

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

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

SUMARIO

ALGUNAS

CONSIDERACIONES

SOBRE

Higiene pública, Asistencia

y Previsión social

por el

Prof. Alejandro del Río

Para ponérsenos al lado, no digo de Europa o de Norte América, sino de las Repúblicas hermanas del Atlántico, para recuperar el tiempo perdido por el desgobierno

sistemático en que vegetábamos, vamos a tener que hacer esfuerzos casi sobrehumanos y no pocos ni insignificantes sacrificios pecuniarios.

No faltan estudios que puedan servir de base para las futuras resoluciones de Gobierno en estos importantes ramos del servicio público. El problema que se presenta a los estadistas es más bien de selección y de oportunidad a fin de lograr en un plazo racional y prudente la satisfacción real de las necesidades más premiosas dentro de la forzada limitación de nuestros futuros presupuestos.

Voy a indicar sumariamente las principales en cada uno de los rubros arriba anotados.

Higiene pública

Procede, en primer término, buscar la forma más apropiada, a la vez que económica, de formar el personal técnico especializado que ha de tener a su cargo la dirección de los futuros departamentos de la Dirección General de Sanidad. En este sentido puede

Texto.

E. HEGGEWALDT.—Comparación de preparaciones antómicas con radiografía (24 figs.), p. 101.

A. RICCI F.—La inyección intravenosa de estrofantina de la insuficiencia del miocardio, p. 105.

Sociedad Chilena de Pediatría, Sociedad Médica, Sociedad de Cirugía, Sociedad Médica de Valparaíso, p. 109.

Revista de Tesis, p. 112.

Anexo:

Algunas consideraciones sobre Higiene pública, Asistencia y Previsión Social, por el Prof. Alejandro del Río, p. 109.

El doctor René Sand, de Bruselas, p. 113.

El profesor Aldunate es nombrado miembro de la Junta de Vecinos de Santiago (1 fig.), p. 115.

Una tesis francesa inspirada en trabajos clínicos chilenos, p. 117.

A propósito de los médicos de ciudad, p. 117.

El Cuerpo Médico de Santiago se dirige al Gobierno de la República, p. 118.



ARTIGON

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

Medicamento sin igual para el tratamiento de la blenorragia

Vacuna antigonorreica, polivalente, nuevamente perfeccionada, de conservación ilimitada

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

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

En cualquier defecto, sírvanse avisar al representante de la

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

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

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS

mos contar con los ofrecimientos que durante la V Conferencia Panamericana recibimos de parte del personal de la Delegación Norte-Americana, y en particular del Dr. Vincent, Presidente de la Fundación Rockefeller y del Sub-director del Servicio Federal de Sanidad, Dr. Long. Ellos permitirían, con un mínimo de gastos, preparar médicos chilenos en la Alta Escuela de Higiene de la Universidad John Hopkins primeramente y después en los departamentos del Servicio Sanitario Federal.

En mi reciente viaje a Europa tuve el alto honor de conocer, en Río, al Dr. Carlos Chagas, Director del Departamento Nacional de Salud Pública, y de mantener con él, en presencia de nuestro Embajador, señor Cru-chaga, una interesantísima conversación sobre asuntos de sanidad. Este eminente hombre de ciencia, que es a la vez un higienista práctico de primera magnitud, nos dijo que vería con agrado que los funcionarios sanitarios chilenos quisieran aprovechar para su perfeccionamiento técnico los Institutos, cursos especiales, etc., de que dispone hoy el Brasil para higienistas profesionales. Nuestro Embajador tomó nota de estos generosos ofrecimientos y oportunamente los hizo presente a nuestro Gobierno.

A mi regreso de Europa, a fines de Marzo de este año, de paso nuevamente por Río, el Dr. A. de Cuhna, asesor técnico de la Delegación Brasileira a la V Conferencia Panamericana, me hizo visitar detenidamente su grandioso Instituto de Bromatología

(fiscalización de las sustancias alimenticias y bebidas), que él dirige con tanta competencia como autoridad. Como el Dr. Chagas, su jefe jerárquico, él me hizo el ofrecimiento muy sincero de poner la repartición a su cargo a la disposición de los funcionarios sanitarios de Chile que desearan estudiar su organización y funcionamiento. Debo advertir que este Instituto es uno de los mejores del mundo en la hora actual.

Mientras nuestros futuros higienistas de profesión adquieran en estos centros, o en otros, los conocimientos científicos y prácticos que los habilite para dirigir con acierto los departamentos de nuestro servicio sanitario, se procedería a la formación en Chile de una Escuela Superior de Higiene, utilizando como base lo existente y de la cual vendrían ellos, a su turno, a ser los profesores titulares.

Lo anterior no obsta, por cierto, a la idea de contratar desde luego en el extranjero, de preferencia en los Estados Unidos, técnicos que pudieran desde el primer momento actuar en la Dirección General de Sanidad en los departamentos de Higiene urbana (Urbanismo) y de Ingeniería Sanitaria.

Sin perjuicio de lo que dejo expuesto, dentro del espíritu de nuestro Código Sanitario, cabe la posibilidad de hacer más eficiente sus actividades revisando su actual organización, que es manifiestamente anacrónica, pues con corta diferencia es la misma del antiguo Instituto de Higiene, que debió ser mantenida para facilitar el despacho del

citado Código, y que cuenta, a la fecha, con más de un cuarto de siglo.

Merecen particular atención y fomento los departamentos de profilaxia, haciendo extensiva su acción a las enfermedades de carácter social, y el de fiscalización de las sustancias alimenticias y bebidas. Un acuerdo a firme entre la ciudad de Santiago y la Dirección General de Sanidad para que este organismo tome a su cargo el control de estos artículos, vendría a dar una solución práctica, a la vez que económica, a un problema de vital importancia para la capital.

La organización de "Oficinas de Higiene", a lo menos en las principales capitales de provincia y, desde luego, en las ciudades llamadas a servir de centros de las zonas hospitalarias, permitirían hacer obra real sanitaria fuera de Santiago.

Entre los nuevos servicios se impone, en primer término, la creación del departamento de higiene de la Infancia, o sea, de la llamada "Oficina del Niño", y la revisión y ampliación del actual servicio médico escolar, adaptándolo a sus finalidades de orden sanitario.

Asistencia Social (Beneficencia)

Este ramo de los servicios sociales se encuentra en un período de evolución que, poco a poco, va distanciándolo del régimen antiguo. Ya en la dirección de los hospitales ejercen los médicos la influencia a que legítimamente tenían derecho y en sus nuevos

Droguería y Botica Klein



Huérfanos 1095 esq. Bandera
Cañilla 1762 — Teléfono 1725



Completo surtido en Drogas,
Específicos y Perfumería.

Despacho de Recetas con Drogas y Productos Opoterápicos constantemente frescos.

rumbos se diseña la tendencia a penetrar en el campo de la acción social y a cooperar con los organismos de sanidad en el sentido de la profilaxia.

Los progresos realizados en los grandes centros urbanos, particularmente en Santiago y Valparaíso, son halagadores, pero desgraciadamente no puede decirse otro tanto de la generalidad de los hospitales departamentales, aun de los de capitales provinciales.

El centro animador de la reforma hospitalaria, es el Consejo Superior de Beneficencia; su acción no ha encontrado, sin embargo, la necesaria cooperación oficial. Procede vigorizar este organismo y abordar la solución del problema de la Asistencia Social con amplio criterio nacional.

La división del país en zonas hospitalarias, la modernización y ampliación de los establecimientos que harían de centro de cada una de éstas, la renovación de los hospitales departamentales y la creación de dispensarios y casas de socorro, estrechamente unidos a los anteriores, formando todos una agrupación especial por zona, permitirá difundir los beneficios de una atención médica y social conforme a los adelantos de la medicina y a las actuales necesidades sociales y económicas del país.

Como fácilmente se comprende, este programa de acción es vasto y no podrá ser llevado a cabo sino en muchos años y siempre que la Caja Fiscal pueda disponer de fondos suficientes para este fin. Cabe, a lo menos,

formular un programa bien estudiado y mantener un propósito definido y firme en el sentido de su realización en la medida de los recursos.

En este campo de la Asistencia Social, debemos asignar gran importancia a la formación del personal que ha de servir los futuros hospitales normales. Nuestra Escuela de Medicina forma sin duda excelentes médicos, capaces de dirigir los servicios hospitalarios en condiciones irreprochables. En este sentido, nada hay que pedir.

Sin embargo, estos establecimientos son, en general, defectuosos en todo cuanto se refiere al cuidado mismo de los enfermos, porque hasta hoy, salvo excepciones, se ha dado muy reducida importancia a la formación del personal de enfermeras.

Los futuros directores de la Asistencia Social se verán en la imprescindible necesidad de hacer cuanto sea dado para la formación de Escuelas para Monjas-Enfermeras, o en su defecto, para simples enfermeras, y en todo momento, afirmar el principio de que para la correcta atención de los enfermos, se requiere "la armónica y jerárquica cooperación de médicos especializados en los ramos que estén a su cargo y de enfermeras que hayan hecho estudios teóricos y prácticos suficientes (tres años de internado)".

Los hospitales y dispensarios deben, además, contar con funcionarias preparadas en el servicio social y diplomadas en Escuelas especiales, como la que ha creado reciente-

mente la Junta de Beneficencia de Santiago. Sería muy de desear que escuelas análogas fueran fundadas, a lo menos en Valparaíso y Concepción.

Otro punto importante que debe figurar en el programa de la reforma es la creación de una Oficina Central de Compras para proveer a los hospitales, etc., de artículos como medicamentos, útiles de cirugía, etc., pues así se lograría realizar economías muy efectivas y simplificar la administración de estos establecimientos.

Previsión Social

La común dirección superior de los servicios de Higiene, Asistencia y Previsión Social, permitirá colocar los múltiples problemas del trabajo en su justa vía. La reciente ley de seguro obrero, de no fácil aplicación, está llamada a producir cambios trascendentales en el campo de la beneficencia y va a facilitar en grande escala el mejoramiento de los actuales y deficientes servicios. Por otra parte, su ejercicio va a crear el interés financiero en la disminución de las plagas epidémicas, sobre todo en las endémicas, ya que la Caja Nacional del Seguro Obrero verá sus finanzas en grave riesgo de parecer si no se logra reducir la extensión de la tuberculosis, de la viruela, de la sífilis, del alcoholismo, etc. Forzosamente, pues, la obra de profilaxia social será poderosamente estimulada y aun auxiliada directamente por el interés que dejamos enunciado.

VACUNAS ATOXICAS ESTABILIZADAS

Neo-DMEGON

VACUNA ANTI-GONOCÓCICA CURATIVA

TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA Y SUS COMPLICACIONES

Neo-DMESTA

VACUNA ANTI-ESTAFILOCÓCICA CURATIVA

Tratamiento de las enfermedades debidas al estafilococo
ANTRAX, FURUNCULOSIS, ABSCESOS, ETC.

Neo-DMETYS

VACUNA PREVENTIVA Y CURATIVA
DE LA TOS CONVULSIVA

SE EMPLEAN EN INYECCIONES INTRAMUSCULARES O SUBCUTANEAS

Les Etablissements **POULENC** Frères-Paris

AGENTE PARA CHILE:

J. B. DIDIER
SANTIAGO

CASILLA 61
SAN PABLO 1340
TELÉFONO 3018

REUMATICOS

Usad

SALISOL

LAS MEJORES INYECCIONES PARA SANAR RAPIDAMENTE
ADEMÁS SE USAN CON ESPLÉNDIDOS RESULTADOS

EN LAS AFECCIONES DEL HÍGADO

Dosis de 2 a 5 cts. cúbicos

HEMOPTOL

(Sales de Calcio y Suprarrerrina)

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

Dosis 1 ampolleta diaria

¿Es Ud. débil? USE LAS INYECCIONES DE

Suero Fortificante A y B

Niños letra A—Adultos letra B

DEL

Laboratorio Internacional

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

BEHRING - WERKE

MARBURG. (Alemania)

SUEROS:

antidiftérico - original Behring
antitetánico
antidisentérico
antimeningocócico
antiestraoptocócico
antineumocócico
contra la influenza (grippe)
Suero normal de caballos.

VACUNAS:
(polivalentes)

Gonovaccin
Estreptovaccin
Colivaccin
Estaphigen
Vacuna antitífica

Tuberculinas:

para el empleo terapéutico:
(Series 1 al 5, graduadas)
para el empleo diagnóstico
según: KOCH / LÖWENSTEIN /
según: v. PIRQUET / WOLFF-EISNER

LINFA SECA Y LINFA LANOLINA (eficaz durante años)

YATREN

(Yod-sulfon-o-oxy-benzol-pyridin)

ANTISÉPTICO · DESODORANTE · ESTIMULANTE
BACTERICIDO

Se aplica según los principios de la terapia no específica en la Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Dermatología, etc.

YATREN - CASEINA (débil y fuerte)

Vacunas Yatren

GONO-YATREN
ESTAPHILO-YATREN
ESTREPTO-YATREN

(para la terapia específica - no específica)

OZAENASÁN: acaba de llegar

Pedir prospectos, literatura y muestras a:

J. A. NOCK - SANTIAGO - Casilla 1648 - (Huérfanos 1059)
Agente y Depositario para Santiago

Baltz, Oetjen y Cia. VALPARAISO, Casilla 145
Agentes y Depositarios para las provincias

EN VENTA: EN TODAS LAS BUENAS FARMACIAS DEL PAIS

CASA PAUL

Calle Castro, 11 - Teléf. 2349

SANTIAGO



Artículos para laboratorios en general
SURTIDO COMPLETO DE INSTRUMENTOS PARA MÉDICOS. — —
Manufactura de vidrios e importación directa de artículos de vidrios para laboratorios: — — — —

Gran surtido de ampolletas hipodérmicas de todas formas y tamaños. Tubos lisos para química, Cánulas de todas clases, Matraces, Embudos, Pipetas, Buretas, Jeringas, Agujas, Medidas, Probetas, Cápsulas de porcelana, Balanzas de precisión y de Botica, etc., etc. — — — —



Infinidades de Artículos para Laboratorios

La cooperación

Hasta el presente el Estado ha sido generoso para ayudar a las sociedades privadas de caridad, y ha hecho bien, muy bien. Conviene sí que en el futuro la acción de estas iniciativas particulares figuren como elemento activo de bien público y obren al lado, en perfecta armonía y en constante cooperación con los servicios similares de carácter oficial.

Este espíritu de cooperación hay también que crearlo entre los propios organismos del Estado. Por ejemplo, el servicio médico escolar debe necesariamente figurar y pertenecer al Ministerio de Instrucción y al mismo tiempo estar en cierto modo ligado con la "Oficina del Niño" que formaría, a su vez, parte del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Una solución sería que estos funcionarios, designados, prevjo concurso y de común acuerdo, recibieran emolumentos de ambos Ministerios. Otra fórmula más sencilla sería la de establecer que el personal de médicos escolares nombrados por la instrucción quedaran en la obligación de enviar sus informes, etc., por duplicado al Ministerio respectivo y a la Dirección General de Sanidad. Un Consejo formado por miembros de ambos Ministerios ejercería la supervigilancia de este servicio mixto.

Parecida cooperación debería establecerse entre los servicios de Sanidad Nacional y los respectivos del Ejército y de la Marina.

Para llegar a realizar la santa obra de la regeneración nacional en el campo de la sanidad y del bienestar general, es menester aunar muchas voluntades y federar los esfuerzos de todos los organismos que concurren a este fin, sean estos oficiales o simplemente particulares.

EL DOCTOR RENÉ SAND DE BRUSELAS

Llegará a Santiago el 14 del presente mes

Dictará un curso en la Universidad de Chile

El Dr. René Sand, Miembro Docente de la Universidad de Bruselas y actual Secretario General de la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja (París), conocido entre nosotros por su magnífico libro "Organización Industrial, Medicina Social y Educación Cívica en Inglaterra y Estados Unidos", París, 1920, que es una biblia de la Higiene Social contemporánea y autor de un excelente tratado sobre "Higiene del Escolar", Bruselas, 1924, llegará a Santiago el 14

del presente mes de Octubre, llamado por nuestra Universidad.

El Dr. Sand, una verdadera autoridad mundial en Medicina Preventiva, hará un curso de doce lecciones o conferencias sobre Higiene Social. Permanecerá casi dos meses entre nosotros. Su paso por la tribuna universitaria dejará, a no dudarlo, una simiente particularmente útil en los actuales momentos de revisión de nuestras instituciones y de grandes expectativas para el porvenir de la Sanidad Nacional.

Su acción será también provechosa para la Cruz Roja Chilena y sus actividades ordinarias en tiempo de paz, encaminadas, como se sabe, a la prevención de las enfermedades sociales y a la difusión de las prácticas de higiene individual.

En 1923, en Buenos Aires, y este año en París, un grupo de nuestros Profesores, Médicos y filántropos ha tenido oportunidad de tener con el Dr. Sand relaciones amistosas; su paso por Chile ensanchará el círculo de sus amigos y admiradores.

Damos al Dr. Sand nuestro cariñoso saludo de bienvenida.

Las colaboraciones deben dirigirse
al Secretario General de la
Redacción
Maestranza 463

TRATAMIENTO CIENTÍFICO de las enfermedades VENOSAS
y de los DISTURBIOS de la FUNCIÓN OVARIANA

MENOVARINE

A BASE DE principios extractivos vegetales seleccionados
y de un catalizador: Mn.

4 DRAGEAS POR DÍA

Laboratorios MON OLAN — 11 Place des Vosges — París

Concesionario único para Chile: J. B. DIDIER

CASILLA 61 — TELÉFONO 3018 — SANTIAGO

OBLEAS - AMILÁCEAS

Remedios dados a enfermos dentro de la sencilla OBLEA AMILÁCEA, reducirá la angustia y dolores causados por otros tratamientos, facilitando la mejoría de los enfermos.

El fabricante ruega a los Señores MÉDICOS y FARMACÉUTICOS de tomar nota que se fabrican las obleas en cualquier color, con cualquiera impresión o tamaño.

Se reciben órdenes directamente o por intermedio de los Droguistas por Mayor.

Primer PREMIO con MEDALLA de ORO obtenido en la EXPOSICIÓN INDUSTRIAL de Santiago-Chile 1922.

FABRICANTE: JUAN W. DOOLEY

Casilla 3554 — Calle Arturo Prat 637 — Teléfono 64 Matadero

SANTIAGO - CHILE

LOBELINA "INGELHEIM"

SALVA LA VIDA EN

- 1.º La Parálisis Respiratoria
- 2.º Las Enfermedades Infecciosas con peligro de un colapso inmediato (pneumonía, bronquitis, crup, difteria, etc.)
- 3.º Los Accidentes Respiratorios de la Anestesia
- 4.º El Estado Asfíctico del Niño recién nacido
- 5.º Los casos de Envenenamientos (morfina, óxido de carbón, gas de alumbrado, etc.)
- 6.º El Asma Bronquial.

Cajas de 6 ampolletas para inyecciones intravenosas (0.003) y para inyecciones intramusculares (0.01)

AGENTE EXCLUSIVO PARA CHILE:

Dr. WALTER KNOCHE

SANTIAGO ☞ ☞ CASILLA 3457

Se piden los productos C. H. Boehringer Sohn. Ingelheim
En todas las buenas boticas.

HEXETON

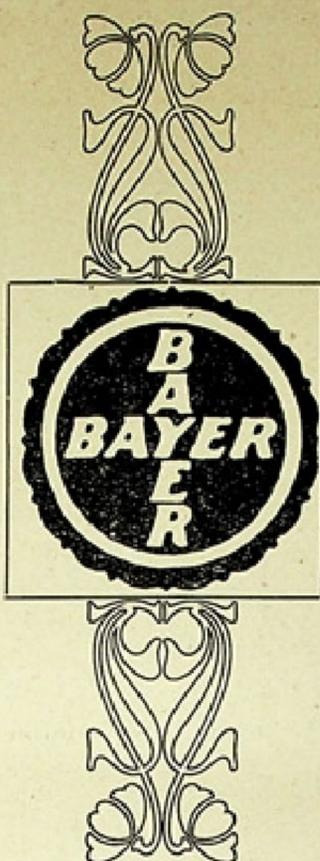
(metilisopropil - ciclohexenona - en una solución de salicilato sódico).

Isómero del alcanfor

soluble en el agua e inyectable por la vía intramuscular e intravenosa.

Absorción rápida. Acción casi instantánea.

El aceite alcanforado se absorbe con gran lentitud, su acción tarda en producirse y las inyecciones son dolorosas, todos inconvenientes que se han llegado a suprimir en el **HEXETON**.



JUVENINA

Combinación racional y excelente de Yohimbina, Arsénico y Estricnina.

Ampollas: de 10 ampollas de 1,2 cent. cúb.
Tabletas: frascos de 50 tabletas.

Tónico eficaz

contra

la debilidad sexual, impotencia, anafrodisia, estados de agotamiento nervioso, resistencia escasa a la fatiga, depresión corporal o psíquica.

(Embalaje original «BAYER»).

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

Señor Doctor, ¿recibe Ud. la Revista de Información Terapéutica?, si no la recibe, dirijase a la **Química Industrial «Bayer», Weskott & Co.,** Santiago de Chile, Casilla 1267, indicando su dirección precisa y la recibirá gratis y franco de porte.

Señor Doctor

Cuando prescriba a un paciente Digitalina por vía gástrica no olvide la

DIGITALINA PASTEUR

(Cristalizada)

Solución al milésimo
Rigurosamente dosada

LABORATORIO PASTEUR

Biocalcina Lecitinada

La combinación de sales cálcicas asimilables, con LECITINA (ex ovo) da espléndidos resultados en el tratamiento de la TUBERCULOSIS desgaste cerebral y debilidad ósea.

LABORATORIO PASTEUR

La fórmula del

Valerobromyl

es la más inofensiva y la de más rápida eliminación

Sedante-Hipnótico



LABORATORIO PASTEUR

LITERATURA Y MUESTRAS
PARA LOS SRES. MÉDICOS A
CASILLA 3076 - SANTIAGO

LABORATORIO PASTEUR

Botica Italiana-Huérfanos 1020

EL PROFESOR ALDUNATE

ES NOMBRADO MIEMBRO DE LA JUNTA DE VECINOS DE SANTIAGO

Dentro del movimiento que ha traído el actual estado de cosas, la Municipalidad de Santiago ha sido disuelta y la corporación edilicia fué reemplazada por una Junta de Vecinos. El profesor Aldunate ha ingresado al gobierno comunal de Santiago como miembro de esta Junta.

La acumulación de tanto desorden administrativo, la falta de moral que hasta ahora había en el seno de las Municipalidades que han gobernado a Santiago, reclamaban con urgencia una medida enérgica para poner fin de una vez por todas a esta situación. El Gobierno de la República, en un acuerdo digno de grandes aplausos, llamó a los actuales miembros de la Junta de Vecinos y puso en sus manos la ciudad de Santiago, para que hicieran de ella lo que tantos otros no habían querido



(Este dibujo se debe al Sr. G. Fragnilli, alumno de la Escuela de Medicina).

hacer: una ciudad moderna, digna de la capital de una República en el siglo XX.

El profesor Aldunate aportará a las labores del nuevo gobierno local el contingente de su cultura y entusiasmo, que puestos al servicio de la ciudad de Santiago se traducirán en obras útiles y duraderas. Su seriedad, su rectitud no pueden estar mejor empleadas que en el puesto a que ha sido llamado a ocupar.

Lleva a la Municipalidad las aspiraciones de muchos espíritus que desean ver realizadas positivas obras de progreso.

Por acuerdo de la Junta de Vecinos, el profesor Aldunate representará a la Municipalidad en la Beneficencia de Santiago. Como médico y como profesor tendrá aquí motivos para cooperar brillantemente en las obras de la Beneficencia.

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

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

ALBARGINA

Antigonorreico
excelente,

no irritante, fuertemente bactericida, de acción profunda. Dosis: uso profiláctico solución de 5-10 por ciento; uso terapéutico: solución de 0.1-3%

ENVASE DE ORIGEN:

Tubos de 20 tabletas a 0.2 g
" " 50 " a 0.2 g

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 g antes
de las comidas.

Solo servimos la Anestesia pura en polvo

PERLAS VALIL

excelente.

Remedio calmante

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

ENVASE DE ORIGEN:

frasco de 25 perlas de 0.125 g.
2-3 veces al día 2 a 3 perlas
después de las comidas.

Anfotropina

(canforato de hexametilentetramina)

Antiséptico interno

de las vías urinarias de acción intensa y bien tolerado.

Propiedades:

fuertemente bactericida, diurético, regenerador de los epitelios; impide el desarrollo de los procesos de inflamación.

Indicaciones:

en la cistitis crónica y subaguda, en las pielitis, en las pielo-nefritis no tuberculosas, en las nefritis y en las formas suaves de la diatesis úrica. Como auxiliar de la Albargina en el tratamiento de la gonorrea, profiláctico antes de intervenciones quirúrgicas en el aparato urinario, para enfermos de tifus y portadores de bacilos.

Dosis:

3 veces al día 1 tableta.

Envases de origen:

Tubos de 20 tabletas a 0.5 g

Literatura y muestras a disposición de
los Sres. médicos.

NOVALGINA

Antipirético, Antirreumático,
Analéptico

en las poliartritis, reumatismos musculares, fiebres infecciosas. Casi insípido y muy bien tolerado.

ENVASES DE ORIGEN:

Tubos con 10 tabletas de 0.5 grs
Cajas con 5 y 10 ampollas de 1 y 2
cm³ de solución al 50% para inyecciones.

TUMENOL

Preparado de Brea
bituminosa sulfonada

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

Dosis:

Pomadas: 1-20%, tintura, pincelaciones, etc. La mejor forma para recetas: Tumenol amónico. No servimos ninguna especialidad a base de Tumenol.

MIGRANINA

remedio contra la jaqueca

Acción antineurálgica y analéptica

1 a 3 veces al día 1 tableta
a 1, 1 g o 3 tabletas a 0.37 g

ENVASE DE ORIGEN:

Cajas de 5 tabletas a 1, 1 g
Frascos de 21 tabl. a 0.37 g

Para las enfermedades
nerviosas

R/.

NEYRINE

Solicite muestras a

ANTONIO PENYA - Casilla 3499

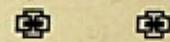
SANTIAGO DE CHILE

ELIXIR FERNEL

Polyodurado Arsenical

es una Combinación de Yoduros
Alcalinos y de Mercurio aso-
ciados al ARRENAL

Recomendado como complemento del trata-
miento de la Sífilis y como depurativo
de la Sangre.



PREPARADO EN EL LABORATORIO DEL STENOGEN

Muestras gratis a disposición
de los Facultativos.



NICOLAS GALASSO COLAVOLPE

CHACABUCO 64

TELEFONO 154 Est.

LABORATORIOS CLIN

ENESOL

(Salicilarsinato de Mercurio)

VENTAJAS:

Toxicidad excesivamente débil (70 veces más débil que la del Hg I²).
El ENESOL no es doloroso en inyecciones hipodérmicas.
La actividad terapéutica del ENESOL es comparable a la de las mejores sales mercuriales.
El ENESOL se expone en Ampollas de 2 c. c. graduadas a 3 mgr. por c. c. (9 gr. 05 por ampolla).
1012

TUBOS ESTERILIZADOS CLIN

Para INYECCIONES HIPODÉRMICAS

con todo género de medicamentos utilizados en la práctica de la hipodermia. Se expenden en cajas de 6 y de 12 ampollas.

Los Tubos esterilizados CLIN se recomiendan por la asepsia perfecta, la pureza química y el riguroso dosaje de las preparaciones.

CONSÚLTASE EL PRECIO CORRIENTE ESPECIAL.
1020

F. COMAR & FILS & C^{ie} - PARIS

ASCOLÉINE

SOLUCION RIVIER

CIEN VECES MAS ACTIVA que
el aceite de hígado de bacalao,
por cuanto

cada cucharada cafetera de ASCO-
LEINE RIVIER contiene 10 centi-
gramos de lecitido específico ("di-
midotrisfosfatido") mientras que un
litro de aceite virgen sólo contiene,
por junto,

20 centigramos.

La ASCOLEINE RIVIER aumen-
ta las fuerzas, hace engordar a los
tuberculosos, favorece las oxidaciones
pulmonares

y acrecienta la actividad
antitóxica del hígado.

LABORATORIOS CLIN

ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000º (Frascos de 5 y de 25 c. c.)

Colirio al 1/5000º.

Gránulos a 1/4 de mgr.

Supositorios a 1/2 mgr.

Tubos esterilizados a 1/2 mgr. por c. c.

Tubos esterilizados a Adrenalina-Cocaína.

EXÍJASE LA MARCA CLIN. 1010

FOSFOTAL CLIN

(Phosphotal. — Fosfato neutro de Cresota)

Cápsulas Clin 20 mgr de Fosfotal
por Cápsula.

Emulsión Clin 50 mgr de Fosfotal
por cucharada de las de café.

Tubos Clin Solución oleosa, graduada
a 10 mgr. de Fosfotal por c. c. en ampollas de 3 c. c.

INDICACIONES: Bronquitis, Catarros,
Laringitis, Tuberculosis. 1052

F. COMAR & FILS & C^{ie} - PARIS

ESTOS MICROBIOS
OS DAN
DISENTERIA
ENTERITIS
DIARREA
Un solo frasco
DE LA
INSUPERABLE

AMIBIASINE

ADOPTADA
POR EL EJÉRCITO FRANCÉS
OS CURARÁ

Laboratoire de l'AMIBIASINE
27, Rue de Miromesnil, PARIS

Dentición

JARABE DELABARRE

JARABE SIN NARCÓTICO.

Facilita la salida de los dientes, previene ó hace desaparecer los
sufrimientos y todos los Accidentes de la primera dentición.

EXÍJANSE el SELLO de la "Union des Fabricants", y la FIRMA DELABARRE.
Establecimientos FUMOZZE, 78, Faubourg St-Denis, Paris, y las Farmacias del Globo.

ANEMIA

Las Auténticas
PÍLDORAS

BLANCARD

de PARIS

Aprobación de la Academia
de Medicina de Paris.

DEBILIDADES

UNA TESIS FRANCESA INSPIRADA EN TRABAJOS CLÍNICOS CHILENOS

“Le Glaucome dans ses Rapports avec la Syphilis” por el Dr. Maurice ARNOUX, Interno de los Hospitales. — Tesis de Doctorado de la Facultad de Medicina de Nancy. 104 págs. 1924.

En la Clínica Oftalmológica de la Facultad de Nancy se ha llevado a efecto un trabajo sobre “El Glaucoma en sus relaciones con la Sífilis” por el Dr. Mauricio Arnoux. Este trabajo fué inspirado por el Dr. L. Jeandelize, Agregado y Encargado del Curso de Enfermedades de los Ojos de dicha Facultad. La idea de llevar a cabo esta investigación nació de una colaboración aparecida en los Annales d'Oculistique, de París, en Diciembre de 1921, debida al Dr. Carlos Charlín, Profesor Extraordinario de la Facultad de Chile y Director de la Clínica Oftalmológica del Hospital del Salvador (1).

En el Servicio del Prof. Charlín, desde el año 1919 se estudia con todo interés el problema que representa el glaucoma y especialmente sus relaciones con el estado general de estos enfermos. Resultados de estos

(1) CARLOS CHARLIN C.—*L'état vasculaire des glaucomateux*. Annales d'Oculistique. N.º. 12, 1921.

trabajos son las numerosas tesis hechas por sus internos y alumnos (2).

La aparición de esta tesis francesa es importante por numerosos motivos. Primero que nada, queremos llamar la atención hacia el hecho que un trabajo de las Clínicas chilenas es el punto de partida de investigaciones francesas. En segundo lugar, las conclusiones a que llega el autor francés son sensiblemente iguales a las sostenidas por la escuela del Salvador desde hace tres años antes.

Revisando la tesis de Arnoux, vemos que la base de dicho trabajo lo forma la memoria del Prof. Charlín, aparecida en París en 1921, en los Annales d'Oculistique. Numerosas de sus observaciones que aparecen íntegras, muchas de sus frases y sus estadísticas, sirven de apoyo a la tesis del autor francés.

Anotamos este hecho como muy importante y estamos seguros que a los colaboradores de la Clínica del Salvador, a quienes llena de prestigio, les será un nuevo estímulo, y para todos los demás esto constituye un bello ejemplo.

(2) Las siguientes son las tesis en la Clínica del Salvador sobre el glaucoma:

C. ESPÍDORA LUQUE.—*La Etiología del Glaucoma Primitivo.—Sus relaciones con la sífilis y la arteriosclerosis*. Imp. Universitaria. 1921

O. KUHLMAN HUCKE.—*La Cirugía del Glaucoma*.—Imp. Universitaria. 1922.

A. GARRETÓN SILVA.—*El Síndrome General de los Glaucomatosos. Estudio Clínico de 90 enfermos*.—Imp. Siglo XX. 1923.

O. LENK GEYWITZ.—*El Riñón de los Glaucomatosos*. Imp. Claret. 1923.

A PROPÓSITO DE LOS MÉDICOS DE CIUDAD

Hemos recibido la siguiente pregunta, que pasamos a contestar:

—“¿Cuáles son los deberes que corresponde cumplir a un Médico de Ciudad, refiriéndose al que ejerce en un pueblo de provincia?”

—Conforme a la pregunta, vamos a referirnos sólo a los Médicos de Ciudad radicados en pueblos de provincia, ya que en ciertas ciudades, Santiago especialmente, son varios los médicos, que hacen cada cual trabajos distintos.

1º Permanecer en la ciudad o dentro de la comuna, especialmente si no hay otros médicos.

2º Practicar las autopsias médico-legales, ordenadas por los Juzgados.

3º Expedir los informes médico-legales, sobre lesiones, estados mentales, etc., etc., ordenados por el Juzgado.

4º Dar informes sobre estados de salud o enfermedad de funcionarios fiscales o municipales, cuando soliciten licencia. Estos informes son remunerados por los funcionarios que lo solicitan.

5º Ciertas obligaciones impuestas por la Municipalidad respectiva al nombrar al médico para ese puesto, o bien que son obligaciones ya existentes en esa corporación. Ellas pueden ser: atención de Dispensarios municipales; informes sobre el estado de salud o enfermedad de personas que van a

Aparatos Electro-Medicinales de la renombrada fabricación “Siemens & Halske”

OFRECEMOS PARA ENTREGA INMEDIATA:

Instalaciones Rayos “X”

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

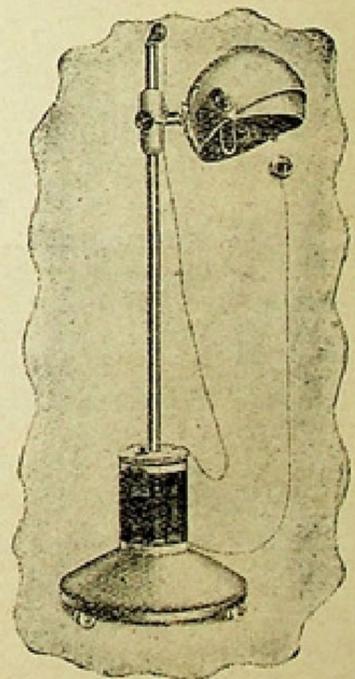
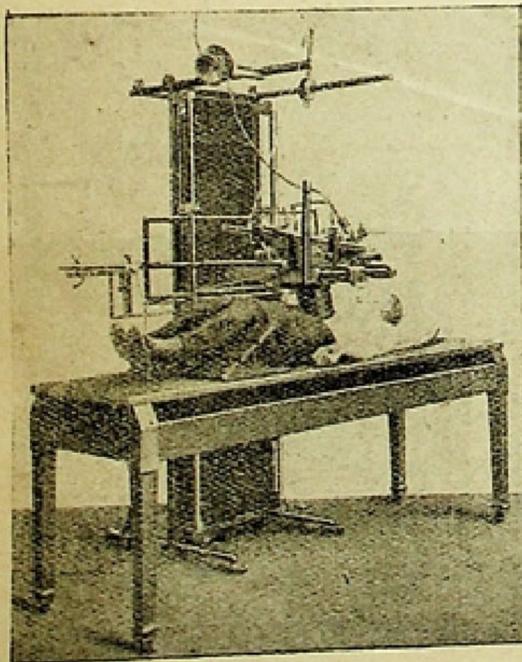
Aparatos Electro-Medicinales

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

Lámparas Helioterápicas original “Hanau”

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

Elaboramos toda clase de presupuestos por instalaciones entregables desde fábrica.



Siemens-Schuckert

Compañía de

SANTIAGO

Huérfanos 1017 - 1041 □ Casilla 104 D.



Limitada

Electricidad

VALPARAISO □ CONCEPCIÓN

VALDIVIA □ ANTOFAGASTA □ IQUIQUE

desempeñar cargos dentro de la comuna municipal respectiva: conductores de vehículos, vendedores en mercados, ambulantes, etc., etc.

Finalmente, y como una obligación moral, en los pueblos donde no existen dispensarios, ni municipales ni de beneficencia, atenderá el médico de ciudad, en forma gratuita a aquellas personas cuya indigencia sea absolutamente reconocida.

EL CUERPO MÉDICO DE SANTIAGO SE DIRIGE AL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

La asamblea del 16 de Septiembre

En el local de la Sociedad Médica y bajo la iniciativa de las Sociedades Médica y de Pediatría, se reunieron en asamblea los miembros del Cuerpo Médico de Santiago el día 16 de Septiembre pasado.

El objeto de esta reunión era tomar algunos acuerdos para elevarlos al Gobierno de la República, acuerdos que reflejaran el sentir unánime de los médicos referentes a ciertos temas relacionados con el estado sanitario del país y la organización de servicios de asistencia y previsión social.

Los Drs. Lea-Plaza y Cienfuegos hablaron a nombre de las Sociedades Médica y de Pediatría, respectivamente. Usó de la palabra el Prof. Alejandro del Río y a nombre de la Junta Militar, el Comandante señor Bartolomé Blanche, leyó un mensaje dirigido al Cuerpo Médico ahí reunido.

Una comisión compuesta por el Prof. Aguirre Luco, Decano de la Facultad de Medicina; Prof. del Río y Dr. Cienfuegos, quedó encargada de poner en conocimiento de la Junta de Gobierno los acuerdos de la asamblea.

Damos a continuación los acuerdos de la asamblea y el mensaje leído por el Comandante Blanche.

“El Cuerpo Médico de Santiago, reunido con fecha de hoy en la Sociedad Médica, acuerda manifestar al Gobierno la importancia capital que tiene, para nuestro porvenir como Nación, que el Estado dedique a los problemas sanitarios una atención preferente”.

“Abonan esta petición consideraciones de gran peso: por una parte nuestra índole demográfica no nos permite contar sino con el crecimiento vegetativo de la población, al mismo tiempo que disminuye nuestra natalidad; por otra parte, debemos tomar en cuenta la pavorosa cifra de nuestra mortalidad, en especial de la infantil”.

“A juicio del Cuerpo Médico, la actual organización sanitaria, tanto nacional como municipal, exige una modificación completa; se requiere, además, la creación de la carrera de especialista sanitario (Médico-Sanitario, Ingeniero-Sanitario, Enfermera, Visitadora, etc.)”

“Para dar vigor y armonía a la organización proyectada, es indispensable la creación de un Departamento de Estado independiente que tenga a su cargo la Higie-

ne, la Asistencia Pública y la Prevención Social”.

“Santiago, 16 de Septiembre de 1924”.

Mensaje de la Junta Militar al Cuerpo Médico de Santiago

“Señor Presidente: Hemos tomado conocimiento por las informaciones de la prensa que los médicos de Santiago celebrarán hoy una reunión en la Sociedad Médica para decidir su actitud ante el movimiento político actual, en lo que se refiere a la salubridad pública del país.

Celebramos extraordinariamente esta determinación, porque se nos proporciona la oportunidad de reforzar o mejorar las aspiraciones que tenemos en estas materias. En este sentido me permito rogar a esta docta asamblea considere el criterio que nos hemos formado sobre el problema sanitario de Chile.

La oficialidad del Ejército y Armada anhela vehementemente borrar con la rapidez debida la mancha negra de nuestro estado sanitario, causa indudable de ruina interior y de desprestigio ante el mundo civilizado. Estamos convencidos que la honestidad moral que nosotros buscamos surge con mayor fuerza de la regeneración física y se mantiene con el equilibrio de la salud y de la vida. Somos testigos inmediatos del secreto macabro que el Servicio de Higiene Social del Ejército ha descubierto en el terreno de sus investigaciones. Se ha puesto en evidencia

VITAMINAS

Con este nombre es comprendido un variado grupo de compuestos vegetales, y de acumulación en determinadas secciones animales, caracterizados por la constitución de sus componentes, en que su núcleo lo forma siempre el elemento fósforo, que en su último estado residual, por oxidación, forma el ácido fosfórico.

Por su diluida concurrencia en los alimentos vegetales, es casi imposible su abundante acumulación por organismos que han disipado sus reservas, y como consecuencia presentan una alarmante depresión vital, enflaquecimiento extremo, falta de apetito, perturbaciones digestivas, insomnios, vahidos, dolores de cabeza, etc.; en cuyas condiciones es inabordable, ni siquiera una mediana alimentación animal.

En forma efectiva y abundante para remediar dichos estados, estas VITAMINAS son disponibles únicamente en el producto denominado

Sucromaltina

extracto al vacío, a baja temperatura, de malta o cebada germinada, que en su inicial estado de reproducción, llegó a efectuar la total transformación de los componentes del grano, para convertirlos en el más inmediato grado de actuación vital, lo que a impulso de su riqueza en VITAMINAS, en su mayor actividad, habría vivificado al nuevo ser. Esta potencia, según las doctrinas de Claudio Bernard, de igual modo que por la planta, es aprovechable por un organismo viviente cualquiera, y con mayor fundamento por el propio del ser humano.

LABORATORIO CORTÉS-Santiago-Chile-Casilla 3989

PARA EVITAR
 JAQUECAS
 NEURALGIAS
 REUMATISMOS
 INFLUENZAS Y
 DOLORES PERIÓDICOS

TOME

JAQUEQUINA
 PILDORAS
 QUITA-DOLORES

Un Remedio Seguro
 y Eficaz para Todos
 los Dolores del Cuerpo

FÓRMULA ADAPTADA
 Y RECOMENDADA
 POR LOS MÉDICOS

The Sydney Ross Co. nc, New York.

que en nuestros concriptos, o sea en la población seleccionada de Chile a los 20 años de edad, sólo hay un 10 por ciento de gente apta en toda la acepción biológica del vocablo.

Es nuestro primer deseo la creación a corto plazo del Ministerio de Higiene, Previsión Social y Asistencia Pública, como factor fundamental para encauzar las energías nacionales de bien público hoy dispersas, uniformándola en un plan de armonía que asegure el rendimiento que se exija. Podemos asegurar al Cuerpo Médico que ya están iniciadas nuestras gestiones en esta materia.

Hemos comprendido claramente que la medicina preventiva es una actividad que exige una especialización cerrada, es decir, incompatible con toda otra labor profesional. Hay que rentar al médico sanitario en forma debida y velar por que su preparación sea eficiente. Procede financiar los ingentes gastos que requiere la sanidad del país en forma que no pese sobre las arcas fiscales ni debilite los presupuestos de la nación. Este es un punto que estamos en vías de resolver. Procede fundar simultáneamente con toda esta reforma una Escuela Superior de Higiene para la formación de nuestros futuros médicos sanitarios. Como el envío de médicos al extranjero nos parece que dilata la acción rápida de la formación de un personal colectivo, el Ministerio estudiará la contratación en Estados Unidos de cuatro especialistas eminentes que con un curso

corto de conferencias pedagógicas inaugurarán la Escuela Superior de Higiene formando la primera generación de médicos sanitarios.

Se nos ha demostrado que es una exigencia impostergable la revisión de los organismos y servicios que consulta el Código Sanitario. Los servicios deben ser más amplios, capaces de satisfacer las múltiples exigencias de la vida civilizada de hoy. La amplitud que exige la educación y propaganda de la higiene, la mano severa que se necesita en el control de las disposiciones sanitarias, el fácil alcance por intereses mezquinos que han tenido los problemas de la salud en las agrupaciones municipales de la nación, nos animan a declarar franca y categóricamente que pediremos una reducción máxima de las funciones municipales en lo que atañe a estos problemas que sólo pueden y deben ser funciones del Estado.

En esta forma la Dirección General de Sanidad podrá actuar en higiene infantil, en higiene urbana y rural, y sobre todo, en la fiscalización rigurosa de las bebidas y sustancias alimenticias. ¡Defender a todo trance la leche que nutre la carne de nuestros hijos!

Función primordial de la Dirección de Sanidad dentro de este cuadro, pedimos que sea el de la Higiene Social, concebida como la hemos comprendido en el Ejército. El remedio a todos los males susceptibles de producir degeneración de la raza: sífilis, tuberculosis, alcoholismo y habitación insalubre.

Sabemos que el problema es arduo en materia que se relacione con la moral de las costumbres, que tanta influencia tiene en los males ya nombrados, pero ahí estará todo nuestro vigor para pedir con el respeto debido toda la autoridad posible para el funcionario responsable de este plan de salvación nacional.

Educación, control y curación obligatoria, es la síntesis de nuestro sentir para la organización del Departamento de Higiene Social de la Dirección General de Sanidad.

También sabemos que hay necesidad de reformar en materias de boticas, en la fiscalización de las profesiones médicas y del comercio de drogas, en ingeniería sanitaria, en los baños públicos e higienización de las viviendas populares. ¡Que se haga lentamente el empadronamiento de las casas de alquiler y que se lave y se despioje al pueblo no sólo cuando el tifus nos invade!

Estas son, a grandes rasgos, nuestras ideas fundamentales para la revisión de nuestro Código Sanitario en relación a sus servicios. Réstanos sólo manifestar que aquellas actividades requieren el robustecimiento de los organismos directivos y ejecutores, no sólo en cantidad sino en disciplina y eficiencia de trabajo. Perdónesenos si decimos que procede una acción militar para llevar al país a la regeneración sanitaria que el Cuerpo Médico y la opinión pública reclaman con el ardor del mismo patriotismo que nos ha llevado a la renovación de los valores políticos de los días que vivimos".

BROMURAL "KNOLL"

TABLETAS

Este viejo amigo de tantos enfermos del sistema nervioso no faltará más en Chile y por consiguiente

pueden los señores Médicos recetarlos, en la confianza que sus recetas serán despachadas en cualquiera buena Botica

Agua oxigenada ^{6 %} de peso

PRÁCTICO

de
E. MERCK
DARMSTADT

DOBLE

20 vol. 0

ECONÓMICO

frascos de 115 grs. — 4 cts.
en todas las buenas Boticas

PRODUCTOS SERONO

Bioplastina Serono: Emulsión aséptica de lecitina y luteína, para uso hipodérmico, al 25 0/0 en suero fisiológico. En cajas de 10 ampolletas de 1 1/2 c. c. y en cajas de 6 ampolletas de 5 c. c.

Peptopancreasi Serono: Solución glicérica activa de jugos gástricos y pancreáticos. Contiene fermentos lipolíticos, proteolíticos y amilolíticos.

Ovarasi Serono: (por vía bucal e hipodérmica). Extracto glicérico de ovario obtenido a alta presión. Contiene todos los enzimas del ovario.

Ipofisasi Serono: Extracto glicérico total de glándula pituitaria. Cada c. c. corresponde a un cuarto de gramo de glándula fresca.

Urolitina: a base de yoduro de rubidio, carbonato y salicilato de litio, hexametilentetramina, extracto seco de estrofantó. Mezcla efervescente.

Metranodina Serono: a base de hidrastis canadensis, viburnum prunifolium, ergocina dializada, caunabis indica.

Cardiolo Serono: Extracto fluido bien titulado de estrofantó, heumovómica, escila y lobelia. Es preparado de título constante.

Tiroidase Serono: Extracto glicérico de tiroides y paratiroides obtenido a alta presión.

Surrenasi Serono: (por vía bucal e hipodérmica). Extracto glicérico total de cápsula suprarrenal. Contiene todas las hormonas activas, medulares y corticales de la glándula.

Orchitasi Serono: (por vía bucal e hipodérmica). Extracto glicérico de glándula testicular. Contiene todas las hormonas activas de la glándula intersticial y además la espermina.

Virosan Serono: (Antilúético por vía bucal). Es una combinación de oleato doble de mercurio, colesterina y albotanina.

Muestras y bibliografía a disposición de los Señores Médicos

Dirigirse a:

Hijos de Atilio Massone

CASILLA CORREO 3584 = SANTIAGO = CALLE CLARAS 205

ANIMASA

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

ARTERIO - ESCLEROSIS

y de todas las afecciones concomitantes (calcificación de las arterias, alta presión arterial, esclerosis renal) ha dado excelentes resultados en los ensayos clínicos practicados durante más de seis años.

Activación de la inmunidad celular, histógena de la íntima por acción estimuladora selectiva, órgano-tropa, en combinación con una disminución de la presión sanguínea y activación no específica del protoplasma por productos de desdoblamiento de albúmina con acción parenteral.

COMPONENTES: Productos de desdoblamiento de la albúmina de los glóbulos sanguíneos del suero de animales jóvenes, combinados con extractos de las paredes arteriales de estos animales.

LITERATURA GRATUITA

ORGANOTERAPIA

BROWN - SEQUARD, Prof. ZUNTZ: Prof. POEHL

FABRICANTES:

Organoterapeutische Werke

NEUENKIRCHEN en Oldenburg
(Alemania)

Introducción y Concesionario exclusivo para Chile:

L. ARENSBURG - Santiago

CASILLA 5037



INSTITUTO MOURGUES
Fundado en Valparaíso el año 1905
Sección de Elaboración de
Productos Químicos Puros
SANTIAGO

1000
GRAMOS

YODURO DE POTASIO

PURO ANALÍTICO
PARA INYECCIONES



LUIS E. MOURGUES

De la Facultad de Medicina de París
Profesor extraordinario de Química General
de la Universidad de Chile

CASILLA "A"

Cables y Telegramas "LABMOURO"
SANTIAGO

COMPARACIÓN DE PREPARACIONES ANATÓMICAS CON RADIOGRAFÍAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR (1)

por el

Dr. E. HEEGEWALDT

Jefe del Laboratorio de Radiología del Instituto Sanitas

Así como la clínica ha ido progresando a medida que la anatomía patológica ha permitido superponer el síntoma a la lesión orgánica dando al primero su valor de tal, de la misma manera la radiología ha adquirido por medio de la anatomía patológica su verdadero valor diagnóstico.

Para disminuir, pues, el número de los errores de diagnóstico radiológico, el único camino que poseemos es comparar las radiografías del ser vivo, obtenidas en un período muy corto antes de la muerte, con la preparación anatómo-patológica.

Siendo éste un método bastante exacto, está, sin embargo, sujeto a pequeñas variaciones que dependen, como es fácil darse cuenta, de los cambios que sufren los distintos órganos en el cadáver; me refiero al diferente contenido en líquidos, diferente contenido en aire, grado de coagulación de la albúmina, etc., etc. La muerte contribuye también a alterar el tonus y con esto las relaciones recíprocas de los órganos entre sí.

Así pues, se derivarán pequeñas variaciones respecto a la forma, situación y tamaño de ellos.

Al comparar las radiografías con las preparaciones anatómicas, tenemos que tomar en cuenta estos factores y de este modo se pueden obtener datos y signos verdaderamente interesantes que enriquecen la interpretación radiográfica, que ayuda así más eficazmente a la clínica.

Quiero referirme en este estudio solamen-

te a la tuberculosis pulmonar y me basaré principalmente en los trabajos de Graff, Küpferle y Aschoff en Friburgo y Heidelberg. Algunas de las proyecciones que presentaré provienen de estos autores.

Para estos trabajos, los autores han procedido del siguiente modo: Para fijar en el cadáver los órganos torácicos, obteniendo así el minimum de variaciones respecto a la posición de los órganos, se inyectaba 8 a 10 litros de una solución de formalina al 10% en la vena femoral. De este modo se obtenía después de 12 a 24 horas una fijación de los pulmones que permitía levantar la pared torácica anterior, hacer una serie de cortes frontales en los órganos torácicos, cortes que luego eran examinados y confrontados sistemáticamente con las radiografías respectivas, pudiendo así ver cuáles sombras correspondían a las lesiones anatómicas encontradas. Se completaba más este estudio por medio de exámenes histológicos que se practicaban en pequeños trozos pulmonares, lo que permitía detallar más la reacción anatómica encontrada. Casi siempre era posible tomar las radiografías algunos días antes de la muerte.

Lo que se refiere al diagnóstico diferencial deseo explicarlo brevemente. La tuberculosis puede imitar varios otros procesos, lo que fácilmente se comprende conociendo su enorme variabilidad. Por ejemplo, la lúes pulmonar, muy rara en las autopsias con sus dos formas principales, intersticiales y gomosa; la bronco-neumonía, la neumonía. El diagnóstico diferencial de este último, será fácil en general, por la sintomatología clínica aguda. Un caso de neumonía, casi nunca viene al examen radiológico. La bronco-neumonía sin resolución puede causar dificultades diagnósticas. Las espiroquetosis hasta ahora no están bastante estudiadas. Las bronquiectasias, abscesos, gangrenas, se eliminarán por su cuadro

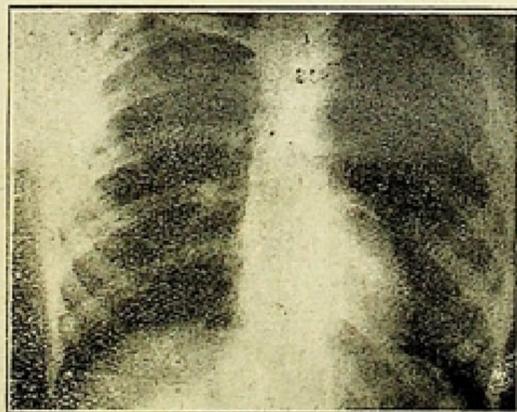


Fig. 1.

clínico típico. También tienen manifestaciones típicas radiológicas que facilitan el diagnóstico. Hay tumores malignos pulmonares y bronquiales que pueden causar un cuadro muy parecido a la tuberculosis.

Comenzaré por demostrarles la radiografía de un tórax normal (Fig. 1): Nótese la conformación simétrica de la caja torácica, la posición simétrica de las costillas en ambos lados, espacios intercostales normales, la igual transparencia del tejido pulmonar en

ambos lados, transparencia que sólo es interrumpida en los dos lados por ciertas sombras que corresponden a la proyección de los vasos y bronquios de un adulto normal y que contribuyen a formar el hilio del pulmón. Por el estudio de pulmones preparados por medio de inyecciones, se ha podido demostrar que la mayoría de estas sombras intensas son formadas por los vasos. Obsérvese la forma irradiada, cuyos rayos parten del hilio, cómo se proyectan los vasos y bronquios en los campos claros pulmonares y nótese que se marcan más hacia las bases que en las otras direcciones. Los cortes transversales de los bronquios proyectados en la radiodirección, se dibujan como formas de anillos; los vasos, como en forma de verdaderos discos.

Algunos detalles suelen demostrarse mejor en la radioscopia, y es en ella que debemos completar o complementar, mejor dicho, nuestros exámenes, permitiéndonos observar la iluminación igual de los vértices con la tos, la amplitud de las excursiones diafragmáticas, los ángulos costo-diafragmáticos, la situación de los órganos mediastinales, etc., etc. Suelen encontrarse en el hilio sombras más intensas que corresponden a pequeñas cicatrices de forma irregular. En esta radiografía no observamos calcificaciones de los cartílagos costales, fenómeno que suele encontrarse con cierta frecuencia ya en individuos jóvenes.

En las radiografías de enfermos tuberculosos pulmonares, es decir, en radiografías anormales, en contraposición con la normal que acabo de presentar, la infección tuberculosa se presenta por manchas o focos situados en sitios en que normalmente no deben existir. Estos focos debemos analizarlos respecto a su forma, tamaño, posición recíproca, intensidad de la sombra, precisión de los contornos, extensión y disposición del proceso, y poniendo en relación estas observaciones con la pieza anatómica obtendremos datos que nos permitirán llegar a conclusiones de valor pronóstico y diagnóstico para la clínica. Sin embargo, para la interpretación de estas sombras o focos debemos tomar algunas precauciones que conviene tener presente, sobre todo para la relación de los distintos focos entre sí. Así, por ejemplo, es fácil caer en el error de creer que focos que aparecen juntos en la pantalla deban forzosamente encontrarse contiguos en los pulmones. Esto sería una deducción de falsa interpretación, pues no debemos olvidar que focos situados a muy diversos planos en los pulmones se proyectan en un solo plano en la placa, así como también focos que están muy cerca en los pulmones pueden aparecer en la placa muy distantes, y vice-versa. Este fenómeno se debe, como es fácil darse cuenta, a que el foco de luz del tubo emite sus rayos de un punto central respecto a los focos pulmonares. Debemos formarnos el criterio, respecto a las relaciones y tamaños de las sombras, tomando en cuenta este factor en la radioscopia controlándolas en diversas posiciones, haciendo girar al paciente.

(1) Conferencia hecha el 1.º de Septiembre.

No fué posible publicar la totalidad de las proyecciones, sólo se han insertado aquellas más indispensables.

Las ilustraciones provienen en parte del trabajo de Siegfried Graff y Leopold Küpferle.— *Die Lungenphthise.*

En la figura 2 tenemos un esquema en el cual aparecen focos juntos unos a otros en la proyección, siendo que, en realidad, están distantes de los pulmones.

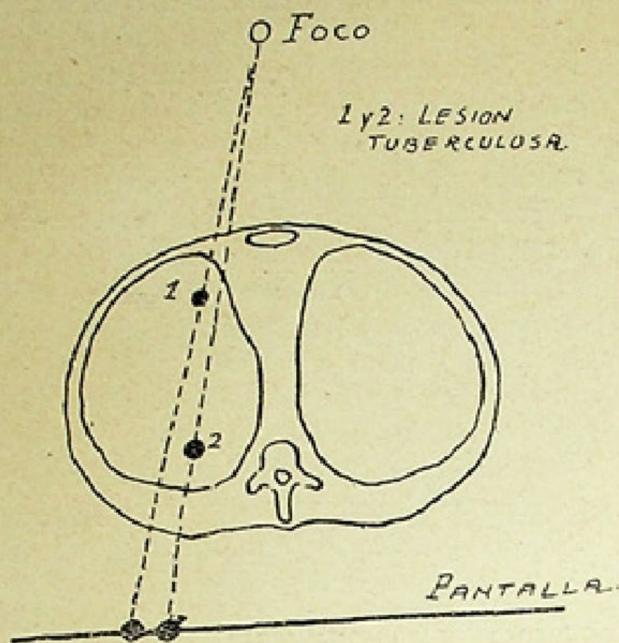


Fig. 2.

En este otro esquema (Fig. 3), aparece lo contrario: distantes en la placa y cerca en los pulmones.

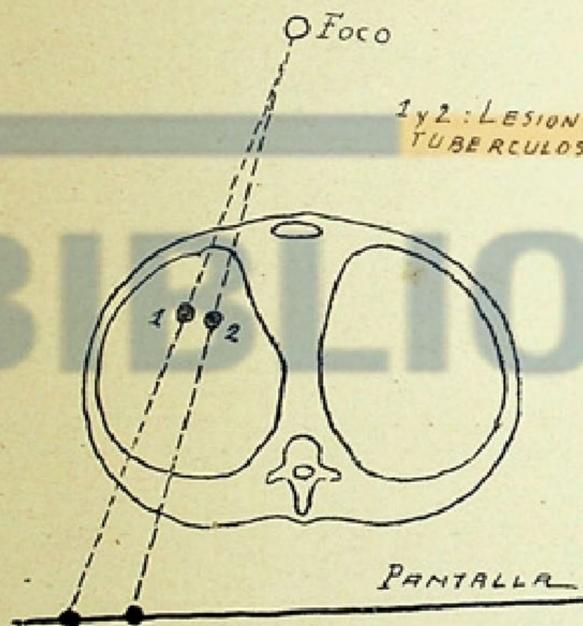


Fig. 3.

Esta radiografía (Fig. 4), denota primeramente la vía de infección hematogena por la extensión y disposición simétrica de las lesiones en el pulmón.

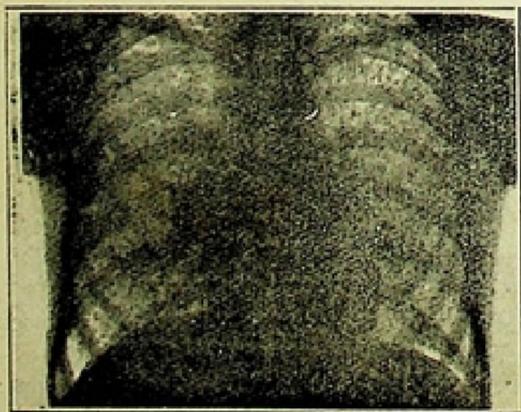


Fig. 4.

Al contrario, una radiografía que corresponda a una infección broncógena por vía aerógena, nos mostrará localizaciones asimétricas del proceso, limitadas sobre cier-

tos sitios del pulmón, tamaños muy variables de los focos (Fig. 6).

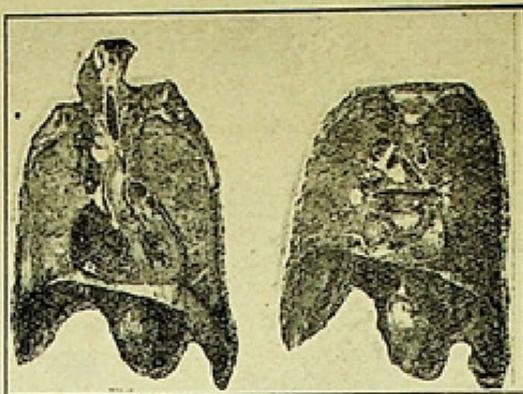


Fig. 5.

Sin embargo, este último carácter solo no es patognomónico de las infecciones broncógenas, pues en las infecciones hematógenas miliares también se pueden observar diferentes tamaños de los focos, siempre que el proceso dure algún tiempo, lo que permite que se formen focos nuevos al lado de antiguos. Por ejemplo, en este caso que duró cuatro semanas, desde el diagnóstico hasta la muerte, se ven algunos focos más antiguos y grandes (Fig. 5).

Analizando ahora estos focos (Figs. 4 y 5), respecto a la nitidez y precisión de los contornos, podemos ver que en este caso son



Fig. 6.

precisos y de forma nítida, no confluyendo entre ellos; al contrario, estos otros focos (Figs. 7 y 8), se presentan con contornos borrosos y confluyentes entre sí.

El examen histológico de estos casos ha demostrado que los focos de contornos borrosos y confluyentes corresponden a tuberculosis exudativas, mientras que los focos de contornos nítidos y precisos, a la tu-

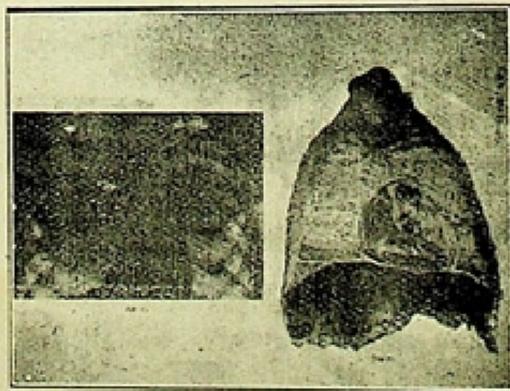


Fig. 7.

berculosis más benigna, la forma productiva.

Como se comprende, esta diferenciación tiene un gran valor, pues nos permite, ante una placa radiográfica, dar un diagnóstico

preciso, del que se derivará un tratamiento lógico y razonado. Aun más, nos permite dar un pronóstico, pues bien sabemos el carácter maligno de la tuberculosis exudati-

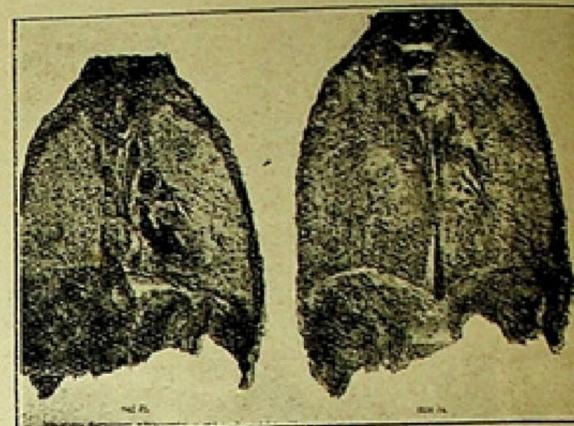


Fig. 8.

va que tiende a la caseificación, formación de cavernas y trasporte desde estas cavernas por inspiración de masas descompuestas ricas en bacilos, a diferencia de las formas productivas de la tuberculosis que tienden a la transformación fibrosa, verdadera cicatriz de las lesiones tuberculosas.

Es cierto que siempre podemos hacer una diferenciación esquemática entre tuberculosis exudativa y productiva. Esto no estaría tampoco en relación con lo observado diariamente en la clínica, en que en tuberculosis de larga duración vemos variaciones del proceso en conformidad al estado de inmunización en que se encuentra el individuo, así como también se observan a veces mezclas de ambas formas; pero sin embargo, siempre se puede fijar la preponderancia de una forma sobre la otra.

Seguramente, la forma productiva con tendencia fibrosa corresponde a una infección escasa y poco virulenta en un individuo en buen estado de inmunización; al contrario de la forma exudativa que nos denota un terreno débil, poco inmunizado en el que prende una infección masiva y virulenta.

Para ilustrarlos respecto a estos procesos principales, insertaré aquí algunas radiografías que han sido controladas por la anatomía patológica, aun más, con las preparaciones histológicas correspondientes, lo que permitirá darse cuenta exacta de ellas.

Foco exudativo: En esta radiografía (Fig. 9), se observan focos de contornos

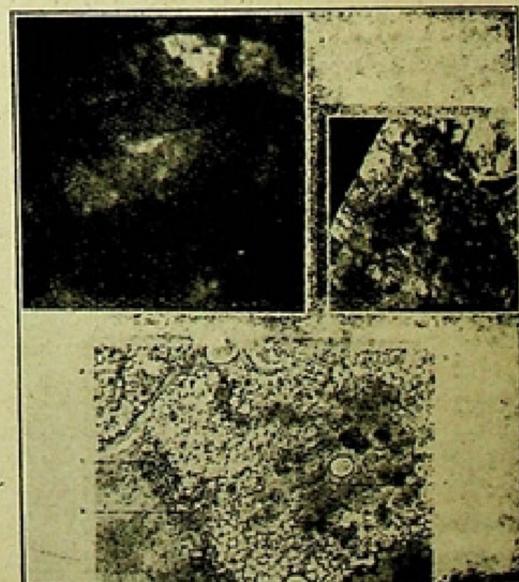


Fig. 9.

borrosos cuyos centros presentan una mayor densidad, la que corresponde al núcleo ca-

seoso. El halo que rodea el núcleo es originado por el exudado que llena sus alrededores. Los focos son confluyentes.

En la preparación macroscópica anatómica se ven focos confluyentes de distintos tamaños y de contornos borrosos. Entre estos focos se ve tejido pulmonar con aire.

En la preparación histológica, se ve entre los alvéolos que contienen aire, focos de infiltración de tejido pulmonar con un exudado que contiene mayor o menor cantidad de albúmina o células; en parte se encuentran caseificados y se pierde entonces la estructura alveolar. Se ven grandes células y exudado en el lumen de los alvéolos. La estructura alveolar se presenta borrosa y el exudado contiene muchos leucocitos, comienza la caseificación.

La forma productiva: Tenemos aquí (Fig. 10), focos bien limitados, de forma variable.

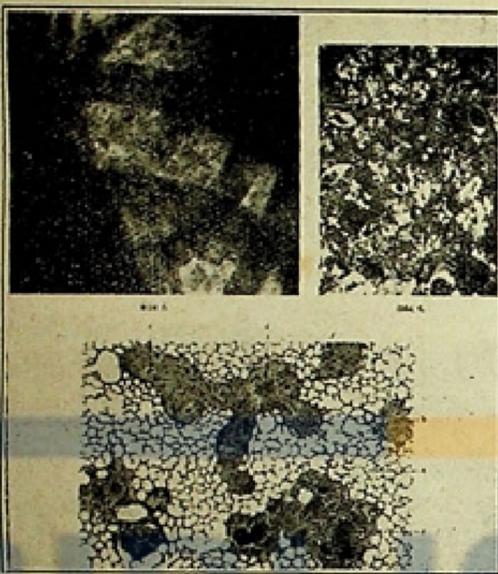


Fig. 10.

El foco se compone de un centro más denso y un pequeño halo. Los focos no confluyen. La fibrosis de un foco se nota por la precisión de los contornos y la intensidad más marcada de la sombra. Queda la cicatriz o el pequeño foco caseificado encapsulado. En la preparación macroscópica, pequeños nódulos bien limitados en algunas partes, componen a un nódulo mayor. El tejido entre los focos se encuentra lleno de aire. En la preparación histológica se ve la separación de los focos entre los cuales se encuentra el tejido sano lleno de aire. La composición histológica es de tejido de granulaciones tuberculosas, esto es, la mayor parte de células epiteloides redondas y de células gigantes; a veces se ven en el centro de los focos acinosos una ligera caseificación; la principal diferencia con la placa anterior, es el límite bien nítido entre estos focos y el tejido sano.

En estas radiografías parciales (Figs. 11 y 12), se ve un foco indurado fibroso. El centro del foco da una sombra muy intensa correspondiente a la caseificación. Alrededor del centro, la sombra se pone menos intensa. Esta zona corresponde al tejido hialino fibroso. Las irradiaciones lineales corresponden a un tejido fibroso que parte desde el foco al tejido sano. Zonas muy transparentes corresponden a enfisema. Sombras difusas al tejido atelectático, que tiene su origen en la compresión de los conductos res-

piratorios sanos por cicatrices. En la preparación macroscópica se ve la pleura fibrosa gruesa, una cantidad de focos grandes indurados, incluyendo tejido sano. En la prepa-

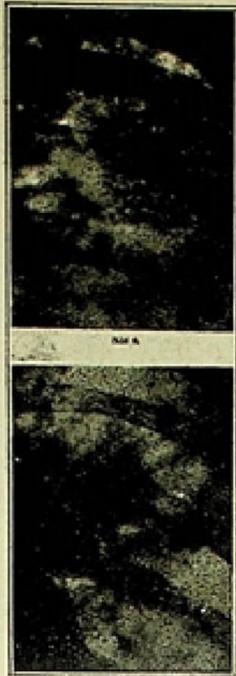


Fig. 11

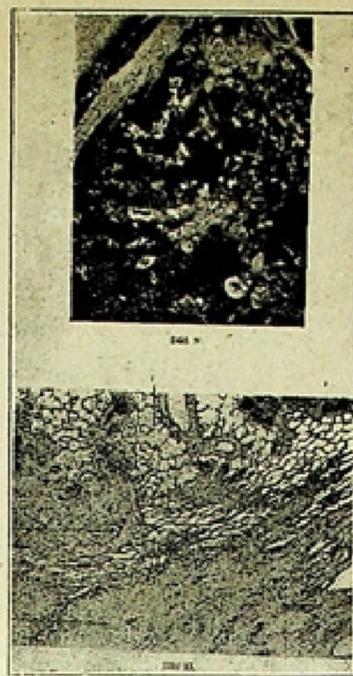


Fig. 12.

ración microscópica, en la parte más abajo, falta por absoluto el tejido respiratorio, estando reemplazado por tejido cicatrizado y hialinizado, en parte caseoso y seco. Restos de tejido respiratorio, que dan una imagen de glándulas y que están separados del otro tejido respiratorio. En este punto el tejido fibroso contiene más células y se compone de un tejido fibroso casi puro; se ven también restos de un vaso. En este punto, restos de tejidos granulados tuberculosos con células gigantes. Arriba alvéolos muy dilatados (enfisema). En otras partes alvéolos comprimidos atelectáticos entre los focos fibrosos.

La caverna reciente caracterizada por una zona muy transparente a causa de su repleción con aire, con contornos difusos (Fig. 13). Sombras que cruzan la caverna. El te-

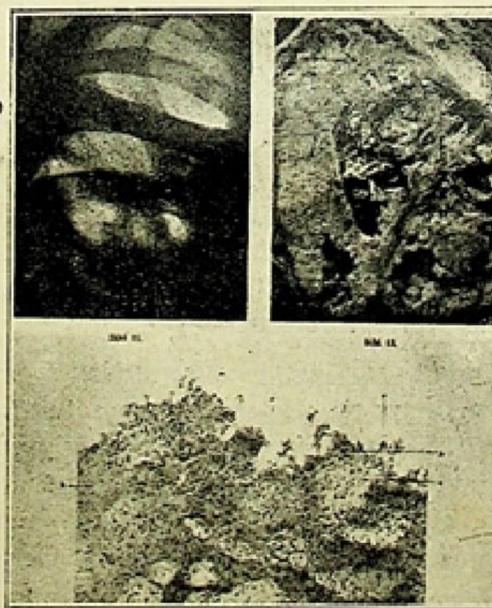


Fig 13

jido descompuesto que se encuentra en la caverna produce manchas irregulares difusas. El grado de claridad depende de la extensión de la caverna y su contenido de aire. El tejido sano que se encuentra por delante y por detrás de la caverna se proyecta en la

misma parte. Por estas razones, es posible que una caverna, aunque sea grande, no aparezca a la observación radiológica, en el caso que se encuentre, por ejemplo, por detrás y por delante de la caverna un tejido que absorba mucho los rayos. En la preparación anatómica, una cantidad de cavernas con paredes irregulares limitadas por dentro de un tejido caseoso muy denso. Los tabiques del tejido pulmonar, en su mayor parte, aun no están atacados. En la preparación histológica se ve una parte de la pared de una caverna. El margen irregular destruido, en parte totalmente caseoso, en parte mezclado con células. Aun se reconoce la estructura del tejido pulmonar. En algunas partes los alvéolos llenos con exudado, sin o con células. En la mayor parte la pared alveolar ya está descompuesta.

Caverna encapsulada: Al contrario, en esta radiografía (Fig. 14), se ve una

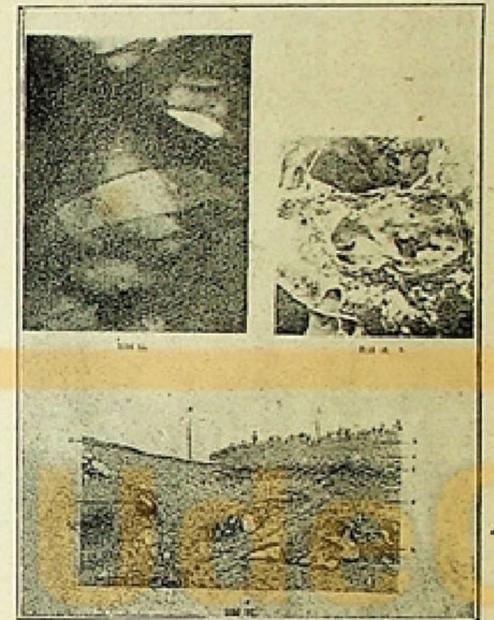


Fig. 14

caverna con un margen bastante preciso; por debajo de esta caverna otra más chica. Los alrededores están formados por tejido duro y fibroso. La claridad es muy marcada, porque se trata de una caverna bastante grande que toma casi todo el tercio superior del pulmón. En la preparación anatómica se ven las dos cavernas, la de arriba se nota solamente en parte. Las paredes de las cavernas en la mayor parte son lisas. Macroscópicamente no se ven masas caseosas o tejido granuloso. En la preparación histológica se ve en el lado izquierdo hacia arriba, el tejido fibroso en la pared de la caverna. En este punto ya se ha cubierto con epitelio plano. Más a la derecha, masas caseosas en parte con células, leucocitos y células destruidas. El tejido se ha disuelto en parte. Se ve en una capa más profunda tejido más firme que contiene pequeñas células de infiltración y vasos. Entre el tejido fibroso se ven en varias partes formaciones como glándulas; siendo éstas restos de alvéolos, y entre estos alvéolos el tejido granuloso tuberculoso. Aquí un vaso grande y al lado, un foco aislado tuberculoso caseoso.

La primera infección tuberculosa que, como se sabe, se obtiene generalmente en la niñez, se localiza muy frecuentemente en

la parte superior del lóbulo inferior del pulmón.

Esta primera fijación del bacilo de Koch produce un foco exudativo, con tendencia a la caseificación, lo que generalmente sucede (Fig. 15).

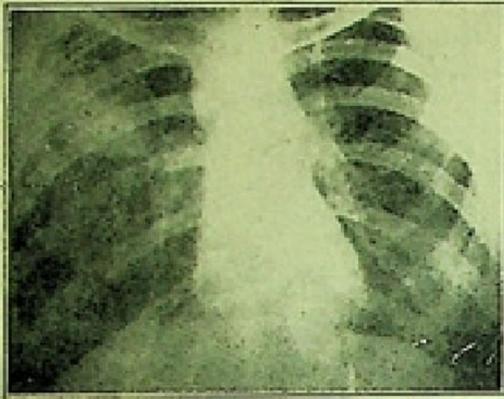


Fig. 15.

En casos favorables, vemos entonces, el foco rodearse de tejido granuloso tuberculoso que pronto se transforma en tejido fibroso hialino. El foco generalmente se caseifica o a veces se calcifica total o parcialmente (Fig. 16).

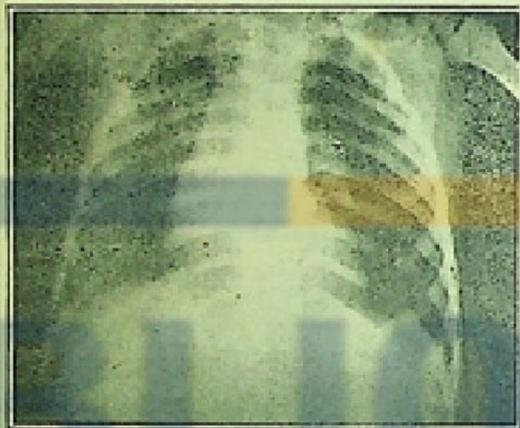


Fig. 16.

En ciertos casos este foco primario de infección es contiguo a la pleura, lo que da la posibilidad de la formación consiguiente de un neumotórax espontáneo, lo que no es raro; muchas veces se forman procesos mínimos que pasan a menudo desapercibidos.

En la mayoría de los casos la infección primaria consiste en un solo foco, pero también existen a veces dos o más focos (Fig. 17).

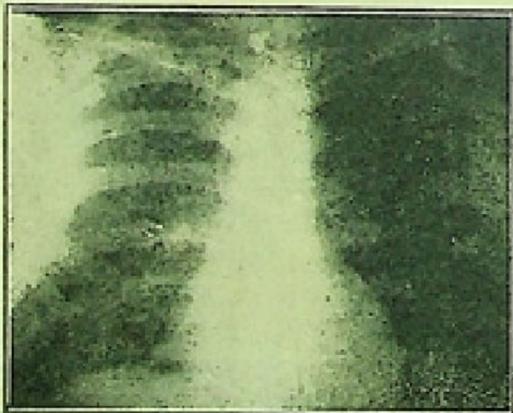


Fig. 17

De estos focos, la infección se propaga por una linfangitis hasta los ganglios linfáticos regionales, los cuales se infartan en diverso grado y evolucionan más tarde a la caseificación o a la calcificación, o en otras palabras, el proceso sigue adelante o bien cura.

Por ejemplo, la infección puede ir por el sistema linfático desde los ganglios regionales hasta los ganglios paratraqueales y supraclaviculares, los que tienen con el sistema linfático pulmonar.

Cuando estos infartos ganglionares evolucionan hacia la caseificación puede producirse una ruptura de estos, ya sea en un bronquio o en un vaso pulmonar. En el primer caso, dado que la materia caseosa es rica en bacilos, se producirá una neumonía lobular o lobar (Fig. 18). En segundo caso,

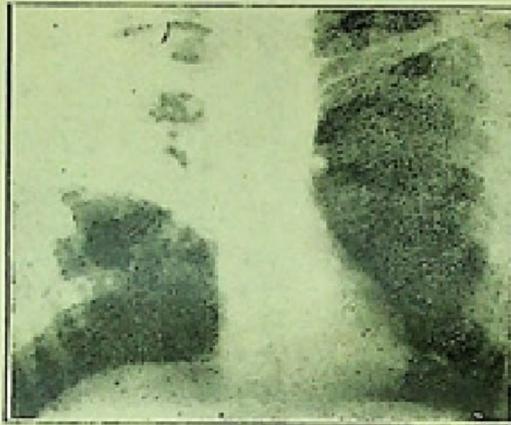


Fig. 18.

cuando la materia ganglionar se propaga por un vaso, tendremos, ya sea la formación de un infarto caseoso, cuando se abre en una arteria, o una tuberculosis miliar cuando es en una vena.

De esta infección primaria o foco primitivo, sólo insertaré placas radiográficas, pues estos casos sólo muy raras veces llegan a la autopsia, por su carácter benigno. Muchas veces, aun a la radiografía, estos focos no son visibles, por ser tan pequeños. En otros casos sucede lo contrario, estos focos aparecen más grandes de lo que en realidad son, por estar rodeados de una zona de congestión o edema inespecífico.

Siguiendo ahora la evolución de una infección tuberculosa, pasaremos a un segundo estado que corresponde casi siempre a una nueva infección endógena que se agrega a la infección primitiva o complejo primario, como suele llamársele.

En la mayoría de los casos se encuentra entre el complejo primario y la infección secundaria un período de latencia que suele durar en muchos casos hasta muchos años.

Es muy frecuente encontrar en autopsias, una infección primaria o complejo primario completamente curado, de individuos muertos de otras afecciones.

Podemos dividir esta segunda infección lógicamente en dos clases características. Una clase de infección broncogena por vía aérea y una clase por vía hematogena.

La infección hematogena ya la hemos demostrado; ella es relativamente más escasa.

En la clase broncogena el bacilo es aspirado y se fija dentro de un bronquiolo o alvéolo; este es el sitio de predilección, probablemente por la forma sinuosa de los alvéolos y por terminar ahí el epitelio vibrátil.

Desde aquí esta infección podrá evolucionar hacia la forma productiva más benigna

o hacia la forma exudativa de pronóstico peor.

En la forma productiva se desarrolla un tubérculo rico en células y pobre en líquido y tejido granuloso tuberculoso. Luego, por propagación retrógrada y terminal, todo el acino es atacado, después de tomar los demás acinos, y tendremos entonces la formación de un nódulo.

Como consecuencia de una forma productiva con tendencia fibrosa se presenta un foco indurado, pobre en exudado. Esta forma tiene, como sabemos, un desarrollo lento, es relativamente benigna y se propaga en dirección generalmente cráneo-caudal.

Cuando existe una formación abundante de nuevos focos, en los cuales falta la transformación fibrosa rápida, se llega pronto a la caseificación lenta y se forman cavernas; tendremos así en la forma productiva broncogena, imágenes de tuberculosis fibrosa o cirrótica, acino-nodosa, acinonodo-cavernosa.

En la autopsia es más raro encontrarse con estos casos, ya que los procesos son relativamente benignos y son más bien observados por el internista y el radiólogo.

Las cavernas más grandes y más antiguas se encuentran en las partes superiores del pulmón.

La enfermedad puede curar en cualquiera de estos estados. Se insertarán ahora radiografías que ilustrarán estos distintos estados de la tuberculosis (Figs. 19 y 20).

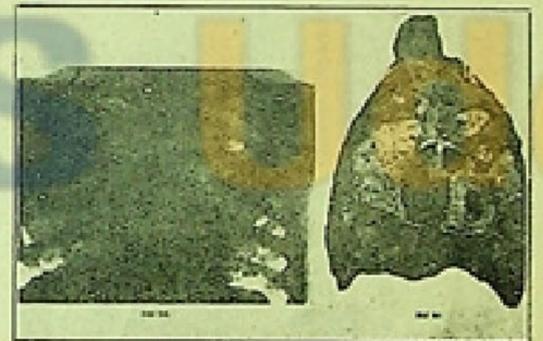


Fig. 19.

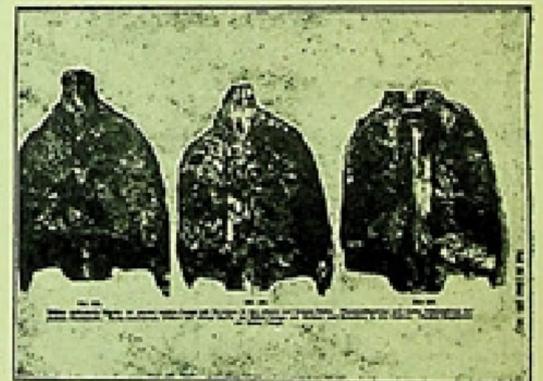


Fig. 20.

Las lesiones de los bronquios no aparecen en las radiografías. En las formas puras de esta clase, no se infartan los ganglios. Suele ser más frecuente en las infecciones mezcladas. A veces el proceso permanece latente por años, empieza nuevamente una infección o se modifica rápidamente, evolucionando a una forma maligna exudativa. El estado de cirrosis se observa en esta radiografía, donde pueden verse sombras en

forma de red y de fajas, sin que se distingan focos aislados en ninguna parte.

La forma exudativa de la tuberculosis broncogena empieza en el acino de un exudado líquido con células; se extiende sobre otros acinos rápidamente, a consecuencia de su forma líquida y de ahí sobre los lobulillos, de manera que no se puede hablar en estos casos de una forma acinosa o nudosa, sino de una forma exudativa lobulillar.

Estos focos pueden seguir diferente evolución: o bien se caseifican y fluídifican constituyendo una verdadera masa líquida o semi líquida, que permite se expectore, con la consiguiente formación de una caverna, o bien se encapsula y evoluciona hacia la calcificación (Figs. 21, 22, 23 y 24).

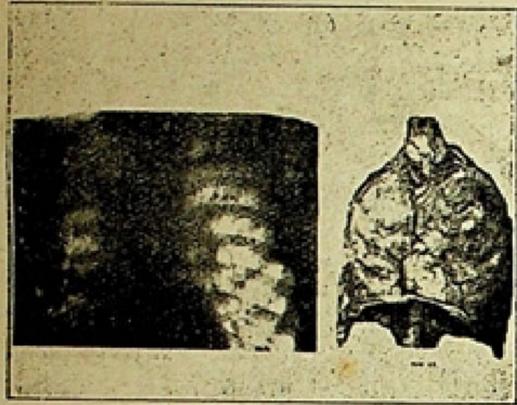


Fig. 21.

El proceso (exudativo) puede injertarse en una tuberculosis crónica productiva o bien puede existir en su forma pura en todas sus transiciones.

En el caso que una tuberculosis pulmonar crónica, sin síntomas claros manifiestos, se empeore, debe existir siempre la sospecha de que ahí comienza o se injerta esta forma maligna. Es decir, se produce una infección por vía aerógena del tejido pulmonar aun sano, partiendo de una caverna. Es en estas cavernas donde se observa la tendencia a transportar el material infeccioso y a producir una propagación rápida del proceso. El progreso se observa también aquí en dirección cráneo-caudal.

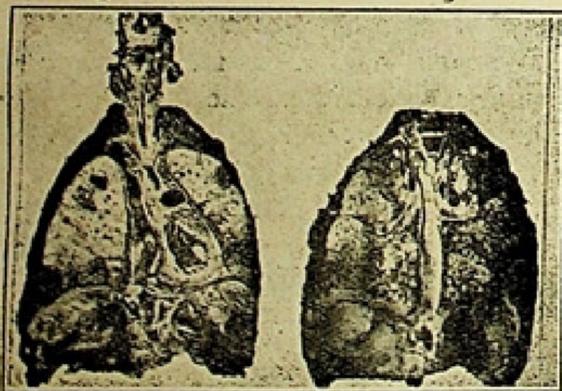


Fig. 22.

Ilustraré ahora con una radiografía de una neumonía caseosa lobar donde se puede ver que la densidad de los focos aumenta en proporción a su caseificación. Los focos son confluentes.

En las enfermedades de la pleura, también se puede distinguir las formas productivas y exudativas. Como consecuencia se tiene la reabsorción o transformación fibrosa seguida de la fijación de las hojas pleurales.

Al formarse adherencias superficiales y extensas de la pleura, puede producirse una desviación del mediastino y de sus órganos adyacentes, sobre todo si existe al mismo

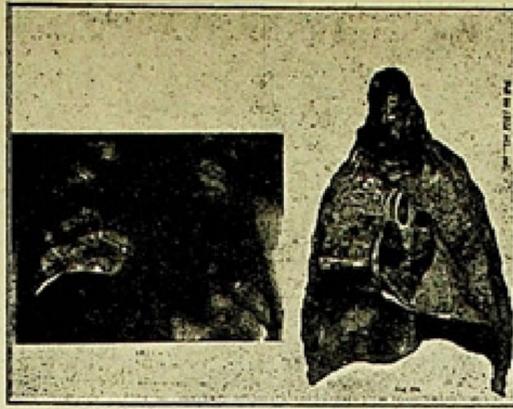


Fig. 23.

tiempo una cirrosis pulmonar del mismo lado con enfisema compensatorio del otro.

Aunque no creo posible analizar detalladamente la evolución patológica de una tuberculosis por el examen radiológico, creo, eso sí, posible, en la mayor parte de los casos, indicar la predominancia de uno de los procesos. En todo caso se puede concluir que se gana más por el conocimiento de la calidad que por la comprobación simple de la extensión del proceso.

Lo que se refiere a la observación de la marcha clínica de los procesos tuberculosos por la comparación de radiografías tomadas con cierto intervalo de tiempo, mencionamos que prácticamente la aparición de nuevas sombras tenues, o el aumento de volumen de sombras antiguas significa un empeoramiento, un avance del proceso; mientras que si se observa mayor intensidad y mayor precisión en las sombras antiguas, sabemos que

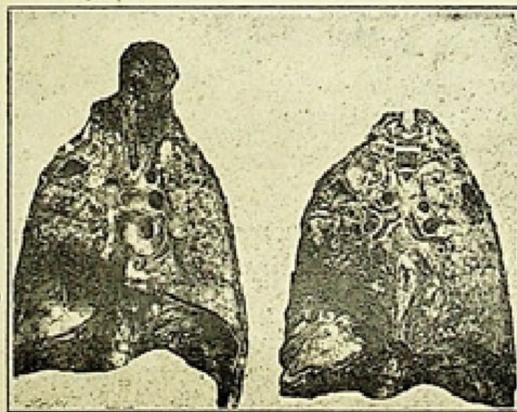


Fig. 24.

el proceso tiende a la mejoría en el sentido de la cicatrización. Una excepción a esto hacen los focos caseosos, que también intensifican la sombra.

Finalmente, hay que aludir que en casos que presentan síntomas francos clínicos de tuberculosis incipiente, puede faltar en absoluto una manifestación radiológica. Al revés, el clínico puede quedar muchas veces sorprendido sobre la extensión del proceso revelado por la radiografía, proceso que a la auscultación ha producido solamente signos muy débiles. Se entiende que el radiólogo con su diagnóstico no quiere dar una conclusión definitiva en general, sino solamente un diagnóstico radiológico.

LA INYECCIÓN INTRAVENOSA

DE

ESTROFANTINA

EN LA

INSUFICIENCIA DEL MIOCARDIO

por el

Dr. Alberto RICCI F.

Después de los primeros ensayos hechos con las inyecciones intravenosas de estrofantina, su empleo fué casi totalmente abandonado por los numerosos accidentes que ocasionó; dependientes en gran parte de la escasa pureza del producto y de la mala dosificación de él, tratándose de una sustancia tan extraordinariamente activa.

En 1906, Fraenckel puso nuevamente en boga este tratamiento ya abandonado, señalando los excelentes resultados de estas inyecciones en las formas graves de la insuficiencia cardíaca, e insistiendo particularmente en su acción poderosa y rápida.

Nuevos fracasos y accidentes, algunos de ellos mortales, vinieron a desacreditar el método y muchos clínicos llegaron hasta a declarar que era un procedimiento peligroso que debía extirparse para siempre de la terapéutica.

No obstante, Vaquez y Lutembacher, se ocuparon nuevamente de este problema, tratando de salvar la causa de estos accidentes mediante el empleo de un preparado menos tóxico y más estable. Así nació la Ouabaina de Arnaud que presenta mayores garantías de estabilidad que los otros glucosidos, pero cuya actividad terapéutica es también menor.

Danielopolu, estimando que la causa de los accidentes dependía no tanto del preparado, de los cuales había ya algunos bastante puros, como de las dosis excesivas empleadas hasta entonces, ideó un procedimiento terapéutico que llamó de "la dosis fraccionada", esto es, empleando pequeñas dosis repetidas, que acumulándose obran como las grandes dosis, sin presentar los peligros de éstas. El autor de este procedimiento emplea la estrofantina cristalizada de Merk y la Ouabaina de Arnaud.

Entre nosotros, las inyecciones intravenosas de estrofantina no han sido practicadas sino en forma muy reducida en el tratamiento de las cardiopatías, pero en ningún caso se ha mantenido como norma de tratamiento. Sólo desde hace unos pocos años se vie-

ne empleando la ouabaina en los síndromas agudos de la insuficiencia ventricular izquierda, en forma empírica y no continuada.

Hemos escogido para nuestras observaciones la estrofantina de Boehring, glucosido amorfo extraído del *Strophantus Kombé*.

La estrofantina

La estrofantina es un glucosido extraído de las semillas del estrofanto, planta de la familia de las Apocineas, que crece en las regiones húmedas y cálidas, principalmente en el África Occidental.

Muchas son las especies de *Strophantus gratus*, hispifus y kombé, los que se emplean ordinariamente en terapéutica; guardan estas especies entre sí estrechas semejanzas, sobre todo las dos variedades últimas, hasta tal punto que muchos autores han querido identificarlas.

De las semillas de cada una de estas variedades se extrae un glucosido especial, que es su principio activo y que recibe el nombre genérico de estrofantina, nombre dado por Fraser, quien fué el primero en aislar este producto del *Strophantus*.

Como corolario de la desigualdad existente entre las diversas variedades del *Strophantus*, tenemos una falta de identidad en la composición, acción y toxicidad de las distintas estrofantinas, variando estas propiedades según la especie de *Strophantus* de que este glucosido haya sido extraído.

Este es, sin duda alguna, un punto de la más alta importancia, máxime si contemplamos la gran toxicidad del medicamento. Mas de un clínico ha invocado este factor para explicar la diversidad de resultados obtenidos por los diversos experimentadores; nosotros participamos de esta opinión, y aun más, nos atrevemos a creer que es a esta circunstancia a la cual se debe, por lo menos en gran parte, los fracasos y muertes súbitas publicados hace algún tiempo por algunos clínicos, contribuyendo de este modo a formar una atmósfera de terror al rededor de este medicamento, lo que ha mantenido su uso tan restringido.

Al decir esto, no queremos desde ningún punto de vista, expresar que el procedimiento es malo, como desgraciadamente se ha entendido muchas veces; sino hacer un llamado a los químicos y farmacólogos, a quienes corresponde uniformar este producto, hasta dotarnos de uno, que a la par de la digitalina, conserve toda la energía propia del medicamento con una toxicidad y dosificación siempre constante. Sólo así podremos comparar con criterio lógico, los resultados obtenidos por los diferentes clínicos y llegar de esta manera a establecer un juicio bien fundamentado sobre el valor terapéutico de esta sustancia.

El día que se llegue a obtener un preparado de las condiciones que hemos expresado, no cabrá dudas que la terapéutica cardíaca habrá dado un gran paso. Mucho se ha adelantado ya con la ouabaina de Arnaud.

Acción fisiológica

La estrofantina es, ante todo, un veneno del corazón, de acción casi exclusivamente cardíaca, ejerciendo esta acción directamente sobre el músculo cardíaco y fijándose a él como cualquiera otra toxina.

Tanto los hechos clínicos como los experimentales, parecen estar de acuerdo en que la estrofantina posee, sobre las propiedades fundamentales del músculo cardíaco, los mismos efectos que se han demostrado para la digital, esto es, una acción cronótropa y dromotropa negativa; aumentando la contractibilidad, excitabilidad y tonicidad (Acción inotropa y badmotropa positivas).

Todas estas acciones no son igualmente fáciles de reconocer clínicamente, la que se observa de una manera más constante y siempre evidente, es la acción cronótropa; pues en todos los enfermos tratados con el medicamento que nos ocupa, puede verse una disminución gradual y constante de los latidos cardíacos, factor que influye poderosamente en normalizar la circulación de la sangre.

La compensación rápida de los enfermos asistólicos tratados con la estrofantina, está ligada, sin duda alguna, a la acción favorable y eficaz del medicamento sobre la contractibilidad y tonicidad cardíaca. Esta última acción sobre la tonicidad es la que más valor le da a este agente terapéutico, ya que sabemos cuán ineficaz es la acción de los otros tónico-cardíacos conocidos, sobre esta cualidad cardíaca.

La dilatación aguda del corazón, ya sea de sus cavidades derechas o izquierdas, debido a la pérdida de tonicidad del músculo cardíaco es tributaria de este medicamento, por esta propiedad única y exclusiva sobre la tonicidad cardíaca; cualidad de la cual están desprovistos todos los otros cardio-tónicos que empleamos en la terapéutica diaria.

Recordemos sólo que es en estos casos de dilatación del miocardio, por pérdida de la tonicidad del mismo, donde Mercklen ha descrito la acción disociada de la digital, pues este medicamento lejos de disminuir el estado de dilatación, lo aumenta, y con él, todos los síntomas de la asistolía.

Se ha dicho que la estrofantina produce una elevación de la presión sanguínea, fenómeno que se observaría también en las experiencias de laboratorio.

Sin entrar a discutir el punto, nos concretaremos a exponer que en los cardíacos con presión arterial casi nula, o bien en aquellos casos de asistolía absoluta en que la presión máxima y mínima tienden a juntarse haciendo desaparecer la presión diferencial, las inyecciones intravenosas de estrofantina restablecen con cierta rapidez la separación entre ambas presiones, y si en algunos casos la presión sistólica se eleva un poco más allá de los límites normales, no siempre podremos hablar de una hipertensión provocada por el medicamento, pues ¿cómo sabemos si esa presión que juzga-

mos relativamente alta es normal y útil para el buen funcionamiento de ese corazón? Debemos siempre recordar que actuamos sobre individuos enfermos de su aparato circulatorio, de modo que lo que consideraríamos como hipertensión, si se tratara de un individuo sano, puede ser presión normal en un sujeto en el cual la insuficiencia cardíaca ha ocasionado nuevas exigencias respecto a la mecánica circulatoria.

Como la acción de la estrofantina sobre los vasos es nula, o por lo menos muy insignificante su efecto en la presión arterial, resultaría casi exclusivamente del impulso que recibe la circulación por la acción tónico-cardíaca de ella.

La acción sobre el riñón, y su secreción, la orina, ha sido objeto de las más variadas apreciaciones; llegando algunos a negarle todo poder diurético. Nada nos parece más inexacto, pues cuando usamos el tratamiento estrofantínico por vía endovenosa, el hecho que más nos llama la atención es la gran diuresis que provoca. Esta diuresis la hemos encontrado constantemente en casi todos nuestros enfermos tratados, sin comprobar en ellos el menor indicio de una alteración renal causada por el medicamento. Agregamos esto último porque no ha faltado quien diga que la diuresis que proporciona la estrofantina se hace a expensas de una nefritis, hecho que no nos parece justificado.

Así, pues, a la luz de la observación queda bien en claro el poder diurético intenso y seguro de este medicamento, realizándose como una de sus más importantes cualidades después de su acción sobre el músculo cardíaco. El mecanismo de esta diuresis se discute todavía, sin haberse llegado a conclusiones definitivas.

La acción de la estrofantina sobre los demás aparatos, como el neuro-muscular, gastro-intestinal, etc., es tan secundaria, que no merece mayores consideraciones.

Hemos dicho que la estrofantina tiene la misma acción sobre las propiedades fundamentales del músculo cardíaco que la digital, pero se diferencian en la rapidez e intensidad de esta acción, ambos factores en favor del primero de estos medicamentos. Esta diferencia llega a su máximo con respecto a la tonicidad cardíaca, donde la digital no parece tener ninguna acción. La base de esta diferencia radica, en gran parte, en la mayor difusibilidad de la estrofantina y en la vía habitual de introducción de este medicamento, intravenosa.

Acumulación

Este fenómeno, negado por los primeros investigadores, existe en realidad. La estrofantina, estando dotada de un gran poder de difusión, su eliminación es también rápida; de esta manera, para que la acumulación se efectúe, es necesario aproximar suficientemente las dosis. Algunos hechos, tales como el bigeminismo, los signos de intolerancia aparecidos después de cierto número de inyecciones, etc., nos hablan en favor de la acumulación del tóxico en el organismo.

El procedimiento terapéutico de la dosis fraccionada de estrofantina, ideado por Danielopolu, que es el que hemos seguido en nuestras observaciones, está basado en este poder de acumulación del medicamento administrado a pequeñas dosis repetidas y a intervalos variables, según necesidad.

Uso de la estrofantina

La estrofantina puede ser introducida al organismo por cualesquiera de las vías usuales, pero la de predilección es la endovenosa; siendo esta la más eficaz y la que nosotros hemos empleado en nuestros enfermos. Las otras tienen sólo un mérito secundario y no haremos más que mencionarlas.

La vía bucal; debemos renunciar a ella en absoluto para los fines que nos hemos propuesto, pues todos los preparados a base de estrofantina son mal tolerados por la mucosa gástrica, y la observación nos ha enseñado que se llega rápidamente a la intolerancia, antes que un efecto útil pueda ser obtenido.

La vía subcutánea; no es empleada a causa de la acción fuertemente irritante de la solución de estrofantina sobre el tejido celular, llegando a ocasionar extensas escaras.

La vía intramuscular puede servirnos; pero es siempre menos activa y rápida que la intravenosa; la reservamos para aquellos casos en que por cualquiera circunstancia especial se hace imposible el empleo de esta última vía. El dolor puede evitarse asociando el medicamento a la novocaína, siguiendo el mismo procedimiento propuesto por Sicard para las inyecciones intramusculares de Neosalvarsán.

La vía intravenosa es la que empleamos casi exclusivamente. La técnica es la empleada corrientemente para esta clase de inyecciones, redoblando los cuidados para que la solución caiga totalmente en el interior de la vena, por razones antes anotadas.

Cuando el anasarca es muy intenso y el edema del brazo hace imposible practicar la inyección en el sitio de elección, se puede recurrir a las inyecciones intrayugulares. inyecciones que resultan fáciles debido a las distensiones de estas veñas por el éctasis sanguíneo.

Estas inyecciones practicadas recientemente por Lutembacher, han dado buenos resultados en manos de este autor, que emplea la yugular externa izquierda de preferencia.

DOSIFICACIÓN: Convencidos como somos de la alta energía del producto que analizamos, como así también de los peligros que encierran las dosis altas, participamos íntegramente de la idea de Danielopolu, empleando siempre las dosis pequeñas del medicamento, según el método de las dosis fraccionadas trazado por este autor.

El método de que hablamos consiste en hacer una, dos, o excepcionalmente tres inyecciones intravenosas por día de una dosis constante de estrofantina, que el autor ha fijado en un cuarto de miligramo. El tratamiento así llevado, según la gravedad del

caso, puede ser continuado durante varios días hasta lograr los resultados deseados, salvo intolerancia especial por parte del enfermo.

Una vez mejorado los fenómenos de insuficiencia se continúa con sólo una inyección cada 24 horas, alejándolas después cada 36 o 48 horas, a medida que la evolución de la enfermedad lo permita. Posteriormente puede mantenerse las fuerzas del miocardio, hasta su completa compensación, practicando una inyección de un cuarto de miligramo de estrofantina cada dos o tres días, o bien, como nosotros lo preferimos, continuar por algunos días con tratamiento digitalico.

Cuando seguimos este tratamiento, nos es dado observar que la primera inyección produce escasos efectos visibles, sólo ligera mejoría del estado subjetivo, y es sólo a la segunda o tercera inyección cuando notamos toda la benéfica acción del medicamento sobre la disnea, diuresis, edemas, etc. En algunos casos, estos efectos se retardan en aparecer hasta las 36 o 48 horas de tratamiento y si al cabo de este tiempo no han aparecido, el resultado es dudoso.

A pesar de la falta de efectos visibles de la primera inyección, esta basta por sí sola para mantener la fuerza del miocardio hasta que la acumulación de nuevas dosis iguales mejoren totalmente el cuadro.

La estrofantina, usada en esta forma, puede constituir por sí sola todo el tratamiento; pero si la acción diurética tarda en mostrarse, puede entonces asociarse algún diurético del grupo de la teobromina. El tratamiento dietético, en la forma usada corrientemente en esta clase de afecciones, será siempre un poderoso auxiliar al cual no podemos sustraernos.

Así como no hay que subir de la dosis de un cuarto de miligramo, no hay tampoco razón para bajar de ella, pues está exenta de todo peligro.

Intolerancia

Los fenómenos de intolerancia aparecen con frecuencia cuando se emplean las dosis altas de estrofantina (un medio a uno y medio miligramos) pudiendo llegar a producir la muerte repentina. Estos fenómenos son raros cuando empleamos las pequeñas dosis (un cuarto de miligramo), y los accidentes que se suelen observar son siempre benignos y pasajeros, quedando reducidos, por lo general, a vómitos que aparecen rápidamente después de la inyección. De igual significación, aunque más raros, son las cefaleas, náuseas, vértigos, angustia precordial, etc.

De mayor consideración son otros fenómenos descritos por los clínicos, tales como ascensión de la temperatura una o varias horas después de la inyección, calofríos, cianosis intensas, lentitud exagerada del ritmo cardíaco, aparición de un pulso bi o trigeminado, fenómenos, sobre todo, estos dos últimos, que son verdaderos indicadores de

una intoxicación y que por lo tanto nos deben hacer suspender inmediatamente el tratamiento. Pero volvemos a repetir que estos accidentes son muy raros cuando empleamos las pequeñas dosis.

Accidentes y sus causas

Al tocar este capítulo queremos ocuparnos únicamente de la muerte súbita atribuida a la estrofantina.

He analizado someramente los casos fatales imputados al uso de este medicamento, algunos de ellos, indudablemente, se deben a él, pero en otros el caso es discutible.

Hoepffner cita un caso de muerte tres minutos después de una segunda inyección de estrofantina de un miligramo, administrada 27 horas después de la primera. Considerando que este medicamento inicia su acción dos minutos a dos horas después de colocado, el caso antes citado puede ser atribuido fácilmente al medicamento.

Liebersmeister da cuenta de un caso de nefritis crónica. El enfermo acababa de salir de un coma urémico, el corazón desfallecía. Aplica un miligramo de estrofantina, el pulso aumenta en amplitud, disminuye en frecuencia. Al día siguiente el efecto se había borrado, el paciente empeoraba. Se inyecta una nueva dosis de un miligramo de estrofantina; tres minutos después el pulso empieza a disminuir de frecuencia hasta llegar a la mitad. Once horas después, muerte.

En este caso, probablemente, se debe no a la muerte, sino al aceleramiento de ella, a la inyección repetida 23 horas después. Su efecto tóxico fué manifiesto; 3 minutos después de la inyección, la disminución insólita de la frecuencia del pulso hasta llegar a la mitad, revela este efecto tóxico.

Fraenckel y Schwartz citan el siguiente caso: a un enfermo con nefritis crónica se le aplicó en 29 horas tres miligramos de estrofantina, el paciente expiró una hora diez minutos después de la tercera inyección de un miligramo.

Después de analizar estos casos salta a la vista la causa del fracaso; que no puede ser otra que el exceso de dosis usada en cada uno de ellos.

Queda todavía un factor causante de accidente y que por ser absolutamente individual se nos escapa en gran parte. Me refiero a la sensibilidad especial del miocardio a la acción del medicamento, de tal modo que la toxicidad de la estrofantina varía de un sujeto a otro, según esta sensibilidad especial, engendrada por el grado y forma de insuficiencia del miocardio.

Indicaciones

Se puede resumir las indicaciones de la estrofantina diciendo que está indicada en todos los casos en que la digital es ineficaz; ya sea que esta falta de acción se muestre desde un principio debido a alteraciones especiales del miocardio, sobre las cuales este

medicamento no tiene acción ninguna, o porque ha llegado a ser ineficaz después de un tiempo más o menos largo de tratamiento.

La primera de estas indicaciones abarca todos los enfermos afectos de distensión aguda del corazón con insuficiencia ventricular izquierda o derecha, y la segunda a sujetos portadores de cardiopatías crónicas, principalmente de miocarditis, llegadas a la fase de irreductibilidad.

La insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo con su alarmante sintomatología, edema pulmonar agudo o angina de pecho, constituye la más formal indicación del tratamiento estrofantínico. Esta forma de insuficiencia es producida por una distensión de la cavidad ventricular izquierda, por pérdida de la tonicidad cardíaca, y ya hemos tenido ocasión de hacer notar la falta absoluta de acción de los otros medicamentos sobre esta propiedad del miocardio.

Una inyección intravenosa de un cuarto de miligramo de estrofantina, seguida de una sangría de 400 o 500 gramos produce inmediatamente la sedación de todos los síntomas que amenazaban la vida del enfermo. Esta inyección podrá repetirse dos o tres veces en las 24 horas siguientes, según necesidad. El paciente pasa así su accidente agudo, pero sigue siendo un cardíaco que es necesario tratar hasta su completo restablecimiento, según un criterio adecuado a cada caso en particular.

Cuando después el acceso agudo de dilatación cardíaca, el ritmo cardíaco ha recobrado su regularidad y la presión arterial ha vuelto a su cifra normal; bastará hacer una inyección de estrofantina a las 24 horas siguientes y repetirla dos o tres días más tarde; pero si el pulso permanece rápido e irregular, bosquejando una arritmia completa la continuación del tratamiento con digital, que ahora recobra toda su eficacia, está indicado; pues ya no habrá que temer la acción disociada de este medicamento, porque la tonicidad miocárdica ha sido reconstituida gracias al empleo previo de la estrofantina.

Este medicamento está indicado también en los casos de insuficiencia del ventrículo derecho, cuando ésta se produce de una manera aguda, lo mismo que la dilatación aguda del ventrículo izquierdo. Este hecho se suele observar, aunque es relativamente raro, después de fatigas prolongadas en sujetos enfermos de su válvula mitral, en mujeres durante el embarazo o después del trabajo del parto.

La forma de proceder, en estos casos, es igual a la anterior, debiéndose sí, seguir más a menudo con el empleo de la digital, pues casi siempre persiste una arritmia completa.

Mucho más frecuente que todos los casos ya analizados, existen otros que constituyen el término habitual de casi todos los sujetos que padecen de una afección del corazón. Se trata de pacientes, portadores a menudo de lesiones mitrales; en los cuales la digital se ha mostrado absolutamente ineficaz; sea administrada por primera vez o a continuación de varias curas seguidas de feliz éxito.

La causa de esta irreductibilidad se sabe

que es el estancamiento de la circulación porta, y la presencia de edemas y derrames en las serosas que hacen muy difícil la absorción de la digital, oponiendo así una barrera a su acción. Otro factor, tal vez más importante que el primero, es cierto grado de astenia cardíaca fácil de encontrar en estos antiguos cardiopatas, que mantiene una dilatación exagerada de las cavidades del corazón con pérdida de la tonicidad del miocardio sobre la cual la digital es impotente.

En muchos de estos casos basta con una cura estrofantínica, siguiendo la norma que hemos indicado ya, para hacer desaparecer todo el cuadro de la asistolia en un tiempo variable; otras veces es conveniente hacerla seguir de una cura digital que complete sus efectos.

Es curioso observar, a menudo, cuando se usan sucesivamente la digital y la estrofantina, una sensibilización recíproca de un medicamento para el otro. Así, la estrofantina que parecía no haber dado ningún resultado, prepara el terreno para que la digital, anteriormente inactiva, recupere todo su poder cardiotónico. Esta reactivación de la digital por la estrofantina, encuentra una explicación en la acción favorable de este último medicamento sobre la circulación general y en especial sobre la circulación porta, haciendo más fácil la reabsorción ulterior de la digital, o bien puede tratarse de una asociación medicamentosa en la cual la estrofantina restablecería primero la tonicidad miocárdica favoreciendo así la acción posterior de la digital.

Vaquez describe como indicación especial de la ouabaina, y que por lo tanto puede aplicarse a la estrofantina, de la cual la ouabaina no es más que una variedad, la distensión auricular llegada a un grado máximo que ocasiona un dolor muy característico a lo largo del omóplato acompañado o no de paroxismos taquicárdicos. La digital nada puede contra este cuadro. La ouabaina tiene una acción sedativa del dolor auricular obrando al parecer sobre la contractibilidad auricular.

Este medicamento ha dado también buenos resultados en algunos casos de taquicardia paroxística.

Finalmente, la estrofantina encuentra una aplicación útil en la insuficiencia de la miocarditis infecciosa; principalmente en el tífus exantemático (Danielopolu) y en el colapso cardíaco de la neumonía.

Contraindicaciones

Se ha tratado de establecer numerosas contraindicaciones al tratamiento estrofantínico, como ser: la insuficiencia miocárdica avanzada, los enfermos que han ingerido recientemente digital, las lesiones renales concomitantes, etc. Todos estos casos que son en realidad contra indicaciones cuando se emplea la estrofantina a dosis elevadas,

no lo son en absoluto usando las dosis pequeñas, y este es el principal valor que le reconocemos al método de las dosis fraccionadas.

Muchos enfermos con lesiones renales establecidas han mejorado de su insuficiencia irreductible. Pero si bien es cierto que las lesiones renales de cierta importancia no constituyen una contra-indicación para la estrofantina usada a pequeñas dosis, la existencia de tales lesiones al lado de una cardiopatía hacen más dudoso el resultado del tratamiento y en algunos casos ineficaz, como lo hemos tenido ocasión de observar.

El uso reciente de la digital no constituye tampoco una contraindicación para la estrofantina usada según hemos indicado, habiéndose llegado a usarla no sólo inmediatamente después de la digital, sino conjuntamente con ella, y con buenos resultados. Estos últimos casos son, por cierto, muy raros; corresponden a enfermos que necesitan de la acción sostenida de la digital, pero que la gravedad del momento reclama algunas inyecciones de estrofantina mientras se espera los efectos tardíos de la digital.

La verdadera contraindicación para el uso de la estrofantina lo constituye la coexistencia de una esclerosis renal avanzada con presión arterial elevada. En estas circunstancias, la lesión cardíaca es secundaria al lado del proceso renal predominante. La estrofantina puede, ocasionando la sedación del cuadro, ser seguida de graves accidentes a causa de la impermeabilidad renal.

Una segunda contraindicación resulta del estado avanzado de la caquexia cardíaca, con una miocarditis degenerativa e insuficiencia de los grandes órganos de eliminación.

No es conveniente tampoco en los casos de bradicardia y síndrome de Stokes-Adams.

De numerosos enfermos tratados por la estrofantina, damos algunos resúmenes de observaciones:

E. V., 46 años. Lúes, insuficiencia mitral, asistolia irreductible. — Gran disnea con angustia respiratoria, gran congestión hepática y pulmonar, edemas escasos, cianosis intensa, corazón muy aumentado de volumen, tonos apagados, insomnio, estado de postración, oliguria. **Tratamiento.** — Estrofantina $\frac{1}{4}$ miligramo dos veces en 24 horas los primeros cuatro días y una vez al día los siguientes. Total, 10 inyecciones de $\frac{1}{4}$. Mejoría manifiesta a la 2ª inyección. La diuresis alcanzó a 3,500 grs. en 24 horas. Todo el cuadro desapareció al cuarto día de tratamiento. Alta sano.

B. V., 40 años. Miocarditis crónica, asistolia irreductible. — Cianosis, congestión hepática y pulmonar, disnea intensa, fuertes palpaciones, pulso muy irregular, pequeño e incontable; presión arterial inaprecia-

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA

Sesión de Directorio

29 de Julio, 1924.

Presidente: Dr. E. Cienfuegos

Asistieron los Drs. Sanhueza, Schwarzenberg, Moraga, Morales y Baeza.

El Directorio eligió Secretarios de la Sociedad a los Directores Baeza Goñi y Morales Beltramí, teniendo además a su cargo este último la Dirección de los Archivos Chilenos de Pediatría.

Se designó Tesorero al Dr. Juan Montenegro.

Pasa en seguida a ocuparse de la mejor forma de realizar el estudio del problema de la protección a la Infancia en que está empeñada la Sociedad y para iniciarlo acuerda hacer un detenido estudio de todas las obras de protección a la Infancia del país, con criterio estrictamente científico, sin llegar a la crítica, que pudiera desfigurar el verdadero fin que con esto persigue la corporación.

Se acuerda que el Dr. Julio Schwarzenberg presente en la sesión próxima de conferencias, un resumen de las conclusiones de su trabajo sobre el Patronato Nacional de la Infancia para que sean detenidamente consideradas.

Se acordó no tomar resolución alguna sobre conclusiones de informes en particular, sino considerar en conjunto el problema una vez estudiadas todas las obras a que se ha hecho mención, sacar de ello las conclusiones de la Sociedad, y por último, deducir un cierto número de principios fundamentales referentes al problema de la Infancia para cuya realización la Sociedad emprenderá activa campaña.

31 de Julio, 1924.

Presidente: Dr. Cienfuegos

Gangrena gaseosa. — Dr. Gandulfo. Presenta dos casos de gangrena gaseosa consecutiva a traumatismos tratados con suero de Weimberg preparado en el Hospital de San Vicente con éxito completo; se extiende en las ventajas que presenta este preparado nacional.

Parálisis de los músculos extensores de ambas extremidades inferiores. — Dra. Mayers. Presenta un caso de parálisis de los extensores con parálisis y atrofia de los lumbricales e interseos de ambas manos. Cita, entre los antecedentes, el hecho de haber ingerido el niño cierta cantidad de hojas estañadas de envolturas de confites.

El Dr. Fontecilla cree que es preciso conocer mayor número de datos respecto del enfermo para poder llegar a un diagnóstico; indica desde luego la necesidad de conocer las reacciones eléctricas y de practicar una punción lumbar.

El Dr. Cienfuegos cree que puede tratarse de una atrofia muscular progresiva.

Patronato Nacional de la Infancia. — Se

ble. Insomnio, angustia extrema. Diuresis 50 grs. en 24 horas. **Tratamiento.** — Seis inyecciones de $\frac{1}{4}$ miligramo de estrofantina. La enferma permanece sólo cuatro días en el Servicio, la diuresis subió a 500 grs. en 24 horas. La disnea y demás síntomas fueron atenuados. Pide el alta en este estado.

J. L., 44 años. Lúes, insuficiencia aórtica, insuficiencia hepática, asistolia irreductible. — Ligero edema, tinte icterico, congestión hepática y de las bases, disnea intensa, cianosis de la cara y extremidades, pulso irregular, corazón aumentado de volumen. Insomnio. **Tratamiento.** — Estrofantina $\frac{1}{4}$ miligramo dos veces en 24 horas. Dosis total colocada, 4 miligramos. Todos los síntomas desaparecen al noveno día.

S. J., 52 años. Lúes, esclerosis renal, insuficiencia cardíaca. — Enorme anasarca, miembros elefantíacos, disnea, ruido de galope del corazón, albuminuria al rededor de 8 por mil. Uremia, 0,50 por mil. Hipertensión. Oliguria. Cianosis. **Tratamiento.** — Teobromina 1,50 grs. al día. Estrofantina $\frac{1}{4}$ miligramo una vez al día. Dosis total, $\frac{3}{4}$ miligramo. Ningún resultado. Intolerancia a la tercera inyección. Muere un mes después, comprobándose una intensa esclerosis renal.

E. G., 29 años. Lúes, alcoholismo crónico, miocarditis y nefritis crónicas, asistolia. — Edemas, fuerte disnea, cianosis, congestión hepática y pulmonar, corazón aumentado de volumen. Ruidos cardíacos apagados, taquicardia, arritmia, presión diferencial 1,5. Oliguria. **Tratamiento.** — Estrofantina $\frac{1}{4}$ miligramo dos veces en 24 horas. Dosis total empleada, $2\frac{1}{2}$ miligramos. Después de la tercera inyección fuerte descarga urinaria con desaparición rápida de los edemas. Los otros síntomas pasaron al cuarto o quinto día. El pulso se regularizó y la presión fué restablecida.

Conclusiones

1° La estrofantina es un veneno del corazón de acción casi exclusivamente cardíaca.

2° Posee la misma acción, sobre las propiedades fundamentales del miocardio, que la digital, diferenciándose de ésta por su acción más intensa y rápida, aunque menos durable.

3° Está dotada de un poder diurético intenso y seguro.

4° La vía de elección para su administración es la endovenosa.

5° La dosis de elección será siempre de un cuarto de miligramo, repetida dos o tres veces en 24 horas, según necesidad. Esta dosis es igualmente útil y carece en absoluto de peligros, permitiendo el empleo del medicamento en numerosos casos donde las dosis mayores están contraindicadas.

leen las conclusiones de la comisión encargada de estudiar la labor del Patronato Nacional de la Infancia. Se acordó aprobarlas y pasarlas temporalmente al Archivo.

SOCIEDAD MEDICA

5 de Septiembre, 1924

Presidente: Prof. Prado Tagle

Un caso de meningitis cerebro-espinal epidémica. — Dr. Meza Olva. Presenta la observación de un enfermo que estando en buena salud comienza a sentir escalofríos, vómitos, cefalalgia intensa, gravativa, especialmente occipital, por lo que se hospitaliza. El examen objetivo permite apreciar que hay rigidez de la nuca y de los miembros inferiores (signo de Kerning positivo), etc., la temperatura es de 38°. Este conjunto de síntomas indica que se trata de una meningitis aguda; la punción lumbar dió salida a un líquido opalescente que se aclaró con el reposo; el examen directo revela la presencia de diplococos Gram negativos; el cultivo de estos microbios demuestra que se trata posiblemente de Meningococos de Weichselbaun. El Dr. M. O. da cuenta a la Sociedad Médica de este caso con el fin de que se informe a la autoridad sanitaria para que ésta tome las medidas pertinentes, porque en el Japón ha estallado una epidemia de meningitis cerebro-espinal epidémica.

Secuelas de una encefalitis letárgica. — Dr. H. Lea Plaza. Hace la presentación de un enfermo que estando en Nueva York hace cerca de dos años comienza a notar dificultad en los movimientos para escribir y a quien se diagnosticó calambres de los escribientes; llegado a Chile consulta a un médico quien le hace el mismo diagnóstico. Como sus trastornos continuaran, recurre al Policlínico de Neurología en donde se observa que hay falta de expresión de la cara, rigidez en los movimientos pasivos del miembro superior derecho acompañada de ligero temblor de tipo intencional; al marchar el enfermo no bracea, lo cual indica una falta de los movimientos autónomos, además hay estrabismo divergente; los mismos síntomas correspondientes se observan en el miembro inferior derecho y en el lado izquierdo, pero muy poco marcados. En la anamnesis recuerda el enfermo que en un tiempo padeció de mucho sueño que vencía difícilmente y que desde entonces tiene estrabismo. Muy probablemente se ha tratado de una encefalitis letárgica que ha lesionado la vía extrapiramidal, lo cual produce rigidez, temblor, abolición de los movimientos automáticos, etc. El examen del líquido céfalo-raquídeo revela un aumento de la glucosa y otras pequeñas alteraciones, la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos está retardada, lo cual es una prueba positiva en la encefalitis letárgica. La patogenia de estos trastornos no es, como se creía antes, debida a cicatrices dejadas por la enfermedad, sino que se debe al virus que sigue actuando acantonado en los grandes núcleos de la base del cerebro. Esta concepción patogénica es importante para los

finés del tratamiento, para el cual se recomienda la proteinoterapia, el arsénico y la urotropina dada durante cuatro a seis meses.

Nevucarcinoma recidivante.—Dr. L. Prunés. Muestra un paciente que presenta cicatrices irregulares en la parte anterior y posterior del muslo izquierdo y que corresponden a un tumor melánico que fué tratado primero por la radioterapia y después por extirpación y cauterización con aire caliente. Posteriormente, en la región donde existía el tumor han aparecido puntos melánicos que corresponden a recidivas locales, éstas han sido tratadas por electrocoagulación, por aire caliente, etc.; no se ha usado la radioterapia porque en estos casos es de resultado nulo. El enfermo lleva varios meses de tratamiento y hace una vida bastante activa.

Prof. Prado T. Estos tumores son muy malignos y hasta hace poco se consideraba que no deben ser tratados quirúrgicamente, por la facilidad con que se producen metastasis en órganos lejanos.

Dr. Prunés. Cuando se hace la extirpación de estos tumores se acompaña del uso de aire caliente y así se evitan en lo posible las metastasis; la radioterapia no se emplea porque las células de los nevucarcinomas son radioresistentes; la electrolisis se usa en los tumores pequeños, y según Darier, al aplicar la electrolisis en un punto, la acción se deja sentir en la zona vecina al punto de aplicación, de modo que con este método se obtiene una doble ventaja.

Radioscopías estereoscópicas. — Prof. J. Ducci. Este interesante método permite ver los cuerpos en relieve y está basado en la visión binocular. Se sabe que la visión de ambos ojos es diferente y que las imágenes se forman en los llamados puntos correspondientes de la retina, que se encuentran a sesenta y seis milímetros uno de otro; en el cerebro la imagen resulta única y en relieve. La radiografía estereoscópica se obtiene tomando dos placas de modo que el tubo de rayos X diste 66 milímetros de la posición primitiva al tomar la segunda placa, para lo cual no hay más que desplazarlo en dicha distancia. La lectura de estas radiografías se hace por medio de un sistema de espejos angulares que hacen superponer las imágenes, dando así la visión estereoscópica. El Prof. D. acompaña su exposición con una estereoradiografía del cráneo tomada a un enfermo que el Dr. Lea Plaza presentó a la Sociedad Médica con el diagnóstico de "epilepsia parcial consecutiva a un traumatismo del cráneo" y en el que se puede apreciar que al lado de una fractura existe un tumor.

Diabetis renal. — Dr. Lobo Onell. Presenta un enfermo de 23 años que cuenta entre sus antecedentes una lúes adquirida y en algunos de sus hermanos una heredolúes. Su enfermedad actual fué descubierta por casualidad, se encontró glucosa en la orina en un examen practicado a pedido de una Compañía de Seguros; este hallazgo lo decide a ponerse en manos de un médico, quien lo somete a un régimen de restricción de hi-

dratos de carbono, con lo cual no obtiene ninguna mejoría. Este paciente no presenta, fuera de su glicosuria, ningún otro síntoma subjetivo ni objetivo, de modo que se diagnostica diabetis renal, lo que fué comprobado por el estudio del metabolismo de la glucosa. Se hizo el cálculo del seuil de la glucosa y se encontró descendido, como se había previsto de antemano, además se practicó una glicemia crítica y una constante de Ambard, la cual dió una cifra ligeramente superior a la normal. El Dr. L. O. recuerda que la diabetis renal es una enfermedad monosintomática, que la glicosuria es muy moderada y se debe al descenso del seuil de la glucosa, y por lo tanto, es más bien una enfermedad renal y no del metabolismo, es hereditaria y bastante rara. Este caso es el primero que se ha estudiado con todas sus pruebas entre nosotros.

SOCIEDAD DE CIRUGIA

23 de Abril, 1924.

Presidente: Prof. E. Petit.

Sífilis del cuello uterino; su diagnóstico diferencial con el carcinoma. — Dr. W. E. Coutts. Presenta una serie de observaciones de enfermas de sífilis uterina. Insiste en la importancia que tiene de hacer el diagnóstico diferencial de estos casos con los de carcinoma incipiente, ya que su pronóstico y tratamiento cambian radicalmente. Después de una serie de consideraciones sobre la manera de llegar a este diagnóstico, llega a las siguientes conclusiones: La espiroqueta de Schaudinn debe ser buscada sistemáticamente en toda ulceración del cuello uterino. El método más seguro y sencillo es el empleo del ultramicroscopio. La edad de la enferma no cree el Dr. C. que pueda tomarse como factor para excluir la sífilis.

El Dr. Prado Reyes, relator de la comunicación del Dr. Coutts, se manifiesta de acuerdo con el Dr. C. sobre las dificultades que se presentan en el diagnóstico diferencial y finalmente cree el Dr. P. R. que a pesar de presentarse casos de carcinoma en enfermas menores de treinta años, sigue creyendo que la edad es un factor de importancia en el diagnóstico diferencial.

Dr. E. Green. Respecto a las dificultades de estos diagnósticos diferenciales recuerda la tuberculosis uterina. Aun con exámenes histológicos la duda en muchos casos puede subsistir.

Prof. Sierra. A propósito de esta discusión, recuerda el Prof. S. la labor que le corresponde desarrollar a la Sociedad de Cirugía respecto a la lucha contra el cáncer.

Prof. Petit. Las dificultades que hay para el diagnóstico de estas afecciones genitales son las mismas que existen en la boca y cita un caso muy ilustrativo que le ha tocado ver últimamente.

Carcinoma de la mama. — Prof. Muñoz Pal. Ha hecho la amputación completa de la mama en una enferma y junto con esto el vaciamiento total de la axila. El examen anatómo-patológico demuestra la existencia de un tumor de color blanco amarillento, que cruje al corte y contiene en el interior de una cavidad central un pus cremoso. Co-

mo la familia solicita la determinación exacta de la naturaleza del tumor, el Prof. Croizet, después de examinar ochenta y dos cortes microscópicos, pudo comprobar en cuatro de ellos signos de degeneración epitelial.

El Prof. M. P. presenta esta observación por la importancia que tiene el estudio amplio de los cortes histológicos. El prolijo examen hecho por el Prof. Croizet vino a confirmar la existencia del neoplasma maligno diagnosticado clínicamente.

Dr. Johow. A propósito de esta observación recuerda el caso de una enferma a quien se le amputó la mama por un neoplasma y se encontró en el examen anatómo-patológico un fibro-adenoma.

Divertículo del ciego. — Dr. E. Greene. En una enferma en la cual se hizo el diagnóstico de apendicitis aguda y se extirpó el apéndice, se encontró durante la operación, a unos cinco centímetros de la zona inflamatoria un divertículo que presentaba un contenido duro. Dada la forma como se presentaban los dolores, es de pensar que pudieran éstos haber sido provocados por el divertículo que presentó su lumen ocupado. Esta forma particular de dolores — dolores intermitentes—ha sido descrita por algunos como dolores de diverticulitis sigmoidales.

Carcinoma del recto. Extirpación perineal amplia con resección del esfínter anal.—Dr. A. Constant. Analiza las diferentes técnicas empleadas en los casos de resección del recto. Presenta la observación de un enfermo en el cual se hizo la extirpación amplia del recto, incluyendo el esfínter anal. Previamente se practicó un ano contra natura ilíaco izquierdo. El enfermo sale de alta en buenas condiciones. Analiza las ventajas e inconvenientes que tiene este procedimiento y deja establecido que practicado en forma amplia da excelentes resultados y su mortalidad operatoria es inferior a la de la abdomino-perineal. Presenta la pieza operatoria

14 de Mayo, 1924

Presidente: Prof. E. Petit.

Traumatismos cráneo-cerebrales. — Dr. A. Johow. Presenta tres observaciones de intervención por traumatismos craneanos. Uno de ellos, operado por un hundimiento, antes que se presenten fenómenos de compresión; el resultado fué muy favorable. Los otros dos fueron operados por signos de absceso cerebral, fallecieron y se pudo comprobar anatómo-patológicamente lo que quirúrgicamente se había encontrado. De estos dos últimos casos, uno de ellos se trataba de un individuo que era portador de una otitis media; sufre una caída y como consecuencia de ella tiene una fractura del piso medio de la base del cráneo. Después tiene un absceso cerebral en el lóbulo frontal anterior.

Embarazo extrauterino. Variedad tubo-abdominal. Útero miomatoso. — Dr. C. Doren. Se refiere a la observación de una enferma en la cual se intervino con el diagnóstico de útero miomatoso. Se encontró un útero que presentaba varios miomas, y además el anexo derecho en íntima adherencia

con el intestino delgado. Al desprender estas adherencias quedó a descubierto un embrión macerado de tres a cuatro meses de edad. Se refiere el Dr. D. a la dificultad que hay para hacer el diagnóstico en estos casos, en los cuales no hay ruptura amplia del huevo con el cuadro clásico de la ruptura del huevo. Cita como causa de los embarazos extrauterinos la teoría de Poorten y Manthaer que lo atribuyen a una exageración de su energía vital.

Resección de tres metros de intestino delgado por gangrena, en una herida abdominal. — Prof. Muñoz Pal. Refiere la observación de un enfermo que ingresa al Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador, con una herida abdominal. A través de la herida de la pared abdominal dejada por el arma se eventró una gran parte del intestino delgado. Este intestino posteriormente se gangrenó. Se hace una resección amplia y después una anastomosis término-terminal; mejorando el enfermo en 15 días. Cita este caso por creerlo de interés en cuanto al concepto "que no hay enfermo incurable por grave que parezca ser".

Amputación doble en un traumatizado en pleno estado de shock. — Prof. Muñoz Pal. Refiere la observación de un enfermo que fué operado de una doble amputación, brazo y pierna, por gangrena producida por anaerobios. Aun cuando el enfermo estaba en pleno estado de shock traumático, se opera por el estado general y la gangrena por anaerobios. El enfermo soporta el shock operatorio y mejora rápidamente.

Seminoma del testículo. — Dr. L. Bisquertt. Presenta un enfermo que fué operado de un seminoma del testículo derecho, que tenía una evolución de más de un año. Durante este tiempo fué tratado como un testículo sífilítico; en realidad, el paciente tiene una lúes comprobada y una reacción de B-Wassermann positiva. Critica el hecho de no haber suspendido el tratamiento específico cuando, después de dos meses, no se vió ninguna modificación del proceso supuesto sífilítico. Operado por el Dr. B. se extrajo el testículo con el cordón y sus envolturas. Las masas ganglionares lumbo-aórticas se tratan por la radio-terapia profunda, las que al cabo de algunas sesiones se han manifestado más pequeñas. Aprovecha esta observación para preguntar hasta donde la radioterapia es curativa, pues es sabido que no influyen las metastasis.

Dr. Ibarra Loring. Recuerda la dificultad que hay en un principio para establecer un diagnóstico entre un seminoma y una sífilis testicular. Por otra parte, estos enfermos van de un Servicio a otro, consultando opiniones, con evidente perjuicio para su afección.

Prof. Sierra. Respecto a la pregunta del Dr. Bisquertt declara que en realidad la radioterapia influye, y si se quiere, hasta funde los procesos neoplásicos; pero estima que hay que ser muy parco en declarar la curación de ellos.

Dr. Greene. Se refiere a un caso de un tumor mixto de la parótida operado y reproducido, y con la radioterapia se alcanzó a obtener casi la fusión total de él.

SOCIEDAD MÉDICA

DE VALPARAÍSO

26 de Agosto, 1924.

Presidente: Dr. Thierry.

Conferencia del Prof. P. Mühlens.—El Sr. Presidente da cuenta de haberse realizado la conferencia del Prof. P. Mühlens sobre higiene moderna. Esta conferencia se realizó en el Liceo de Valparaíso. El conferencista fué presentado por el Dr. Münnich.

Tuberculoma del iris. — Dr. Thierry. Presenta un enfermo que tiene un tuberculoma del iris, en el ojo izquierdo. Hace notar que, a pesar de la gran frecuencia de la tuberculosis entre nosotros, los casos de manifestaciones tuberculosas oculares no tienen tanta frecuencia. A este enfermo se le ha tratado por la tuberculina, pero a pesar de ello, el tuberculoma ha ido en aumento. En vista del crecimiento rápido, el pronóstico ocular es malo. Considera el Dr. T. que en presencia de la forma como se va desarrollando la lesión y el fracaso del tratamiento tuberculínico, la enucleación está formalmente indicada. Respecto del peligro de la oftalmía simpática, cree que es pequeño.

Mioastenia bulbar. — Dr. Capelli. Describe el caso de una mujer de nacionalidad danesa que padece de una mioastenia intensa de las extremidades. Podría clasificarse como un caso de mioastenia bulbar. Además, están tomados los músculos de la cabeza y del tronco. Respecto a la etiología, cita la opinión de varios autores que la atribuyen a fenómenos de disendocrinia.

Epilepsia jacksoniana post-traumática. Tratamiento quirúrgico. Curación. — Dr. Belzhold. Presenta el caso de un enfermo que después de un traumatismo tiene ataques de epilepsia jacksoniana. La radiografía del cráneo muestra un hundimiento de la lámina interna en la región motora derecha. Se practica una craniotomía descompresora, extrayéndose unos seis centímetros cuadrados de hueso. La cicatrización fué por primera intención. Los ataques desaparecieron y el estado mental, que el enfermo presentaba perturbado, volvió a ser normal. Además; el paciente fué sometido a un tratamiento mercurial y un régimen dietético por su hipertensión arterial, la que se ha logrado hacer descender. La operación se hizo hace tres meses y actualmente el enfermo está muy bien.

Campaña contra el charlatanismo. Se entra a tratar de las personas que ejercen la profesión médica sin título universitario. A propósito de la indicación de un diario local que pide la lista de todas estas personas, se estima que esto es contraproducente, por cuanto sólo sirve de propaganda a los charlatanes. Se seguirá estudiando el punto en una próxima reunión.

Organización de Sindicatos médicos. — Dr. E. Marín. Se refiere el Dr. M. a la organización de los Sindicatos médicos y a sus ventajas. Da cuenta de la actual organización de los médicos alemanes, apoyándose en un artículo de la "Revista del Sindicato Médico Argentino".

26 de Septiembre, 1924.

Presidente: Dr. S. Sepúlveda.

Actitud de la Sociedad Médica de Valparaíso frente al movimiento iniciado por el Cuerpo Médico de Santiago ante la Junta de Gobierno. — El Sr. Presidente expresa que la presente sesión tiene por objeto cambiar ideas respecto del movimiento iniciado por los médicos de Santiago a fin de obtener de la Junta de Gobierno una mejor organización de los servicios sanitarios del país. Agrega que a la reunión efectuada en Santiago el día 16 de Septiembre, la Sociedad Médica de Valparaíso se hizo representar por el Dr. V. Dagnino y que por su parte envió un telegrama de adhesión a nombre de la Sociedad.

Dr. V. Dagnino. Expresa que en dicha sesión se dejó constancia que la Dirección de Sanidad no correspondía a las necesidades del país y expuso las deficiencias del servicio sanitario de Valparaíso.

Dr. Lachaise. Hace indicación para que la Sociedad se dirija a la Junta de Gobierno representándole la necesidad de crear un Ministerio de Asistencia Pública y Previsión Social y también que se dé a la Dirección de Sanidad todos los medios que necesita para llevar a cabo sus servicios.

Los Drs. Thierry, Cabezón, Capelli y Reed toman parte en el debate que concluye con la aprobación de los siguientes acuerdos:

1º Enviar, por conducto de la Intendencia de la Provincia, una nota a la Junta de Gobierno manifestando que la Sociedad Médica de Valparaíso estima de necesidad la creación de un Ministerio de Salubridad y Previsión Social.

2º Dirigirse a la Sociedad Médica de Santiago adhiriendo a sus acuerdos.

3º Nombrar una comisión para que, acercándose al Intendente, le ofrezca la cooperación de la Sociedad Médica de Valparaíso y le haga presente por una parte que ésta vería con agrado que en la próxima Junta de Vecinos que va a sustituir a la Municipalidad figure un médico, y por otra parte el anhelo que en la Junta de Beneficencia ocupen cargos el mayor número de médicos posible, en reemplazo de los miembros que han dejado de pertenecer a ella y que tenían nombramiento hecho por el Gobierno y por la Municipalidad.

La comisión quedó compuesta por los doctores Sepúlveda (Presidente), Dagnino, Lachaise y Reed. Esta comisión cumplirá su cometido al día siguiente y pondrá, también, estos acuerdos en conocimiento de la prensa de Valparaíso.

REVISTA DE TESIS

Ramón Briones Carvajal. **CONSIDERACIONES CLÍNICAS SOBRE LA INFECCIÓN FOCAL.** (Imprenta Universitaria). — En una exposición rápida sobre la historia y desarrollo del concepto de la infección focal, analiza Briones C. la importancia que tiene el conocimiento y extirpación de aquellos focos originarios de procesos crónicos

que no desaparecen mientras aquellos subsistan. Lamenta que un concepto de tanta importancia en Medicina general, sea por muchos poco conocido. Si en verdad no es completamente ignorado, en cierto modo es descuidado, o mirado con cierta ligereza.

Son los autores ingleses y norteamericanos, junto con Marañón, en Europa, los que han indicado la importancia que ellos tienen.

Siguiendo la clasificación de Billings, según su frecuencia, analiza Briones C. los órganos que albergan los focos sépticos y llega a determinar que la boca es la cavidad más rica en ellos, siguiendo después todas las demás aberturas y orificios del organismo, constituyendo las afecciones orificiales de Peter Daniel.

Entre las afecciones que tienen su origen focal son, sin duda, las más importantes los reumatismos crónicos, y como muy bien lo indica Briones C., al lado de éstos hay que colocar las úlceras gastro-duodenales. Aun cuando su etiología se discute, cuenta en la actualidad con muchas probabilidades de ser de origen focal; y se admite como punto de partida una localización en la pared gástrica o duodenal de embolias bacterianas. Por el mismo mecanismo muchas afecciones cutáneas, el herpes zoster; igualmente ciertas afecciones génito urinarias.

Completa su tesis con una serie de observaciones muy ilustrativas que ha podido seguir personalmente.

Llega, finalmente, a las siguientes conclusiones, que las damos textualmente:

"1. El conocimiento de los focos sépticos crónicos como provocadores de afecciones generales, es muy antiguo; pero sólo últimamente, gracias a los trabajos angloamericanos, se les ha dado toda la importancia que merecen.

2. Es erróneo considerar a las infecciones focales como la causa única de tales afecciones, es sólo la determinante.

3. Los focos sépticos más frecuentes son los peri-dentarios.

4. El germen más comúnmente causante de las repercusiones generales de los mencionados focos, es el estreptococo, especialmente en sus razas anaerobias viridans y hemolítico.

5. El reumatismo crónico es seguramente la enfermedad que más a menudo depende de un foco séptico, y en la que, por lo tanto, más utilidad terapéutica se ha obtenido con los nuevos conocimientos de las infecciones focales.

6. El diagnóstico del origen focal de la afección general debe ser hecho únicamente por el médico general; el especialista sólo diagnosticará el foco.

7. El tratamiento ideal de las afecciones de origen focal es la eliminación inmediata de los focos sépticos, pero es necesario resolver previamente si el riesgo operatorio o la supresión de órganos indispensables, no van a acarrear al paciente mayores perjuicios que la permanencia misma del foco séptico".

En suma, la tesis de Briones C. es una obra útil que se consultará con provecho.

M. Martínez Gutiérrez.

Hernán Muñoz Miranda. REACCIÓN DE FLOCULACIÓN DE SACHS GEORGI. — COMPARACIÓN CON EL WASSERMANN (Imprenta Universitaria). — Las investigaciones de laboratorio dirigidas al diagnóstico de la sífilis, se han visto enriquecidas en estos últimos tiempos con las reacciones de floculación.

En este trabajo, llevado a efecto en el Laboratorio de la Clínica de Piel y Sífilis, Servicio del Prof. Luis Montero, después de dar una mirada de conjunto sobre estas reacciones de floculación, estudia y experimenta comparativamente con la reacción de Wassermann, una de las más importantes, la reacción de Sachs Georgi.

Las conclusiones a que llega Muñoz M. permiten apreciar cuánto más cerca está la reacción Sachs Georgi de alcanzar las ventajas del Wassermann y nos hacen pensar que la reacción sensible y segura que habrá de reemplazar a esta última no está lejana.

De los estudios sobre floculación emprendidos en estos últimos años, se puede deducir que los sueros humanos floculan si se les agrega un extracto de órgano diluido en agua destilada, porque, según Meinicke, se les pondría en condiciones desfavorables para la solubilidad de las globulinas del suero. Pero esta floculación desaparece cuando se colocan estos sueros en condiciones especiales, como ser a una temperatura determinada a 37° o ante la presencia de una solución salina hipertónica de cloruro de sodio al 2%.

Esto es por lo que respecta a los sueros normales.

En cambio, los sueros sifilíticos en las condiciones arriba mencionadas, conservan su estado de floculación, de donde se puede utilizar este fenómeno biológico en el diagnóstico de la sífilis en el suero sanguíneo y en el líquido céfalo-raquídeo.

La floculación, por otra parte, desaparece también en estos sueros en condiciones especiales (por ejemplo, en presencia de formol al 35%) condiciones que han sido aprovechadas en algunas reacciones.

Para que se produzca floculación no basta poner en contacto un extracto orgánico alcohólico, etéreo o colesterinado, en presencia de un suero sanguíneo; es indispensable, además, que estos extractos se encuentren en un estado coloidal especial que representa una especie de equilibrio inestable, modificable por el suero enfermo, es decir, por un suero que esté en estado coloidal anormal.

Después H. Muñoz Miranda entra en consideraciones sobre la técnica de la reacción y la preparación de los extractos. Expone los resultados de sus investigaciones en enfermos de muy diversas afecciones, sífilis en sus diversos períodos y en enfermos no sifilíticos.

Hace después un estudio analítico de los distintos grupos de reacciones.

Ha practicado Muñoz M., en total, 350 reacciones de Sachs Georgi y Wassermann, habiendo encontrado una concordancia global de 92,2%.

Del total se deducen diversas considera-

ciones respecto de cada grupo de enfermedades.

Sífilis secundaria. — En 90 casos de sífilis secundaria con placas mucosas, roseola, sifilides papulosas, pápulo-escamosas, etc., en que la reacción Wassermann fué negativa 6 veces y la de Sachs Georgi 8 veces. La concordancia en ambas reacciones es de 90%. Vale la pena anotar la escasa ventaja del Wassermann sobre el Sachs Georgi en estos casos de sífilis secundaria.

Sífilis latente. — De sífilis latente hay 60 casos, de los cuales 41 provienen de enfermos con un tratamiento insuficiente, 75 de enfermos con tratamiento bien llevado, 4 casos en que ha habido reacciones negativas en enfermos con manifestaciones de sífilis.

De los 41 enfermos con tratamiento insuficiente, el Wassermann fué negativo dos veces y el Sachs Georgi cuatro veces, los restantes casos negativos a ambas reacciones. Hubo ligera ventaja del Wassermann. La concordancia fué de 90%.

Sífilis viscerales. — En 21 casos de sífilis viscerales con antecedentes francos de sífilis, hubo una ligera ventaja del Sachs Georgi, pues en un enfermo con sífilis hepática fué positivo y el Wassermann negativo, tres casos negativos para ambas reacciones y los restantes positivos. La concordancia fué de 95,23%.

Sífilis nerviosa. — En 12 casos de sífilis nerviosa, el Wassermann fué negativo en un caso y el Sachs Georgi cuatro veces. Ventaja apreciable del Wassermann. Concordancia de 75%.

Afecciones no sifilíticas. — Quedan 166 reacciones pertenecientes a enfermos de diversas afecciones no sifilíticas, sin antecedentes de sífilis, en los cuales el Wassermann fué negativo en todos los casos, el Sachs Georgi en 157 casos, figurando entonces con nueve reacciones no específicas, de las cuales corresponden tres a enfermos de tuberculosis pulmonar, tres chancros blandos, dos adenitis inguinales, un paratifus.

En este grupo, la reacción de Sachs Georgi está en mayor desventaja con respecto al Wassermann con estas nueve reacciones positivas en enfermos sin antecedentes sifilíticos.

Finalmente, H. Muñoz M. llega a las siguientes conclusiones:

"1ª La reacción de Sachs Georgi ha sido menos sensible que el Wassermann en un grado muy tenue.

2ª Su sencillez, los reducidos elementos de laboratorio que exige, la elevada concordancia con el Wassermann, la colocan como una buena ayuda del laboratorio en el diagnóstico de la sífilis.

3ª Esta reacción, como representante principal de las distintas reacciones de floculación, es de inmenso interés teórico y significa un gran paso hacia la simplificación del Wassermann, con el cual tiene tantas afinidades".

Este trabajo, como se ve por lo expuesto, es importante e ilustrativo y de mucha trascendencia práctica.