

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.

SECRETARIO DE REDACCIÓN:
Para la parte médica:

Dr. Gregorio Lira

y Florencio Garín R.
Ayudante 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 dirigirse al Secretario General: Maestranza, 463, o al Hospital San Vicente de Paul (en las mañanas).

Todo asunto relativo a la Administración debe dirigirse 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.

G. LAGOS R.—Un caso de difteria de localización genital (1 fig.), p. 93.

A. INOSTROZA P.—Hous biliar, p. 94.

F. GARIN R.—Algunas consideraciones sobre un caso de meningitis sífilítica secundaria, p. 95.

Sociedad Médica, Sociedad Chilena de Pediatría, p. 96.

Revista de Tesis, p. 100.

Anexo:

El profesor Alejandro del Río es nombrado miembro de la Asociación Francesa para el Estudio del Cáncer, p. 97.

Archivos Chilenos de Pediatría, p. 98.

Círculo Médico de Letras, p. 98.

El profesor Amunátegui (1 fig.), p. 99.

Técnica de la inyección intravenosa de digitalina, por el Dr. A. Garretón S., p. 101.

Al Congreso de Sevilla, p. 101.

Revistas recibidas, p. 103.

Cuarto Congreso Pan-Americano del Niño, p. 105.

El Prof. Alejandro del Río

es nombrado Miembro de la
Asociación Francesa para el Estudio del
Cáncer

La Asociación Francesa para el Estudio del Cáncer, en sesión de 18 de Febrero del presente año, nombró Miembro Correspondiente Extranjero al Prof. Alejandro del Río.

El Dr. del Río, Profesor de Oto-Rino-Laringología de la Facultad de Medicina y Director de la Asistencia Pública de Santiago, se ha ocupado en estos últimos años del problema que representa socialmente la cuestión del cáncer. En su última permanencia en Europa dedicó muchas de sus actividades para informarse de la forma cómo en los grandes centros culturales europeos combaten y tratan de impedir el desarrollo de esta enfermedad. Especialmente dedicó su aten-

ción a conocer las organizaciones que tienen por objeto impedir la propagación del cáncer sobre bases científicas y de acuerdo con los procedimientos modernos.

La Asociación Francesa para el Estudio del Cáncer, al conferir el título de Miembro Correspondiente al Prof. del Río, tiene para nuestra Facultad de Medicina, para el Cuerpo Médico Nacional y para el país en general, una marcada deferencia.

El prestigio y el renombre de esta gran institución científica no reconoce fronteras; es sin duda, una de las más importantes organizaciones mundiales cuyo fin es el estudio del cáncer, en todas sus formas y bajo todos sus aspectos.

La Asociación Francesa para el Estudio del Cáncer cuenta con dieciocho años de vida. Fundada en el año 1906 por numerosos Profesores Franceses, su labor a través de estos años ha sido ininterrumpida y de un provecho incalculable, tanto científico como social.

El objeto de esta institución, según lo establecen sus reglamentos, es en primer lu-

LOS

EXTRACTOS OPOTERÁPICOS EN POLVO DEL

INSTITUTO SÁNTAS

reconocidos por sus excelentes cualidades, son productos frescos, que
SUPERAN EN ACTIVIDAD a todos los productos similares extranjeros.

DOSIS DIARIA

Hepático.....	0.50 — 2.00 Gr.
Pancreático.....	0.50 — 2.00 »
Tímico.....	0.50 — 2.00 »
Orquítico.....	0.50 — 2.00 »
Ovárico.....	0.10 — 0.60 »
Cuerpo Luteo.....	0.01 — 0.20 »
Mamario.....	0.50 — 2.00 »

DOSIS DIARIA

Placentario.....	0.50 — 2.00 Gr.
Suprarenal.....	0.30 — 1.50 »
Tiroideo.....	0.001 — 0.50 »
Paratiroideo.....	0.002 — 0.01 »
Hipofisario.....	0.20 — 0.50 »
Esplénico.....	0.50 — 2.00 »

Agentes Generales: **DAUBE y Cía.**

Se piden expresamente los PRODUCTOS SÁNTAS en todas las buenas Boticas.

gar estudiar el cáncer y tratar los medios para combatirlo; también hacer estudios y publicaciones relativas al cáncer; la organización de laboratorios, dispensarios, hospitales especializados en la materia, y finalmente, subvencionar y recompensar a los autores de trabajos que despiertan interés en la cuestión del cáncer. Como se vé, no puede ser más amplio e interesante el objetivo de la Asociación.

Componen esta Asociación doscientos siete miembros, de los cuales sólo veinticuatro son extranjeros.

Es actualmente Presidente de la institución M. Pierre Delbet, Profesor de Clínica Quirúrgica de la Universidad, Miembro de la Academia de Medicina y Cirujano del Hospital Cochin de París.

Vice-Presidente es M. Maurice Letulle, Profesor de Anatomía Patológica de la Universidad, Miembro de la Academia de Medicina y Médico Honorario del Hospital Boucicaut de París. Secretario General de la Asociación es M. Gustave Roussy, Profesor agregado a la Facultad y Médico del Hospital Brousset de París.

Es interesante anotar el hecho que de los veinticuatro miembros extranjeros, sólo cuatro son sud-americanos.

Ellos son: el Dr. Pouey, Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Montevideo;

El Dr. D. Blanco Acevedo, Cirujano de los Hospitales de Montevideo;

El Dr. Roffo, Director del Instituto del Cáncer de Buenos Aires; y

El Dr. del Río, Profesor de la Facultad de Santiago.

ARCHIVOS CHILENOS DE PEDIATRÍA

La Sociedad Chilena de Pediatría ha acordado la publicación de "Los Archivos Chilenos de Pediatría" que constituirán el órgano oficial de dicha institución.

Hasta ahora, las actas de la Sociedad y sus trabajos eran publicadas en números especiales que le dedicaba la Revista Médica de Chile. El primer fascículo corresponde al número 2 de los Archivos. Actualmente se prepara la reimpresión del número 1 publicado el año pasado por la Sociedad Médica.

Esta nueva publicación, que viene a engrasar la producción médica nacional, no puede sino tener un éxito franco y rápido, ya que es órgano de una Sociedad que lleva una vida regular y muy activa.

El Dr. Guillermo Morales Beltrami, uno de los Secretarios de la Sociedad Chilena de Pediatría, tiene la Dirección de los Archivos.

En otra sección aparece el sumario del número 2.

CÍRCULO MÉDICO DE LETRAS

El Lunes 1º de Septiembre celebró sesión el Centro Médico de Letras que, como siempre, reúne un numeroso grupo de médicos y muchísimo público.

Para esta reunión estaba anunciada una conferencia sobre el psico-análisis por el Dr. Eduardo Cruz-Coke y una disertación sobre una página de Petronio por el Dr. Clodomiro Pérez Canto.

Tanto el primer tema como el segundo fueron escuchados con gran atención. El ambiente casi familiar que anima estas reuniones, hace que se pueda sacar de todos estos trabajos mucho provecho y contribuye a darle un carácter atrayente y muy simpático.

La disertación del Dr. Pérez Canto fué muy celebrada. La personalidad del personaje romano adquirió su verdadero relieve, al analizar el conferencista una de sus mejores páginas.

La exposición del Dr. Cruz-Coke fué escuchada con bastante interés, el tema era interesante y de bastante actualidad.

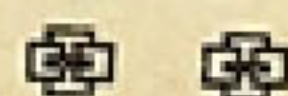
Para sus próximas reuniones, se anuncian interesantes conferencias. D. Carlos Silva Vildósola disertará sobre algunos temas relacionados con el periodismo, y D. Joaquín Edwards Bello se ocupará de Tolstoy.

Como es fácil darse cuenta, este Centro sigue una vida muy halagüeña y su labor no puede ser desconocida.

Instituto Ortopédico Alemán

San Antonio 545 - Santiago

CASILLA 3494



PRÓTESIS.

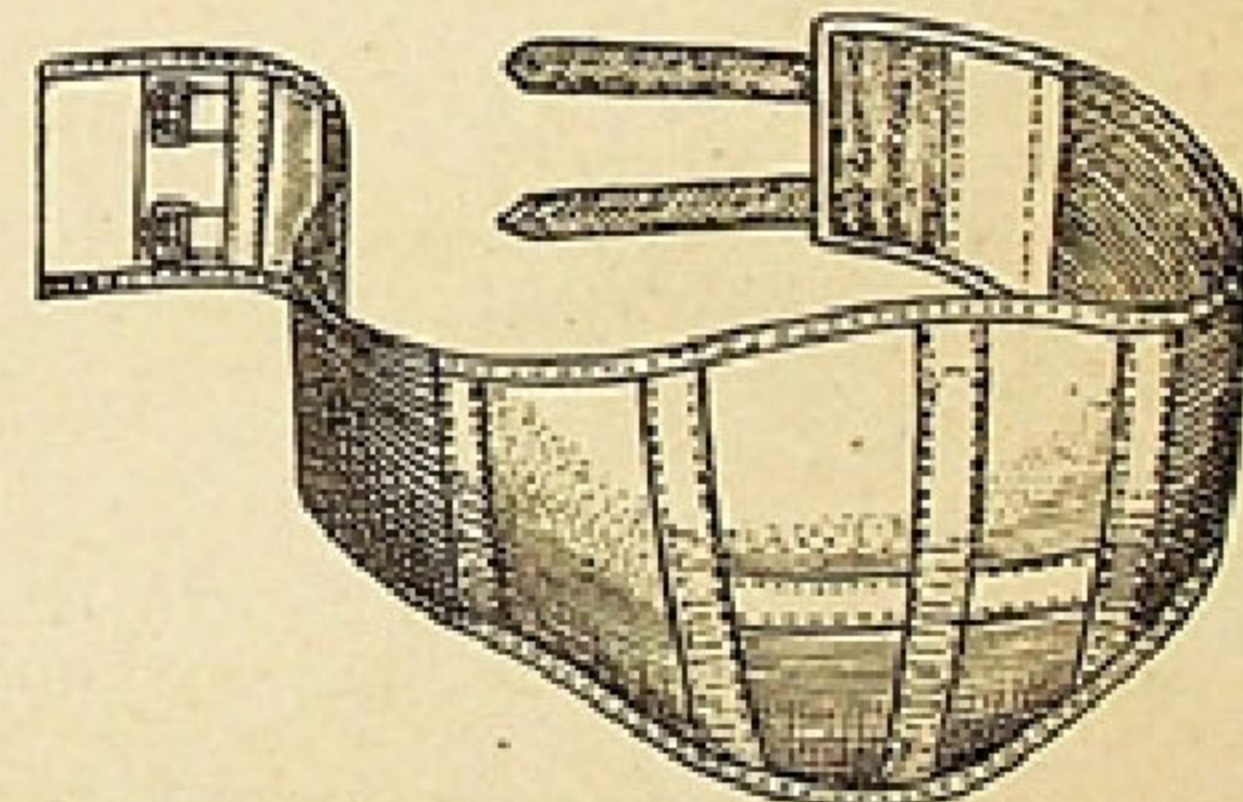
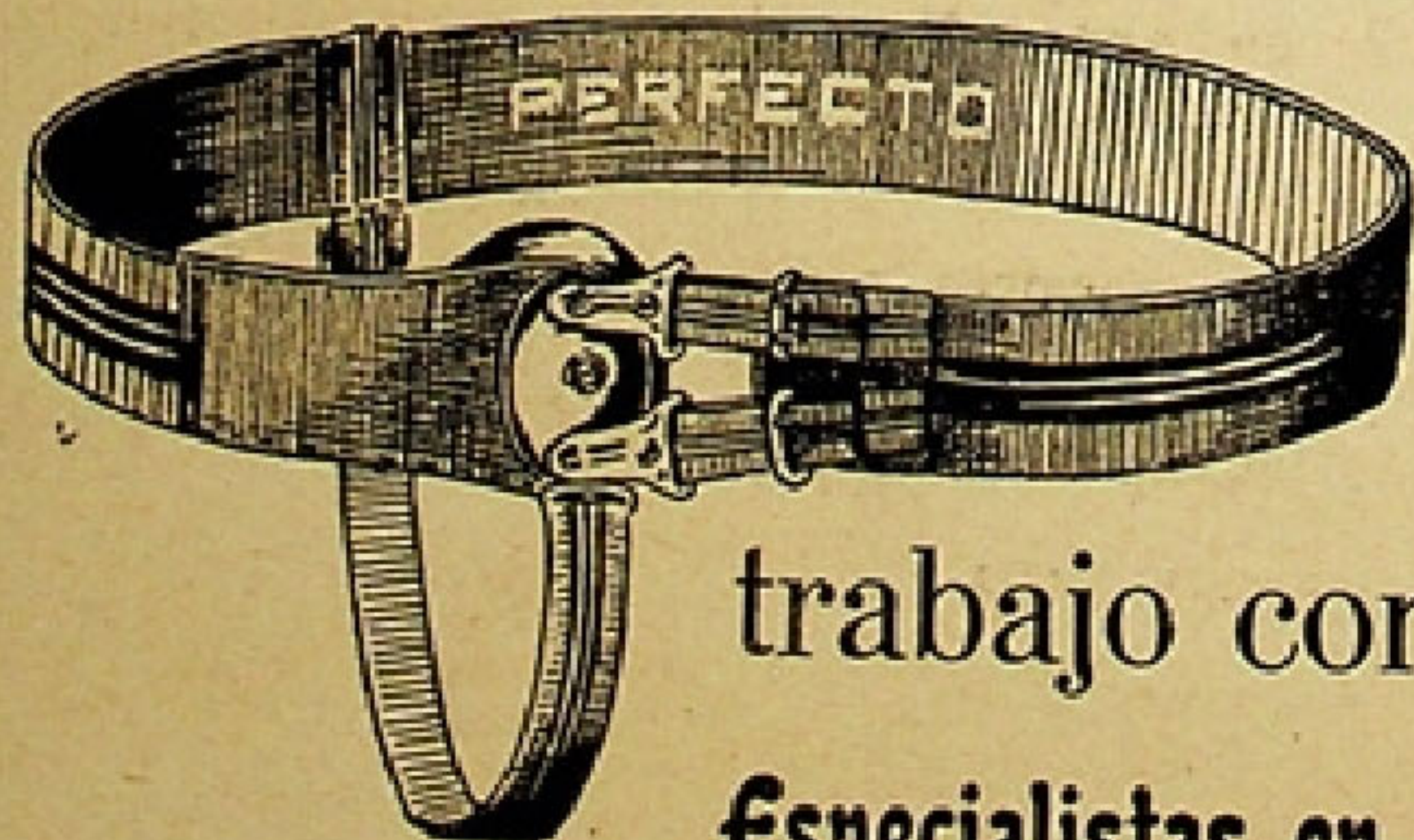
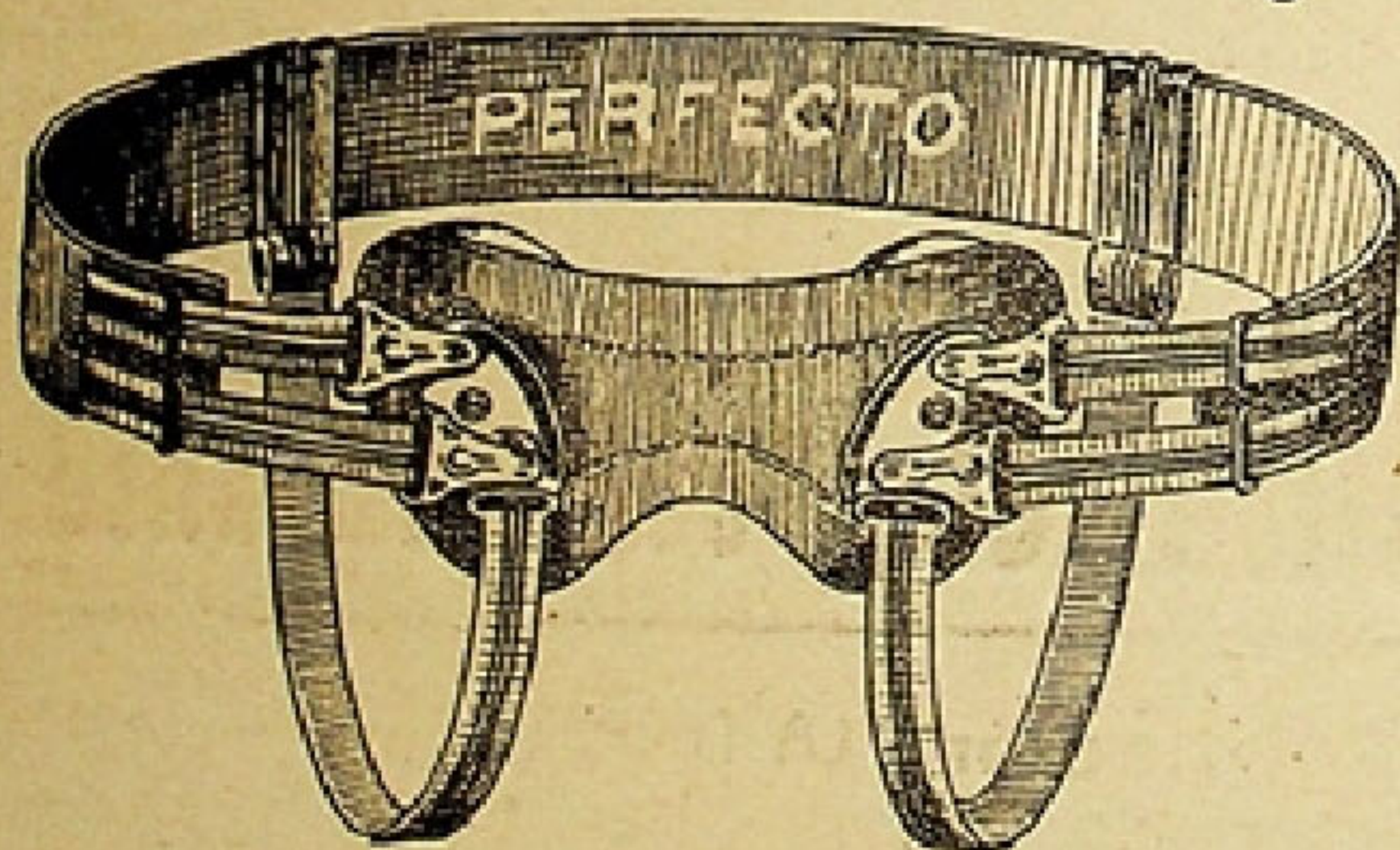
Manos, Brazos, Piernas, Pies artificiales,

Corsées ortopédicos,

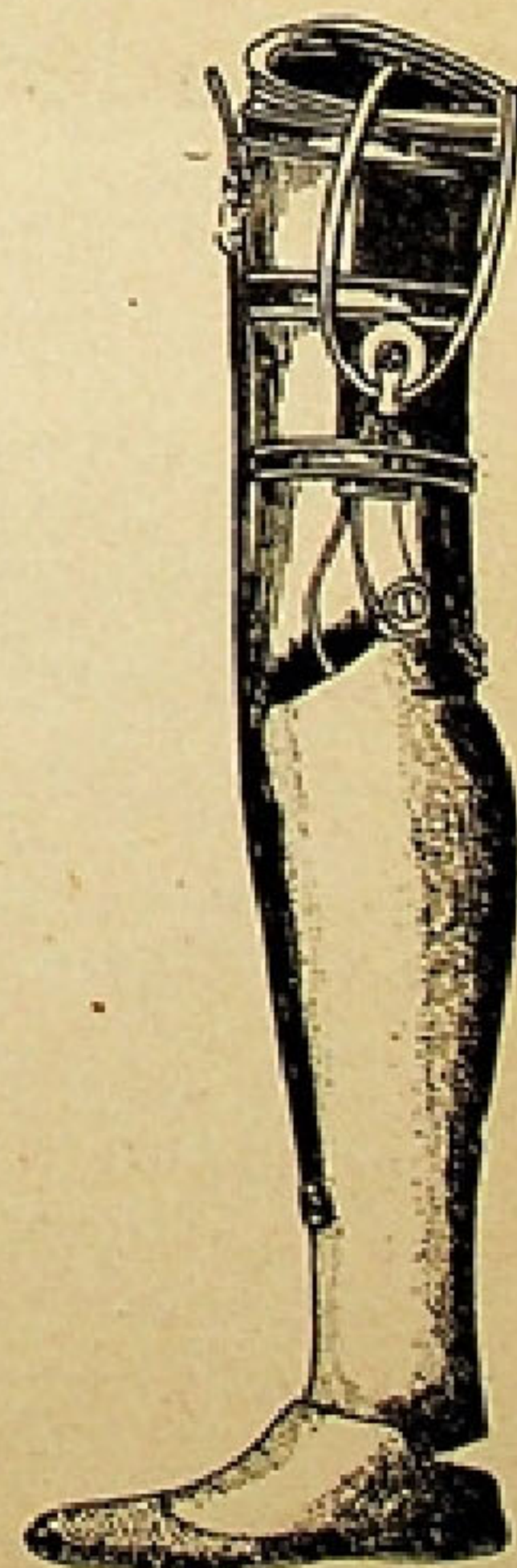
Bragueros, Fajas y todo

trabajo concerniente al ramo.

Especialistas en aparatos Ortopédicos de corrección.



Faja para estómago caído



EL PROFESOR AMUNÁTEGUI

En horas solemnes y difíciles para la República, el Profesor Amunátegui ha sido llamado a colaborar en la obra de la Junta de Gobierno que actualmente dirige los destinos de la Nación, ocupando el cargo de Secretario de Estado en los Departamentos de Justicia e Instrucción Pública.

En las circunstancias actuales, la personalidad del Rector de la Universidad de Chile se ha impuesto como un raro ejemplo de persona que, ajena a la política, inspira confianza y es para todos garantía de trabajo y seriedad.

La Instrucción Pública es una de las ramas de la Administración Nacional que más necesita de reforma y modernización. Nadie, como el Profesor Amunátegui, puede llevar a cabo esta obra;



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

conocedor profundo de todos los resortes de esta vasta repartición, puede con toda facilidad hacer una obra grande, meritoria y de incalculable provecho.

Una vida por entero consagrada con éxito a la enseñanza es el mejor antecedente que puede aportar a las labores del nuevo Gobierno.

Aparte de todo esto, para el Cuerpo Médico Nacional, es especialmente grato ver figurar en la actual dirección de los negocios públicos a uno de los médicos más esforzados por el progreso de la Medicina Chilena.

Tiene en sus manos el Profesor Amunátegui una amplia e interesante labor que, estamos seguros, realizará con éxito y a entera satisfacción de todos.

Llamamos la atención de los señores MÉDICOS sobre los espléndidos resultados, obtenidos con el específico alemán

HORMIN

en el tratamiento de las enfermedades de insuficiencia sexual.

(COMPOSICIÓN)

HORMIN masculino
Testes, Prostata
Visic. sem., Thireoidea, Hipophisis
Pancreas.

HORMIN femenino
Ovarium, Corp. lut.,
Thireoidea, Hipophisis,
Pancreas.

En frascos de 30 tabletas y cajas de 10 ampollitas esterilizadas de 1 ccm.

Muestras y literatura a disposición de los facultativos, prospectos a quien los solicite.

IMPORTADORES:

Guttman, Maurer & Cía.

Moneda 1065 — SANTIAGO — Casilla 85 D.

TÉCARINE

(Homocafeinato de sodio)

NUEVO DERIVADO SOLUBLE Y NEUTRO DE LA TEOBROMINA

Diurético, desclorurante

Presentación: LA TÉCARINE se presenta:

- 1.º en comprimidos dosificados a 0 gr. 25 para administración por vía bucal.
- 2.º en ampollas de 2 c. c. conteniendo 0 gr. 25 de producto activo.

Literatura y muestras a disposición de los médicos

Los establecimientos **POULENC Frères - Paris**

AGENTE ÚNICO PARA CHILE:

J. B. DIDIER

San Pablo 1340

Casilla 61 - Teléfono 3018

SANTIAGO

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Bruening Hoechst A/Main (Alemania)

AGENTES EN CHILE:

ALERT y Cía. Compañía 1289 - Casilla 1932
Teléfonos Nac. e Inglés 203



Neosilbersalvarsán—Compuesto de Silbersalvarsán y Neosalvarsán para el tratamiento intravenoso de las manifestaciones luéticas.

Melubrina—El antireumático poderoso y de reconocida eficacia.

Novocaína—Anestésico local. Recomendamos especialmente las especialidades (tabletas y ampollitas) con Suprarrenina. Anestesia local y medular.

Hexophan—El nuevo remedio contra la gota: sumamente activo.

Anestesina—Del Dr. E. Ritsert. Anestésico local casi insoluble

Pegnina—Preparado de cuajo y lactosa; para el tratamiento de la leche según el procedimiento del Prof. Dr. von Dungern.

Nutrosa—(Caseinato de sodio) Alimento de régimen de fácil digestión; preparación de leche albuminosa artificial.

Tusol—Amigdalato de antipirina; medicamento por excelencia contra las toses convulsivas.

Albargina—Combinación de gelatosa y nitrato de plata; compuesto de plata bactericida no irritante.

Rivanol—Antiséptico panterápico de acción superficial y profunda, de gran efecto específico contra los cocos piógenos (estreptococos, estafilococos, gonococos).

==== Muestras y literatura a disposición de los señores médicos =====

Técnica de la inyección intravenosa de digitalina

por el

Dr. A. GARRETÓN SILVA

La inyección intravenosa de digitalina ha llegado a ser el medicamento de elección en el tratamiento de las insuficiencias cardíacas, especialmente en los casos graves y avanzados. Como en otra oportunidad nos hemos ocupado con todo detalle de las indicaciones de este medicamento ("La Clínica", 1924, N.º 8, pág. 85) y como lo hará el Dr. H. Alessandri ("La Clínica", en prensa), hemos creído necesario dar a conocer la técnica de la inyección intravenosa de la digitalina.

Nosotros procedemos en la siguiente forma: Usamos la solución de digitalina al milésimo, en solución glicero-alcohólica. Este medicamento lo inyectamos usando como vehículo ya sea agua destilada, suero fisiológico o glucosado, o también agua natural esterilizada por la ebullición. No hemos notado ninguna ventaja o inconveniente en el uso de cualquiera de estos líquidos; en el Hospital usamos el suero, fisiológico o glucosado; en la práctica civil, sobre todo en casos de urgencia, sólo empleamos el agua natural esterilizada. En la Casa Central de la

Asistencia Pública, a indicación nuestra, se tienen preparadas ampolletas de digitalina en suero fisiológico, X gotas por cada dos centímetros. Estas ampolletas se mantienen inalterables en cuanto a su efecto terapéutico. Pero nosotros recomendamos usar una técnica, que es la que ha dado N. Fiessinger (Le Journal Médical Français, 1921, pág. 163), pero ligeramente modificada. Esterilizada por la ebullición la jeringa corriente de cinco centímetros y su aguja respectiva, se aspira el líquido que va a servir de vehículo, en cantidad de cuatro a cinco centímetros cúbicos; estando la aguja enchufada a la jeringa y puesta en posición inclinada, la aguja hacia abajo, cuidadosamente se retira el émbolo; se inclina entonces la jeringa hasta que la superficie superior del líquido forme con la pared de ella un ángulo agudo, casi que el líquido llegue a caer por la parte posterior de la jeringa; en este momento se colocan las gotas de la solución normal de digitalina, con la ayuda de un gotario esterilizado. La digitalina no necesita ningún tratamiento especial, pues se mantiene aséptica, por su cantidad de alcohol que tiene. Con todo cuidado, nuevamente se coloca el émbolo y se agita suavemente el contenido para que la solución sea homogénea.

Nosotros recomendamos tomar una cantidad de cuatro a cinco centímetros de líquido, porque después de algún tiempo las inyecciones de digitalina muy repetidas, esclerosan un poco las venas. Creemos que en parte esto se debe a la proporción de alco-

hol que tiene la solución del medicamento. Con esta modificación, no queremos decir que no se esclerosen las venas, pero lo hacen en una forma mucho más tardía y no tan pronunciada. Por lo demás, un tratamiento corto con esta técnica no alcanza a producir estas alteraciones. En estos enfermos es muy importante mantener sanas las venas ya que, muy a menudo, son lúeticos y necesitan de sus venas para sus tratamientos, y además, hay que recordar que las insuficiencias cardíacas se repiten, porque las causas que las provocan son más o menos estables y permanentes.

La inyección se hará en el pliegue del codo, o si hay muchos edemas, en la yugular izquierda, haciendo en esta parte la inyección en sentido contrario a la corriente venosa, es decir, de abajo hacia arriba, para que no llegue el medicamento en masa y bruscamente al miocardio, cuyas válvulas muchas veces están alteradas (Lutembacher).

Al Congreso de Sevilla

Representación de la Facultad de Medicina de Chile

En los primeros días del presente mes han partido a Europa los Profesores Srs. Carlos Monckeberg y Luis Vargas Salcedo, en representación de la Facultad de Medicina al

STANNANOXYL

FORUNCULOSIS

ENFERMEDADES ESTAFILOCÓCCICAS
(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

Anemia Tuberculosis	El más poderoso Reconstituyente	Linfatismo Clorosis
<h1>Calciline</h1>		
RECALCIFICACION REMINERALIZACION		
Comprimidos científicos con base de sales cálcicas asimilables		
Crecimiento Lactancia	De venta en todas las Boticas. Concesionario: Am. Ferraris—Compañía 1295—Santiago	Convalecencia Debilidad

EL PROFESOR

MARFANaconseja en el tratamiento de la
heredo lúes, la fórmula de las**GOTAS DIXI LEROY****Tónico reconstituyente para los niños de pecho****Solución de Lactato de Hg. al 1‰
en un delicioso licor de anís****LABORATORIOS RECALCINE****VITAMINAS**

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

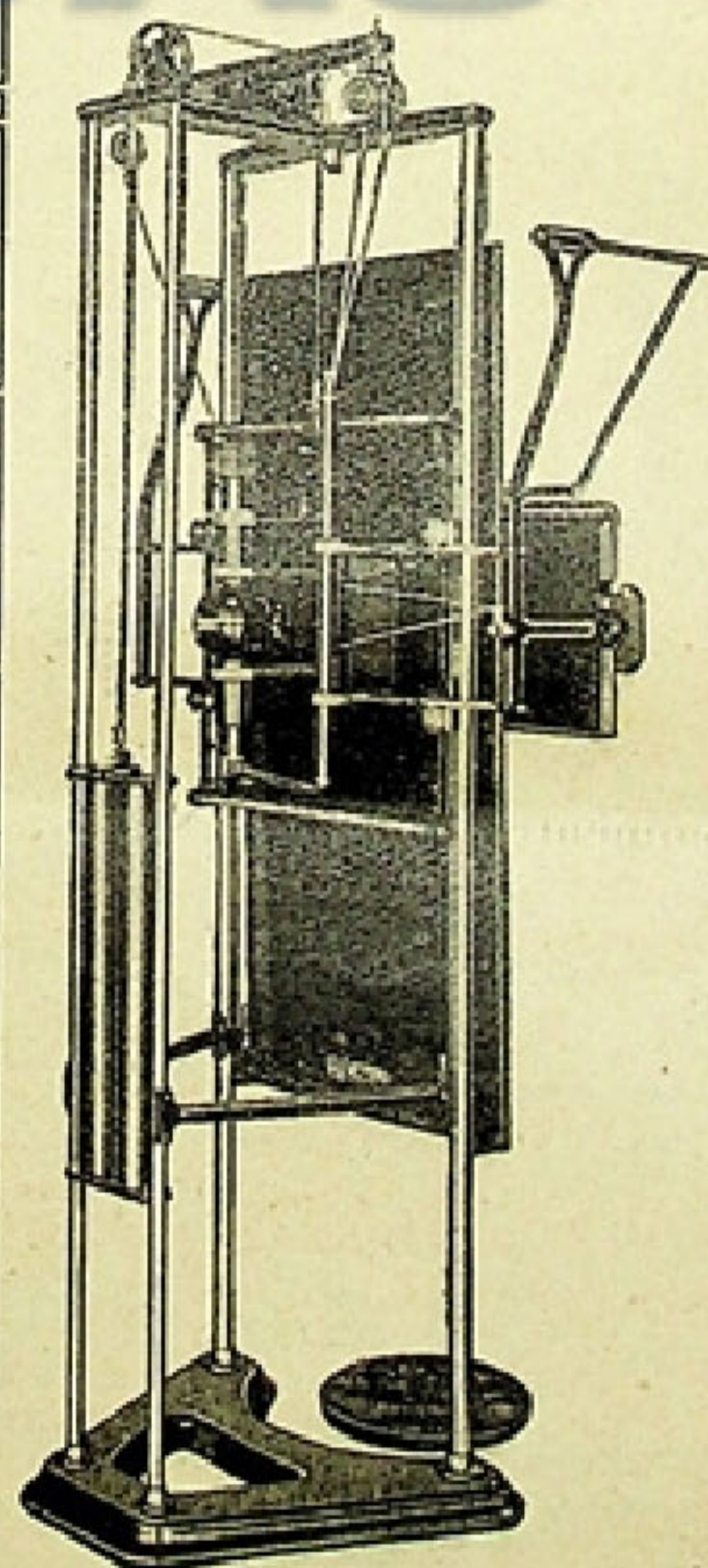
Por su diluida concurrencia en los alimentos vegetales, es casi imposible su abundante acumulación por organismos que han disipado sus reservas, y como consecuencia presentan una alarmante depresión vital, enflaquecimiento extremado, falta de apetito, perturbaciones digestivas, insomnios, vahidos, dolores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

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

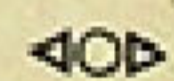
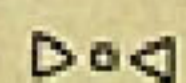
Sucromaltina

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

LABORATORIO CORTÉS-Santiago-Chile-Casilla 3989

MESA VERTICAL PARA
FLEUROSCOPIA**VICTOR**

X-RAY CORPORATION

Fabricantes
de aparatos paraFLEUROSCOPIA
RADIOSCOPIA
TERAPIA
ALTA FRECUENCIATUBOS COOLIDGE
LAMPARAS DE CUARZO
MASAJEROS ROTATORIOS
CENTRÍFUGOS, etc.MANTENEMOS UNA
EXISTENCIA DE REPUES-
TOS, TUBOS COOLIDGE,
PELÍCULAS VICTOR,
etc.**INTERNATIONAL MACHINERY Co.**

AGENTES EXCLUSIVOS

MORANDÉ 530

SANTIAGO

Congreso Ibero-Americano de Medicina de Sevilla, que deberá celebrarse en el próximo mes de Octubre.

Ambos Profesores llevan, junto con la misión oficial, numerosos trabajos personales de sus ayudantes y de algunos médicos.

El Profesor Vargas Salcedo lleva un interesante estudio sobre injertos, materia sobre la cual ha trabajado mucho durante estos últimos años en el Hospital de San Borja.

El Profesor Monckeberg contribuirá con varios trabajos personales y de sus ayudantes, trabajos todos efectuados en la Clínica Obstétrica de la Facultad.

Los Profesores nombrados se agregarán en Europa, para representar a la Facultad, los Profesores Francisco Navarro y Luis Calvo Mackenna, actualmente en el extranjero. Estos cuatro Miembros de la Facultad representarán con brillo la Medicina Chilena en el gran torneo de Sevilla.

Damos a continuación los trabajos que llevará el Profesor Monckeberg:

- C. Monckeberg. — Tuberculosis y Gestación. 1 vol.
- „ — Traumatismos obstétricos del recién nacido. 1 vol., con 80 láminas.
- „ y J. M. Vergara. — Contribución al estudio de la tuberculosis congénita. 1 vol.

- C. Monckeberg y J. A. Puga. — Las cardiopatías en la vida genital femenina. 1 vol.
- V. M. Gazitúa. — Seroterapia antianaerobia en las infecciones puerperales. 1 vol.
- „ — Vacuno y Seroterapia en los abscesos del seno. 1 vol.
- J. A. Puga M. — Indicaciones de la interrupción terapéutica del embarazo. 1 volumen.
- J. M. Avilés. — Histopatología del huevo sífilítico. 1 vol.
- F. Valck. — Fisiopatología del hígado de la embarazada. 1 vol.
- C. Oettinger. — Conjuntivitis neonatorum. 1 vol.
- C. Ribbeck. — Psicosis puerperales. 1 vol.

- J. S. González. — Un caso de viruela.
- A. Fernández Lagos. — Tuberculosis latente en nuestras Escuelas Públicas.
- M. Muñoz Valenzuela. — Tuberculínoterapia.
- G. Morales Beltramí. — Tetraplegia cerebral infantil.
- Boletín de la Sociedad Chilena de Pediatría. — Sesiones del 4 de Octubre de 1923 al 1º de Mayo de 1924.
- Cuarto Congreso Panamericano del Niño. Bibliografía.

CRÓNICA MÉDICA. N.º 1

Concepción.—Agosto, 1924

- R. Coddou. — Los hombres que pasan.
- T. Sanhueza S. — Memoria de la Sociedad Médica, 1923-1924.
- G. Grant B. — Papaverina y Benzoato de Bencilo.
- N. Durán. — Mutual Médica.
- O. Wilhelm. — Contribución al estudio histofisiológico de los llamados fenómenos de rejuvenecimiento.
- Sociedad Médica de Concepción. — Sesiones del 4 de Junio al 22 de Julio.
- Universidad de Concepción, etc., etc.

REVISTAS RECIBIDAS

ARCHIVOS CHILENOS DE PEDIATRÍA N.º 2

Julio, 1924

SUMARIO

- E. Cienfuegos. — Los Archivos Chilenos de Pediatría.
- E. Cienfuegos. — Un caso de neuropatía gastro-intestinal.
- Baeza Goñi. — La importancia de la Higiene en el raquitismo.

EL PROFESOR MONCKEBERG EN BUENOS AIRES

Invitado por la Facultad de Medicina del Plata, a su paso para España, el Prof. Monckeberg dictará en la Universidad bonaerense.

Remineralización

Recalcificación

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

“GAUROL”

NUEVA SAL ORGÁNICA DE CAL INTEGRALMENTE ASIMILABLE

(Comunicación a la Academia de Ciencias 14 Febrero 1921)

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

FORMA. AMPOLLETAS

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

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

VICTOR CORRY

MONJITAS 739

SANTIAGO

OPOTERAPIA

EXTRACTOS TOTALES CHOAY

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

Prescribese bajo formas:

PILDORAS. COMPRIMIDOS. AMPOLLETAS

Opoterapias Asociadas

TRATAMIENTO DE LAS PERTURBACIONES ENDOCRINIANAS COMPLEJAS

SYNGRINES CHOAY

(EXTRACTOS DE ÓRGANOS)

Asociados en fórmulas, respondiendo a los principales síndromas

PRESCRIBIR COMPRIM: O AMPOLLAS CHOAY FORMULA N.º

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

VICTOR CORRY

MONJITAS 739

SANTIAGO



HIDRO-MAGNESIA

M. C. R.

"La mejor Leche Magnesia"

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

Laboratorio Chile

SANTIAGO

Avenida Ecuador 3555

EL CEREBRO

y derivaciones ramificadas que se nombran

SISTEMA NERVIOSO

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

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

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

Cinetgenol

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

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

LABORATORIO CORTÉS — Santiago-Chile - Casilla 3989

Styles y Compañía

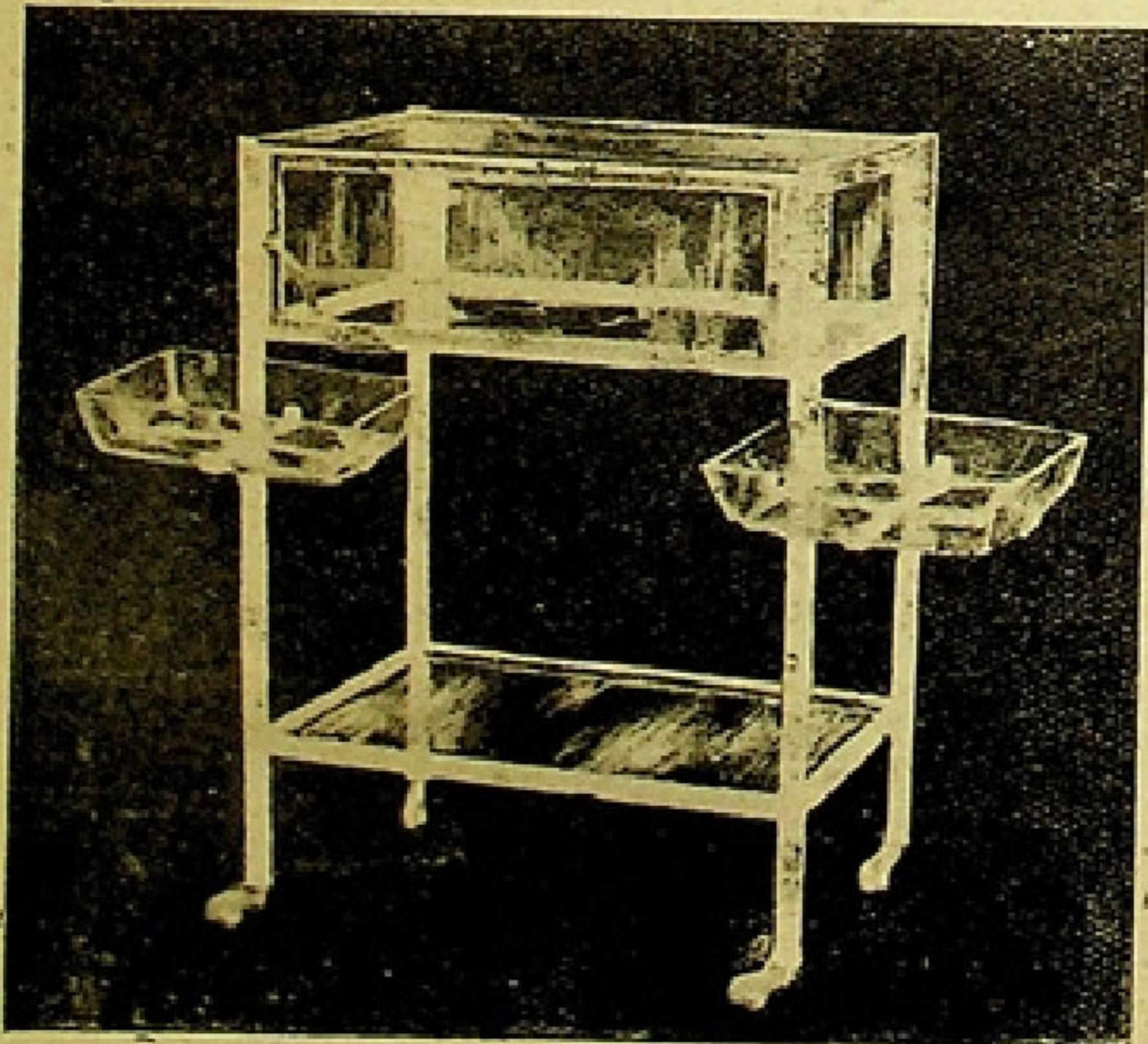
FABRICANTES DE

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

rense algunas conferencias. Los temas elegidos para ellas, son: Tuberculosis y embarazo; la fisiología patológica del hígado de la embarazada; las cardiopatías de la embarazada, y la última, sobre la educación sexual femenina.

CUARTO CONGRESO PAN-AMERICANO DEL NIÑO

Damos a continuación los antecedentes, el reglamento y los temas del Cuarto Congreso Panamericano del Niño que deberá celebrarse en Octubre próximo en Santiago.

I. Antecedentes

El Tercer Congreso Americano del Niño, de Río de Janeiro (27 de Agosto a 5 de Septiembre de 1922), designó en su sesión de clausura la ciudad de Santiago como sede del Cuarto Congreso.

El Gobierno de Chile, a propuesta de don Ismael Valdés Valdés, Presidente del Comité Ejecutivo, designó la Comisión Organizadora.

En las reuniones de esta Comisión se han establecido las disposiciones que regirán al Congreso y estudiado detenidamente los temas que han de someterse a su resolución.

En este sentido, se ha tratado de reducir los temas a un número que permita dilucidarlos en forma amplia y práctica a la vez,

eliminando los temas libres que podrán ser motivo de conferencias fuera del programa de la Asamblea.

La experiencia de los Congresos anteriores, ha originado este acuerdo, destinado a obtener el mayor provecho posible.

Con este mismo fin, la Comisión Organizadora desea que se estudie el resultado de las anteriores reuniones, investigando hasta qué punto cada país ha dado cumplimiento a los votos sancionados por los Delegados respectivos y que constituyen compromisos contraídos por los Gobiernos adherentes.

Por ello, la Comisión Organizadora cree útil dedicar una sesión a esta especie de balance retrospectivo de la obra de los anteriores congresos para dejar en claro si estas asambleas continentales son simplemente motivo de un mayor acercamiento entre las personas e instituciones que se dedican a la defensa del niño, en los diversos países americanos, o dan también los frutos que de ellas se esperan, como serían una mayor comprensión del problema de la infancia y la institución en las naciones de América de las normas que deben regir las actividades científicas y modernas en favor de las generaciones futuras.

III. REGLAMENTO

I. El IV Congreso Panamericano del Niño se reunirá en Santiago, del 12 al 19 de Octubre de 1924, y celebrará sus sesiones en la Universidad de Chile.

II. El Congreso se dividirá en 4 Secciones, a saber:

- 1º Medicina.
- 2º Higiene.
- 3º Sociología.
- 4º Legislación.

III. Los directorios de cada Sección señalarán 10 temas de trabajo. Los relatores serán nombrados por la Comisión Organizadora.

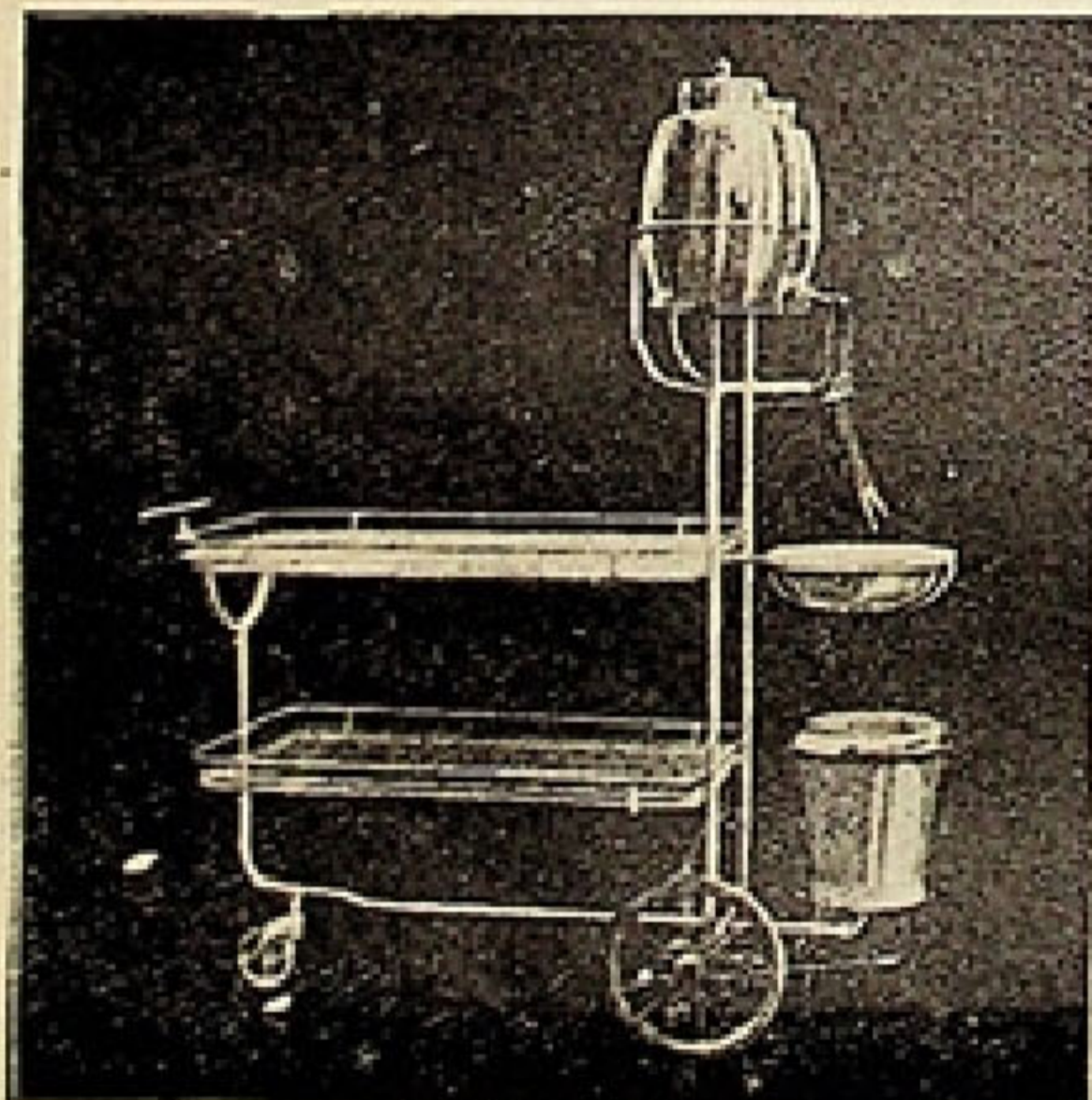
IV. La Comisión Organizadora constará: de un Presidente; cuatro Vicepresidentes, que serán los presidentes de las 4 Secciones; dos Secretarios Generales; los cuatro Secretarios de Secciones y un Pro-Secretario-Tesorero.

Habrán, además, tres vocales por cada Sección.

V. Los miembros del Congreso serán de tres categorías: Honorarios, Adherentes y Contribuyentes.

Serán Honorarios, los que indique la Comisión Organizadora.

Serán Adherentes: a) los miembros de las delegaciones oficiales de los países representados en el Congreso; y b) las personas que se ocupen de la protección a la infancia de una manera científica o práctica, o representen instituciones de tal finalidad y se incorporen con una cuota mínima de una libra esterlina o treinta pesos, moneda nacional.



Fábrica de Muebles Asépticos

DE

Luis A. Morales

FUNDADA EL AÑO 1912

Premiada en las Exposiciones de Industrias Nacionales de 1916 y 1922

FÁBRICA Y OFICINA:

AVENIDA PANTEÓN N.º 1119 ☐ TELÉFONO 95 (PALMA)
(Frente al Instituto de Anatomía de la Escuela de Medicina)



Proveedor de los Hospitales, Asistencias Públicas, Clínicas, Dispensarios, Casas de Salud, Sanatorios, Maternidades y Consultorios, en todas las provincias de Chile, y en las ciudades de Bolivia y Guayaquil.

Especialidad en Mesas de Operaciones y de Curaciones y Reconocimientos, Vitrinas, Lavabos, Carros Camilla, Carros para repartir la comida, Carros para conducir cadáveres y Carros especiales para Minas, Salitreras, etc.

CATRES, VELADORES Y TODA CLASE DE ARTÍCULOS CLÍNICOS PARA PENSIONADOS Y MATERNIDADES

Sección especial para niquelar, platear, dorar y cobrizar
Taller especial de Soldadura Autógena

Sírvase pedir Informes y Catálogos

Serán Contribuyentes, los que se suscriban con una cuota de veinte pesos.

Los miembros Honorarios y Adherentes tendrán derecho a asistir a las sesiones, presentar trabajos, tomar parte en las discusiones y recibir las publicaciones del Congreso.

Los miembros Contribuyentes tendrán derecho a asistir a las sesiones y concurrir a las visitas que se efectúen.

VI. Sólo se tratarán en el Congreso los temas fijados para cada Sección.

VII. Los temas libres presentados por sus miembros serán motivo de conferencias especiales.

VIII. La sesión inaugural del Congreso será presidida por la Comisión Organizadora.

IX. En la primera sesión de trabajo y antes de entrar en materia, se procederá:

1º A la elección de la Mesa Directiva del Congreso.

2º A la designación de Presidente y Vicepresidentes Honorarios.

3º A designar la Comisión de Conclusiones.

X. La Comisión Organizadora podrá nombrar uno o más relatores para cada tema, quienes dispondrán de veinte minutos para el desarrollo de sus trabajos.

Terminada una relación, se debatirá el tema, dándose la preferencia en el uso de la palabra, por el orden de su inscripción, a los que se hubieren anotado de antemano en la Secretaría General.

Cada orador podrá usar de la palabra una

sola vez sobre el mismo tema, durante un plazo máximo de diez minutos si hubiere presentado un trabajo sobre el punto en debate, y de cinco minutos en los demás casos.

XI. Las proposiciones de los relatores y demás que se formulen, pasarán, sin excepción alguna, a la Comisión de Conclusiones, la cual deberá presentar su informe en la primera hora de la sesión de clausura.

XII. Sobre el informe de la Comisión de Conclusiones no podrá abrirse debate ni proponerse indicaciones. El Congreso se limitará a aprobar o rechazar sus proposiciones.

XIII. No serán tomadas en cuenta las conclusiones de los trabajos que no se hubieren recibido en la Secretaría General antes del 1º de Agosto de 1924.

IV. TEMAS

Primera Sección: Medicina

Temas

- 1) Enterocolitis y síndrome entero-renal en la infancia.
- 2) Tuberculosis.
- 3) Heredolúes.
- 4) Síndromas anafilácticos en la infancia
- 5) Trastornos endocrinos.
- 6) Traumatismos obstétricos de los recién nacidos y distrofias óseas.
- 7) Fisioterapia.
- 8) Acidosis en la infancia.

9) Enfermedades de carencia (Raquitismo).

10) Afecciones de las vías respiratorias superiores y sistemas linfáticos y su influencia en el desarrollo de los niños.

Segunda Sección: Higiene

Temas

1) Demografía. — Informaciones relacionadas con la nupcialidad, natalidad (legítima e ilegítima) mortalidad infantil, morbilidad, etc.

2) Eugenesia. — Inmigración. Instrucción sexual. Legislación sobre el matrimonio, etc.

3) Puericultura ante-natal. — Protección a la madre en cinta. Asilos Maternales. Escuelas de madres. Organización de la enseñanza de la puericultura urbana y rural. Cátedras ambulantes de puericultura.

4) Maternidades. — Número de camas en relación con la población. Asistencia del parto a domicilio (urbana y rural). Servicio de nodrizas en las Maternidades. Consultorios de madres. La Maternidad en los pequeños hospitales. Dispensarios anti-sifilíticos en las Maternidades. Acción de las Maternidades en la puericultura post-natal.

5) Nodrizas mercenarias. — Oficinas de Nodrizas anexas a los Institutos de Puericultura y a los Hospitales de lactantes.

6) Profilaxis de la tuberculosis infantil.

7) Abastecimiento de leche para las ciu-

A los Señores Médicos:

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

Escribanos y tendremos el mayor agrado en atenderlo.

CASA ÓPTICA

HAHN & Co. - SANTIAGO

HUÉRFANOS 1009 ■ CASILLA 3898

Representantes de la Fábrica Alemana «Busch»

Anteojos, Lentes, Barómetros y Termómetros de todas clases

Instrumentos para Ingenieros

Anteojos Prismáticos

Anteojos para teatro y campo

Cristales de 1.ª calidad

Tóricos, Periscópicos, combinados y en colores

IMPORTACION DIRECTA

Despacho exacto de recetas

TALLER PARA COMPOSTURAS



FÓRMULA:

- Formaldehido en solución 7%
- Jabón potásico
- Alcohol
- Esencias

dades. — Control de la leche. Medidas legislativas, etc.

8) **Habitaciones para obreros.** — Higiene de las actuales. Influencia de la habitación sobre la morbilidad y mortalidad infantiles.

9) **Higiene Escolar.** — Servicio médico escolar. Enfermeras Escolares. Escuelas al aire libre. Colonias de Vacaciones. Cantinas escolares. Juegos infantiles.

10) **Atención del niño enfermo.** — Dispensarios. Hospitales generales de lactantes. Sanatorios marítimos y de altura. Enfermeras especializadas en atención infantil y cuidado del recién nacido.

Tercera Sección: Sociología

Temas

1) **Protección del Estado a los niños material o moralmente abandonados.** — ¿Qué se entiende por menor abandonado? Las causas del abandono. ¿Cómo debe ejercerse la protección del Estado? Medidas preventivas y reductivas.

2) **Creación en cada país de un organismo autónomo y dependiente del Estado que tenga a su cargo el estudio y resolución de todos los problemas relacionados con la infancia.** — Necesidad de verificar los mé-

todos y de coordinar la acción social. Funciones y organización. Estadísticas.

3) **Conveniencia de que el Estado cree rentas especiales destinadas a la protección de la infancia.**

4) **Finalidad de la adopción por el Estado de los niños abandonados.** — ¿Cómo deben encauzarse las actividades de los niños y de las niñas?

5) **Protección de la primera infancia (edad pre-escolar).** — Protección a las madres solteras. Medidas tendientes a aumentar la natalidad. Reglamentación del trabajo de la madre en el período anterior y posterior al parto. Fomento de las mutualidades maternas. Visitadoras domiciliarias. Reglamentación del servicio de nodrizas; protección de su hijo. Creación de asilos, patronatos, etc. Entretenimientos infantiles: biógrafos, jardines infantiles, etc.

6) **Protección de la segunda infancia.** — Reglamentación del trabajo de los menores. Instituciones complementarias de la escuela. Colonias de vacaciones.

7) **El ambiente familiar.** — Desorganización de la familia. Sus causas y consecuencias. Reformas. Monografía.

8) **Represión de la vagancia y mendicidad.**

9) **Lucha contra la miseria.** — Asistencia social: sus diversas formas. El mutualismo. El seguro de los niños.

10) **Protección de niños anormales, ciegos y sordomudos.**

Cuarta Sección: Legislación

Temas

1) **La adopción como Institución del Derecho Civil.** — Requisitos para establecerla. Beneficio para el adoptado.

2) **Legislación sobre el trabajo del niño en las industrias y fábricas.** — Protección legal del trabajo de los menores.

3) **Conveniencias de autorizar la investigación o prueba de la paternidad ilegítima.** — Obligaciones y derechos que se derivan de este reconocimiento.

4) **Participación de los hijos ilegítimos en la herencia de sus padres, solos o en concurrencia con otros herederos.**

5) **Organización, atribuciones y funcionamiento de los Tribunales para Niños.**

6) **Criminalidad infantil.** — Investigación de sus causas. Medios de evitarla.

7) **Escuelas y reformatorios para menores.**

8) **Medios que tienden a fomentar el ahorro entre los niños.** — El ahorro en las escuelas. El ahorro en las fábricas y talleres. Formación obligatoria de un fondo de previsión para niños en las diferentes faenas que los ocupen.

9) **Necesidad de atribuir a la madre la patria potestad.**

10) **Conveniencia de uniformar los procedimientos para el nombramiento de las personas llamadas a la guardia de menores, de otorgarles iguales facultades y de imponerles las mismas obligaciones.**

LA ADMINISTRACIÓN
DE
"LA CLÍNICA"

ruega a los señores suscriptores avisar cualquier retardo en el envío de la Revista a San Isidro 390,
SANTIAGO

RECALCIFICACION
DEL
ORGANISMO

KAUROLAN

Solución fosforada orgánica de cal completamente asimilable en

Inyecciones Hipodérmicas

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

Ampolla inyectable de 1 c. c.

Una ampolla diaria en inyección hipodérmica e intramuscular.

Muestras a disposición de los Sres. Médicos.

C. O. WIEDMAIER,
Matta 1502.

LABORATORIO CLÍNICO

DEL
Dr. Leonidas Corona
Delicias 868 — Teléfono 2483 — SANTIAGO

Diagnóstico de la sífilis: Reacción de Wassermann en Santiago y servicio de Reacción de Wassermann a provincias. Exámenes al ultramicroscopio. Estudio refractométrico del suero sanguíneo.

Exámenes químicos de sangre: Glucosa, colesteroína, ácido úrico, urea, coeficiente de Ambrard, etc.

Exámenes completos de desgarro.

Investigación del gonococo.

Diagnóstico de las afecciones tifoideas y paratifoideas.

Examen completo de jugo gástrico.

Investigación de la difteria.

Exámenes completos de líquido céfalo-raquídeo, químicos, microscópicos y bacteriológicos.

Exámenes completos de orina: Químicos, microscópicos y bacteriológicos.

Exámenes completos de líquidos de derrame: Pleural, ascíticos y otros.

Exámenes completos de sangre.—Exámenes coprológicos

Sección especial de autovacunas contra afecciones bienorrágicas, colibacilares, tíficas, bronquitis crónicas, etc., etc. Abierto todo el día.

"INSTITUTO OPTICO ROTTER"

Examen científico de la vista, gratis por especialista diplomado

La mejor casa del ramo y
la más económica

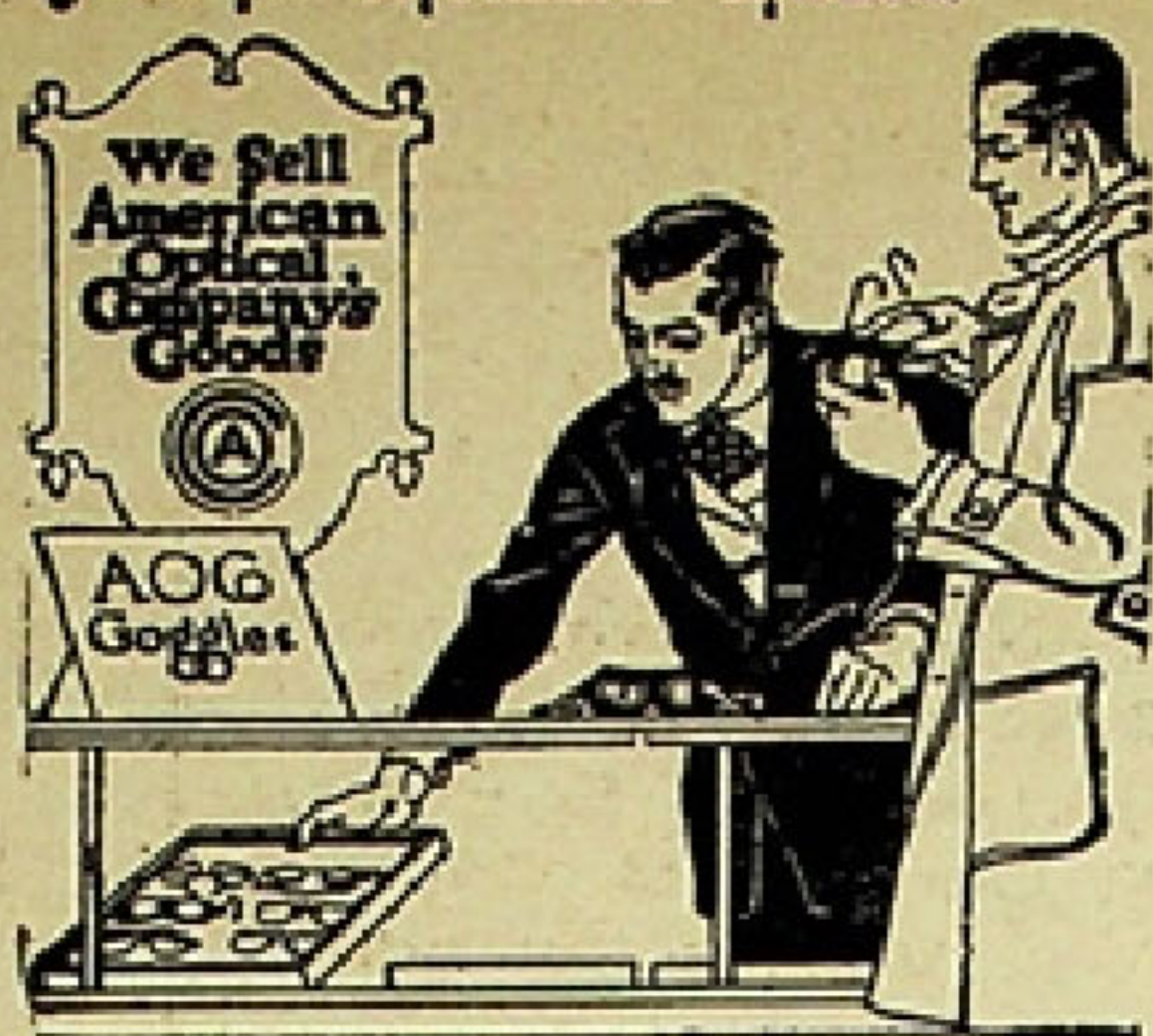
Exactitud en despachos
de recetas de oculistas

Taller especial para composuras

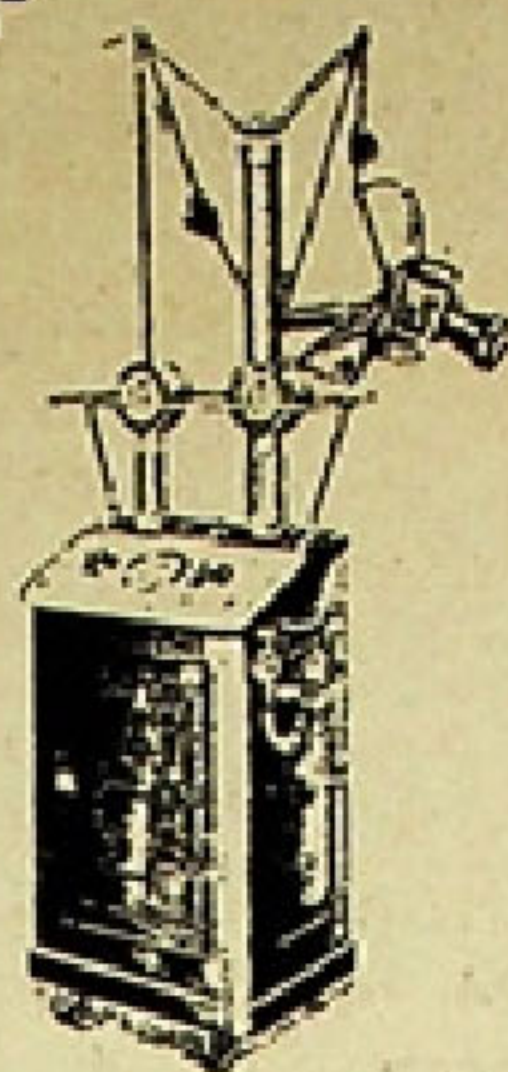
RHUMADA 264

SANTIAGO

CASILLA 72



Sección Siemens & Halske:



APARATOS DE RAYOS X
para diagnóstico y terapia
Instalaciones completas

Aparatos Electromedicinales,
como pantostatos, electrocardió-
grafos, aparatos diatérmicos, etc.

APARATOS HELIOTERÁPICOS
como lámparas de cuarzo,
baños de luz, etc., etc.

Sírvase visitar nuestra Exposición,
donde encontrará Ud. todo lo
relacionado con la Electro-Medicina

¡SOLICITE FOLLETOS Y CATÁLOGOS!

Siemens-Schuckert Stda.

CÍA. DE ELECTRICIDAD
SANTIAGO — Huérfanos 1041

Valparaíso - Concepción
Valdivia
Antofagasta-Iquique



INSTITUTO DE SALUD

POBLACIÓN NUEVA ESPAÑA - CISTERNA
Teléfono Ovalle 1

Establecimiento destinado al tratamiento de las enferme-
dades nerviosas, convalecencias, agotamiento, debilidad
general, psicosis, etc. Instalaciones de electricidad médi-
ca, baños, etc. Curas de aire libre y de reposo personal
especializado. NO SE ADMITEN CONTAGIOSOS.

Dirección en Santiago:

Dr. FONTECILLA, Delicias 1626, Teléfono 2844.



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

1000
GRAMOS

Yoduro de Potasio

PURO ANALÍTICO
PARA INYECCIONES



LUIS E. MOURGUES

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

CASILLA "A"

Cables y Telegramas "LABMOURG"
SANTIAGO

UN CASO DE DIFTERIA

DE

LOCALIZACIÓN GENITAL

por el

Dr. Gustavo LAGOS RIVERA

De Punta Arenas

Josefa R. L., 25 años de edad, casada, se presenta a mi consultorio a mediados del mes de Mayo recién pasado, en el último período de su embarazo a fin de conocer nuestra opinión sobre la suerte que correría en el momento de su parto.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto hace muchos años, ignora ella la causa. Madre vive y es sana, no ha tenido enfermedades de importancia. Han sido diez hermanos de los cuales murió uno en su primera infancia, sin precisar la causa, los restantes sanos.

Antecedentes personales.—Sin vicios; no registra otra enfermedad que el raquitismo que la aquejó durante los primeros años de la vida, a pesar de haber sido criada a pecho por su madre; no anduvo hasta los cuatro años cumplidos, por la enfermedad ya mencionada, que dejó deformaciones muy marcadas que pronto señalaremos.

Contrajo matrimonio el 1º de Septiembre de 1923 y tuvo su última regla el 4 del mismo mes.

Examen objetivo.—Llama en primer lugar la atención la estatura de la enferma, 1.38 mt., la asimetría de su tronco y la forma de su abdomen.

Su cabeza es grande, frente prominente, nariz hendida y ligero prognatismo del maxilar inferior. Cuello, nada anormal. Tórax: asimétrico, siendo el hemitórax derecho mucho más grande que el izquierdo, motivado esto por una escoliosis dorso-lumbar bien marcada (fig. 1). Vientre: prominente, en punta. Extremidades inferiores: Muslos no se tocan sino únicamente en los cóndilos, se separan de nuevo las piernas y no se tocan en los maleolos (X poco marcada). Nada digno de anotarse en los órganos cefálicos ni torácicos.

Concretamos nuestro examen al vientre y a la pelvis, que nos interesan especialmente, dado el carácter de la consulta. Vientre, como he dicho anteriormente, en punta; altura del útero, 31 cms.; cabeza del niño en la parte inferior sobre la fosa iliaca izquierda; dorso a la izquierda; extremidades a la derecha; naigas arriba y a la derecha.

Por el tacto no se consigue otra cosa que tocar un cuello largo y pequeño con hocico de tenca redondo (nulípara). Se alcanza también el promontorio, signo muy importante para el diagnóstico de estrechez de la pelvis.

Latidos fetales normales.

Procedo a medir los diámetros de la pelvis cuyas cifras doy a continuación: conjugada diagonal o promonto sub-púbico, 10 cm.; bi-isquiático, 8 cm.; bi-espinoso, 27 cm.; bi-crestal, 30 cm.; Baudelocque, 15 cm. Como se ve, por las cifras que acabo de anotar, se trataba de una pelvis plana en que los diámetros antero-posteriores están disminuidos, así, por ejemplo, conjugada diagonal, 10 cm. en lugar de 12, como en estado normal, y el de Baudelocque, 15 cm. en lugar de 19, y en que los diámetros trasversos están aumentados, así tenemos el bi-espinoso con 27 cm. en lugar de 24, y el bi-crestal con 30 en lugar de 28.

Continuando con la medición del losango de Michaelis (fig. 1), vemos en él que la diagonal trasversa está disminuida en $\frac{1}{2}$ cm., y la vertical aumentada en 2 cm.; además, esta diagonal no corta el losango en dos triángulos simétricos, como un estado normal.

Estábamos, pues, en presencia de una persona próxima a ser madre con pelvis plana y asimétrica, en que la conjugada vera

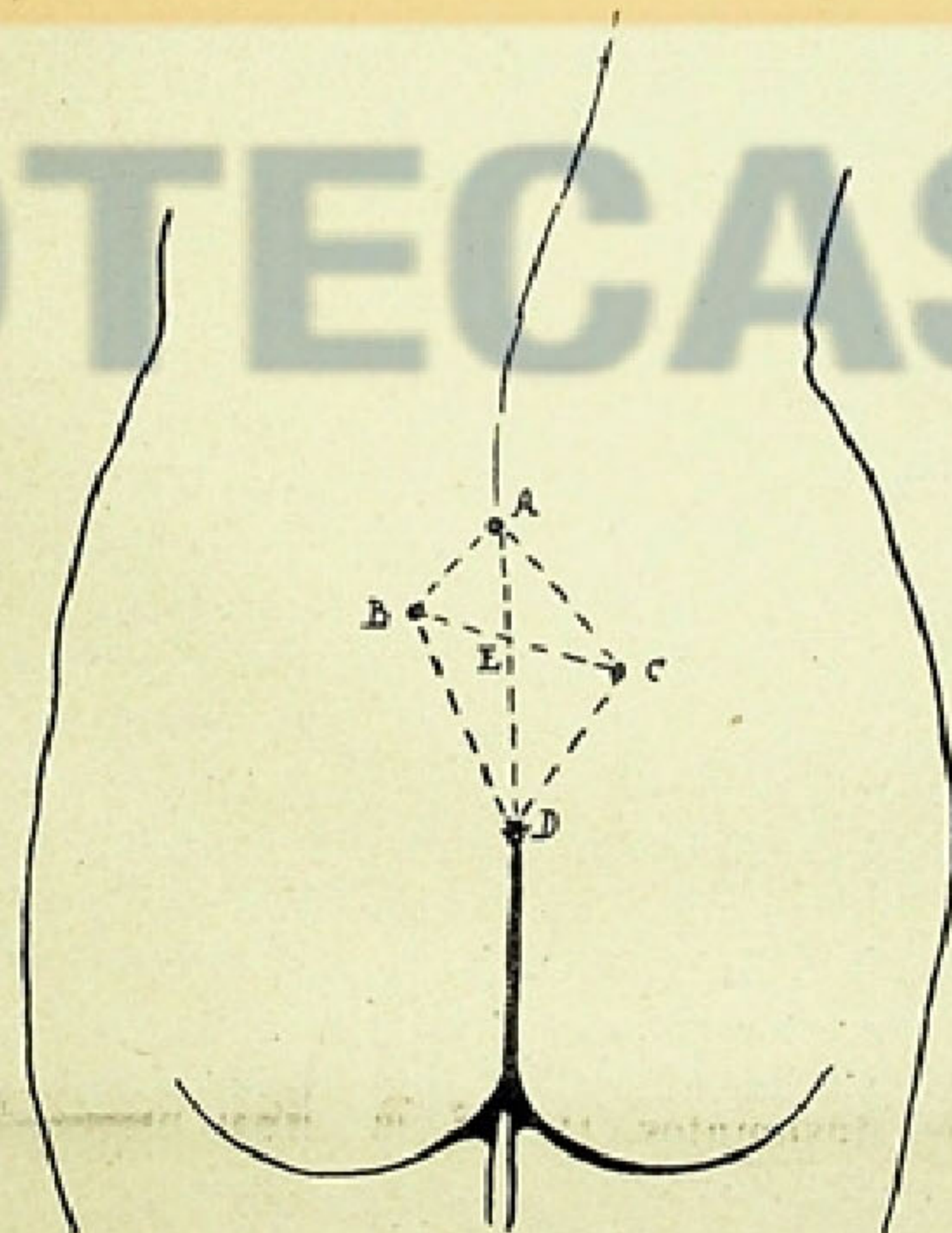


Fig. 1.—A. Quinta vértebra lumbar.—B. Articulación sacro-iliaca izquierda.—C. Articulación sacro-iliaca derecha.—D. Extremidad superior del pliegue interglúteo.—E. Intersección de las bisectrices de los ángulos.

DISTANCIAS. A-D: 12 centímetros. B-C: 8,5 centímetros. A-B: 5,5 centímetros. A-C: 7 centímetros. D-B: 10,5 centímetros. D-C: 8 centímetros. A-E: 4,5 centímetros. E-D: 7,5 centímetros. B-E: 4 centímetros. E-C: 4,5 centímetros. Se ve, también, en esta figura la escoliosis dorso-lumbar.

alcanza sólo 8.5 cm. con un embarazo aproximado de 8 meses, niño vivo, y que pedía nuestra opinión profesional, respecto al pronóstico de su parto.

* * *

Habríamos podido, tal vez, recomendar a esta gestante la interrupción desde luego

de su embarazo, pero tomando en cuenta que con ello exponíamos la vida de la madre, pues se trataba casi de una pelvis límite y también la vida del niño, no por el traumatismo obstétrico, sino por ser un niño prematuro que toleran mal el frío. Este es un factor importantísimo en esta estación del año y en esta ciudad, en que vivimos constantemente en una temperatura muy baja, no siendo raros los días en que tenemos 10 y 12º bajo cero. Tomando en cuenta estas circunstancias, opté por recomendar a la madre dejara continuar su embarazo y que en la última quincena de él se le haría una operación cesárea; con lo que estuvo conforme. Con ello exponíamos únicamente la vida de la madre.

* * *

El 2 de Junio por la mañana, y en compañía del Dr. Merino y de la Dra. Uribe, procedíamos a hacer esta cesárea abdominal bajo anestesia etérea.

Se incindió la piel, aponeurosis, y peritoneo en un solo plano, por estar muy friables y delgadas estas hojas, se hizo extraperitoneal el útero grávido, se rodeó con compresas esterilizadas y empapadas en suero fisiológico entibiado y se procedió a abrir la matriz por una incisión en su cara anterior, incisión que cayó sobre la inserción placentaria; se extrajo el huevo completo, se suturó el útero previo relleno de su cavidad con gasa yodoformada que pudiera más tarde extraerse con facilidad por la vagina.

La incisión de la matriz que, como digo, cayó sobre la inserción placentaria, nos dió una pérdida de sangre abundante con los síntomas consiguientes de anemia aguda. Se le colocó inmediatamente una endofierroclisis de 500 grs. y tónicos cardíacos (adrenalina, cafeína). Terminada la sutura de la matriz se ligan y seccionan las trompas, por pedido de la familia, y se termina la operación por sutura de la pared abdominal.

En su cama se le dejó con la cabeza baja, se le colocó una nueva dosis de suero fisiológico intravenoso (200 grs.) y a permanencia por el resto, gota a gota (50 gts. por minuto); alcanfor cada 4 horas y adrenalina 30 gotas en el día.

Pasó la enferma en buenas condiciones hasta las 6 de la tarde de ese día, hora en que aparece una fuerte puntada de costado del lado derecho, disnea intensa y pulso acelerado. El examen objetivo nos da el diagnóstico de una congestión pulmonar de ese lado. Cambio la posición de la paciente, por la posición de Fowler, hago revulsión de todo el tórax, pecho y espalda, y prescribo una poción pectoral con digital, porque el corazón falla a pesar de los otros tónicos cardíacos. En la noche de ese día el estado es gravísimo: la puntada es muy fuerte, a tal extremo de no sentir ningún dolor en la herida operatoria, la disnea intensísima, pulso filiforme, casi incontable, 180 a 190 al minuto, temperatura 38,5. Prescribo oxígeno durante toda la noche, alcanfor cada 3 ho-

ras y 3 miligramos de adrenalina en inyección durante la noche repartida en tres inyecciones y el resto del tratamiento igual.

Día 3. El estado general mejora. Temperatura, 37,5; pulso, 140; la puntada de costado casi ha desaparecido, la disnea poco marcada. Se suspende el oxígeno y se deja de nuevo alcanfor cada 4 horas y 30 gotas de adrenalina en el día; siempre su protoclisis.

Día 4. Temperatura, 36,8; pulso, 120; puntada de costado no existe; disnea poco marcada, 24 en el minuto, la enferma se siente bien. Aprovechamos este buen estado general para retirar la gasa que se dejó de taponamiento en la matriz el día de la operación.

Día 5. Se dan 30 gramos de aceite de ricino en ayunas. Temperatura 37,5; pulso, 100; la enferma se siente en perfecto estado; pocos loquios. Por la tarde la temperatura sube a 38. Se suspende la protoclisis.

Día 6. Amanece con 37,5 de temperatura, pulso sube a 130; no ha perdido loquios durante la noche; la enferma se siente bien. Palpo el vientre y encuentro el útero grande y la falta de loquios me hace pensar en una loquiometra; procedo al examen genital y encuentro fondos de sacos vaginales y cuello uterino cubiertos por una falsa membrana color grisáceo, gruesa, adherente, que al desprenderla, lo que hace en grandes pedazos, deja una superficie rugosa que sangra con facilidad; es resistente, no hay edema a su alrededor. El aspecto nos trae el recuerdo inmediato de las falsas membranas diftéricas de la garganta. Desprendo sólo la mitad de la cara anterior y dejo intencionadamente las del fondo de saco posterior y coloco inmediatamente 20 cc. de suero anti-diférico y ordeno que a la mañana siguiente se le coloquen 40 cc. del mismo suero.

Amanece la enferma con 36,8 de 38,2 que había tenido en la tarde anterior, pulso 120 y el examen genital nos demuestra que las falsas membranas que habían quedado han caído espontáneamente. Hice ahora lo que no quise hacer el día anterior, una tocación yodo-fenizada. La enferma principia de nuevo a perder loquios más serosos que sanguinolentos.

Día 7. Amanece con temperatura de 36,7 y pulso 120. Se le colocan otros 40 cc. de suero anti-diférico, por haber tenido 38,4 de temperatura en la tarde anterior, con lo que cae ésta definitivamente habiendo sólo ligeras oscilaciones después. Desde este día se le hicieron lavados vaginales de permanganato de potasio al 1×4,000. El pulso baja paulatinamente hasta llegar a 84, con que se dió de alta el 17 del mismo mes, o sea, quince días después de hospitalizada.

La anemia se combatió en los últimos días con fierro y arsénico y alimentación adecuada. Se insistió en la adrenalina durante todo el tiempo.

El niño tiene también algunas particularidades: fué mujer, de 3,500 gramos, que regló abundantemente al tercer día, regla que duró 3 días; además nació con un pólipo rec-

tal peduculado que alcanzaba a salir por el ano.

Sus diámetros cefálicos, que no tienen tanta importancia, por haberse tomado diez días después del nacimiento y con el único objeto de completar esta observación, son los siguientes: occípito-mentoriano, 13,5 cm.; occípito-frontal, 11,5 cm.; sub-occípito-bregmático, 9,5 cm.; bi-parietal, 9 cm.; bi-temporal, 8 cm.; y bi-acromial, 12 cm.

Cabe ahora preguntar: ¿esta infección puerperal fué de origen diftérico o solamente producida por microbios banales? ¿Cómo se produjo esta infección? ¿Fué llevada por la gasa que sirvió de taponamiento o por los instrumentos el día que ésta se retiró?

Con respecto a la primera pregunta, habría sido interesantísimo hacer los cultivos correspondientes para asegurar la etiología de la infección o por lo menos un examen microscópico de las falsas membranas, pero, por desgracia, no contamos en esta región con laboratorios.

La impresión clínica que el presente caso me ha dejado es el de tratarse de una difteria franca, benigna, producida posiblemente por bacilos cortos, de localización genital, y en confirmación de ello está: el estado del pulso, palidez especial de la enferma, caracteres que tenían las falsas membranas, el haberse desprendido éstas veinticuatro horas después de la aplicación de suero anti-diférico, sin ninguna aplicación antiséptica local, y por último, la astenia marcada que quedó después de terminada la infección.

La frecuencia del pulso no podemos culpa a la anemia aguda post-operatoria, porque hemos visto que al tercer día éste alcanzaba sólo a 100 pulsaciones al minuto, y después de esta infección lo tuvimos muchos días por sobre 120, a pesar de haber caído la temperatura. La palidez tampoco era esa palidez de la anemia aguda, sino esa palidez terrosa especial producida por el bacilo de Loeffler. El carácter de la falsa membrana hacía pensar inmediatamente en una difteria, y por último, el desprendimiento de ellas y la caída de la temperatura veinticuatro horas después de la primera inyección de suero anti-diférico. No había, sin embargo, edema en contorno de las falsas membranas.

Es también sabido que estas falsas membranas de localización genital son producidas principalmente por otros microbios y, sobre todo por el streptococcus pyogenes, pero los caracteres anteriormente anotados y la prueba clínica irrefutable de la acción curativa del suero anti-diférico, me hacen colocar el presente caso entre las difterias de localización genital, aunque éstas sean sumamente raras, como lo reconocen famosos autores, tales como Williams, Bumm, Jeannin y como lo hace notar nuestro Prof. C. Monckeberg.

En cuanto al origen de la infección es más difícil de explicar aún.

No es posible pensar que haya sido la gasa yodoformada la portadora, por cuanto sabemos que el bacilo de Loeffler soporta muy mal la acción de los desinfectantes, pereciendo rápidamente en presencia de ellos. En cuanto a que hayamos sido nosotros en el momento de retirar la gasa, nos parece también difícil, por cuanto hemos obrado con todas las reglas de asepsia necesarias, y más aún, no hemos atendido este último tiempo ningún diftérico, que pudiera ser la primera fuente de contagio. En esta situación, no nos queda otra cosa que aceptar que haya sido la enferma misma la portadora de su infección y que el bacilo que hacía las veces de un saprofito haya tomado carácter patógeno por el choc operatorio.

ASISTENCIA PÚBLICA.—CASA CENTRAL

ILEUS BILIAR⁽¹⁾

por el

Dr. Agustín INOSTROZA P.

Médico de la Casa Central de la Asistencia Pública
Cirujano del Hospital Manuel Arriarán.

Es sabido que la eliminación de los cálculos biliares puede efectuarse espontáneamente por las vías digestivas, ya sea por el estómago, ya sea por el intestino.

Sólo es dable el pasaje de cálculos de tamaño considerable previa la formación de una fístula vesicular con adherencias al estómago, duodeno y más raramente al ángulo derecho del colon. La primera posibilidad es rara y sólo se tiene noticias de uno que otro caso aislado en que después del vómito se ha expulsado el cálculo.

Las que verdaderamente tienen interés para el cirujano son las dos últimas variedades, y de éstas, la perforación al intestino delgado, puesto que en el caso de perforación al intestino grueso es muy remota la posibilidad de una obstrucción, por muy grande que sea el cálculo.

Sin embargo, estos accidentes no son frecuentes. Hartmann cita tres casos de los cuales uno termina por curación por avance progresivo del cálculo hasta que se expulsó por el recto. Mayo Robson cita cuatro casos. Januard, en trescientas obstrucciones intestinales en el London Hospital, recuerda ocho casos.

El sitio de la obstrucción es generalmente al nivel de la segunda mitad del intestino delgado, siendo tanto más elevada esta obstrucción cuanto más grande es el cálculo. Más frecuente en la mujer que en el hombre, excepcional en la pubertad y edad media de la vida, se presenta de preferencia sobre los cincuenta años.

(1) Conferencia leída el 3 de Septiembre.

Se llega a la perforación de la vesícula al intestino de tres maneras: por ulceración lenta de los tejidos; por desgarradura brusca en el curso de una crisis dolorosa, después de esfuerzos violentos, siendo este dolor súbito, de cuchillada, a veces sincopal, y se acompaña de enterorragia, y por último por colecistitis purulenta y flegmón subhepático. En el avance del cálculo a lo largo del tubo intestinal es detenido por un espasmo, formándose un verdadero rodete de la mucosa que él empuja.

Los síntomas son todos aquellos de la oclusión: vómitos, hipo, dolor abdominal que puede cambiar de sitio, pero que tiende de preferencia a localizarse en el flanco derecho, en la región apendicular como en nuestro caso personal. La supresión de gas y materias fecales tiene como característica que por momentos puede haber pasaje de ellas, siendo en este caso obstrucción incompleta.

Körte, ha señalado como síntoma pequeñas hemorragias que él denomina premonitorias y que pueden preceder a la crisis de obstrucción.

Chauffard cita como un síntoma curioso el vaciamiento brusco y en masa del intestino. Se presentaría, según él junto con el dolor brusco de perforación, una necesidad imperiosa de defecar con una abundante deposición; la llegada del cálculo al intestino y antes de producirse la fijación por espasmo, daría lugar a un peristaltismo excesivo.

La palpación no da ningún dato a menos de haber estallado la peritonitis.

Algunos veces estos cálculos pueden quedar un tiempo más o menos largo en el tubo digestivo antes de producir accidentes, hechos que se han comprobado por autopsias en que han encontrado fistulas biliares antiguas cicatrizadas.

El diagnóstico es difícil, siendo muchas veces una sorpresa el hallazgo de estos cálculos. Se explica esto, puesto que muchos enfermos jamás han tenido ictericia, ni siquiera síntomas que haga pensar en una afección hepática (obs. N.º 1). Además, la lentitud en algunos casos del proceso ulceroso hace que falten antecedentes, o sólo a veces se puede anotar crisis dolorosas abdominales de algunos meses o semanas antes.

El pronóstico es siempre grave, tanto más cuanto que ordinariamente se operan estos enfermos después de dos o tres días de haber aparecido los primeros cólicos y de haber sido muchas veces sometidos a tratamiento médico. La mortalidad es muy elevada; en el año 1921 en la Sociedad de Cirugía de París se daba un 70% de mortalidad. Otros autores más afortunados dan mejores estadísticas, pero casi siempre sobre un 50%.

El tratamiento debe ser sobre todo quirúrgico, a pesar de los casos aislados de curaciones por tratamiento médico. Desde que los síntomas de oclusión estallan, la laparotomía se impone.

Es buena técnica, sobre todo si se sospecha el ileus biliar, ir a explorar la última parte del intestino delgado. Una vez constatado

el cálculo se hará una enterotomía y la extracción de él.

Es preferible, según Lejars, no hacer la abertura del intestino en el punto donde se aloja el cálculo, puesto que a ese nivel las paredes están friables e infiltradas, sino a alguna distancia, o sea, en tejido sano, hacer en seguida deslizar suavemente el cálculo y suturar la pared intestinal en dos planos.

Naturalmente que la intervención se termina con esto y no es aconsejable ir a explorar mucho la vesícula biliar, puesto que se correría el riesgo de romper adherencias ya establecidas, quedando para después cualquiera intervención sobre las vías biliares.

Observación N.º 1. — A. C., costurera, 48 años, ingresa a la Asistencia Pública el 18 de Septiembre de 1923.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Regló a los catorce años. Reglas normales. Cinco hijos sanos. No acusa ninguna enfermedad anterior de importancia. Estitiquiez antigua, se pasa ocho días sin mover su intestino.

Enfermedad actual. — El día 17 en la noche fué sorprendida bruscamente por un dolor intenso en el abdomen, sobre todo a nivel del epigastrio, y que se acompaña de vómitos alimenticios primero para hacerse biliosos después. Pasa en este estado toda la noche, a pesar del tratamiento que le hicieron (láudano, curaciones húmedas calientes). En la mañana del 18 es trasladada a la A. P. donde la examinamos a las 10 de la mañana.

Enferma regularmente constituida, se presenta al examen muy angustiada, dando gritos de dolor. Palidez intensa, pulso 120, temperatura axilar normal, rectal 37,8. Traspiración abundante. El abdomen no se deja deprimir en ningún punto, la palpación es muy dolorosa, sobre todo a la derecha. El tacto vaginal dá el fondo de saco lateral derecho más sensible que el izquierdo.

Nos llama la atención, en primer lugar, el que los dolores se exacerban de tiempo en tiempo. No llegamos después de nuestro examen sino al diagnóstico de abdomen agudo, pensando primero en una apendicitis y aún en un embarazo tubario roto, por la forma inicial del dolor, la palidez y el pulso.

Se propone la intervención, que efectuamos inmediatamente, y que consiste en una laparotomía media infra-umbilical. Abierto el peritoneo se presenta el intestino de coloración rojiza. Apéndice normal, como también los anexos. Desde el primer momento notamos una dilatación anormal del intestino delgado. Explorando más, tropezamos con un cuerpo duro a nivel de la desembocadura del intestino delgado en el ciego, que tratamos de movilizar; pero que está bastante fijo. Incisión en el borde externo del intestino delgado a unos cinco centímetros de su desembocadura, previo aislamiento y extracción, para dejarlo extraperitoneal. Se logra extraer un cálculo; se hace una sutura en dos planos. Tomando en cuenta la ninguna maniobra extra-peritoneal, suturamos por planos sin dejar drenajes.

El estado post-operatorio no tuvo nada de especial, siendo trasladada a la sala N.º 5 de mujeres del Hospital San Vicente de Paul el 23 de Septiembre. Es dada de alta en perfectas condiciones el 4 de Octubre. Posteriormente he tenido ocasión de ver a esta enferma, hace dos meses, y dice sentirse perfectamente, persistiendo siempre su estitiquiez.

Observación N.º 2 (que debo a la amabilidad de mi amigo el Dr. Johow, por ser de su clientela particular). — T. T. V., 73 años, ingresa a la Asistencia Pública el 16 de Julio de 1924, a las 21.30 horas.

Antecedentes personales. — Sufría desde hace bastante tiempo de una colecistitis crónica.

Enfermedad actual. — Comienza hace tres días con grandes dolores abdominales y vómitos que son persistentes; en seguida hay falta absoluta de expulsión de gases.

Se diagnostica una oclusión intestinal, y con ese diagnóstico es operado esa misma noche en la Asistencia Pública por el Dr. Johow.

Sospechando una lesión de las vías biliares, el cirujano practica una laparotomía supra-umbilical. A nivel del intestino delgado se comprueba un cuerpo extraño que obstruye el intestino. La pared de éste se encuentra sumamente delgada y en parte esfacelada. Abierto en un sitio algo distante, se encuentra un gran cálculo biliar. Peritonitis generalizada. Se cierra la pared abdominal dejando un drenaje.

El estado post-operatorio es malo; pulso rápido, muy débil, persisten los vómitos, la temperatura alcanza 38° y la enferma fallece el día 18 a las 22 horas.

Algunas consideraciones

sobre un caso de

meningitis sifilítica secundaria

por el

Dr. Florencio GARÍN R.

Al Servicio de Clínica del Prof. Brockmann ingresó el 20 de Junio próximo pasado un joven, domiciliado en Cauquenes, cuyo pasado patológico era nulo hasta hace ocho meses, fecha en que contrae, a nivel del glande, un chancro único, indoloro, que fué catalogado por los médicos que lo asistieron, como sifilítico, diagnóstico que ha sido confirmado por la evolución ulterior de la enfermedad, pues a los dos meses de la

aparición del chancro, sobrevienen lesiones cutáneas generalizadas de tipo pápulo-pustuloso, que persisten más o menos dos meses, dejando en su lugar manchas pigmentadas.

El enfermo ha sido sometido a tratamiento específico mixto con cianuro de mercurio y neosalvarsán, habiendo recibido en el lapso de ocho meses 90 inyecciones de 1 centígramo cada una y dos series completas de neosalvarsán. Este tratamiento ha sido insuficiente para detener las lesiones luéticas que se han ido presentando, como vamos a verlo, por evolución que ha tomado la enfermedad. Hace dos meses el paciente comienza a sufrir de escalofríos violentos, fuertes cefaleas frontales que se intensifican en la noche, impidiéndole el sueño; en la misma época aparecen vómitos de tipo cerebral, biliosos; constipación poco marcada de dos o tres días, anorexia y epistaxis. Este estado de cosas lo obliga a guardar cama durante un mes, al fin del cual se levanta más o menos lo mismo, pues persisten los síntomas, salvo las epistaxis, que duraron solamente alrededor de quince días. Pasa un mes más en el mismo estado, hasta que se decide a venir a Santiago a hospitalizarse.

Al ingresar al Servicio se comprueban los síntomas subjetivos ya mencionados, y objetivamente hay un pulso de 76, regular, temperatura de 37°, respiración 24, presiones 11 por 6,5, buena constitución corporal, algo enflaquecido; la piel presenta manchas pigmentadas; en los ojos el examen de fondo fué normal; el resto de los órganos no presentan nada de particular; el examen del sistema nervioso sensitivo-motor no da síntomas especiales. Se practica una punción lumbar y se obtiene con el aparato de Claude una presión de 58 cm.; el examen dió aspecto turbio, albúmina 0.50, cloruros 6.8, glucosa 0.1; leucocitos 600 × mm.3, abundantes conglomerados y algunos deformados (Dr. Sepúlveda). El Wassermann es positivo en el líquido y en la sangre. El examen de orina es normal.

En vista del síndrome de hipertensión craneana y de los datos anamnésicos y de laboratorio que se obtuvieron, el diagnóstico es sencillo: se trata de una meningitis luética. La evolución en el servicio ha venido a agregar algunos síntomas de localización del proceso, pues el día 28 aparece una parálisis de tipo periférico del facial izquierdo (signo de Charles-Bell, lagofthalmus, desviación de la boca hacia el lado derecho, etc.), al mismo tiempo se comprueba una hipoestesia de todo el territorio del trijeminio izquierdo.

* * *

El examen del líquido céfalo-raquídeo demuestra que la sífilis ataca precozmente las meninges. En el período primario se puede comprobar por medio de las reacciones coloidales (oro, benjuí, mástic, etc.), que las meninges sufren ya la acción de los treponemas o de sus toxinas. A medida que la sífilis progresa, y sobre todo en el período secundario, el líquido céfalo-raquídeo presenta

alteraciones más características y completas, aparecen hiperleucocitosis e hiperalbuminosis especialmente a expensas de las globulinas (reacción de Nonne-Appelt, a menudo positiva), la presión intra-raquídea se eleva y el Wassermann se hace positivo. En el período terciario, y aun ya a fines del secundario, las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo comienzan a declinar, para desaparecer la mayoría de las veces, siendo la última en hacerlo la linfocitosis; pero hay casos en que la regresión se detiene, persistiendo más o menos estacionaria por un período a veces bastante largo, aun de muchos años.

Las alteraciones bio-cito-químicas del líquido céfalo-raquídeo reflejan más o menos exactamente las lesiones que sufre el sistema nervioso. A Ravaut corresponde el mérito de haber precisado cuáles son las alteraciones nerviosas que la lúes produce, especialmente en su comienzo. Las primeras lesiones se originan en la pía madre y en sus vasos sanguíneos arteriales y venosos, sobrevienen en ellos infiltraciones de células redondas, plasmazellen y leucocitos. A este proceso lo denomina Ravaut con el significativo nombre de lepto-meningo vascularitis y está destinado a desaparecer por reabsorción o a persistir pasando a la cronicidad por transformación de un tejido escleroso que producirá poco a poco el compromiso del elemento noble del tejido nervioso.

Según la intensidad de la meningo-vascularitis el proceso se manifestará únicamente por el examen del líquido céfalo-raquídeo o bien se traducirá por una sintomatología clínica más o menos intensa, es decir, habrá una simple reacción meníngea, o meningitis latente, o bien habrá una meningitis aparente, patente o clínica. Cuando se trata de una verdadera meningitis se traduce por los síntomas del síndrome de hipertensión craneal puro, frustrado o completo (cefalea, vómito, bradicardia, etc.), o bien se agregan síntomas de localización (parálisis, paresias, etc.) El líquido céfalo-raquídeo traduce las alteraciones meningo-vasculares en forma diferente, según que el proceso sea agudo o crónico. En los casos agudos hay alteraciones cuantitativas y cualitativas más acentuadas, así la albuminosis y leucocitosis son mucho mayores y en la fórmula leucocitaria, aunque predominen los linfocitos, hay también un buen número de poli y mononucleares.

El tratamiento de las meningitis sifilíticas se reduce a hacer el tratamiento usual de la sífilis, pero hay que tener presente que mientras las meningitis del período secundario son bien influenciadas por el tratamiento específico, las terciarias son a veces sumamente rebeldes, debido a que en este caso se trata de lesiones anatómicas más evolucionadas y no de infiltraciones fáciles de reabsorber, como en las meningitis jóvenes.

En nuestro enfermo la meningitis, a pesar de ser del período secundario y haber sido tratada específicamente, ha seguido una marcha progresiva. Este hecho puede explicarse en dos formas, a saber: se trata de una variedad de treponema muy virulento

arseno y mercurio resisten a la vez, o bien el tratamiento específico que ha recibido el enfermo ha sido insuficiente. La idea que se trata de un treponema de virulencia exaltada encuentra apoyo en el hecho que la meningitis ha sido febril, hay gran reacción meníngea, comprobada por el examen del líquido céfalo-raquídeo, y ha sido a un tratamiento que normalmente es eficaz en casos semejantes; en cuanto al hecho que el tratamiento específico ha sido defectuoso, es cierto, por lo menos al neosalvarsán, del cual se recomienda inyectar como dosis total mínima a lo menos 5 gramos en cada ciclo de tratamiento. El uso de los preparados bismutados está plenamente indicado en los casos resistentes al arsénico o al mercurio.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD MEDICA

22 de Agosto, 1924

Presidente: Prof. Prado Tagle

Epilepsia parcial post-traumática. — Dr. Lea Plaza. Presenta un enfermo que hace ocho años recibió un traumatismo craneal que se acompañó de pérdida pasajera del conocimiento y que no fué seguido de otros trastornos hasta hace tres años, fecha en que comienza a sufrir de ataques epileptiformes. Las convulsiones empiezan por el orotejo mayor izquierdo, siguen ascendiendo por el miembro inferior, pasan al miembro superior, llegan al cuello y en ese momento se produce la pérdida del conocimiento; los ataques se repiten a diario, pero lo más a menudo en forma incompleta, quedando las convulsiones localizadas al miembro inferior. Los ataques se han acompañado de una hemiparesia izquierda progresiva de tipo central a la que se juntan alteraciones sensitivas del mismo lado; hay disminución de la sensibilidad superficial al tacto, dolor y calor y de la sensibilidad profunda, que consisten en abolición del sentido articular en los orotejos y disminución en el resto del lado izquierdo, hay disminución de la sensibilidad ósea y del sentido estereognóstico. Tanto las perturbaciones motoras como las sensitivas son mucho más acentuada en los orotejos y disminuyen progresivamente hacia arriba, de tal modo que en el facial son mínimas. En el lado derecho del cuerpo comienzan a esbozarse también pequeños síntomas piramidales. El examen del líquido céfalo-raquídeo fué normal, las reacciones coloidales igualmente normales, excepto el Langué, que indicó una curva banal de reacción meníngea; el Wassermann resultó negativo en el líquido y en la sangre. El examen de fondo de ojo demuestra un edema papilar doble, más intenso al lado derecho; la agudeza visual está conservada, el campo visual toma-

do para los colores blanco, azul, rojo y verde, está estrechado en forma decreciente en el orden normal. Existe una pigmentación de las mejillas y labios acompañada de hipotensión, pero sin otros síntomas que hagan pensar en una insuficiencia suprarrenal. El examen radiológico del cráneo demuestra que hay una sombra en la parte más superior de la zona rolandica derecha que se extiende un poco hacia el lado izquierdo; por sobre la sombra se ve que la lámina interna del hueso está como escavada; además, se nota que la silla turca está aumentada y ensanchada.

El conjunto de síntomas que presenta el enfermo demuestra que se trata de una compresión de la zona sensitivo-motora del lado derecho y de una parte de la izquierda, complicada de edema papilar doble con compromiso del nervio óptico. En cuanto a la etiología se puede pensar que se trata de una compresión por un callo óseo, resto de una antigua fractura producida por un traumatismo y que pasó desapercibida; habla en favor de esta hipótesis el hecho que el líquido céfalo-raquídeo sea normal y que no hay antecedentes de lúes y que el tratamiento específico no ha dado ningún resultado; además, la radiografía parece mostrar la presencia de una fractura. En todo caso, el edema de la papila indica formalmente la trepanación descompresiva que puede hacerse empleando la incisión en herradura haciéndola alcanzar hasta la línea media.

Prof. J. Ducci. Los rasgos de fracturas del cráneo son como rayas hechas a lápiz y se pueden confundir con sombras vasculares. La sombra que aparece en la radiografía puede verse en casos normales y se debe entonces a la confluencia de los senos.

Dr. Puelma. Llama la atención a que el traumatismo sufrido por el paciente fué en la frente y la lesión aparece en la región parietal.

Dr. Charlín. En una revista extranjera reciente aparece relatado un caso muy semejante a éste en que se trataba de un gliosarcoma de la lámina interna del cráneo.

Prof. Prado Tagle. La dura reemplaza al periostio interno y en las fracturas reacciona produciendo a menudo procesos de paquimeningitis adhesiva; a veces se producen hematomas que impiden la buena formación del callo.

Dr. Lea Plaza. En realidad, el enfermo no sabe precisar el sitio del traumatismo. En casos de traumatismo craneales debe pensarse siempre en los abscesos cerebrales, pero en este enfermo todas las investigaciones al respecto han sido negativas.

Osteo-sarcoma vascular de la tibia. — **Dr. Prado Reyes.** Relata la observación de un enfermo de treinta años de edad que fué mandado a su Servicio por la Asistencia Pública con el diagnóstico de sarcoma de la rodilla izquierda. La enfermedad se inició seis meses antes por un dolor en la parte superior y externa de la tibia izquierda, dos meses más tarde aparece en el mismo sitio un tumor que siguió creciendo hasta que el

enfermo se ve obligado a recurrir al hospital. El examen directo comprueba la presencia de un tumor blando, fluctuante, poco doloroso a la presión, hay dolor en el platillo tibial y en ambas regiones inguinales hay infarto ganglionar. Se diagnostica una osteitis tuberculosa y se procede a la intervención. Mientras se anestesia al enfermo se comprueba que el tumor presenta latidos y se hace colocar una venda elástica en la raíz del miembro porque se piensa que se trata de un aneurisma; se abre el tumor rompiendo una delgada lámina ósea que lo recubre y se encuentra un contenido compuesto de sangre y coágulos que se extraen y se hace un raspaje de la cavidad, se suelta la ligadura produciendo una abundante hemorragia por lo cual se deja un taponamiento con gasa yodoformada. La anatomía patológica demostró que se trataba de un sarcoma de células gigantes. El Dr. P. presenta este caso, porque se trata de un hecho raro y porque es el segundo que se describe entre nosotros, habiendo descrito el primero el Dr. Prado T. hace dos años atrás.

Dr. Johow. Pregunta si el enfermo ha curado con el tratamiento hecho, porque estos tumores siempre se reproducen y el medio más eficaz de tratarlos es hacer la amputación.

Dr. Prado Reyes. Es de la misma opinión del colega, y si no se amputó fué porque se hizo el diagnóstico de aneurisma óseo.

Ictericia hemolítica familiar curada por la esplenectomía. — **Dr. Garibaldi.** Presenta una paciente de veintisiete años que acusa haber tenido desde pequeña un tinte subictérico de la piel, al igual que su padre y una tía paterna. En repetidas ocasiones ha sufrido de hemoptisis y epistaxis y su menstruación se produce dos veces al mes. Hace cuatro años nota que su tinte icterico se hace más marcado, al mismo tiempo que siente dolores a ambos hipocondrios, este hecho se ha repetido varias veces. En el servicio se comprueba una hepato-esplenomegalia, acompañada de subictericia y de un síndrome hematológico característico que junto con los antecedentes hacen establecer el diagnóstico de ictericia hemolítica familiar. Se lleva la enferma a cirugía, y se hace la extirpación del bazo, el cual pesaba 900 grs.; la herida operatoria curó después de algunas incidencias sin importancia. La enferma se encuentra actualmente en muy buenas condiciones, la fórmula hematológica es casi completamente normal; sólo persiste cierto grado de fragilidad globular.

Esclerosis de la arteria pulmonar. — **Dr. Mardones.** Hace la relación de la historia de un enfermo de 44 años, fogonero, entre cuyos antecedentes mórbidos merece mencionarse una lúes que adquirió a los 24 años. Los síntomas que presenta el paciente son en primer lugar la cianosis y el dolor retroesternal acompañados de ahogos y palpitaciones; objetivamente hay un aumento del área cardíaca y un apagamiento de los tonos; en ambos pulmones hay estertores de toda clase y de todo calibre, y en la base derecha un derrame. La cianosis y demás síntomas cardíacos no se acompañan de so-

plos, por lo cual se puede excluir una afección congénita del corazón, para pensar en una aneurisma que comprimiera las cavas se necesitaría la presencia de otros síntomas, queda como diagnóstico posible una estrechez de la arteria pulmonar. Este diagnóstico fué comprobado por la autopsia, pues se encontró una gran cantidad de placas en las ramificaciones de la arteria pulmonar, no así en el tronco, el cual presentaba un engrosamiento difuso poco acentuado. Los alemanes han estudiado bastante esta afección y han llegado a denominarla angina cianótica, debido a la importancia capital que estos dos síntomas tienen; es bastante rara, y entre nosotros el caso presentado es tal vez uno de los primeros.

Dr. Alessandri. Pregunta si se ha hecho alguna radiografía, porque en estos casos los vasos del hilio pulmonar están aumentados.

Dr. Mardones. No se hizo el estudio radiológico debido a la gravedad del enfermo.

Tratamiento de las pleuresías metapneumónicas. — **Dr. Mesa Olva.** A propósito de tres casos de pleuresía que ha tenido en su Servicio, hace algunas consideraciones sobre su tratamiento. El primer caso se trataba de un niño con una pneumonía que hizo una crisis no franca; el examen clínico y radiológico demuestran la presencia de un derrame. Como el niño siguiera mejorando, no se hizo la punción y fué dado de alta al parecer sano, pero con los síntomas de derrame. A los pocos días vuelve al Servicio con puntada de costado y temperatura; se hace la punción y se extraen 250 cc. de pus con lo cual comienza a mejorar rápidamente, una segunda punción fué blanca y el enfermo se retiró sano a su casa. El otro enfermo también tiene su pneumonía que no hace crisis franca, debido a que presenta un derrame purulento, la toracentesis da salida a un pus espeso, difícil de extraer completamente, por lo cual se indica la pleurotomía. El tercer caso se trata de una pleuresía hemorrágica que complica a una pneumonía y en la cual no se encuentran glóbulos blancos deformados. La epidemia de gripe de 1918 demostró que la intervención quirúrgica de las pleuresías en plena pneumonía, producía un 80 por ciento de mortalidad y que es preferible hacer toracentesis repetidas. Después de que la pneumonía hace crisis se puede intervenir, pero no debe hacerse siempre, como lo demuestra el caso del primer enfermo, sino que debe atenderse a la calidad del pus, según sea más o menos espeso y según que se trate de neumococos puros o asociados, así el primer enfermo tenía pneumococos puros y el segundo asociados. Sobre todo hay que tomar en cuenta las consecuencias que produce la pleurotomía para no indicar en todos los casos la intervención quirúrgica. Afortunadamente se cuenta hoy día con un procedimiento que permite evitar las complicaciones de la pleurotomía y que es tema de una tesis de Paris aun no publicada, que consiste en incindir la piel sobre una costilla y los músculos intercostales y pleura por encima de dicha costilla; así se evita el pneumotórax con sus compli-

caciones y la evacuación se hace con tórax cerrado.

Dr. Puelma. Cree que el método indicado por el Dr. M. O. no es una novedad, por cuanto un autor inglés describe un método muy semejante, que consiste en tallar un colgajo músculo-cutáneo de base superior, que se baja sobre la incisión pleural y que evita el pneumotórax.

Dr. Johow. Ha empleado todos los métodos y estima que el mejor es el que consiste en marzupializar la pleura, pero que como condición esencial necesita ser seguido del tratamiento ortopédico, que consiste en movilizar el pulmón haciendo ejercicio respiratorio precoz; así curan las pleuresías sin dolor y rápidamente.

Dr. Meza Olva. Las estadísticas que presenta el autor francés son de lo mejor, y por eso ha estimado conveniente dar a conocer el método en referencia.

Dr. Johow. Estima que las pleuresías crónicas, que siguen a las agudas, tratadas por la toracotomía, no deben existir actualmente, gracias al tratamiento ortopédico oportunamente instituido, sin importar el método operatorio que se emplee; pasa lo mismo que en una artritis de la rodilla u otra articulación, se hace una astrostomía seguida de movilización precoz de la articulación y la mejoría se obtiene rápidamente.

Diagnóstico radiográfico de cálculos de las vías urinarias. — **Dr. Ducci.** Presenta algunas radiografías de cálculos de las vías urinarias y hace ver la importancia que tiene el empleo del examen radiográfico como método diagnóstico en las afecciones calculosas de las vías urinarias.

29 de Agosto, 1924

Presidente: Prof. Prado Tagle

Úlcera duodenal tratada por gastrectomía amplia. — **Dr. Prado R.** Presenta la observación de una enferma de 28 años, entre cuyos antecedentes figura la historia de una apendicitis que fué operada hace dos años. Cinco meses más tarde vuelven a aparecer sus molestias gástricas, especialmente el dolor después de las comidas, que se exacerba en la noche y la obligan a recurrir a la morfina; en una ocasión presentó una hematemesis. Pasa en esta forma dos años, hasta que se decide a venir a Santiago en donde consulta al Dr. P., quien hace practicar un examen de jugo gástrico que da una hiperclorhidria acentuada y un examen de rayos que revela una ptosis del estómago con atonía, el píloro se halla rechazado a la derecha, en el duodeno no se vió nada de especial. Por la sintomatología clínica se diagnostica úlcera del duodeno y se aconseja la intervención, que es aceptada. En la intervención se encuentra el estómago dilatado y ptosado, el duodeno está adherido a la vesícula a nivel de una úlcera que se encuentra en la primera porción; se practica una píloro-gastrectomía seguida de una gastro-yeyunostomía posterior. La enferma curó a

los doce días y sus molestias gástricas no han vuelto a aparecer. Se practicó esta operación por tres razones: la primera, por temor a la úlcera péptica debido a la gran hiperclorhidria; la segunda, porque la ptosis gástrica podía acedar el asa anastomótica; la tercera, por la posibilidad de la estenosis pilórica por pilorismo reflejo. Siguiendo los consejos de Pauchet, no se hizo la resección del duodeno enfermo, sino la del estómago, operación que parece ilógica, pero que da buenos resultados. El duodeno debe researse cuando hay amenaza de perforación o hay hemorragias alarmantes; la gastro-yeyunostomía se hace cuando hay estenosis del duodeno que impide practicar la gastro-duodenostomía.

Tres casos de operación cesárea. — **Dr. M. Avilés.** Presenta tres casos de cesárea, en que la madre y el niño está vivos y en que se trataba de tres tipos diferentes de vicios pelvianos; el primero era una pelvis generalmente estrecha, el segundo una pelvis plana de grado medio y el tercero una pelvis asimétrica que presentaba la particularidad de tener disminuidos los diámetros del mismo lado de la lesión del miembro inferior izquierdo, debido a que la enferma se apoya en este lado y flecta la pierna del lado sano. La técnica operatoria que se empleó fué la corriente. Como hecho previo se inyectó ergotina; en dos casos el útero se luxó antes de incindirlo y en el otro se indició antes de luxarlo, lo que permite hacer una incisión menor, pero se produce mayor hemorragia.

Trastornos motores de orden sugestivo. — **Dr. Lea Plaza.** Presenta un enfermo que fué traído a la Sociedad Médica el año 1914 por un síndrome de Meniere que se instaló en el curso de una tifoidea mientras el enfermo permanecía en el Servicio del Prof. García Guerrero. En ese tiempo se insistió mucho delante del enfermo que los síntomas aparecían cuando cambiaba la posición de la cabeza, así, por ejemplo, cuando miraba de frente no notaba nada de especial, pero al mirar a los lados o a otra parte aparecían vértigos, mareos, etc. Estos hechos se grabaron en la mente del enfermo, como se ve por los acontecimientos que han tenido lugar posteriormente. Hace dos años vuelve al servicio de Neurología quejándose de temblor al brazo y pierna que sobreviene cuando miraba a los lados; se hizo tratamiento por sugestión y curó. Hace pocos días vuelve de nuevo al servicio sufriendo de espasmos dolorosos a los músculos de los miembros inferiores que se producen cuando el paciente mira a los lados y que, según su expresión, lo dejan estacado en el suelo; el espasmo sobreviene también con la compresión ocular y desaparece con una nueva compresión y al volver a andar le sobrevienen espasmos raros que producen una marcha estrambótica. Se trata en este caso de una tetania histérica cuya génesis es interesante, porque tuvo su origen en las ideas que se le fijaron cuando comenzó su síndrome laberíntico. El tratamiento sugestivo no ha dado resultado porque el paciente no da

importancia a sus espasmos sino a sus síntomas laberínticos.

Tratamiento nuevo del alcoholismo. — **Dr. Puelma.** Hace la relación de todos los tratamientos emprendidos hasta hoy día para terminar con el alcoholismo y sus consecuencias y da a conocer un método que le fué sugerido por un tratamiento usado por un médico francés, que consistía en usar la auto-sueroterapia y que logró reunir 16 casos con buen resultado. El Dr. P., en vez de usar el autosuero, usa la autohemoterapia, extrae dos centímetros cúbicos de sangre y los inyecta en el brazo sin preocuparse si la inyección queda subcutánea o intramuscular, repite la inyección una vez por semana tres veces consecutivas. La mejoría que experimentan los enfermos se deja sentir desde la primera inyección, pues no sienten ningún deseo de beber.

Para llevar una estadística en forma, el Dr. P. investiga los siguientes síntomas: anorexia, vómitos, pituitas, gastralgias, dolores hepáticos, hormigueos, dolores musculares, hiperestesias, calambres, vértigos, temblores, diplopia, irritabilidad, insomnio, pesadillas; estos síntomas se colocan en fila de arriba abajo y al lado de ellos se marcan con un signo positivo o negativo, según que el enfermo presente o no el síntoma marcado. Trae a la Sociedad Médica este tratamiento para pedir a los señores socios que le proporcionen material y para que le indiquen el mejor medio de llevar a cabo sus investigaciones.

Dr. Meza O. Recuerda el caso de un epiléptico alcohólico en quien se empleó la suero-terapia para tratar su epilepsia, y se logró que no bebiera durante un año pasando sin ataques; cuando volvió a la bebida volvieron sus ataques; cree ahora que el tratamiento que se creyó usar para la epilepsia fué para el alcoholismo.

Prof. Aldunate. Dice que en los asilos para toxicómanos se investiga la fórmula leucocitaria, porque sufre variaciones constantes y características que permiten apreciar la mejoría y precaverse de las supercherías de los pacientes.

Dr. Prunés. Cree que da mejor resultado la inyección intramuscular y se evitan las pigmentaciones de la piel.

Prof. Prado T. Estima necesario tomar todas las precauciones posibles en los toxicómanos, especialmente el control científico.

Tratamiento nuevo del tracoma. — **Dr. L. Prunés.** El procedimiento consiste en tratar el tracoma por la ionización con sulfato de cobre; para eso se cocainiza el ojo para evitar el dolor, en seguida el electrodo negativo, que es en forma de placa apropiada para el ojo, se envuelve en un algodón empapado en solución de sulfato de cobre, se pone en contacto con la superficie tracomatosa y se hace pasar una corriente continua de dos a cuatro mil amperes de intensidad; las aplicaciones se repiten hasta dos veces por semanas, según el estado del proceso tracomatoso. El señor Torres, quien ha tomado como tema de memoria este nuevo procedimiento, presenta

dos enfermos tratados por la ionoterapia con cobre en los cuales se aprecia la gran mejoría que han experimentado, sobre todo uno de ellos, quien se hizo el tratamiento a un solo lado, lo cual permite ver mejor el beneficio obtenido.

Drs. Villalón y Charlín. Conocen algunos de los enfermos tratados y estiman que la mejoría es evidente.

Dr. Lea Plaza. En su Servicio se usa con mucha frecuencia la ionoterapia obteniéndose resultados que no se consiguen introduciendo los medicamentos en otra forma.

Dos casos de oftalmía simpática. — **Dr. Italo Martini.** Relata la observación de dos enfermos que presenta, el primero nota la aparición de los síntomas simpáticos 30 años después del traumatismo del otro ojo; en cambio, en el segundo, se compromete el ojo sano a los 25 días. Basándose en la teoría de la patogenia nerviosa de la oftalmía simpática, el Dr. M. emplea el bromuro de potasio a dosis de seis gramos diarios, con el cual dice haber observado una mayor rapidez en la curación de la enfermedad.

Dr. Charlín. No se acepta hoy día la teoría nerviosa sino la infección producida por un virus filtrante que iría a localizarse al otro ojo por vía sanguínea, y por esta razón no se acepta la exanteración, sino la enucleación.

Dr. Villalón. En realidad, no se sabe todavía a punto fijo cuál es la teoría verdadera. En su Servicio se han practicado muchas exanteraciones sin que se hayan producido oftalmías simpáticas.

Tuberculosis renal y endocarditis maligna. — **Sr. González.** Da cuenta de la observación de un enfermo que se operó en el Servicio del Dr. Lobo O. por una tuberculosis renal unilateral, en el cual, estando en convalecencia aparece de repente una elevación de temperatura, acompañada de taquicardia y puntada en el lado derecho del tórax y en quien se comprueba un soplo sistólico en la punta del corazón con apagamiento de los tonos y un aumento del bazo. Por esta sintomatología se piensa en una endocarditis maligna y se hace practicar una hemocultura que da estreptococcus puros, con lo cual el diagnóstico queda comprobado. Este caso es de interés, por tratarse de una complicación rara de pronóstico fatal.

SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA

10 de Julio, 1924.

Presidente: Dr. Cienfuegos

Reumatismo cervical complicado de endocarditis. — **Dr. Cienfuegos.** Presenta un niño de dos años en que el diagnóstico de reumatismo cervical muy difícil en un comienzo, se hizo por el dolor agudo y la rigidez de la región cervical sin síntomas menín-

geos y por la reacción francamente favorable que siguió a la administración de salicilato de sodio, desapareciendo en pocos días toda la sintomatología, incluso el cuadro cardíaco del cual no han quedado huellas.

Un caso de Raquitismo.—**Dr. Cienfuegos.** Presenta, además, una niña de 3 años que tiene la frente cubierta de pelos implantados sobre una mancha pigmentada que abarca hasta el contorno inferior de la órbita, a manera de antifaz, y cuyas cejas son sumamente pobladas y se juntan en una sola faja de gruesos pelos.

Presenta además esta niña otras manchas pigmentadas cubiertas de pelo largo y fino; todo esto en una chica francamente raquítica y de una inteligencia vivísima. Indica en ella el tratamiento anti-raquítico por medio de un buen régimen higiénico y dietético y en vista de los antecedentes que pueden catalogarse como de francamente lúeticos, ha aconsejado un tratamiento arsenical de prueba con sulfarsenol.

Parálisis obstétrica de tipo superior por lesión de ambos plexos branquiales (Duchenne). — **Dr. Baeza.** Presenta un caso de parálisis obstétrica bilateral, insistiendo sobre la rareza de esta forma y sobre el pronóstico relativamente favorable que tiene el tipo superior, agravado aquí por el hecho de ser una parálisis bilateral.

Respecto al mecanismo de producción se inclina a creer, siguiendo la opinión de muchos autores, que sea producida esta parálisis por un alargamiento del plexo por tracción, en el parto de nalgas, del tronco sobre la cabeza.

El Prof. Monckeberg se refiere al mecanismo de producción de estas parálisis y demuestra la imposibilidad de atribuir las al forceps aun cuando sea aplicado en muy mala forma.

Se constituye la Sociedad en asamblea general para escuchar la Memoria anual del Directorio y proceder a la elección del Directorio 1924-1925.

Asistencia:

Profesores: Commentz, Lea-Plaza, Monckeberg y Sanhueza.

Doctores: Ariztía, Aguirre Cerda, Baeza, Bascuñán, Cienfuegos (Presidente), Daneri, Srta. González Nolle, Garcés Baeza, Infante, Lermada, Letelier, Srta. Mayers, Montenegro, Muñoz Valenzuela, Morales Beltrami, Srta. Peña, Pacheco, Prieto, Scroggie, Schwarzenberg Julio y Otto.

Memoria anual. — **Sr. Presidente.** Lee la Memoria anual de la Sociedad, la que es aprobada.

Elección de Directorio. — Se procedió a elegir Directorio y resultaron elegidos:

Presidente: Dr. Eugenio Cienfuegos.

Vice-presidente: Dr. Julio Schwarzenberg.

Directores: Dr. A. Baeza Goñi, Dr. A. Scroggie, Dr. A. Commentz, Dr. J. Montenegro, Dr. J. Morales Beltrami.

17 de Julio, 1924.

Presidente: Dr. Cienfuegos

Después de leída el acta el Dr. Scroggie hace algunas observaciones sobre ella, relacionadas con la última elección de Directorio y la marcha de la Sociedad; recuerda la labor intensa, valiosa y decisiva para la vida de nuestra corporación, del Prof. Calvo Mackenna y termina haciendo renuncia de su cargo de Director.

El Sr. Presidente levanta algunos cargos que fluyen de la disertación del Dr. Scroggie y da lectura a algunos párrafos de la última Memoria anual que se refieren a esta cuestión. El Dr. Scroggie pide se deje constancia en el acta de sus observaciones.

Fractura de la clavícula. — **Srta. Mayers.** Presenta un niño de 12 días con fractura de la clavícula derecha e impotencia del miembro superior correspondiente que hizo pensar al principio en la existencia de una parálisis obstétrica.

El Dr. Sierra. Se refiere al tratamiento de estas fracturas, importante, dada la pequeñez de los pacientes, y dice que la inmovilización no necesita ser muy rigurosa, porque son lesiones que consolidan con una facilidad y rapidez asombrosas.

Meningitis aguda purulenta. — **Dr. Prieto.** Presenta un caso de meningitis aguda purulenta con contractura intensa de los miembros superiores y en el que el examen bacteriológico del líquido céfalo-raquídeo ha dado diplococcus gram negativos con fundadas sospechas de que se trate de meningococcus de werchselbaun. Traerá próximamente los resultados definitivos.

El Dr. Sanhueza se refiere a la mayor frecuencia con que se observan estos casos de meningitis purulentas que antes constituían una rareza.

Apendicitis aguda y fiebre tifoidea. — **Dr. Otto Schwarzenberg.** Presenta un niño con una fiebre tifoidea que se inició con síntomas abdominales agudos violentos, diagnosticados como apendicitis y operado como tal; posteriormente, el curso de la enfermedad y las pruebas de laboratorio, han revelado la existencia de una tifoidea. Insiste en la suma frecuencia de estas dificultades diagnósticas en el comienzo de las enfermedades infecciosas agudas. Iguales consideraciones, citando numerosos ejemplos, hacen los Drs. Sanhueza, Infante, y Mayer.

El Dr. Valenzuela Larraín llama la atención sobre la forma por demás insidiosa en que suelen manifestarse los cuadros apendiculares en los niños, encontrándose a veces en la operación con verdaderas sorpresas.

El Dr. Julio Schwarzenberg hace resaltar la importancia diagnóstica de la fórmula leucocitaria, por cuanto en la tifoidea hay leucopenia y en la apendicitis leucocitosis, sin que esto sea un recurso de absoluta seguridad.

El Prof. Sierra, aludiendo a esta dificultad diagnóstica de la apendicitis en los niños, aconseja, en los casos sospechosos, operar

con diagnóstico probable, y se refiere a un medio diagnóstico recomendado por autores ingleses y que consiste en hacer el tacto rectal. Dice que ha podido ver en algunos casos que el dedo, obrando como evacuante mecánico, ha hecho desaparecer todos los síntomas alarmantes.

obras de esa institución. Se acordó que la comisión ya nombrada con este objeto concurrirá a las sesiones de la Junta en el momento oportuno.

REVISTA DE TESIS

24 de Julio, 1924.

Presidente: Dr. Cienfuegos.

Anomalías congénitas. — Dr. Inostroza. Presenta dos casos de anomalías congénitas: La primera en una niña de dos años que tiene deformaciones de la extremidad inferior derecha por bridas amnióticas, deformaciones que se acompañan de sindactilia, y la segunda en una niña de seis años con imperforación del ano y fistula recto vaginal.

Teratoma de la región sacra en un lactante. — Dr. Marín. — Presenta un lactante de tres meses con un teratoma de la región sacra, cuya diferenciación en una espina bífida, un quiste dermoideo o un tumor sacro cóxigeo está aún en suspenso. Se procederá a la intervención y así se aclarará este punto.

Renuncia de Directores. — Se pone en discusión las renuncias de los Directores Srs. Commentz y Scroggie. Se acordó aceptar la renuncia del Prof. Commentz fundada en la imposibilidad absoluta en que se encuentra, dadas sus múltiples actividades, para desempeñar el cargo de Director en la forma deseada por él. Se acuerda al mismo tiempo manifestarle el pesar con que la Sociedad de Pediatría lo ve alejarse de su Directorio cuyo prestigio contribuía él a asegurar con su especial preparación, su talento y su laboriosidad.

Se procedió a elegir un Director en su reemplazo, resultando elegido el Dr. Gonzalo Moraga Fuenzalida.

Respecto a la renuncia del Dr. Scroggie, el Sr. Presidente hace indicación para que la Sociedad, tomando en cuenta la gran competencia, actividad y la vastísima labor desarrollada por el Dr. Scroggie desde la fundación de la Sociedad, rechace por aclamación su renuncia del cargo de Director. Así se acordó.

El Patronato Nacional de la Infancia. — Dr. Julio Schwarzenberg. Da lectura a un trabajo muy completo sobre la labor del Patronato Nacional de la Infancia, iniciando así un estudio detenido que hará la Sociedad de todas las obras de protección a la Infancia de nuestro país.

Después de discutirse el trabajo del Dr. Schwarzenberg, se acuerda comisionar a la Mesa Directiva la redacción definitiva de las conclusiones para ser ampliamente estudiadas en la próxima sesión.

Junta de Beneficencia Escolar. — Se lee una comunicación de la Prosecretaria de la Junta de Beneficencia Escolar en que pide el concurso de la Sociedad para una de las

J. León Ortega. — **HIPERTENSIÓN ESENCIAL PERMANENTE** (Imprenta Universitaria). — En una síntesis bastante clara, el autor pasa en revista los principales puntos del debatido tema de la hipertensión arterial, y dedica especialmente su estudio a la forma pura de la enfermedad, la llamada hipertensión esencial.

El autor considera patológicas las cifras de presiones que pasan de 140 o 150 milímetros de mercurio en el hombre y de 120 o 130 en la mujer.

Considera J. L. Ortega, después de enunciar las causas etiológicas, la patogenia de la hipertensión esencial. Sin duda, que es este uno de los puntos más interesantes de la patología arterial y al mismo tiempo uno de los más oscuros. Después de pasar rápidamente en revista los factores renales de la hipertensión, entra de lleno al estudio de las hipertensiones de origen extra-renal. Analizadas estas causas y comentados los trabajos de Pal, de Viena, y de Vaquez, de París, el autor llega a dos conclusiones fundamentales:

"I. La hipertensión permanente es un proceso primitivo e independiente de toda lesión renal.

"II. Esta hipertensión obedece a alteraciones del sistema cromafine que tendrían por efecto una hiperadrenalinemia la que a su vez, por medio de espasmos vasculares, localizados o generalizados, o lesiones orgánicas, localizadas o generalizadas, daría origen a la elevación de la presión arterial".

En una segunda parte de este trabajo, J. L. Ortega analiza las características clínicas de la hipertensión arterial. En la forma latente —sin manifestaciones aparentes— sólo se encuentra una elevación del nivel tensional y, a veces, un reforzamiento del segundo tono aórtico, no siendo esto constante (Janeway y Gallavardin). En algunos de ellos no hay ningún compromiso del riñón; pero, en otros, se suele ver un retardo en la eliminación del azul de metileno y una ligera elevación del coeficiente al Ambard.

Al lado de esta forma, el autor coloca otra en la cual los síntomas son claros y evidentes, es la forma manifiesta.

En ésta están comprendidos varios trastornos, los accidentes hemorrágicos, los nerviosos, los cardio-vasculares y los renales.

Entre los fenómenos hipertensivos, el autor da gran importancia a las hemorragias, que forman, según él, la sintomatología capital de la hipertensión. Pasa en revista las diversas hemorragias: epistaxis, hemorragias oculares, de los centro nerviosos, renales, etc., etc. Entre los fenómenos nerviosos cita la cefalea, los estados vertiginosos, las

alteraciones del carácter, y finalmente, ciertas afasias, parálisis, etc., etc.

Entre los accidentes cardiovasculares recuerda las conocidas alteraciones del corazón que se encuentran en el examen físico: aumento de la matidez, sitio del choque de la punta, las alteraciones de la auscultación, refuerzo del segundo tono aórtico, etc., etc. Finalmente, pasa en revista los accidentes atribuidos a las lesiones renales, el pronóstico, las reglas más recomendables del tratamiento, dietético y medicamentoso, y por último, relata numerosas observaciones clínicas de sujetos hipertensos.

Llega a las siguientes conclusiones:

1º La hipertensión esencial es un proceso primitivo e independiente de toda lesión renal.

2º Esta hipertensión obedece a alteraciones de sistema cromafine que tendrían por efecto una hiperadrenalinemia, la que a su vez, por medio de espasmos vasculares, localizados o generalizados, o lesiones orgánicas, localizadas o generalizadas, o ambos procesos a la vez, daría origen a la elevación de las cifras de la tensión arterial.

3º La hipertensión esencial permanente, en lo que a su etiología se refiere, obedece a causas tóxicas e infecciosas, entre las cuales vemos que a la lúes le corresponde un rol, sin lugar a dudas, de un valor preponderante.

4º En un individuo completamente sano, las cifras de su presión arterial nos dan una curva más o menos uniforme, en la cual sólo constatamos oscilaciones pequeñas, cuya explicación es del dominio de lo fisiológico.

5º En individuos que padecen o han recientemente padecido de cualquier antecedente mórbido, sea éste, febril o no, en la curva de sus cifras de tensión arterial no constatamos oscilaciones bruscas, de amplitud considerable, que nos digan tener relación con fenómenos tales como las emociones psíquicas, el reposo, el ejercicio, etc.

6º En una hipertensión arterial por lesión orgánica, sea ésta renal o cardíaca, la curva de ella es más o menos uniforme y las emociones psíquicas, ejercicio o reposo en cama no ejercen en ella oscilaciones o variaciones bruscas considerables.

7º Una hipertensión arterial merece clínicamente una interpretación funcional, cuando en su curva podemos apreciar notables oscilaciones, principalmente en relación con las emociones psíquicas, el ejercicio aun moderado, y el reposo en cama.

8º Tomando en cuenta el factor etiológico, será el tratamiento específico, el de más vasta indicación, que si bien es cierto no hace descender la tensión arterial a las cifras aceptadas como normales, hace en cambio, desaparecer en la mayoría de los casos las molestias subjetivas, o por lo menos, atenuarse considerablemente".

En suma, es un trabajo cuya lectura es útil, por cuanto encierra un resumen de las principales ideas sobre la materia, puntualizando los hechos más importantes.