

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

EL NÚMERO, UN PESO

SECRETARIOS DE REDACCION

Drs. Juan Marín

y
A. Rojas Carvajal

SE RUEGA A LOS SEÑORES
SUSCRITORES COMUNICAR
INMEDIATAMENTE TODA
IRREGULARIDAD QUE NO-
TEN EN EL ENVÍO DE LA
REVISTA.

COMITÉ 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 Saicedo
C. Monckeberg J. Ducci L. Calvo M. A. Larraguibel
C. Pardo C. A. C. Sanhueza C. Charlín C.

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

F. de Amesti L. Córdova G. Grant B.
E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto
Director: Prof. O. FONTECILLA

TODO ASUNTO RELACIONADO CON
LA ADMINISTRACIÓN DE LA RE-
VISTA DEBE DIRIGIRSE A DELI-
CIAS 1626, SANTIAGO. — TELÉ-
FONO 2844.

Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

Por un año \$ 20.—
Número atrasado > 1.50
Las suscripciones son sólo por un año

SUMARIO

Texto:

- LOBO ONELL.—Sobre dosificación de urea en la sangre, p. 337.
ENRIQUE ONETTO A.—La dosificación de la urea en la sangre, p. 337.
MARCO A. SEPÚLVEDA R.—La dosificación de la urea en la sangre, p. 339.
ERNESTO ROBERT DE LA MAHOTIBRE.—Quiste hidatídico pulmonar abierto en los espacios subaracnoides (2 figs.) p. 340
RICARDO EGUIGUREN E.—Desprendimiento prematuro de la placenta. Hemorragia útero placentaria Traumatismo abdominal, p. 341.
Sociedades Científicas: Sociedad Médica de Santiago.—Sociedad Médica de Valparaíso.—Sociedad de Cirugía (2 figs.) p. 342.

Anexo:

- Las actividades alrededor del Sindicato. El primer Directorio del Sindicato de Médicos de Santiago. Primera sesión de la Mesa Directiva, p. 457.
El prof. Mönckeberg es nombrado miembro correspondiente de la Real Academia de Medicina de Madrid.—Sociedad de Oto-rino-Laringología—Dr. G. García Latorre.—Dr. Eugenio Cienfuegos (1 fig.).—Dr. A. Scroggie V.—Médicos parlamentarios.—De «La Tribuna Médica» —Dr. Eduardo Cruz Coke.—Crónicas de Jhon-Boy.—Boletines mensuales de Estadística, p. 458.
ARTURO LOIS.—Uretritis blenorragia crónica, p. 463.

LAS ACTIVIDADES ALREDEDOR DEL SINDICATO

EL PRIMER DIRECTORIO DEL SINDICATO DE MÉDICOS DE SANTIAGO

Después de las elecciones verificadas en los distintos hospitales, han pasado a integrar el Directorio del Sindicato de Médicos de Santiago, en calidad de Directores, las siguientes personas:

- Dr. Hernán Alessandri, por el Hospital Clínico.
Dr. Alfredo Commentz, por el Hospital M. Arriarán.
Dr. Nacianceno Romero, por la Casa de Orates.
Dr. Rolando Castañón, por el Hospital San José.
Dr. Raúl Ventura, por el Hospital del Salvador.

Dr. Ernesto Greene, por el Hospital San Francisco de Borja.

Celebraron la primera sesión el Lunes 14 del presente, convocada por la Mesa Directiva que, como informamos en el número anterior, la forman los doctores:

- Javier Castro, Presidente.
José Ducci, Vice.
Juan Marín, Secretario; y
Ladislao Labra, Tesorero.

PRIMERA SESIÓN DE LA MESA DIRECTIVA DEL SINDICATO MÉDICO DE SANTIAGO.

El Lunes 7 de Diciembre, a las 10 P. M., en el local de la Sociedad Médica de Chile, Merced 655, se reunió la Mesa Directiva del Sindicato Médico de Santiago con asistencia de los doctores Javier Castro, José Ducci, Ladislao Labra y el Secretario Dr. Juan Marín.

Se leyó el acta de la asamblea general de sindicatos de Santiago, en que se eligió a la



ARTIGON

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

Medicamento sin igual para el tratamiento de la blenorragia

Vacuna antigonorreica,
polivalente, nuevamente perfeccionada, de
conservación ilimitada

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

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

En cualquier defecto, sírvanse avisar al representante de la

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

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

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS

actual Mesa, y el señor Presidente y Secretario dan cuenta de numerosos antecedentes relacionados con la constitución de los Sindicatos y asociaciones médicas en el país.

Se acuerda designar un médico en cada hospital para que tomen a su cargo la elección de Delegados de Hospitales que integrarán el Directorio, la cual deberá hacerse en la presente semana, a fin de que en la próxima sesión del Lunes 14 se pueda entrar de lleno, con la totalidad de sus miembros a la confección de los Estatutos.

El Secretario queda encargado de traer en la próxima sesión un proyecto de Estatutos.

Se propone y acuerda en seguida la fijación de una cuota inicial provisoria de \$ 10 a cada uno de los médicos que ya han firmado el libro, para atender a los gastos pendientes.

Se acepta el envío de la circular que el Secretario ha hecho imprimir y que se repartirá a todos los médicos de Santiago.

Se designa recaudador y pro-secretario rentado al señor Enrique Soto, quedando para después la fijación de sus emolumentos.

Tratando sobre lo relacionado con los sueldos de los médicos de los Hospitales, se deja pendiente el asunto, quedando el señor Presidente encargado de conversar con el Director General de Beneficencia, Dr. Lucio Córdova.

Se levantó la sesión a las 12 P. M.

EL PROF. MONCKEBERG ES NOMBRADO MIEMBRO CORRESPONDIENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Motivo de justa satisfacción ha sido esta nueva distinción de que es objeto el meritorio Profesor de Obstetricia de nuestra Facultad, motivo de satisfacción y de orgullo para el país y especialmente para el Cuerpo Médico nacional. Ya en ocasiones anteriores habíamos tenido oportunidad de celebrar desde estas mismas columnas, el papel brillante que le cupo desempeñar a nuestra delegación en el torneo científico del pasado Congreso Médico de Sevilla y con motivo de la designación del Prof. Luis Calvo Mackenna para Miembro Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Madrid, hacíamos ver la gran simpatía con que mirábamos estas manifestaciones de cordialidad y acercamiento con las instituciones médicas de la Madre Patria.

Augurábamos entonces, que el Congreso de Sevilla sería una ocasión especialmente propicia para esta simpática labor de mutuo reconocimiento y amistad. Vemos con profundo agrado que no nos equivocábamos en aquel entonces, cuando aún persisten los homenajes de la estimación y respeto de que supieron hacerse dignos los que tuvieron la representación del País en aquella ocasión.

Queremos hacer llegar al Prof. Mönckeburg nuestras felicitaciones sinceras y entusiastas.

SOCIEDAD DE OTO-RINO LARINGOLOGÍA

Calladamente, sin vana ostentación ni publicidad, continúa sus reuniones y trabajos: esta institución nacida al impulso siempre fructífero del Prof. Alejandro del Río. Las reuniones tienen lugar una vez en cada hospital para así tener la mejor variedad posible en el material de observaciones.

DR. G. GARCÍA LATORRE

Designado para reemplazar al Profesor García V. en la Cátedra de Química General.

DR. EUGENIO CIENFUEGOS

Uno de los miembros más laboriosos y distinguidos del Comité Científico de "La Clínica", el Dr. don E. Cienfuegos acaba de recibir su título de Profesor Extraordinario de Pediatría. Los lectores de esta revista han podido apreciar en diversas ocasiones la vasta y profunda preparación del Dr. Cienfuegos en el ramo que va a enseñar.

El nuevo Profesor presentó a la Facultad una brillante lista de antecedentes y un interesante trabajo sobre trastornos gastrointestinales del lactante.

Productos Serono

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

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

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

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

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

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

Cardiolo Serono: Extracto fluido bien titulado de estrofantó, 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 espermina.

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

MUESTRAS Y BIBLIOGRAFÍA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS QUE LAS SOLICITEN

Dirigirse a:

Hijos de Atilio Massone

Casilla Correo 3584 = SANTIAGO = Calle Claras 205

DR. A. SCROGGIE V.

También ha obtenido su título de Profesor Extraordinario de Pediatría el Dr. don Arturo Scroggie Vergara, actual Jefe de Clínica del Profesor Sanhueza. El Dr. Scroggie es uno de los especialistas más sobresalientes de la Escuela Pediátrica Chilena, cuya actividad y preparación son ya un justo título de orgullo para la Medicina Nacional.

A una nutrida hoja de antecedentes, el Dr. Scroggie acompañó un grueso volumen sobre la "Tuberculosis en el lactante". En esta obra puede decirse que el nuevo Profesor agota la materia que trata.

MÉDICOS PARLAMENTARIOS

El nuevo Congreso contará con una brillante representación del Cuerpo Médico. En el Senado tendremos al Profesor González Cortés, miembro del Comité Científico de "La Clínica" y cuyas múltiples y provechosas actividades son conocidas de todos, y el Dr. Maximiliano Poblete.

En la Cámara figurarán los doctores Miguel de la Maza (Iquique), Leonardo Guzmán (Antofagasta), Isauro Torres (Vallenar),



DR. EUGENIO CIENFUEGOS

Arturo Lois (Taltal), Salvador Necochea (Temuco).

Esperamos confiadamente que la labor de los nuevos congresales ha de corresponder a sus honrosos antecedentes profesionales.

DE "LA TRIBUNA MÉDICA"

Los nuevos Profesores

En el último número de "La Tribuna Médica" se emiten los siguientes elogiosos conceptos a propósito de la designación de nuestro Director como Profesor de Psiquiatría. Agradecemos al colega sus amables apreciaciones.

"El Dr. Oscar Fontecilla. — Ha sido designado para titular de la Clínica de Enfermedades Mentales.

El Dr. Fontecilla ha hecho una rápida carrera hasta tomar el puesto para el cual ha contado con la casi unanimidad de los votos de la Facultad.

Dotado de muy clara inteligencia, ilustración muy vasta, al servicio de las cuales tiene condiciones de elocución y redacción que lo hacen un orador impresionante y un escritor cultísimo, el Profesor Fontecilla ha querido triunfar y ha triunfado.

Para la Cátedra que ha tomado a su cargo, tiene especiales condicio-



Sin Temor

de iodismo

el

COLLO-IODE DUBOIS

A BASE DE IODOHIDRATOS DE ÁCIDOS AMINADOS

realiza un progreso terapéutico indiscutible

sobre las iopeptonas

— soluciones de iodo

— ioduros alcalinos

LABORATOIRES DUBOIS

15 rue Pergolèse

PARIS XVI

Concesionario

para Chile

Am. Ferraris

Compañía 1295

Santiago

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

NEURO-YATREN:

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

OZAENASÁN

SUERO CONTRA LA GRIPPE
(Influenza) POLIVALENTE

Dosis 25 ccm. y 50 ccm.

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

J. A. NOCK

SANTIAGO-Casilla 1648-Huérfanos 1059

Los pedidos de Provincias son atendidos por los
Srs: BALTZ, OETGEN y Cia. Valparaíso, Casilla 1451

EN VENTA EN TODAS LAS BUENAS BOTICAS DEL PAIS

SANARTHRIIT HEILNER

logra curar las afecciones crónicas progresivas de las articulaciones conocidas por:

**Artritis deforme, Periartritis destructiva,
-: Reumatismo secundario y Artritis úrica :-**

SANARTHRIIT es un medicamento preparado con tejido cartilaginoso animal cuyos elementos bioquímicos y terapéuticos tienen una relación específica con los elementos del tejido de la articulación.

SANARTHRIIT ayuda a la defensa local de la articulación, impidiendo la penetración del ácido úrico, pues forma una especie de valla protectora natural que se renueva automáticamente.

SANARTHRIIT viene envasado en ampolletas de 1,1 ccm³ y dividido en serie 1 y 2.

LUITPOLD-WERK., München

Para literatura dirigirse a los Depositarios para Chile,
señores DAUBE y Cia.

EXPLORATOR

EL APARATO

"ROENTGEN"

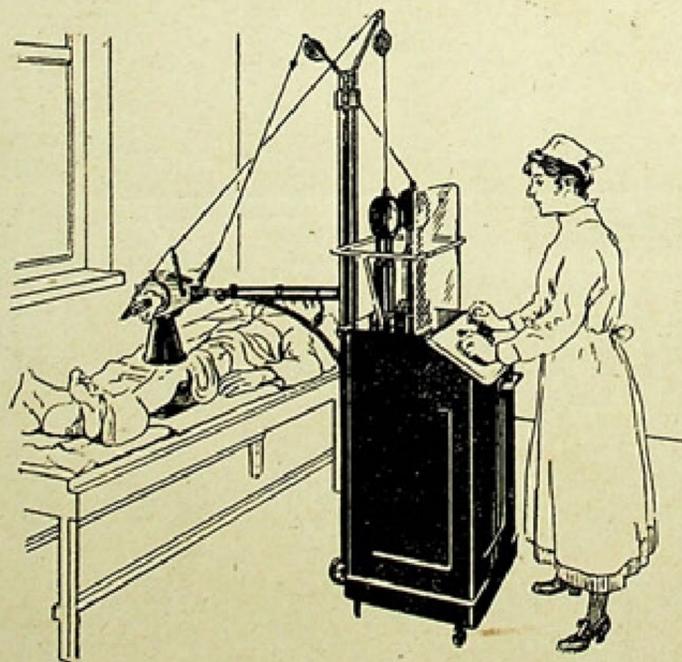
Para Clínicas y
Consultorios Médicos

Apropiado para radioscopías, radiografías de tiempo y rápidas y terapia superficial.

Tamaño reducido - Manejo sencillo
PRECIO ECONÓMICO

Solicítenos detalles y precios.

SIEMENS-SCHUCKERT LIMITADA
Compañía de Electricidad
Huérfanos 1041 - Santiago - Casilla 104 D
Valparaíso - Concepción - Valdivia - Antofagasta - Iquique



nes de espíritu analítico y observador que le darán muchos triunfos en la vía en que comienza, ya que ha optado por una cátedra que, más que ninguna otra, reclama inteligencia sutil y penetración psicológica.

El Profesor Fontecilla es muy joven aún. Casi puede decirse que comienza su carrera. Cuenta en ella muchos triunfos y auguramos muchos más para honor de nuestra Facultad y de nuestra Escuela".

NUEVOS PROFESORES

DR. EDUARDO CRUZ COKE

En reemplazo del Profesor García Valenzuela, que jubiló, fué designado para servir la Cátedra de Química Biológica el Dr. don Eduardo Cruz Coke. El Dr. Cruz Coke es un médico joven que se ha distinguido por su amor a la ciencia y su alto espíritu de investigador. Además ha revelado verdadera vocación por la enseñanza. Acaba de publicar una importante obra sobre "La Acidez Iónica en Clínica", en dos volúmenes, de la cual nos ocuparemos próximamente.

Para optar a la Cátedra, el Dr. Cruz Coke presentó los siguientes antecedentes:

1. Jefe de trabajos prácticos del Profesor Noé (Zoología médica) 1917-1922.
2. Clases de microscopía durante esos mismos 5 años.

3. Médico Cirujano en 1921.
4. Médico del Hospital de San Juan de Dios. Servicio del Profesor Ibar, 1921-1925 (Interno en ese mismo hospital desde 1917-1921).
5. Laboratorio Clínico 1921-1925 como ayudante del Profesor Cádiz, especializándose en química fisiológica (Investigaciones sobre físico química biológica y electroquímica).
6. Trabaja durante el año 1924 con el Profesor Krassa (Prof. de fis.-quím. en Escuela de Ing.) en físico química, aplicándola a la biología.
7. Trabaja durante su estadía en Chile con el Profesor Lapicque (1925) en química biológica colaborando con él en algunas investigaciones.

Trabajos publicados

1. Tuberculosis y vagotonismo (80 págs.). Tesis de Licenciatura 1921. Distinguida con recomendación especial.
2. Clases de microscopía (50 págs.) 2 ediciones, 1919 y 1921.
3. Los métodos modernos de la investigación de la lúes en el suero sanguíneo (20 págs.) 1923.
4. Contribución al estudio del PH de la orina. 1925.
5. La acidez iónica en clínica. Texto de físico química biológica (300 págs.) 1925. Prefacio del Profesor Cádiz.

Trabajos presentados a la Sociedad Médica

1. Los métodos de floculación (Sesión 15 Junio 1923).
2. La importancia del estudio del PH en biología y clínica. (Sesión del 2 de Noviembre 1923).
3. Las variaciones de la reacción en las soluciones bajo la acción de corrientes de gases (Error de ácido carbónico). En colaboración con el Dr. W. Knoche. (Sesión Julio de 1924).
4. Investigaciones sobre las variaciones de la acidez iónica de la orina en el diagnóstico de los estados funcionales gastrointestinales (Sesión del 8 de Mayo de 1925).
5. Investigaciones sobre los índices de amortiguación en los medios de cultivo y líquidos orgánicos (Sesión del 17 de Julio de 1925).

Trabajos presentados a la Société de Biologie

1. La concentración de los jugos vacuolares de las plantas del desierto (en colaboración con el Profesor Lapicque). (Sesión 14-VIII-1925).
2. Investigaciones sobre las variaciones normales del PH de la orina. (Sesión 14-VIII-1925).

ELIXIR DIXI

EL MEJOR DEPURATIVO DE LA SANGRE

DOSIS: Una cucharada antes de los alimentos.

LABORATORIOS RECALCINE

CRÓNICAS DE JHON-BOY

Conferencias

El Viernes pasado disertó en la Clínica del Prof. Sierra, el Dr. Juan Marín sobre "Los errores de diagnóstico en la región inguino-crural".

En el mismo local hablaron los Drs. Alfonso Constant sobre "El quiste hidatídico" y Ramón Briones sobre "Osteomielitis aguda y crónica".

REUNIONES EN EL HOSPITAL SAN BORJA

El Viernes 11 tuvo lugar la sesión de clausura de las reuniones médicas del Hospital San Borja.

Pueden los médicos de este establecimiento decir con satisfacción que han realizado durante el año que termina, una labor fructífera y digna de imitar. Regularmente, siempre con asistencia numerosa y entusiasta, han relatado las observaciones y presentado los casos de los diferentes servicios en medio de la mayor cordialidad, sin que una sola nota discordante viniese a enturbiar la serenidad de los debates científicos.

SUELDOS DE LOS MÉDICOS DE LOS HOSPITALES

Continúan las gestiones dirigidas por el Comité de Médicos de los Hospitales encaminadas a conseguir un justo aumento en sus remuneraciones.

Sabemos que el Sindicato Médico de Santiago tomará cartas en este asunto.

Así, mediante la unión estrecha de los médicos de todas las agrupaciones y contando con la decidida buena voluntad del señor Ministro de Higiene, Dr. Pedro Lautaro Ferrer, no es dudable que el éxito coronará los esfuerzos de los colegas de Chile.

Mortalidad infantil en Santiago

Meses	Nacidos	Muertos antes del año	% de Mortalidad		
			1925	1924	1923
Enero	1,255	383	30.5	35.4	34.2
Febrero	1,125	226	20.0	23.5	26.1
Marzo	1,082	232	21.4	22.1	20.6
Abril	1,014	189	18.6	18.2	23.6
Mayo	1,082	216	19.8	20.3	18.3
Junio	1,173	246	20.9	19.7	21.4
Julio	1,219	238	19.5	17.6	4.4
Agosto	1,269	214	16.8	19.3	31.1
Septiembre	1,122	220	19.6	26.6	33.0

DE LOS BOLETINES MENSUALES DE ESTADÍSTICA DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE SANTIAGO

Movimiento de enfermos y asilados en Septiembre de 1925

Establecimientos	Total de asistidos	Mortalidad
Hospitales	6,097	5.7%
Maternidades	758	
Asilos	6,142	
Totales	12,997	

Uretritis blenorragica crónica

por el

Dr. Arturo LOIS

Todos Uds. saben, sobre todo los que tienen alguna práctica, lo que ocurre de ordinario a los afectados de blenorragia:

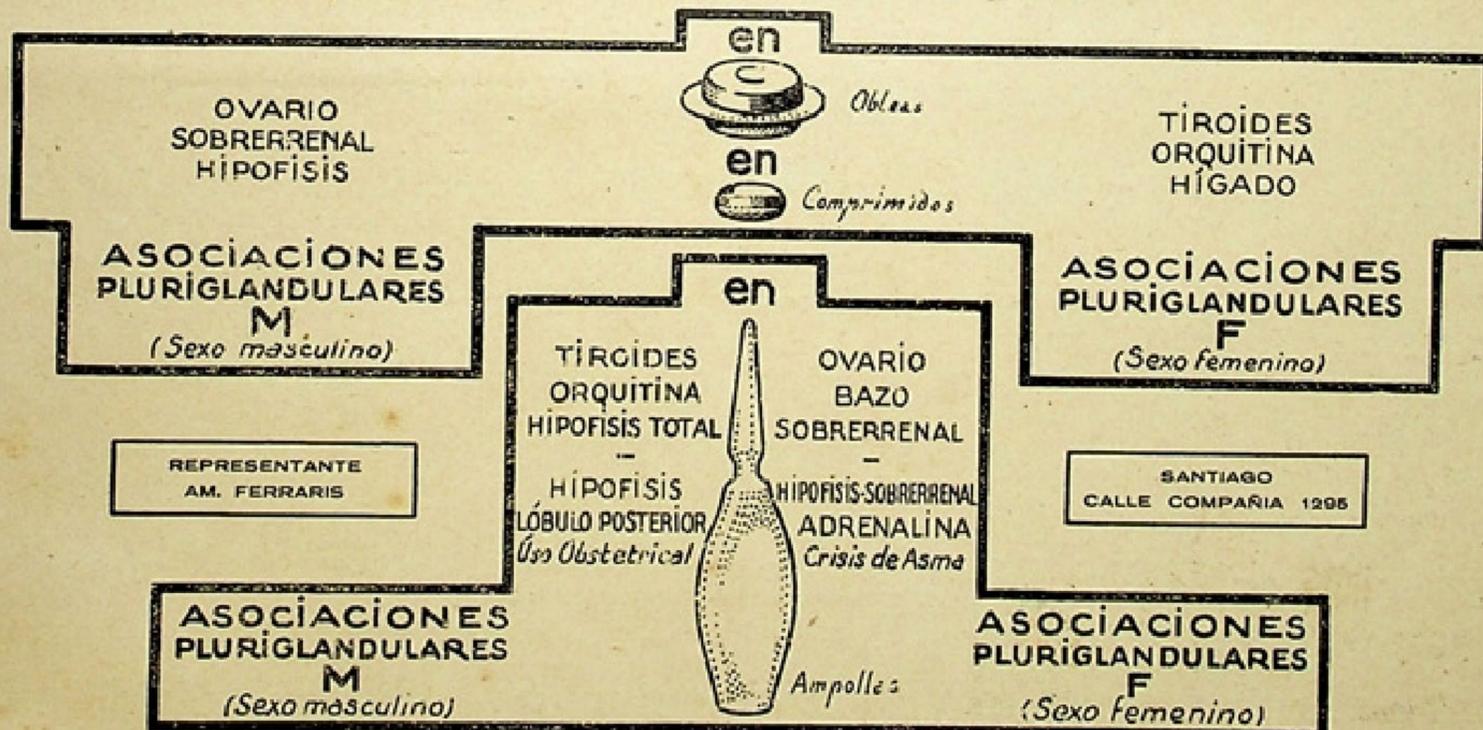
Contraen su uretritis aguda y después de uno o dos meses de tratamiento, por lo general mal dirigido, continúan con un escurreimiento persistente con pocas molestias: una gota matinal. Es lo común.

Otras veces mejora bien la uretritis aguda, pero persisten filamentos y cierta hu-

LABORATORIOS FOURNIER FRÈRES
26, Boulevard de l'Hôpital - PARIS (ve)

las **ENDOCRISINES**

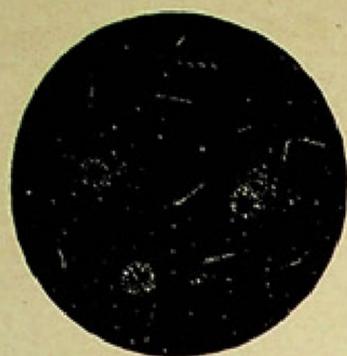
EXTRACTOS OPOTERÁPICOS TOTALES
deseccados a frío en el vacío



LITERATURA Y MUESTRAS A LOS Sres MÉDICOS QUE LAS PIDAN

SANTIAGO
CALLE COMPAÑIA 1295

REPRESENTANTE
AM. FERRARIS



LABORATORIO CLINICO
DEL
Dr. Leonidas Corona T.

SANTIAGO — DELICIAS 868

Servicio de diagnóstico de la sífilis

REACCIÓN DE WASSERMANN
EXAMENES ULTRAMICROSCÓPICOS

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



Fosfomuriato de Quinina

COMPUESTO

Zónico general y de gran valor en las Afecciones Nerviosas y de la Via Digestiva

Fórmula:

Fosfato ácido de hierro.....	1.25 por ciento
Fosfato ácido de cal.....	1.30
Muriato de quinina.....	0.25
Jarabe coloreado.....	

DOSIS: Para adultos, una cucharadita de las de té, dos veces al día, de preferencia un cuarto de hora antes de comer. Para los niños, según la edad.

Muestra a disposición de los señores Médicos.

Laboratorio Chile

SANTIAGO

Único Gran Premio de Honor en la Exposición Internacional de Bolivia por Productos Químicos y Farmacéuticos.

INSTITUTO DE SALUD

CISTERNA

(Población Nueva España)



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

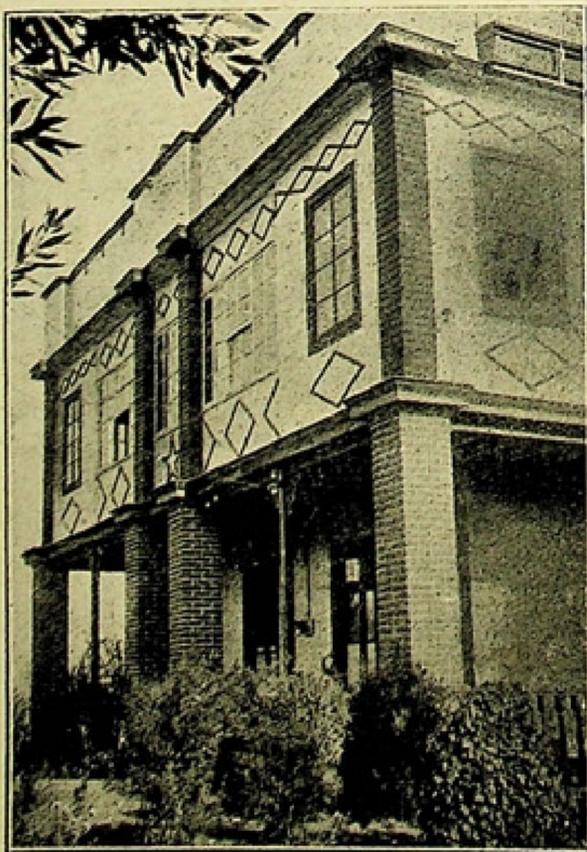
DIRIGIDO POR EL

DOCTOR FONTECILLA

SANTIAGO — DELICIAS N.º 1626



Electroterapia, Hidroterapia, etc.



medad del meato; esto, en muchos casos, con intermitencias.

Por fin, un buen número quedan, al parecer, totalmente sanos: no hay gota en el meato, a lo sumo se presentan escasos filamentos en la orina, pero sin infectarse nuevamente y — por excesos de bebida, coitos, fatigas, etc. — reaparece el escurrimiento.

“Es que persiste el gonococcus en la profundidad de la mucosa y en las glándulas a sus alrededores”.

Lesiones macroscópicas

Ocurre con la blenorragia que la mucosa se espesa, engrosándose, poniéndose de color rojo oscuro y perdiendo su flexibilidad y facultad de plegarse. Es la infiltración blanda.

En un grado más avanzado, la mucosa se hace dura y pálida, casi blanca: es la infiltración dura.

Los sitios de la uretra donde la infiltración dura alcanza mayor desarrollo es la región bulbar.

Los orificios de las glándulas de la uretra participan de las inflamaciones: son agrandadas, de bordes rojos. De la luz de éstos se vé muchas veces salir un pus espeso como burbillón. Otras veces se obturan los orificios glandulares transformándose las glándulas en quistes purulentos.

Lesiones histológicas

a) **Epitelio.** El epitelio de la uretra cilíndrico, salvo en ciertos sitios (región membranosa, superior prostática y fosa navicular), se hace totalmente pavimentosa con la gonorrea. El epitelio se espesa por aumento de las capas celulares.

Siguiendo el proceso, las capas superficiales del epitelio se llenan de eleidina. El epitelio se hace córneo, formando como el epitelio de la piel, una capa engrosada, dura, que no deja pasar las sustancias medicamentosas.

b) **Capa sub-epitelial o dermis mucoso.** En el período de infiltración blanda se llena de células embrionarias. La superficie se mamelona, se eriza de papilas que rechazan hacia la luz de la uretra el epitelio subyacente, constituyendo como vegetaciones.

Viene después el período de infiltración dura, porque el tejido embrionario se organiza poco a poco formando el tejido conjuntivo adulto y luego el escleroso de cicatriz.

c) **Vaina esponjosa.** La vaina esponjosa participa de la inflamación en las infiltraciones profundas, ya que no hay límite preciso entre el tejido sub-epitelial o dermis mucoso y esta vaina.

d) **Glándulas.** Las lagunas de Morgagni se hinchan y su orificio se dilata en cráter. Pueden, en seguida, atrofiarse, obstruyéndose sus orificios y transformándose en quistes llenos de pus.

Las glándulas de Littre, en la uretritis, se hacen el centro de una inflamación. El proceso puede traer una hipersecreción de materia coloide en la que se mezcla el epitelio glandular.

Más tarde, en el curso de la infiltración dura, el tejido periglandular esclerosándose verdaderamente ahoga por completo la glándula.

En otros casos, se cierra, se obstruye el cuello de la glándula. Si está infectada formará un absceso que tendrá que abrirse a la uretra o puede buscar camino al exterior.

Pueden así, estas glándulas obturarse o abrirse de nuevo, explicándose con la infección que lleva, las frecuentes recaídas después de curaciones engañosas.

Uretra posterior. Las lesiones son las mismas que al nivel de la uretra anterior; pero son menos profundas, y la infiltración dura no llega generalmente al retraimiento.

El verumontano se pone rojo, hinchado, edematoso al principio, puede en seguida retraerse, deformarse y obturar los canales eyaculadores.

Pólipos y quistes. En la uretritis crónica se encuentran a veces pequeños pólipos, papilomas.

¿Cuáles son las causas de la cronicidad de la blenorragia?

1º La blenorragia no cura, porque ha sido mal cuidada o tratada defectuosamente.

Caso a) El sujeto se ha salido del régi-

Productos Biológicos Bruschetti

NOMBRE DEL PRODUCTO	FÓRMULA	INDICACIONES
Yaccino Antiplógeno Polivalente Bruschetti En caja de 5 ampollitas de 2 c. c. " " " 1 " " 5 c. c. " " " 1 " " 10 c. c.	Estreptococo piógeno, estafilococo piógeno áureo, bacillus per-ringens, bacterium coli, neumococo de Fränkel, cepas de diversas procedencias. Método Prof. Bruschetti.	Abscesos, angina de Ludwig, artritis aguda reumatismo agudo, endocarditis estreptocócica infección puerperal, supuraciones de llagas o heridas, erisipela, furunculosis, gangrena gaseosa, septicemia, etc
Yaccino Antigonocócico Bruschetti (Cajas de 5 ampollitas de 2 c. c.)	Cepas de gonococo de diversas procedencias y cepas de gérmenes, (piógenos) que suelen acompañar al gonococo. Método Prof Bruschetti.	Uretritis gonocócicas y formas derivadas: prostatitis, epidemitis, artritis blenorragica, afecciones gonocócicas del útero y anexos, etcétera.
Yaccino Curativo Bruschetti (Cajas de 5 ampollitas de 1 c. c.)	Obtenido con bacilos tuberculosos que se han mantenido durante mucho tiempo en contacto con leucocitos y con extractos bacilares: todo lo cual con un método especial del Prof. Bruschetti.	En todas las formas y estadios de la tuberculosis. En las formas con asociaciones microbianas unido al «Yaccino Antiplógeno» (para las formas bacilosas)
Suero-Yaccino Bruschetti (Cajas de 5 ampollitas de 1 c. c.)	Se compone de una mezcla de Vacuna igual a la anterior y de un «Suero» que tiene, entre otras, sobresalientes propiedades antitóxicas.	Estadios iniciales de la tuberculosis y formas óseas de la misma, solo o asociado con el «Yaccino curativo»
Poliyaccino Antiplógeno Bruschetti (para las formas bacilosas) (Cajas de 5 ampollitas de 2 c. c.)	Estreptococo piógeno, estafilococo piógeno áureo, pneumococo de Fränkel, varios otros estrepto y estafilococos cepas de diversas procedencias. Método del Prof. Bruschetti.	En todas las formas de tuberculosis en que se constate la presencia de asociaciones microbianas, alternado con el «Yaccino Curativo».

Muestras y Bibliografía a disposición de los señores Médicos que las soliciten.

DIRIGIRSE A: **Hijos de Atilio Massone**

Claros 205

SANTIAGO

Casilla 3584

men indicado. Ha practicado, por ejemplo, un coito muy cerca de su curación, ha abusado de la bebida o ha tenido excesos de mesa, marchas, ejercicios violentos, fatigas, etc.

Caso b) Tratamiento mal dirigido o mal hecho por el paciente. Por ejemplo, pocos lavados, inyecciones insuficientes o al revés, muy abundantes, pero ejercitándose presiones muy altas, con soluciones o muy débiles o muy fuertes; lavados muy calientes, etc.

Caso c) Tratamiento abortivo inoportuno o mal efectuado. Todos saben que este tratamiento debe hacerse cuando se toma el paciente en el comienzo de su enfermedad, cuando sólo hay una sensación de ardor, y cuando al examen microscópico hay células epiteliales llenas de gonococcus, pocos leucocitos y pocos fenómenos inflamatorios.

Si se emplea cuando el meato está muy inflamado, cuando la primera porción de orina es muy turbia y cuando los gonococcus son intracelulares, se contribuye al establecimiento de la uretritis crónica.

Hecho el tratamiento cuando hay indicación y con una buena técnica, se puede, por el contrario, curar rápidamente el enfermo y evitar la cronicidad de la gonorrea.

Yo he usado en dos ocasiones la técnica de Le Fur con éxito.

Consiste ésta, en emplear una solución de albargina al 2 por 100 inyectando con una jeringuilla en la uretra el primer día la 1ª

inyección corta con poca presión, la 2ª manteniéndola minuto y medio y la 3ª con una presión un poquito superior.

Repetirla 2ª y 3.er día.

Si al 3º hay gonococcus, se da por fracasado el tratamiento, sin perjudicar al enfermo, como ocurre con otras curas abortivas.

2º La blenorragia parecía curada, la secreción cesa, pero la infección queda localizada en una de las guaridas microbianas de la uretra.

Estos sitios o guaridas son numerosos y hay que tenerlos muy presentes:

a) Deformaciones del meato, meatos estrechos, meatos accesorios, canales para-uretrales, anomalías, hipospadias, por ejemplo.

- b) Las glándulas de Littre y las lagunas.
- c) Las glándulas de Cowper.
- d) La próstata.
- e) Vesículas seminales.

Todos estos divertículos, más o menos complicados, pueden infectarse a menudo parcialmente (G. de Cowper, próstata, vesículas).

Algunos fondos de saco glandulares infectados, se aíslan del resto de las vías genitales, después se reabren bruscamente con motivo de excesos de bebida, coitos, excesos de trabajo o ejercicio, fatigas y todas las causas que traumatizan y congestionan los órganos del periné.

Síntomas de mayor importancia en la uretritis crónica

1º Fenómenos dolorosos. Se trata a veces de sensaciones ligeras: sensación de cosquilleo, de quemadura, que se pronuncian al orinar, al coabitar o con el ejercicio.

Otras veces son molestias en el periné, en la uretra, en el ano, ingle, testículos, región lumbar.

Y suelen faltar muchas veces dolores y molestias.

2º Turbaciones miccionales.

- ¿Poliakuria?
- ¿Dolor al orinar?
- ¿Falsos deseos de orinar?

Gotas retardatrices post miccionales (Indican pérdida de la elasticidad del canal uretral antes de la infiltración dura).

3º Turbaciones genitales.

a) Erecciones dolorosas, o al contrario, incompletas o alejadas.

b) Pérdidas seminales. Eyaculaciones precoces, pérdidas seminales al defecar u orinar.

c) Eyaculaciones dolorosas. El orgasmo se reemplaza por un vivo dolor.

d) Eyaculación sanguinolenta.

e) Eyaculación retrógrada hacia la vejiga, por lesiones del veru y canales eyaculadores.

4º Secreción o exudado uretral. Gota miliar.

En general, en estos enfermos aparece la gota en la mañana al despertar, o 5 a 6

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

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

ALIVAL

YODO ORGÁNICO

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

Envases de origen:

Tubos de 10 y 19 Tabletas a 0,3 g.
Cajas de 5 y 10 Amp. a 1 g. Alival

ANESTESINA

Anestésico local duradero,

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

Dosis:

al exterior: al 5-20% o pura.
al interior: 0,25-0,35 gr. antes de las comidas.

Sólo servimos la Anestésina pura (en polvo)

SABROMINA
BROMO ORGÁNICO

insípido.

De tolerancia perfecta y acción eficaz Antiespasmódico y sedante.

Envase de origen:

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

2 tabletas de 2 a 4 veces al día.

SALIRGÁN

Marca Registrada

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

Poderoso Antiluético y Diurético

INDICACIONES:

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

Envases de origen:

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

Literatura y muestras a disposición de los señores médicos.

HIPOFISINA

acreditado

Tónico uterino

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

Envases de origen:

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

PERLAS DE VALIL

Remedio calmante

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

Envase de origen:

frasco de 25 perlas de 0,125 gr.
2-3 veces al día 2 a 3 perlas después de las comidas.

TUMÉNOL

Preparado de Brea

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

Dosis:

Pomadas: 1-20% tintura, pincelaciones, etc. La mejor forma para recetas: Tumenol amónico. No servimos ningún preparado oficial de Tumenol.

horas después de la última micción diurna. Esta gota es blanca, grisácea u opalina, semi-fluida. A veces los labios del meato están como pegados y hay necesidad de comprimir la uretra para obtenerla, otras veces es secreción abundante.

5º Los filamentos. Para esto se usan los procedimientos de los vasos, sea el de Thompson u otros.

Es en la mañana, al despertar, cuando se observan mejor los filamentos del paciente.

Dos clases se distinguen:

a) Filamentos ligeros que flotan en la parte superior del vaso. Son éstos, largos filantes, mucosos, formados por células epiteliales descamadas. No son tan contagiosos.

b) Filamentos pesados que caen al fondo del vaso y que tienen generalmente la forma de coma. Están formados de pus, células epiteliales, microbios. Son filamentos peligrosos.

Representan no sólo el molde de las glándulas de la próstata, sino también de las de Littre.

Tratamiento de la uretritis crónica

La uretritis crónica, para su curación, exige variados tratamientos, con sus indicaciones respectivas más o menos precisas.

1º Lavados uretrales.

2º Aplicaciones tópicas. De más uso: las instilaciones, las tocaciones y galvano-cauterizaciones bajo el control del uretroscopio.

3º Dilataciones. Simples con Bujías y

Beniqué (recto y curvo). Forzada con el aparato de Kallman.

4º Masaje de las glándulas de la uretra sobre Beniqué y de las glándulas anexas como la próstata, vesículas, glándulas de Cowper.

5º Diatermia. Tratamiento electrolítico o por ionización.

6º El tratamiento quirúrgico. Incisión del meato, de los divertículos, de las glándulas uretrales al control del Uretroscopio, cauterización al galvano-cauterio, etc.

7º Tratamiento interno y medicación.

8º Vacunación y seroterapia.

Aplicación e indicación de estos tratamientos

Para aplicar estos tratamientos combinados o separadamente, es necesario establecer un diagnóstico preciso bajo los siguientes puntos de vista:

1º Naturaleza bacteriológica.

2º Forma anatómo patológica.

3º Topografía.

I. Naturaleza bacteriológica.

Hacer repetidos exámenes de la secreción uretral, de la gota, comprimiendo la uretra, o de los filamentos.

Si hay gonococcus, continuar los lavados uretrales de uso corriente hasta hacer retroceder la infección.

Si no hay gonococcus y el proceso inflamatorio no es agudo ni doloroso, está autorizado para proceder al examen completo del aparato génito-urinario.

II. Anatomía y topografía de la afección. Este conocimiento se obtiene por un examen metódico, atento y completo.

a) Examen del meato. ¿Hay estrechez? Meatotomía.

¿Hay divertículos en la región del meato o región glandular?

b) Examen del canal.

Los exploradores olivares sirven para el calibramiento, determinar si hay o no permeabilidad, dureza del canal, sitio de estrecheces, infiltraciones glandulares.

c) Uretroscopía. Presta enormes servicios para la curación de la uretritis crónica.

Uretroscopía anterior.

¿Hay infiltración blanda?

Están las glándulas de Littre y las lagunas inflamadas.

¿Hay infiltración dura y estenosis?

Uretroscopía posterior.

¿El veru está hipertrofiado, deformado, edematoso o rojizo, sangra fácilmente?

El utrículo y los orificios de los canales eyaculadores ¿están rojos? ¿están hinchados, ulcerados, evertidos?

¿Sale de los canales eyaculación purulenta debido a una vesiculitis?

d) Examen de las glándulas anexas: próstata, vesículas, glándulas de Cowper.

e) Examen de las secreciones obtenidas por masaje. 1º Glándulas de Littre (Se puede obtener directamente la secreción con el Uretroscopio). 2º De las de Cowper. 3º De la próstata. 4º Vesiculitis por lavados y masajes sucesivos. (Continuará).

TRICALCINE

EL RECONSTITUYENTE más poderoso, más racional y más científico.

Tratamiento de la TUBERCULOSIS

RECALCIFICACIÓN Intensa del organismo debilitado.

No confundir la TRICALCINE con los numerosos específicos de nombres parecidos, que no poseen estas cualidades.

Único concesionario

Victor Corry

Sucesor de CASA ARDITI

Monjitas 739 : Casilla 78 D. : SANTIAGO

TÓNICO MANGANITA

Jarabe de Yoduro de Manganeso ◀▶ Regenerador de la sangre

El YODURO DE MANGANESO es un medicamento de gran valor terapéutico en la curación de la anemia, la cloro-anemia, el raquitismo y la escrofulosis. Ejerce sobre el organismo una doble acción medicinal, por el yodo que contiene su molécula, útil en los estados raquíticos y escrofulosos y, por el manganeso, cuya fuerza hemoglobínogena hace que se le considere un medicamento de elección en el tratamiento de las diversas anemias.

El YODURO DE MANGANESO por su acción estimulante y reconstituyente es también recomendable en el agotamiento nervioso, en el surmenage físico o intelectual, y en todos los estados depresivos del organismo. Pero su más preciosa cualidad, es el poder que tiene de aumentar en considerable proporción los glóbulos rojos de la

sangre (acción hemoglobínogena). Las sales manganosas se comportan como verdaderas oxidazas, esto es, fijan oxígeno, y lo ceden en seguida a la célula orgánica y así hacen el papel de la hemoglobina misma.

Los organismos debilitados, de sangre empobrecida por falta de oxígeno, encuentran pues, en el YODURO DE MANGANESO un agente que suple con eficacia la insuficiencia de los fermentos vitales del protoplasma celular.

Su preparación al estado de Jarabe hace que su ingestión sea fácil y agradable aún para los niños de corta edad.

DOSIS.—Para los adultos, una cucharada grande antes de las principales comidas. —Para los niños, reemplazar la dosis por cucharaditas de té.

Fórmula: YODURO MANGANESO AL 20%

LABORATORIO PETRIZIO — Calle Estado 93-95, Santiago de Chile

Droguería Botica "LA CARIDAD"

FÉLIX BELLICIA

DESPACHO EXACTO DE RECETAS

DEPÓSITO:

PERFUMERIA "BRISAS PORTEÑAS"

— 31 DE MAYO 688 —

Casilla 1390

Teléfono 3712

DIGIBAINA

Compuesto Tonicardiaco
Asociación Digitalina-Uabaina

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

DIGITALINA
Modera y regulariza.

UABAINA
Refuerza.

Acción Tonicardiaca completa

Laboratoires Deglaude - Paris

ALMORRANAS

VARICES

MENOPAUSA

Menovarine

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

Laboratoires

Mondolan

PARIS

DRAGÉAS
(4 a 6 al día)

GRÁNULOS
(3 cucharaditas al día)

AMPOLLETAS
(1 inyección cada 2 días)

OVO - LÉCITHINE

BILLON

ADMINISTRACION FACIL PARA NIÑOS Y ADULTOS EN LOS CASOS DE:
Depresión Física y Nerviosa, Fatiga Cerebral, Pretuberculosis,
Convalecencia, Embarazo,
todas las Anemias, Falta de Desarrollo en los Niños.

Los Establecimientos **POULENC Frères**
86 y 92 Rue Vielle - du - Temple = PARIS

AGENTE PARA CHILE:

CASILLA 61

J. B. DIDIER

SAN PABLO 1340

SANTIAGO

NOTA DE LA REDACCIÓN

"La Clínica" es una tribuna absolutamente libre, impersonal y abierta a la publicación de todo trabajo de índole médica que se nos envíe bajo la firma de personas respetables. Queda entendido que las consideraciones que se hagan en cada artículo corren absolutamente de cuenta de sus autores.

En las controversias que se susciten sobre cuestiones técnicas la revista no toma ni puede tomar ningún partido, cualquiera que sea la apreciación personal de sus directores.

SOBRE DOSIFICACIÓN DE UREA EN LA SANGRE

por el

Dr. LOBO ONELL

En el número del 1º de Noviembre de esta misma Revista, el Dr. Marco A. Sepúlveda publica una crítica del método de Moog de dosificación de la urea en la sangre. Esta crítica no se refiere a la técnica misma sino al cálculo final para determinar la proporción de urea de la muestra examinada.

El raciocinio del colega nos merece y ha merecido a todos los que se ocupan de esta clase de exámenes, algunas objeciones que expondremos detalladamente.

Según el Dr. Sepúlveda, en el procedimiento de Moog, en que se mezclan partes iguales de sangre y ácido tricloracético, la urea que contiene la mezcla pasaría en su casi totalidad en la porción de líquido que filtra espontáneamente y no quedaría en el precipitado sino una cantidad despreciable de esta sustancia.

Su argumentación la funda principalmente en la difusibilidad y solubilidad de la urea, propiedades que harían que esta sustancia fuera totalmente extraída de la mezcla de la sangre y el defecante por la parte del líquido que se separa del precipitado. Experimentalmente cree probar su elucubración, haciendo la dosificación de la urea en el residuo que queda en el filtro después de lavar varias veces con 4 o 5 cc. de agua.

Desgraciadamente, la experimentación con que pretende sustentar su aserto no es menos vulnerable que el principio mismo que desea demostrar. En efecto, si en vez de proceder a hacer la extracción de la urea del residuo que queda en el filtro como del líquido que lo embibe con 4 o 5 cc. de agua, hiciera el lavado con una cantidad cinco o seis veces mayor, como lo han hecho en experiencias de control el Prof. Cruz Coke, el Dr. Onetto, el señor E. Chabanier y el Dr. Moreno, habría encontrado que proporcionalmente al volumen, la cantidad de urea que allí existe es casi exactamente la misma que hay en el líquido filtrado hasta el punto que puede decirse sin abuso, que la dosificación puede hacerse tanto en el líquido filtrado como en el residuo que queda en el filtro. Las cifras que los autores mencionados han referido en la sesión de la Sociedad Médica del 4 de Diciembre último divergen solamente en unos 2 o 3 centigramos en cada serie de dosajes comparativos.

Estos mismos operadores, por otra parte, han encontrado que procediendo en la forma en que lo hace el Dr. Sepúlveda la cantidad de urea que se encuentra en el precipitado es del mismo orden de tamaño que el que indica.

Pero aún sin las comprobaciones tan prolijas que los cuatro laboratorios antes mencionados, independientemente y con resultados idénticos han efectuado, podríamos demostrar en forma irredargüible que las experiencias y el concepto que el Dr. Sepúlveda tiene de los métodos de dosificación son erróneos.

Desde luego, si fuera aceptada la idea del Dr. Sepúlveda que sustancias solubles que se encuentran en un líquido que se defeca, pasan en totalidad en el líquido que filtra, habría que hacer la revisión no sólo de la dosificación de la urea sino también de todas las otras sustancias que se determinan según este generalizado método de la defecación, no sólo en medicina, sino en la industria.

No acertamos, por esto, a comprender por qué se ha detenido el Dr. Sepúlveda en su crítica y no la ha extendido a la dosificación de las otras sustancias que determinamos corrientemente en la sangre por métodos y con cálculos que guardan completa analogía con la dosificación de la urea. En las dosificaciones de glucosa y de cloruros en la sangre, para no citar sino los exámenes más corrientes de laboratorio y para elegir dos sustancias que son más solubles que la urea, se procede exactamente, en lo que representa el cálculo, como en la dosificación de urea por el procedimiento de Moog. Lo mismo podría decirse de todos los métodos de dosificación en que interviene el procedimiento de la defecación.

Habría, pues, descubierto nuestro colega un error grosero en una de las manipulaciones más usadas de la química, error que repercutiría, si fuera efectivo, no sólo en los exámenes de laboratorio de la medicina, sino en los de casi todas las ramas de la industria en forma trascendental.

Si estas razones que son de analogía, no fueran suficientes, podríamos todavía argüir que hace ya muchos años que se han ya efectuado por numerosos autores, y entre otros, por H. Chabanier y E. Ibarra Loring, experiencias de control del método de Moog por un procedimiento que está al abrigo de las críticas más severas, como es el de Foske, Robgn y Français, por el xanthidrol. De estas experiencias resulta que el método de dosificación por el ácido tricloracético practicado en la forma repudiada por el Dr. Sepúlveda, da resultados que no pecan por exeso, como él sostiene, sino que

son, en general, inferiores en un 5 o 6 por ciento al método exacto.

No queremos terminar sin referirnos a una cita que hace el Dr. Sepúlveda de un pasaje del texto del Prof. Ambard, con la cual hace aparecer a este autor dándole la razón a las afirmaciones que él hace en su artículo. En el ejemplo a que hace referencia (se trata de una dosificación hecha con 10 cc. de sangre y 10 cc. de ácido tricloracético) lo que dice Ambard es que la porción de la mezcla que se lleva al ureómetro representa 6 cc. de sangre, pero en ninguna parte dice que en esos 6 cc. está toda la urea que había en los 10 cc. con que se ha empezado la dosificación como lo prueba el cálculo que sigue a continuación, que es el que todos hacemos.

Por otra parte, y sin hacer gran caudal de ello, queremos recordar que hemos tenido el honor y la suerte de colaborar durante algunos años con el Prof. Ambard y que creemos, en lo que respecta al tema en cuestión, conocer sus ideas y su técnica. Es por esto que nos hacemos un deber en rectificar la afirmación que se quiere hacer en su nombre, del error de un método, que es precisamente el que le ha servido para realizar las geniales investigaciones que lo han llevado a descubrir las leyes precisas que rigen el funcionamiento renal.

Diremos, como palabra final, parodiando a nuestro amigo el Dr. Sepúlveda, que es necesario uniformar nuestro método de laboratorio, a condición, sí, de darles siempre la preferencia a aquellos procedimientos bien fundamentados y comprobados, y no a los que sean derivados de la imaginación o de una experimentación defectuosa.

LA DOSIFICACIÓN DE LA UREA EN LA SANGRE

(Crítica experimental a la modificación del procedimiento de Moog, propuesta por el Dr. Sepúlveda).

Trabajo leído en la sesión del Viernes 4 de Diciembre, en la Sociedad Médica de Chile

por el

Dr. Enrique ONETTO A.

Con gran sorpresa, no sólo para nosotros, sino también para todos los que se dedican al Laboratorio, hemos leído una modificación a la técnica de Moog, que propone el Dr. Sepúlveda en su artículo titulado "La dosificación de la urea en la sangre", que aparece en el número de Noviembre de este año de la revista "La Clínica". Esta sorpresa no se debe a la novedad del método, ya que es el procedimiento que a diario usamos en el laboratorio, sino únicamente a los errores de cálculo que en dicha modificación se cometen y que aún más se proponen como proce-

dimiento correcto a seguir, sin tener, según nuestro modo de pensar y el de otros laboratoristas, una base seria experimental. Siguiendo esa modificación, el método queda expuesto a un 50 por ciento de errores, como nos proponemos demostrarlo. La modificación propuesta por el colega Sepúlveda es, según él, la explicación de la discordancia entre los resultados diversos de una misma sangría, obtenidos por diferentes operadores y por él.

Copiamos la parte pertinente del artículo.

"Siempre hemos tomado, dice el Dr. Sepúlveda, 5 cc. de suero o plasma sanguíneo, y lo hemos mezclado con igual cantidad de ácido tricloracético al 20 por ciento, obteniendo, en consecuencia, un volumen total de 10 cc. En general, el producto de filtración de esta mezcla llega a 6 cc. muy rara vez a 5 y más raro aún a 7 cc. La urea es una sustancia tan soluble, que con los 6 cc. ha pasado a través del filtro la totalidad de la urea contenida en los 5 cc. de suero o plasma. Y la prueba de esto es que en diversas ocasiones hemos lavado con 4 o 5 cc. de agua el filtrado que aún contiene la masa de albúmina coagulada por el ácido tricloracético sin lograr obtener sino una cantidad muy despreciable de urea, tan despreciable que, ni siquiera llega a influir en más de 5 a 10 miligramos en el resultado final, es decir, en el tanto por ciento de urea en una muestra dada".

El error, según nuestro juicio, está en la economía de agua con que el Dr. Sepúlveda lava el precipitado. Con 4 o 5 cc. de agua no se lava un precipitado, no se lava bien ni con el doble ni con el triple. Nosotros hemos empezado nuestras experiencias lavando también con 4 o 5 cc. y hemos obtenido cifras también despreciables; pero tomando en cuenta que ese lavado es insuficiente hemos aumentado la cantidad de agua (en esto no hay causa de error, porque el agua destilada no contiene urea), así hemos obtenido cifras que distan mucho de ser despreciables y que al final resultan ser iguales nada menos que a la de la cantidad de urea obtenida en la primera dosificación, siempre que del total mezclado se filtre sólo la mitad.

Basándose en ese lavado insuficiente, el colega, por que no obtiene más urea del precipitado, deduce que toda la urea de los 5 cc. del suero debe estar en el filtrado, por ser esta una sustancia muy soluble. En otros términos, cuando en un volumen de líquido de 10 cc. hay una sustancia disuelta y se filtran, por el hecho de ser una sustancia muy soluble, ésta pasa toda en los 5 primeros centímetros del filtrado. Y en los otros 5 cc. no hay sustancia disuelta? En el caso de la dosificación de urea ¿por qué no ha de existir esta sustancia en la humedad del filtro y en la del precipitado? ¿cuál es la ley que existe para esta disociación? Desconocemos en absoluto este hecho, ya que está en contra de todas las leyes conocidas. No existe disociación de una sustancia disuelta por el hecho de separarla por un filtro en dos mitades o en otra fracción. Porque si existiera este fenómeno ya lo habrían aprovechado los químicos industriales. Qué

cosa más fácil entonces para separar dos cuerpos, uno más soluble y otro menos soluble, que filtrar, y en la primera mitad obtener todo el cuerpo más soluble.

Todos hemos aprendido que si de un todo con una sustancia disuelta, tomamos la unidad u otra fracción, en ella debe haber una concentración molecular igual a la concentración de la parte que no se ha tomado. No creemos que el Dr. Sepúlveda desconozca estas leyes de las soluciones, que son tan simples, pensamos más bien que las ha olvidado, entusiasmado, como decíamos, con ese lavado tan económico del precipitado, lavado que también nosotros verificamos sólo para explicar el error y que induce a olvidar las leyes ya citadas. Explicada las causas de error en la modificación propuesta, y como en ella se hace uso de un procedimiento empírico, no nos hemos contentado con razonar sobre ellos con nuestros conocimientos sobre soluciones, sino que queremos, para dar un valor cierto a esta crítica, ayudarla con una base empírica prolongada y controlada por otros. Nuestro raciocinio es el siguiente: Si tomamos 5 cc. de suero y 5 de ácido tricloracético, haciendo un volumen total de 10 cc. y filtramos después de agitar muy bien, en los 5 primeros cc. del filtrado deben existir sólo la mitad de la urea contenida en los 5 cc. de suero.

Hemos tomado, para hacer más simple el cálculo, siempre la mitad del volumen total, así, de 5 de suero más 5 de tricloracético, filtramos 5, de 6 y 6 filtramos 6 cc., de 8 y 8 filtramos 8 cc., etc., etc.

En esta primera mitad filtrada titulamos la urea por el procedimiento corriente y en seguida tomamos el filtro con el precipitado, lo colocamos en una probeta graduada de 60 cc., lavamos 3 veces el embudo, 3 veces el vaso que sirve para la mezcla primitiva y trituramos muy bien con una bagueta el filtro con el precipitado. El todo se lleva a un volumen dado con agua destilada que pueden ser 30 cc. o 40 cc. Este conjunto bien agitado debe contener la otra mitad de urea del suero.

Para obtenerla se filtran estos 30 o 40 cc. hasta obtener la mitad del volumen, si se ha llevado a 30, hasta obtener 15 y se ha llevado a 40 hasta obtener 20, este filtrado se evapora hasta reducir a 5, los que se vacían en el ureómetro de Ivon, lavando tres veces con pequeñas cantidades de agua la cápsula. Se titula la urea, y el resultado multiplicado por 2 (ya que se ha tomado sólo la mitad del volumen primitivo) da, con muy poca diferencia, una cifra igual a la primera mitad del filtrado. Como se ve, no es esta una cifra despreciable, ya que, no tomada en cuenta, daríamos, según la modificación del colega, un resultado igual a la mitad del real. Usando el ureómetro de Ambard, se puede evitar el tiempo de reducción al volumen de 15 a 20 por evaporación a 5 cc., ya que este aparato puede contenerlo fácilmente más el hipobromito, no así en el Ivon, que sólo tiene 16 cc. de capacidad. Esta evaporación no debe hacerse a fuego directo, sino al baño de maría, por que, como lo demuestra una de estas experiencias, conduce a error. Entran-

do el líquido en ebullición violenta, saltan las burbujas fuera de la cápsula y esa urea se pierde.

En resumen, recomendamos para verificar la urea del filtro y del precipitado, no evaporar, usando para esto el ureómetro de Ambard sólo por comodidad, ya que en el Ivon puede obtener excelentes resultados, eso sí, que vigilando mucho la concentración del líquido y lavando cuidadosamente.

He aquí nuestra experiencia.

Estos exámenes los hemos hecho los primeros, que son sólo 3 en nuestro laboratorio particular y que prueban la insuficiencia del lavado que hace del precipitado el colega, y los otros restantes en el laboratorio del Hospital del Salvador, con la colaboración de mi ayudante el señor Avilés.

Experiencia 1ª:

5 cc. de suero más 5 cc. de tricloracético, volumen total 10 cc., filtrar 5 cc. urea 0.30, el precipitado se lava según la técnica del Dr. Sepúlveda, con 5 cc. dando una urea que se calcula aproximadamente en 0.01. Cantidad despreciable.

Experiencia 2ª:

6 cc. de suero más 6 cc. de tricloracético, volumen total 12 cc. filtra 6 cc. urea 0.45, el precipitado se lava con 10 cc. de agua dos veces. Urea 0.15, cantidad no ya despreciable.

Experiencia 3ª:

8 cc. de suero más 8 cc. de ácido tricloracético, volumen total 16 cc. filtra 8 cc. Urea 0.50, el filtro se tritura y se estruja: llevado el volumen a 25 cc., se toma la mitad del filtrado y se obtiene urea 0.35.

Con estas experiencias queda claramente establecido que el lavado debe ser lo más amplio posible y que mientras más se lava más nos acercamos a la cifra de urea de la primera mitad.

Las experiencias en el Hospital del Salvador, ureómetro de Ivon.

Experiencia 4ª:

8 de suero y 8 de tricloracético, volumen total 16, filtra 8 cc. urea 0.35, lavado el depósito y filtro con 15 cc. de agua, urea 0.20 grs.

Experiencia 5ª:

5 de suero y 5 de tricloracético, volumen total 10 cc. filtra 5 cc. urea 0.12 grs. por ciento, lavado del precipitado con 30 cc. filtrado concentrado a 5 cc. urea de 0.10 sensiblemente igual a la primera mitad.

Experiencia 6ª:

8 de suero y 8 de tricloracético, volumen total 16 cc. filtra 8 cc. urea 0.38 lavado del precipitado agitando y lavando varias veces hasta enterar 40 cc. filtrado 20 evaporando a 5 cc. se obtiene una urea de 0.38 igual a la mitad anterior.

Experiencia 7ª:

6 de suero y 6 de tricloracético, volumen total 12 filtra 6 urea 2.04 la misma técnica anterior, pero evaporando a fuego directo. saltan burbujas fuera, mala técnica, urea sólo 1.05. El error se ha explicado.

Experiencia 8ª:

8 y 8 cc., volumen 16 filtra 8 urea 0.25, el filtro y el precipitado se lavan con 40 cc. de

agua, se filtra, se toma 10 cc. urea 0.22, sensiblemente igual a 0.25.

Experiencia 9ª:

9 y 9, volumen 18, se filtra 9, urea 0.47. Con la misma técnica anterior obtenemos en el filtro y precipitado una urea 0.45 cc.

Por tomar del volumen total, o sea, 40 cc. la cuarta parte, existe el peligro de multiplicación, el error por cuatro.

Experiencia 10ª, ureómetro de Ambard:

8 y 8, volumen total 16, filtra 8, urea 3.84, el filtro y precipitado se lavan con 40 cc. de agua, lavando varias veces y triturando con bagueta. Se filtra, y en los 20 primeros se titula la urea que, multiplicado por 2, nos da la misma cifra del primer filtrado, 3.84.

Experiencias 11ª y 12ª:

8 y 8, volumen total 16, filtra 8, urea 3.90, filtrado y precipitado 3.90. 9 y 9, total 18, filtrado 9, urea 0.85, filtrado y precipitado 0.85.

Creemos que con esta última técnica podemos seguir obteniendo siempre cifras iguales a la primera mitad del filtrado en esta segunda mitad formada por el precipitado y humedad del filtro. Hemos analizado sus errores y hemos visto que si no se toman en cuenta, puede obtenerse no ya cifras semejantes, pero sí, cifras que en ningún caso son despreciables. La base de todo este método está en ser lo más generoso con el lavado con agua, ya que la economía nos conduce a duplicar el error. Estas experiencias que hemos practicado, han sido verificadas con los mismos idénticos resultados por el señor Moreno, ayudante del Laboratorio del Servicio del Prof. Ibarra, por el señor Donoso en el Laboratorio del Dr. Lobo Onell, por el Dr. Chabanier en el Laboratorio del Dr. Prado Tagle y por el Prof. Cruz Coke en el Instituto Sanitas.

Otra modificación de orden secundario que propone el Dr. Sepúlveda es la de suprimir la alcalinización previa antes de vaciar el hipobromito. Al respecto, y debidamente autorizado, debemos citar las opiniones del Prof. de Química, señor Soto P. y Gigliotto, y que dicen que el desprendimiento total del nitrógeno de la urea tratada por hipobromito sólo se verifica en reacción francamente alcalina; que el hipobromito tiene reacción alcalina?, eso no basta, ya que bien puede no alcanzar la soda en exceso en el hipobromito a neutralizar la acidez del filtrado y entonces hay un error por desprendimiento agregado al nitrógeno de anhídrido carbónico, más el insuficiente desprendimiento del nitrógeno de la urea que en reacción ácida o neutra se hace sólo parcial y lentamente.

Luego la alcalinización previa no es una complicación inútil, según el decir del colega, sino una seguridad más; segundo, que en el laboratorio no debe despreciarse, ya que conduce a varios errores posibles.

Al final de su artículo, el colega Sepúlveda alude al Prof. Ambard, diciendo que en la técnica que el profesor usa, se procede para el cálculo según su modificación, es decir, que si se mezclan 10 cc. de suero y 10 de ácido tricloracético, se obtiene un filtrado de 12 cc., en los cuales está la urea contenida

en los 10 cc. de suero; agrega que trata en seguida 6 cc. del filtrado con el hipobromito y para sus cálculos parte de la base que en los 6 cc. de filtrado esté contenida la urea de 5 cc. de suero.

Atribuye al Prof. Ambard su mismo error, de técnica, cosa que no ha pensado decir nunca el profesor. En el libro de Ambard, en su parte pertinente, se lee lo siguiente:

"En el sujeto normal es bueno disponer de 10 cc. de suero, se obtiene entonces 12 cc. de filtrado, (bien entendido que mezclándolo a 10 de tricloracético), el dosaje se hará, pues, finalmente, sobre 6 cc. de suero".

En ningún momento, dice Ambard que del filtrado de 12 se tomará 6 cc. para hacer el dosaje, ni tampoco dice en ninguna parte que en los 12 de filtrado está contenida la urea de los 10 cc. de suero. Por otra parte, si lo que dice Ambard pudiera interpretarse de otra manera, cito el testimonio de los Drs. Ibarra y Lobo Onell, que han trabajado mucho con Ambard, y que dice que tomando 12 de filtrado, Ambard y ellos hacen el cálculo sobre 6 de suero. Lo mismo pueden agregar los Drs. Donoso, Bartat, Moreno y el que habla, que tuvieron la oportunidad de trabajar con el Dr. Chabanier, discípulo de Ambard, en los meses de Septiembre y Octubre pasados.

Según nuestras experiencias, ya expuestas, podemos deducir las siguientes conclusiones:

1ª El procedimiento de Moog para dosificar urea es correcto en su cálculo como en el *modus operandi*.

2ª La modificación que propone el colega Sepúlveda es mala, pues conduce a un 50 por ciento de error.

3ª La alcalinización previa del filtrado, si bien es cierto no es absolutamente necesaria, es recomendable, pues asegura el desprendimiento rápido y total del nitrógeno de la urea.

Antes de terminar nuestro trabajo, creemos necesario hacer ver en el seno de esta sociedad la necesidad absoluta de que cada vez que una persona se lance en experimentaciones o investigaciones de cualquier orden científico, para que ellas tengan valor serio y real, es necesario antes de tratar de imponerlas como normas a seguir y publicarlas como artículos de fe, **desprestigiando los métodos de los demás**, es necesario, repito, discutirlos en el seno de esta o cualquiera otra corporación científica; aceptando no sólo críticas, sino compartir con los especialistas y proponer a ellos los nuevos procedimientos o métodos que hemos ideado, para que se verifiquen y se corrija los posibles errores que, el entusiasmo científico, impide ver al un investigador cuando se limita a las cuatro paredes de su laboratorio, teniendo como mudos testigos o censores a las pipetas, los medios de cultivo, etc.

Nunca han estado de más los consejos de los maestros ni las críticas serias de los buenos amigos y compañeros de labores.

Santiago, 4 de Diciembre de 1925.

LA DOSIFICACIÓN

DE LA

UREA EN LA SANGRE

por el

Dr. Marco A. SEPÚLVEDA R.

En el número 36 de esta misma revista publicamos algunas consideraciones sobre la técnica de la dosificación de la urea en la sangre, publicación que ha dado lugar a muy diversas apreciaciones. Por este motivo, y en el deseo de ampliar aquellas experiencias, practicándolas ante profesionales competentes, citamos a algunos de nuestros colegas para que las presenciaran. De los colegas citados concurren solamente el Dr. Fontecilla y el Dr. Jaime Vidal O., distinguido laboratorista, quien, por lo tanto, está muy capacitado para juzgar de los procedimientos de laboratorio.

Después de verificadas las experiencias, entre las cuales se practicaron algunas contra-pruebas propuestas como indispensables por el Dr. Vidal, se levantó un acta que reproduce fielmente todos los detalles de las referidas experiencias, cuyo texto es el siguiente:

ACTA LEVANTADA POR LOS DOCTORES MARCO A. SEPÚLVEDA, OSCAR FONTECILLA Y JAIME VIDAL EN EL LABORATORIO PARTICULAR DEL DR. SEPÚLVEDA EL 9 DE DICIEMBRE DE 1925.

En vista de la diferencia muy apreciable de los resultados obtenidos en la dosificación de la urea en la sangre entre el procedimiento seguido por el Dr. Marco A. Sepúlveda R. y el seguido por la inmensa mayoría de nuestros colegas laboratoristas y urólogos, con fecha 9 de Diciembre de 1925 nos hemos reunido los suscritos con el objeto de verificar, los tres en conjunto, las pruebas que tiendan a demostrar el error de uno de estos dos métodos.

En ambos casos usan los investigadores el método por el ácido tricloracético y el hipobromito de sodio. La diferencia de resultados estriba en la apreciación que en cada uno de estos métodos se hace con respecto a la cantidad de urea que queda en el filtro.

El Dr. Sepúlveda dice que en el filtro, mezclada a la masa albuminosa, queda una cantidad de urea de un valor prácticamente despreciable en las uremias normales; mientras que los demás investigadores sostienen que en esa masa de 4 c. c., más o menos, queda una cantidad de urea proporcional a los 6 c. c. de filtrado, es decir, si en el filtrado hay gr. 0,60 por mil de urea, en el filtro deben quedar gr. 0,40 por mil; como se ve, esta última cifra es bastante apreciable.

Tomando en cuenta este diferente modo de apreciar y de proceder al cálculo en los dos

métodos, hicimos las experiencias que pasamos a detallar.

En dos ureómetros de Ivon expusimos a la acción del hipobromito de sodio el producto de filtración de una mezola de partes iguales de serum y ácido tricloracético, 5 c. c. de cada uno.

En cada ureómetro el filtrado fué de 6 c. c., los cuales arrojaron 8 décimos de gas; se trataba en ambos ureómetros de una misma muestra de sangre.

Como el Dr. Sepúlveda sostiene que lavando la masa del filtro con 5 c. c. de agua destilada, basta para arrastrar la totalidad de la urea que allí pueda quedar, procedimos así con uno de los dos filtros y con el otro procedimos a machacarlo en un mortero con 40 c. c. de agua, porque según los otros investigadores, solamente lavando con grandes cantidades de agua se puede recoger toda la urea, en cambio que con 5 c. c. sólo se recoge una pequeña parte.

El producto del lavado del primer filtro dió 5 c. c. de líquido, de aspecto lechoso debido a que con frecuencia en estos casos pasa una pequeña cantidad de albúmina. Este líquido fué sometido a la acción del hipobromito y dió casi 0,2 de c. c. de gas, bastante espumoso, debido a la albúmina que contiene, la cual ha desarrollado parte de este gas. La albúmina de la sangre humana, normalmente da, más o menos, 8 veces más el volumen de gas que da la urea correspondiente a ella. La albúmina de huevo también da una cantidad parecida. Estas experiencias con serum y albúmina de huevo también las verificamos.

El segundo filtro lo trituramos en un mortero con 40 c. c. de agua. Filtramos y evaporamos el producto de filtración, el cual nos dió aun menos gas que el líquido del lavado con 5 c. c.; esto fué debido tal vez a la gran dilución, porque en realidad debiera haber dado la misma cantidad de gas que dió el otro filtro.

Con esta prueba podemos sostener que, en realidad, la cantidad de urea que queda en el filtro es prácticamente despreciable; porque si ocho décimos de gas corresponden a gr. 0,40 por mil de urea y 1 c. c. a gr. 0,50 por mil, y si aún quitamos a estos gr. 0,50 el gas que desprende la albúmina del líquido del lavado serían sólo gr. 0,47 o 0,45. Prácticamente no se puede hacer cuestión cuando se dice que hay gr. 0,40 o gr. 0,50, cuando en realidad hay 0,45. Lo que es importante para el caso es que esta experiencia demuestra evidentemente que en el filtro está muy lejos de quedar una cantidad de urea proporcional a la del filtrado, error que da casi el doble de la cantidad real.

Aún más, tomamos 2 cents. cúbs. del mismo serum que nos había servido para nuestras pruebas y le agregamos 13 c. c. de alcohol absoluto; precipitada así la albúmina, filtramos y el producto total del filtrado, lo evaporamos al B. M., procediendo en seguida a dosificar la urea del residuo, dosificación que nos dió gr. 0,40 por mil, es decir, más o menos la misma dosis obtenida con el procedimiento que usa el Dr. Sepúlveda.

Queremos dejar constancia de que, a nuestro juicio, este procedimiento con el alcohol absoluto es la más exacta prueba de que podemos disponer para este caso, porque así se dosifica la urea en el producto de filtración que es 11 veces mayor que el volumen que queda en el filtro; se puede decir casi sin errar, que se dosifica la totalidad de la urea del serum que se toma; es el mejor control de que se puede disponer. Con este procedimiento, en consecuencia, no se puede suscitar la controversia objeto de estas demostraciones; pues, aquí no se puede hacer valer la cantidad de urea que puede quedar en un residuo tan mínimo del filtro, en relación con el enorme volumen correspondiente a su filtrado.

De todas estas experiencias se desprende que en el procedimiento con el ácido tricloracético la cantidad de urea que queda en los 4 c. c. de la masa del filtro es más o menos de una octava parte de la urea total de los 6 c. c. de su filtrado correspondiente y que el procedimiento por el alcohol absoluto, tomado como etalón, casi no ofrece diferencias con el procedimiento usado por el Dr. Sepúlveda. En cambio, este procedimiento del alcohol da una cifra que está muy por debajo, poco menos de la mitad, de la cantidad de urea que daría el procedimiento que siguen casi todos los demás investigadores. — Sepúlveda R.

Certifico que las experiencias descritas se hicieron en mi presencia, pero a mí no me bastan para llegar a una conclusión definitiva en este asunto. — Dr. J. Vidal O.

He presenciado las pruebas y he comprobado la exactitud de los resultados a que se refiere el acta precedente. — Dr. O. Fontecilla.

Quiste hidatídico pulmonar abierto en los espacios subaracnoideos

por el

Dr. Ernesto ROBERT de la MAHOTIERE

J. G., chileno, de 31 años de edad, profesión carpintero, casado, ingresó a la Sala Santo Domingo de este hospital, el día 22 de Septiembre del presente año, diciéndonos que desde hacían ocho años se quejaba de dolor en la cara posterior del hemitórax derecho, dándole la sensación de desgarradura que se irradiaba a la cara anterior. Nos dice no haber tenido nunca hemoptisis, pero en ocasiones ha tenido desgarro teñido con estrías de sangre. Desde hacen dos meses el dolor se ha localizado en el hipocondrio izquierdo habiendo desaparecido en el lado derecho.

Desde hacía un mes y medio antes de ingresar al Servicio, comienza a quejarse de sensación dolorosa en el epigastrio cuando ponía en tensión los músculos rectos.

Desde la misma época acusa sensación de

hielo y adormecimiento en los miembros inferiores.

Es bebedor y fumador moderado desde la edad de quince años. Bebe té y café desde pequeño.

En dos ocasiones ha tenido blenorragia, sanando sin complicaciones. Niega todo antecedente específico. A la edad de 11 años sufrió una violenta caída del caballo, perdiendo el conocimiento y recibiendo contusiones varias en el tórax y otras partes del cuerpo, a consecuencia de las cuales quedó durante más o menos un mes con una ligera impotencia funcional en el brazo derecho y miembro inferior del mismo lado.

Su esposa tiene en la actualidad 35 años y no es de muy buena salud. Ha tenido un aborto y cuatro hijos, de los cuales tres han muerto: uno de alfombrilla a los 5 años, otro del corazón a los 3 meses y el tercero también de alfombrilla a la edad de 4 años.

Respecto a sus antecedentes hereditarios, sólo mencionó los relativos a sus hermanos, los cuales fueron 8: ignora si han muerto algunos de ellos.

Al examen objetivo se presentó con su estado general bueno y bien constituido, de panículo adiposo, tejido celular y muscular conservados.

Lengua ligeramente saburral y dentadura en mal estado.



A la inspección del tórax pudimos observar que tenía un desarrollo venoso en toda la región superior derecha, y matidez en el tercio medio del pulmón derecho, junto con un apagamiento del murmullo vesicular en el mismo punto.

El resto del examen objetivo de nuestro enfermo no presenta nada de especial que mencionar.

Naturalmente que lo que más llama nuestra atención fué el desarrollo de la circulación complementaria en el sitio ya mencionado, el que sólo podía ser debido a una compresión que se estuviera ejerciendo al nivel del tronco venoso braquio-cefálico derecho, puesto que el compromiso de la vena cava superior habría acarreado como consecuencia una dilatación bilateral de las venas correspondientes; y como la causa más

frecuente de compresión en ese sitio es la debida a la presencia de un tumor del mediastino, o del pulmón, nos apresuramos a eliminar la existencia de un cáncer, por la buena conservación del estado general del paciente, por la ausencia de signos de cavernas, soplos, expectoración, tos y disnea. En cambio, presenta muchos de los signos físicos de un quiste del pulmón, que son, como es sabido, muy a menudo, los mismos que los de un derrame pleural: matidez y abolición del murmullo vesicular.

En estas circunstancias fué enviado al La-

Eosinofilos: 8 por ciento.

La reacción de Wassermann en la sangre dió resultado negativo,

Examinado el líquido céfalo-raquídeo, dió el siguiente resultado:

Albúmina: 1,30 gr.

Cloruros: 7,5 gr.

Glucosa: normal.

Reacción de Nonne-Appelt: positiva;

Reacción de Pandy: positiva.

Enviado el paciente a un Servicio de Cirugía para que fuera operado, con el diagnóstico de quiste hidatídico del pulmón dere-

puediendo alcanzar hasta dos litros. La placenta es aplastada y toma un color negruzco en su superficie de separación, es, en otros términos, una placenta albuminúrica.

Frecuencia. — Muy raro observarla, así, en nuestro Servicio tiene una proporción de 1 por cada 2,000 embarazos.

Causas. — Traumatismos del útero (causa ocasional).

La causa más importante es la enfermedad de la caduca, debida a procesos inflamatorios (endometritis) anteriores al embarazo; conviene recordar las lesiones de la musculatura uterina misma.

La opinión más aceptada es la del Profesor Bar, quien dice que se produce una metritis hemorrágica debido a la intoxicación gravídica; estas enfermas son eclámpticas o pre-eclámpticas (nuestro caso), por lo demás siempre son albuminúricas.

Síntomas. — Son los de toda hemorragia interna. Cuando interviene el traumatismo, el comienzo es brusco, acompañándose de dolores al vientre intensos y continuos. Llama la atención la dureza uterina que toma la consistencia de madera y también el tamaño del útero que no guarda relación con el embarazo.

Generalmente no hay pérdida de sangre al exterior. Los ruidos fetales no se oyen, debido a la muerte del feto.

Pronóstico. — Gravísimo, debido a la anemia aguda y a los trastornos nerviosos que ocasiona en el abdomen el desarrollo de un tumor tan grande y en tan poco espacio de tiempo.

Además, interviene la infección de los coágulos uterinos, y más que todo, la hemorragia pos-partum por inercia uterina.

Mi opinión es que en estos casos es un gran factor la premura del tratamiento, o sea, si se hace horas o días después del accidente.

Diagnóstico. — Es fácil, pues siempre se presentan los cuatro síntomas: dolor, anemia aguda, aumento considerable del útero, dureza del útero.

Tratamiento. — Evacuación del útero, siguiendo la vía más rápida y conveniente para la enferma, que es lo único que hay que tomar en cuenta, pues el niño siempre muere (asfixia).

Observación. — R. 7 M. 6, de 29 años de edad. Ingresó al Servicio el 19 de Octubre por la tarde, a consecuencias de haber sufrido en la mañana de ese mismo día un traumatismo en el vientre. Examinada en la Policlínica se hizo el siguiente diagnóstico: Embarazo de 6 meses; feto muerto; síntomas de parto prematuro; albuminuria. Es de gran importancia anotar que al entrar al examen la enferma le dió fatiga con pérdida momentánea del conocimiento y tuvieron que llevarla a la Sección Tratamiento, pues la enferma por sí sola no podía andar. En vista de este diagnóstico se le dió a la enferma quinina en dosis más o menos elevada y un purgante de aceite, error muy explicable y que me vino a enseñar que todas las enfermas de esta naturaleza deben ser vigiladas por un médico.

El día 21 de Octubre veo por primera vez



boratorio de Radiología y pudimos constatar que en el sitio de la zona mate pulmonar existía una sombra de forma regular, de contornos netos (véase radiografías).

A pesar de que la reacción de Weinberg fué negativa e igual resultado se obtuvo con la de Chauffard, la fórmula leucocitaria reveló la presencia de una franca eosinofilia:

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares: 47,5 por ciento;

Mononucleares: 15 por ciento;

Linfocitos: 29,5 por ciento;

cho, se pudo constatar, después de haber hecho una incisión de más o menos 15 centímetros de largo al nivel de la columna dorsal y habiendo incidido las apófisis espinosa segunda, tercera y cuarta, que en realidad había un quiste hidatídico en el pulmón derecho, el cual, en su desarrollo, había fracturado la cuarta apófisis transversa y se había abierto en el conducto subaracnoideo, en donde se encontraron libres más o menos 6 o 7 vesículas vivas, que se extrajeron.

durante el año en curso, en la Maternidad de San Borja. En la sesión anterior presenté una observación de Embarazo angular de una enferma en la que tuve ligeras dificultades para hacer el diagnóstico; en ésta el diagnóstico se imponía a primera vista, por lo que pude hacer inmediatamente, sin pérdida de tiempo, el tratamiento obstétrico, y a pesar de todo, la enferma falleció.

Antes de dar a conocer la observación voy a hacer un resumen de lo que se entiende en patología obstétrica por Desprendimiento prematuro de la placenta.

Desprendimiento prematuro de la placenta. — Esta complicación se presenta durante el embarazo. Entre la placenta y el útero se acumula la sangre, la cual se coagula rápidamente; esta hemorragia es considerable,

Desprendimiento prematuro de la placenta. Hemorragia útero-placentaria. Traumatismo abdominal ⁽¹⁾

por el

Dr. Ricardo EGUIGUREN E.

Voy a leer la observación de una enferma que ingresó a la Maternidad con esta grave complicación, por considerarla la más interesante de las que se hayan presentado

(1) Presentada a la sesión Científica quincenal del Hospital San Borja.

a esta enferma, llamándome la atención la facies anémica, la pequeñez del pulso, etc. Ignorando hasta ese momento los datos de la Policlínica, interrogo a la enferma: me dice que el día 19 por la mañana se encontraba ordeñando a una vaca, la que al hacer un movimiento le golpeó el vientre; el golpe, según me refiere la enferma, no fué muy fuerte, pero le vino una fatiga y cayó al suelo, estas fatigas se repetían cada cierto momento, imposibilitándola para estar de pie, por lo que es traída a la Maternidad. Cada momento que pasa se siente peor y sentarse en la cama le hace mal (agravación manifiesta). En el vientre encuentro que la matriz tiene dureza de madera y es muy dolorosa, no pierde una gota de sangre. Presenta oliguria y albuminuria. En vista de estos síntomas hago el siguiente diagnóstico: Desprendimiento prematuro de la placenta. ¿Traumatismo? Anemia aguda.

Operación. — Antes de diez minutos opero a la enferma. Anestesia, éter; dilatación con Bozzi hasta 8 centímetros; versión y extracción del feto y de la placenta (totalmente desprendida), desgarró el cuello lado derecho. Taponamiento intra uterino con gaza. Para combatir la hemorragia postpartum y la consiguiente anemia aguda, recurrí a todos los recursos que se usan en obstetricia. La enferma, encontrándose bien, pues el útero se había retraído y los fenómenos de anemia iban pasando, fallece bruscamente a las tres horas de operada.

Autopsia. — En resumen: nefritis aguda hemorrágica; degeneración gránulo-grasosa del hígado; hipertrofia ventrículo izquierdo, etc., etc.

Esta observación desde el punto de vista médico-legal

El traumatismo leve que sufrió la enferma fué la causa ocasional para que apareciera esta complicación, "pues la enferma estaba predispuesta, ya que era albuminúrica" y es sabido que las albuminúricas presentan lesiones de los vasos útero-placentarios, los que son friables; de ahí que la placenta de estas enfermas presente infartos, que son debidos a pequeñas hemorragias por ruptura parcial de estos vasos; en nuestro caso se juntó la lesión de los vasos y el traumatismo, por lo que la ruptura de los vasos útero-placentarios fué total.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO

Sesión del Viernes 6 de Noviembre de 1925

Presidencia del Dr. Prado Tagle

Acta. — Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

El Dr. Gregorio Lira presenta un caso de "Septicemia estafilocócica". Se trata de un individuo de 24 años, soltero y de oficio gañán. Nada hay de interesante en sus antecedentes familiares. A los 20 años dice haber tenido una afección reumatoidea que duró 6 meses, comprometiéndose de prefe-

rencia las articulaciones de sus miembros inferiores, sin dejar después secuela alguna. Hace diez años dice haber tenido un episodio venéreo constituido por un chancro supurado acompañado de adenitis doble, que fué preciso incindir. Hace cinco años, una erupción supurativa de la pierna izquierda que le ha dejado una gran cicatriz anfractuosa y pigmentada.

A su ingreso al Servicio, el enfermo nos relata que dos días atrás, a raíz de un enfriamiento es acometido de malestar general, con escalofríos que duran todo un día, puntada aguda que localiza en la parte media y posterior del hemitórax derecho; tos y gran dificultad respiratoria, desgarró sero mucoso y cefalea intensa. Nuestro primer examen deja ver un individuo angustiado, disnéico, cianótico, con su sensorio bastante embotado, temperatura cercana a 40°, pulso sobre 100 y 48 respiraciones al minuto. En el examen de los pulmones se encuentra una respiración superficial, estertorosa; hacia la base izquierda se nota disminución de la sonoridad, frotos y estertores de todo calibre; en el lado derecho hay una zona de condensación en la parte baja con crépitos y un soplo tubario lejano; en el vértice de este mismo lado hay sub-macidez y respiración velada.

Aunque el desgarró del enfermo no revisite el carácter del desgarró neumónico, nadie trepidaría ante un cuadro de esta especie en hacer el diagnóstico de neumonía del lóbulo inferior derecho y congestión y edema de la base izquierda.

El tratamiento desde el primer día fué variado: adrenalina, poción pectoral, estricnina, cafeína, revulsivos torácicos, vacuna sub-cutánea de 1 cm.³ preparada con todos los gérmenes del desgarró, suero glucosado al 100% en gota a gota. Un examen de desgarró demuestra la presencia de abundantes estafilococos. No hay bacilos de Koch.

Lo único que se consiguió con el tratamiento fué la mayor facilidad de la expectoración; el estado pulmonar y la temperatura no variaban. En vista de la persistencia de la enfermedad se prescribió al 9º día suero anti-neumocócico, ya que en este tiempo debería haberse presentado la crisis de la enfermedad.

El estado general mejoró, el enfermo pareció desintoxicarse. El foco de la base derecha entró en regresión, pero algunos días después se constituyó en el vértice derecho un nuevo foco de neumonía. Se intensificó el empleo del suero, pero sin resultados. Nuevos exámenes dan estafilococcus y estreptococcus abundantes. No hay bacilos de Koch. La temperatura se mantenía después de los 7 días. Con la idea de una forma de neumonía septicémica por neumo-bacilos, según el tipo descrito por Bezançon, pedimos una hemocultura y el laboratorio contestó que se encontraba después de 60 horas un estafilococcus puro. Las lesiones pulmonares empiezan a decrecer rápidamente para dejar después de algunos días los pulmones libres. Sin embargo, el estado pleural y la temperatura no ceden. Se encontra-

ba, pues, en presencia de una septicemia estafilocócica pura, de la que, exámenes diarios, no permitieron la localización de sus gérmenes. Conocida la causa etiológica, y mientras se preparaban sus auto-vacunas, se recurrió a las inyecciones de colargol al 2 por ciento, a razón de 4 cm.³ intra-venoso diarios. No notamos mejoría apreciable, por lo cual se inició la vacunación con los gérmenes del propio paciente. Se comenzó por usar 50 millones de microbios sub-cutáneos, lo que no trajo ninguna reacción general, pero en cambio, una marcada mejoría del estado pleural con tendencias al descenso de la temperatura. Después de la última inyección de 500 millones, hemos visto subir nuevamente la temperatura, esta vez con grandes oscilaciones. El estado general mejoraba, sin embargo, día a día. Agotada la vacuna se empleó el sulfato de cobre amoniacal, 2 por ciento, en dosis de 2 cm.³ endovenoso sin resultados apreciables. Sirviéndonos de los mismos gérmenes hallados en la primera hemocultura se preparó una nueva vacuna comenzando a inyectar esta vez desde 500 millones: fué aquí donde ya objetiva y subjetivamente pudimos apreciar una mejoría progresiva. Después de una inyección de 1,500 millones hecha al final de la semana, entra el paciente en franca convalecencia, que le permite levantarse algunos días después.

Repetida la hemocultura en este estado de convalecencia, pudimos ver que era positiva. Se encontraba en ella el mismo germen, que después de las 60 horas se había hecho presente en los exámenes anteriores.

El enfermo abandonó el hospital el 26 de Octubre pasado, más o menos 3 meses después de su ingreso.

Podemos decir, en síntesis, que hemos asistido a la evolución de una septicemia sub-aguda a estafilococcus. Es esta una afección poco frecuente, ya que sabemos que este germen tiene mayor preferencia por las afecciones focales, y sobre todo, de los tegumentos externos.

Este germen, huésped habitual del árbol respiratorio, encontró paso merced a la neumonía. Sabemos la tenacidad con que evolucionan estas septicemias hasta llegar a la muerte en su mayoría por pihemias.

Los casos de mejoría son muy contados y ninguna observación nos habla de la forma cómo mejoran estos enfermos, si acaso el germen desaparece totalmente o si queda en estado de latencia, como es el caso presente, lo que posiblemente nos permita ver a nuestro paciente en algún tiempo más regresando al Servicio.

Me parece interesante, además, esta observación, por lo que respecta al tratamiento. Aquí se han ensayado casi todos, sin conseguir un efecto marcado. Sólo hemos logrado reducir el germen en virulencia con la auto-vacuna a altas dosis, llegándose, como dije, a inyectar hasta 1,500 millones sub-cutáneos, sin la menor reacción local ni general a la inyección.

El Dr. Alessandri presenta un "Síndrome anginoso de decúbito". Se trata de un enfermo de 45 años, que llegó al Policlínico de

su Servicio en Agosto del presente año, en un estado por demás angustioso. De fisonomía muy pálida, caminaba con gran dificultad, apoyando la mano derecha en la región precordial y denotando una angustia extrema. Al examinarlo nos dimos cuenta que se trataba de un ataque de angina de pecho, el que efectivamente había comenzado a eso de las 4 de la mañana.

El enfermo había despertado a esa hora bruscamente con un intenso dolor en la región precordial, que se irradiaba al cuello, hombros y brazo izquierdo, acompañado de una angustia, opresión y sensación de muerte inminente. Dos días antes había tenido un ataque semejante, pero de muy corta duración, al día siguiente un nuevo ataque, por lo que se vió obligado a recurrir a la Asistencia Pública, y finalmente, este nuevo ataque, que es el que lo trae a nuestro Servicio.

Se administró morfina a dosis altas, digitalina endovenosa y se procedió al examen del enfermo, que dió el resultado siguiente: Macidez cardíaca aumentada, tonos apagados, pulso rápido (90), percibiéndose de cuando en cuando algunos roces pericardiacos en el II espacio intercostal izquierdo. Presiones de 13,7 (Gallavardin).

El diagnóstico de angina de decúbito se impuso; pero en este enfermo había además una pericarditis seca sin que pudiéramos apreciar si había o no líquido en pequeña cantidad.

Ahora bien, la pericarditis, según Mackenzie, es una afección indolora. Mientras la inflamación se halle localizada a la serosa no habrá dolor. Este se presentará, por el contrario, toda vez que haya compromiso del miocardio.

Por lo que se refiere a nuestro enfermo, la marcha ulterior de la enfermedad, y sobre todo, la autopsia parecen apoyar manifiestamente la opinión del célebre clínico inglés. El enfermo se hospitalizó, y después de 10 o 12 días de tratamiento, en que mejoró grandemente y vió desaparecer su sintomatología dolorosa, pidió el alta, y a pesar de la opinión de los médicos que lo asistían, abandonó el hospital.

Algunos días después el enfermo vuelve al Servicio, esta vez con una angina de esfuerzo y que sucede generalmente a la anteriormente nombrada cuando el paciente ha podido sobrevivir a sus primeros ataques.

Un nuevo examen permitió precisar que al lado de la pericarditis habían lesiones graves de las coronarias y un corazón agotado.

A pesar de la gravedad de su estado, el enfermo insiste en irse nuevamente. Le prescribimos entonces una fórmula corriente con teobromina, papaverina y salicilato.

Pocos días después tenemos la oportunidad de saber que el enfermo ha muerto repentinamente en la calle, y, con el interés que es de suponer, por conocer el resultado de la autopsia, me trasladé a la Morgue. Un examen del corazón, hecho en ese entonces por el Dr. Croizet, dió el siguiente resultado: Aorta sana, completamente sana;

corazón dilatado, hipertrofia de ambas cavidades, anotando además el hecho de que gran parte de la pared anterior del ventrículo izquierdo estaba reemplazado por una ancha zona cicatricial. Lesiones intensas de la parte media de las coronarias y en el pericardio placas de pericarditis en vías de organización. Se trataba, pues, de una miocarditis con coronaritis crónica, acompañadas de una pericarditis.

De esta observación se desprenden dos hechos:

1º Es un apoyo, una confirmación a la doctrina formulada por Mackenzie, quien señala el síntoma dolor en las pericarditis acompañadas únicamente de miocarditis; y

2º Es un mentís para aquellos que creen que en la etiología de la angina de pecho debe necesariamente haber una aorta enferma.

SOCIEDAD MÉDICA DE VALPARAÍSO

238.ª Sesión ordinaria, en 13 de Octubre de 1925

Preside el Dr. Sepúlveda y asisten los doctores Betzhold, Capelli, Chirving, Dagnino, Fiedler, González Olate, Iturrieta, Katz, Lachaise, Reed, Stier, Thierry, Wells y Vera, secretario.

Actas. — Fueron leídas y aprobadas las actas de las dos sesiones anteriores, acordándose agregar a la última un caso presentado por el Dr. Ponce antes de la sesión.

Cuenta. — Nota de la prosecretaría de la Liga de Higiene Social agradeciendo el envío de la lista de los médicos de Valparaíso y adjuntando la Memoria de la Liga del año 1924.

PRESENTACIÓN DE ENFERMOS

Injerto tubular. — Dr. Betzhold. Presenta un enfermo cuyo miembro inferior derecho presenta atrofia de las partes blandas por parálisis infantil, y una úlcera del talón del pie derecho desde hace 17 años, úlcera curada hoy día. Se hizo un injerto tubular, invirtiendo el colgajo hacia abajo, es decir contra la circulación. La cicatrización se produjo satisfactoriamente.

Aneurisma arterio-venoso. — Presenta un segundo enfermo que sufrió un golpe por explosión de tiro de caliche en el tercio sup., cara ant. muslo izquierdo, con penetración de cuerpos extraños visibles a la radiografía. Estos cuerpos extraños han dado lugar a ruptura de vasos sanguíneos con lo que se ha constituido un aneurisma arterio-venoso del triángulo de Skarpa. A la palpación se percibe claramente el thrill característico.

DISCUSIÓN

Injerto tubular. — Dr. Betzhold. Cree de interés llamar la atención hacia la inversión del colgajo.

El Dr. Capelli dice que el enfermo se hace aplicaciones eléctricas anteriores por si es posible obtener que pise con el calcáneo.

El Dr. Lachaise opina que el equinismo puede corregirse después con artrotomía, tenorrafia y fijación del pie en posición horizontal.

Aneurisma arterio-venoso. — De la discusión se deduce que debe practicarse una incisión exploradora a fin de cerciorarse si es posible dejar el aneurisma sin circulación y no comprometiendo la vitalidad del miembro.

Se cita un caso del Dr. Rubén Fernández, operado con éxito, de ligadura de la iliaca externa por aneurisma de la femoral.

CONFERENCIA

El Dr. Betzhold da lectura a un trabajo titulado "Consideraciones sobre la Ley de Accidentes del Trabajo".

Estima el Dr. Betzhold que en esta ley se ha olvidado demasiado los intereses patronales, circunstancia que alentará a los "cazadores de rentas". En su concepto, el dolor sin substractum anatómico no debe ser considerado como causal de incapacidad. Entre los médicos no hay verdaderos peritos en estas materias. Se refiere en seguida a los signos emotivos estudiados por Livet en algunos simuladores (ojo emotivo, mano emotiva). Considera que para evitar cobros de mala fe, el patrón tendría que hacer examinar sus obreros por una serie de especialistas antes de admitirlos en el trabajo. Termina expresando que la cultura de la clase obrera no se halla a la altura de estas leyes y que la vigencia de éstas debería postergarse hasta tanto la cultura popular no estuviese más difundida.

A continuación se planteó un debate sobre el Código Sanitario y se acordó comisionar al Dr. Sepúlveda, presidente; Dr. Dagnino, Dr. Thierry y Dr. Lachaise, para que conferencien con el Ministro de Higiene y le expresen el deseo de la Sociedad de que el Código sea pronto una realidad, que se le hagan las reformas necesarias y que se considere peligrosa la abolición repentina de la prostitución.

Se levantó la sesión.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Sesión del 12 de Septiembre de 1925

El Dr. J. Luis Bisquertt relata algunas experiencias que permiten establecer el valor desinfectante del alcohol respecto de los aerobios, así como su ninguna influencia sobre los anaerobios.

El Dr. Covarrubias hace interesantes consideraciones sobre el uso del iodo en el bocio exoftálmico.

Cálculo renal izquierdo con anomalía ureteral

Dr. J. Luis Bisquertt. J. W., de 19 años, sexo femenino, soltera.

A. H. — Padre muerto; ignora la causa. Madre muerta de tuberculosis pulmonar. Tuvo un solo hermano. Vive.

Enfermedades anteriores. — Sarampión a los 6 años; por este mismo tiempo otitis media supurada. Varicela a los 13 años. A los 12 años gastrectomía parcial de 4 días de duración, escasas y muy dolorosas, lo que obligó a los médicos que la atendían en esa época a hacer la extirpación de ambos ovarios (¿Tuberculosis anexial?)

A los 11 años sufre manifestaciones agudas de tuberculosis pulmonar con estado febril, por lo que es enviada al campo donde estuvo 4 meses. Su tuberculosis pulmonar queda en estado de latencia hasta hace un año, fecha en que tiene un nuevo acceso unido a una supuración de los ganglios submaxilares izquierdos. En Febrero de este año tiene una hemoptisis.

Enfermedad actual. — Data desde la edad de 15 años, o sea, desde hace 4 años, época en la cual comienza a sentir dolores en la fosa renal derecha y polaquiuria, tanto diurna como nocturna. Un año más tarde hematuria que dura 8 días; nota al mismo tiempo tenesmo vesical que fué aumentando poco a poco; sus orinas se hacen turbias, fétidas y dejan sedimento. Hace dos meses nota dolor en la fosa renal izquierda y tiene nuevamente hematuria. Durante el tiempo de su enfermedad ha tenido épocas con temperaturas elevadas, pero, en general, han sido temperaturas bajas, como las que tiene a diario actualmente, en que la temperatura oscila entre 37° en la mañana y 37,8° a 38° en las tardes.

Examen físico. — Enferma bastante enflaquecida, con estado general deficiente, muy pálida. A la inspección se nota en la parte superior de la región lateral izquierda del cuello, cicatrices por su adenitis supurada. En el abdomen se notan cicatrices infra y supra umbilicales medias.

Al examen de sus pulmones se nota a la percusión, cubmatidez en la mitad superior del pulmón izquierdo; a la auscultación respiración sopiante en ambos pulmones.

A la auscultación del corazón, nada de anormal.

Pulso alrededor de 90, hipotenso, no alcanza a hacer oscilar la aguja del Pachón.

Los riñones no se palpan, hay cierta resistencia muscular en la zona correspondiente.

Se nota, además, una deformación de la columna vertebral consistente en cifosis de la parte medio dorsal y escoliosis lateral izquierda de la porción dorsal inferior.

El examen de la orina extraída asépticamente de la vejiga da lo siguiente: Urea 14,9 por mil; cloruros 10,2 por mil. Examen microscópico: glóbulos de pus abundantes, glóbulos rojos en regular cantidad, células epiteliales escasas, gérmenes en regular cantidad: bacterias y coccus. Sospechando una tuberculosis renal investigamos bacilo de Koch con resultados negativos.

Hacemos una cistoscopia cuyos detalles son: vejiga se limpia fácilmente; mucosa sana en sus paredes superior y laterales, congestionada en el trigono; no se ven lesiones características de tuberculosis. Orificios ureterales de aspecto de hendidura y ubicados normalmente; a la derecha parecen existir dos orificios ureterales; se cateteri-

zan ambos riñones hasta 25 cms³. Los detalles de las muestras son:

R. I. Examen histológico. — Glóbulos rojos en regular cantidad; glóbulos de pus abundantes; células epiteliales escasas; gérmenes en regular cantidad.

C=11,26.

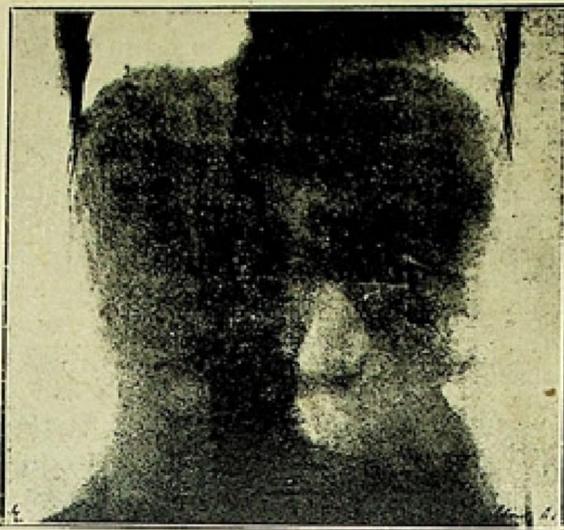


Fig. Núm. 1. Cálculo coraliforme R. I

R. D. Examen histológico. — Glóbulos rojos abundantes (del cateterismo); glóbulos blancos en la relación sanguínea, células epiteliales escasas.

C=14,73.

Vemos, pues, que existe una supuración del R. I. al mismo tiempo que elimina la urea a una concentración menor que el R. D.

Por los dolores que ha tenido la enferma a la región renal la enviamos al Instituto de Radiología para que le tomen una radiografía simple (ver fig. 1). En ella aparece la pelvis renal como inyectada con sustancia opaca, existe un cálculo coraliforme que moldea la pelvis y cálices. Llama, sí, la atención que esta sombra esté en relación con la primera apófisis transversa lumbar cuando sabemos que normalmente la relación anatómica de la pelvis renal con el esqueleto es con la segunda lumbar; está, por lo tanto, un poco alta.

Repetimos el cateterismo ureteral, tratando de cateterizar los dos orificios ureterales que creímos encontrar en el primer examen a la derecha; y cateterizando también el izquierdo para tomar pielografías. En realidad, son dos los orificios ureterales del lado derecho y se cateterizan ambos hasta 25 cm., como así mismo el del lado izquierdo. Se lleva la enferma al Instituto de Radiología y se toma pielografía bilateral inyectando solución de bromuro de sodio al 20 por ciento (ver fig. N.º 2). En el lado derecho, ambos ureteres conservan su independencia, teniendo cada uno su pélvis: una superior con dos cálices y la inferior desarrollada normalmente. Entre ambas se ve la silueta renal con un surco profundo. A izquierda, el uréter se divide antes de llegar al riñón, dando lugar a dos pélvis: una superior que está totalmente ocupada, cálculo coraliforme, y otra inferior normal. Queda, pues, bien cimentado el diagnóstico de calculosis renal izquierda infectada, con anomalía ureteral: uréter doble con su respectiva pélvis a derecha y pélvis doble a izquierda.

Naturalmente, el tratamiento en este caso tiene que ser quirúrgico. La operación que debe practicarse será la nefrotomía con extirpación del cálculo, lo que será algo difícil para ser un cálculo coraliforme; o bien, si se le encuentra un pedículo renal doble bien aislable que corresponda respectivamente a ambas pélvis, creo estaría indicada la nefrectomía parcial.

El momento operatorio estará subordinado al estado general de la enferma que, como dijimos, era bastante precario, ya que su presión arterial no alcanzaba a hacer oscilar la aguja del Pachón, y ser una enferma con múltiples focos tuberculosos.

El tratamiento para levantar su presión arterial ha consistido en inyecciones de extracto supra renal y proctoclisia con suero glucosado isotónico dos veces al día; con esto hemos conseguido levantar la presión a 12 máximo y 7½ mínimo. Respecto a su lesión tuberculosa pulmonar, ella está en un período de latencia. No se han encontrado bacilos de Koch en la muy poca expectora-



Fig. Núm. 2. Cálculo coraliforme R. I.

ción que se ha podido conseguir, no hay bronquitis. Además los internistas que lo han examinado opinan que su lesión pulmonar, en el estado que se encuentra, no contraindica la intervención.

Se le ha practicado, además, la constante úreosecretoria de Ambard, cuyos detalles son:

Orinó en 30'—21 cc.
V=1,008.
C=7,68.
D=7,74.
D 25% = 4,28.
Ur=0,30.
K=0,145.

Como se vé, está algo elevada a pesar de tener una uremia baja, 0,30 g. Ello se debe a que hay cierto grado de oliguria, lo que trataremos de modificar estimulando el volumen urinario con suero glucosado.

Con todo, iremos en esta enferma a la intervención con todas las reservas del caso, pues juzgamos el caso especialmente grave.