inferior.

Además de las zonas críticas mesentero-cólicas tenemos todavía algunas otras en el abdomen. Así: no debemos operar jamás en el meso sigmoideo, pues en su espesor corren las arterias del asa sigmoídea, sobre todo las de la última mitad de este segmento intestinal y las de los tres cuartos superiores del recto, arterias éstas que corren paralelas al borde mesenterial de esta porción íleo-rectal del intestino.

Tampoco nos será permitido tener por campos operatorios las curvaduras del estómago, ya que junto a ellas corren las arterias coronaria y gastro epiploicas. Será

menester, en estos casos, operar a uno o varios centímetros de las curvaduras gástricas.

7ª Que, en cambio del estudio de las ligaduras y otros capítulos de escaso interés de la Medicina operatoria, podría recomendarse el estudio de un semestre, el de invierno, por ejemplo, de los interesantísimos conocimientos que nos reserva el estudio de la Anatomía Topográfica.

8ª Y que, como el estudio de la Anatomía Topográfica reconoce como base esencial los conocimientos que enseña la Anatomía Descriptiva, los alumnos harán cuanto esté a su alcance, redoblarán su entusiasmo por perfeccionar este ramo, que es base, madre, y nata de todos los conocimientos médicos.

Fístulas vésico-vaginales

El **Dr. Eduardo Ibarra Loring** relata las observaciones de siete casos de fístulas vésico-vaginales tratadas por la vía transvesical (operación de Trendelenburg) con el mejor resultado. Después de hacer la historia de esta intervención, que sólo ha sido practicada en el país a partir de 1921, y de hacer ver las ventajas que presenta respecto de la operación por vía vaginal, da los detalles de la técnica y precisa sus principales indicaciones, recomendándola como una excelente intervención.

Los **Drs. Ricardo Puelma y Oscar Zunzunegui** presentaron un extenso y bien documentado trabajo sobre el

Valor de los pequeños síntomas de la colecistitis

Este trabajo no fué leído por no haber asistido sus autores, pero se acordó su publicación.

Este trabajo se refiere a trece observaciones de operados de colecistitis, en los cuales los síntomas inaugurales han sido la principal base del diagnóstico.

Con la Escuela de Kehr, colaborador de la Clínica de Bergmann, al hablar de los síntomas de la litiasis, sólo se hacía mención de los síntomas cardinales: el cólico hepático, el tumor vesicular, la ictericia, la fiebre, la peritonitis circunscrita y demás complicaciones que acarrea la infección biliar.

Hoy día, considerando la gravedad del pronóstico de consecuencias incalculables, como ya decía Fürbringer, se trata de llegar a un diagnóstico más oportuno, cuyo tratamiento quirúrgico precoz envuelve un peligro mucho menor, al lado del que puede venir si se abandona la suerte de la colecistitis a un simple tratamiento médico.

En gran parte de los operados, los síntomas inaugurales de Moynihan fueron un excelente medio de diagnóstico, traducido en provechosas intervenciones, con resultados comprobatorios. Así, en ocasiones en que se intervino en pacientes que acusaban estos síntomas, que hay que buscarlos, ya que el enfermo espontáneamente no da cuenta o los refiere mal, por creerlos a menudo sin importancia, se encontró lesiones vesiculares avanzadas o vesículas sólo de apariencia sanas, con tejido linfoideo abundante al nivel del cuello y al rededor de los vasos, con ganglios infectados en la región pericística o con desarrollo papilomatoso en la mucosa vesicular, lo que justificaba la intervención y la extirpación vesicular.

Sobre el tratamiento de los fibromiomas del útero

Los **Drs. Caupolicán Pardo y Héctor Cruz M.**, presentan un trabajo en que exponen las indicaciones y contraindicaciones de cada uno de los medios terapéuticos usados en esta afección tan común (6,9 por ciento, según sus estadísticas, de las afecciones ginecológicas), a saber, el tratatamiento quirúrgico, los Rayos X, y el Radium; además, dan a conocer los resultados obtenidos en la Clínica ginecológica Universitaria en el período comprendido entre el 4 de Junio de 1921 y el 31 de Agosto de 1925.

Tratamiento quirúrgico. — Ha sido el más usado, porque sólo en el último tiempo se ha podido disponer de los otros medios.

I. Extirpación por vía vaginal de los pólipos pediculados submucosos.—Es una operación sencilla, que se ha efectuado en la Clínica 24 veces, 7 casos seguidos de raspajes y 2 de cauterización. No hubo ninguna muerte.

II. Enucleación vaginal de los miomas sésiles u operación de Amussat. — Indicaciones: personas jóvenes en que el fibroma es único, netamente pelviano, pequeño, submucoso o interticial, con cápsula limitada, fácil de despegar.

Contraindicaciones: lesiones anexiales, edad avanzada, etc.

Es una operación laboriosa de empleo restringido.

Relatan una sola observación, la que tuvo éxito.

III. Extirpación total del útero por vía vaginal. — Indicaciones: agotamiento por hemorragias, obesidad.

Contraindicaciones: es una operación ciega y muy poco vigilada, debido al poco campo operatorio.

Figura sólo una observación personal, seguida de éxito.

IV. Polipectomía abdominal. — Es la extirpación de los miomas pediculados subperitoneales. Es muy sencilla. Refieren cinco casos sin ninguna muerte.

V. Enucleación abdominal de los fibromas intersticiales. — Indicada en las personas jóvenes, siempre que no haya lesiones anexiales, pero presenta numerosos inconvenientes, como ser la formación de hematomas, la dislaceración del útero, la infección, etc. La ruptura espontánea del útero, en embarazos posteriores suele presentarse; la mortalidad no es inferior a la de la histerectomía. En la Clínica se han operado dos casos con felicidad.

VI. Amputación supravaginal. — Es la operación más corrientemente empleada.

En la Clínica se ha efectuado 82 veces, a saber:

Histerectomías subtotales con conservación de ambos ovarios	7
Histerectomías subtotales con conservación de un ovario	39
Histerectomías con extirpación de ambos ovarios	36

De las 82 operadas han fallecido 5, una por miocarditis aguda y las 4 restantes por peritonitis generalizada. La mortalidad operatoria es 6,09 por ciento.

VII. Extirpación total por vía abdominal. — De las 15 observaciones presentadas sólo se perdió una enferma por peritonitis aguda generalizada, lo que equivale a una mortalidad de 6,66 por ciento.

En general, los autores declaran la operación de elección la histerectomía por vía abdominal y entre la forma total y la subtotal, se declaran francamente partidarios de la segunda, cuyas ventajas exponen detalladamente.

Radioterapia profunda y Radiumterapia

La experiencia sobre estos tratamientos es mucho más reducida, pues sólo desde Marzo de este año los han puesto en práctica. Después de dar algunas informaciones sobre la técnica empleada, pasan a estudiar sus indicaciones y contraindicaciones y dan los resultados obtenidos en el corto tiempo que los han usado, esto es, 13 observaciones, con 2 curaciones, 2 fracasos y 9 mejorías.

El tratamiento operatorio tiene la gran ventaja de obrar inmediatamente de un modo radical, obteniéndose en pocos días la curación completa y definitiva. Si los ovarios están sanos, permite conservarlos casi siempre y el útero se puede conservar en el 25 por ciento de los casos, según Treub. Completa las deficiencias del diagnóstico durante el mismo acto operatorio permitiendo tomar la resolución más conveniente.

Es verdad que la mortalidad general, que es de 5,66 por ciento y la morbilidad postoperatorias, son grandes inconvenientes, además hay casos en que por la coexistencia de afecciones generales, cardiopatías, tuberculosis, obesidad, uremias, edad muy avanzada, anemias, las enfermas no están en condiciones de soportar la intervención. Pero también la radioterapia tiene numerosas contraindicaciones:

a) Fibromas subserosos.

b) Fibromas submucosos.

c) Fibromas necrosados, gangrenados, supurados o calcificados.

d) Las degeneraciones malignas.

e) Las lesiones inflamatorias o tumorales del anexo.

f) Grandes fibromas que pasan el ombligo.

g) Fibromas que comprimen el recto o la vejiga.

h) Cuando se debe conservar los ovarios o la menstruación.

i) La coexistencia de un embarazo.

BIBLIOTECAS

El peligro de muerte ligado a la operación y los estados mórbidos, que pueden ser su consecuencia, serían de menor valor que los daños causados por la fisioterapia, tanto por defecto de un diagnóstico preciso como por la influencia de los rayos X en cuanto a rayos.

SEGUNDA SESIÓN

Miércoles 16 de Septiembre, 5.30 P. M.

Presidieron los Dres. Luis Vargas S.

G. Lachaise y Darío Cabrera

Tema oficial. — Tuberculosis quirúrgicas

Dr. Sievers Hellmuth. Muchas veces en el tratamiento de las afecciones óseas tuberculosas se hace solamente una helioterapia local cuando la realmente útil es la helioterapia general.

Dr. Villagra Víctor. Para la aplicación de la helioterapia en las afecciones quirúrgicas no se necesita ni locales ni climas especiales. En el Hospital de San Borja se practica la helioterapia desde el 1º de Agosto del año pasado, según el método de Rollier, y se obtienen resultados bastante satisfactorios.

Dr. Lachaise Gastón. En el Hospital de Niños de Valparaíso usábamos la helioterapia en gran escala, el resultado fué tan poco apreciable que se abandonó.

Actualmente funcionan hasta cuatro sesiones diarias de lámparas de cuarzo y prestan buenos servicios, sobre todo en los procesos ganglionares.

Dr. Guzmán Leonardo. Visité hace 4 o 5 años a Rollier y en el registro de visitantes ví una frase de Rodin que decía que si hubiese visitado antes Leysin habría ido allá a buscar el modelo de la musculatura para revelar el carácter, eso es perfectamente cierto. ¿Por qué nosotros no alcanzamos esos resultados? Tal vez porque la longitud de onda de luz solar no es apropiada en Valparaíso ni en Santiago. Se necesita mayor altura donde el sol es más brillante. Otro factor muy importante es el aire puro, que no podemos satisfacer en nuestros hospitales, además, los enfermos en la noche están en departamentos especiales que les permiten seguir el tratamiento de aereación.

¿Qué debemos hacer? Propiciar la construcción de sanatorios en ciertas regiones de la cordillera y sanaríamos a muchos enfermos.

Dr. Torres B. Manuel. Pasa a la Mesa la siguiente proposición: Siendo la tuberculosis ósea la forma más curable de la enfermedad, el Congreso de Cirugía auspicia y recomienda a los Poderes Públicos la creación de Sanatorios ad hoc tanto de cordillera como marítimos.

Dr. Sierra Lucas. Lamento que no se haya hecho notar la importancia que tiene la prevención de la enfermedad y creo que el Congreso debe insistir en ello. Estimo que la prevención vale mucho más que la instalación de sanatorios, a pesar de que soy partidario decidido de su instalación, no sólo para las tuberculosis óseas, sino también para la tuberculosis pulmonar.

Los sanatorios dan iguales resultados, sean de costa o de altura, todo depende de su administración y de sus condiciones higiénicas.

En el tratamiento hay que distinguir la edad del paciente, según sea niño, adulto o viejo; en estos últimos prefiero la amputación.

Fracturas de la bóveda craneana y su tratamiento

Dr. Luis Araos D. Presenta un documentado trabajo sobre la base de veinte observaciones personales en traumatizados del cráneo.

Sin considerar las fracturas de la base, estima que las de la bóveda pueden comprenderse en cuatro tipos:

1º Fracturas cerradas sin hundimiento.

2º Fracturas cerradas con hundimiento.

3º Fracturas expuestas sin hundimiento.

4º Fracturas expuestas con hundimiento.

En su concepto, el tratamiento espectante de las fracturas craneanas pertenece al pasado científico.

En las fracturas de los tres últimos tipos cree que la intervención precoz es indiscutible.

La discusión puede entablarse para las de la primera categoría.

De su trabajo se deduce la conveniencia de operar para extraer coágulo, descomprimir y evitar secuelas lejanas (cefaleas, epilepsia jacsoniana, etc.)

Debe combatirse el shock y ayudarse siempre en el diagnóstico de la medida de la presión intracraneana y del examen del fondo del ojo.

Su estadística da, de 20 operados:

Su estadística da:

Precozmente	14	13	1
Tardíamente	6	3	3

Coaptación vascular

Dr. O. Wilhelm. En esta comunicación, que el autor califica de preliminar, da a conocer sus trabajos experimentales iniciados en la Clínica del Prof. Amunátegui y continuados en la Facultad de Concepción en colaboración con el señor Solervicens (Tesis de Licenciatura).

La trasplantación total de glándulas y órganos está subordinada al perfeccionamiento de los métodos de anastómosis vasculares, lo cual demuestra hasta qué punto es importante la materia de que se trata.

El Dr. Wilhelm describe detalladamente un procedimiento original de anillos metálicos, que ha ido perfeccionando paulatinamente y transformando en un botón de presión muy rápido de colocar. Espera que nuevas modificaciones de su técnica, especialmente en lo que se refiere a la materia prima del anillo y su reabsorción, le permitan comunicar resultados definitivos posteriormente.

CONCLUSIONES

De las observaciones se desprende la posibilidad de coaptar fácilmente, con ayuda de un dispositivo protésico como el botón de presión, vasos sanguíneos en un lapso de tiempo relativamente breve (siete minutos en algunos casos).

Que la continuidad del lúmen y del endotelio vascular en el punto coaptado es perfecta, y no quedando en contacto con el torrente circulatorio, superficie cruenta, ni hilos de sutura, aminora los peligros de trombosis. (En los casos presentados hay permeabilidad del vaso aún después de largo tiempo).

Que a pesar de ofrecer ventajas teóricas y reducir enormemente la técnica de las anastómosis vasculares, no debe atribuírsele mayor importancia, mientras no se fabriquen estos dispositivos con un material reabsorbible y se experimente y estudie con ellos minuciosamente sus ventajas e inconvenientes.

Tuberculosis de la rodilla

El **Dr. Fernando Opazo** leyó un estudio muy completo sobre este interesante tema, llegando a las siguientes conclusiones:

El diagnóstico precoz de la tuberculosis de la rodilla debe buscarse en la Clínica y no en la Radiología. Sus síntomas fundamentales son la limitación de los movimientos y la atrofia muscular.

El traumatismo por sí solo es incapaz de hacer desarrollar una tuberculosis articular, ni aun en un terreno tuberculoso, sólo reactiva un proceso latente desconocido.

El tratamiento de la tuberculosis de la rodilla se basa en la inmovilización absoluta en la helioterapia, como su complemento, y en un tratamiento general, la aereación principalmente.

Osteosíntesis

El **Dr. Italo Alessandrini,** Jefe de Clínica del Prof. Vargas Salcedo, presentó sobre este tema las siguientes conclusiones:

1º La osteosíntesis debe practicarse sólo en los casos en que no se pueda esperar un buen resultado del tratamiento cerrado.

2º Debe excluírse en absoluto los procedimientos de osteosíntesis en los cuales, alambres, puntas o tornillos metálicos penetran en el hueso, y en caso de recurrir a és-

tos, deberán retirarse una vez obtenida la consolidación.

3ª Deben ser preferidos los procedimientos de osteosíntesis por simple ligadura, o el entablillamiento directo con férulillas, de preferencia óseas, mantenidas por simples ligaduras circulares.

Dr. Muñoz P. Basilio. Este tema del tratamiento operatorio de las fracturas lo hemos tratado más de una vez en la Sociedad de Cirugía y podemos decir que ha sido un tema permanente, lo que nos ha permitido llegar a ciertas conclusiones, entre otras, que debe preferirse siempre los injertos autógenos y no los heterógenos, mantenidos por ligaduras blandas, y sólo en segundo término ligaduras de metal y de aquél que sea más maleable, el menos cortante.

El organismo no se revela contra el cuerpo extraño cuando está formado por las mismas células.

Dr. Sierra Lucas. Deseo insistir en que la intervención operatoria en el tratamiento de las fracturas debe ser la excepción; vive sólo de las contraindicaciones del tratamiento externo.

La conservación funcional de los músculos vale mucho más que la coaptación perfecta anatómica.

Dr. Petit Emilio. Estoy en perfecto acuerdo con lo dicho por el Dr. Sierra. Creo haber sido uno de los primeros en oponerme a la furia operatoria en el tratamiento de las fracturas, que es para mí sólo un tratamiento de excepción. Como muy bien dice el Dr. Sierra, debemos atender más a la perfección funcional que a la perfecta coaptación anatómica. De acuerdo con los Drs. Vargas y Alessandrini, estimo que no deben usarse síntesis metálicas sino material reabsorbible.

Dr. Vargas Salcedo Luis. La mayoría de las opiniones se orienta hoy a estimar la osteosíntesis como una operación de indicaciones precisas. Las placas atornilladas, las amarras perforantes y las cintas de Paraf, tienen varios inconvenientes; las primeras producen un proceso de osteitis rarefaciente alrededor de los tornillos y alambres perforantes, y las segundas un retardo a la consolidación, debido a la anemia que produce la presión circular a gran tensión de las cintas. En estas condiciones, se explican las incurvaciones óseas que hacen desmerecer el éxito estético.

Sin poder presentar todavía una estadística numerosa que abone definitivamente el procedimiento osteo-sintético que traemos con el Dr. Alessandrini, nos atrevemos sin embargo, a recomendarlo por su sencillez e inocuidad, dejando en claro, como ya lo ha manifestado el relator, que las placas de hueso muerto, preparadas como se ha expuesto, no se colocan como injerto, sino como tejidos destinados a mantener la coaptación para dejarse en seguida atacar por los vasos neoformados y desaparecer por reabsorción en un tiempo variable y aún no bien determinado.

Bacteriología de las colecistitis

Este tema fué desarrollado por el **Dr. Joel Rodríguez** y el señor **Atilio Macchiavello Varas** en una extensa comunicación en que dan cuenta de interesantes trabajos personales que les han permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1º El sondaje duodenal es un método precioso e indispensable para el exacto diagnóstico de las afecciones de las vías biliares.

2º La prueba de Melzer Lyon, permite diagnosticar la variedad anatomo-clínica de las colecistitis, y además enseña sobre los obstáculos que se oponen al libre paso de la bilis al duodeno, permitiendo localizarlos.

3º La bilis B. de la prueba de Melzer-Lyon, permite el examen bacteriológico de la vesícula. La bilis A. el del duodeno. La bilis C. el de los canales hepáticos.

4º Normalmente el duodeno es un órgano séptico, hecho que hemos comprobado en numerosas investigaciones en el hombre y en los animales y que destruye la teoría clásica que acepta la esterilidad del tracto duodenal.

5º La cantidad de microbios que habita normalmente en el duodeno es muy escasa, prácticamente despreciable, y está compuesta, de preferencia, de colibacilos, de estreptococos, de estafilococos y de enterococos, de sarcinas, de tetrágenos y hongos.

6º En la bilis normal, y contrariamente a la opinión de los autores clásicos, que sostienen que es aséptica, hemos encontrado en un 35 por ciento de los casos, desarrollo de diversas especies microbianas. En los animales que nos sirvieron para las experiencias, el colédoco siempre era séptico y los hepáticos siempre estériles.

7º En las colecistitis la bacteriología del duodeno es variada y abundante. Se encuentra el estreptococo, colibacilo, tífico, enterococo, estafilococo y numerosos anaerobios.

8º En la vesícula, durante las colecistitis, la infección del líquido no es constante.

9º La septicidad de la bilis es muy grande, sobre todo en el primer ataque.

10º Con la cronicidad de la afección la constancia microbiana se hace menor.

11º Las poussées de inflamación vesicular coinciden con una nueva invasión microbiana y su gravedad en la mayor parte de los casos está en relación directa con ella.

12º La cantidad de microbios no sólo depende del factor inflamación, sino también del factor mecánico, siendo el más importante la ectasia.

13º La muestra B. del sondaje duodenal está infectada en un 80 por ciento de los casos. La bilis quirúrgica sólo está infectada en un 60 por ciento de los casos.

14º La bilis de los canales hepáticos sólo está infectada en un 60 por ciento de los casos.

15º Las asociaciones microbianas son constantes en el duodeno, se especializan en la vesícula y en los canales hepáticos se encuentran a veces especies microbianas al estado de perfecta pureza.

16º El colibacilo y el estreptococo forman la asociación más importante de las colecistitis y parecen tener cierta especificidad respecto a esta afección.

Tratamiento quirúrgico de las afecciones tuberculosas y no tuberculosas supuradas del pulmón asociadas al pneumotórax artificial

El **Dr. Víctor Villagra.** Se refiere el autor, en primer término a la toracoplastía cuyas indicaciones y contraindicaciones plantea, y que puede ser parcial o total, según la extensión de las lesiones. La toracoplastía debe ser extrapleural y emplearse de preferencia la anestesia local; sólo excepcionalmente debe recurrirse a la anestesia general (inhalaciones de éter o cloruro de etilo).

Estudia, en seguida, la frenicotomía, que consiste en seccionar el frénico para provocar la parálisis del hemidiafragma que se va hacia arriba y se inmoviliza, observándose un resultado semejante al neumotórax parcial de la base. En general, los efectos de la frenicotomía en la tuberculosis son inferiores a los de la toracoplastía, aún en casos de lesiones cavitarias limitadas a la base.

La intervención quirúrgica sola, toracoplastía o frénicotomía, ofrece mayores peligros que asociada al neumotórax terapéutico. En efecto, la mejor toracoplastía da un colapso del pulmón equivalente a las tres cuartas partes del que da un buen pneumotórax parcial, y además es una intervención mutilante. Tiene, sí, la ventaja de ser definitiva y no expone a complicaciones pleurales.

Según las estadísticas, la toracoplastía practicada en casos bien indicados da más o menos un tercio de curaciones, un tercio de mejorías y un tercio de procesos inmediatos o tardíos.

Cree el autor que en los casos de pneumotórax terapéutico irrealizables por sínfisis pleural, se está autorizado para asociar el tratamiento quirúrgico.

Dr. Greene Ernesto. Se ha hablado de la colapsoterapia y no de la incisión directa y drenaje de la colección purulenta, que promete un 75 por ciento de curaciones en los casos de abscesos, mientras que el neumotórax da un 50 por ciento de curaciones y un 50 por ciento de fracasos.

Dr. Fontecilla Oscar. El neumotórax está indicado en los abscesos pulmonares bien diagnosticados y bien localizados, lo que no siempre es fácil.

A mi modo de ver, el tratamiento que debe seguirse en estos casos es el siguiente: 1) autovacunas, si se consigue aislar el gérmen, porque hay un tanto por ciento considerable que sanan solamente con esto; 2) fracasada esta terapéutica se debe recurrir al neumotórax, por ser prácticamente inocuo, las complicaciones son ínfimas, y 3) si ambos fracasan, está indicada la intervención.

No se puede hacer conclusiones, ni estadísticas por ser opinión personal que se basa en el fracaso o éxito de un tratamiento determinado.

Creo que debe irse de lo más sencillo a lo

que más afecta la vida del enfermo, como es la operación; por otra parte es tan difícil establecer la naturaleza etiológica de estos enfermos, que se ven a veces los casos más desconcertantes.

Dr. Opazo Fernando. Hay que distinguir en los casos de abscesos pulmonares, los abscesos abiertos en los bronquios y los abscesos cerrados; en los primeros está indicada la toracoplastía y en lo segundos la neumotomía.

Dr. Vargas Salcedo Luis. La colapsoterapia solamente está indicada en aquellos casos de cavernas o abscesos centrales. Cuando el absceso es periférico, deberemos ir a la operación quirúrgica, tanto más indicada si la pleuritis ha provocado adherencias del pulmón a la pared costal.

En los abscesos pulmonares tipo gangrenoso se deberá identificar hasta donde sea posible el gérmen anaerobio. Las vacunas sólo se emplearán en las supuraciones aerobias.

(Concluirá).

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD MÉDICA

Sesión del Viernes 4 de Septiembre

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El **Dr. Ibarra Loring** presenta un caso de Urétero pielo-nefritis ascendente y espina bífida. Se trata de una niñita de 9 años que tuvo en Enero de 1923 una afección aguda caracterizada por vómitos, escalofríos, temperatura, dolores abdominales localizados en el flanco izquierdo e hipogastrio, y que ha pasado con períodos de mejoría y reagravación. En Julio del año 1923, en vista de la persistencia de la afección, se practicó un examen de orina que dió como resultado la presencia de abundante cantidad de pus, haciéndose en ese entonces el diagnóstico de pielitis y un tratamiento mediante auto-vacunas, con lo que la temperatura se hizo normal. El año 1924 ingresa a la Clínica alemana, en donde se comprueba la presencia de un tumor a nivel de la región sacra, tumor redondeado, de consistencia blanda e indoloro a la palpación. Presentaba, además, la enfermita, una atrofia por falta de desarrollo de las extremidades inferiores y una insensibilidad casi completa, tanto de la uretra como de la vulva. El estado general estaba, más o menos, en buenas condiciones.

La niñita ha tenido períodos de incontinencia en el comienzo de la afección; pero era ésta una incontinencia por rebalsamiento, no una incontinencia esencial. En el examen citoscópico se comprobó la existencia de una vejiga en columnas, llenas de celdas más o menos grandes, y en la cual los orificios uretrales estaban escondidos. No fué posible hacer el cateterismo del orificio ureteral izquierdo; por el contrario, el del derecho dió orinas claras con 2,6 por mil de urea y 1 por mil de cloruros. Con todos esos datos se pensó entonces en una cistitis originada por una retención de orina que, dada la edad de la enferma, debería ser originada por una causa nerviosa, o por una compresión a consecuencia de un tumor, o bien, por una espina bífida.

Algunas radiografías hechas de la enfermita permiten observar una abertura de todo el canal sacro, la que se hace más visible observada por medio de la radiografía estereoscópica. Había, pues, entonces, una espina bífida, la que, comprimiendo las raíces sacras, dió somo resultado una distensión vesical e infección consecutivas, la que, ascendiendo a lo largo del uréter, dió finalmente el cuadro de la pielitis. Había, al mismo tiempo, una insuficiencia renal muy marcada, como lo demostraron los exámenes, que con ese fin se practicaron. El pronóstico depende en estos casos del funcionamiento ulterior de la vejiga. Si el tumor de la región sacra sigue actuando sobre las raíces, la falta de funcionamiento de la vejiga va a ser definitivo. Como tratamiento sintomático en esta enferma se ha recurrido al cateterismo periódico y habiéndose con esto evitado los ataques, se siente la enferma en la actualidad muy bien.

Una advertencia de especial interés es el hecho de que la mayoría de los autores que han descrito los síntomas de la espina bífida, no hablan de retención, sino de incontinencia y, en especial, de la incontinencia esencial. El caso presentado por el Dr. Ibarra haría entonces excepción a la regla, pues en él había una retención evidente.

La frecuencia de la espina bífida es bastante considerable. Según unos autores, Henriot y Mutel (de Nancy) se estima que en 15 por ciento de los individuos normales existe una espina bífida oculta consistente en una dehiscencia del arco de las vértebras sacras, en especial de la 1ª. A título de una simple variación morfológica. Lagrot, que ha sido el que más a fondo ha estudiado estos asuntos, estima su frecuencia en un 32,25 por ciento (1924).

Ahora bien, la abertura del canal sacro y la metamerización de los arcos sacros coexisten con afecciones como el pié bot, el pié hueco, etc. A este respecto, Lagrot, distingue tres formas de espina bífida: 1º una forma neural a la que corresponderían los trastornos tróficos de los miembros inferiores, el pié bot y el pié hueco. Una 2ª forma o de **metamerización de los arcos sacros**, a la que correspondería la incontinencia de orina, y una 3ª forma, o **forma osteogénica**, que se hallaría en relación con la escoliosis.

Estima, además, Lagrot, que hay un síndroma constante, y es el de compresión e irritación de las raíces de la cola de caballo, de donde resulta que los síntomas atribuídos a las diferentes formas de espinas bífidas nos informan sobre la topografía de las lesiones, pero no sobre su naturaleza.

El **Dr. Bisquertt** expuso, a continuación, un caso de Litiasis renal. Se trataba de un joven de 18 años, cuyos antecedentes hereditarios no ofrecían importancia alguna. Desde muy pequeño ha sufrido, sin embargo, de molestias dolorosas que le sobrevenían en forma de crisis, acompañadas de hematurias en algunos casos, y que el paciente localizaba en el flanco izquierdo. El estado general del enfermo era más o menos bueno.

Otro de los signos que el enfermo presentaba era un dolor a nivel del punto costolumbar izquierdo y ureteral superior del mismo lado.

Asimismo, después de los ejercicios podía observarse en él la aparición de hematurias microscópicas. En cuanto al examen de orina se pudo comprobar después de un cateterismo ureteral bi-lateral que las que venían del lado izquierdo eran turbias, mientras eran claras las del lado derecho, y en cuanto a la concentración, apenas si las del lado izquierdo llegaban a la mitad de las del lado derecho.

Un examen radiológico permitió en seguida apreciar en el riñón izquierdo la presencia de dos sombras: una localizada a nivel de la apófisis transversa de la II lumbar, por consiguiente, a nivel de la pélvis, y una segunda sombra que correspondía al polo inferior renal. El diagnóstico fué el de una pio-nefrosis calculosa. Practicada la operación, el Dr. Bisquertt pudo apreciar la falta de consistencia del parénquima renal, que hacía la impresión de un órgano hueco, ligando a continuación el pedículo en un solo block y el ureter entre dos ligaduras.

El examen de la pieza daba, por otra parte, la impresión de un riñón completamente transformado en una bolsa, con sólo restos exiguos de parénquima sano.

Ahora bien, el enfermo era un muchacho que había sufrido desde muy niño del riñón izquierdo. Podría, y era lógico suponer en él, la existencia de un cálculo primitivo, originado posiblemente por una diátesis, una diátesis cualquiera, oxálica, úrica, etc. Un cálculo de esta naturaleza, abandonado a sí mismo, ha producido en el paciente una pio nefrosis y ha sido necesario en el tratamiento llegar al sacrificio del riñón izquierdo. No es, pues, de ninguna manera inocente, dejar a un portador de cálculos renales abandonado a su propia suerte. La intervención es necesaria, aunque el o los cálculos no causen en el paciente molestia alguna. Es necesario ir a la intervención cuando no pueden ser eliminados de otra manera, ya que ellos serán el asiento de infecciones posteriores que, andando el tiempo, podrían justificar una intervención como la practicada por el Dr. Bisquertt en este caso de Litiasis renal.

Se levantó la sesión.

BIBLIOTECAS