

# LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

LAS COMUNICACIONES RELATIVAS A LA REVISTA DEBEN DIRIGIRSE AL SECRETARIO DE REDACCIÓN, DELICIAS 1626, SANTIAGO.

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

## COMITE CIENTIFICO

SRS. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

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

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

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

Director: O. FONTECILLA

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

## Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

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

## SUMARIO

### Texto:

O. FONTECILLA.—El segundo año de «La Clínica», p. 217.

ESPÍLDORA LUQUE.—Concepto clínico del examen oftalmológico, p. 217.

JUAN MARÍN.—Un caso de clínica quirúrgica, p. 218.

Sociedades Científicas.—Sociedad Médica, Sociedad Médica de Valparaíso, p. 219.

J. BRONFMAN.—Injertos cutáneos de Braun, p. 219.

R. PLA Y ARMENGOL.—Síndrome de hilio y base en las adenopatías tráqueo-bronquiales crónicas, tuberculosas, p. 220.

S. CALDERÓN.—Várices, p. 221.

LUIS DE LA CERDA SCHUYLER.—La reacción de Hijmana Von den Bergh y su aplicación en clínica (1 fig.), p. 223.

### Anexo:

Ha muerto Bergonié (1 fig.), p. 277.

Sir James Mackenzie (1 fig.), p. 283.

La Cátedra de Química.—Conferencias, p. 286.

Notas prácticas.—Tratamiento sintomático de las colitis crónicas, p. 286.

## HA MUERTO BERGONIÉ

Los hombres grandes son de todo el mundo. Artistas, investigadores, sabios, cualesquiera que sean las disciplinas de la ciencia o del arte que cultiven, vayan sus esfuerzos encaminados a recrear nuestro espíritu con la obra bella o a dominar las fuerzas perdidas de la Naturaleza, amplificando la civilización actual, que es una lucha constante por el perfeccionamiento humano, no pueden circunscribirse a una nación determinada, ni el fruto de sus desvelos ocasionar un monopolio mezquino y estrecho, sin expansión fuera de los límites fronterizos del país en que nacieran.

Semejante hermetismo todavía se explica para aquellos inventos que tienen la fi-

nalidad cruel de destruir, de imponer el dominio de la fuerza en la persecución de censurables anhelos de interés material.

Mas por encima de tales creaciones la conciencia universal reclama sus fueros, impone su aspiración honrada y legítima de rendir su gratitud a los hombres ejemplares que hacen de su existencia austeridad, apostolado y sacrificio, y que dedican sus horas y sus afanes, con un altruismo y una filantropía incomprensibles en el mismo medio en que la Humanidad se agita, lucha y se desenvuelve, al bien común.

De éstos es una muestra elocuentísima el Dr. Bergonié, recientemente fallecido en Francia, víctima de un cáncer röntgeniano. Bergonié empleó los años luminosos de su actividad en levantar barreras contra el dolor físico, en pelear con él denodadamente, dando el sosiego, el bienestar, la salud, la

# YODOFERRATOSA

Excelente tónico y corroborante compuesto a base de hierro y de yodo

Escrófula, Raquitismo, Sífilis, Enfermedades crónicas  
de la mujer

Muestras y literatura a disposición de los Señores Médicos  
Agente en Chile: JOSÉ KLIMEK, Santiago, Casilla 2110

## TEÑÍFUGO EFICAZ

infalible en la expulsión de la TENIA Anquilostoma y demás vermes del intestino.

Enbalajes Originales:

Fascos de 10 grs. de aceite de Filmarón al 10%  
Cajas con 3 cápsulas de Filmarón.

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos  
Representante para Chile:

JOSÉ KLIMEK, Casilla 2110  
SANTIAGO



Principio antihelmintico de la raíz de helecho macho.

propia vida, en holocausto de la vida misma.

¡Qué noble conducta, qué sublime abnegación la de ese mutilado glorioso, mil veces más admirable que los más celebrados caudillos de epopeya, infinitamente más digno de la estimación general que cuantos elevaron sobre una pirámide macabra, de sangrientos despojos palpitantes, los pedestales de su renombre!

Bergonié es un símbolo de esta ingrata profesión de la Medicina, maltratada frecuentemente por el humorismo, perseguida con saña inexplicable por la diatriba, que sufre resignadamente la mueca burlona de la salud plena y acude presurosa y solícita allá donde el dolor gime y el temor a la muerte se deshace en las amarguras del llanto. Su brazo que arrancó la zarpa traidora del misterio, ha rubricado con la propia sangre, con el sufrimiento terrible, la más alta ejecutoria de grandeza.

En el refugio de su hogar, viendo cómo se destruían paulatinamente sus tejidos, contemplando con asombroso estoicismo cómo su carne podrida se caía a desgarrones, sirviéndose de su propio dolor para avanzar en sus descubrimientos, para enriquecer sus observaciones, ha abatido su cabeza inteligente y ha entregado la vida, sin protesta, mudo ante el suplicio, resignado frente a lo irremediable, advirtiéndolo arribo siniestro de la eterna sombra que le envolvía lentamente con cierto refinamiento de crueldad en su negrura odiosa y en su

perpetuo frío... ¡Y aun "habló" después de su muerte! ¡Aun dió a los hombres cuanto podía darles en su beneficio! ¡Aun aconsejó a sus disectores qué caminos habían de seguir al autopsiarle para penetrar en los secretos del mal que le había vencido!

Poco antes de su muerte, rendido a la evidencia de su prestigio, el Gobierno francés quiso señalarle con una alta recompensa, concediéndole la Gran Cruz de la Legión de Honor, que en contadísimas ocasiones se muestra prendida en el pecho de los hombres civiles.

El Ministro Mr. Godart le comunicó acuerdo en una carta que tuvieron el honor de depositar en sus manos Mr. Strauss, ex-Ministro de Higiene, y los Drs. Prust y Roussy.

Luego, grande, solemne, conmovedora y emocionante la ceremonia de la imposición de la preciadísima Gran Cruz en el Hospital Saint-André, de Burdeos. El Mariscal Pétain apadrinó al sabio, y los hombres de mayor representación científica de Francia acudieron a testimoniarle su admiración.

Se hallaban presentes el Prof. Widal, por la Academia de Ciencias; Gley, por el Colegio de Francia; Balthazard, por la Academia de Medicina; los Directores de los Centros Anticancerosos de toda Francia, Drs. Forgue, Marie, Gunsett, Gauducheau, Vautrin, Marquis; el Dr. Regaud, que representaba al Instituto Curie; el Prof. Sigalas, Decano de la Facultad de Medicina de Burdeos, y otros sabios y médicos ilustres.

El insigne inválido ocultaba sus dolores detrás de una sonrisa que era como un reto tranquilo a la muerte cercana. Y con voz serena, con entonación clara y segura, recomendó a todos el tesón y la perseverancia en la lucha contra el cáncer, aquel mal enemigo que con sus armas invisibles le llevaba a la fosa.

Hablaron, además, los Drs. Widal, Gley, Regaud, León Berard (por todos los Centros Anticancerosos), Proust, Sigalas, el Alcalde de Burdeos y M. Paul Strauss. El maestro fué sacado al terminar el acto en una camilla, mientras las tropas rendían honores, y colocado en una ambulancia, ante el silencio respetuoso de la multitud emocionada. Y el furgón partió; diríase que hacía el último viaje...

Un acto de tanta significación no podía dejar de subrayarse en nuestro país, y precisamente en la Cátedra de Electrología y Radiología de la Facultad Central de Medicina.

El Catedrático Dr. Calatayud Costa, nuestro querido Director, en párrafos conmovedores y elocuentes, hizo historia del heroico martirio sufrido por el genial maestro francés a consecuencia de las quemaduras que le produjeron los rayos X en la mano derecha al comienzo de sus ensayos con estas radiaciones, durante la primera infancia de la Röntgenología médica, cuando aun no se conocían los efectos biológicos de dicho agente. Ya antes de la guerra europea hubo que amputarle un dedo, y hace

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

# MENOVARINE

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

4 DRAGEAS POR DÍA

Laboratorios MONDOLAN — 11 Place des Vosges — París

Concesionario único para Chile: J. B. DIDIER

CASILLA 61 — TELÉFONO 3018 — SANTIAGO

Siempre que le sea posible

## PREFIERA LAS AUTOVACUNAS

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

DR. LEONIDAS CORONA

LABORATORIO CLÍNICO

DELICIAS 868 — SANTIAGO

DESINFECTANTE

18

FORMOSAPOL

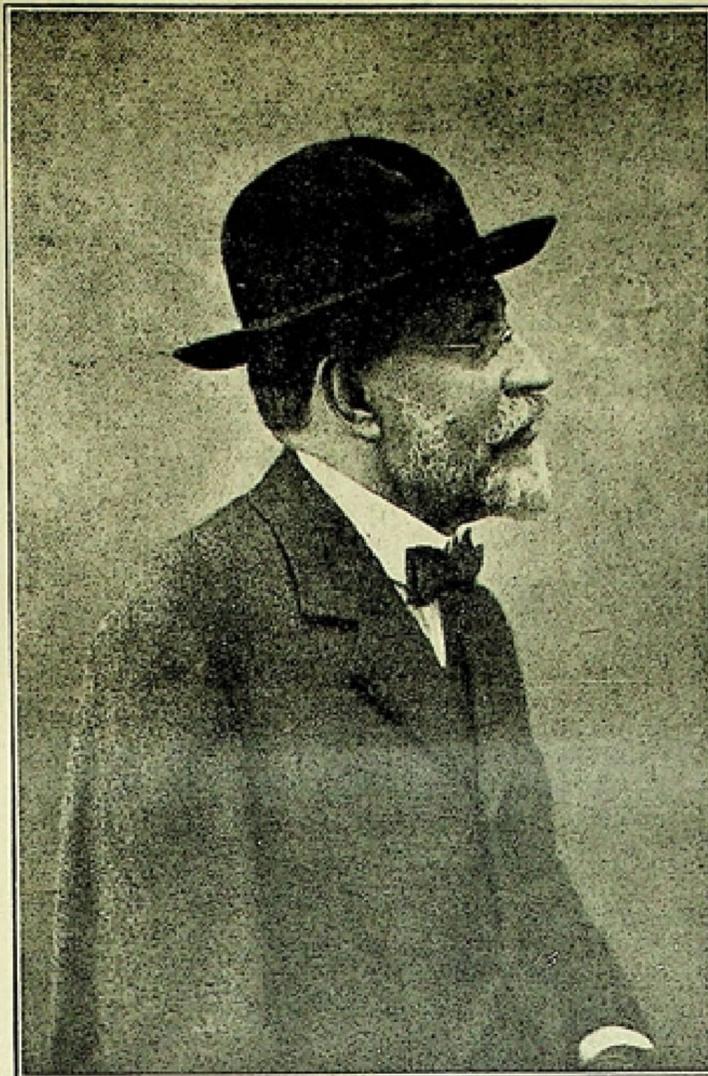
FÓRMULA:

Formaldehido en solución 7%  
Jabón potásico  
Alcohol  
Esencias

dos años se impuso apremiante la necesidad de proceder a la desarticulación del brazo lesionado.

Nada, sin embargo, podía contener los estragos del mal röntgeniano, y la odisea fatal de aquel hombre extraordinario se renovó más cruel que nunca, como nunca terrible, precisamente cuando con toda generosidad, con magnánima abnegación erigiase en adalid de la cruzada anticancerosa en Francia. Analizó, también, el Dr. Calatayud la obra científica de Bergonié, al frente de su cátedra de Física Médica y de Clínica Electroterápica de la Universidad de Burdeos, y como Director de la prestigiosa revista "Archives d'Electricité Médicale", que fundara en 1893; describió sus trabajos acerca de la radiosensibilidad celular, que se concretan en la conocida ley que lleva su nombre y que, aunque no siempre exacta, ha servido de guía y norma para conclusiones posteriores más precisas, y de fundamento por lo que respecta al lado biológico del problema para las modernas técnicas radioterápicas. Habló, en fin, el Prof. Calatayud, de las enseñanzas del Prof. Bergonié en materia de electrolisis y acerca de la investigación y las variaciones de la resistencia eléctrica de los tejidos orgánicos, y respecto del tratamiento electroterápico de las enfermedades de la nutrición, y de su

## PROFESOR H. BERGONIÉ



método de ergoterapia pasiva, tan útil para combatir dichas afecciones y especialmente la obesidad, etc., etc. El Dr. Calatayud finalizó su discurso proponiendo le fuera dirigido al Prof. francés un mensaje que suscribieron los alumnos y ayudantes presentes en aquel momento, y cuyo texto es el siguiente:

"Les élèves,

Les médecins assistants,

Le Professeur de la chaire d'Electrologie et Radiologie Médicales de l'Université de Madrid,

A Monsieur le Professeur Bergonié de l'Université de Bordeaux, Grande Croix de la Légion d'Honneur.

Illustre Maître:

Nos avons reçu avec le plus vif enthousiasme la nouvelle du juste hommage qui vous a été rendu par le Gouvernement Français. En cette occasion, nous voulons vous offrir un témoignage de notre admiration constante et de notre communion d'esprit avec vous.

Nous voyons en vous, cher Maître, un des plus purs symboles de l'âme de votre noble France, la patrie spirituelle de tous les hommes d'esprit. Vous

### VACUNAS ATOXICAS ESTABILIZADAS

## Neo-DMEGON

VACUNA ANTI-GONOCÓCICA CURATIVA

TRATAMIENTO DE LA BLENNORRAGIA Y SUS COMPLICACIONES

## Neo-DMESTA

VACUNA ANTI-ESTAFILOCÓCICA CURATIVA

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

## Neo-DMETYS

VACUNA PREVENTIVA Y CURATIVA

DE LA TOS CONVULSIVA

SE EMPLEAN EN INYECCIONES INTRAMUSCULARES O SUBCUTÁNEAS

Les Etablissements **POULENC** Frères-Paris

AGENTE PARA CHILE:

**J. B. DIDIER**

SANTIAGO

CASILLA 61

SAN PABLO 1340

TELÉFONO 3018

Palidez, Anemia, Nerviosidad

## HIERRO-BROMINA

(M. C. R.)

(Grajeas de Sesquibromuro de Hierro)

**Laboratorio Chile**

SANTIAGO

Avenida Ecuador 3555

# Spirobismol

de efectos seguros contra la sífilis a base de Bismuto Iodina y Quinina, para inyecciones intramusculares.

## FORMULA:

2 ccm. — 0.070 g Bi  
 , — 0.050 g J  
 , — 0.030 g C 20, H 24, O 2, N 2

Frasco de 40 ccm.  
 Cajas de 6 amp. de 2 ccm.  
 , de 12 » » 2 ,

## TRATAMIENTO:

1.ª semana	3 inyecc. de	2 ccm. e/u	— 0.21 g	Met. Bi
2	»	3	»	2 , — 0.21 g , ,
3	»	2	»	2 , — 0.14 g » ,
4	»	2	»	2 , — 0.14 g » ,
5-7	»	5 <sup>a</sup> )	»	2 , — 0.35 g » ,
				1.05 g » ,

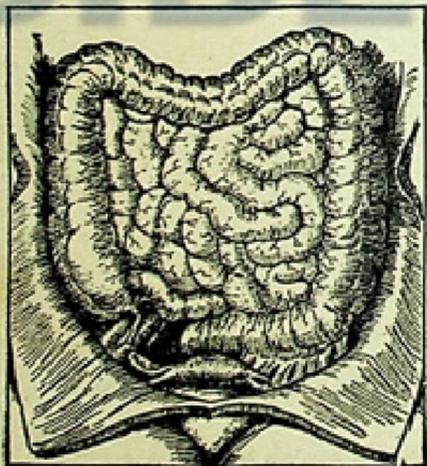
\*) con 3 días de intervalo entre una y otra.

Pida literatura a **DAUBE & Cía.** VALPARAISO, CASILLA 28 V.

DE VENTA DONDE

**DAUBE & Cía.** VALPARAISO, SANTIAGO, CONCEPCIÓN, ANTOFAGASTA

y en todas las Boticas

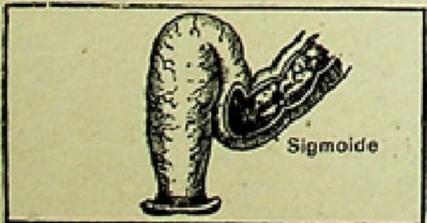


Atonía debido a las adhesiones sigmoidales



Intestino espáptico

Mostrando ulceraciones



Disquecía debido al atascado de materias fecales

## Lubricación Terapéutica

### EN DIVERTICULITIS

DIVERTICULITIS, dice un prominente gastroenterologista, es la formación de pequeñas bolsas a lo largo de las paredes del colon debido al prolongado estreñimiento. Estas bolsas, al llenarse de materias fecales, no tardan en inflamarse, lo cual trae por consecuencias ulceraciones del intestino, abscesos o adherencias. Esto puede evitarse con una dieta cuidadosamente arreglada que no produzca estreñimiento, y con un lubricante intestinal.

El NUJOL es el lubricante ideal para la corrección de los desórdenes intestinales. El NUJOL se mezcla y lubrica el contenido de los intestinos y de esta manera ablanda y humedece las materias fecales, las cuales son evacuadas sin dificultad y de una manera natural.

El NUJOL penetra en las masas o capas que a

menudo se adhieren a la pared del intestino. Las desprende poco a poco hasta que quita completamente la acumulación.

Como el NUJOL es un lubricante intestinal, no un catártico, su acción es enteramente distinta que el Aceite Castor y otros laxantes o catárticos. El NUJOL no es absorbible por la mucosa del estómago y del intestino. Hasta la última gota de NUJOL que entra en el cuerpo sale de él. El NUJOL protege la membrana mucosa, se extiende sobre los lugares irritados y les da oportunidad de curar.

El NUJOL, por lubricación, ayuda a la naturaleza a vencer el estreñimiento, a prevenir la estagnación y proteger contra la auto-intoxicación. Es usado por los mejores médicos y en los hospitales de todas partes del mundo.

# Nujol

M. C. R.

FABRICADO POR

STANDARD OIL CO. (NEW JERSEY)

Está en venta en todas las Farmacias y Droguerías

AGENTES GENERALES:

## WEST INDIA OIL COMPANY.

SANTIAGO, BANDERA 624—CASILLA 50-D



ANTOFAGASTA — CONCEPCIÓN — VALPARAISO

nous avez offert un magnifique exemple de science profonde et harmonique, de dévouement quotidien et silencieux, de spiritualité souple et équilibrée. Vous avez toujours laissé derrière vous l'empreinte de votre puissante personnalité; plus encore, vous avez fait jaillir dans l'âme de ceux qui vous ont connu un élan d'amour et d'enthousiasme vers votre apôstolat généreux et continu, votre constance à poursuivre sans défaillance les plus nobles et plus douloureuses luttas pour le bien et pour l'humanité.

Le Gouvernement Français a bien su reconnaître le devoir acquis par la France envers vous depuis la Grande Guerre, et s'en acquitter en vous plaçant au rang de ses fils les plus illustres. Autant que vous, nous devons féliciter votre Gouvernement et votre pays, qui se sont honorés en vous rendant justice.

Nous, vos profonds admirateurs et disciples fervents, vous saluons avec respect, et vous prions d'accepter l'hommage de nos enthousiastes félicitations et de notre vénération attendrie.

Madrid, le 3 Décembre 1924.

Le professeur,

Dr. C. Calatayud Costa.

Les médecins assistants,  
Dr. Heliodoro Téllez-Plasencia.  
Dr. Tomás de Benito.  
Les élèves,

Soledad Ruiz Capillas, Pedro J. Esbarranch Homar, Juan Bosch Marían, Emilio Castell Zorrilla, Jesús Santos, Manuel Rubido Diéguez, I. Narciso Alonso, Jorge Fannlo García, E. Gómez Suñer, Antonio Caparrós, Vicente Roing Olmos, J. M. de Sabinas.

(Siguen las firmas).

La tortura física a que el Dr. Bergonié estaba sometido por sus padecimientos no le impidió contestar al transcrito mensaje con otro, concebido en estos términos:

"Monsieur le Professeur C. Calatayud Costa,

Cher collègue et ami,

Je suis très profondément touché de l'envoi de votre adresse, signée par vous et par vos assistants et élèves, qui ont bien voulu prendre part à cette belle manifestation collective.

Le Gouvernement de la République Française, en m'élevant a la dignité de Grande Croix de la Legion d'Honneur, et en me donnant comme parrain une des figures du temps présent, dont le gloire est universelle, a encore augmenté l'honneur qu'il a bien voulu me faire.

Parmi les peuples, voici Sa Majesté la Reine des Belges qui manifeste également à mon égard les plus bienveillants sentiments d'estime et d'admiration.

Les sentiments que vous exprimez

aujourd'hui par votre adresse me sont une récompense nouvelle dont je garderai précieusement le souvenir.

Croyez, mon cher collègue et ami, pour vous plus particulièrement, et pour tous ceux qui ont bien voulu signer avec vous cette belle liste de manifestants, à l'expression de mes sentiments les plus sympathiquement et les plus cordialement dévoués

Firmado: Bergonié".

Tras del homenaje prosiguió su dolorosa vía crucis el sabio, y el día 1º de Enero, después de haber recibido al personal femenino de su clínica, que iba a desearle feliz año nuevo; después de conversar con uno de sus ayudantes, acerca de la marcha del Centro Anticanceroso de Burdeos, en el que había anclado su titánica voluntad; después de asegurarse de que todo estaba en orden y de que el balance de fin de año se había cerrado satisfactoriamente, entró en una plácida agonía, y en la mañana del día 2 se extinguió dulcemente su vida.

Había dispuesto Bergonié en su testamento que su cadáver fuese entregado a la Facultad de Medicina de Burdeos, consignando datos precisos para su autopsia y para las investigaciones histológicas que habían de practicarse en sus vísceras. Había allí apuntadas de mano maestra — de mano heroicamente segura — cuestiones interesantísimas para el conocimiento de la

**Tuberculosis**  
Pre-tuberculosis. — Catarros bronquiales

PERLES  
**TAPHOSOTE**  
LAMBIOTTE FRÈRES

dosificadas a 0 gr. 25 de tano-fosfato de creosota.

**Tolerancia perfecta**  
dosis corriente: 5 perlas al día.

Muestras y Literatura / AM FERRARIS / Compañía 1926 - Casilla 29 D / Santiago de Chile



ANEMIA

"Calciline"

CLOROSIS

**RECALCIFICACIÓN**

**REMINERALIZACIÓN**

LINFATISMO

COMPRESIONADOS      GRANULADO

de Sales Cálcicas Fluoruradas

PURA — CON ADRENALINA — CON METARSINATO

Pos: 2 comprimidos o una medida en un poco de agua antes de cada comida

Niños 1/2 dosis

CONCESIONARIO PARA CHILE

Am. Ferraris - Casilla 29 D - Santiago

TUBERCULOSIS

Prescribir: **Cal-ci-li-ne**



# VICTOR X RAY CORP. (CHICAGO)

☞ PRESENTA ☞

## A los Señores Médicos de Chile

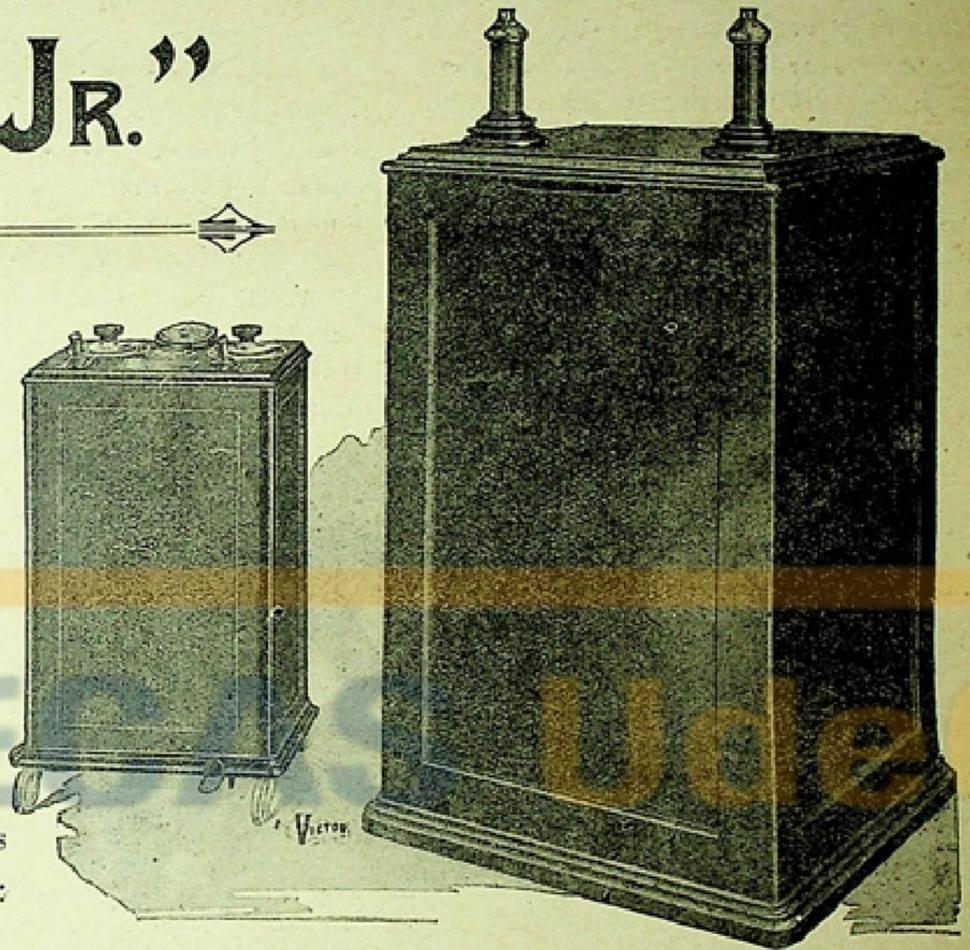
### EL "WANTZ JR."

El equipo de **Rayos X** más eficiente de entre los modelos de tamaño intermedio.

Su capacidad sin precedente:

5 M. A. a 122 K. V.  
100 M. A. a 100 K. V.  
operado al nivel del mar.

Sus características principales son:



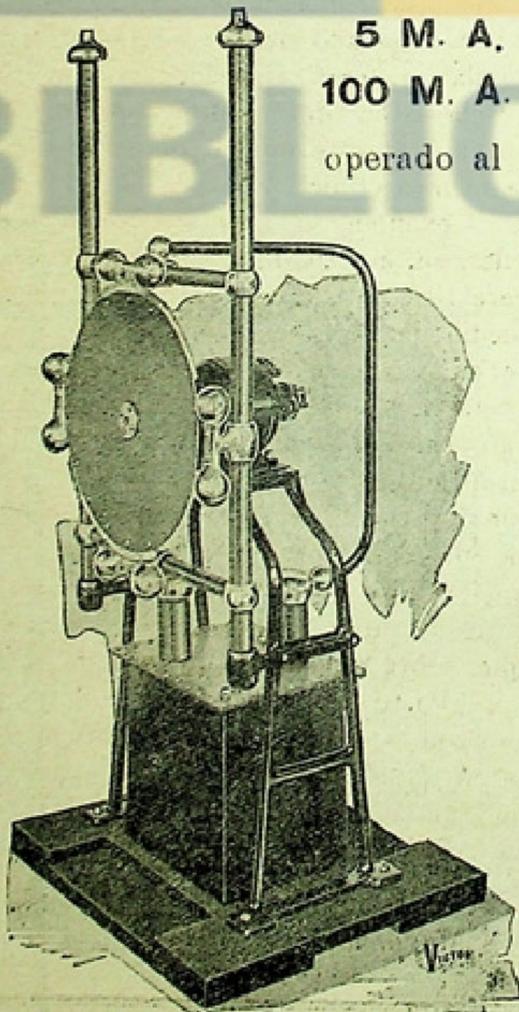
Gabinete de Control separado.

Auto-transformador controlado por 52 gradaciones.

**Voltmetro de lectura previa**, que permite, mediante el **Cuadro de Milliamperaje** estampado en el tablero, precisar el kilovoltaje obtenido bajo cualquier gradación del auto-transformador.

**Posibilidad de instalación distante del paciente**, evitando así los ruidos del motor y transformador.

Y muchas otras que hacen de este equipo el mejor y más perfecto en su género.



"Wantz Jr." mostrado sin cubierta para instalación a distancia.

Solicite Presupuestos e Informaciones a

# International Machinery Co.

INGENIEROS - IMPORTADORES

Teléfono 4580

SANTIAGO, MORANDÉ 520

Casilla 107-D

biología del cáncer röntgeniano. Sabía el maestro que su caso era de un interés singular...

La autopsia fué practicada, según sus instrucciones póstumas, por el Prof. Sabarés, de Anatomía Patológica, ayudado por los Profesores agregados Villemín, Bonnin, Muret y Jeannency, y presenciada por el Prof. Sigalas, Decano.

El testamento consignaba, además, que la biblioteca del maestro fuese legada a la Facultad de Medicina de Burdeos, y sus aparatos al Centro Regional para la lucha contra el cáncer.

El entierro de Bergonié fué sencillo, modesto, sin vanos esplendores. En el cortejo fúnebre, tras de su ataúd, el destino parecía ir tejiendo la más punzante de sus ironías. Este venerable apóstol de la cruzada anticancerosa caía en el sepulcro asesinado por un cáncer.

Descanse en paz el gran maestro. Su recuerdo, su obra, su ejemplo, pervivirán eternamente.

(De la «Tribuna Médica Española»)



## SIR JAMES MACKENZIE

La medicina inglesa acaba de sufrir una pérdida irreparable con la muerte de Sir James Mackenzie. Hombre de energía indomable y aspiraciones superiores, empezó su carrera en una modesta aldea de Escocia y la terminó aureolado con los destellos de la gloria, en la mayor metrópoli del orbe.

“Abandonó Edimburgo — dice Vásquez en el prólogo de la traducción francesa de una de sus obras— con el modesto bagaje del futuro práctico que va a tentar fortuna en provincia, pero que llevaba algo más: el ardiente deseo de observar, la ambición de ser su propio educador y el placer de descubrir”.

Motivos de predilección para su estudio fueron las enfermedades del corazón, como si una intuición misteriosa le hiciera presentir su fin, víctima de una grave alteración de este órgano.

Desde joven llamó su atención el caos en que flotaban las enfermedades que alteran el ritmo cardíaco y se propuso dominar este problema que inquietaba su espíritu; empezó por concebir un aparato que le permitiera grabar simultáneamente el pulso venoso, el arterial y la contracción de la punta del corazón, para estudiar comparativamente las curvas registradas, y encargó a un relojero lugareño la confección de este polígrafo que lleva su nombre. En posesión de este elemento indispensable, se dió con inusita-

do ardor al estudio de las arritmias, y comparando los trazados obtenidos en sujetos normales y enfermos, revolucionó los conocimientos médicos sobre las alteraciones del ritmo y dió vida a una arritmia muy frecuente de observar, que denominó arritmia completa o perpetua, y fijó su diagnóstico en forma inamovible.

Aunque el ejercicio de su ministerio — según propia declaración — no le dejaba ni una hora diaria disponible para este género de investigaciones, continuó perfeccionando el mecanismo de producción de otras arritmias como la extrasistólica y la taquicardia paroxística, y enriqueció su dominio con nuevos datos y mejores interpretaciones, que son, hoy día, un poderoso auxiliar de la clínica.

Pero si su mentalidad culminó con el estudio de las arritmias, no se crea que se desentendió de otros problemas capitales en el dominio de las cardiopatías y de su terapéutica, y si sus ideas sobre la digital y su empleo han dado origen a controversias apasionadas, el práctico encontrará sugerencias de valor incalculable en la lectura de estos trabajos.

Veinticinco años ejerció en la modesta aldea de Burnley cuando decidió trasladarse a Londres, en donde llegó a ser pronto uno de los consultantes favoritos en el campo de las enfermedades del corazón. Continuó sus trabajos en el London Hospital y cuando la hora del retiro obligatorio sonó para él, lo encontró a los sesenta y cinco

ESTÓMAGO - INTESTINO

**“Gastro Sordine”**

DOS FÓRMULAS

DOS PRESCRIPCIONES

por C. a S.

Bicarb. 2 - Fosfato 1. Sulfato de Soda 0.50

Prescribir “GASTRO-SODINE”

Sulfato 2. - Fosfato Soda 1. Bicarbonato 0.50

Prescribir “GASTRO-SODINE” fórmula S

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

Muestras y Literatura

AM. FERRARIS — COMPAÑIA 1295 — SANTIAGO

# CODOFORME

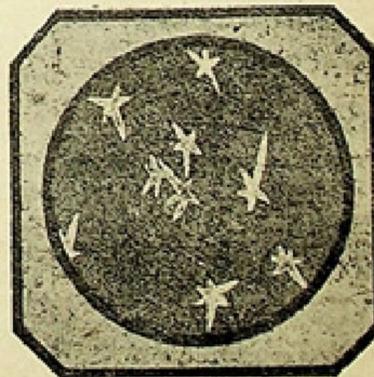
## BOTTU

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

**TOS**

emetizante de los Tuberculosos.

(3 Comprimidos por día)



**TOS**

nerviosas y espasmódicas.

(3 a 5 Comprimidos por día)

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

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

(con gargarismos al 1%)

# BEHRING - WERKE

MARBURG. (Alemania)

## SUEROS y VACUNAS - TUBERCULINAS

PREPARADOS BAJO EL CONTROL DEL ESTADO ALEMÁN

GONOVACCIN A y B (polivalente)

### YATREN:

(Yod-sulfon-o-oxy-benzol-pyridin) no produce el yodismo  
Antiséptico—Desodorante—Estimulante y Bactericida de primer orden

YATREN - CASEINA (débil y fuerte)

GONO - YATREN: A - (débil) y B - (fuerte)

ESTAPHYLO-YATREN—ESTREPTO-YATREN

Acaban de llegar:

### NEURO-YATREN:

para la terapéutica del estímulo óptimo, en las afecciones del sistema central y periférico de los nervios.

### TRICHO-YATREN:

para la terapéutica específica—no específica combinada de la tricofitias superficial y profunda según el Dr. Engelhardt.

### OZAENASÁN

Pedir prospectos, literatura y muestras a los agentes y depositarios:

J. A. NOCK SANTIAGO - Casilla 1648  
Huérfanos 1059

BALTZ, OETJEN y Cía VALPARAISO  
Casilla 1451

(PARA LAS PROVINCIAS)

LOS PRODUCTOS DEL "INSTITUTO BEHRING" SE VENDEN EN TODAS LAS BUENAS FARMACIAS DEL PAIS.

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

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

## Cresival "BAYER"

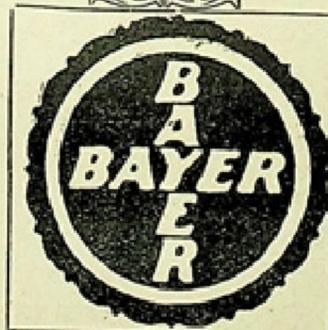
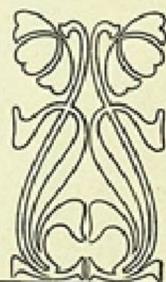
Jarabe aromatizado que contiene el 6% de sulfo cresolato de calcio.

Expectorante ideal; aumenta el apetito y mejora rápidamente el estado general del paciente.

Disminuye la tos. Muy apropiado para la práctica pediátrica.

### INDICACIONES:

- Bronquitis aguda y crónica.
- Catarros provenientes de la gripe.
- Pertussis.
- Afecciones de la garganta y de los pulmones en general.



Tabletas "Bayer" de

## SALOFENO

Antirreumático y antineurálgico eficaz e inofensivo.

Preparado salicílico indicado especialmente para la práctica infantil.

### INDICACIONES:

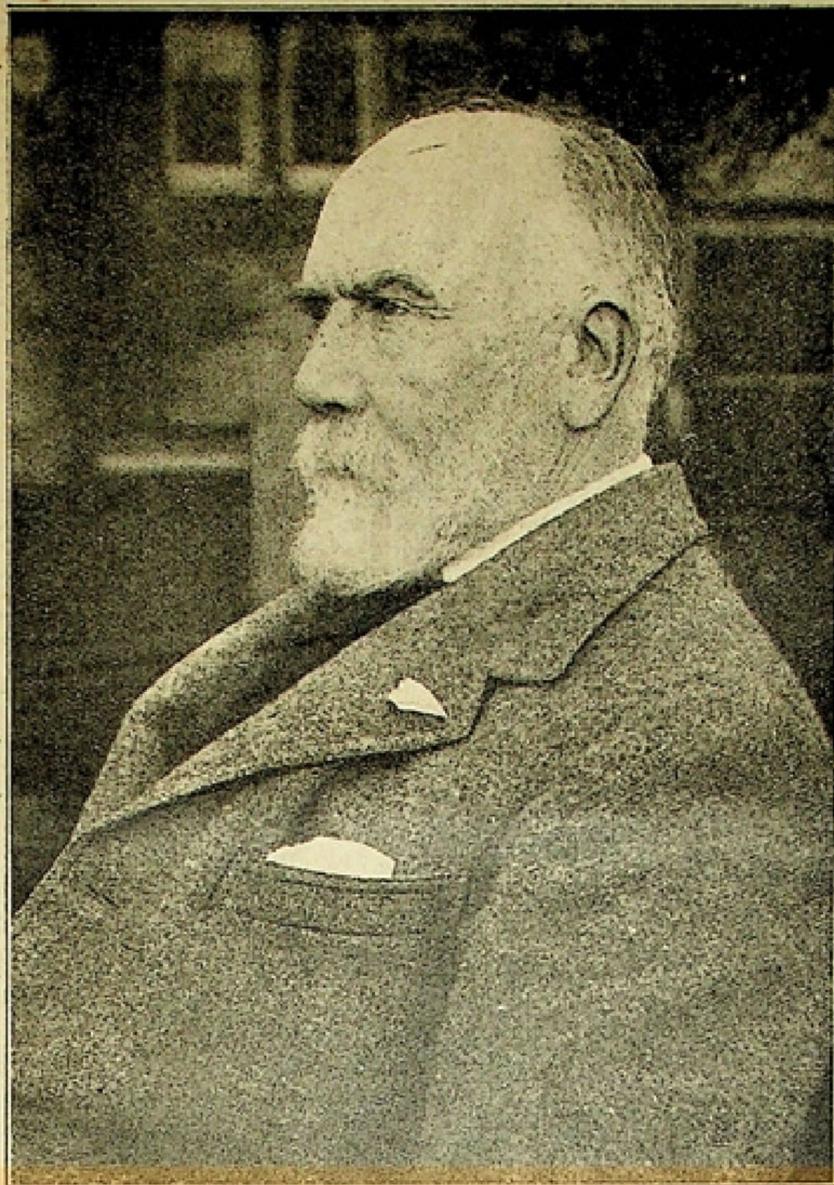
- Gripe.
- Lumbago.
- Fiebre.
- Influenza.

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

Nos permitimos llamar la atención de los Sres. Profesionales, que los precios de la mayor parte de los productos "Bayer" se han rebajado notablemente, desde el 1.º de Enero de este año.

años, rico aún en energías que no deseaban anquilosarse en el cansancio tan merecidamente ganado, sino que inspirándose en superiores anhelos, culminó su senectud con un gesto que es la más hermosa coronación de su vida de labor y humanidad, fundando en St. Andrews, un Instituto de Investigación Clínica, del que fué su director; y empeñado en estas difíciles tareas de mayor perfeccionamiento, le sorprendió el ataque de angina de pecho que lo abatió para siempre a los setenta y dos años de edad.

En la página necrológica que Sir Thomás Lewis — cardiólogo eminente, amigo y colaborador suyo — le dedica en el Semanario Médico Británico, dice: "Fué una personalidad excepcionalmente vigorosa, intolerante con los preceptos establecidos por la tradición, crítico agudo y cortante, rico en experiencia personal, combativo en argumentos, pero, sin embargo, abierto a las sugerencias razonables en todo orden de ideas, vió como muy pocos o ninguno, dónde terminaban los conocimientos de la clínica y dónde empiezan los dictados de la ignorancia; él ocupa en la historia de la medicina británica un sitio al lado de Sydenham, Stokes, Gra-



SIR JAMES MACKENZIE

ves, Addison y Bright y sobrevivirá en forma que no desmerece de los nombrados".

Elocuente lección de voluntad y energía, da este autodidacta que, recién salido de la Universidad, se aleja de los senderos traficados de las sugerencias magistrales, de las socorridas imitaciones de cenáculos oficiales, y siguiendo el camino de su inspiración en la grata compañía de su ingenio, de su observación impecable y de su noble deseo de perfeccionamiento, empieza por anónimo médico rural para llegar a ser, después de haber revolucionado un capítulo de patología, uno de los más sólidos pedestales de la medicina mundial.

A la muerte de Withering, grabaron los ingleses en su lápida un tirso florido de digital, como símbolo de la elogiosa exaltación que el extinto había hecho de esta planta preciosa; quizá si sus contemporáneos, ante la tumba de Mackenzie, querrán también grabar en su losa, el perfil armonioso de su polígrafo, con el que escrutó campos desconocidos y dió forma de verdad al arcano en el que flotaban las arritmias.

Dr. Rifo Bustos.

«...La acción biológica de la lecitina que se ejerce principalmente activando el crecimiento, aumentando la numeración sanguínea, principalmente de los glóbulos rojos, y excitando las funciones del organismo como lo demuestra el aumento del ázoe y fósforo urinarios después de su empleo, así como la existencia del ácido glicero-fosfórico en su molécula, cuerpo que se halla principalmente en los centros nerviosos, justificaban su empleo terapéutico. Los trabajos de *Danilewsky* experimentados sobre distintos animales, comprobados y ampliados por el Profesor Serono, demostraron lo cierto de la acción tónico-reconstituyente y reparadora de la lecitina.

Pero se opuso a su empleo continuado, la dificultad de conseguir una substancia químicamente pura, de fácil conservación, de absorción rápida, dada la facilidad de alteración y descomposición de las lecitinas, puesto que todas estas condiciones podían resultar peligrosas para los enfermos.

De las varias lecitinas que se hallan en comercio para su empleo terapéutico, he usado constantemente en un número regular de casos la Bioplastina Serono, compuesta de lecitina y luteína del huevo, formada esta última por los éteres oleico y palmítico de la colessterina, con lo cual se obtiene la ventaja de la administración de ambos lipoides en cierto modo complementarios; producto que reúne a todas las condiciones necesarias, la de ser indoloro y poder administrarse en los casos graves a la dosis de 5 c.c. al día, introduciendo de este modo cerca de un gramo diario de lecitina en el organismo. La descomposición más o menos completa de la lecitina introducida por la boca contra-indica su empleo por la vía digestiva y hace indispensable su administración hipodérmica.

Si la administración de la lecitina aumenta el número de glóbulos rojos, activa el crecimiento celular, combate la depresión nerviosa y da a los centros nerviosos su reconstituyente natural, si por todas estas condiciones coadyuva a la defensa orgánica en los estados infecciosos, justo es concederle un lugar preponderante en la terapéutica, y administrarla en todos los estados de decaimiento orgánico, sea cual fuere su causa, asociándola si es preciso a las medicaciones etiológicas y patogenéticas. Será en unos casos el factor principal de la curación, en otros un auxiliar poderoso, pero siempre un medicamento útil e inofensivo que merece ser tenido más en cuenta de lo que ocurre en la actualidad...»

Extractado del valioso trabajo que con el título «Breves consideraciones sobre los lipoides», publicó el Prof. Dr. Alfonso Arteaga, de la Real Academia de Medicina, en el N.º 48 de la revista «Laboratorio» de Barcelona (año V Abril de 1921).

Muestras y bibliografías a disposición de los señores Médicos.

DIRIGIRSE A HIJOS DE ATILIO MASSONE

Casilla Correo 3584

SANTIAGO

Calle Claras 205

## LA CÁTEDRA DE QUÍMICA

Por jubilación del viejo y querido maestro de la juventud, Dr. don Adeodato García, ha iniciado sus cursos en la clase de Química Médica el distinguido Prof. Dr. García Latorre. Hombre joven, lleno de entusiasmo y contraído por entero al estudio de su ramo, el señor García Latorre desempeñaba el cargo de profesor de la Escuela de Artes y Oficios. Ostenta título universitario de Farmacéutico y Pedagogo en Química.

Aunque ajeno a nuestra profesión, tiene derecho por sus conocimientos a optar al alto cargo que interinamente desempeña en nuestra Escuela Médica.

El Dr. Leonidas Corona ha asumido la enseñanza de la Química Biológica; para nadie ha sido esta una sorpresa; dentro de la especialidad a que el Dr. Corona ha dedicado todas sus actividades y como consecuencia lógica de las diferentes etapas que ha ocupado en los cargos de ayudante, jefe de trabajos y jefe de Laboratorio en las cátedras y clínicas de la Facultad, su exaltación al profesorado era sólo la justa coronación de la obra realizada.

## CONFERENCIAS

El anfiteatro de nuestro Hôtel-Dieu, vale decir nuestro viejo Hospital San Juan de Dios, se llena en las veladas de los Lunes,

gracias al interés despertado con sus conferencias semanales. La iniciativa de su Sub-Director, el Dr. González Cortés, ha alcanzado el éxito merecido. Dentro de poco iniciaremos la publicación de extractos o reseñas de estas importantes materias.

La clase de los Viernes la destina el Prof. Sierra a conferencias quirúrgicas de sus ayudantes. Los alumnos han acogido con entusiasmo esta innovación propuesta por el incansable profesor, que sabe siempre renovar sus métodos y sus enseñanzas.

Se han verificado ya tres, a saber:

La tuberculosis vertebral, por el Dr. J. Marín.

Las Anestiasias, por el Dr. A. León.

Y Las Várices, por el señor S. Calderón (interno).

Sabemos que la próxima versará sobre "La inflamación en Cirugía" y estará a cargo del Dr. R. Briones.

En la misma Clínica Quirúrgica se iniciarán dentro de poco los cursos dominicales de post-graduados, que todos los años dictan con éxito el Prof. Sierra y sus ayudantes. Las clases tendrán lugar a las 10 A. M.

La gigantesca iniciativa del Dr. Salas, Ministro de Higiene, ha hecho moverse a un pueblo entero en esta enorme Cruzada de Salud. Los médicos han ocupado sus puestos y se han desempeñado como era de esperarlo; conferencias públicas, volantes,

películas, folletos, figuras de cera, affiches, etc., todas las armas se han empleado en esta gran batalla y cabe decir con satisfacción que se adivina el triunfo. Tanto el generalísimo como sus colaboradores se han hecho acreedores a unánime felicitación merecen bien de la humanidad.

De fuente oficial sabemos que la Dirección General de Sanidad ha solicitado el concurso de competentes especialistas para abrir su local de conferencias al público. Con esta iniciativa se agrega un eslabón más a la cadena de nuevas actividades y modernas orientaciones que el nuevo Director ha llevado a esta repartición, que tan poco había hecho por la sanidad nacional.

## NOTAS PRÁCTICAS

## TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LAS COLITIS CRÓNICAS

La variedad clínica más común de colitis crónica es la que se manifiesta por deposiciones diarias, generalmente poco numerosas, dos a cuatro, en "purée", tipo de colitis mucosa, diarreica o de tendencia diarreica.

A partir de la guerra, la disentería es una de las causas de estas colitis, en que siempre se debe pensar; pero hay que recordar que el tratamiento específico de esta enfermedad no puede obrar por sí solo sobre

## Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. Main (Alemania)

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

# SULFOXIL-SALVARSÁN

sulfoxilato de pansenofenildimetilaminopirazolona

**Solución al 5% debidamente estabilizada y dispuesta para el uso.**

Probado en la Sección biológica del Instituto Georg Speyer, Frankfurt a. M.

## Indicaciones:

1. Cura ulterior en luéticos;
2. Lúes latente seropositiva;
3. Lúes terciaria, parálisis y accidentes metasifilíticos;
4. Fiebre recurrente, terciana, framboesia (bubas).

En los períodos primario y secundario de la sífilis será conveniente no aplicar el Sulfoxil-Salvarsán

**Dosis: 8, 10 hasta 12 cm.<sup>3</sup> (por vía endovenosa).**

Atendida la larga permanencia de este preparado en el organismo, no debe exceder de 4 el número de inyecciones para cada cura que con él se haga, y mediar un intervalo de 10 a 14 días por lo menos entre inyección e inyección.

**Envases: Ampollas de 8, 10 y 12 cm.<sup>3</sup>**

LITERATURA A LOS SEÑORES FACULTATIVOS QUE LA SOLICITEN.

la colitis banal subyacente, que persiste a menudo después de la desaparición de cada parásito, adulto o enquistado.

Que se trate de entero-neurosis, o de entero-neuritis, o de colitis, propiamente dicha, en la mayoría de los casos, la medicación por el sulfato de sodio a pequeñas dosis (2 a 5 gramos al día), en curas más o menos prolongadas (15 a 20 días al mes), y repetidas; o bien las curas asociadas de sulfato de sodio y cloruro de magnesia, obran incontestablemente sobre los accidentes intestinales por acción directa sobre la mucosa (renovación celular), e indirectamente excitando el funcionamiento del hígado, tan a menudo deficiente en las colopatías crónicas.

Estas acciones medicamentosas explican el rol bienhechor de la cura de Châtel-Guyon (cloruro de magnesia compuesto), en las colitis crónicas, no sólo en las falsas diarreas de los estreñidos, sino en las diarreas verdaderas de las tiflo-colitis crónicas, en las diarreas de las dispepsias gastroepáticas y de las secuelas de la disenteria.

La rapidez de la cura se mide por los efectos obtenidos: disminución del número de deposiciones y, sobre todo, condensación.

Rp. Cl. Na . . . . . }  
Cloruro de Magnesia. . . } aa. 2 grs.  
Bicarbonato de sodio. . . }  
Sulfato de sodio . . . . . } aa. 5 grs.  
Para un litro de agua.

Pero ante todo, en presencia de una diarrea crónica, hay que despistar las falsas diarreas de los estreñidos, pensar siempre en la posibilidad de una neoplasia recto-sigmoidea (tacto-rectal-endoscopia), en las eliminaciones paroxísticas de las estrecheces incompletas del colon (examen radioscópico). En teoría, el tratamiento de una diarrea debe ser etiológico, pero en la práctica es a menudo bien difícil aplicar exactamente este precepto.

Aun cuando la causa exclusiva o principal de una diarrea sea manifiesta, no es siempre posible obrar sobre ella eficazmente: así, ciertas enteritis parasitarias por tricocéfalos, por L'Amblias, por espirilos, aún por amebas patógenas, que felizmente no son las más frecuentes; igual cosa para las diarreas no dispépticas de la enteritis tuberculosa.

La dietética alimenticia, reglada en principio según el predominio de las putrefacciones, o de las fermentaciones (restricción de albúminas o feculatos), las medicaciones ácidas, contra el déficit tan frecuente de la secreción gástrica o duodenal (limonada clorhídrica, sol. de ácido fosfórico), las preparaciones lácticas, reservadas para las diarreas con putrefacciones, mejoran en una medida variable los trastornos intestinales, pero rara vez bastan para yugular la hipersecreción intestinal.

Contra estas diarreas desesperantes se ha aconsejado numerosos medicamentos: absorbentes o astringentes. Dejust ha obte-

nido buenos resultados con el óxido de zinc en píldoras keratinizadas. Se ha recomendado finalmente inyecciones intravenosas de cloruro de calcio en concentración elevada, 50%, uno a dos centímetros cúbicos repetidos varias veces. Los resultados de esta terapéutica son de los más interesantes, pero la concentración en un grado tan alto no es sin peligro, pues bastan algunas gotas bajo la piel para producir escaras difíciles de curar; este inconveniente contraindica su uso en las diarreas crónicas banales, pues sus resultados no son superiores a los que se obtienen por métodos menos delicados.

La solución de Cloruro de calcio al 10 por ciento en inyección intraglútea o intravenosa, da resultados apreciables. En ningún caso estos resultados son durables en los tuberculosos.

El Salicilato básico neutro de alúmina, como el óxido de zinc, preconizados por Dejust, realiza la precipitación de las albúminas putrescibles secretadas por la mucosa y la formación de un compuesto insoluble e imputrescible; puede ser considerado como una buena medicación sintomática de las diarreas crónicas: 2 gramos al día en comprimidos de 0,50 grs. o en gránulos.

Gastón Durand.

# LACTAGOGO

## INSTITUTO SÁNITAS

PARA LAS MADRES QUE CRIAN

Preparado orgánico a base de glándulas mamarias y extracto placentario, combinado con Hipofosfito de Calcio, Protoxolato de Hierro y Galega.

¡Pídanse los COMPRIMIDOS OPOTERÁPICOS, siempre frescos, del

# INSTITUTO SÁNITAS!

# ANIMASA

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

## ARTERIO - ESCLEROSIS

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

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

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

LITERATURA GRATUITA

### ORGANOTERAPIA

**BROWN - SEQUARD, Prof. ZUNTZ: Prof. POEHL**

FABRICANTES:

**Organoterapeutische Werke**

NEUENKIRCHEN en Oldenburg  
(Alemania)

Introdactor y Concesionario  
exclusivo para Chile:

**L. ARENSBURG - Santiago**

CASILLA 699

## 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.

# Productos Serono

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

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

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

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

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

**Metranodina Serono:** a base de hidrastis canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dializada, cannabis indica.

**Cardiolo Serono:** Extracto fluido bien titulado de estrofanto, nuez vómica, escila y lobelia. Es un preparado de título constante.

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

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

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

**Virosan Serono:** (Antihéptico por vía bucal). Es una combinación de oleato doble de mercurio y albotanina.

MUESTRAS Y BIBLIOGRAFÍA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS

Dirigirse a:

**Hijos de Atilio Massone**

Casilla Correo 3584 = SANTIAGO = Calle Claras 205

# EL SEGUNDO AÑO

DE

## "LA CLÍNICA"

Nuestra revista entra hoy con paso firme al segundo año de su existencia.

Subsanadas en forma feliz las dificultades iniciales e inherentes a esta clase de empresas, seguimos nuestro camino con el mismo entusiasmo y optimismo del primer día.

No debemos, sin embargo, ocultar los sacrificios y a veces penosos esfuerzos que nos cuesta este primer año de labor. Pero nos sentimos suficientemente compensados con la amplia aceptación que la revista ha tenido en todo el Cuerpo Médico nacional y extranjero. Desde Tacna a Magallanes nos han llegado y nos siguen llegando notas de estímulo y de aplauso, que agradecemos en todo lo que valen.

Estas manifestaciones contribuyen en forma decisiva a afirmar en nosotros el convencimiento de que estamos realizando una obra útil y de verdadero progreso.

En este segundo año de "La Clínica" nos proponemos redoblar nuestros esfuerzos para mantener la revista a la altura de los fines que se ha propuesto.

Cumplimos en esta ocasión con el grato deber de manifestar a nuestros colaboradores nuestros agradecimientos por los valiosos aportes de su producción científica, que esperamos ha de hacerse cada día más intensa.

Dr. O. FONTECILLA,  
Director.

Drs. Juan Marín y A. Rojas Carvajal, Secretarios de la Redacción.

CLÍNICA OPTALMOLÓGICA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR

## CONCEPTO CLÍNICO

DEL

## EXAMEN OPTALMOLOGICO

por el

Dr. ESPÍLDORA LUQUE

A raíz del descubrimiento del oftalmoscopio, el examen del fondo del ojo fué bautizado por Bouchut con el gráfico y sugestivo nombre de *cerebroscopía*, tal fué la importancia que en el diagnóstico de las afecciones cerebrales se creyó tendría el nuevo medio de exploración clínica. Pero en la actualidad, denominar *cerebroscopía* al examen del fondo ocular, es, si no una equivocación, por lo menos un calificativo

de una limitación y una impropiedad indiscutibles. En efecto, sólo en una mínima parte del fondo hemos de buscar las alteraciones originadas en enfermedades cerebrales. Esa pequeña zona que mide milímetros es la papila óptica.

En ella encontraremos sólo tres síntomas que puedan ilustrarnos: el edema, revelador de una hipertensión intracraneal; la neuritis secundaria a una inflamación meníngea; la atrofia, total o parcial, secuela de una comprensión, o de una acción tóxica. No hay que esforzarse para demostrar que todo esto es muy poco para llamar *cerebroscopía* al examen oftalmoscópico.

La verdadera *cerebroscopía* es el examen oftalmológico completo, iniciado en la exploración de la sensibilidad cutánea (párpados, mejilla y frente), y de la sensibilidad corneal, hasta terminarlo en el importantísimo, y muchas veces, despreciado campo visual, sin olvidar, naturalmente, el examen de la forma y motilidad refleja de las pupilas, de la acomodación y la exploración de la diplopia. Este conjunto de exámenes reunidos constituyen la auténtica y verdadera *cerebroscopía*, de la que sólo es una modesta parte el examen oftalmoscópico. Con ellos podremos alcanzar la sutileza de la localización diagnóstica en una lesión cerebral y muchas veces hasta asegurar una etiología que más tarde han de comprobar una reacción serológica o una anamnesis minuciosa.

A pesar de ser la retina, como alguien la ha llamado, un cerebro aberrante, una prolongación anterior del encéfalo, cuyos lazos embriogénicos vemos en la anatomía del adulto, es chocante la falta completa de manifestaciones patológicas en las afecciones nerviosas. La *tabes*, la *parálisis general*, las *encefalitis agudas y crónicas*, las *meningitis*, evolucionan, generalmente, sin una sola complicación visible retiniana. Quizá sea la *meningitis tuberculosa* la única que da manifestaciones del fondo ocular; pero no es la retina la enferma en este caso sino la *coroides*, que aparece salpicada de *tubérculos miliares*.

La retina, pues, membrana genuinamente nerviosa, cuyos elementos alcanzan la más refinada y perfecta diferenciación morfológica y funcional, carece de importancia clínica en el estudio de las enfermedades cerebrales. Luego, si la retina forma por sí sola la casi totalidad del fondo ocular, mal podremos considerar su examen como el medio *cerebroscópico* por excelencia.

La realidad clínica es otra muy distinta, por cuanto la patología retiniana está supeditada a las enfermedades de los vasos que la irrigan. Una alteración retiniana trae como corolario obligado el diagnóstico de lesión vascular, arterial, generalmente. Y como dice muy bien el Dr. Charlín, "si está enferma una rama, es lógico esperar que han de estarlo otras y el tronco mismo". Sobre este principio descansa, a nuestro parecer, el concepto que clínicamente debemos tener del examen oftalmoscópico.

La oftalmología tiene el privilegio de ser la única rama de la Medicina que puede ver

los vasos sanguíneos, gracias a la transparencia del tejido que irrigan. Y si consideramos que esos vasos nacen del mismo tronco que los cerebrales, que tienen idéntica forma de distribución terminal, que por solidaridad anatómica sus alteraciones no han de ser sino el reflejo de las que ellos padecen, como puede ocurrir con los renales, periféricos y, en general, con el sistema vascular, comprenderemos la utilidad que en la práctica clínica ha de tener un examen del fondo, bien ejecutado, y sobre todo, algo que es tan valioso como esto, bien orientado. No es, pues, sólo el neurólogo quien se beneficia del examen oftalmoscópico; es, más bien, el internista, el cardiólogo, el urólogo, los que más directamente aprovechan los resultados de la exploración de la retina, ya que en la práctica oftalmológica diaria, lo corriente y normal es que las alteraciones vasculares retinianas (arteriales o venosas) se acompañen o compliquen de enfermedades cardioaórticas y renales, más que de afecciones nerviosas.

Un paso más se ha dado, que siendo ya del dominio del especialista práctico, hace aún más apreciable para el clínico el examen del fondo del ojo. Nos referimos a los procedimientos *esfigmo-manométricos* aplicados a la retina, mediante los cuales nos es posible determinar la presión arterial sistólica y diastólica de los vasos retinianos, conocer las condiciones de su hidrúlica y deducir el estado de la circulación arterio-capilar general. Ha sido Bailliart el que, gracias a su *oftalmo-dinamómetro*, ha proporcionado este nuevo perfeccionamiento a la técnica clínica.

El examen del fondo ocular ha perdido, pues, en la actualidad su primitivo carácter *cerebroscópico*, para transformarse en un medio de exploración clínica, genuinamente *endoscópico*, en el cual adquiere lugar preferente todo lo relacionado con el aparato cardio-vasculo-renal. Ha sido nuestro propósito, al escribir estas líneas, poner de manifiesto la necesidad que experimenta hoy la clínica general, de ilustrar las observaciones de los enfermos que a ella acuden, con un minucioso examen oftalmológico que, sobre todo, en el terreno de las *nefro-vasculopatías*, permite obtener datos interesantísimos, como son el estudio *in vivo* de las arterias y capilares y el conocimiento de la presión vascular en esos territorios tan alejados de los grandes centros circulatorios.

Mayo, 1925.

### RECTIFICACIÓN

En la edición N.º 16, de fecha 1.º de Enero de este año apareció un artículo sobre *Autopioterapia* y *Heteropioterapia* en el tratamiento de las complicaciones de la *ble-norragia*, enviado por nuestros colaboradores, el Dr. W. E. Coutts y señor G. Brinck.

Como el nombre del Dr. Coutts apareció mal escrito, hacemos la rectificación del caso.

# UN CASO DE CLÍNICA QUIRÚRGICA

por el

Dr. Juan MARIN

Jefe Policlínica Prof. Sierra

La enseñanza diaria de la clínica es invaluable. Ningún libro podrá darnos en sus páginas mejores lecciones que la que nos brinda la práctica diaria junto al lecho del enfermo, siempre que sepamos leer en el idioma en que ella habla, que es la observación.

De entre las muchas observaciones interesantes — ¡todas lo son...! — he cogido al azar una, que me parece ilustrativa.

Se refiere ella a un muchachito de 15 años de edad, oriundo de esta ciudad, que ingresa a nuestra Sala en el Hospital de San Vicente, a mediados del mes pasado, presentando un cuadro de los llamados de "abdomen crónico" (?).

Los padres son tuberculosos con síntomas pulmonares y de sus 10 hermanos, 6 han muerto en la primera infancia y los restantes son de temperamento enfermizo.

Nuestro pequeño enfermo tuvo un sarampión a los 3 años y coqueluche a los 8. A los 12 años fué operado por osteitis en la tibia izquierda, cuya cicatriz operatoria conserva, y cuyo origen etiológico ignoramos.

En Marzo del año pasado le acontece un accidente en el cual, después de caer de una carreta, una rueda de ésta le pasa por encima de su región inguino-iliaca derecha. Permanece un mes en cama, sufriendo naturalmente los dolores y molestias consiguientes, pero sin remarcar ningún síntoma alarmante.

Desde aquella fecha empiezan a esbozarse dolores vagos, que sin tener una localización precisa, se acentúan en el epigastrio y fosa iliaca derecha. No tienen relación con las comidas, son caprichosos y a veces terminan con náuseas y vómitos. Acusa flatulencia excesiva, a veces constipación, y otras, diarrea.

Desde hace algunos meses ha enflaquecido visiblemente, tiene decadencia orgánica marcada, dolores de espalda, sudores nocturnos, y en especial, ha notado que su abdomen aumenta de volumen progresiva y rápidamente.

Cuando examinamos a nuestro pequeño enfermo, constatamos su enflaquecimiento y su palidez exagerados. En ambos pulmones la auscultación y la radioscopia dejan adivinar la existencia de un proceso bacilar claro. Su abdomen es abultado, prominente, en tomo; no hay dolor localizado. Un síntoma era, sí, de importancia capital para el diagnóstico, y recordamos que sobre él el Prof. Sierra llamó insistentemente la atención a los alumnos, y en él basó su diagnós-

tico: a la inspección abdominal, las asas intestinales contraídas peristálticamente eran visibles en ciertos momentos.

Debemos confesar que nuestra primera impresión, como la de varios otros colegas, fué la de una tuberculosis peritoneal, diagnóstico que era casi lógico: abdomen aumentado de volumen, ascitis, enflaquecimiento, estitiquiez y diarreas, temperatura sobre 37º y bajo 37½º, lesiones pulmonares, antecedentes, edad, etc.

Sin embargo, aquellas contracciones del intestino apareciendo intermitentemente dibujadas bajo la musculatura abdominal muy atrofiada, indicaban que algún obstáculo había en su trayecto y que luchaban por vencer una resistencia.

La historia del traumatismo venía entonces a nuestra mente y nos hacía concebir una diversa posibilidad.

En estas condiciones, llevamos a la mesa operatoria a nuestro paciente el 7 de Abril; actuó el Prof. Sierra con la ayuda del Dr. León y del que esto escribe.

Trazada la laparatomía infraumbilical y mediana, exploramos el intestino delgado que se presenta frente a la incisión enormemente dilatado; líquido peritoneal citrino escurre por los labios de la herida. Se recorre el intestino en un largo trayecto hasta que venimos a dar con una brida que iba de la superficie libre del intestino delgado al meso, estrangulándolo y estorbándolo en una buena porción; todo el mesenterio de esta parte aparece afecto de un proceso de mesenteritis franco.

Dado el estado del intestino en esta porción, se practicó una resección intestinal con sutura término-terminal en dos planos.

El estado conservatorio del enfermo fué satisfactorio.

Este es el caso — caso vulgar y nada de extraordinario — que quería relatar, porque él nos enseña cómo la observación de un síntoma o signo, bien "cerebrado", basta a veces para dar la clave del diagnóstico. Acaso este muchachito estuvo ya condenado a deambular por la montaña o la campiña, recalcificándose, exponiendo su abdomen al sol, etc., sin conseguir alivio a sus molestias. Gracias a la observación, está hoy en condiciones de alimentarse bien, y mejorar de su estado pulmonar.

---

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS

---

### SOCIEDAD MÉDICA

Sesión del Viernes 17 de Abril de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

Dr. Alessandrini. Presenta un caso de Pielonefritis tratada con una vacuna administrada por vía bucal.

Se trata de una enferma de 24 años que ingresa por una afección ginecológica, una anexitis bilateral, de la cual se opera, siguiendo una marcha post-operatoria más o menos normal, hasta que un día amanece

con temperatura alta, 39,5º, dolor a la región lumbar y orinas turbias. El examen de orina revela pus abundante, células renales y el examen bacteriológico da estafilococos y colibacilos. Se administran dos ampollitas por vía bucal, de vacuna anticoli Croveri, en un poco de agua, diariamente. La temperatura empieza a bajar, mejorando el estado general, abandonando al cabo de dos semanas el Hospital en perfectas condiciones.

El Dr. Ibarra Loring dice que en la Clínica de Marion se ha recomendado para las pielonefritis el uso del colargol en poción al 2%, dos cucharadas al día, con bastante buen resultado.

El Dr. Sievers. Presenta un enfermo con una atrición del pie, operado en buenas condiciones. Llega al Servicio con una amputación traumática infectada, con temperatura y estado de intoxicación. Se coloca al baño a permanencia de oxicianuro y permanganato alternado, con lo que se consigue la eliminación de las partes muertas, y una vez en buenas condiciones, practicó una operación de Pirogoff, que cicatrizó por prima.

Presenta otro enfermo con una luxación metacarpo falángica del pulgar, que no fué posible reducir debido a una interposición de los sesamoideos y en que practicó la abertura de la cápsula y la reducción quirúrgica con buen éxito.

Finalmente, presenta la observación de un enfermo, al cual operó de una invaginación ileocolica, con buenos resultados.

Se trataba de un individuo que anteriormente, por molestias digestivas, había sufrido una operación abdominal que no supo precisar; más tarde fué operado de apendicitis, quedando desde entonces en buenas condiciones. Su afección actual comienza hace un mes, con dolores abdominales intensos en forma de crisis, que hicieron pensar en las crisis gástrica-tabéticas. La agudización de los síntomas y la aparición de sangre en las deposiciones, llevan a la intervención, encontrándose una invaginación del colon ascendente y parte de la última porción del intestino delgado, invaginación que sólo se pudo reducir mediante la expulsión del colon trasverso. El enfermo sanó y quedó en perfectas condiciones.

En la discusión de estos casos, el Dr. Prunés pregunta si los baños a permanencia con oxicianuro no provocarían una intoxicación por la gran superficie de absorción.

El Dr. Alessandrini dice que lo que se pretende con el baño a permanencia es únicamente eliminar los tejidos muertos, para lo cual basta un antiséptico a muy débil concentración, usándose de preferencia el permanganato y el timol.

El Dr. Sievers dice que en este caso usó el baño a permanencia con oxicianuro alternado con permanganato, porque se trataba de una herida anfractuosa y muy séptica.

El Dr. Ibarra Loring presenta un trabajo, relatando varias observaciones, en que se ha hecho el tratamiento de las fistulas vesico-vaginales por la vía trasvesical, haciendo notar que esta vía sólo se emplea de

excepción por los ginecólogos. La técnica empleada es la corriente para una talla. Estima que el cateterismo ureteral, en estos casos, tiene más bien inconvenientes, pues dificulta la sutura de la fistula y predispone a la infección del uréter y riñón, ya que siempre la vejiga está infectada.

La vía trasvesical por el drenaje post-operatorio de la vejiga hace que la cicatrización se efectúe en mejores condiciones, permite, pues, evitar la ligadura de los uréteres, inconveniente señalado por algunos autores para la vía vaginal. Sus indicaciones de preferencia, son aquéllos casos de vagina estrecha o con cicatrices múltiples, en los casos de infecciones intensas, en las fístulas extensas y en las vírgenes con fístulas traumáticas operatorias.

El Dr. de Ramón dice que la vía de preferencia usada por los ginecólogos, es la vía vaginal, que tiene muy pocos fracasos, siempre que se dé campo el cirujano haciendo una debridación amplia de la vagina y usando una buena instrumentación.

El Dr. Prado Tagle recuerda que en la próxima sesión se discutirán los Estatutos de la Sociedad Médica de Chile.

Se levantó la sesión.

Sesión del Viernes 24 de Abril de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Dr. Leuenberg. Presenta la observación de una enferma de provincia, que desde hace tres años sufre de dolor a la articulación de la muñeca izquierda y antebrazo del mismo lado. Se le trata como una afección reumática, sin ningún resultado. Le tomo radiografías de la región, pudiendo constatar que existía una destrucción de los huesos del carpo y de la extremidad inferior del radio; las trabéculas óseas, en unos puntos rarificados y en otras completamente desaparecidas, carificadas. En vista de esto, hice el diagnóstico de artritis seca, recomendándole inmovilización, luz ultravioleta. Presenta la observación, por encontrar interesante la constatación radiográfica de dichas lesiones, que cambió el diagnóstico que tenía la lesión.

A continuación se pasa a tratar de la discusión particular de los Estatutos de la Sociedad Médica de Chile.

El Dr. Gandulfo dice que en Valparaíso se ha fundado el Sindicato Médico con fines parecidos, pero que difieren ligeramente en la forma.

Considera de gran utilidad que ambas instituciones se pongan en contacto, refundiéndose en una sola, ya que ambas tienen la misma finalidad.

Después de discutirse particularmente cada uno de los títulos de los Estatutos repartidos anteriormente a cada médico del país, se aprueban con ligeras modificaciones, quedando de hecho constituida la Sociedad Médica de Chile, que reúne a todos

los médicos del país en una sola institución, que defenderá sus intereses, tanto del punto de vista profesional, como social y científico.

## SOCIEDAD MÉDICA DE VALPARAÍSO

### Directorio para 1925

Presidida por el Dr. Sepúlveda y con asistencia de los Drs. Araya, Badilla, Betzhold, Calleja, Dagnino, Fernández Rubén, Figueroa César, Grove Eduardo, Iturrieta, Lachaise, Manríquez, Marín, Mujica, Thierry y Vera, celebró sesión últimamente la Sociedad Médica de Valparaíso.

Quedó incorporado a la Sociedad en calidad de miembro activo el Dr. Eugenio Mujica Gamboa.

El Dr. Sepúlveda dió lectura a la memoria anual en la cual da cuenta de la labor desarrollada por la Sociedad durante el pasado año.

Acto seguido se llevó a cabo la elección de Directorio, el cual quedó constituido en la siguiente forma:

- Dr. Silvano Sepúlveda, Presidente.
- Dr. Miguel Manríquez, Vice-Presidente.
- Dr. Humberto Vera, Secretario.
- Dr. Plutarco Badilla U., Tesorero.
- Dr. Hanz Betzhold, Director.
- Dr. Hugo Grove, Director.
- Dr. Rubén Fernández, Director.

## INJERTOS CUTÁNEOS DE BRAUN

por el

Dr. J. BRONFMAN

Muy comúnmente nos encontramos en los servicios hospitalarios con enfermos que presentan grandes superficies de su cuerpo desprovistas de piel, tratándose, ya sea de heridas quirúrgicas, traumáticas o úlceras. Por el tamaño de la lesión en unos casos o por atonía en otros, estas superficies abandonadas a sí mismas demoran muchísimo en epidermizar y representan para el enfermo una curación larga y penosa. Para acelerar esta cicatrización se recurre a operaciones plásticas y más comúnmente a injertos cutáneos libres. Las primeras, operaciones delicadas, sólo resultan en manos muy expertas, y se reservan, generalmente, para defectos en la cara. Las segundas — injertos cutáneos — que más en boga están, son los de Reverdin, y especialmente de Tiersch (Ollier-Tiersch). Tanto el uno como el otro tienen por base la implantación de trozos de piel sana en la superficie cruenta. Pero estos métodos tienen sus dificultades: desde luego exigen una herida roja, sanguinolenta, mamelonada, una herida que no supure y que esté en vías de cicatrización. La técnica es algo rigurosa, pues basta que un tro-

cito quede separado por una burbuja de aire para que no prenda; la asepsia debe ser intachable; el tratamiento post operatorio es delicado, pues las curaciones y vendajes arrastran los injertos sembrados. A tal punto son conocidas estas dificultades por los cirujanos que se considera un éxito en una operación de injertos, cuando prende la mitad de los sembrados.

Estos inconvenientes han motivado investigaciones en el sentido de perfeccionar los métodos mencionados, y de ahí nació el método de Braun.

Los éxitos que he visto obtener a los cirujanos alemanes con este sistema de injertos me han inducido a ensayarlo entre nosotros, y alentado por los resultados que obtuve en los pocos casos de mis ensayos, resolví dar a publicación la descripción del método que encabeza estas líneas.

Los injertos de Braun difieren de los anteriores no sólo en ciertos detalles de técnica, sino también en su principio. Mientras los otros, como hemos dicho, tienen por base sembrar los trocitos de piel en la superficie de la herida, Braun, por el contrario, hunde estos trocitos en las profundidades de los mamelones carnosos y deja que la naturaleza se encargue de indicarles el camino hacia la superficie. La técnica de los injertos en cuestión es muy sencilla. Ante todo, la preparación de la herida consiste en hacerle durante varios días antes de la operación curaciones secas o con suero fisiológico; lo que se persigue es que la herida no se ponga en contacto con desinfectantes como oxicianuro, permanganato, Dakin, etc. La operación en sí consiste en sacar trozos de piel (uno o dos) por el sistema de Tiersch, se extienden sobre una espátula esterilizada y con una tijera fina se cortan en trocitos muy pequeños; éstos, por medio de un estilete y con la ayuda de una sonda acanalada, se hunden en los mamelones carnosos de la herida más o menos a  $\frac{1}{2}$  o 1 centímetro de profundidad y se abandonan allí. Después de la operación se aplica, ya sea una curación seca, ya sea empapada en suero fisiológico esterilizado, o por fin, se puede empapar las gasas en vaselina líquida esterilizada (esto último es lo más conveniente), dejándola unos cuatro días sin renovar. Al levantar la primera curación puede encontrarse la desagradable sorpresa de que al parecer ninguno de los injertos haya prendido; pero esto se debe a que como los trocitos prenden en la profundidad y de ahí se propagan a la superficie, esto demora varios días. Así, en uno de nuestros enfermos dábamos ya por perdido todo el trabajo, cuando recién al octavo día comenzaron a aparecer los islotes de epidermis y fueron creciendo y esparciéndose sobre la superficie ulcerada. En todos nuestros enfermos hemos constatado lo mismo: aparición tardía, pero formación de una piel firme y bien adherida. Estos injertos tienen la gran ventaja que pueden emplearse en superficies ulceradas que están aun en un período de gran secreción y que luego, con la aparición de los islotes de epitelio limpian rápidamente y se cubren de

piel sana. En uno de nuestros enfermos (E. R., de la sala de San Jenaro, del Servicio del Prof. Sierra, Hosp. San Vicente), que presentaba una gran solución de continuidad al nivel de su rodilla derecha, hemos hecho el ensayo de cubrir la mitad de la superficie con trozos grandes por el método de Tiersch y la otra mitad con injertos de Braun. Algunos de los trozos puestos en la superficie se eliminaron por muchas causas, como sucede generalmente; en cuanto a los injertos de Braun prendieron casi en su totalidad y se esparcieron luego por la superficie.

Basta, generalmente, un mes después de la operación para poder dar de alta al enfermo. Últimamente un médico alemán, Pelz Leusden, ha modificado este sistema, proponiendo hacer inyecciones de una papilla de epidermis en la profundidad de las úlceras, por medio de una jeringa, y dice haber obtenido magníficos resultados, aún en los casos en que las úlceras supuraban.

No hemos ensayado este método, por tratarse de una técnica más delicada y porque se persigue más o menos el mismo fin que con los injertos de Braun.

Santiago, Mayo de 1925.

## SINDROME DE HILIO

### y base en las adenopatías tráqueo - bronquiales crónicas, tuberculosas

Comunicación presentada al Segundo Congreso Nacional de Medicina—(Sevilla, 1924)

por el

Dr. R. PLA Y ARMENGOL

La constancia, pasados los primeros años de la vida, de la infección tuberculosa en todos los individuos de países de civilización europea, ha hecho que, prácticamente, hayan ido perdiendo su valor las diversas reacciones a la tuberculina. Estas sólo revelan infección, y en la clínica, esta infección debe considerarse existente en todos los individuos, desde cierta edad en adelante. No están de acuerdo todos los investigadores en fijar esta edad que, por mis observaciones, me parece no debería pasar de los cinco años, por lo menos, en las ciudades.

Antes, y sobre todo en los dos primeros años, estas reacciones pueden servirnos para algunos estudios; más tarde, su valor práctico, si alguno tienen, es insignificante.

Pero, a medida que, por saber que todos estamos infectados, han perdido valor estas reacciones, todos los clínicos hemos anhelado y anhelamos síntomas que revelen cuando la infección es activa, que nos indiquen cuándo la tuberculosis puede considerarse como causa de los trastornos morbosos que presenta un enfermo.

Como en casi todas las demás enferme-

dades, y más aún, por ser indudablemente la tuberculosis la que en mayor diversidad de cuadros sindrómicos puede presentarse, por el examen clínico no debe esperarse que lo revelador de actividad de la infección sea un síntoma patognomónico de cualquier órgano o aparato, ni siquiera que siempre los síndromes de actividad deban buscarse en el mismo grupo de funciones.

La tuberculosis activa puede influir e influir, según los casos, sobre todos los órganos y aparatos de la economía, y por lo tanto, como efecto de esta actividad, pueden presentarse, y se presentan, perturbaciones de todas las funciones orgánicas.

La tarea del clínico que sienta la enorme importancia que tiene el diagnosticar lo más precozmente posible las manifestaciones de actividad tuberculosa, ha de dirigirse, pues, a estudiar las relaciones que las diversas perturbaciones funcionales y orgánicas puedan tener con la tuberculosis activa.

Con este estudio he podido llegar a determinar la estrecha relación que con la tuberculosis activa tiene el síntoma, por mí descrito, con el nombre de "inestabilidad térmica apirética", y, sobre todo, he podido convencerme de que son debidos a actividades tuberculosas y pueden servir para diagnosticarlas, cuando no se encuentran síntomas físico focales, siempre que no exista otra etiología clara, una gran variedad de síndromes y síntomas de los más diversos órganos y aparatos de la economía (1).

Pero, aunque clínicamente deba aceptarse que puede hacerse un diagnóstico de tuberculosis activa, a pesar de que no sea posible encontrar síntomas focales, es indudable que el descubrimiento de un foco en actividad hace que sentemos el diagnóstico con mucha mayor confianza.

Sabemos que, por regla general, las infecciones tuberculosas latentes están localizadas en los ganglios, y sabemos también que aún que todos los ganglios puedan estar afectados, existe una localización que no sólo es la más frecuente, sino que muchos autores la consideran como constante; la de los ganglios tráqueo-bronquiales.

Las pequeñas alteraciones anatómicas que determina, a veces, la infección de estos ganglios, son imposibles de apreciar por síntomas clínicos e incluso no puede ser en muchos casos afirmativo el examen radiológico (radiografía), pues es bien sabido que lo que se admite como imagen radiográfica normal, oscila entre ciertos límites, y, por lo tanto, no se puede atribuir significación alguna a las pequeñas alteraciones de volumen que entre ellos se mueven, a pesar de ser ya patológicas.

En los casos de grandes adenopatías, tanto los síntomas clínicos como los caracteres de la radiografía que permite descubrirlos, son tan conocidos que no he de repetirlos aquí.

(1) Véase R. PLA Y ARMENGOL, *Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar*. Her. F. Gili, ed. Barcelona, 1912.

*Concepto clínico de la tuberculosis según la bacteriología y patogenia de Ravetlat-Pla.*—Barcelona, 1922.

*Sobre un nuevo concepto de la tuberculosis*—Instituto Médico Valenciano, 1923.

Pero las pequeñas adenopatías activas, además de los síntomas generales que determinan los síndromes de latencia tuberculosa activa, dan lugar, en la mayor parte de los casos y cuando no ocasionan ya trastornos mayores, a pequeñas repercusiones sobre la pleura, bronquios, pulmón y ganglios hiliares, que se revelan por un síndrome clínico objetivo, que por las muchas observaciones que durante bastantes años llevo recogidas personalmente y por los datos que me han comunicado algunos compañeros, que desde la primera vez que hablé de este síndrome, se han dedicado a buscarlo, me parece bastante característico para ser considerado como estigma físico de tuberculosis latente activa. Siempre, claro está, que otras causas muy claras no hayan actuado sobre el aparato respiratorio, para modificarlo en el sentido que vamos a indicar.

Los elementos de este síndrome deben buscarse en el plano posterior del tórax y son:

**Por inspección:** Ligera retracción en la región del hilio y de las bases y disminución de la movilidad y de la amplitud respiratoria en las bases.

Algunas veces existe ligera asimetría torácica.

**Por palpación:** En el hilio vibraciones vocales, la mayor parte de las veces aumentadas, pero bastantes veces son normales y hasta algunas veces disminuidas.

En las bases disminución de las vibraciones vocales, algunas veces muy acentuada.

La palpación digital revela un aumento de la resistencia de los tejidos que cubren hilio y base, con disminución de la elasticidad de las mismas.

**Por percusión:** En el hilio, disminución de la sonoridad, que puede llegar hasta una clara submacidez. En las bases, disminución de la sonoridad, que va de tonos muy finos, y en este caso casi solamente puede apreciarse por comparación con otras regiones, hasta, a veces, una clara submacidez. Bastantes veces se nota ligera retracción de la línea límite de la base y algunas veces menor excursión de la sonoridad a la inspiración forzada.

**Por auscultación:** Tanto en el hilio como en la base, notable disminución del murmullo vesicular, a la respiración normal, que en los casos poco intensos es mucho menos acentuada en la respiración profunda. Además de débil, el murmullo vesicular es muchas veces áspero y grave. Disminución de la broncofonía. Muchas veces no se percibe ruido anormal alguno; cuando existen, son generalmente roncus o sibilantes y algún roce pleurítico y cuando las repercusiones han sido más intensas y repetidas, y por lo tanto, el cuadro es más acentuado, se perciben algunas veces subcrepitantes. Estos ruidos anormales (roces y estertores) en muchos casos no se perciben más que a la respiración forzada.

Desde hace bastantes años he tenido especial interés en buscar estos síndromes en todos los enfermos que presentan cuadros de tuberculosis latente activa y puedo afir-

mar que se encuentra en la mayor parte de los mismos. Y es, además, casi constante en tuberculosos en evolución a formas clásicas de órganos extratorácicos.

Se han hecho radiografías de muchos de estos enfermos y casi siempre se ha confirmado la existencia de infartos ganglionares. Y digo casi siempre, porque existen algunas radiografías de tórax, que mientras unos las interpretan como reveladoras de adenopatía, otros la interpretan como normales. Por este motivo es difícil apoyarse en ellas.

Pero juntando el que la gran mayoría de radiografías de estos enfermos son claramente demostrativas, al hecho de que este síndrome se presenta en enfermos con historia clara de actividades tuberculosas o con trastornos actuales indudablemente tuberculosos o muy sospechosos de tales, y también a que la evolución que han seguido los enfermos que presentaban este síndrome ha confirmado en los casos dudosos la existencia de tuberculosis activa, creo que, clínicamente, tenemos motivos suficientes para interpretar este síndrome como estigma físico de tuberculosis ganglionar mediastínica, con pequeñas repercusiones sobre los ganglios hiliares, la pleura, los bronquios y el pulmón.

No habiéndonos sido posible verificar autopsias de individuos con este síndrome no podemos describir cuales son las alteraciones anatómo-patológicas pleuro-pulmonares que lo ocasionan.

Creo, no obstante, que lo más probable es que por las perturbaciones que la adenopatía determina en la inervación y circulación torácicas, se ocasionan inferiorizaciones de pleura, bronquios y pulmón, y entonces prenden fácilmente en ellos las generaciones de bacteria de ataque que se originan en las lesiones ganglionares en moderada actividad, produciéndose pequeñas flogosis que por su repetición llegan a determinar pequeñas esclerosis de dichas regiones. Los síntomas que constituyen el síndrome, revelan o retracción o aumento de consistencia o pequeña flogosis. Cuando existen síntomas reveladores de flogosis, las lesiones son activas; cuando sólo se encuentran síntomas de condensación, pueden ser activas o residuos de actividades curadas. Pero también en estos casos tienen importancia.

La casi constante coexistencia de este síndrome con actividades tuberculosas de cualquier órgano, lo mismo que en la mayoría de los casos con trastornos de latencia activa, trastornos que cada día más sabemos que acostumbra a preceder, a veces durante mucho tiempo, la eclosión de las tuberculosis pulmonares, hace que la verdadera zona de alarma torácica en la tuberculosis, no sea, como tanto se ha dicho, la región de los vértices, sino que sea la región de los hilios y de las bases. Este es el sitio donde con más frecuencia se encuentran los estigmas físicos objetivos de una pequeña tuberculosis, y este es, por lo tanto, el sitio que el clínico debe explorar con más cuidado.

# VARICES

(Conferencia leída en la Clínica del Prof. Sierra)

por el

Sr. S. CALDERÓN

La sangre vuelve al corazón por el sistema venoso, gracias a la elasticidad de las paredes venosas, que, aunque insignificante, debe tomarse en cuenta; a los 5 o 10 milímetros de presión que existen en las venas periféricas (presión que disminuye a medida que nos acercamos al corazón hasta ser negativa dentro de la cavidad torácica); a las contracciones musculares, regulares y sucesivas, y finalmente, a la disposición de un sistema de válvulas que le imprimen a la corriente sanguínea un sentido centripeto, dificultando la vuelta a la periferie y, además, fragmentando la columna sanguínea para hacer disminuir la acción de la pesantez sobre los vasos venosos inferiores del cuerpo.

Sabemos que las venas están constituidas por dos capas: una interna endotelial, que en algunos tipos de vena descansa sobre una limitante interna elástica; y otra externa músculo-elástica conjuntiva. El tejido conjuntivo es el más abundante de la pared. Las fibras elásticas tienen una disposición irregular.

Las fibras musculares lisas están repartidas entre las fibras elásticas; en algunos tipos de venas pueden descubrirse dos capas más o menos diferenciadas; pero, por lo general, están repartidas en forma desigual. Las válvulas tienen una estructura particular, están formadas por una lámina elástica cubierta por sus dos caras por endotelio; algunas veces pueden descubrirse, en su base de implantación, algunos fascículos musculares.

Los varios nervios motores corren a lo largo de la capa externa. Por fuera de la vena se encuentra el tejido conjuntivo laxo ambiente.

Intencionadamente hago este recuerdo elemental de la constitución histológica y de la fisiología de este sistema; porque teniendo presente estas dos consideraciones, aquí, en menor escala, es cierto, que en otros territorios de la medicina, los procesos morbidos son más visibles, quiero decir, la interpretación de los síntomas es más fácil, el diagnóstico más preciso, las deducciones pronósticas más seguras y la terapéutica más eficaz.

\* \* \*

Se da el nombre de varices a la dilatación permanente de las venas, dilatación que se acompaña de una alteración patológica de sus paredes.

El término de varices se aplica ordinariamente a las varices de los miembros,

pues existen otras dilataciones varicosas que reciben nombres diferentes, vale decir, hemorroides, para las dilataciones varicosas de las venas rectales; varicocele, para las del cordón espermático.

\* \* \*

Desde el punto de vista etiológico y patogénico, debemos considerar dos grandes clases de varices:

Las varices atípicas, de causa variable, de distribución imprevista; por ejemplo, las varices congénitas, las consecutivas a trombosis, y las varices típicas, sin causa local aparente, en los sujetos adultos, con distribución regular en el territorio de la safena interna, pudiendo extenderse a otros territorios por las anastomosis y colaterales.

En los tiempos de Ambrosio Paré, médico de Carlos I de Inglaterra, se explicaban las varices como producidas por un obstáculo permanente mecánico, pero exterior. Más tarde, con los descubrimientos microscópicos, se le dió una importancia capital a las alteraciones destructivas de las paredes vasculares. Hoy se ha vuelto a darle mayor importancia a la teoría mecánica, sin que la teoría anatómo-patológica pierda su verdadero valor, pero interpretando en forma diferente los hechos.

Ya vimos mediante qué factores se hacía la circulación de vuelta, circulación que en estado normal se encuentra entorpecida por el anillo del sóleo, por el ligamento falciforme de Alans-Burns, que envuelve por debajo el cayado de la safena interna, por las contracciones irregulares de los músculos y por la acción de la pesantez y que, a pesar de todo, se efectúa normalmente por la presencia del sistema valvular. Supongamos, por ejemplo, un individuo cuyo trabajo consiste en levantar pesos, y que además tiene que permanecer largas horas de pie, o si no, una persona que por una alteración congénita cualquiera tiene una aplasia valvular (de la v. ostiol per.) Hecha insuficiente esta válvula, que tiene por función oponerse al reflujo abdominal de arriba abajo, la columna sanguínea va a ejercer su presión sobre la segunda válvula, válvula que no es capaz de soportar este peso; asimismo, las paredes venosas comprendidas entre las dos válvulas, se dilatarán, y junto con dilatarse la vena de arriba abajo vemos aparecer la insuficiencia de esta segunda válvula.

Y así sucesivamente, la insuficiencia va descendiendo gradualmente. En estas condiciones observaremos el reflujo de la columna sanguínea que desde el corazón desciende sin obstáculo valvular por la cava e iliaca hasta la safena dilatada.

El reflujo lo pondremos en evidencia por el experimento de Trendelenbourg, por la hemorragia que se produce por el cabo central y porque, medida la presión, se observa un aumento hasta de 15 o más milímetros, habiéndose observado presiones de 26 milímetros de Hg.

\* \* \*

Pero otras veces, no es la alteración mecánica la inicial, se produce a nivel de las paredes vasculares una inflamación crónica, una verdadera flebitis o fleboesclerosis, puesta en evidencia y llamada así por Briguet y Cornil; esclerosis que estaría bajo la dependencia de una distrofia general, el artritisismo, aquel mismo que, según el pensar de los autores franceses, desarrolla lesiones parecidas en las arterias.

Pero es preciso observar con Quénu, que las várices se desarrollan, sobre todo, en la edad adulta, digamos, entre los 25, 28 o 40 años; en mujeres jóvenes, en sujetos que no tienen ni esclerosis visceral ni arterias duras, que la arterioesclerosis de los varicosos está sólo extendida en los miembros inferiores, mientras que la arterioesclerosis está repartida en todo el organismo; a lo más el artritisismo no sería más que una disposición favorable, en terreno propicio al desarrollo de una enfermedad local, la fatiga, los pequeños traumatismos repetidos, las lesiones microscópicas de la piel, los microtraumatismos, producirían en esas venas verdaderos *locus minoris resistenci*, una verdadera inflamación crónica, es decir, una flebitis, preparando el terreno para una dilatación patológica posterior.

Estos son los dos grandes mecanismos que producen las várices, y no nos imaginemos que por sí solos son capaces de producir todos los trastornos; lo más a menudo se asocian, se combinan, por no decir que siempre actúan juntos.

\* \* \*

Cualquiera de ellos que actúe, el proceso varicoso va a seguir una marcha progresiva; produciendo en un primer grado una dilatación simple, sin sinuosidades y sin diferencia aparente entre las diversas partes de los trayectos venosos.

En un segundo grado, dilatación regular todavía, pero con espesamiento de las paredes, que ya son duras y que quedan abiertas al corte; y en un tercer grado, las paredes venosas son irregulares, hay adelgazamientos en unos puntos y espesamientos en otros, y por consiguiente, formación de ampollas y sinuosidades.

El espesamiento de las paredes se hace mediante una hipertrofia del tejido elástico-muscular, que lucha contra el aumento de tensión venosa, del mismo modo que la hipertrofia del ventrículo compensa en un principio la lesión de un orificio; más tarde viene la esclerosis secundaria de las paredes venosas, las fibras musculares se aclaran, el tejido conjuntivo se hace más denso y abundante, la vena pierde su elasticidad, y entonces se dilata, apareciendo la hiposistolía venosa.

La alteración no se detiene en las paredes, sino que avanza a la vecindad, y encontramos en las arterias procesos de endoarteritis con infiltración calcárea de sus paredes; en los nervios, verdaderas neuritis

intersticial y perifascicular, las venas de los nervios se dilatan, hay desarrollo de tejido conjuntivo que invade, que ahoga los tubos nerviosos.

El tejido celular subcutáneo, se esclerosa, se atrofia, sufre un espesamiento lardaceo; hay una linfangitis crónica; los miembros, generalmente, se edematizan.

A nivel de la piel encontramos desde el simple eczema hasta la úlcera varicosa, lesiones que se desarrollan con gran facilidad, debido a que el estado varicoso es el mejor terreno para ellas.

\* \* \*

El cuadro clínico es diferente, según se trate de várices profundas de desarrollo lento o de várices de evolución rápida.

En el primer caso, los enfermos comienzan por sentir una cierta presión o tensión sin localización precisa, en toda la pierna, pero más marcada en la pantorrilla; después de una marcha prolongada, de una larga estación de pie. Al fin del día sienten la pierna pesada, otras veces, además, sienten hormigueos y prurito, puede presentarse todavía en las tardes un ligero edema perimaleolar, fenómenos que desaparecen rápidamente con el reposo, sobre todo, con el reposo horizontal y con las piernas estiradas.

A la palpación se puede sentir, sobre todo después de las marchas, una sensación de empastamiento profundo, al mismo tiempo que la mano provoca una pequeña sensación dolorosa.

Otras veces, desde un principio, aun cuando existen pequeños signos funcionales, aparecen placas amarillentas, pigmentadas, por encima de los maléolos, que indican de una manera fatal las lesiones futuras de la piel.

Todos estos signos son durante mucho tiempo tan ligeros, que los enfermos no les dan importancia. Si hiciéramos un diagnóstico en este momento, podríamos instituir un tratamiento preventivo de mayores complicaciones. Más tarde aparecen las dilataciones venosas.

Si se trata de várices superficiales de desarrollo lento, modalidad que es menos frecuente, el primer síntoma visible es la dilatación de los troncos superficiales, manifestándose posteriormente los signos funcionales.

En las várices de desarrollo rápido, modalidad menos frecuente todavía, los enfermos sienten repentinamente durante un esfuerzo, en una contracción muscular violenta, un dolor brusco, agudo, a nivel de la pantorrilla, que inmoviliza el miembro. La pantorrilla se hincha rápidamente y todos los signos de un hematoma profundo se desarrollan: aumento de volumen y empastamiento con impotencia funcional, y dentro de algunos días equinosis que se extiende por la cara posterior de la pantorrilla.

Cualquiera que sea la forma bajo la cual se desarrolla la dilatación venosa, poco a poco se agrupan los signos objetivos y subjetivos, cuyo conjunto constituye el miembro varicoso.

Así, por ejemplo, podemos constatar entre los signos físicos:

I. Signos exteriores representados por el aspecto de las venas, y son los signos de insuficiencia valvular.

Primero aparecen los troncos venosos bajo la piel como trazados azulejos, sin levantarla; más tarde el tronco levanta la piel, se hace flemoso, irregular y acodado; la piel en este nivel, azuleja o negruzca, se adelgaza, las acodaduras hacen eminencia, simulando pequeños tumores blandos y reductibles.

Los colaterales de un tronco también se dilatan y convergen a él como los rayos de una rueda, formando las cabezas de meduza.

Otras veces se forman paquetes enormes que se reducen fácilmente en sus partes blandas, quedando, en aquéllas induradas pequeños núcleos duros más o menos móviles, los flebolitos.

En el triángulo de Scarpa puede descubrirse un tumor blando, reductible y redondeado, bajo los tegumentos normales, producidos por la dilatación ampular de la embocadura de la safena interna; más de una vez se ha confundido esta dilatación con una hernia crural reductible.

En este período, la insuficiencia valvular es franca y se puede constatar con las experiencias de Schwartz y Trendelenbourg.

El éxtasis venoso es enorme, determina rápidamente un cierto grado de edema, edema que se localiza a la región maleolar cuando el individuo queda un cierto tiempo de pie, al mismo tiempo se desarrolla el empastamiento y la induración profunda a nivel de la pantorrilla, signos que en parte desaparecen con el reposo horizontal.

II. Los signos subjetivos están representados por dolor e impotencia funcional.

El dolor existe aún sin complicación inflamatoria; esta sensación penosa que reviste a veces la forma de verdaderas neuralgias se sitúa a lo largo de las venas varicosas o de los nervios que las acompañan.

Vaquez los explica por perturbaciones circulatorias debidas a la distensión vascular, que se exageran con la marcha y con la posición de pie. La impotencia funcional resulta de estos mismos dolores y de la sensación de peso que puede ser extremadamente variable y sin ninguna relación con el grado de dilatación venosa; todos estos signos se agrupan los unos a los otros y juntos con el edema producen una dificultad enorme en la marcha.

La vitalidad de los tejidos disminuye; las uñas se espesan y se remarcán con estrías profundas; la piel se pone violácea y fina, los sudores son abundantes, los pelos se hipertrofian, y finalmente, sobrevienen las complicaciones cutáneas del estado varicoso.

Estas complicaciones son las rupturas externas o intersticiales. Las neuralgias y las lesiones cutáneas, de las cuales la más importante es la úlcera varicosa.

La úlcera varicosa es la más frecuente de las complicaciones del estado varicoso.

Más frecuente en los hombres, más expuestos a los traumatismos, y, sobre todo,

entre los 40 y 50 años. Su sitio de elección es la cara interna y mitad inferior de la pierna.

\*\*\*

Es curioso observar la desproporción frecuente que existe entre el desarrollo de las várices y la producción de la úlcera.

Muchos enfermos con várices enormes no tienen jamás úlcera; en cambio, en otros que sólo presentan pequeñas arborizaciones, tienen úlceras anchas, profundas, que llegan hasta el hueso.

Este contraste indica, como dice Quénu, que debe intervenir otro factor, fuera de la várice, para que se produzca una úlcera.

Sabemos que un miembro varicoso es un punto de menor resistencia que las alteraciones de su régimen circulatorio y por los trastornos de su inervación trófica.

Los dos factores los hemos visto; el cambio recíproco de malos funcionalismos, entre arterias y venas, entre venas y nervios, aumenta la decadencia nutritiva del miembro y la menor lesión, la más ligera escoriación, un microtraumatismo, en heridas, etc., despierta la úlcera que progresa rápidamente y que se mantiene en forma muchas veces tenaz por la infección secundaria.

La úlcera está limitada por bordes espe-

sos, irregulares, cortados a pico y adheridos al fondo. La elevación de los bordes está en relación con el grado de infección asociada. El fondo es desigual, tapizado de mamelones blandos, sanguinolentos, violáceos, segrega un líquido varicoso, pútrido, sanguinolento.

La piel que rodea la úlcera es violácea, o morena parduzca, pigmentación debida a la trasudación de materia colorante de la sangre.

La sensibilidad superficial está muy disminuída en toda la región de la piel que rodea la úlcera.

(Continuará)

## LA REACCIÓN

DE

### Hijmann Van den Bergh

y su aplicación en clínica

por

Luis de la CERDA SCHUYLER

Laboratorista de la Clínica Quirúrgica del Prof. Sierra

Un verdadero interés científico se ha despertado entre nosotros y en el mundo entero, con motivo de los diversos métodos y reacciones que nos permiten estudiar de una manera más completa, el complicado mecanismo del funcionamiento de la glándula anexa más importante del tubo digestivo, como es el hígado.

De entre estas reacciones, la que me motiva a publicar este somero resumen de investigación, es la llamada reacción de Van den Bergh que, a pesar de su corta vida, apenas medio año, ha adquirido un lugar preponderante entre las ya existentes.

En el Congreso Anual celebrado en Bradford, Inglaterra, Hijmann Van den Bergh, eminente clínico holandés, presentó ante la concurrencia la aplicación de su método de Laboratorio que ha contribuído en gran escala al auge alcanzado en los últimos tiempos por la fisiopatología hepática.

Su método tiende a evidenciar en el suero sanguíneo la bilirrubina que ha sobrepasado el "SEUIL" normal de eliminación hepática y que produce en el organismo las ICTERICIAS LARVADAS O LATENTES como se las llama; y que acarrearán sobre él diversos trastornos.

Diversos autores, como Gilbert y Herscher, principalmente, han aplicado a estas investigaciones, procedimientos semejantes al de Grimbert o al de Gmelin, pero que tienen la desventaja de ser sensibles sólo a cantidades de bilirrubina que sobrepasen de 25 mg. por litro, o sea, 1x40000. El procedimiento de Van den Bergh adopta como "seuil" bilirrubinémico el de 0,4 a 2x200000 que, como se ve, es en mucho inferior al anterior, y que es la cantidad a que reacciona en sentido positivo el reactivo ya citado.

Su técnica es sencilla. Para realizarla, se

extrae sangre del enfermo con una jeringa ABSOLUTAMENTE SECA, hecho que recalco, debido a que al principio obtuve varios fracasos por no adoptar esta precaución. (Se produce una, aunque ligera hemolisis, que perturba en gran proporción la correcta interpretación de la reacción). Se extrae, pues, sangre del enfermo con las debidas precauciones y se deja en reposo por algunas horas (4 a 6) para que el coágulo tenga tiempo de retraerse y con el suero que nos resta se realiza ella.

Existen dos métodos: el DIRECTO y el INDIRECTO. Detallaré cada uno:

El método Directo: Del suero sanguíneo obtenido, se toma alrededor de un centímetro cúbico que se coloca en un tubo, de preferencia delgado, y se le agrega igual cantidad del reactivo que describo a continuación.

Es el clásico reactivo de la Diazo-reacción descrita por Ehrlichy, que consta:

#### Solución A:

Ácido sulfanílico .. . . .	1 gr.
Ácido clorhídrico puro ..	10 "
Agua destilada .. . . .	200 "

#### Solución B:

Nitrito de sodio .. . . .	0,50 gr.
Agua destilada .. . . .	100,00 "

Pocos momentos antes de usarlo, se mezclan 2 cm.<sup>3</sup> de solución A con 8 o 10 gotas de la solución B, y de esta mezcla se agrega 1 cm.<sup>3</sup> al suero, como decía anteriormente.

Si vemos aparecer en el líquido resultante de esta mezcla un hermoso color rojo borgoña o violado intenso, la reacción es positiva.

El método indirecto nos preocupará en seguida.

Extraído el suero del enfermo de igual manera como la vez anterior, se mezcla con alcohol de 96º en proporción de 1 cm. de suero por 2 de alcohol. Se mezcla íntimamente y se centrifuga.

Del líquido que sobrenada se toma 1 cm.<sup>3</sup>; después de su completa clarificación, y se le agrega 1 cm.<sup>3</sup> del reactivo. El resultado es positivo cuando aparece un rosado violáceo o violáceo pálido.

El tratar el suero con alcohol en este método indirecto, tiene como fin el precipitar las globulinas que perturban la reacción, cuando son extrañas a las que normalmen-

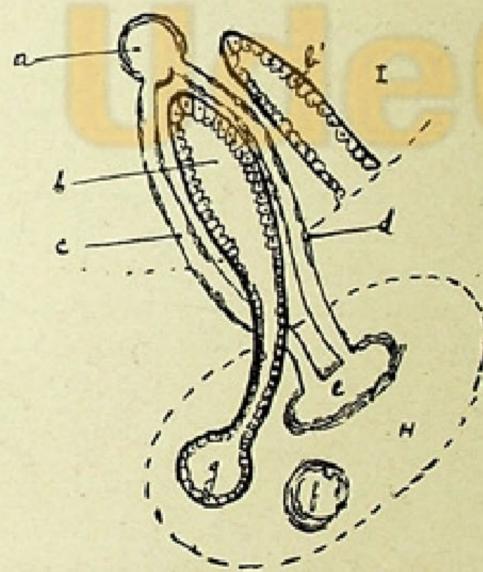
te aparecen mezcladas con los pigmentos.

Expuesta ya la técnica de laboratorio de la reacción en cuestión, voy a referirme a algunos casos observados y a algunas conclusiones a que se ha llegado con su estudio.

Para comenzar desde el principio, como de ordinario se dice, tengo que exponer, aunque sucintamente, las tres clases de ictericias y su explicación dada por Mc Nee, a base del reactivo citado.

En todas las clínicas se acepta actualmente que existen tres clases de ictericias: la ictericia obstructiva, la producida por lesión hepática, tóxica o infecciosa, y por último, la hemolítica.

Según el esquema del lobulillo hepático,



Esquema del lobulillo hepático según Mc Nee

- a.—Vena central del lobulillo.
- b.—Capilar biliar; b'—célula hepática.
- c.—Capilar venoso que va de la F a la S. H.
- d.—Células de Kupffer.
- e.—Vena porta.
- f.—Arteria hepática.
- g.—Conducto biliar.
- h.—Espacio porta.
- i.—Lobulillo hepático.

que nos da Mc Nee, la ictericia obstructiva se explicaría de la siguiente manera: la bilirrubina se formaría en las células de Kupffer, en el bazo o en la médula ósea; por lo tanto, en cualquiera de las células que componen el llamado "RETÍCULO ENDOTELIAL DE ASCHOFF", tan extensamente diseminado por el organismo.

Formada la bilirrubina, llega al hígado, donde debe ser normalmente excretada, y así pasa a través del capilar venoso y de la célula hepática, llegando al capilar biliar; pero éste se halla obstruído por una lesión indiferente (cálculo enclavado, Ca de la cabeza del páncreas, quiste hidatídico del

lóbulo de Spiegel, que comprima las vías biliares extra-hepáticas) y como no existe circulación biliar, son de nuevo reabsorbidas hacia la sangre donde, al llegar mezcladas con las sustancias que reciben de las células hepáticas en su tránsito a través de ellas, producen la reacción de Van den Bergh directa e indirecta positiva.

Las ictericias por lesión de las células hepáticas, ya tóxica o infecciosa (neumonía, bronconeumonía, sífilis, tuberculosis, arsenicales, saturninas, etc.), se producirían por la acción de estas sustancias sobre la propia célula hepática, la que al sentirse afectada perdería su permeabilidad, o mejor, su poder excretor de la bilirrubina, pasando ésta por ella en pequeña cantidad, a veces nada, y siguiendo entonces el curso sanguíneo, llegaría a la suprahepática, pasaría por ella y determinaría la bilirrubinemia general comprobada por el método INDIRECTO de Van den Bergh. El método DIRECTO, en este caso, es negativo, porque las sustancias propias de la célula hepática (homoglobulinas) que se mezclan en el primer caso con la bilirrubina, en este caso no lo hacen, ya que su vía de pasaje a través del hígado es por los capilares venosos y no por las células hepáticas.

En cuanto a la ictericia hemolítica, sólo diré de ellas que es de recordar la enorme hemólisis que le da su nombre. Mucha bilirrubina en estas condiciones es fabricada en las diversas secciones del RETÍCULO ENDOTELIAL que antes citaba, y la célula hepática no alcanza a dar curso a su permeación, debiendo, por este motivo, pasar una parte de ella directamente al torrente circulatorio general, sucediendo lo restante como en el caso anterior.

De manera que la reacción de Van den Bergh nos permite evidenciar una ictericia latente y también diferenciar un caso de ictericia obstructiva de las toxi-infecciosas y hemolíticas, ya que sólo la primera dá el método DIRECTO positivo.

Me referiré ahora en breves términos a sus aplicaciones clínicas.

He observado detenidamente los casos

que a continuación expongo, en forma de cuadro, y de ellos he deducido lo siguiente:

No me ha sido posible encontrar en las tres salas que componen el Servicio del Prof. Sierra en el Hospital de S. Vicente, ningún enfermo afectado de colecistitis calculosa con cálculo enclavado en el colédoco que tenga retención completa de bilis y que se presentara sólo con ictericia latente. Esto se debe, indudablemente, a la ideología de nuestra clientela hospitalaria, que sólo recurre a estos servicios, puede decirse "in extremis", o sea, cuando afecciones como éstas ya tienen una franca ictericia declarada, que, por lo demás, hace completamente innecesaria estas investigaciones.

En cambio, por los mismos motivos anteriores, me ha sido posible estudiar dos casos que en la caja de Pandora del abdomen, constituyeron ambos una sorpresa para la clínica: son los que presento en el cuadro con los números 1 y 5, cuyos diagnósticos fueron: en el primero, una colecistitis obstructiva, y en el segundo, de quiste hidatídico comprobado clínica y laboratoriamente. Realizada días más tarde la intervención de regla en estos casos, se comprobó que ambos eran metastasis carcinomatosas en el hígado, provenientes ambos de lesión primitiva gástrica y que había sido a todos los medios de examen imposible de evidenciar. En los dos casos, la reacción de Van den Bergh, realizada antes de la intervención, dió sus métodos DIRECTO e INDIRECTO POSITIVO, siendo fácil de explicar este fenómeno por la compresión y destrucción de capilares y vasos biliares por las enormes metástasis cancerosas.

Más enseña un error diagnóstico que diez casos clínicos, dijo alguien, y éste es el caso de recordarlo.

En los casos de colecistitis (2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14 y 17), que he podido observar, el método INDIRECTO ha sido POSITIVO, sin excepción, debido a que una colecistitis crónica, por lo general, es acompañada, como lo ha demostrado Mayo Robson y Shire, por una hepatitis crónica consecutiva.

En cuanto a los demás casos de lesiones toxi-infecciosas (7, 19), neumonías, bronconeumonías, han correspondido siempre a lo que de ellas se esperaba, presentando reacciones INDIRECTAS POSITIVAS y evidenciando por esta vía su influjo sobre la actividad biliar.

Por lo que se refiere a casos de hemotórax (6), o de derrames sanguíneos en serosa cualesquiera (20), recordaré que ya antes se insistía, aunque sin poderlo probar, en las ictericias, aunque débiles que producían. Ahora, la reacción en cuestión, me ha permitido en el caso ( ) una reacción INDIRECTA POSITIVA, después de 8 días de la lesión, habiendo a los tres días obtenido una negativa; de donde deduzco que en las serosas, la sangre necesita mayor espacio de tiempo para ser de nuevo reabsorbida y hemolizada. No está de más recordar que las serosas se encuentran recubiertas de endotelio y que son endotelios los que constituyen el RETÍCULO ENDOTELIAL de ASCHOFF, al que se le atribuye el papel de elemento formador de bilirrubina en la sangre.

Sin embargo, en no todos los casos esta reacción responde favorablemente a lo que se pide de ella: Mc. Nee y Van den Bergh insisten en ello, lo mismo que Quincke y Langhans, por eso concluiré con Eppinger, ya que mis escasas observaciones no me permiten llegar a resultados estadísticos, que el 96% de las reacciones directas son indicios de una lesión hepática obstructiva o destructiva, y que la reacción INDIRECTA es indicio de lesión hepática por toxi-infección o por hepatitis localizada consecutiva a colecistitis en un 60% de los casos.

Estas observaciones no han sido perdidas para la Cirugía, en favor de la cual hemos tratado de obtener algunos resultados, y así, por las investigaciones realizadas en Europa, principalmente por Eppinger, tratando de interpretar las funciones del retículo endotelial, tantas veces citado, por medio de esta reacción, ha podido clasificar bajo el nombre de HEPATOLIENALEN ERKRANKUNGEN (Enfermedades hepato-esplénicas) a la Colemia familiar, leucemias esplénicas y enfermedad de Banti, para las cuales ha propiciado la esplenectomía, que aquí ha dado excelentes resultados, como lo demuestran los varios casos publicados en nuestra literatura.

Fuera de estas consideraciones, una reacción de Van den Bergh indirecta en una colecistitis que disfrace su diagnóstico, como es común que suceda, es un signo más de presunción en su favor; y en todo caso es un indicio de la insuficiencia hepática que debe de ponernos alerta contra anestésicos como el cloroformo, que podrían aumentarla.

Mucho más puede esperarse aún de la reacción de Van den Bergh, que, por su corta vida, aun puede decirse que se encuentra sólo en pañales.

SALA	N.º de la cama	DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO	REACCIONES		DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO
			Directa	Indirecta	
1 N.º 2	11	Colecistitis obstructiva (Ca o cálc.)	+	+	Metástasis cancerosas en el hígado
2 N.º 2	5	Colecistitis.....	-	+	Colecistitis calculosa
3 N.º 2	1	Colecistitis.....	-	+	.....
4 S. Domin.	4	Operado de colecistitis (27 días)..	-	-	.....
5 S. Domin.	1	Quiste hidatídico del hígado.....	+	+	Ca gástrico con grandes metás.
6 S. Jenaro	8	Hemotórax traumático.....	-	+	.....
7 S. Domin.	26	Bronconeumonía post-operat.....	-	+	.....
8 N.º 2	5	Colecistitis apendicitis.....	-	+	Colecistitis calculosa-peri-hepatitis inversa.
9 N.º 2	9	Colecistitis aguda.....	-	-	Colecistitis calculosa, un cálculo enclavado en el cístico.....
10 N.º 2	11	Colecistitis crónica.....	-	+	Colecistitis crónica sin cálculos.
11 N.º 2	6	Colecistitis crónica.....	-	+	Colecistitis con un pequeño cálcu.
12 N.º 2	8	Colecistitis.....	+	+	Falleció antes de operarse. A. P. cálculo en el colédoco, era escasamente permeable.
13 N.º 2	7	Colecistitis.....	-	+	.....
14 N.º 2	10	Colecistitis.....	-	+	.....
15 S. Domin.	1	Úlcera gástrica.....	-	-	.....
16 S. Domin.	21	Ca gástrico.....	-	+	Ca inoperable-gastroenterostomía.
17 S. Jenaro	4	Colecistitis.....	-	+	.....
18 N.º 2	20	Ca cabeza del páncreas.....	+	+	.....
19 S. Domin.	6	Bronconeumonía.....	-	+	.....
20 S. Domin.	11	Hidrocele hemorrágico.....	-	-	.....