

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

DIRECTOR:

Dr. Oscar Fontecilla
Jefe de Clínica Médica.

SECRETARIO GENERAL de la REDACCIÓN:
Dr. Alejandro Garretón Silva
Ayudante de Clínica Médica.

SECRETARIOS DE REDACCIÓN:

Para la parte médica:

Drs. Gregorio Lira
y Florencio Garín R.
Ayudantes de Clínica Médica.

Para la parte quirúrgica:

Dr. Manuel Martínez G.
Ayudante de Medicina operatoria.

COMITÉ CIENTÍFICO

S. S. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

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

S. S. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

F. de Amesti S. Sepúlveda G. Grant B.
E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto

ADMINISTRADOR:

G. Campaña Gandarillas

Todo asunto relativo a la Redacción debe ser dirigido al Secretario General: Maestranza, 463, o en el Hospital San Vicente de Paul (en las mañanas).

Todo asunto relativo a la Administración debe ser dirigido al Administrador: San Isidro, 390.

Suscripciones

PARA TODO EL PAÍS

Por un año..... \$ 20.—

A los estudiantes de medicina. .. 12.—

Número atrasado..... .. 1.50

Las suscripciones son sólo por un año.

SUMARIO

Texto:

E. PETIT.—Lección Inaugural de la Clínica Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios, p. 13.

E. CIENFUEGOS.—Asistencia Social, p. 17.

H. LEA-PLAZA.—Tres casos de manifestaciones pontocerebelosas, (2. fig.), p. 19.

J. G. LIRA.—La Quinidina: su acción en la arritmia completa por fibrilación auricular, p. 22.

Sociedad Médica. Sociedad de Cirugía. Sociedad de Pediatría, p. 23.

Anexo:

C. GHIGLIOTTO.—Sobre la existencia del zinc normal en el organismo humano, p. 13.

G. GRANT B.—El Curso de Medicina de la Universidad de Concepción, p. 15.

CINCUENTENARIO DEL PROFESOR ORREGO LUCO, p. 17.

NUEVOS PROFESORES. — CONCURSO DEL PREMIO CLIN.—CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE SEVILLA.—UN LIBRO DEL PROFESOR ROGER.

—TESIS DE DOCTORADO.—A LOS SUSCRIPTORES DE «LA CLÍNICA».—ASISTENCIA PÚBLICA.

REVISTA EXTRANJERA, p. 22.

SOBRE LA EXISTENCIA DEL ZINC NORMAL EN EL ORGANISMO HUMANO

por Carlos GHIGLIOTTO

Con especial satisfacción vamos a ocuparnos, aunque sea brevemente, de uno de los trabajos científicos más importantes realizados en Chile durante los últimos años, y que, como se verá, ha dado origen a una serie de investigaciones de sumo interés para la Biología y la Medicina. Nos queremos referir a los estudios del doctor don Carlos Ghigliotto, Jefe de la Sección de Química y Toxicología del Instituto de Higiene y Profesor de Química Analítica en la Escuela de Farmacia.

La extrema modestia del Profesor Ghigliotto es la causa de que sus investigaciones sean poco menos que desconocidas en Chile y nuestros redactores han necesitado importunarle en su Laboratorio para obtener los datos que damos a continuación.

“Si se consulta la literatura química sobre la existencia normal del zinc en el organismo humano, los datos que se encuentran resultan contradictorios.

Mientras que Lechartier y Bellamy afirman que el zinc es un elemento normal del organismo, los tratados clásicos de toxicología que se consultan a diario en los laboratorios, no hacen ni mención del zinc normal o niegan su existencia, como lo prueban las citas que siguen.

Dragendorff, en su obra clásica, a propósito del zinc llamado normal, se expresa así: “Algunos autores pretenden que este metal existe al estado normal en el organismo animal; se ha comprobado también algunas veces su presencia en el reino vegetal, especialmente en la VIOLA CALAMINARIA”.

Hugounenq (Tratado de los Venenos, página 109), escribe: “Los cereales, las legumbres, contienen algunas veces zinc. Lechartier y Bellamy, Raoul y Breton lo han encontrado en los huevos de gallina, en el hígado del hombre y de los animales. Estas comprobaciones, muy interesantes, por lo



Urotropina

EN TUBOS ORIGINALES «SCHERING» DE 20 TABLETAS DE 1/2 GRAMO

ANTISÉPTICO DE LAS VÍAS URINARIAS Y DESINFECTANTE INTERNO EN GENERAL

PROFILÁCTICO DE LAS FIEBRES TIFOIDEAS

Es indispensable recetar las tabletas “Schering” para absoluta certeza de obtener el producto original.

REPRESENTANTE GENERAL PARA CHILE:

Carlos Steinberg ☐ Santiago Casilla 1694

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS

demás, NO PRUEBAN QUE EL ZINC SEA UN ELEMENTO NORMAL DE LA ECONOMÍA”.

Chapuis (Toxicología, p. 267), dice: “Al lado de estas cuestiones viene todavía a colocarse el inevitable problema del zinc normal. Todo lo que a este respecto hemos dicho para el cobre y el plomo, podemos repetirlo aquí. En efecto, no se puede adoptar esta denominación de zinc normal, porque algunos químicos han encontrado zinc en ciertos alimentos, porque Raoul y Breton han encontrado en algunos hígados humanos 7 a 12 miligramos de zinc; porque ciertas plantas, una violeta, lo contienen en cantidad apreciable, NO SE DESPRENDE QUE TODO EL ORGANISMO HA DE HALLARSE IMPREGNADO DE ESTE METAL”.

Ogier (Química Toxicológica, p. 351), dice: “El zinc se halla bastante difundido en la naturaleza para que nos podamos admirar de encontrarlo en vestigio en los diversos órganos del cuerpo humano, aun fuera de toda introducción accidental por los alimentos conservados en envases de zinc. Pero de esto no se sigue que el zinc deba considerarse un elemento normal del organismo, ni que se le encuentre tan corrientemente como el fierro, por ejemplo. SE ENCUENTRA, pues, zinc en los órganos, a menudo, PERO NO SIEMPRE, del mismo modo que se encuentra a veces el cobre”.

Por las citas precedentes puede verse que los toxicólogos más reputados no aceptan

la existencia normal del zinc en el organismo humano.

Las investigaciones que yo he practicado en la Sección de Química y Toxicología del Instituto de Higiene, desde fines de 1910, me han demostrado que el zinc es un elemento normal del organismo humano.

En el mes de Octubre de 1910 practiqué por orden judicial el análisis de las vísceras de la señora X. El médico legista, basándose en las lesiones de la lengua y de la laringe, sacaba como conclusión en su informe, que se trataba de un envenenamiento por una sustancia cáustica. Como entre el comienzo de los fenómenos de intoxicación y la muerte habían transcurrido nueve días, durante los cuales se había prescrito una medicación evacuable, pensé que la totalidad o la mayor parte de la sustancia tóxica se habría eliminado, y que si algo quedaba todavía, la cantidad sería tan débil que, para encontrarla, se necesitaría operar con sumo cuidado y concentrando mucho los líquidos.

Operando así, encontré al lado de un metal tóxico (1) once miligramos de óxido de zinc en 765 gr. de fragmentos de hígado, de riñones y de bazo.

Mientras hacía estos trabajos, fui encargado de analizar otras vísceras en las cuales, operando de la manera ya señalada, encontré una cantidad de zinc semejante a la

(1) El análisis mostró la presencia de mercurio y la investigación judicial pudo establecer que se trataba de una intoxicación por la ingestión de sublimado corrosivo.

precedente. En presencia de estos resultados, pedí a la Morgue vísceras de individuos que habían muerto en los hospitales a consecuencia de accidentes del trabajo o asesinados. En 22 vísceras, sin excepción, encontré zinc, en cantidad que variaba de 9 a 17 miligramos de óxido de zinc en 600 gramos de vísceras, poco más o menos.

Pensando que el zinc encontrado en el adulto podía haber sido ingerido con los alimentos, que lo contienen frecuentemente, analicé las vísceras de un feto de 7 meses y encontré igualmente zinc en cantidad un poco superior a la encontrada en los adultos. En las vísceras de un individuo muerto en un asilo, la cantidad de zinc encontrada era inferior a la que yo había comprobado en los otros casos. Sería muy interesante hacer numerosas dosificaciones de zinc para estudiar sus variaciones en las diferentes edades de la vida y en las diferentes enfermedades, así como su distribución en las diversas vísceras.

En una muestra de músculo de un feto bovino, en la carne del pescado y en un litro y medio de leche de vaca recogida directamente de la mama en un frasco de vidrio, comprobé igualmente la presencia de zinc.

Las experiencias aquí indicadas prueban que el zinc es un elemento normal del organismo humano. He hecho repetidas veces ensayos en blanco empleando los mismos aparatos y los mismos reactivos PRO ANALYSI y los resultados fueron siempre negativos.

CODOFORME

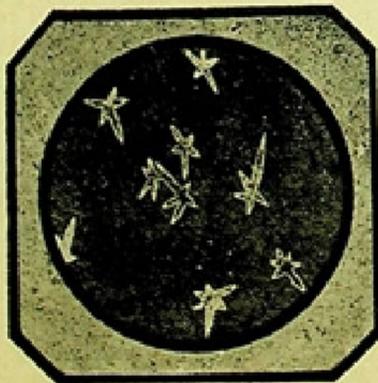
BOTTU

No es una mezcla ordinaria de **CODINA-BROMOFORMO**, sino una nueva combinación cristalizada de Bromoformo sólido rigurosamente dosificada en comprimidos. Estos tienen la ventaja sobre los jarabes, pociones, gotas, etc., de ser agradables, prácticos, económicos y de no cansar ni irritar el estómago.

TOS

emetizante de los Tuberculosos.

15 comprimidos por día



TOS

nerviosas y espasmódicas.

15 x 9 comprimidos por día

Cristales de una sal cristalizada de Bromoformo aislada y preparada en los Laboratorios del Prof. BOTTU de París, que en el intestino dan Bromoformo líquido.

NÉOL

(con gargarismos al 1%)

previene la **GRIPPE**
y cura la **ANGINA**

Medicacion
guayacolada intensiva
sin ningun inconveniente

por el **Resyl**

eter glicero-guayacolico soluble

COMPRIMIDOS DE RESYL

JARABE DE RESYL

INYECCIONES DE RESYL

Muestra y literatura
Am. Ferraris - Casilla 29 n
Santiago



La precipitación del zinc se hizo en casi todos los casos por el hidrógeno sulfurado en licor acético, después de haber eliminado por ebullición el amoníaco que había servido para precipitar el fierro, y concentrando el líquido a un volumen de 100 a 150 a lo más.

La presencia del zinc en la carne de un feto humano y de un feto bovino indica que, según todas las probabilidades, el zinc es un elemento normal, no solamente del organismo humano, sino del organismo animal en general

Como casi todos los alimentos contienen zinc, es muy difícil saber qué papel desempeña en las funciones biológicas" (Del Bulletin de Médecine Légale de France).

La comunicación del Profesor Ghigliotto ha dado origen, como decimos más arriba, a una serie de investigaciones y publicaciones de grande interés e importancia. Entre otras citaremos las siguientes:

PROFESOR DELEZENNE, en los Anales del Instituto Pasteur, en 1919.

SIUICHA GIAYA, Tesis de Doctorado, 1920. Estableció que es en el cerebro donde se encuentra la mayor cantidad de zinc.

PAUL CRISTOL, Tesis de Doctorado, 1922. Estableció que en los tumores cancerosos hay una relación entre su rápida proliferación y la cantidad de zinc que contienen.

ROST Y WEITZEL, Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamtes, 1920.

BERTRAND, Profesor de Química Biológica en el Instituto Pasteur, acompañado de VALDESCO y otros, ha hecho dos comunicaciones a la Academia de Ciencias de París manifestando: I. Que el zinc debe intervenir en los fenómenos de la fecundación y en los procesos de la regulación de las secreciones internas; II. Que nutriendo lauchas con alimentos con y sin zinc, la duración de la vida en el último caso era menor en un 25 o en un 50%.

Universidad de Concepción

EL CURSO DE MEDICINA (1)

La Universidad de Concepción, que inició sus labores el año 1919 con los cursos de Dentística, Farmacia, Pedagogía en Inglés y Química Industrial, en el desarrollo de sus actividades hará funcionar en el presente año los dos primeros semestres del Curso de Medicina, con los mismos programas de la Escuela Médica de la Universidad de Chile.

Una Escuela de Medicina en Concepción que comprendiera los dos primeros años de estudio a fin de servir a los estudiantes del sur del país para quienes significa a veces un enorme sacrificio el traslado y permanencia

(1) En los últimos días de Mayo, fué inaugurado el primer curso de medicina de la Universidad de Concepción. Con este motivo se reunieron en esa ciudad numerosas personalidades para celebrar este verdadero acontecimiento médico y educacional.

en la capital, era una idea acariciada desde hacía tiempo por los dirigentes de esta Universidad local, pero la magnitud de la empresa, tanto en su parte material como en lo referente al personal docente, los detenía en la obra que todos señalaban como una necesidad, no tan sólo regional, sino nacional. La Escuela de Medicina de la Universidad de Chile se veía obligada todos los años a limitar su matrícula, en los primeros años, por estrechez de sus instalaciones.

La idea de un curso de Medicina en Concepción, que comprendiera los dos primeros semestres de los estudios médicos, encontró en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile una entusiasta acogida y estimuló la empresa aportando el valioso concurso de su apoyo moral. Los nombres del señor Rector de la Universidad de Chile, doctor Gregorio Amunátegui, y del Decano de la Facultad de Medicina, doctor Roberto Aguirre Luco, quedarán para siempre vinculados a la existencia del curso de Medicina de la Universidad de Concepción.

Por ahora, funcionarán solamente los dos primeros semestres y en el próximo año, si se logra vencer las dificultades de la organización de los laboratorios y del personal docente, funcionará el tercero y cuarto semestre, es decir, el segundo año, con lo que terminaría el programa que se ha trazado el Directorio de la Universidad de Concepción respecto a su Escuela Médica. Los alumnos que cursaren en Concepción quedarían en condiciones de rendir su bachillerato en Santiago y continuar el ciclo

TERAPÉUTICA SEDATIVA de los síndromas nerviosos patológicos

Gardenal	INDICACIONES	PRESENTACIÓN
Hipnótico poderoso sedativo nervioso adoptado por los Hospitales de París, los Asilos del Sena y los de provincia	Epilepsia esencial, Epilepsia Jacksoniana, convulsiones infantiles. Corea, Tetania infantil, Insomnios rebeldes de los grandes nerviosos.	En tubos de 20 comp. a 0.10 " " 30 " a 0.05 " " 80 " a 0.01 (Estos últimos para la terapéutica infantil).
Soneryl Butyl-ethyl-malonylurea hipnótico-analgésico	Hipnótico específico de los insomnios causados por dolores: NEURALGIAS INTERCOSTALES, DENTARIAS, DOLORS REUMATISMALES, CÓLICOS HEPÁTICOS, GOTA, etc. INSOMNIOS de las PULMONIAS.	En tubos de 20 comprimidos a 0gr. 10
Quietol Bromidrato de Diméthyl-amino-valeryloxisobutyrate de propyle	Nerviosidad, Neurastenia, disturbios nerviosos de la menstruación y menopause. Taquicardia. Falsa angina de pecho. TODAS LAS INDICACIONES DE LOS VALERIANATOS.	En tubos de 10 comprimidos a 0gr. 50
Algolane Salicyldioxyisobutyrate de propyle	ANTI-REUMÁTICO EXTERNO NO IRRITANTE SUCEDÁNEO INDOLORE del salicilato de metilo	En frascos cuenta-gotas de 15 gramos

Los Establecimientos **POUSSENC** Frères - Paris

AGENTE UNICO PARA CHILE **J. B. DIDIER**

San Pablo, 1340
CASILLA, 61 - TELÉFONO, 3018

SANTIAGO

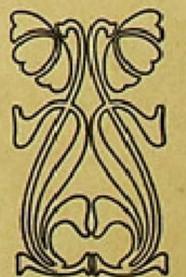
CASA PAUL

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, Aguja, Medidas, Probetas, Cápsulas de porcelana, Balanzas de precisión y de Botica, etc., etc. — — — —



Infinidades de Artículos para Laboratorios

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

Dr. Marco A. Sepúlveda R.

LABORATORIO CLINICO

Bandera 736 Teléfono 233
Casilla 3659

Sección microscopía y química

Orina —Jugo gástrico, Excrementos, Excreciones, Líquidos patológicos, Esputos, Leche, Líquido céfalo-raquídeo.

Sangre: dosificaciones de urea, ácido úrico, colessterina, glucosa, hemoglobina; recuento y clasificación de glóbulos, resistencia globular, etc.

Sección serología y bacteriología

Reacción de Wassermann. - Reacción de Besredka.—Reacción de Weinberg.— Reacciones de Widal y de paratífus.

Cultivos para investigar difteria, fiebre tifoidea, gonococos, etc., etc.

Preparación de autovacunas. — Inoculaciones experimentales. — Investigaciones al ultramicroscopio.

NOTA.—El Laboratorio está abierto de 8 A. M. a 10 P. M. y proporciona el material apropiado para el envío de las muestras.

Instituto de Radiología

RADIOSCOPIA Y RADIOGRAFIA



Tratamientos de

Radioterapia profunda

y Radiumterapia



Dr. Adolfo Kaplan

ESTUDIOS: ESTADOS UNIDOS Y EUROPA

COMPANIA 1429

de los estudios superiores en la Escuela Médica de la capital.

Esta organización aportará enormes ventajas al progreso de la Medicina, el número de alumnos que siga los estudios médicos no aumentará de una manera sensible por esta circunstancia; en cambio, se repartirán en las dos escuelas, los laboratorios se harán más holgados, el profesor podrá hacer una enseñanza más eficiente y el alumno llegará a estudiar patología y clínica con conocimientos bien sólidos en Anatomía, Histología, Fisiología y Embriología, ramos fundamentales, sin cuyo y maduro conocimiento no podrá haber médicos, sino buenos prácticos.

El primer curso de Medicina de la Universidad de Concepción se iniciará por ahora en condiciones modestas, se aprovechará de los laboratorios ya existentes en la Escuela de Farmacia, para el funcionamiento de las clases de Botánica, de Física y de Química. En un pabellón construido especialmente se instalará el laboratorio de Zoología. Para el curso de Anatomía se construye vecino al hospital, un amplio pabellón de disección, con capacidad para 150 alumnos, anfiteatro anexo para la clase, museo y depósito para la conservación de los cadáveres.

La Universidad dispone por el momento de \$ 300,000 para iniciar este año la construcción de una escuela Dental y Médica. En ella se hará el estudio completo de los ramos de Dentística y el de los dos primeros años de Medicina. La idea que ha guiado a los dirigentes de la Universidad para fun-

dir en un solo organismo las dos escuelas, ha sido el tener laboratorios centrales de Fisiología, Histología y Embriología, que sirvan para la enseñanza de los alumnos de una y otra escuela bajo la dirección de un mismo profesor.

El profesorado del primer año del curso de Medicina estará a cargo de distinguidos profesionales de la ciudad, ya probados en la enseñanza de otras escuelas de la Universidad; la clase de Zoología médica no habría podido establecerse sin el decidido apoyo del profesor Noé; gracias a su valioso concurso, podremos contar como profesor con el doctor Wilhelm, uno de sus más distinguidos alumnos. La clase de Anatomía estará a cargo del doctor González Pastor, profesor de la misma asignatura en la Escuela Dental; tendrá como jefe de trabajos prácticos al señor Enrique Solervicens, ex-prosector de Anatomía del profesor Benavente. Dos ayudantes más completarán el personal encargado de vigilar y dirigir los trabajos de disección. La asignatura de Física será desempeñada por el distinguido pedagogo señor Humberto Vergara, profesor del ramo en la Escuela de Farmacia. Botánica estará a cargo del doctor Alcibiades Santa Cruz, que fué por espacio de muchos años ayudante del doctor Phillipi en la Escuela de Medicina; y en cuanto a la clase de Química, será desempeñada por uno de los más prestigiosos profesores de nuestra Universidad, el señor Salvador Gálvez, bajo cuya dirección funcionará por ahora el curso de Medicina.

Fuera de los ramos técnicos, los alumnos que cursan sus estudios en la Universidad de Concepción, tienen obligación de asistir por lo menos a treinta clases de cualquiera de los cursos generales siguientes: Historia contemporánea de Chile comparada con la de las Repúblicas americanas, Filosofía, Ética y Sociología, Estética y Literatura contemporánea.

Como es fácil suponerlo, grandes han sido los esfuerzos realizados por la Universidad para organizar e instalar su Curso de Medicina, en forma que corresponda plenamente a las necesidades de una buena enseñanza; posiblemente sus laboratorios no cuenten con el vasto material de los similares de la capital, pero su profesorado promete suplir la falta con trabajo, empeño y entusiasmo.

Guillermo Grant B
Profesor de la Universidad de
Concepción.

CINCUNETENARIO DEL PROFESOR ORREGO LUCO

El cincuentenario del doctor Orrego Luco dió ocasión a una simpática y significativa ceremonia en el Salón de Honor de la Universidad de Chile, con asistencia del Presidente de la República, Exmo. señor don Arturo Alessandri, y todas las autoridades universitarias.

Hizo el elogio del doctor Orrego, el Profesor Charlín en un conceptuoso discurso, en el cual pasó en revista las múltiples actividades del festejado. El señor Rector de la

TRATAMIENTO CIENTÍFICO de las enfermedades VENOSAS
y de los DISTURBIOS de la FUNCION OVARIANA.

MENOVARINE

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

4 DRAGEAS POR DÍA

Laboratorios MONDOLAN — 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

Para combatir los efectos de la pobreza de cal de la alimentación es especialmente indicada la administración de un preparado de cal de profilaxis eficaz.

El Calcio láctico "INGELHEIM"

es un preparado profiláctico de acción progresiva y al mismo tiempo agradable; es especialmente indicado en los estados catarrales, constipados, etc. Excelente para el tratamiento de la debilidad de los huesos y raquitismo así como para los estados de extenuación de todas clases en los niños y adultos.

Envases originales con 100 tabletas de 0.25 gr. Calcio láctico "Ingelheim"
Los adultos pueden tomar hasta 12 tabletas diarias.

CADECOL "INGELHEIM"

Tratamiento alcanforado estomacal; remedio interno espasmolítico y cardiotónico en las insuficiencias cardíacas crónicas, en los disturbios de circulación, etc.

PERICOL "INGELHEIM"

Cesación segura de los ataques esteno-
: : cardíacos, en la angina de pecho. : :

Tubos originales de 20 tabletas y frascos de 100 tabletas para hospitales.
Se recetan 1 a 2 tabletas Cadecol o Pericol tres veces
por día, después de las comidas.

Agente exclusivo para Chile:

Dr. Walter Knoche
SANTIAGO - CASILLA 3457

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

BUTOLAN

(Ester carbamínico del paraoxidifenilmetano)

— NUEVO ANTIHELMÍNTICO —
de acción especial contra los oxiuros

Las numerosas experiencias llevadas a cabo con este remedio han mostrado que ejerce efectos seguros, sin causar molestia alguna, pudiendo ser administrado hasta en los niños de pecho.

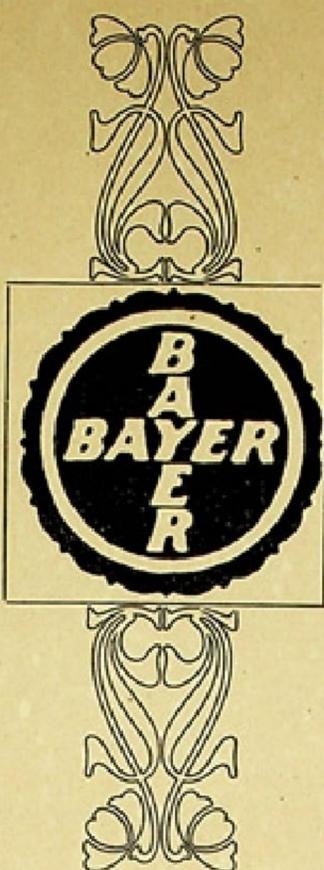
INOFENSIVO — CARECE DE SABOR

PRESCRÍBANSE:

Tabletas «Bayer» de Butolan (tubo original).

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, diríjase a la **Química Industrial «Bayer», Weskott & Co.,** Santiago de Chile, Casilla 1267 indicando su dirección precisa y la recibirá gratis y franco de porte.



Tabletas «Bayer» de ISTICINA

AGRADABLE PURGANTE

De acción suave y reguladora sobre la exoneración ventral

Su composición es definida y, por lo tanto, su acción es siempre constante

INDICACIONES: Estreñimiento (formas atónicas y espásticas). Estreñimiento que se presenta en las curas de reposo, después de convalecencias largas, etc.

PRESCRÍBASE:

Tabl. «Bayer» de Isticina (embalaje original)

BIOGLANDINA

PRINCIPIOS ACTIVOS DEL ACEITE DE BACALAO
TÓNICO ESTIMULANTE
SABOR EXQUISITO — TOLERANCIA PERFECTA

PULMAGOL

Terapéutica de las Vías Respiratorias
BRONQUITIS
TISIS PULMONAR — TOS REBELDE

El más perfecto lubricante intestinal

LA VASELINA LÍQUIDA

LUBRISOL

INCOLORA — INODORA

OPOTERAPIA GASTRO INTESTINAL

ELIXIR DE PANKREON
COMPUESTO

Digesto-Pasteur

Dispepsia — Hipoclorhidria
Diarrea Nerviosa

CONVALESCENCIAS
DE ENFERMEDADES
BRONCO - PULMONARES

VITALGOL

Combinación Científica
NUCLEINA — FOSFATOS

EXTRACTO FLUÍDO OBTENIDO DE LA RAIZ FRESCA
DE LA VALERIANA

EN TODOS LOS DESÓRDENES NERVIOSOS

NEOVALERIANA

PARA AUMENTAR LA SECRECIÓN LÁCTEA Y TONIFICAR EL ORGANISMO
NADA MEJOR QUE LAS OBLEAS

Lacto - Pasteur

LABORATORIO PASTEUR

MUESTRAS PARA MÉDICOS A CASILLA 3076

Universidad, doctor don Gregorio Amunátegui, le ofreció en seguida, a nombre de todos los médicos de Chile, un elegante pergamino con la siguiente inscripción:

"Al varón eminente, que al culto de la belleza y a la investigación de la verdad, dió los años floridos de la juventud y los gloriosos de la madurez; al maestro doctor don Augusto Orrego Luco, sus colegas médicos, al cumplir los cincuenta años de fecunda vida profesional, este testimonio de alta admiración dedican.

En Santiago de Chile, el día 2 de Mayo del año de 1924".

El Profesor Orrego agradeció esta manifestación leyendo el siguiente discurso:

No tengo palabras bastante llenas de agradecimiento para poderles expresar la emoción con que recibo esta bondadosa manifestación de sus afectos.

Sé muy bien que más que un homenaje al viejo profesor, hay en esta ceremonia el homenaje a una vida de trabajo noblemente inspirada en el amor a la ciencia y en el amor a la patria; en una fe íntima y profunda en el progreso humano y en la sincera convicción de que ese progreso será siempre la obra común, la obra de nuestros médicos, de nuestros esfuerzos, la obra de todos lo que quieren contribuir al engrandecimiento de la patria: la obra de vuestras esperanzas o de vuestros sacrificios.

He creído en todo eso; he creído en la libertad y en el derecho; he creído sobre todo en el deber y esas creencias han hecho alegre y seguro el largo camino de mi vida y lo que palpita en el seno de esta fiesta es un generoso homenaje a esas creencias.

Han acentuado Uds. esta idea al elegir este día para la ceremonia que ahora nos reúne. Es el aniversario del día en que nací; el recuerdo del primer día de mi vida. Nací el 2 de Mayo, en una mañana de Otoño. Todavía había nidos en los árboles, cantos en el aire y flores en la tierra. Nací en Valparaíso en esa hermosa tierra que yo he querido tanto, en esa tierra que besa el sol y que acaricia el mar. Allí me desarrollé como las algas marinas entre las rocas y las olas. Ahí principió mi vida intelectual en una

pequeña escuela, que había en un jardín a orillas del estero.

Una viejecita inglesa nos enseñaba a leer y siguiendo la profunda y sencilla pedagogía de su raza, junto con enseñarnos las letras, nos inculcaba los principios morales que debieran más tarde dominar nuestra vida. Todavía la oigo repetirnos: «*Allways do your utmost*». Es necesario hacer siempre lo más posible, todo lo posible, lo mejor posible. Esas palabras tienen toda la intensidad, toda la amplitud del enérgico lenguaje inglés.

Esa fué tal vez la primera lección que recibí en la escuela, y esa lección que no he podido olvidar nunca, ha orientado todo el curso de mi vida. Y ha querido el destino que venga ahora a repetir en el salón de honor de la Universidad de Chile, las palabras que me enseñó la viejecita en la pequeña escuela de las orillas del estero y que la primera lección que recibí en su vida vuestro viejo maestro, sea la última que os deje como herencia.

Jóvenes estudiantes, si queréis llenar vuestra vida, en todo lo que emprendáis, grande o pequeño, siempre haced todo lo posible, haced lo más posible, haced lo mejor posible: *Do your utmost*. Y entonces cada nuevo esfuerzo será un nuevo progreso.

Y ahora, señores, permitidme que al recibir los homenajes de esta hermosa manifestación les deposite sobre el seno de esta Universidad en que me he formado, que ha sido la madre de mi alma, como un tributo que le debo, a las generosas y nobles instituciones de mi patria, que me hicieron posible adquirir los conocimientos de una profesión y consagrar mi vida al cultivo de la ciencia.

Permitidme que me incline, humilde, agradecido y respetuoso, ante ese gran pasado, ante el pasado a que se lo debemos todo: nuestra existencia, nuestra fortuna y nuestra gloria.

Concurrieron a esta hermosa velada los Profesores Universitarios de las distintas Facultades, médicos y estudiantes de Medicina y muchas y distinguidas personalidades políticas y sociales.

Amenizó esta fiesta un escogido programa musical.

NUEVO PROFESOR DE CLÍNICA MÉDICA: DOCTOR DON ERNESTO PRADO TAGLE

Ha sido designado Profesor de Clínica Médica, en reemplazo del Profesor García Guerrero, el doctor Ernesto Prado Tagle, Jefe de Clínica en el mismo servicio, Profesor Extraordinario y reemplazante del titular desde hacía algún tiempo.

El doctor Prado Tagle aporta a la Facultad un valioso contingente de preparación y de entusiasmo. Alumno muy laborioso y distinguido, Jefe de Trabajos del sabio Profesor Westenhoffer, perfeccionó sus estudios en Europa en los ramos de Anatomía Patológica y Clínica Médica; vuelto a Chile, se graduó de Profesor extraordinario en este último ramo e inició sus actividades docentes en forma tan destacada, que muy pronto se le señaló como el más probable sucesor del doctor García Guerrero, cuyo prematuro retiro ha sido muy lamentado.

NUEVO PROFESOR DE CLÍNICA QUIRÚRGICA: DOCTOR DON ALVARO COVARRUBIAS A.

Después de rendir las pruebas prescritas por la Universidad, se ha conferido el título de Profesor Extraordinario de Clínica Quirúrgica, al doctor Covarrubias.

Desde hace algún tiempo, el doctor Covarrubias desempeña el cargo de Jefe de Clínica del Servicio del Profesor Sierra y últimamente ha sido nombrado Jefe de Servicio en el Hospital del Salvador.

Presentó a la Universidad, como tesis de profesorado, un estudio muy completo y documentado sobre las afecciones quirúrgicas del cuerpo tiroides, materia sobre la cual el

Librería SALVAT

Barcelona-Santiago

ULTIMAS EDICIONES DE LA Casa SALVAT Editores S. A.

M. HOFMEIER.—**Tratado de GINECOLOGÍA.**

Constituye la 16.ª edición de la obra de Carlos Schroeder **ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS GENITALES DE LA MUJER.** Traducido directamente del alemán. Ilustrado con 297 grabados en el texto y 10 láminas. Esta obra forma un tomo en cuarto mayor de 664 páginas, encuadernado en pasta española. Se vende al precio de..... \$ 84.--

G. GARRÉ y A. BORCHARD.—**Tratado de CIRUGÍA.** Traducido directamente de la 3.ª edición alemana. Esta obra forma

un tomo en cuarto mayor, de 802 páginas, ilustrado con 564 grabados encuadernado en pasta española. Se vende al precio de..... \$ 82.50

H. SAHLI.—**Tratado práctico de los MÉTODOS DE EXPLORACIÓN CLÍNICA.** Tercera edición española, traducida directamente de la sexta edición alemana. Ilustrada con 213 grabados, muchos de ellos a dos y tres tintas. Constará de tres tomos en cuarto. Se vende el primero encuadernado en pasta española al precio de... \$ 69.—

CALLE AGUSTINAS, 1056 (entre Ahumada y Bandera).—SANTIAGO

NEUBROMAL LEROY

A BASE

Bromalina - Valeriana - Veronal Sódico

Regulador del sistema nervioso
Sedante — Hipnótico

DOSIS.—Adultos 1 a 2 cucharadas al día
Niños... 1 a 2 cucharaditas

Laboratorios Recalcine

LABORATORIOS CLIN

ENESOL

(Salicilarsinato de Mercurio)

VENTAJAS :

Toxicidad excesivamente débil (70 veces más débil que la del Hg 12).
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 expende en Ampollas de 2 c. c. graduadas a 3 cgr. por c. c. (9gr.06 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 ASCOLEINE RIVIER contiene 10 centigramos de lecitido específico ("diamidotrifosfatido") mientras que un litro de aceite virgen sólo contiene, por junto,

20 centigramos.

La ASCOLEINE RIVIER aumenta 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-Cocaina.

EXÍJASE LA MARCA CLIN. 1010

FOSFOTAL CLIN

(Phosphotal. — Fosfato neutro de Creosota)

Cápsulas Clin 20 cgr de Fosfotal por Cápsula.

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

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

INDICACIONES : Bronquitis, Catarros, Laringitis, Tuberculosis. 1022

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

SI 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
DE VENTA EN TODAS LAS BUENAS FARMACIAS

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

Profesor Covarrubias tiene una amplia experiencia.

Su curso lo ha iniciado en el Hospital del Salvador.

CONCURSO DEL PREMIO CLIN DE 1923

El Directorio de la Sociedad Médica ha llamado a concurso para otorgar el Premio Clin del año 1923. Las bases de este concurso son: haber obtenido el título de médico-cirujano en el mismo año que terminaron los estudios del candidato y no haber fracasado en ninguna prueba. Los interesados deberán presentar a la Secretaría de la Sociedad Médica los certificados de los exámenes, lo mismo que de los grados universitarios y el de médico-cirujano. Además deberán presentar detallada la nómina de los puestos que han desempeñado durante los estudios y el tiempo de las funciones desempeñadas.

Todos estos antecedentes se reciben en la Secretaría de la Sociedad Médica hasta el 9 de Junio, fecha en que quedará cerrado el concurso.

CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE SEVILLA

La Facultad de Medicina, en sesión de 23 de Mayo, acordó proponer al Supremo Gobierno, para que represente a la Facultad de Medicina en el Congreso de Sevilla del presente año, a los profesores doctores M. Brockmann, L. Vargas Salcedo, C. Monckeberg y C. Charlin.

La Universidad de Chile ha sido oficialmente invitada a formar parte de este Congreso, que se verificará en Octubre del presente año.

UN LIBRO DEL PROFESOR G. H. ROGER, DE PARIS

El Decano de la Facultad de Medicina de París, Profesor G. H. Roger, acaba de publicar un interesante libro titulado "Cuestiones actuales de Biología Médica".

Vienen en este libro todas las conferencias que dictó en Sud America durante el viaje que hizo a fines del año pasado. En siete capítulos aparecen los siguientes temas: Las funciones internas del pulmón; la fisiología normal y patológica del pulmón; la acción cardiovascular de algunos extractos de órganos; Estudios sobre las cápsulas suprarrenales; Acción del hígado sobre los venenos; Estudios sobre los fermentos y el rol de la bilis.

Aparte de todo el valor científico que tiene este libro por los temas tratados, un hecho interesante es digno de anotarse, la dedicatoria. Trascibimos el texto íntegro de ella, por considerarlo útil darlo a conocer:

A MIS COLEGAS Y AMIGOS DE LA AMÉRICA DEL SUR

Dedico este libro

donde se encuentran reunidos y agrupados los diversos temas que he tratado en el curso de la misión que me encomendó el Gobierno Francés.

Que las Facultades, las Academias y las Sociedades Médicas

del Brasil, de la Argentina, de Chile, del Uruguay quieran encontrar aquí la expresión de mi gratitud por la acogida que me han hecho y la seguridad del recuerdo inefable que guardo de mi viaje.

H. R.

A bordo del «Massilia»

Septiembre, 1923".

TESIS DE DOCTORADO

Se avisa a los médicos recién recibidos, que si lo desean, envíen sus tesis a la Secretaría de Redacción de "La Clínica" para publicar un resumen de ellas.

Considerando que las tesis reflejan en gran parte el progreso de la cultura médica nacional, queremos organizar en la sección del texto de "La Clínica" una parte destinada a dar a conocer los trabajos contenidos en tesis.

Todo esto debe ser dirigido al Secretario General de "La Clínica".

A LOS SUSCRIPTORES DE "LA CLÍNICA"

Por acuerdo de la Dirección de "La Clínica", en adelante aparecerá quincenalmente, el 1º y el 15 de cada mes.

En el número 1 de "La Clínica", se anunció el precio de 10 pesos por la suscripción anual, teniendo en cuenta que aparecería mensualmente. En vista de esta reforma, se ha aumentado a 20 pesos la suscripción anual.

A los suscriptores que han cancelado según la tarifa antes anunciada, se les considerará abonados a doce números de "La Clínica".

En adelante, las suscripciones serán por un año, o sea, 24 números.

La Administración.

Styles y Compañía

FABRICANTES DE

Muebles Quirúrgicos Asépticos

Almacén: BANDERA 580.



SANTIAGO



Fábrica: MAPOCHO 3155.

Casilla 1249

OFRECEMOS CONSTRUIR MUEBLES DE DIFERENTES MODELOS

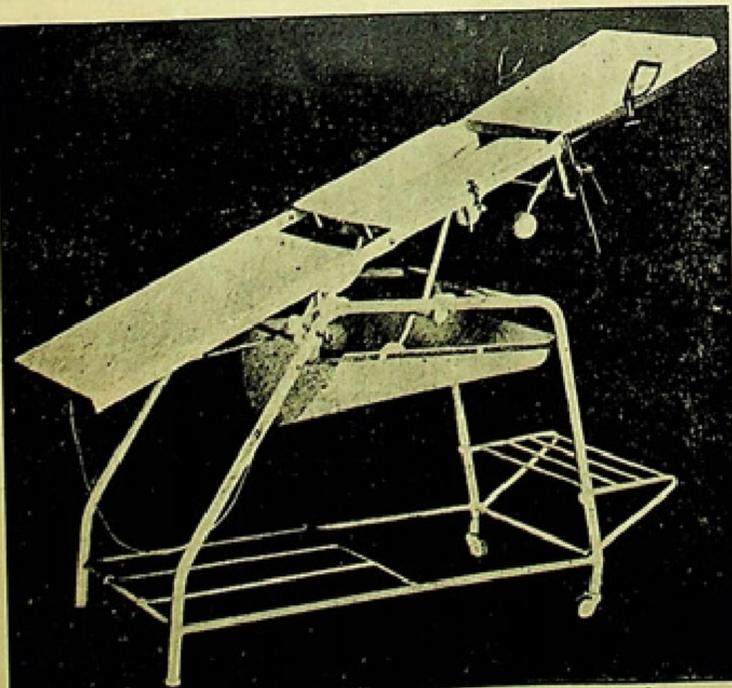
Nos esmeramos en el acabado, tanto respecto al esmaltado como del Niquelado. El esmalte no consiste de pintura blanca, sino de esmalte especial aplicado con brocha neumática y endurecido en un horno especial. El niquelado es una capa gruesa aplicada sobre una capa de cobre, cuando la pieza es de fierro o acero.

Nos permitimos encarecer a los interesados la conveniencia de inspeccionar cuidadosamente nuestros productos, pues sostenemos que no admiten comparación en cuanto a excelencia y perfección con otros similares que se fabriquen en el país.

EMBALAJE y EMBARQUE.—El embalaje de los muebles es hecho por un personal competente y con toda prolijidad, para así protegerlos contra un tratamiento razonable en el trayecto, de manera que no podemos aceptar responsabilidades por mermas, quebrazón o robos después de la salida de las mercaderías de nuestra bodega.

NUESTRO
LEMA:

Igual sino mejor que los importados



Mesa para Exámenes y Operaciones
Tipo N.º 2

ASISTENCIA PUBLICA

Conferencias mensuales

Por acuerdo de la Dirección de este establecimiento, tendrán lugar todos los meses conferencias de índole científica, relacionadas con las actividades médicas, quirúrgicas y sociales que desempeña la Asistencia Pública de Santiago.

Estas reuniones tendrán por objeto dar a conocer el fruto del trabajo que ahí se hace y de fijar normas respecto al diagnóstico y tratamiento de urgencia de tantas afecciones quirúrgicas y médicas que con tanta frecuencia se presentan en ese establecimiento. Fuera de esto, el resultado estadístico que se puede obtener sobre frecuencia y gravedad de enfermedades que atiende la Asistencia Pública, se dará a conocer al público médico por intermedio de estas reuniones.

Se inauguraron estas reuniones el día 24 de Abril pasado y en esa oportunidad el doctor don Eugenio Cienfuegos, ex Médico-Jefe de esta Institución, leyó una conferencia sobre Asistencia Social. Este trabajo, como todos los de estas reuniones, aparecerá formando parte del texto de «La Clínica».

LA TEOCINA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DE LOS ACCESOS ANGINOSOS.

por A. THEOHARI (de Bucarest)

La teocina es un preparado que se ha usado con fines diuréticos en las insuficiencias cardio-renales, es una teofilina prepara-

da sintéticamente, isómera de la teobromina.

Usada a dosis elevada produce vómitos, diarrea, y aun se han observado ataques epileptiformes. Experimentalmente se ha comprobado, con dosis tóxicas, alteraciones serias del miocardio y del riñón.

El autor afirma que usada en dosis de menos de un gramo diario, no se producen accidentes serios en los cardio-renales. Las náuseas, el dolor de cabeza, que en ciertos enfermos se observa con la teobromina, sólo raramente se ven en los enfermos tratados con la teocina, usada a esta dosis.

Igual que la cafeína y la diuretina, la teocina produce una vasodilatación renal y de las arterias coronarias. Clínicamente se pone de manifiesto esta vasodilatación coronaria, por cuanto el medicamento influencia favorablemente los accesos anginosos. Pero no es esta solamente la acción de la teocina. Experimentalmente se observa con la teocina una baja de la tensión arterial, lo que viene a demostrar que también hay otros territorios en los cuales se produce la vasodilatación. Esta hipotensión es constante y durable; agregándose en algunas oportunidades un poco de taquicardia.

El autor piensa que la acción de la teocina debe considerarse como una acción sobre la tonicidad de los nervios vasomotores, produciendo una hipotonía de los vasoconstrictores, especialmente en las vísceras abdominales. Bajo la influencia de la teocina, los filetes vasoconstrictores del gran esplácnico, pierden una gran parte de su

excitabilidad. Se ha demostrado que este medicamento tiene acción sobre los filetes del gran esplácnico que van a las cápsulas suprarrenales (Tournade y Chabrol). Tenemos, entonces, que la teocina produce una disminución de la tonicidad de los filetes secretores suprarrenales y de los vasoconstrictores de las vísceras abdominales, por cuanto suprime la hipertensión producida normalmente por la excitación del gran esplácnico. Por estas mismas razones, junto con usarse en los estados anginosos e hipertensivos, se usa en los casos de simpaticotonismo.

Agrega el autor una serie de interesantes observaciones clínicas, en las cuales se ve claramente la mejoría subjetiva y objetiva mediante la administración prudente de la teocina. Los enfermos tratados por el autor son en su mayoría aórticos con hipertensión y algunos con accesos anginosos; otros son nefríticos crónicos con hipertensión. Se ve en todos los casos que el medicamento es muy bien soportado con la dosis de 40 centigramos por día — dos a tres obleas de 20 cent. — Se puede continuar su administración indefinidamente, pero es mejor usarla en forma intermitente, períodos de 10 días con descanso de 10 a 20 días. El autor no emplea nunca más de 60 centigramos diarios como dosis total. Los accesos anginosos de los aórticos hipertensos son muy bien influenciados. La disminución de la presión no coincide siempre con un aumento de la diuresis. El descenso es variable, pero constante, aun en las grandes

ALIMENTOS del Dr. THEINHARDT
de LEIPZIG (Alemania)



HYGIAMA

Poderoso reconstituyente para adultos, sportmans, convalecientes y ancianos, el mejor alimento para personas de estómago delicado y de difícil digestión.



INFANTINA

Maravilloso alimento para niños de pecho, el único que reúne todas las sustancias que necesita el niño para su desarrollo normal.

VASENOL Polvos VASENOL para niños.
Polvos VASENOL sanitario.
Polvos VASENOL antisudoral.
Preparaciones del Dr. KOPP de LEIPZIG (Alemania) Pasta VASENOL contra toda clase de granos y lastimaduras.

Lisoformo, desinfectante sin igual de olor agradable, no debe faltar en ningún gabinete de doctor, dentista, etc.

Haedensa, quita el dolor de las almorranas en cinco minutos, después de algunos días de uso, las cura.

Servasigon, profiláctico contra sífilis y enfermedades venéreas.

Pedirlos en todas las Boticas de la República
Import. GUTTMANN, MAURER & Co.
Casilla 85-D — SANTIAGO — Moneda 1065

REUMATICOS

Usad

SALISOL

LAS MEJORES INYECCIONES PARA SANAR RAPIDAMENTE
Dosis 2 a 5 ctms. cúbicos

HEMOPTOL

(Sales de Calcio y Suprarrenina)
INYECCIÓN CONTRA LAS HEMORRAGIAS DEL PULMÓN Y DIARRREAS DE LOS TUBERCULOSOS
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

hipertensiones. Generalmente baja de 2 a 6 centímetros de mercurio.

Estos hechos apoyan francamente la hipótesis del trastorno funcional como causa de la hipertensión arterial permanente (Huchard, Vaquez). Sin duda que ciertos casos de hipertensión se deben a una esclerosis cardio-renal progresiva; pero, una excitación de los vasoconstrictores es capaz de realizar el síndrome de la hipertensión arterial como un fenómeno puramente funcional. Día a día vienen en apoyo de estas ideas sobre la patogenia general de la hipertensión sostenida por Vaquez inculcando a un funcionamiento defectuoso del sistema cromafine como causante de la hipertensión permanente. Junto a esto se agregan factores de mucha importancia, como ser la herencia, sobre la cual tanto insiste Vaquez y su escuela; y también, en la mujer, la insuficiencia del ovario.

Finalmente, el autor da ciertas conclusiones, de las cuales vamos a transcribir aquéllas que interesan desde el punto de vista clínico:

La acción clínica de la teocina se traduce en los casos de hipertensión arterial y en las aortitis con crisis anginosas, por los efectos siguientes:

1.—A la dosis de 40 a 60 centigramos por día, es muy bien soportada y puede ser continuada indefinidamente;

2.—Sin embargo, vale más la pena administrarla por períodos de 10 días seguida de 10 a 20 días de descanso;

3.—La dosis de un gramo por día puede

provocar vértigos y taquicardia. Es necesario no pasarse de la dosis ya indicada, con lo cual se obtiene, por lo demás, el máximo de efecto;

4.—Los accesos anginosos que se observan en las aortitis sifilíticas o vulgares, son suprimidas o atenuadas en los períodos en que se administra la teocina;

5.—La tensión arterial desciende bajo la influencia de la teocina, de 2 a 6 centímetros de mercurio;

La diuresis no es siempre aumentada en los enfermos que se benefician de la disminución de la presión arterial;

7.—Es muy probable que la disminución de la tensión arterial sea debida a una disminución de la excitabilidad del gran simpático (grandes espláncnicos, especialmente), e indirectamente de la función del sistema cromafine.

(Arch. des Mald. du Coeur. Paris. N.º 7. 1923).

Las columnas de LA CLÍNICA están por entero a la disposición de los señores Médicos de la República para la publicación de colaboraciones y observaciones que tengan interés.

Todas las colaboraciones deben ser dirigidas al Secretario General de la Redacción, Maestranza 463, Teléfono 229. Santa Elena.

En la mañana en el Hospital Clínico "S. Vicente de Paul".

STAN **OXYL**

STANNOKILL

FORUNCULOSIS
ENFERMEDADES ESTAFILOCOCCICAS
(Antrax, Acné, Orzuelos, etc.)

Producto a base de estaño y óxido de estaño, preparado según los trabajos científicos de A. Frouin
En comprimidos, inyecciones, pomada, líquido, baños.

LABORATOIRE ROBERT ET CARRIÈRE 37, RUE DE BOURGOGNE, PARIS

BISMUTHOIDOL

Bismuto coloidal a granos finos, solución acuosa
Procedimiento especial de los Laboratorios ROBIN

Inyecciones sub-cutáneas intra-musculares o intra-venosas
Inmediatamente absorbible - Fácilmente inyectable

COMPLETAMENTE INDOLORO

1 ampolla de 2 cc. cada 2 o 3 días.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Muestras y Literatura a disposición de los Médicos — Concesionario: Am. Ferraris, Compañía 1295, Santiago

RADIOGEN

Productos de Radio inalterables y garantidos

por el constante control de los Profesores Universitarios Dr. Méd. SIEVEKING, Dr. Méd. KOHLRAUSCH, Dr. Méd. ENGLER y examinados por la Clínica Universitaria de Berlín (Charite-Klinik).

Fabricantes: Allgemeine Radiogen-Aktiengesellschaft, Berlín

Cápsulas Radiogen

CONTENIDO DE RADIUM POR CAJA:
5000 Unid. M. (2,90 M.—CURIE).

Agua Radiogen para bebidas

CONTENIDO DE RADIUM POR CAJA:
1000 Unid. M. (0,58 M.—CURIE).

Agua Radiogen para baños

CONTENIDO DE RADIUM POR CAJA:
3000 Unid. M. (174 M.—CURIE).



CONTRA:

GOTA, REUMATISMO MUSCULAR Y ARTICULAR, NEURALGIAS, CIÁTICA, ARTERIO-ESCLEROSIS, Supuraciones crónicas, Anemias, Procesos de Inflamaciones, Vejez e Impotencia.

Productos Radiogen **influyen físicamente** por la radiación, son inofensivos porque no obran químicamente y aumentan poderosamente la secreción glandular.

Opiniones de eminentes médicos sobre el valor de Radiogen

«Debo decir que los éxitos que se han obtenido por el tratamiento con el RADIOGEN no he visto obtener jamás con ningún otro método.»

Prof. Dr. méd. G. KLEMPERER
Berlín

«Las experiencias han probado que las sustancias radioactivas RADIOGEN tienen un valor sumamente eficaz e irremplazable en el tratamiento de dolencias reumáticas y de la gota, enfermedades que requerían suma paciencia, tanto por parte del médico como del paciente.»

Prof. Dr. méd. W. HIS
Berlín



EL RADIOGEN se distingue de los Mesotorium y demás Torium por su duración que es aproximadamente de **2,000** (dos mil años).

Durante este tiempo su radio-actividad es inalterable, y así puede el médico con certeza recetar las dosis que encuentra indicadas, mientras esto le es imposible con los Mesotorium, etc., pues éstos declinan desde el primer día de su vida en radio-actividad.



Para más datos y muestras dirigirse al Representante:
R. P. HÄNEL, Santiago - Bandera 540 - Casilla N.º 185
o a **DAUBE y Cía., Valparaíso, Santiago, etc.**

CLÍNICA QUIRÚRGICA
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

LECCIÓN INAUGURAL

del Profesor Emilio PETIT (1)

Señores:

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile me ha hecho el alto honor de nombrarme Profesor extraordinario de Clínica Quirúrgica, encargándome, por consiguiente, la tarea de enseñar el arte de curar a los enfermos que acuden a solicitar sus cuidados. Ya podéis vislumbrar vuestra responsabilidad y la mía: La vida de un ser humano depende de nuestro saber. Un error cualquiera, por pequeño que sea, puede producir una catástrofe. No creáis que quiero decir con estas palabras que estamos obligados a sanar todo enfermo que se nos presenta. No, muy lejos estoy de pensar así, pues desgraciadamente muy larga es aún la lista de las enfermedades que están fuera de nuestro alcance terapéutico; pero, lo que sí quiero inculcaros es que debemos hacer cuanto esté a nuestro alcance para no perjudicar a nuestros enfermos.

Lo primero es tratar de saber cuál es el mal de que sufre el enfermo, o, en términos técnicos cuál es el diagnóstico de su enfermedad. Lo que prima ante todo es el diagnóstico

¿Cómo llegamos a hacer un diagnóstico, un diagnóstico exacto? Generalmente llegamos a este resultado examinando bien a nuestros enfermos. ¿En todos los casos llegamos a tener la seguridad de haber encontrado el mal de que adolece el enfermo? No, pero un buen examen nos llevará a tener el máximo de probabilidades y no debemos omitir ningún medio para obtener este resultado

Viene un enfermo a consultarnos, ¿cuál es nuestra primera palabra? ¿Quién es usted? ¿de qué sufre? Yo soy partidario de dejar al enfermo exponer su caso, naturalmente sin dejarlo extralimitarse en divagaciones a las cuales están siempre inclinados, y, hecha la exposición por el enfermo, concretar las preguntas. ¿Tiene alguna importancia el interrogatorio o, como desgraciadamente algunos clínicos lo creen, es innecesario, y todo debe quedar sujeto al examen físico? A mi juicio, el diagnóstico no depende en absoluto del interrogatorio, pero éste nos indica a veces, de una manera matemática, el camino para llegar a él; nos permite eliminar una serie de enfermedades y encuadrarnos en un marco restringido.

Tomemos un enfermo cualquiera y veamos con el interrogatorio qué datos podemos obtener.

Primero conoceremos su edad, y por ella podremos eliminar las enfermedades comunes a la edad madura o a la juventud. Se trata, por ejemplo, de un viejo con una tumefacción del testículo: ya con el sólo dato de la edad podremos casi con certidumbre eliminar una tuberculosis, o bien el enfermo siempre de edad sufre de dolores e hinchazones de la epifisis femoral, queda de hecho eliminada una osteitis de crecimiento; pero tomemos un caso de traumatismo. Un enfermo joven, de 15 a 20 años, ha sufrido un traumatismo de la cadera. Por la edad sola, pueden ustedes eliminar una fractura extrarticular de cuello del fémur, afección frecuente en la vejez, desconocida en la juventud. Y así podría multiplicar los ejemplos.

Pero sigamos y veamos la profesión. Basta a veces que ésta se enuncie para hacer el diagnóstico. Un soplador de vidrios presenta una tumefacción blanda renitente sonora

de la región parotídea: tumor gaseoso de la parótida. Un encerador presenta dolores en la ingle y región abdominal derecha, probablemente una psoriasis. Una monja presenta un tumor fluctuante de la rodilla por debajo de la rótula, higroma crónico de la bolsa serosa pre-rotuliana.

Por otra parte, las profesiones no sólo influyen sobre estados locales, sino que predisponen a ciertas enfermedades que es necesario tener muy presente, como los cólicos de plomo en los pintores, las diarreas sanguinolentas y lesiones bucales en los fabricantes de espejos.

Muchos clínicos, y de los mejores, no dan gran importancia en afecciones quirúrgicas, a los antecedentes de familia; sin embargo, señores, es necesario tenerlos muy presentes, aun cuando su influencia sea mínima en muchos casos, pues son muy comunes en las afecciones, no diré hereditarias, pero sí, familiares, como la apendicitis. Yo puedo citarles, y conozco por mis colegas, cantidad de familias en que casi todos los hijos han tenido que ser operados.

Si tomamos los quistes equinococcus en que la afección ha atacado simultáneamente a varios miembros de una familia debido a las mismas condiciones de vida que los exponía en conjunto a la misma infección, ustedes comprenderán el valor que tiene para el clínico el saber que un hermano o pariente del enfermo que examina y presenta un tumor del hígado de diagnóstico incierto, ha sido operado de un quiste equinococcus. Pero, sin entrar a profundizar el problema de la herencia, lo que nos llevaría fuera del cuadro que nos hemos trazado hoy, debemos tener presente, y muy presente, los antecedentes de sífilis, tuberculosis y cáncer. Estos, no son factores decisivos, pero sí, de probabilidades y grandes. Una osteitis en un niño o adolescente, sin reacciones inflamatorias fuertes, con antecedentes de lúes en los ascendientes, nos autorizan a pensar en una afección específica e implantar un tratamiento de prueba. Un tumor del seno en una paciente de cierta edad, cuyo padre ha muerto de cáncer, nos permite sospechar una lesión del mismo origen. Una tumefacción cutánea blanda, sin o con muy poco dolor en un niño hijo de padres tuberculosos, nos permite pensar en un absceso frío.

Estos antecedentes no nos autorizan, como les decía, a asegurar en absoluto el diagnóstico, pero sí, nos encamina a él.

El interrogatorio nos permite aún obtener datos de una importancia capital, como sería la marcha de la afección: ¿cuándo ha principiado? ¿cómo ha evolucionado? Recuerdo que Tillaux decía a menudo que sucede con las afecciones de los tejidos como con las plantas: "crecen más o menos rápidamente según su especie", y esto lo vemos cada día confirmado: ciertas formas de sarcomas tienen un crecimiento excesivamente rápido y otros muy lento. ¿Podrá esta evolución más o menos intensa servirnos para el diagnóstico? Veamos: un enfermo tiene una ulceración de la lengua, con gran infarto ganglionar del cuello, que ha aparecido hace quince días; esta marcha de la afección nos permite eliminar inmediatamente la idea de un epiteloma, cuya marcha, aun en los casos más malignos, se cuenta por meses y no por días. Pero la marcha de la enfermedad debe tomarse en cuenta no sólo en casos de afecciones generales, sino aun en los traumatismos: un enfermo cae y recibe un traumatismo más o menos intenso de la rodilla, ésta aumenta a los pocos minutos de volumen, aparecen impotencia funcional y gran dolor; debemos eliminar ipso facto una artritis e hidrartrosis; sólo puede tratarse de una hemartrosis;

pero, por el contrario, la hinchazón sólo se presenta tres o cuatro días después, junto con dolores más o menos violentos y algo de temperatura, aquí ya debemos pensar en una artritis. Ustedes ven, por estos ejemplos, que podríamos multiplicar, cuánta importancia tiene para el diagnóstico el estudio de la marcha de la enfermedad. Pero, no sólo la evolución o marcha de la enfermedad tiene un valor que debemos tomar muy en cuenta, sino la manera cómo se presentan los síntomas que acusa el enfermo, y cómo son y cómo pueden ser modificados por tal o cual agente.

En las afecciones gástricas y hepáticas, la forma en que aparecen los dolores, antes o después de las comidas, si son exacerbados o calmados por la ingestión de alimentos o líquidos, si son calmados por la presión, si hay vómitos, cómo son, cuándo aparecen, inmediatamente o varias horas después de la ingestión, si este vaciamiento del estómago alivia al paciente, etc. Todas estas indicaciones que nos hace el enfermo, nos ayuda o nos encamina al diagnóstico. Lo mismo pasa con las afecciones de las vías urinarias: una hematuria es total o parcial, inicial, continua o terminal, con o sin dolores, con o sin frecuencia de la micción. ¿Qué distintas enfermedades, según la naturaleza de la hematuria, desde una simple cistitis del cuello hasta un neoplasma del riñón!

Si a los datos reunidos agregamos los antecedentes personales del paciente: enfermedades que ha tenido en diversos períodos de su existencia, habremos completado el interrogatorio, y estos antecedentes tienen en numerosos casos un valor decisivo. Un enfermo presenta dolores agudos en la muñeca o la rodilla, con tumefacción articular, y acusa una hemorragia de 10 a 15 días de existencia, el diagnóstico es seguro en el 90% de los casos. Un enfermo presenta fenómenos de abdomen agudo en el curso de una tifoidea, la perforación intestinal se impone. Un enfermo que ha tenido varios ataques de cólico nefrítico, presenta bruscamente fenómenos de anuria, el diagnóstico de cálculo enclavado es clásico. ¿Y cuántas veces, por ignorar o no haber investigado estos antecedentes, no hemos cometido errores de diagnóstico? Sería de nunca acabar seguir citándoles ejemplos, basta que estén prevenidos.

Con lo dicho, parecería que con el solo interrogatorio del enfermo podríamos formular un diagnóstico preciso. Esto es posible, pero muy rara vez sucede, y en el curso de su profesión verán ustedes que no sólo no se llega a esta precisión con el interrogatorio o anamnesis del enfermo, sino que aun después de los más minuciosos exámenes clínicos y de laboratorio, debemos contentarnos con un inmenso punto de interrogación, y esta dificultad para llegar a un resultado claro nos obliga a practicar siempre un examen completo, pero absolutamente completo, del enfermo.

Múltiples son los medios que tenemos a nuestro alcance y que nos suministran nuestros sentidos: la vista, el olfato, el oído y el tacto.

Con la vista hacemos la inspección del enfermo, inspección que debe ser de lo más minuciosa, principiando por la cabeza, notando la simetría o asimetría del cráneo y cara, las eminencias o tumefacciones, su forma, si son césiles o pedunculadas; el desarrollo vascular, el color del pelo y barba, la alopecia, su forma, las arrugas de la cara, las cicatrices, su aspecto, la coloración de la piel; cianosis, estado sudoroso, expresión de angustia, etc. Los ojos, sus movimientos, las pupilas, su forma, los párpados, las conjuntivas. En una palabra, no hay que dejar sin examinar una sola parte de la cabeza. ¿Y

(1) Esta lección fué hecha el 2 de Mayo.

por qué, me dirán ustedes, un examen tan minucioso de la cabeza, en un enfermo que no acusa ninguna dolencia de esa región?

Así como se ha dicho que la lengua es el espejo del estómago, me atrevería yo a decir que la cara es el espejo del peritoneo, y ustedes han leído y oído más de una vez: este enfermo tiene cara peritoneal. Ya ven ustedes que una afección lejana repercute en la cara, y que la simple inspección nos permite casi adelantar un diagnóstico. Pero dejando los órganos lejanos, en los traumatismos cerebrales, por la simple inspección, pueden encontrarse las equimosis, las parálisis faciales y oculares, el nistagmus, la desigualdad pupilar, etc. En las infecciones biliares, el color amarillo de las conjuntivas, la exoftalmia en ciertos bocios. Las deformaciones en la sífilis del tabique y paladar. La posición de la cabeza en los tortícolis, en las lesiones traumáticas de la columna cervical. Por otra parte, los orificios naturales de la cabeza, como son: oído, nariz, boca, nos suministran a la simple inspección, datos interesantísimos: restos de hemorragias o salida de líquido céfalo-raquídeo, tanto por el oído como por los orificios nasales. Salivación, erosiones, ulceraciones de la mucosa nasal, perforaciones de la bóveda palatina, equimosis faríngeas, lesiones dentarias adquiridas o congénitas, todos signos que podrán servirnos para llegar a formarnos un concepto claro de lo que tiene el enfermo, y no sólo para el diagnóstico, sino aun para el tratamiento posterior, pues bien sabido es la influencia de una mala dentadura, no sólo en la etiología de algunas afecciones abdominales y del cuello, sino en los resultados operatorios, hasta el punto que muchos cirujanos sólo intervienen cuando se ha arreglado la dentadura del paciente.

Una amígdala inflamada, les dará a menudo la clave de una orquitis cuya etiología era oscura. Basta, me parece, con los ejemplos que he citado, para que puedan darse cuenta de la importancia que tiene esta simple inspección: paso por alto aún las heridas, quemaduras y manchas, resultado de alguna diátesis, y sólo insistiré en las cicatrices que tanto en la cabeza como en otras partes del cuerpo, tienen un interés capital. Una cicatriz del cuero cabelludo puede explicarnos o hacernos pensar en las causas de ataques de epilepsia, de los vértigos, de la sordera de un enfermo; una cicatriz de la región parotídea nos puede explicar una parálisis del facial o de alguna de sus ramas. Otras cicatrices serán testimonio vivo de un antiguo proceso patológico curado como lupus, osteitis del maxilar, neoplasmas extirpados, ulceraciones tuberculosas o sífilíticas, cuyo conocimiento podrá ayudarnos a la solución del problema que investigamos. No quiero insistir más en una región donde habremos de volver más de una vez, porque en ella encontraremos, no sólo en lo patológico, sino en lo fisiológico, el reflejo claro del centro intelectual, tanto en el hombre como en los animales: no en vano se ha dicho que unos tienen cara de tontos y otros de pillos.

Esta inspección de la cabeza, parte más noble del animal, tiene, pues, como acabamos de verlo, no diré una parte importante, sino una parte capital. ¿Cuántas veces no habéis oído: se le salta la vida por los ojos, tiene cara de enamorada, o tiene la muerte pintada en el rostro?

Y estas frases, que nos parecen nimias, tienen un fondo de filosofía muy grande para los profanos, y para nosotros, un fondo enorme de verdad: sin tomar en cuenta el estado patológico sino puramente el fisiológico, ¿no vemos reflejarse y traducirse en las afecciones el terror, la alegría, las penas, el rubor?, y si meras impresiones pueden

producir estos trastornos, ¿no es lógico pensar, que lesiones de órganos, aunque lejanos, puedan producir alteraciones especiales de las facies del individuo?

Por eso, señores, creo haberme quedado corto, hace un instante, al decirles que creía que la cara era el espejo del peritoneo; debiera haber ido más lejos, y haberles dicho que la cara era el espejo en el cual aparecen reflejados todos los fenómenos de reacción del organismo.

En el curso de nuestras conversaciones trataré de demostrarles lo que podríamos llamar un aforismo.

Pasemos al cuello. No creáis, señores, después de lo que acabamos de decir de la cabeza, que vayamos, en cuanto a diagnóstico, a sufrir desilusiones y que la inspección de esta región no tenga importancia.

¡Ah! si así pensarán, sufrirían un gran error. El cuello, como todas las regiones que debemos inspeccionar, nos suministrarán un número de datos que pesan, y mucho, en la balanza de las probabilidades del diagnóstico.

Desde luego, el movimiento de la laringe, tanto en la inspiración como en la deglución, nos permite augurar de su libertad de movimientos y de la no existencia de adherencias que impidan sus excursiones. La depresión de los huecos supra clavculares y supra-esternales en la inspiración, nos indican claramente una dificultad inspiratoria denominada tiraje, producida por una estrechez de las vías respiratorias, situada, sea en la laringe o en la tráquea (estenosis laríngea, edema de la glotis, crup, etc.) Si al mismo tiempo existe una tumoración del cuerpo tiroides, debemos pensar en compresión de la tráquea por un bocio o tumor del cuerpo tiroides; mas, si no existen estas manifestaciones en el cuello, debemos ir a buscar en el tórax o en otra región, la causa de esta dificultad respiratoria, y ya ven ustedes cómo una simple mirada nos permite encaminarnos en la buena senda.

La existencia de infartos ganglionares deberán ser tomados en cuenta, ya sea como lesión primitiva o como secundaria de una afección de las cavidades vecinas, o como manifestación de una diátesis general (leucemia tuberculosis), o bien, cuando existen en la región supra-clavicular izquierda, como manifestación de una lesión visceral lejana (cáncer del estómago).

Los latidos que pueden verse al nivel del manubrio externo, suelen indicar un alargamiento de la aorta. Los latidos con expansión de las regiones supraclaviculares, hacen pensar en aneurismas de la carótida o del tronco braquiocefálico.

Las cicatrices de la región sub-maxilar, restos de antiguas lesiones tuberculosas o luéticas de los ganglios; manchas, tumores, deformaciones, etc., todos indicios de afecciones cuya naturaleza varía con la forma que han dejado. En la región posterior podremos observar las deformaciones de la columna, eminencia o depresión, movilidad o fijeza de las vértebras, haciendo ejecutar movimientos del cuello.

Prosiguiendo nuestro examen llegamos, señores, a una región del cuerpo en la cual la simple inspección nos permite a menudo formular un diagnóstico exacto, casi sin ayuda de otros medios de examen: es esta la región tóraco-abdominal.

Nos encontramos frente a un niño de 8 a 10 años de edad, que presenta un tórax aplastado lateralmente, con esternón saliente en quilla de buque, con un rosario de eminencias a ambos lados, al nivel de las articulaciones condro-costales: se trata de un raquitismo. Pero vamos por parte a inspeccionar al enfermo. Desde luego, la coloración de la piel, no tiene la importancia que presenta en la cara, sin embargo, la palidez, el

sudor, no deberán pasar desapercibidos. Las cicatrices deben ser buscadas con sumo cuidado. Una cicatriz en el costado izquierdo, en los últimos espacios intercostales en un enfermo que presenta signos de oclusión intestinal, nos obligará a pensar en la posibilidad de una hernia diafragmática.

La inspección del tórax nos permitirá estudiar la respiración del paciente: si es torácica o abdominal, si hay inmovilidad en un costado. Cuál es su tipo: estertorosa tipo Chyne-Stockes, amplia, superficial, lenta o rápida y sacar conclusiones en el sentido de una afección pulmonar o abdominal. El aumento de volumen de un lado del tórax con ensanchamiento e inmovilidad de los espacios intercostales, son signos que deberemos tener muy presentes, y verán ustedes más tarde la importancia de estos signos, al tratar de pronunciarse entre un absceso del hígado, una pleuresía o un tumor del pulmón. Y si seguimos con la inspección del abdomen, podremos comprobar cómo en el tórax la movilidad o inmovilidad total o parcial del vientre, podremos ver las contracciones de las asas intestinales, el sentido en que se contraen, la libertad u ocupación de los orificios inguinal, umbilical, etc., por tumoraciones, el estado de los órganos genitales; presencia o no de lesiones o cicatrices, infarto de los ganglios inguinales, que nos darán luz sobre existencia pasada o presente de afecciones venéreas o de otra naturaleza.

La presencia de cicatrices puede indicarnos ya heridas o demostración de operaciones sufridas por el paciente, que permiten eliminar afecciones ya tratadas (apendicitis, colecistectomias, etc.) y hacernos pensar en fenómenos producidos ya por adherencias o bridas causantes de los síntomas que presenta el paciente. Y este examen visual que hemos practicado por la parte anterior, debemos hacerlo en igual forma en la región posterior. ¿Qué podremos observar? Desde luego, la forma de la columna vertebral, su elasticidad a los movimientos tanto antero-posteriores como laterales, el hundimiento o eminencias de las vértebras, las incurvaciones que puede presentar (lórdosis, cifosis, escoliosis, fracturas). Y en la región sacra la presencia de depresiones o tumoraciones, signos de afecciones congénitas, tan frecuentes en esa región.

Y siguiendo con el examen de los miembros, estudiaremos las actitudes del enfermo, la movilidad espontánea, la impotencia para ciertos movimientos, la hinchazón o adelgazamiento total o parcial del miembro y otros diversos estados, nos permitirán a veces, de una sola mirada, hacer un diagnóstico preciso: las incurvaciones de los miembros en tal o cual sentido, nos indicará una osteomalacia, un raquitismo, un pie bot, o una fractura mal consolidada. Las diversas actitudes del enfermo en su cama o en pie, no dejan de tener importancia, ni la manera cómo ejecuta el enfermo los movimientos que uno le ordena. Así, a un enfermo le ordenan recoger un objeto que está en el suelo. Según cómo ejecute el movimiento podrán juzgar de la integridad o enfermedad de su columna vertebral: el sano se inclina y dobla el cuerpo, el enfermo dobla las piernas, resbala la mano a lo largo del cuerpo y no flexa en ningún momento su columna. En las meningitis medulares, la posición del enfermo en la cama, en forma de gatillo de fusil, es típica, y si se estiran las piernas, el cuerpo se endereza. La posición sentada, en las afecciones pulmonares, lateral en los plurales, son otros tantos datos que deberemos tener presentes. Las dilataciones venosas, las inflamaciones de los vasos linfáticos, los tumores pulsátiles, se ven a simple vista. Y todavía, por la vista, podrán ustedes formarse una idea de las diversas secrecio-

nes o excreciones del cuerpo, la presencia de sangre en la orina o excrementos, de mucosidades, las diversas coloraciones del pus (amarillento, chocolate, azul o verde, etc.)

Creo, señores, que con esta rápida y sucinta exposición, debo haberles demostrado la importancia que tiene en clínica el examen visual; no he querido insistir en el examen del ano y de los órganos genitales en la mujer para no alargar más esta exposición, pero tengan muy presente que es de importancia capital en muchos casos. Las hemorroides, las úlceras venéreas o tuberculosas, el ano infundibuliforme en los pedrastas, se diagnostican por la vista.

Parece a primera vista que el olfato debe tener muy poca importancia en el examen clínico de un enfermo; pues esto es un error, y un error profundo. A menudo este sentido nos pone sobre la pista ya de una enfermedad, ya de una complicación: el olor especial de la expectoración permite el diagnóstico de la gangrena pulmonar y de ciertas formas de bronquiestasia, y este olor no sólo es de la expectoración, sino que el aliento es tan fuerte, que llena la sala, y desde la entrada puede el médico decir sin temor de equivocarse: aquí hay un enfermo de gangrena pulmonar o de bronquiestasia. Las secreciones de los tumores cancerosos, tienen también un olor especial, y el que lo ha sentido no lo confundirá con otros.

Los abscesos urinosos, y en general, todos los flegmones cercanos al tubo digestivo, tienen un perfume inolvidable para el cirujano, ¿y cuál de ustedes no ha percibido el olor especial de la secreción sudoral axilar o de los pies? El olor amoniacal del aliento, es un signo frecuente en la uremia y de manzana podrida en la diabetis. ¿Y para qué recordar el olor sui generis de la gangrena, en cualquiera de sus formas, sea gangrena gaseosa u otra, y el olor fecaloideo de los vómitos en la oclusión intestinal? Si el olfato no es el sentido que nos permita sacar más signos de diagnóstico, es sin duda el que en el examen de los enfermos nos procura los mayores desagradados, pues parece que los perfumes de la economía, si no son los más desagradables, son de los más adherentes.

Llegamos ahora al estudio de los recursos que puede prestarnos el oído. Cuántas veces al reducir una luxación, sea de la cadera o del hombro, se siente un crujimiento especial, acompañado de un pequeño choque seco perceptible al oído, no sólo perceptible para el operador, sino para el paciente y las personas presentes. Este sonido no engaña al cirujano experimentado: ha conseguido su propósito, se ha reducido la luxación y este sonido no puede confundirse con el que produce un hueso al quebrarse: éste es más seco, más sonoro. Lo mismo cuando se trata de reducir una anquilosis, se percibe netamente el ruido que producen las adherencias al romperse. Pero, me dirán ustedes, estos ruidos no nos hacen hacer el diagnóstico. Si, les permiten saber que han fracturado un hueso, roto las adherencias o reducido la luxación, lo que es algo saber.

Por el oído podrán percibir la crepitación en las fracturas, o sea, el ruido que resulta del frotamiento de los fragmentos, ruido especial que cuando se ha percibido, no se confunde con ningún otro, como la crepitación del enfisema o la de ciertas sinovitis de granos riziformes, o de algunas tenositis. Y ya que hablamos de fracturas, el oído nos permite en algunos casos precisar el diagnóstico: Ustedes saben que los cuerpos rígidos transmiten en toda su extensión las vibraciones que resultan de un choque; pero si la columna rígida tiene una falla, las vibraciones o se atenúan mucho o no pasan al otro lado de la falla. Ahora bien, si ustedes colocan un fonendoscopio en la epífisis superior de la tibia y golpean con el dedo o

con un martillo el maléolo interno, percibirán perfectamente los golpes dados en el extremo inferior, pero si ustedes practican el mismo experimento en una tibia fracturada, o no percibirán los golpes o los percibirán muy atenuados, si los comparan con el lado sano.

Por el oído perciben ustedes un ruido especial que hace el aire en los movimientos respiratorios en heridas del tórax; este ruido conocido con el nombre de traumatopnea, es patognomónico de una herida penetrante.

Si ustedes aplican el oído sobre un tumor, podrán percibir en ciertos casos, un ruido de soplo más o menos suave; con este solo signo podrán asegurar que se trata de un tumor vascular o de cierta clase de neoplasmas malignos. Si este ruido es muy fuerte, vibrante (el trill murmur de Hunter), podrán, en el 90% de los casos, diagnosticar sin más trámite, un aneurisma arterio-venoso.

No quiero entrar hoy a detallar todos los signos que les puede suministrar la auscultación del tórax o abdomen, bástenos señalar la ausencia del murmullo vesicular, el soplo tubario, los extertores, en fin, los soplos cardíacos y en el abdomen, los soplos uterinos, las pulsaciones fetales.

Debemos tomar en cuenta también, los fenómenos que nos permite percibir la percusión.

La macidez o sonoridad tórácica o de un tumor del abdomen, nos permiten saber la naturaleza sólida, líquida o gaseosa de su contenido.

La aparición de sonoridad en puntos habitualmente mates, como, por ejemplo, en el hígado, nos permite diagnosticar la penetración de aire en la cavidad peritoneal; la macidez del vientre nos indica la presencia de un derrame en el peritoneo o de una tumoración sólida (fecalomas, neoplasmas, quistes). El oído nos permitirá también percibir el silbido estridente (cornaje) que produce el aire en la inspiración en las estrecheces laríngeas y cuando penetra el aire en las venas seccionadas o desgarradas durante un acto operatorio en el cuello, se percibe claramente un ruido sibilante que le anuncia al cirujano prevenido el peligro que corre el enfermo.

El tacto es uno de los sentidos que nos permite apreciar tal vez, fuera de la vista, el mayor número de signos. El examen con el tacto debe ser tan minucioso como el examen con la vista. El oído y el olfato nos servirán en determinados puntos; el tacto debe ser practicado como la inspección sobre todo el cuerpo, para apreciar la elasticidad de la piel, el espesor del panículo adiposo, la presencia de edemas, la atrofia muscular, etc., y después especializar el examen regional.

Principiemos por la cabeza, y veamos qué recursos podemos sacar para el diagnóstico de la palpación.

Se trata de un individuo con pérdida del conocimiento, que nada puede decirnos sobre antecedentes; fué recogido en la vía pública y enviado al hospital. Dejemos, por el momento, los datos suministrados por la inspección y concretémonos a la palpación. A veces poco podremos obtener de este examen, pero cuántas veces bastará para que podamos formular un diagnóstico preciso. Principiaremos por palpar toda la región de la bóveda. La presión produce un dolor que se traduce por un movimiento del enfermo, al nivel de este dolor no hay ningún signo de herida, ni de contusión; este dolor a la presión sigue una línea que partiendo de un punto se irradie a otro, situado a cierta distancia. Ya esto solo nos hace pensar en una fisura craneana. Lejos de mi espíritu decirles hemos diagnosticado. No, señores, son probabilidades que serán o no confirmadas

por otros signos, pero ya estamos sobre la pista.

Encontramos en otro enfermo en el mismo estado, una depresión de bordes sollevantados, nuestra primera impresión es la de hundimiento del cráneo, pero la palpación nos va a salvar del error. ¿Cómo? Fácilmente. Todo hundimiento tiene una depresión y un reborde. Si con la presión hacemos desaparecer el rodete, no se tratará de hundimiento sino de bolsa sanguínea cuyo rodete está formado por la sangre coagulada que deja deprimirse por la presión, cosa que no sucede con el rebordé óseo del hundimiento verdadero.

Pero por la palpación, no sólo podréis constatar los hundimientos óseos verdaderos o falsos, sino que la existencia de fracturas con multiplicidad de fragmentos, la presencia o ausencia de latidos cerebrales, el edema producido en el cuero cabelludo por la salida de líquido céfalo-raquídeo, o simplemente por hematomas difusos.

La palpación en los tumores craneanos congénitos o adquiridos, os permite pensar en su naturaleza: líquidos o sólidos, pulsátiles o nó, blandos o duros, y ya tenéis, según su consistencia, un 50% del diagnóstico avanzado: encefalocelos, meningocelos, dilatación de las arterias, osteomas, sarcomas, etc. Bajamos a la cara, y tenéis que por la palpación podréis apreciar la movilidad anormal de los huesos propios de la nariz, o de una de las ramas, o de ambas del maxilar inferior, y debéis ya pensar en fracturas de esos huesos, porque ninguna otra afección la produce; la luxación del maxilar inferior, lejos de dar movimientos anormales, suprime las normales y casi todas las afecciones de este hueso tienden a inmovilizarlo, lejos de darle más soltura. Y ya que he mencionado las fracturas y luxaciones, permítanme, señores, saliéndome un poco de la palpación, darles una opinión, hija únicamente de mi práctica, que es muy posible haya sido dada ya por otros, y que podría sentar como axioma: las fracturas, casi siempre, permiten los movimientos anormales, las luxaciones restringen los normales; se entienden los movimientos pasivos. Eso, que a primera vista parece no tener importancia, les permitirá, a mi juicio, eliminar una u otra afección en la mayoría de los casos. Es posible que en uno que otro caso no sea esto efectivo, pero creo poderles asegurar, con una práctica de más de treinta años, que este dato es positivo. Los únicos casos que podrían prestarse a discusión, son las fracturas por enclavamiento, y aun en estos casos los movimientos normales son posibles. Entendido que no tomamos en cuenta el dolor que restringe todo movimiento, y en caso de duda, usaremos de la anestesia general o raquídea. Pero volvamos a nuestro tema. La palpación, no sólo en la cabeza, sino en cualquiera región, nos permitirá darnos cuenta, no sólo de la forma, lobulación, blandura, espesor, consistencia de los tejidos, sino de la libertad de deslizamiento o adherencia con los órganos vecinos y su sensibilidad. ¿Y cuánta importancia tienen estos signos! Supongamos, y abandonemos por un momento la cabeza, un tumor del escroto de consistencia blanda, elástica, y que otros síntomas nos han permitido diagnosticar como hernia intestinal; la palpación nos permite hacer desaparecer el tumor: hernia reductible; pero, por el contrario, nuestros esfuerzos han sido vanos, constatamos que hay adherencias que indican la irreductibilidad. ¿Será igual el tratamiento en ambos casos? ¿Será obligatoria la operación en ambos casos? Según algunos cirujanos, tal vez; según mi criterio, y tomando en consideración circunstancias especiales, en cada caso, nó. En uno aconsejaré la operación; en el otro, el simple uso de un bra-

guero, pero no es el caso de discutir este punto sobre el cual tendremos que hablar muy largo en otra ocasión.

La palpación de la región torácica nos permitirá reconocer una serie de puntos dolorosos, como son los puntos intercostales posterior, medio y anterior, en las neuralgias o neuritis intercostales, neuralgias o neuritis cuyas causas tendremos que investigar (aneurismas aórticos, neoplasmas de la columna, osteitis costales, mal de Pott).

El edema de la pared torácica y el dolor a la presión de los espacios intercostales en los abscesos hepáticos y pleuresías purulentas, las desviaciones de la punta del corazón hacia dentro o fuera, su desaparición en derrames pericardiacos. Por la palpación podremos, además, sentir una crepitación finísima, parecida a la que produce la nieve al apretarla; este fenómeno nos indica la presencia de aire o gases en el tejido celular: este enfisema subcutáneo puede ser local o generalizarse a una porción más o menos grande del tórax y aún invadir el cuello y cara; se observa a consecuencia de heridas del pulmón o desgarraduras del mismo, como también en la cara o cráneo (apófisis mastoides, maxilar superior), en algunas fracturas con ruptura de la mucosa, pero no quiero aquí insistir sobre las múltiples causas del enfisema subcutáneo, que además de ser un signo de lesión del aparato respiratorio, puede ser un signo de una de las complicaciones más graves de los traumatismos, como es la gangrena gaseosa.

Por la palpación podemos apreciar la frecuencia del pulso, su presión, su regularidad, o irregularidades, intermitencias, dicrotismo, etc.; pero además, si tomamos conjuntamente el pulso en dos arterias, podemos comprobar o su isocronismo o el retardo de la pulsación en uno de los dos vasos, signo éste de importancia, pues nos indica una dificultad en la circulación en el vaso cuyo pulso es retardado. Ejemplo, aneurisma de la subelania derecha, pulso radial derecho retardado con relación al izquierdo — aneurisma, aorta descendente, pulso retardado funoral con relación al radial.

Pero, donde la palpación debe hacerse con más cuidado y donde nos da tal vez más datos, es sin duda alguna en el abdomen. Si en todas las regiones debe hacerse el examen con suavidad, es sin disputa alguna en el abdomen, donde ustedes deben aplicarse a hacerlo con el máximo de suavidad. Una palpación brusca, grosera, puede provocar la ruptura de adherencias que circunscriban un foco de peritonitis y producir la generalización de un proceso localizado, por eso me permito insistir, e insistir vivamente, en la suavidad de la palpación; por otra parte, y dejando a un lado el peligro que acabo de indicaros, una exploración brusca producirá una defensa contra el dolor, que imposibilitará el examen de los órganos profundos, y esta defensa provocada artificialmente, se repetirá aún si procedéis después con suavidad, por el temor que experimenta el enfermo de sentir un nuevo dolor.

Empezaremos, pues, por estudiar la sensibilidad cutánea, rozando la piel con el dedo. Ustedes deben saber que Dieulafoy atribuye una grande importancia a la hiperestesia cutánea, localizada a la región apendicular, como signo probable de apendicitis. Hecho este examen, que llamaremos superficial, trataremos de palpar más profundamente.

Este examen nos permitirá comprobar la defensa muscular localizada o generalizada a todo el vientre. Esta contractura refleja de la pared abdominal, tiene una importancia capital para el diagnóstico diferencial de algunas afecciones abdominales, y algunos autores han llegado a sostener que por esa sola puede hacerse un diagnóstico preciso.

Así, la contractura de todo el abdomen, con máximo supra umbilical, sería patognomónico de la perforación de una úlcera del estómago o duodeno. Una contractura del lado derecho del abdomen, pero sobrepasando apenas hacia afuera los rectos abdominales: de una colescititis, y cuando es extensa y no sobrepasa hacia adentro los rectos, sería apendicular. Esto, señores, no puedo aceptarlo como absoluto, pues ustedes tendrán ocasión de verlo más de una vez; el peritoneo reacciona a su antojo; estando su cavidad llena de pus sin que se produzca la menor defensa, y otras veces una simple apendicitis localizada, produce fenómenos de defensa general.

En casos numerosos, y Quervain tiene razón, puede llegarse a un diagnóstico más o menos seguro; pero si toman ustedes esto como regla absoluta, sufrirán más de una vez, desengaños como los he sufrido yo y muchos cirujanos. Es necesario, además, que tengáis presente, y muy presente, que la defensa muscular no es un signo absoluto de reacción peritoneal.

Algunos ejemplos os demostrarán de una manera palpable lo que acabo de avanzar. Un enfermo tiene una retención de orina ocasionada por una prostatitis; es imposible limitar la vejiga por la palpación abdominal, pues el dolor produce la contractura de los rectos; aquí no hay reacción peritoneal, pues basta evacuar la vejiga para que la contractura desaparezca. Tomemos otro ejemplo: un enfermo tiene un ataque de cólico nefrítico o hepático; os será imposible palpar el hipocondrio. En las crisis gástricas de origen tabético, se observa algo parecido, por no decir idéntico, al cuadro de la perforación de una úlcera gástrica.

Recuerdo el caso de un viejo francés, tabético, que tenía crisis gástricas horribles; en varios ataques tuve oportunidad de verlo, y presentaba el cuadro siguiente: cara angustiada, cubierta de sudor frío, dolores epigástricos que le daban la sensación de una tenaza que le desgarraba el estómago, vómitos (alimenticios, generalmente). Al examen del vientre, su abdomen estaba rígido como una tabla, desde el pubis hasta el apéndice xifoides, sólo los flancos no participaban de esta contractura línea. Estas crisis solían durar hasta 4 y 5 horas. El diagnóstico de tabes había sido hecho por Charcot. Por otra parte, la contractura puede provenir de una simple lesión muscular, y la palpación les permitirá localizar el mal.

Por la palpación podrán ustedes formarse una idea de la forma y consistencia de los órganos internos, si están aumentados o no de volumen, del estado de su superficie, de su sensibilidad. Debemos buscar, además, ciertos puntos dolorosos, que algunos autores han dado como clásicos de las afecciones de los órganos internos, como son los puntos císticos, duodenal, pilórico, apendicular, pielítico, etc.; para que estos puntos tengan valor clínico, es necesario que se acompañen de un cuadro sintomatológico claro. Por sí y ante sí, no tienen valor absoluto. El punto apendicular de Mac-Burney no sólo ha sido discutido, sino que muchos autores han indicado otros: más adentro, más arriba, o más abajo, como clásicos de apendicitis; esto sólo les probará la poca seguridad de dicho signo, cuando se discute hasta su ubicación; pero más, las uretritis y los cálculos uretrales producen dolor en este mismo punto, y las afecciones de la trompa derecha en la mujer, lo mismo, y si sucede esto con el más clásico de los puntos, ¿qué pensar de los otros? Son simplemente signos indicadores que debemos, sí, tener presentes, pero a los cuales no debemos atribuirles más valor que el que realmente tienen. ¿Cuántos apéndices no se han extraído sin resultado, teniendo

después que hacer una colecistectomía y terminar por fin en una gastrectomía?

Es muy necesario, señores, que tengan muy presente que son excesivamente raros, los casos en que un diagnóstico puede basarse sobre un solo signo, y sobre todo, cuando se trata del abdomen, que nos reserva las sorpresas mayores.

La palpación no debe practicarse únicamente con una mano, sino que a menudo debe ser bimanual, lo que les permitirá poder apreciar más fácilmente la forma y la consistencia de los órganos que examinan.

La palpación anterior sólo en muy reducidos casos les permitirá tocar el riñón, mientras que aplicando una mano en la región lumbar y otra sobre el hipocondrio, no sólo podrán apreciar el tamaño, sino la sensibilidad y movilidad de este órgano, cuando existen.

En la mujer no dejarán de practicar este examen bi-manual, por la vagina y abdomen, único medio de poder apreciar las lesiones del aparato genital interno. Y así como en el sexo femenino, no deben ustedes dejar nunca de hacer el tacto vaginal, en el hombre, por ningún concepto, deberán dejar de hacer el tacto rectal. Por él podrán ustedes recoger una infinidad de datos indispensables, a menudo, para formular un diagnóstico. Hace un momento, les citaba el caso de confusión entre una perforación gástrica y una crisis tabética; pues bien, el tacto rectal en los casos de peritonitis, les permitirá, no sólo comprobar una sensibilidad especial del Douglas, sino aún su ocupación por exudados. En las apendicitis pelvianas; en las perisigmoiditis, obtendrán ustedes datos positivos por este examen. Quiero dejar a un lado todas las afecciones rectales y prostáticas que podrán constatar tumores, ulceraciones, estrecheces, presencia de cuerpos extraños, coprolitos, etc., y quiero únicamente llamarles la atención sobre los servicios que les reportará este examen en afecciones de otros órganos.

Pero este examen no sólo les servirá para el diagnóstico clínico, sino para el diagnóstico operatorio, indicándoles las adherencias o la invasión de un proceso vecino, como el cáncer del útero o de la vejiga, o de procesos inflamatorio de los anexos en la mujer, y tantos otros datos de importancia que no mencionaremos por no extendernos demasiado.

A menudo, señores, no bastan nuestros sentidos para hacer un examen completo, y nos vemos obligados a recurrir a medios artificiales para completarlo. Estamos en presencia de una tumoración de consistencia más o menos blanda, con signos de fluctuación que nos permite pensar en la presencia de líquido en su interior, pero ¿cuál es la naturaleza de este líquido, o aun es realmente líquido el que tenemos? Recurriremos entonces a un medio artificial: la punción.

Este medio de examen, del cual debe usarse en muy determinados casos y sobre cuyas indicaciones y contraindicaciones tendremos oportunidad de ocuparnos a menudo, es a veces negativo, aun existiendo líquido en la parte puncionada; esto debe atribuirse o al calibre demasiado fino de la aguja, o a la consistencia del líquido, y a menudo, a que no se ha dado con el foco; debemos, pues, en estos casos, repetirlos cambiando de instrumentos o de punto de introducción.

Muy frecuentemente en los abscesos hepáticos, en ciertas formas de pleuresías (como las meta-neumónicas), en las artritis tuberculosas, les pasará de tener punciones blancas, por obstrucción de la aguja, por fungosidades, falsas membranas o grumos de pus espeso.

Pero tratándose de líquido fluido, pueden tener resultados negativos. ¿Cuántas veces no han visto ustedes la punción raquídea no

dar salida a líquido alguno, y verse obligados a repetirla 5 y 6 veces, y esto no por principiantes, sino por cirujanos que la han practicado miles de veces? Si les he citado estos ejemplos, es para demostrarles que una punción negativa, no siempre es un signo negativo. Cuando es positiva, les dará datos importantes sobre la naturaleza del líquido: seroso fibrinoso, purulento, hemático, etc., y completando el examen con el laboratorio, sobre su naturaleza específica, aséptica, etc. Además, nos podrá indicar la punción la ubicación del foco, según salga el líquido con más o menos presión en la inspiración o expiración. Como ejemplo, les citaré el signo conocido en clínica con el nombre de Pfuhl: cuando se punciona en el epigastrio, si el líquido sale con más fuerza en la inspiración, se trata de un derrame infra diafragmático; si en la expiración, supra diafragmático.

Antes de terminar esta ya larga exposición, no olvidaremos el estudio de la sensibilidad cutánea, tanto al dolor como a la temperatura, y ciertos fenómenos reflejos cuya intensidad, disminuida o aumentada, nos revelan la existencia de estados patológicos.

La anestesia o insensibilidad al dolor, nos permitirá localizar aproximadamente una lesión del sistema nervioso central o periférico, y fijar el punto donde deberá tener lugar la intervención, no sólo en el cráneo, sino sobre el trayecto de un nervio. Naturalmente, no nos basaremos, como ya lo he repetido, sobre un solo signo, la anestesia, sino sobre los demás que se presentan: parálisis de ciertos músculos, etc., signos mucho más certeros que la anestesia, pues en un miembro no dependen a veces de los mismos nervios la sensibilidad y la movilidad.

Este examen de la sensibilidad, no sólo cutánea, sino de lesiones ulcerosas, no sólo han permitido llegar a formular un diagnóstico casual, sino que, remontando más allá y estudiando la influencia del sistema nervioso sobre la nutrición de los órganos, se ha llegado a encontrar el medio de tratar estas lesiones tróficas. Si estudiamos en algunas afecciones de la pierna la úlcera, por ejemplo, la sensibilidad, veremos que puede estar alterada de diversos modos. En el centro hay a veces pérdida de la sensibilidad táctil, un poco más afuera analgesia, y en los bordes, pérdida de la sensibilidad térmica. Estos fenómenos, atribuidos hasta hace poco, a lesiones de los nervios medulares, se atribuyen hoy día, y con razón, a lesiones del simpático. Pocos nombres os he citado en esta disertación, pero debo citaros uno: **Leriche**, el gran cirujano de Lyon, a quien debemos sin disputa alguna la explicación si no definitiva, al menos satisfactoria por el momento, de estos fenómenos nerviosos. Según el cirujano de Lyon, las lesiones reaccionan sobre la circulación por intermedio de la inervación simpática de los vasos, produciendo una constricción vascular. Basado en esta hipótesis, ha propuesto la simpatectomía vascular, y los éxitos han correspondido a sus esperanzas. Muchos casos podría citarles, pero quiero concretarme a uno de los más contundentes. Un enfermo de la sala de Sacramento, amputado en el hospital del Salvador de uno de sus miembros, me fué enviado por el doctor Jaramillo. Tenía ulceraciones del pie — origen oscuro — Wassermann positivo. Después de muchos exámenes que paso por alto, se diagnosticó una enfermedad de Raynaud o una endarteritis lúética. El reposo y el tratamiento antilúético, dieron resultado, saliendo el enfermo sano de sus heridas.

Tres meses después vuelve a ingresar al servicio, ya no con pequeñas lesiones, sino con una úlcera que tomaba toda la planta y

dorso del pie, dolores atroces que necesitaron morfina, y el enfermo pedía a gritos que se le amputara. Aconsejé a mi distinguido amigo y ayudante, doctor Ugarte, la simpatectomía. Esta se hizo en la extensión de 8 a 10 centímetros, sobre la femoral. Resultado: la primera noche el enfermo durmió sin morfina y hoy día su ulceración está casi cicatrizada.

¿Sanará completamente este enfermo? No lo puedo asegurar, pero, por lo menos, se ha aliviado. Una golondrina no hace verano, me dirán ustedes. Verdad, pero si me he atrevido a citarles este ejemplo, es porque tenemos varios otros que corroboran el presente. ¿Quiere ésto decir que siempre obtendremos éxito? No, señores; pero debemos tener presente los resultados obtenidos.

Nos hemos ocupado principalmente de la anestesia, pero debemos tomar muy en cuenta, la hiperestesia, que depende o de un estado particular del enfermo (histeria), o de lesiones irritativas, de sus nervios, como sucede en las heridas de los troncos nerviosos con presencia de cuerpos extraños que producen no sólo dolores violentos en el distrito inervado por dicho tronco, sino una sensibilidad exagerada en la misma zona.

Y ya que estamos en el examen de los nervios, no quiero dejar sin mencionar un fenómeno conocido con el nombre de dermatografía, que si en la generalidad de los casos no tiene importancia alguna, siendo un simple fenómeno vaso-motor en personas nerviosas, en otros, por el contrario, asume proporciones de diagnóstico, como pasa con la raya meningítica.

He dejado expresamente sin tratarlos, los diversos medios que fuera de nuestros sentidos tenemos a mano para examinar un enfermo, como el estilete, que nos permite reconocer la existencia de cuerpos extraños en las heridas, el estado de los huesos en los trayectos fistulosos, la denudación de los mismos en las heridas. Los exploradores olivares en la uretra, que nos indican la rigidez o soltura de la uretra, sus estrecheces; el resonador metálico, dedo prolongado, según Gayon, que nos permite, no sólo el diagnóstico de la presencia de un cálculo, sino su número, forma, contornos, lisos o ásperos, estado de la pared vesical; el cistoscopio, el oftalmoscopio, esofagoscopio, laringoscopio, rectoscopio, etc., porque todos estos últimos medios son regionales y tendremos oportunidad de volver sobre ellos.

¿Para qué indicarles hoy los múltiples e incommensurables servicios que nos prestan los rayos X, el estudio eléctrico de las contracciones musculares, la presión arterial, etc?

Tampoco me he ocupado de todos los exámenes de laboratorio, nó porque no les atribuya la importancia absoluta que tienen en múltiples casos, en los cuales sin ellos no podríamos llegar a un diagnóstico preciso, tendremos oportunidad de insistir en ellos, pero he querido limitarme al estudio del enfermo al pie de la cama. Lejos de mi ánimo desconocer la necesidad absoluta que tenemos de ellos, pero he querido haceros conocer hoy los múltiples medios que nos dan nuestros sentidos para examinar a un enfermo.

Antes de terminar, señores, permítanme una última palabra: Con el examen del enfermo, hemos reunido una serie de datos; estos datos tienen valores distintos y nosotros debemos ponerlos en la balanza de nuestro criterio para darles a cada cual su valor verdadero.

A veces, una serie de signos nos inclinan en un sentido, y un signo insignificante en apariencia, tiene un valor tal, que nos obliga a seguir un camino distinto del que clásicamente debiéramos seguir. Hace pocos

días, teníamos en nuestro servicio un enfermo de fractura con minuta de la región temporal con fractura de la base. Se le extrajeron varios fragmentos, se vació un hematoma, y si mal no recuerdo, salió por la herida sustancia cerebral. El enfermo salió de alta y vuelve a ingresar al servicio seis meses, más o menos, después de su primera intervención. Se queja de dolores de cabeza, ha tenido varios días temperaturas altas. El día del examen, temperatura normal; presenta en la región temporal izquierda una tumefacción del tamaño de un huevo de gallina, pulsátil, blanda, fluctuante, parcialmente reductible, rodeada de un rodete rígido, duro, óseo, en una palabra, una cicatriz de 10 centímetros de longitud, pálida en sus extremos, roja sobresaliente en la parte media. Los signos que presenta el enfermo, conocida la intervención anterior, hacían inclinar el diagnóstico en favor de una hernia cerebral: tumor reductible en parte, con latidos isócronos al pulso, sin dolor; la temperatura que sólo había durado 2 o 3 días, podía explicarse por un resfrío o una infección banal cualquiera.

Sin embargo, me llamó la atención la coloración de la cicatriz en la parte central; atribuí los latidos a trasmisión de las pulsaciones y diagnosticué un absceso secundario. La intervención corroboró mi diagnóstico, cuyo punto de partida estaba basado en signos de menor importancia.

Quiero terminar, señores, esta primera entrevista con ustedes, diciéndoles: no os vanagloriéis jamás de un diagnóstico feliz sin haber practicado un examen minucioso del enfermo; esto acontece a menudo, como al burro de la fábula, pero tampoco os avergoncéis de un error después de un examen prolijo. El único que no ha errado en estos casos, es el que nunca ha formulado un diagnóstico.

Al terminar esta lección, deseo expresar especialmente al señor Decano de la Facultad de Medicina, a mis colegas y a mis antiguos alumnos, mi profundo agradecimiento por su presencia en estos momentos en que reasumo la enseñanza médica, después de un período de ausencia de cerca de 20 años, han venido a darme su apoyo moral los unos, los otros a demostrar que no han olvidado a su viejo maestro.

Deseo también agradecer a los señores administradores de este hospital, que no sólo me han dado toda clase de facilidades, sino que han sido los primeros en estimularme para la creación de este curso de Clínica Quirúrgica.

En cuanto a mis colaboradores, no tengo palabras suficientes para manifestarles mis agradecimientos por el concurso tan entusiasta como ilustrado que me han ofrecido.

¡Gracias a todos vosotros!

ASISTENCIA PÚBLICA. — CASA CENTRAL

ASISTENCIA SOCIAL (1)

por el Dr. Eugenio CIENFUEGOS

Durante centenares de años fué únicamente la caridad privada, inspirada en las enseñanzas del cristianismo, quien se encargó de aliviar la miseria, viniera ella como resultado de las enfermedades, de taras hereditarias, de vicios o diversas otras condiciones de complejas procedencias colectivas.

Poco a poco el concepto mismo de caridad ha ido modificándose: al alivio inmediato de una necesidad o de un dolor, a la acción protectora sobre determinado individuo, se

(1) Conferencia dada el día 24 de Abril.

prefiere ahora la investigación de tal necesidad o de tal dolor individual para evitarlos, haciendo, si así puede decirse, la profilaxia de la miseria. A esta ideología de índole colectiva y de amplísima finalidad, se ha dado el nombre de Asistencia Social, que de aquí en adelante irá constituyendo una obligación principal de los Estados y de las sociedades, cuya existencia misma depende del bienestar de cada uno de los ciudadanos.

No basta repartir una suma de dinero, ofrecer un refugio al que no lo tiene, curar una dolencia física o calmar una momentánea necesidad: precisa ahondar un poco más, ir a la fuente misma de donde mana la desgracia para luchar contra ella; es necesario que con una apreciación integral de todos los factores biológicos y sociales se estudien los problemas que el desarrollo de la civilización plantea cada día para buscar una solución que permita asegurar a cada cual el *minimum* de confort, de bienestar, de satisfacción de sus necesidades, tanto materiales como espirituales.

No basta ya organizar en las naciones una Asistencia Pública, en toda su amplia y científica actividad. Ella se encargará de dar al enfermo desvalido un alimento, un refugio y los medicamentos e intervenciones que la ciencia descubre cada día. Es menester ir más allá del individuo: hacer de aquél a quien la vida derrumbó, un hombre independiente capaz de volver a ser un elemento de acción y un sostén de su familia; es menester buscar los factores de su decaimiento físico y moral, de su pobreza, de su menor aptitud en la lucha por la vida, para remediarlos. En cada enfermo considerar no sólo el caso clínico, sino el caso social, y establecer, como dice Armand-Delille, al lado del diagnóstico médico, referente a una persona, el diagnóstico social, interesante a toda la colectividad.

Ya San Vicente de Paul hacía obra semejante con la institución de las Hijas de Caridad, que socorrían la miseria a domicilio, pero de ese lejano tiempo hasta el presente, las condiciones de la vida han complicado de tal suerte el antiguo problema, que, para abordarlo, se necesita aunar los esfuerzos de todas las instituciones públicas y privadas, para de esta manera, en un solo esfuerzo colectivo, obtener los resultados de conjunto que se buscan.

El industrialismo, las aglomeraciones de grandes masas populares en las ciudades y, como resultado, una mayor dificultad y costo de la vida, por un lado, y por otro, el progreso de todas las actividades, los descubrimientos portentosos que tienden a un mayor bienestar material y a aliviar los sufrimientos y enfermedades, hacen que el problema necesite ser estudiado en forma que, dando a cada cual el *máximum* de probabilidades en la lucha por la existencia, se obtenga algún día la soñada armonía social.

* * *

La Asistencia Social no invade el campo de la Medicina: lo complementa en una amplia labor universal de prevención; cuida al niño y va, como el ángel guardián de la leyenda, junto a la criatura a lo largo de su vida. Busca en la ciencia su arma más potente de defensa y en el instinto de solidaridad humana sus medios de acción. Todas las energías colaboran a su inmenso llamado: las fuerzas económicas, los sentimientos de caridad, el concepto de responsabilidad, la misma dignidad humana del que recibe protección, la ciencia, todo responde a su voz que clama por la humanidad del porvenir.

Protege al niño desde antes de su nacimiento cuidando a la madre, ayudándola en los meses últimos del embarazo, poniendo

en juego, no solamente la parte médica, sino la parte social. Si es obrera, interviene ante los patrones para conseguir ayuda y descanso de la futura madre; llama a las puertas de las instituciones que proporcionan abrigo, si de él carece la embarazada. Si la futura madre es soltera, trata de levantar su espíritu, confortarlo, haciendo que penetre en el cerebro de la desgraciada el concepto de que su maternidad no debe ser un oprobio, sino un accidente desgraciado del cual no tiene por qué ser víctima la criatura. Previene así la exagerada mortalidad de los ilegítimos. Investiga discretamente la paternidad, pone todo su empeño en unir a los que engendraron al niño que debe llegar a ser un ciudadano. Llamará al corazón del hombre, quizá a su egoísmo, y muchas veces conseguirá constituir su hogar y crear una familia.

Seguirá al niño en su primera infancia buscando la ayuda de la higiene y de la puericultura, colaborando con las clínicas, las visitadoras de higiene y las enfermeras visitadoras, las Gotas de Leche, las Creches y las Pouponnières. Vigilará el ambiente familiar en que ha de crecer y respirar el niño, aconsejando al padre y a la madre, atendiendo en sus crisis económicas o espirituales; su acción se hará sentir sobre el retardado biológico o mental, sobre el huérfano o el tuberculoso, el criminal o el abandonado. Apoyado en las leyes sociales, que tratará de crear con la experiencia recogida en su gran labor de cada día, cuidará del trabajo de los aprendices, higiene de las fábricas, habitaciones proletarias, etc. Llegado a grande, el protegido sigue vigilado: la asistencia social constituye el factor poderosísimo de la lucha contra la tuberculosis, el alcoholismo y las enfermedades sociales.

Recoge al enfermo, y no sólo lo entrega a la actividad de la ciencia y de la higiene, sino que, si tiene familia que viva a sus expensas, la recoge bajo su amparo multiforme y, si es solo, lo acompaña hasta que pueda, en plena seguridad, seguir en su vida independiente de trabajo.

En esta conversación quiero ocuparme principalmente de la acción de la Asistencia Social en cuanto se refiere a los enfermos. Creo que este capítulo es el que más de cerca nos afecta a los médicos en general y el que más claramente puede demostrar la manera tan universal con que la asistencia social puede obrar en bien del individuo y de la colectividad.

El enfermo llega de ordinario ante el médico quejándose de una dolencia puramente corporal y el hombre de ciencia pone entonces en juego todos los recursos de la medicina para devolverle la salud, pero ¡cuántas veces no vuelve el mismo paciente sufriendo de igual enfermedad o agravada su primera manifestación! La asistencia social puede en estos casos constituir una preciosa auxiliar del médico: ella podrá informarlo acerca de complejos factores etiológicos que ella sola con sus encuestas estará en situación de conocer. Ella se encargará de explicar y de hacer aceptar las indicaciones que a veces llegan confusas, si no inteligibles, a la mentalidad tan restringida del enfermo, y cuántas veces no tendrá que llevar a éste o su familia la inmensa resignación ante un mal pronóstico.

Vamos primero a tomar el caso de un individuo solo que cae víctima de una dolencia aguda. La asistencia social se informará de sus recursos, de sus costumbres, de sus aptitudes, de su familia, etc. Lo asilará en un hospital y empezará a preocuparse de lo que ha de ocurrir una vez que cese el trastorno que significa una enfermedad en un obrero que carece de ahorros o de apoyo familiar: irá a donde el patrón para conseguir que se le reserve su puesto hasta que pueda

reanudar sus actividades, influyendo para que se tome en cuenta en la faena la menor energía que debe desarrollar un convaleciente. Procurará que su alimentación y su vivienda contribuyan a robustecer el organismo debilitado; lo confortará para darle mayores energías para empezar de nuevo su trabajo. Enriando en esta forma al que cayó derrumbado por la enfermedad, evitará su desesperación y desencanto, conseguirá que ni el hambre haga de él un ladrón o un miserable, ni el odio un rebelde que reniega de la sociedad en que se mueve.

Si un convaleciente necesita ayuda, que ya no puede darle el hospital, la asistencia social pondrá en juego las actividades individuales y colectivas para conseguirle un auxilio temporal que le permita ser de nuevo un factor útil en la colectividad, naturalmente muy alerta a evitar el abuso, la holgazanería o la mendicidad. Si el enfermo tiene a su cargo una familia, la asistencia social ha de preocuparse de buscar los medios de que los que quedan sin amparo no carezcan de los medios elementales de subsistencia. Evitará, con la mayor constancia, que el hogar que se ve privado temporalmente de la ayuda material y moral del jefe de familia, no se derrumbe en la desesperación del abandono. Conseguirá la ayuda de alguna persona o institución que pague el alquiler de la habitación, provea a las necesidades urgentes e impida de esta manera la expulsión de la familia, su vagabundeo y la pérdida total de toda noción de dignidad humana.

Instituciones de beneficencia públicas o privadas, sociedades de socorros mutuos, generosidad individual, todo ha de ser solicitado para defender este edificio de la familia obrera que tan fuertemente bambolea una vez que su puntal más poderoso flaquea por la enfermedad.

En colaboración con la enfermera de higiene, aprovechará estas ocasiones para inculcar en la familia las nociones adecuadas de higiene enseñando el aseo individual y de la habitación, la manera de preparar los alimentos de los niños y de los grandes, los cuidados de desinfección que se refieran a la enfermedad que aleja al paciente de su casa, etc. Ejercerá también una verdadera acción psicoterápica sobre el convaleciente y su familia, levantando su moral y comunicándole una mayor confianza en el futuro.

La ausencia del enfermo y esta comunidad que ella engendra entre la asistencia social y la familia proletaria, permitirán que se reorganice, por así decirlo, el hogar desmantelado. La asistencia social pondrá en juego todas sus cualidades femeninas, todo su gran calor de humanidad para que al volver al seno de los suyos, halle el ausente en el aseo y adecentamiento de su vivienda, en el aspecto de salud y limpieza de su mujer y de sus hijos, mayor fe en la vida, mayor confianza en la prosecución de su existencia de trabajador.

Si no es el hombre sino la mujer quien hace de jefe de familia y cae víctima de una enfermedad, con mayor razón deberá cuidarse la familia que va a quedar desamparada. Si la enfermedad puede atenderse en casa y existe una muchacha ya crecida a quien confiar las funciones de la dueña de casa, el papel de la asistencia social será el de subvenir a las necesidades de alimentos y vestidos, pago del alquiler y medios de atender a la enferma. Procurará conservar su ocupación si es empleada, restituírle sus medios de trabajo después, facilitarle la manera de convalecer en condiciones que su salud no vuelva a resentirse por una inoportuna reanudación de sus quehaceres. Si la enfermedad necesita recluirla en un hospital tendrá que adoptar la supervigilancia del hogar abandonado, colocando a los niños pequeños en asilos temporales o en familias

que puedan recibirlos con las debidas garantías para su salud corporal y espiritual.

Y no solamente la acción de la asistencia social se desarrollará en esta forma: al lado del médico, sobre todo en los dispensarios, la auxiliar social podrá ser de utilidad inapreciable. En los consultorios de lactantes ella puede tener influencia decisiva en el diagnóstico y terapéutica indicada por el médico. Nadie como ella puede servir de intermediaria entre la madre ignorante y abatida, llena de prejuicios y temores ancestrales y el especialista que dispone de escaso tiempo para imponerse del origen de los males que afectan a la criatura y de explicar la manera de remediarlos.

Se constituye así la asistencia social en un poderoso factor en la lucha contra la mortalidad infantil, difundiendo la higiene y la puericultura en colaboración con la enfermera visitadora.

Su trabajo puede ser también inapreciable en la lucha contra la tuberculosis y las enfermedades de trascendencia social, puesto que sus procedimientos de encuesta le permiten investigar los orígenes de los males, evitar su difusión y curar sus ataques.

Nada se ha hecho en Chile todavía en este sentido. Se empieza ahora solamente a dar entre nosotros la debida importancia a estos procedimientos que tanto desarrollo han alcanzado en todos los países civilizados, sobre todo en los Estados Unidos. La Junta de Beneficencia, gracias a la labor tesonera de los hombres de ciencia que han llegado a su seno y a los filántropos de gran cultura que buscan allí campo para su actividad vivificadora de la raza, comienza a hacer a su alrededor el ambiente que requiere la organización de una obra como ésta.

La Asistencia Pública ha estudiado este problema con la debida atención, y el año pasado se consiguió hacer figurar en su presupuesto una partida para empezar el ensayo de un servicio de asistencia social adaptado a nuestro campo de actividades. En colaboración con el señor Director, Profesor Alejandro del Río, estudiamos un esbozo de este género que ha de empezar a ponerse en práctica una vez que se cuente con la persona que reúna las aptitudes para desempeñar las delicadas funciones de asistencia social.

Sucede cada día que se solicita de la Casa Central el traslado de un enfermo a un hospital. Se envía a un ayudante médico que examina al paciente y lo destina al respectivo establecimiento, siempre que en él haya una cama vacante. Es muy corriente, sobre todo en tiempos de epidemia, que los hospitales no cuentan con los medios de admitir oportunamente a todos los solicitantes, y el enfermo examinado por la Asistencia Pública debe quedar en su domicilio. Algunas veces, las menos, desgraciadamente, el paciente vuelve solicita r su traslado y éste se hace si esta vez se consigue la cama correspondiente. Pero las más de las veces, el infeliz ignorante, desengañado en una ocasión por el rechazo de su petición, se resigna a quedar en su tugurio atendido por su familia o los vecinos, tan ignorantes como él. A su lado, si tiene familia, la mujer y los hijos sufren todas las consecuencias de la enfermedad del pariente, miseria, posibilidad de contagio, desesperación, etc. Nuestra asistente social se encargaría en estos casos de salvar del abandono al que una vez solicitó infructuosamente el apoyo de la Asistencia Pública. Gestionaría directamente la admisión del enfermo en los hospitales, cuidaría de evitar la desorganización de la familia, se esmeraría, sobre todo, en poner al abrigo de la miseria a los niños, que son los que más riesgo corren en estos torbellinos de la desgracia. Si la madre es quien debe ingresar a un hospital, la asistente social se encargará de conseguir la colocación temporal de los niños en el Asilo Maternal o en la Protectora de la Infancia, que con tan generoso espíritu los aceptan siempre. Vigilante siempre, mantendrá las relaciones entre la ausente y su familia y, una vez terminada la forzada separación, juntará de nuevo a los dispersos miembros en el hogar común, evitando de esta manera el frecuente abandono de los pequeñuelos.

Su presencia constante en el medio proletario difundirá confianza en el servicio que así se preocupa de los desvalidos, divulgará la naturaleza y limitaciones de sus actividades, impidiendo muchos llamados inútiles, hará insensiblemente una discreta y eficiente penetración sanitaria y educativa. Si el enfermo es un tuberculoso o afectado por cualquiera otra dolencia de carácter contagioso, la asistente social explicará a

los deudos, y a los restantes locatarios del conventillo, los peligros del contagio y el medio de defenderse de la enfermedad, guiará a los que lo necesitaren, a los servicios que se encargan de la atención de los enfermos y desvalidos, etc.

Ocurre cada día que la Asistencia recibe víctimas de accidentes del trabajo o en las diarias actividades. La asistente social establecerá las relaciones necesarias entre el accidentado, su familia o sus jefes o subordinados, a fin de suprimirle el máximo de sus preocupaciones que pueden retrasar la pronta atención de sus dolencias.

Esperamos de esta suerte extender la acción de nuestro servicio más allá del marco que hasta ahora ha ceñido su labor. Creemos de esta manera poner nuestra parte de cooperación a la obra que debe irradiar de cada institución o colectividad, científica o filantrópica, en la campaña de prevención que parece alborear en nuestro horizonte.

La asistencia social no debe esperar para iniciar su acción, ni que la rijan legislaciones que llegan tarde casi siempre, cuya aplicación fracasa muchas veces en la práctica y que no constituyen panaceas en lo que atañe a los males que afectan a la humanidad. Obra esencialmente de cooperación, sólo puede esperar sus frutos de la solidaridad de las instituciones y de los individuos. La Universidad, las municipalidades, los gobiernos, las instituciones públicas o privadas de beneficencia, las personas que aisladamente reparten el bien entre sus semejantes, todos pueden y deben allegar una parte o el total de su esfuerzo, en este impulso colectivo. Que no se encastille cada organización en la orgullosa torre de marfil de su actividad restringida, que no se mire con aviesa mirada la obra del vecino. En nuestro ambiente de total abandono cultural, y por lo tanto higiénico, campo hay demasiado para albergar todas las buenas voluntades y disciplinarlas hacia el bien general.

Preparemos una falange de asistentes sociales abnegadas, cultas, penetradas de su gran responsabilidad humana y empecemos con entusiasmo la jornada de prevención de la miseria y de las enfermedades, campaña que a la larga tiene que ser de imprevistos resultados económicos en el porvenir de la República.

TRES CASOS DE MANIFESTACIONES PONTOCEREBELOSAS

(Ángulo ponto-cerebeloso)

por el Dr. Hugo LEA-PLAZA

Profesor extraordinario y Jefe de Clínica de la Facultad

En los primeros días de Marzo de 1923 se presentó al servicio la niña M. R., soltera, de 20 años de edad. No tiene antecedentes hereditarios de interés y entre los personales sólo figura una neumonía a los 15 años y una erupción de la piel, que supuró durante tres meses.

Nos cuenta que el 4 de Diciembre de 1922 nota casi repentinamente adormecimiento de la mitad izquierda de la cara, adormecimiento que pocos días más tarde se transformó en dolor intenso de la misma región; ingresa entonces al Hospital de San Borja, en donde, desde el día siguiente, sobrevienen nuevos fenómenos: el ojo izquierdo se desvía hacia adentro y aparece la visión doble de los objetos.

Constatan en el hospital que el oído izquierdo supura, sin que esto produjera trastornos subjetivos en la audición. Toda esta sintomatología comenzó a declinar espontáneamente y en forma tal, que doce días después de su ingreso la enferma era dada de alta en estado satisfactorio y sin molestias de ninguna clase. Vuelve a sus ocupaciones ordinarias hasta el 26 de Febrero de 1923 (da la fecha exacta), día en que, en forma casi repentina, comienza a sufrir intensas cefaleas en la región occipital izquierda, vómitos fáciles e incoercibles y estado vertiginoso que le provocaba pérdida del equilibrio. La cefalea bien pronto se hizo general, aunque predominando siempre en la región occipital izquierda; presentaba, además, francas exacerbaciones nocturnas. Al día siguiente de iniciarse el cuadro, reaparece el anterior estrabismo interno del ojo izquierdo y la diplopia consecutiva, así como el adormecimiento de la mitad izquierda de la cara; nota también esta vez disminución de la acuidad auditiva en el lado izquierdo con zumbidos intensos del oído.

La examinamos el 3 de Marzo, es decir, 5 días después del comienzo de esta grave sintomatología. La enferma es traída en camilla; la marcha, y aun la estación de pie,

le son imposibles; al colocarla en esta posición, titubea y cae por el costado izquierdo; el cuello está rígido y la cabeza inclinada a la derecha; en el rostro hay expresión de dolor y de cuando en cuando de repugnancia, causado probablemente por el estado nauseoso; se constata una parálisis facial izquierda de tipo periférico y estrabismo convergente del ojo izquierdo por parálisis del recto externo correspondiente; en todo el territorio del trigémino izquierdo, incluyendo las mucosas, están considerablemente disminuídas las sensibilidades táctil, dolorosa y térmica; los movimientos de diducción de la mandíbula difíciles y torpes; el reflejo corneal izquierdo abolido. Hay nistagmus espontáneo hacia ambos lados (nistagmus horizontal). Las pupilas son iguales, no están deformadas y reaccionan normalmente a la luz y a la acomodación; no hay alteraciones de la visión y el fondo del ojo está igualmente normal; en el lado izquierdo existe una intensa queratitis neuroparalítica. La audición está disminuída a izquierda, siendo la trasmisión aérea menor que la ósea y lateralizándose el signo de Weber al lado izquierdo; el vértigo voltaico es normal.

La fuerza muscular está conservada en los cuatro miembros, notándose, sí, que en el miembro superior izquierdo hay dismetría en los movimientos y existe el fenómeno de la adiadococinecia; en esta misma extremidad los reflejos tendinosos aparecen ligeramente mayores; en los miembros inferiores no hay perturbaciones de la motilidad, siendo negativo el signo de Babinsky. La sensibilidad superficial y la sensibilidad profunda están absolutamente normales. Hay dolor intenso a la percusión de la región occipital izquierda. El aparato cardiovascular no presenta alteración alguna; presión máxima de 17 y mínima de 8 al Pachón. Nada tampoco en el aparato digestivo ni en el respiratorio; orina normal.

El examen del líquido céfalo-raquídeo, dió el siguiente resultado:

Albumina.....	0.40 o/oo
Cloruros.....	7.2 ..

Nonne Apelt, Pandy y Weichbrodt positivos; Wasserman positivo.
83 glóbulos blancos por mm. cub. casi en su totalidad linfocitos.

El examen de la sangre dió el siguiente resultado:

3,890,000 glóbulos rojos por mm. cub.
10,000 .. blancos

Polinucleares neutrofilos.....	75 %
Mononucleares grandes.....	5 ..
Linfocitos medianos.....	13 ..
Linfocitos pequeños.....	5 ..
Mastzellen.....	1 ..
Formas de trans.....	1 ..

Reacción de Wassermann, positiva.

Enviada la enferma a la clínica Otológica, constatan allí otitis media doble con perforación del tímpano izquierdo.

En resumen: compromiso de tres nervios craneanos; el quinto, el sexto, el séptimo par en el lado izquierdo; compromiso de la función cerebrosa en este mismo lado (adiadococinecia, asimetría, pérdida del equilibrio, nistagmus) reacción meníngea — rigidez de la nuca, dolor a la percusión del cráneo, alteraciones del líquido céfalo-raquídeo —; tales son los síntomas y signos principales de nuestra enferma.

Se trata de una lesión en la región pontocerebelosa izquierda; pero nos llama la atención desde luego la falta de manifestaciones de parte del octavo par, ya que el vértigo voltaico es normal y las perturbaciones de la acuidad auditiva dependen de una lesión exclusivamente del oído medio; sabemos que, en general, en las lesiones de esta región, las manifestaciones más intensas y bulliciosas obedecen al compromiso del octavo par, que son también las primeras en aparecer. Faltan también fenómenos del fondo del ojo; las manifestaciones de hipertensión intracraneana, si han existido, han sido muy pequeñas al lado de la grave sintomatología local; en consecuencia, no estaríamos clínicamente autorizados para emitir el diagnóstico de tumor de la región pontocerebelosa; existe sólo una meningitis localizada en esa región. La marcha clínica de la enfermedad, y la anamnesis, parecen confirmarnos esta hipótesis; recordemos que la sintomatología se presenta bruscamente, tiene un período de regresión completa para presentarse de nuevo e instalarse definitivamente con toda su intensidad en el espacio de tres a cuatro días. ¡Cuán diferente desarrollo tiene la sintomatología de un tumor! Los síntomas que la enferma vió aparecer entre el 4 y el 12 de Diciembre de 1922, y por los cuales acudió al Hospital de San Borja, representaron la primera faz, congestiva o exudativa, de la grave inflamación meníngea que se manifestó tres meses más tarde.

La otitis antigua de nuestra paciente nos hizo sospechar al principio la existencia de una meningitis de esta procedencia, pero la reacción de Wassermann positiva en el líquido y en la sangre nos trazaba una norma de conducta perfectamente definida. Hospitalizada la enferma, se inició el tratamiento, cuyos resultados van a continuación:

Se inicia el tratamiento el 6 de Marzo con un centígramo y medio de cianuro de mercurio, diariamente.

Marzo 12. Seis inyecciones. No hay cefalea local; rigidez de la nuca casi desaparecida; estado de vértigo y desequilibrio persiste, pero es menor; sin embargo, la marcha no es posible; la enferma cae bruscamente por el lado izquierdo, en cuanto se le abandona. Han aparecido fenómenos asinérgicos en el miembro inferior izquierdo. Parálisis del facial, estrabismo, anestesia del trigémino mejores; no hay neuralgia.

Marzo 17. Once inyecciones de cianuro y cinco de yoduro de sodio. Marcha notablemente mejor; no hay cefaleas ni dolor local, persiste la queratitis neuroparalítica; todos los otros síntomas mejor.

Marzo 20. Continúa mejorando.

Marzo 27. Veintiuna inyecciones de cianuro y trece de yoduro de sodio. La enferma camina sola y sin ayuda, y a pesar de su taco alto, no presenta titubeación. Todos los síntomas paralíticos han desaparecido casi completamente; persiste la queratitis y se procede a suturar los párpados del ojo izquierdo, como tratamiento de ésta.

Abril 12. La enferma anda normalmente, las parálisis no existen, sensibilidad del trigémino normalizada. Se va de alta para continuar su tratamiento en el Policlínico. Comenzará su tratamiento arsenical.

No ha habido manifestaciones posteriores.

M. H. P. es un pequeño enfermito de 5 años, que se presenta al servicio por primera vez el 27 de Marzo de 1923. El padre es sano; la madre, de 25 años de edad, se queja de debilidad general, según su expresión; ha tenido seis embarazos, de los cuales tres han terminado por abortos; además, ha muerto uno de los hijos, sin que haya datos concretos al respecto.

El enfermito nació de tiempo, después de parto normal, y sólo había sufrido, hasta Enero de 1923, de afecciones enteramente pasajeras. En esta fecha cae enfermo con fiebre moderada, intensa cefalea frontal y estitiquiez pertinaz, permaneciendo en estas condiciones durante un mes. Desapareció entonces la fiebre, pero persistió, menor sí, la cefalea frontal. Más o menos veinte días después de encontrarse restablecido, la madre nota que el ojo izquierdo del chico está desviado hacia adentro. Este fenómeno la induce a acudir al servicio. Examinado atentamente no se constata ninguna otra manifestación, por lo cual se envía en consulta a la Clínica Oftalmológica, en donde comprueban una hipermetropía, consideran el caso como un estrabismo funcional y le prescriben lentes con el objeto de corregir el vicio de refracción. El enfermito se siente mejor, las cefaleas desaparecen durante el mes de Abril, y hasta los primeros diez días de Mayo, fecha en que reaparecen con intensidad y son, no sólo frontales, sino también occipitales.

El 30 de Mayo, el enfermito es llevado nuevamente a la consulta de la Clínica Oftalmológica, en donde constatan ahora un ligero edema de la papila izquierda, permaneciendo en el mismo estado el estrabismo interno izquierdo. A pesar de que, en vista de este fenómeno, el enfermo nos es enviado con urgencia, no acude a nuestra consulta

hasta el 11 de Junio, día en que constatamos el cuadro siguiente:

Marcha con ligera tendencia a caer hacia el lado izquierdo; los movimientos en el miembro superior y en el miembro inferior izquierdos son dismétricos y asinérgicos; además, en el brazo izquierdo hay temblor intencional. Reflejos tendinosos intensos iguales simétricamente; no hay clonus, ni Babinsky. Estrabismo interno del ojo izquierdo por paresia del recto externo de este lado. Paresia del facial izquierdo, de tipo periférico; la saliva se escurre por la comisura labial de este lado. Hay pequeños trastornos de la deglución. No hay rigidez de la nuca. Pupilas desiguales, izquierda mayor que la derecha, y reacciona con flojedad a la luz. Edema de la papila izquierda. Perímetro craneano, 50 centímetros. En el resto del organismo nada de especial. La punción lumbar da salida al líquido céfalo-raquídeo con gran presión. El examen de éste dió el siguiente resultado:

Albumina.....	0.25 0/00
Cloruros.....	7.5 0/00

Nonne, Weichbrodt, Pandy positivos.
14 glóbulos blancos por mm. 3.
Reacción de Wassermann, negativa.

Se emitió el diagnóstico de tumor de la región pontocerebelosa izquierda. No era posible en este caso, por la edad del paciente, establecer si el octavo par estaba o no comprometido. Se indicó un tratamiento específico de prueba, conducta muy recomendable en todo caso de hipertensión, antes de recurrir a la intervención quirúrgica.

El 30 de Junio vuelve el enfermito, después de haberse hecho quince fricciones mercuriales. Notamos en él una notable mejoría; no hay cefaleas, los signos atáxicos apenas se bosquejan. El temblor es muchísimo menor, así como el estrabismo y la parálisis del facial; persiste, sin embargo, el edema papilar izquierdo, aunque es normal la visión y el campo visual. La papila derecha no presenta alteraciones.

Se decide continuar el tratamiento específico, bajo estricta vigilancia. El enfermito pasa bien todo el mes de Julio y gran parte de Agosto.

Vuelve al servicio el 11 de Septiembre, y la madre nos cuenta lo siguiente: desde hace más o menos quince días, han vuelto las cefaleas con gran intensidad; nuevamente gran temblor intencional del brazo izquierdo; persisten, además, todos los síntomas anteriores. Ha hecho tratamiento con fricciones mercuriales. Se procede a hacer nueva punción lumbar que da salida al líquido bajo fuerte presión (700 mm. de agua, al Claude) y cuyo examen da el siguiente resultado:

Albumina.....	0.20 0/00
Cloruros	7.30 0/00

Nonne, Weichbrodt positivos.
10 glóbulos blancos por mm. 3.
Reacción de Wassermann, negativa.
La es orina normal.

Se procede a intensificar el tratamiento antes de resolver una intervención, difícil y delicada. Se prescribe benzoato, y después, cianuro de mercurio.

Octubre 2. Edema papilar menor; síntomas de hipertensión menores.

Enero 24 de 1924. No hay edema papilar. Mejoría progresiva.

Marzo 17. Está en tratamiento mercurial y yodurado intenso (inyecciones) desde Septiembre de 1923. Marcha sin titubeación, pero se nota un ligero estado espasmódico de la pierna derecha. Los reflejos tendinosos están mayores en este lado, con signo de Babinsky positivo y clonus del pie. En los

miembros izquierdos no hay temblor ni ataxia, pero el signo de Babinsky está boscado y los reflejos tendinosos son intensos. Por lo demás no hay cefaleas ni rigidez de la nuca; el estrabismo está apenas manifestado; no hay edema de la papila. Continúa con igual tratamiento.

Marzo 31. No hay signos cerebelosos ni de hipertensión, persisten los signos piramidales antes constatados, pero menos intensos. El enfermo ha continuado mejorando durante el mes de Abril. Se encuentra en Mayo de 1924 en condiciones bastante satisfactorias.

La radiografía del cráneo hecha este día es normal, según el radiólogo (Profesor Ducci).

Consideramos esta observación de interés y la interpretamos en la forma siguiente:

Existe un tumor en la región pontocerebelosa izquierda, lo cual nos lo demuestra la existencia anterior de un edema de la papila; este tumor, evidentemente, ha disminuído de volumen; va en franca regresión; pero, durante su evolución, ha tenido períodos regresivos y progresivos, desaparición y reaparición de los síntomas de hipertensión y de otros síntomas clínicos; últimamente a la sintomatología producida por el compromiso de los nervios craneanos y el cerebelo, se ha agregado la sintomatología piramidal, comprendiendo no sólo el manojito piramidal del lado opuesto — el del lado derecho — como ocurre ordinariamente, sino también el del mismo lado de la lesión — manifestaciones piramidales bilaterales —. Esto nos indica que el agente obra ahora más hacia la línea media en la región pontocerebelosa misma; recordemos este carácter un poco movable, un poco cambiante de la sintomatología; consideremos el comienzo de este proceso, apareciendo en forma brusca después de una crisis meníngea — cefalea rebelde, rigidez de la nuca, constipación —; tengamos presente las manifestaciones hipertensivas y llegaremos a la conclusión de que, probablemente, tenemos que hacer aquí con un proceso de meningitis enquistada, suposición que, a nuestro juicio, satisface todas las interrogaciones que este caso plantea. Creemos que el agente etiológico es la lúes, tomando en cuenta el resultado obtenido hasta el día de hoy.

El comienzo brusco y la evolución rápidamente progresiva, en este caso, en que existe un tumor, no está en pugna con el principio rápidamente enunciado más arriba, respecto a la instalación y marcha de éstos, casi podríamos decir que confirma este principio, puesto que aquí se trata de un tumor líquido, únicos que pueden constituirse en forma semejante.

No carece de importancia hacer presente que el efecto descompresor de la punción lumbar fué muy manifiesto en los dos casos en que ésta se practicó.

A fines de Noviembre de 1923 se presenta a la consulta del Policlínico el niño J. E. H., de 12 años de edad. Los padres viven y son sanos, según los datos que proporcionan. El chico ha tenido sólo alforbrilla a los tres años de edad, en el curso de la cual se produjo una inflamación de ambos oídos con supuración.

Cuentan que desde los primeros meses de 1923, el niño presenta dificultad en la marcha; ésta es un poco vacilante y, al correr, se producen caídas bruscas por el lado izquierdo. El niño no acusa ningún dolor ni ninguna molestia subjetiva; parece no darse cuenta de su dificultad para marchar. El 8 de Septiembre, al mirar hacia arriba, el enfermo experimenta un intenso estado vertiginoso, con vómitos que desaparecen con la inclinación de la cabeza; después de

este accidente permaneció durante cuatro días con cefaleas. En los días siguientes aparecen nuevos fenómenos: diplopias al mirar hacia la izquierda, y paresia del brazo y pierna derechos, síntoma, este último, que ha ido disminuyendo progresivamente. Examinado el 29 de Noviembre, constatamos lo siguiente:

Enfermo en buen estado de nutrición y bien constituido; marcha con dificultad, en forma vacilante, ensanchando la base de sustentación, con tendencia a caer hacia el lado izquierdo; la palabra es lenta y arrastrada, escandeadada; hay estrabismo interno del ojo izquierdo por paresia de su recto externo; el pestañeo se hace con dificultad e irregularmente; hay nistagmus hacia ambos lados; la pupila izquierda está ligeramente más chica que la de la derecha, reaccionan ambas a la luz y a la acomodación; la visión, previa corrección de una hipermetropía izquierda de 0.25, y el fondo del ojo, están normales. Dentadura mal implantada, de tipo de Hutchinson; motilidad de la lengua torpe y lenta. No hay trastornos de la deglución; reflejo del velo ligeramente disminuído; no hay asimetría en la cara. Al inclinarle la cabeza hacia atrás, el enfermo experimenta un intenso estado vertiginoso, por lo cual la mantiene rígida; al llamarle la atención hacia algún lado o hacia atrás, o gira con todo el cuerpo, o dirige sólo la mirada, evitando siempre los cambios de posición de la cabeza, especialmente hacia arriba y hacia la derecha. Los reflejos tendinosos están mayores en el lado derecho, en donde se encuentran positivos los signos de Mendel, Oppenheim y Babinsky, lo que nos demuestra un compromiso piramidal en este lado. En el costado izquierdo, por el contrario, no hay paresias musculares, pero los movimientos son atáxicos y asinérgicos, presentándose el signo de la adiadococinecia en el miembro superior. La sensibilidad superficial y profunda es normal.

El vértigo voltaico y la audición están normales.

El examen del líquido céfalo-raquídeo, es el siguiente:

Albúmina.....	0.30 0/00
Cloruros.....	7. ..
8 glóbulos blancos por mm. 3.	
Reacción de Wassermann.	negativa.

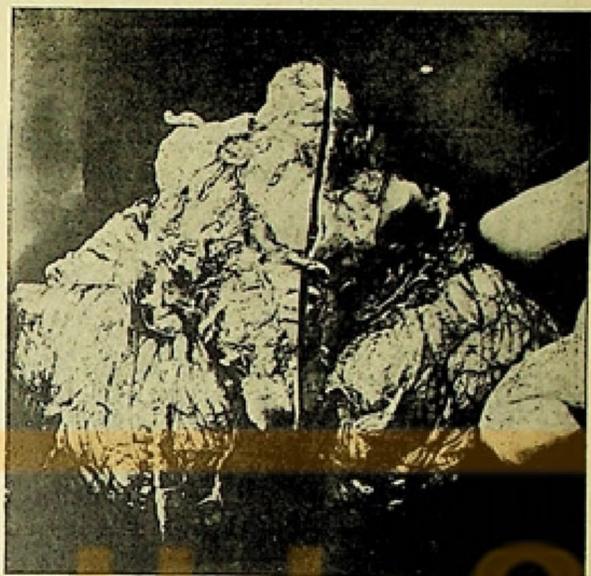
El corazón no presenta nada de especial; presión arterial, baja, 12 y 6 al Pachón. Hay ganglios infartados en el cuello y adenitis tráqueo-bronquica al examen radioscópico.

Se formula el diagnóstico de tumor del ángulo pontocerebeloso izquierdo, heredo lúes y tuberculosis ganglionar; se instituyó tratamiento específico el 2 de Diciembre; durante los diez primeros días hubo alguna mejoría, principalmente por parte de los vértigos, los cuales disminuyeron, permitiendo la movilidad de la cabeza.

El 18 de Diciembre se presenta un estado febril con estado tifoideo, vómitos y cefaleas; se trataba de un paratífus B en el curso del cual apareció una bronconeumonía; el enfermo falleció el 3 de Enero de 1924. Fué enviado a la necropsia con el diagnóstico siguiente:

Tumor del ángulo pontocerebeloso izquierdo. Bronconeumonía bilateral. Paratífus B. Tuberculosis tráqueo-bronquica. Heredo lúes. El Instituto contestó: Tuberculoma del ángulo pontocerebeloso izquierdo. Congestión y focos de bronconeumonía en ambas bases pulmonares. Adenitis tuberculosa caseosa tráqueo-bronquica; congestión de la pia madre y edema del cerebro. Degeneración granular del miocardio, sinfisis pleural doble. Enteritis folicular del intes-

tino delgado. Tuberculosis de las glándulas suprarrenales. Congestión y degeneración renal. Congestión pasiva del hígado. Pala-



dar ojival. Implantación dentaria irregular. CROIZET. Lo cual confirmó nuestro diagnóstico patológico.

Esta observación tiene puntos de interés; desde luego, la falta de lesiones del fondo del ojo, tratándose de un tumor de tan grandes dimensiones, nos hace pensar que estas lesiones no sean un elemento absolutamente indispensables para justificar y cimentar clínicamente el diagnóstico de tumor, como muchos autores lo establecen. Pensamos que cuando este dato es negativo, la existencia de un tumor en esta región no queda descartada por este solo hecho. Es necesario, entonces, darse cuenta cabal del desarrollo del cuadro, brusco, movable y variable, antes de instalarse definitivamente, en casos de lesiones puramente meníngeas, lento y seguro en su marcha progresiva, en casos de tumores.

Debemos hacer presente, también, que en este caso, aun cuando el vértigo galvánico estuviera normal, la función vestibular estaba gravemente perturbada. Todo estado vertiginoso sobre el cual tiene influencia, aumentándolo o disminuyéndolo la posición de la cabeza, es de origen vestibular.

Para terminar, hagamos constar una vez más lo que este caso también nos enseña: que sintomatología escasa no significa lesión pequeña; es admirable cómo las fibras nerviosas van adaptándose a la compresión, cuando ésta va estableciéndose lentamente; la pieza anatomopatológica nos muestra que algunos de los pares craneanos cuya función no se alteró, estaban, sin embargo, comprimidos o elongados por el tumor; naturalmente que en las lesiones rápidamente constituidas, esta adaptación no se hace, lo cual agrava la sintomatología considerablemente; tal pasa en los casos puramente meníngeos, como lo muestra nuestra primera observación.

LA QUINIDINA; SU ACCIÓN EN LA ARRITMIA COMPLETA POR FIBRILACION AURICULAR.

por el Doctor J. Gregorio LIRA S.

Hablar de la quinidina no es hablar de una nueva adquisición de la farmacología; su conocimiento data en forma más o menos precisa desde Pasteur, en el año 1853, para quien esta sustancia era un isómero de la quinina, generado, no en el vegetal, sino en el momento de la preparación de la quinina por una descomposición de esta última.

Polvo muy soluble en agua, no goza, sin embargo, de iguales propiedades de su isómera. Su acción, comparativamente, es más tóxica, más depresiva. Sin embargo, la quinidina ha evidenciado una propiedad muy especial que le ha valido el rango de medicamento cardíaco: Wenckebach, y luego después Frey, establecieron que la quinidina era capaz de modificar favorablemente el ritmo cardíaco en la arritmia completa por fibrilación auricular. Investigaciones posteriores, y todas ellas de data reciente, han elevado este medicamento al rango de específico de la fibrilación auricular.

Será nuestro objeto en el presente artículo, tentar de puntualizar algunos conceptos que, por decirlo así, andan errantes en las publicaciones extranjeras.

Pondremos de manifiesto los hechos más sugestivos anotados por las autoridades en esta materia.

I) Acción farmacodinámica

Para conocer la acción farmacodinámica de la quinidina nos parece de interés capital puntualizar el actual concepto clínico y experimental de la fibrilación auricular.

La concepción algo simplista que hasta hoy dominaba, se ha sustituido por interesantes y sugestivas teorías, cuyo promotor ha sido Th. Lewis (1). Este autor considera la fibrilación auricular como una alteración de la fibra articular consistente en un aumento de la conductibilidad y una disminución del período refractario, de lo que se desprende que una excitación nacida del nódulo sinusal se propaga a través de las fibras alteradas con gran rapidez y es capaz de regresar a su punto de partida por el mismo camino, pues, la excitación al pasar, digamos, en su camino descendente, deja las fibras agotadas, pero éstas vuelven rápidamente a recuperar su excitabilidad dando oportunidad a que la excitación vuelva a través de ellas por este camino que los ingleses llaman *gap*; esta sucesión incesante de contracciones pasa a constituir un verdadero movimiento circular, y por consiguiente, una serie de contracciones rápidas y ordenadas, lo que caracteriza la taquisistolía con un ritmo de 450 contracciones por minuto, y que los ingleses han bautizado con el nombre de *flutter*. Esta interesante concepción de la fisiopatología de la fibrilación auricular ha sido complementada por

los trabajos de R. Wybauw (2), y experimentada en animales por S. de Boer (3).

Una vez en antecedentes de la fisiopatología de este importante trastorno del ritmo cardíaco, nos será fácil comprender la acción de la quinidina. Esta sustancia, según las experiencias de numerosos autores, entre ellos F. B. Hofmann (4), Lewis, Frey, A. Clerc y Pezzi (5), Cheinisse (6), y otros, obra disminuyendo la conductibilidad y aumentando la duración del período refractario de la fibra auricular. Es de esta manera cómo las excitaciones nacidas en el sinus se transmiten todas en igual tiempo y con igual intensidad a través de todas las fibras de la aurícula conforme a las modalidades que rigen la fisiología de la fibra cardíaca. De este modo quedará suprimida la transmisión al ventrículo de contracciones desiguales en intensidad y en tiempo. Pero sin embargo, hasta ahora nada parece impedir, sino al contrario provocar, la taquidardia: es sabido por interesantes experiencias hechas en corazones de rana que, si bien el ritmo se hace uniforme, la taquisistolía que en su principio era de 450 por minuto, es reemplazada por una taquisistolía de 200 contracciones cuya potencia es suficiente para vencer el puente de His e influenciar el ventrículo, pero esto, en realidad, no se observa, porque el bloqueo fisiológico impuesto por el puente viene a agregarse la acción del medicamento sobre este haz, lo que se traduce en un aumento del bloqueo, y por tanto, en un ritmo ventricular discreto o normal.

II) Indicaciones y contra-indicaciones

La quinidina no es un tónico cardíaco propiamente hablando. Sin embargo, su acción se traduce en un real beneficio para la circulación, si tomamos en cuenta que todas las contracciones van a ser ahora de valor efectivo, ya desaparecerán las pequeñas contracciones ineficaces y sólo quedarán las útiles.

Se comprende que de aquí podamos sacar algunas contracciones de valor: esto nos fuerza a catalogar nuestros pacientes en arrítmicos compensados y descompensados. Los primeros serían directamente beneficiados por un tratamiento de quinidina. Los segundos, individuos descompensados, taqui-sistólicos, arrítmicos, con congestiones en los diversos órganos, recibirán utilidad de la quinidina sólo cuando hayamos vencido la descompensación con los medios de que hablaremos al tratar del tratamiento; aunque si bien es cierto, algunos autores consideran que la cura de quinidina desde el principio es susceptible de compensarlos al regularizar los sístoles, pero, como lo veremos, es este un temperamento digno de temerse.

Respecto a la calidad de la lesión, los autores están acordes en considerar que la quinidina es igualmente activa en toda arritmia completa por fibrilación, sea debida a cualquier causa; y así nos hablan de arrítmicos aórticos, mitrálicos insuficientes o estrechados, dilatados de cualquiera de sus cavidades, etc.

En cuanto a las contraindicaciones, por lo demás relativa, sería la gran astenia cardíaca con gran éxtasis venoso, por cuanto la quinidina lejos de ser un elevador del tonus es un gran depresor; pero, a pesar de todo, hay autores que han iniciado el tratamiento en estas condiciones y si no han visto modificaciones de valor, al menos tampoco han tenido que lamentar un accidente.

Una contra-indicación formal es la intolerancia al medicamento por parte del organismo en general, haciendo exclusión de los perjuicios que al miocardio mismo se refieren. Los accidentes tóxicos de la quinidina son, desde luego, una taquicardia superior a 120 y permanente, depresión general, vómitos, contricción torácica, diarreas profusas, insomnio. Sin embargo, este punto de la taquicardia merece una explicación, pues es casi de regla observar con las primeras dosis del medicamento una taquicardia hasta de 120, pero que si no se acompaña de otros síntomas puede esperarse que sea pasajera; es indudable que si se mantiene ya constituye una contra-indicación. Esta taquicardia ha sido interpretada como una repercusión en el ventrículo de todos los sístoles auriculares que aun no han sido bloqueados por el puente de His, que todavía no ha recibido la acción dromotropa negativa del medicamento.

Otra contra-indicación que se desprende de la acción misma del medicamento es en todos los casos en que haya alteración de la conductibilidad de cualquier parte del órgano, tal como en el pulso lento por bloqueo.

III) Curas de quinidina

El primitivo concepto establecía como norma del tratamiento la selección en compensados y descompensados, aplicando a los primeros el medicamento directamente y a los segundos previo un tratamiento tónico-cardíaco suficiente para liberar algo al paciente de su éxtasis circulatorio. Sin embargo, luego fueron numerosas las observaciones de fracasos completos de la medicación, y a veces, también, de resultados desgraciados, debido a la acción intensamente depresiva de la quinidina sobre un músculo ya atónico. De aquí que naciera entonces la idea de ensayar la cura previa por tónicos cardíacos en todo caso, fuese o no descompensado, ayudada, por supuesto, de la colocación del paciente en las mejores condiciones de reposo y de alimentación. Es a este respecto interesante consultar la extensa bibliografía que sobre este punto hay y a la que hacemos referencia en la nota 7.

El tratamiento que aconsejan los autores en general, y especialmente Clerc y Deschamps (8), debe ser acompañado de reposo en cama, un purgante previo y en seguida una cura de tres a cinco días de algún tónico cardíaco, cuya elección está entre la estricnina, la digitalina o la ouabaina. La elección no es muy difícil en un caso de ligera descompensación, pues la digitalina actúa con rapidez y éxito, y tiene todavía a su abono que por su acción sobre el vago tiende a contrarrestar la taquicardia inicial de la quinidina. La ouabaina ha sido pre-

conizada por Deschamps, y a nuestro juicio debe ser reservada para aquellas grandes insuficiencias que requieren una acción más rápida que la producida por la digital.

Hecho este preámbulo podemos diseñar a grandes rasgos la práctica del tratamiento: 3 a 5 días de digitalina, V a X gotas por 24 horas;

1er. día: dos comprimidos de quinidina titulados a 0,20 gr., tomados en dos veces (total 0,40 gr.);

2º día: cuatro comprimidos tomados en dos veces (T. 0,80 gr.);

3er. día: un gramo tomado en cuatro veces (T. 1 gr.);

4º día: un gramo veinte tomado en cinco veces (T. 1,20 gr.);

5º día: un gramo cuarenta tomado en cinco veces (T. 1,40 gr.)

La dosis a completar sería de 6 a 8 grs. en una serie; sin embargo, hay quienes aconsejan prolongar el tratamiento hasta completar 10 grs.

Por otra parte, von Bergmann aconseja que la repetición (hecho cuya explicación veremos al tratar de los resultados del tratamiento) de esta cura debe hacerse después de tres semanas de terminada la anterior, y que durante este lapso debe mantenerse la digitalina a pequeñas dosis.

Resultados

Respecto a este punto las publicaciones extranjeras son muy numerosas; y todas ellas parecen estar de acuerdo en declarar que la quinidina es un medicamento de real utilidad en cerca de un 60% de los casos de arritmia por fibrilación, pero que su resultado es fugaz, transitorio, y que estos enfermos necesitan repetir su cura a la larga. Un segundo punto que goza de general acuerdo, y que se desprende de su acción farmacodinámica, es que la quinidina sólo modifica el ritmo cardíaco, haciéndolo normal o vecino al normal, sin modificar en nada las condiciones de tonicidad del músculo cardíaco.

Entre los casos desfavorables los autores insisten en que a veces las modificaciones del ritmo no se alcanzan a avaluar porque el sujeto es intolerante a la quinidina. Se cita, igualmente, una serie de sujetos en los cuales una primera cura no ha modificado la situación, pero que sometidos a una nueva cura, los efectos de la medicación han sido palpables.

En muchos individuos que han manifestado a las primeras dosis síntomas de intolerancia (vómitos, diarreas, taquicardia), se ha visto desaparecer estos fenómenos con la continuación de la medicación; se trataría aquí de una falta de acostumbamiento que luego queda vencida; aunque en estos casos bien vale ser prudente y no continuar sino con una dosis menor.

Los éxitos obtenidos por la quinidina pueden ser avaluados objetiva y subjetivamente. En el primer caso, se observan modificaciones importantes del electrocardiograma que atestiguan una vuelta al tipo normal, disminución de la taquicardia, a veces aumento de la diuresis. Entre las modificacio-

nes subjetivas, ante todo está la gran sensación de bienestar que el paciente experimenta desde las primeras dosis, su sueño se hace normal, las palpitaciones dejan de afligirlo, y a tal extremo llega este alivio que se citan casos de pacientes que han soportado con verdadero entusiasmo las molestias de ligera intolerancia al medicamento en vista de que primaba siempre el bienestar general.

Entre los casos desfavorables, descontados aquéllos en que el medicamento no ha podido obrar por intolerancia del organismo en general, es preciso citar los casos en que la medicación no ha traído ningún cambio ni objetivo ni subjetivo en favor o en contra; sin embargo, no es raro constatar que estos pacientes pueden ser favorablemente modificados en una segunda cura.

Los casos que sin duda más en cuenta deben tomarse, son aquéllos en que la quinidina ha determinado trastornos tanto de orden general como particular al miocardio mismo; las primeras son, hasta cierto punto, posibles de evitar desde un principio, por cuanto el organismo manifiesta su intolerancia desde el primer momento. Los casos en que la quinidina ha determinado alteraciones en las funciones circulatorias hasta ahora parecen ser escasos: la literatura sólo habla de casos aislados en que la fibrilación se ha acentuado, los trastornos subjetivos se han hecho más intensos, pero ningún caso de muerte que pueda ser imputado a la administración del medicamento. Hay observaciones que hablan de muerte, pero si estudiamos bien, veremos que son individuos en tal estado de descompensación, que han fallecido más a consecuencia de la profunda alteración de su circulación, que de la acción del medicamento.

Hay, entre otros casos, algunas observaciones de muertes súbitas sobrevenidas en pleno período de mejoría: estos casos han sido explicados por la movilización de un coágulo auricular debido al más potente funcionamiento de las aurículas, accidente que, por lo demás, ha podido ser imputado a cualquiera de los más favorecidos tónicos cardíacos. Afortunadamente, estas observaciones hasta hoy son escasas.

Las observaciones todas parecen establecer que la acción favorable de la quinidina no es de gran duración; sin embargo, se encuentran observaciones de pacientes que después de un año no han vuelto a presentar ninguna alteración en su ritmo. Es fácil comprender que la acción no puede ser duradera en aquellos casos en que la fibrilación está en dependencia de otra alteración del corazón, pues en verdad la quinidina es un medicamento sintomático.

Bibliografía

- (1) Th. Lewis.—*Heart*.—Abril 1920, N.º 3.
- (2) R. Wybaw.—*Arch. des Mal. du Cœur*.—1922, pág. 206.
- (3) S. de Boer.—*Nederl. Tijds. v. Geneesk.*—1921, II, N.º 4.
- (4) F. B. Hofmann.—*Zeits. f. Biologie*, LXXI, 1920.
- (5) A. Clerc y Pezzi.—*La Presse Médicale*, 1920.
- (6) L. Cheinisse.—1922, N.º 68.
- (7) *Arch. des Maladies du Cœur*, 1922, pág. 81 y sigs.
- (8) A. Clerc y P. Noel Deschamps.—*La Presse Médicale*, 1922, N.º 70.
- (9) P. Noel Deschamps.—*La Medication Quinique et Quinidique du Cœur*, Thèse de Paris. Maloine, 1922.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD MÉDICA

22 de Abril 1924

Presidente: Prof. Vargas Salcedo

Un caso de claudicación intermitente de Charcot, tratado por la simpatectomía pariarterial.—DR. H. LEA PLAZA.—Presenta un enfermo que sufría desde año y medio, más o menos, de calambres, dolor, adormecimiento y sensación de hielo al miembro inferior derecho. Estos síntomas aparecían con la marcha y cesaban con el reposo. Como el enfermo se iba poniendo cada vez más impotente para caminar, porque sus síntomas aparecían precozmente con la marcha y tardaban más en desaparecer con el reposo, se decide a hospitalizarse en el servicio de Neurología del Profesor Luco. El paciente es de unos 50 años, gran fumador y no presenta signos de sífilis; el examen del sistema nervioso no revela nada de anormal. Durante varios días se tomó la presión arterial en los cuatro miembros antes de la operación, y el término medio fué, para el m. sup. derecho: máx. 21, mín. 9 I=1 a 1,5; para el m. inf. derecho: máx. 9, mín. 7 I=1/4; para el m. inf. izquierdo: máx. 9, mín. 7 I=1/4. Con el reposo en cama la presión de los miembros superiores disminuye un poco; la de los inferiores no varía. El diagnóstico fué: Claudicación intermitente femoral derecha, y el tratamiento consistió en la simpatectomía pariarterial en una extensión de 8 a 10 cent. El resultado de la operación de Leriche, clínicamente fué bueno, pues cesaron todos los síntomas y hoy en día el enfermo es capaz de andar y aun de correr sin que sienta ninguna molestia. Posteriormente se ha seguido tomando la presión sanguínea en los cuatro miembros y no se ha notado que haya habido variación apreciable después de la operación. Esto significa solamente que en los grandes vasos no existen cambios apreciables del calibre vascular, pero nada indica lo que pasa en las arteriolas y capilares. Por el contrario, el aumento local del calor y de la transpiración muestra que posiblemente están dilatados. En Alemania se ha estudiado y aplicado en gran escala la operación de Leriche en diversas afecciones: úlceras atónicas de los miembros inferiores, causalgias, etc., con resultados bastante satisfactorios. Recuerda también que los resultados de esta operación son a veces transitorios, por lo cual es conveniente seguir observando a los operados por unos seis a siete meses para dar la curación por definitiva.

PROF. VARGAS SALCEDO.—Trae a la memoria el uso de la operación de Leriche en el tratamiento de las úlceras varicosas y en las algias simpáticas. En las úlceras no debe caerse en hacer una rutina de este tratamiento, pues hay úlceras de etiología muy diferente. Respecto de las algias, recuerda que el Dr. Alessandrini tiene algunos casos tratados con éxito.

DR. ALESSANDRINI.—Refiere el caso de una enferma que atendió con el Dr. Malbrán, en que se había diagnosticado una neuralgia del trigémino y a la cual se le habían hecho todos los tratamientos conocidos, sin resultado alguno. La resección de tres centímetros de tejido pariarterial de la carótida externa dió por resultado la curación del enfermo, aunque no completa, pues quedó siempre en una pequeña zona de algia, esto debido sin duda a la insuficiente resección pariarterial que se hizo.

A propósito del tratamiento quirúrgico de las úlceras gástricas.—PROF. VARGAS SALCEDO.—Respecto a las indicaciones de las diferentes operaciones para la úlcera gástrica, discute los casos presentados en la sesión anterior por el Dr. de Amesti («La Clínica», N.º 1, pág. 11). Cita trabajos de autores europeos, en que se muestran partidarios de la gastroenterostomía en vez de la gastrectomía, porque la primera tiene resultados próximos y alejados superiores a la segunda. La gastrectomía amplia es preconizada sobre todo por los autores norteamericanos. Los dos casos del Dr. de Amesti son de éxito, pero es necesario tener presente los casos contrarios.

2 de Mayo, 1924

Presidente: Prof. Vargas Salcedo

Chancro luético parpebral.—DR. PRUNÉS.—Presenta un enfermo que fué enviado al servicio de Piel y Sífilis del Hospital Clínico, por la Clínica Oftalmológica. Tiene un estado de conjuntivitis y una ulceración en el párpado inferior, de bordes regulares y fondo gricáceo. En estas condiciones se diagnostica un chancro del párpado inferior. A la palpación se percibe una induración en la base de la ulceración. Al examen ultramicroscópico se encuentra una gran cantidad de espiroquetas; la reacción de Wassermann en este momento es negativa. Se hace un tratamiento mercurio-arsenical. En cuanto al pronóstico, manifiesta el autor que cree que se obtendrá una curación radical, por lo prematuro que se hace el tratamiento y porque aun no ha aparecido la reacción de Wassermann. Respecto a la frecuencia de estos chancros de los párpados, Fournier da como más comunes los del ángulo interno del ojo. Por último, insiste el autor sobre la importancia del infarto ganglionar satélite, que en este caso es bien claro el aumento de volumen del ganglio preauricular.

DR. VILLALÓN.—Insiste en la necesidad de ver bien el fondo de saco en cualquier caso de conjuntivitis, por leve que sea. Este enfermo fué examinado por los alumnos, quienes diagnosticaron sólo la conjuntivitis.

Tumor de la parótida recidivado, tratado por la radioterapia.—DRS. PRUNÉS Y YÁÑEZ.—Presentan una enferma que en 1920 fué operada por un tumor de la parótida en el Hospital de San Borja, por el Dr. Greene. El examen histopatológico dió en esa fecha un tumor sarcomatoso de células redondas. A los 10 meses aparece la reincidencia. Ingresa la enferma al Servicio de Piel del Prof. Montero, es sometida a un tratamiento por la radioterapia. La enferma, al llegar al servicio de piel tenía dificultad para respirar y una disfalga más o menos intensa; al lado de estos síntomas tiene dolores muy fuertes. Con el tratamiento se ha visto al tumor casi disolverse y pasar los síntomas subjetivos de la paciente. Llaman la atención hacia la importancia que tiene el examen histológico de estos tumores que van a ser sometidos a tratamiento radioterápico. Según Darie, son favorablemente influenciados los tumores baso-celulares, no así los espiro-celulares.

La parálisis braquial obstétrica.—PROF. MÖNCKEBERG.—Hace una disertación sobre la parálisis braquial obstétrica y llama la atención sobre el hecho de que en Chile es esta una lesión no muy frecuente. Según estadísticas personales, el porcentaje es aquí más o menos igual al de las maternidades de Francia; no así en las estadísticas norteamericanas, en las cuales aparece muy subido. Al discutir la manera de producirse, llega a la conclusión de que son ocasionadas por las maniobras que dan lugar a la elongación del plexo braquial. Niega terminantemente que una aplicación de forceps pueda traer esta complicación, y manifiesta que sería necesario tener la intención de herir el plexo para que las cucharas del forceps alcanzaran el punto de Erb. Insiste sobre este hecho, porque algunos tratadistas de pediatría así lo afirman. Respecto a la forma de la parálisis cree que en el 80 por ciento es del tipo superior (Duchene-Erb) y un 20 por ciento del tipo inferior (Klempke). Presenta diseciones del plexo braquial que muestran claramente cómo ciertas maniobras traen la elongación de los ramos nerviosos que producen después la parálisis.

DR. ALESSANDRINI.—Expone que de diez casos que ha tenido oportunidad de ver, todos eran debidos a versiones. Han sido todas ellas del tipo superior y pronto han cedido al tratamiento eléctrico.

DR. PATIÑO.—Manifiesta que los especialistas en niños, no sólo culpan al forceps de la producción de esta lesión, sino que todas aquellas que significan elongación.

PROF. VARGAS SALCEDO.—Le llama la atención el tanto por ciento tan bajo de esta parálisis.

DR. LEA-PLAZA.—Sólo ha tenido ocasión de ver la parálisis inferior. Manifiesta que si las lesiones son pequeñas pasan con el tratamiento eléctrico. Cree que hay que tener muy presente las reacciones de degeneración.

PROF. MÖNCKEBERG.—Según algunos autores alemanes la reacción de degeneración es de fácil comprobación en el recién nacido. Cree, por su parte, que en el niño es difícil obtenerla.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA

26 de Marzo, 1924

Presidente: Prof. Petit

Sobre un caso de úlcera gástrica.—DR. H. DE RAMÓN (Antofagasta).—Refiere la observación de un enfermo que sufre de molestias gástricas desde hace años, siendo su principal síntoma un dolor punzante y agudo en el epigastrio. Después de ver bien la evolución del enfermo y de hacer varios exámenes de laboratorio, se diagnostica una úlcera gástrica. Operado, se encontró una úlcera callosa prepilórica, con fenómenos de perigastritis y adherencias a la vesícula biliar. Invaginada la úlcera, se hace una gastro-enterostomía y después una entero anastomosis de las extremidades del asa. Después de 20 días, examinado a los rayos, funciona perfectamente la boca anastomótica.

Hernia inguinal por deslizamiento.—PROF. NAVARRO.—Presenta un enfermo operado en su servicio de una hernia inguinal por deslizamiento. En el saco herniario se encontró el ciego, apéndice y vejiga. En toda hernia llamada por deslizamiento se encuentra siempre el intestino unido al saco, en otros casos la circunferencia del asa se adhiere a la pared del saco, mientras que la parte no cubierta por la cerosa está en contacto con el tejido celular de la vaginal del escroto. Estas hernias se encuentran de preferencia en la mujer. El Prof. N. estima que la técnica es delicada. Baumgartem dice que su mortalidad es de 3 por ciento.

Elefantiasis del miembro inferior izquierdo.—DR. OPAZO.—Presenta un enfermo que tiene hace cinco años una adenitis inguinal doble supurada. Posteriormente en el m. inf. izquierdo nota un aumento progresivo de volumen, hasta alcanzar dimensiones considerables. Se investiga si hay o no la Filaria de Bancroft, que no se encuentra. Se opera bajo anestesia raquídea. Se efectúa la operación de Walther. Consiste esta intervención en colocar dos largos tubos de caucho sin azufre en el celular subcutáneo, después se fijan, uno en la parte superior del muslo, debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor, el otro en la parte inferior debajo de la aponeurosis superficial. Después se hicieron mediciones del muslo con algunos días de intervalo y se ve que progresivamente el volumen va disminuyendo. Respecto al diagnóstico, el Dr. O. cree que en ausencia de la filaria, y teniendo presente el antecedente del sujeto, se trataría aquí de una linfangitis obliterante. En cuanto a los tratamientos hay varios, todos son, en estos casos, de naturaleza quirúrgica.

PROF. SIERRA.—Se refiere al feliz éxito de la operación, y recuerda que en los carcinomas de la mama pueden presentarse elefantiasis terribles, en estos casos Sampson Randley propone el procedimiento de drenajes por medio de hilos de seda.

PROF. NAVARRO.—A propósito de este caso, hace una exposición de la elefantiasis de naturaleza tropical y su tratamiento.

Hemorragia meníngea. Hematoma sub-dural.—DR. JOHON.—Refiere la observación de un enfermo que sufre una caída de a caballo. A los pocos días tiene grandes cefaleas y vómitos; más o menos un mes después tiene una ligera disminución de las fuerzas en el brazo derecho y nota que la visión va disminuyendo, hasta quedar completamente ciego. El examen del fondo del ojo da un edema papilar bilateral, más pronunciado en lado derecho. Se hace una trepanación—colgajo de Wagner—en el lado izquierdo, ocupando la zona temporo-parietal. Se encuentra un quiste hemático entre la dura y la piamadre, se sutura el colgajo y se deja un drenaje. Después de algunos días mejora manifiestamente, pero la visión, que se ha recobrado en gran parte, no lo hace en totalidad; seguramente porque hay ya degeneración de algunas fibras del nervio óptico.

DR. TORRES BOONEN.—Opina que en presencia de esta observación, cabe afirmar que en los traumatismos craneanos, lo mismo que en los del abdomen, mientras más pronta sea la intervención, mejores son los resultados.

DR. SUÁREZ A.—En presencia de estos casos, con edema en la papila, no debe tardarse la operación.

DR. OPAZO.—Cree que no hay que ser tan absoluto, como lo indica la opinión del Dr. Torres B.

Es necesario tener en cuenta la hipotensión del líquido céfalo-raquídeo, que contraindica esta operación, pues la aumenta.

PROF. PETIT.—Insiste en que hay que ser prudente en la intervención en el cráneo. En vista de lo importante del tema, queda para próxima discusión.

SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA

10 de Abril 1924.

Presidente: Dr. Cienfuegos

Cirrosis hepática de forma ascítica.—DR. PRIETO NIETO.—Presenta un niño, que, entre los síntomas que tiene, llama la atención sobre una hepatoesplenomegalia, ascitis y edemas ligeros maleolares, fenómenos del lado del pericardio y congestión de ambas bases pulmonares. Entre las afecciones que pueden dar este cuadro, cree que se pueden considerar varias. En este caso no se puede pensar en una cirrosis cardio-tuberculosa, por la ausencia de síntomas sinfisarios que, junto con la hepatomegalia, forma el sustratum anatómico-patológico de ese cuadro. Además no presenta alteraciones inflamatorias del líquido ascítico; el examen de este líquido en el enfermo da una reacción de Rivalta negativa, ausencia de elementos linfocitarios; en cambio hay abundantes células endoteliales. La peritonitis crónica tuberculosa o sífilítica se descarta por la rapidez de evolución, especialmente de la última. El caso de un tumor o quiste se elimina por el simple examen físico. La insuficiencia cardíaca del corazón derecho, se elimina por la falta de disnea y de cianosis. El Dr. P. N. cree que se trate en este caso de una hepatitis crónica ascitogena atrófica, enfermedad rara en la infancia, pero cuyos síntomas concuerdan perfectamente con los que presenta el enfermo: ascitis con el carácter de un trasudado, por obstrucción circulatoria, esplenomegalia, orina sin elementos biliares, pastosidad y fetidez de las deposiciones. Queda por establecer la causa de esta cirrosis. En este caso hay que pensar en infecciones crónicas, tuberculosis o sífilis.

Un caso de parálisis infantil.—DR. SCROGGIE.—Presenta un niño, en el cual ha hecho el diagnóstico de una parálisis infantil de forma meningocefálica (polioncefalo-mielitis).

DR. LEA-PLAZA.—Se refiere a la acción del suero de convaleciente en estos casos de enfermedad de Haine Medin. El resultado que ha obtenido en cuatro casos tratados por él no ha sido satisfactorio.

DR. FONTECILLA.—Hace hincapié para el diagnóstico de estos casos en las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo. Igualmente el examen hematólogo es muy importante. Así en la tuberculosis hay una leucopenia, mientras que en el Heine Medin hay leucocitosis. Este síndrome se puede confundir con una alfombrilla, pero la fórmula leucocitaria también es distinta. En el diagnóstico hay que tener presente la prueba que se hace con el suero de convaleciente.

DR. LEA-PLAZA.—Llama la atención sobre un síntoma clínico al cual le da mucha importancia y que las madres inmediatamente lo hacen notar: la abundante transpiración.

Peritonitis tuberculosa tratada por la tuberculioterapia.—DR. MUÑOZ VALENZUELA.—Presenta el caso de un niño con peritonitis tuberculosa. A propósito de este enfermo sólo quiere llamar la atención por el tratamiento hecho al cual le atribuye mucha importancia: la tuberculioterapia, que en éste como en otro le ha dado buenos resultados.

DR. FONTECILLA.—Se refiere al poco uso que entre nosotros se hace de la tuberculina. Estima que es este un tratamiento que debe usarlo todo médico en presencia de lesiones bacilares. En los casos en que está indicado da muy buenos resultados usando una técnica apropiada.

La influencia de los traumatismos en la tuberculosis y los accidentes del trabajo.—DR. MARIN.—Hace un estudio sobre la influencia de los traumatismos sobre las lesiones tuberculosas y sobre la acción de éstos en el estallido de las lesiones bacilares cuando éstas se encuentran latentes. Hace ver la importancia de estos hechos desde el punto de vista de los accidentes del trabajo.