

LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

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.

COMITE CIENTIFICO

SRS. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

G. Amunátegui A. Orrego Luco R. Aguirre Luco
M. Brockmann D. García Guerrero
L. Sierra E. González Cortés E. Petit
A. del Río E. Aldunate B. R. Donoso M. Cádiz
E. Croizet J. Luco L. Vargas Salcedo
C. Monckeberg J. Ducci L. Calvo M. A. Larraguibel
C. Pardo C. A. C. Sanhueza C. Charlin 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 » 150
Las suscripciones son sólo por un año.

SUMARIO

Texto:

- FÉLIX DE AMESTI — Consideraciones sobre el Schock Operatorio, p. 281.
ESPÍDORA LUQUE. — Comentarios a un caso de falsa amaurosis post-hemorrágica, p. 282.
C. MÓNCKEBERG. — Del Traumatismo Obstétrico en el recién nacido (5 figs.) (continuación), p. 284.
C. LIAN R. BARRIEU y A. Blondel. — Las adquisiciones terapéuticas en patología cardio-vascular (continuación), p. 25.
Sociedades Científicas: Sociedad de Cirugía, (continuación), Sociedad Médica, p. 286.

Anexo:

- Conferencia dictada en la Escuela de Visitadoras Sociales, por su Directora, Mme. Bernier (conclusión), p. 378.
Programa del Curso de Repetición, p. 379.
NECROLOGÍA. — Dr. Arturo Cruzat Luco (1 fig.) p. 381.

CONFERENCIA

Dictada en la Escuela de Visitadoras Sociales
por su Directora, Mme. Bernier

(Conclusión).

Las obras afiliadas exigen el carnet a sus protegidos, y en él inscriben los socorros acordados, único medio de control discreto para evitar abusos. Debe entenderse bien que la inscripción de un socorro por una obra no impide que otra institución acuerde su ayuda a la misma persona. El abuso sólo comienza cuando los socorros obtenidos sobrepasan las necesidades de asistencia de la familia, dato determinado por la Sección de Informaciones.

A fin de evitar el abuso que se produce tan frecuentemente por las solicitudes a domicilio o en la vía pública, se recomienda con insistencia a los filántropos que exijan en cada caso el carnet y tener cuidado de

anotar los socorros eventualmente acordados.

Desde la creación de la Oficina hasta Diciembre de 1923, las estadísticas demuestran que sobre 313,029 demandas no se han expedido sino 267,724 carnets. Gracias a la centralización, 45,305 solicitudes, es decir, un 14 por ciento, han sido desechadas, pues los solicitantes tenían ya carnet y trataban de obtener socorros ilícitos, despidiendo el control.

Las investigaciones efectuadas por las obras y filántropos afiliados, comprenden:

1. La situación respecto del carnet de Identificación.
2. La composición exacta de la familia.
3. Los domicilios actuales y anteriores.
4. Los recursos principales en la época en que los solicitantes no necesitaban socorros.
5. Los recursos provenientes de los socorros que figuran en el carnet, así como los

Contra las afecciones agudas y crónicas del sistema circulatorio y en las enfermedades del corazón se usa con gran éxito la

ESTROFANTINA BOEHRINGER

en inyecciones intravenosas según el método del Prof. Dr. Alb. FRAENKEL-Heidelberg.

La Estrofantina Boehringer es la glicósida de la simiente del «Strophanthus Kombé».

Tres ventajas fundamentales caracterizan el empleo de las inyecciones intravenosas de ESTROFANTINA:

- 1) acción rápida durante algunos minutos
- 2) seguridad del efecto
- 3) falta de trastornos intestinales.

Embalajes de origen: cajas con 6 y 12 ampollas de 1 cm³ de una solución acuosa esterilizada con 9,001 gramo ESTROFANTINA BOEHRINGER.

C. F. Boehringer & Söhne G. m. b. H., Mannheim-Waidhof (Alemania)

MUESTRAS Y LITERATURAS A DISPOSICION DE LOS Srs. MÉDICOS.

REPRESENTANTE PARA CHILE: JOSÉ KLIMEK CASILLA 2110 — SANTIAGO

otros recursos que no provienen del trabajo.

6. Los recursos principales desde que el solicitante necesitó socorros.

7. Total de recursos de la familia, por meses, en el momento de la encuesta.

8. Los gastos extraños a la familia.

9. Socorros solicitados.

10. Observaciones e impresiones del investigador.

Causas de la miseria y medios de remediarla.

Resultados. — Las 5 a 6,000 encuestas efectuadas anualmente, tanto por las obras públicas como privadas, han permitido una repartición juiciosa de los socorros y el descubrimiento de los explotadores de la caridad. Se ha necesitado el concurso de un personal preparado, siempre despierto y sensible a las necesidades de la miseria que se oculta, y armados de prudencia y habilidad para frustrar a los corsarios de la beneficencia, con una imparcialidad rigurosa, al abrigo de toda subjetividad.

Las encuestas para las obras de la infancia de la Aglomeración de Bruselas, proporcionan anualmente a los poderes públicos una economía de 400,000 francos término medio, rechazando un porcentaje de 25 por ciento de solicitudes, por haber sobrepasado el máximo de los socorros proporcionables.

Queda así demostrada la necesidad moral de efectuar encuestas, aún no teniendo otro fin que evitar la distribución de socorros a

las familias cuyos recursos son suficientes, y frustrar los parásitos que viven de la explotación de las obras en detrimento de los verdaderos necesitados.

Esta sección interesa también particularmente a los filántropos, pues hoy día los explotadores se dirigen principalmente a ellos, ya que no tienen ninguna probabilidad de éxito en las Instituciones en que las medidas de control de la Oficina Central de Identificación, descubran sus maquinaciones.

La sección Informes dispone de una vasta documentación sobre las Obras (más de 1,500 documentos).

También se encarga de informar gratuitamente a quien lo solicite, sobre los organismos que mejor corresponden a su caso, y en las situaciones particularmente desgraciadas este servicio prescribe de urgencia la encuesta y la Sección de Servicio Social efectúa inmediatamente los trámites necesarios en las Obras, para aliviar las miserias.

Los donadores recurren a la Sección Informes para conocer las Obras dignas o para documentarse sobre el valor de la que solicita su intervención, para lo cual la Oficina está calificada especialmente, pues lleva una encuesta permanente de todas las Obras sociales y de asistencia.

Frecuentemente la Oficina se encarga de distribuir a las Obras las liberalidades de

los filántropos, según sus propias indicaciones.

La encuesta es la base de la asistencia social organizada, cuyo fin es buscar las causas que hacen fracasar al individuo y se esfuerza en restablecer para él las condiciones normales de la vida. Pero las situaciones son complejas, cada caso es un caso especial, cada individuo difiere del vecino por su naturaleza, su manera de reaccionar, por el medio que lo rodea e influye sobre sus reacciones.

Para que sea útil la encuesta debe ser hecha con método, y de ahí la necesidad de un personal dotado de tacto, prudencia, bondad, educación.

De ahí también que la mujer parezca la más indicada para este rol, al cual preparan las escuelas de Servicio Social, donde recibe el título de auxiliar social.

El rol del auxiliar social, definido en pocas líneas, será:

1º Adquirir influencia sobre la colectividad, a fin de que se organice de manera que permita al individuo una fácil acomodación a sus exigencias y que favorezca en forma amplia el desarrollo y la expansión de su personalidad intelectual, física y moral.

2º Adquirir influencia sobre el individuo a fin de educarlo, de modificar sus tendencias egoístas, de hacerlo buscar las causas de su vida aislada, perjudicial a sí mismo y a la colectividad.

Es por el individuo que ella trabaja en bien de la sociedad, corrigiendo así lo que la



Palidez, Anemia, Nerviosidad

HIERRO-BROMINA

(M. C. R.)

(Grajeas de Sesquibromuro de Hierro).

Laboratorio Chile

SANTIAGO

Avenida Ecuador 3555

PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUCION ORGÁNICA
DE HIERRO Y MANGANESO
ENTERAMENTE ASIMILABLES

La asociación de estos dos metales, en combinación orgánica, refuerza singularmente su acción terapéutica recíproca.

NO PRODUCE ESTREÑIMIENTO

Tónico poderoso, reconstituyente enérgico
ANEMIA — CLOROSIS
DEBILIDAD
CONVALECENCIA

Veinte gotas de PROSTHÉNASE contienen un centígramo de HIERRO y cinco miligramos de MANGANESO

DOSIS COTIDIANAS:

5 hasta 20 gotas para los niños; 20 hasta 40 gotas para los adultos

Laboratorio GALBRUN
8 y 10, rue du Petit-Musc, PARIS

organización científica y la centralización forzada pudieran tener de defectuoso.

Por ella la asistencia organizada evitará el inconveniente del funcionarismo rígido y enredado en que vendrían a quebrarse los esfuerzos generosos: por ella la asistencia curativa descubrirá en el corazón mismo de la familia la causa profunda de males aparentemente accidentales que ella trata de curar.

Por ella la asistencia preventiva adquiere la oportunidad, la delicadeza, la clarividencia necesarias a su gran obra de enseñanza y de moralidad. Conocer, luchar, enseñar, tal es la tarea de la asistente social.

Luchar contra los prejuicios, los hábitos nefastos o los vicios, luchar contra la enfermedad, contra la ignorancia.

Enseñar el arte de la vida más sana, más feliz y más fecunda. Enseñar, pero no en las formas clásicas, por la sugestión del ejemplo, las irradiaciones de una personalidad fuerte y cultivada, el alcance poderoso de una devoción ignorada, envuelta en un amor sano, fuerte y potente, sin el cual toda enseñanza es estéril.

Es por la creación de una atmósfera semejante, en que las timideces son vencidas y en que las prevenciones ceden, que ella adquirirá la influencia indispensable para sostener, guiar, aconsejar.

Tarea ingrata, en cuyo cometido ella deberá desplegar energía y tenacidad, pues tendrá que herir los prejuicios, atropellar las convenciones sociales, contrariar las ru-

tinias, resistir las audacias de quienes querrán hacerla abandonar su deber.

Tarea compleja y delicada, que necesita vocación, preparación, predestinación, un poco de ese fuego sagrado que sólo conocen las almas generosas.

Es menester el espíritu de sacrificio, el olvido de sí mismo, el espíritu social que está hecho de amor al pueblo, de respeto profundo al ser humano, de la confianza en su mejoramiento. Él sólo inspira los actos casi sublimes, como el de la institutriz ciega que emprende este trabajo sobre humano: Salida de la noche y del silencio eternos, una niña de seis años, sorda, ciega, hace año tras año progresos admirables, hasta llegar, por fin, a ser una mujer ilustrada, una escritora sutil, cuyo nombre conoce el mundo entero; he nombrado este prodigio de readaptación social: Heleen Keller.

Él es el que ha sostenido el espíritu de los hombres generosos, que abandonando propias preocupaciones, se propusieron crear esta hermosa obra, en que lo mejor de vuestra juventud estudiosa y entusiasta viene a buscar la ciencia del trabajo social.

Es él quien las impele hasta aquí, dispuestas al esfuerzo que exigirá de ellas la conquista de la insignia simbólica del Servicio Social, cuyo uniforme visten desde ya.

Es él quien sostiene en su tarea compleja y difícil a las auxiliares sociales, cuya labor inteligente ha dado ya tantos frutos. Cada día él aporta una actividad nueva.

La encontraréis proporcionando un hogar a aquellos a quienes las necesidades de la vida alejan de la familia. La encontraréis en el Hospital secundando a la vez al enfermo y a la familia, al médico y a la enfermera. Tranquiliza al primero respecto de la suerte de los suyos, da al hogar abandonado sus consejos, su ayuda, su ciencia práctica: hace intervenir las obras que pueden socorrer temporalmente la familia, durante la enfermedad, proporciona al médico los informes útiles para el diagnóstico social, coopera a la obra de la enfermera visitadora, vigilando la curación, previniendo las recaídas.

La veréis en la fábrica, donde se encarga de mejorar al obrero en su condición intelectual, física y moral, contribuyendo así a la prosperidad de la empresa en que ejerce su bienhechora actividad.

Se la encuentra en Europa en todas las grandes empresas en que la dirección inteligente se esfuerza en hacer concordar la mejor vida de los trabajadores con sus intereses legítimos y busca el mayor rendimiento en la supresión de la torpeza, de la fatiga y del descontento entre los obreros.

La veréis en las plazas de juego, en la escuela al aire libre, donde guía los primeros juegos de la infancia, pues conoce el rol complejo que éstos tienen en la educación; la naturaleza educativa de los juegos, gracias a los cuales adquieren los niños, indudablemente, una serie de nociones concretas; se instruyen, a la vez que iluminan de

HEMOSTYL
Du Dr. **ROUSSEL** Anemias Hemorragias

SUERO HEMOPOYETICO FRESCO DE CABALLO

Frascos-ampollas de 10' de Suero puro	A) <i>Terapia específica de las ANEMIAS (Carnot)</i>
	B) <i>Zonas otras empleos del Suero de Caballo</i>
Jarabes-Comprimidos de sangre hemopoética total	HEMORRAGIAS (PEWELL)
	CURACIONES (R Petit)
	ANEMIAS
	CONVALESCENCIAS
	TUBERCULOSIS etc.

Muestras Literatura
CASILLA 29 D - SANTIAGO
AM. FERRARIS,

STANNOXYL Sana la Forunculosis

STANNOXYL Mata el Estafilococo

STANNOXYL Más activo que las vacunas y levaduras

STANNOXYL Contiene un estaño puro exento de plomo

STANNOXYL Es perfectamente tolerado. No es tóxico

STANNOXYL 2 comprimidos diarios o 1 inyección de 2 c. c.

Para los niños en el invierno el mejor tónico

JARABE VALTIN LEROY

DÓSIS: Una cucharadita antes de las comidas

FORMULADO POR PROFESORES Y MEDICOS EMINENTES

LABORATORIOS RECALCINE

Servicios de Agua caliente y de Calefacción Central

Con elementos modernos de la más alta calidad y procedencia

Instalamos en Hospitales, Clínicas, Gotas de Leche, Hospicios, etc.

Siempre tenemos en existencia un surtido interesante de artefactos para iniciar en el acto cualquiera instalación de esta naturaleza.

Ejecutamos instalaciones de Baños y Lavatorios con calentadores automáticos muy sencillos y eficientes.

Solicítenos informes y pormenores en nuestro Depto. Sanitario

MORRISON & Co. - SANTIAGO

ESPECIALISTAS EN ESTOS SERVICIOS

poesía y encanto los primeros días de la vida.

Ella ha aprendido a conocer al niño, ese dulce incomprendido de quien nuestro ciego amor, nuestro egoísmo apasionado, han hecho a menudo una víctima doliente.

Ella sabe que bajo pretexto de educación, no se debe refrenar los destellos de su joven corazón, ni la expresión sincera de su pensamiento; que so pretexto de disciplina, no se debe reprimir las manifestaciones de su joven voluntad, ni so pretexto de instruirlo, deformar su cuerpo en bancos de tortura, ni rellenar su cabeza de ciencia abstracta, de enseñanza dogmática que lo reduce a un rol pasivo y ahoga sobre los libros su curiosidad interrogadora.

Ella ha comprendido que la vida contemporánea exige que los estudios sean activos, comprensivos y voluntarios, que hagan concebir un ideal de verdad y de justicia y den la capacidad de luchar en su defensa.

Ella sabe desarrollar sus energías, formar su carácter, luchar con ellos contra sus debilidades.

En los senderos floridos de la Plaza de Juegos, en la escuela al aire libre, en la propia casa, ella trabaja en formar una humanidad nueva más fuerte más sana y más bella.

La encontraréis en los institutos para anormales, donde contribuye a curar, a readaptar a los deficientes mentales.

La encontraréis en la sombra de las prisiones, donde ella trata de arrancar al mal una presa demasiado fácil, donde trata de

proporcionar un oficio honesto, un asilo, a los delincuentes que han purgado sus penas

La encontraréis en toda parte donde haya desgraciados, descarriados y vencidos de la existencia.

Alegría y luz de aquellos que marchan en la vida sin faro y sin estrella, en la sombra y el dolor.

Para tan pesados deberes, estarán pronto dispuestas nuestras blusas azules y me es muy grato rendir aquí público homenaje a su fácil comprensión, a su juvenil entusiasmo. En este país ellas serán los "pionniers" que conocerán los escollos y las zarzas de los caminos inexplorados.

La escuela les hace conocer la situación de las diferentes clases sociales, los múltiples problemas económicos y morales que plantea a las nuevas generaciones la turbia época en que vivimos; ella les enseña los últimos progresos de la higiene, los nuevos métodos de asistencia, de educación, por los cuales se puede pretender llegar a prevenir los males de que sufre nuestra sociedad moderna.

Pues, para curar las llagas sociales, para dedicarse eficazmente a la regeneración material y moral del pueblo, es menester aunar la ciencia a la devoción, su deseo de sacrificio debe ser iluminado por una enseñanza que lo haga apto para todas las iniciativas de la beneficencia, para todas las formas de la ayuda humana.

Cátedra de toda enseñanza social, en que se suceden las más altas competencias, la

escuela activará la formación de discípulos.

Por su ambiente, por la viva luz que su enseñanza vierte en la vida de las sociedades, la escuela contribuye aún a vivificar, a entretener en el corazón de sus discípulos, la llama del amor, de la abnegación y del desinterés; pues ninguna moneda humana pagará el don generoso de una vida a la cual se teje con el hilo de los días, la suntuosa túnica de oro de la bondad y de púrpura del sacrificio. Tampoco esperan el reconocimiento... Sin orgullo, humildemente, ellas vivirán entre los humildes, encontrando en la conciencia del deber cumplido, en la alegría de una vida intensa, profunda, la recompensa de sus valientes esfuerzos.

Así formadas las visitadoras sociales, usarán la encuesta para preparar y aclarar su acción, la realizarán con la ciencia técnica, el tacto, la discreción, el espíritu de justicia y tolerancia, la perseverancia y la prudencia que necesita una tarea tan delicada.

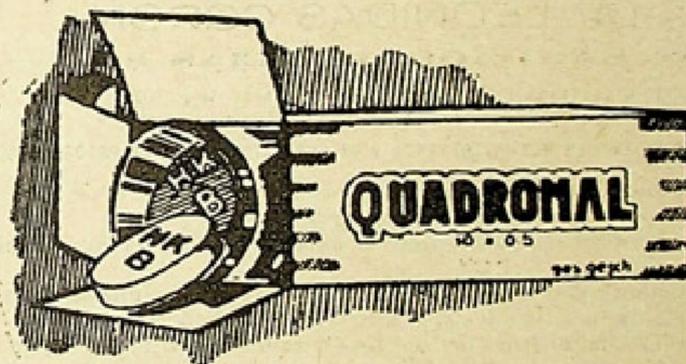
Ellas serán las auxiliares de la asistencia organizada, de las oficinas permanentes de documentación y de socorro. Conociendo perfectamente las obras existentes, los fines que persiguen, ellas sabrán intervenir oportunamente para aliviar los sufrimientos de los verdaderos necesitados.

Antes de terminar, permitidme leeros algunos resúmenes de encuestas que nos harán ver la obra de nuestras asistentes en Europa.

"Mme. G... viuda de un combatiente fran-

FÓRMULA:

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



ESPECÍFICO ALEMAN EN TABLETAS

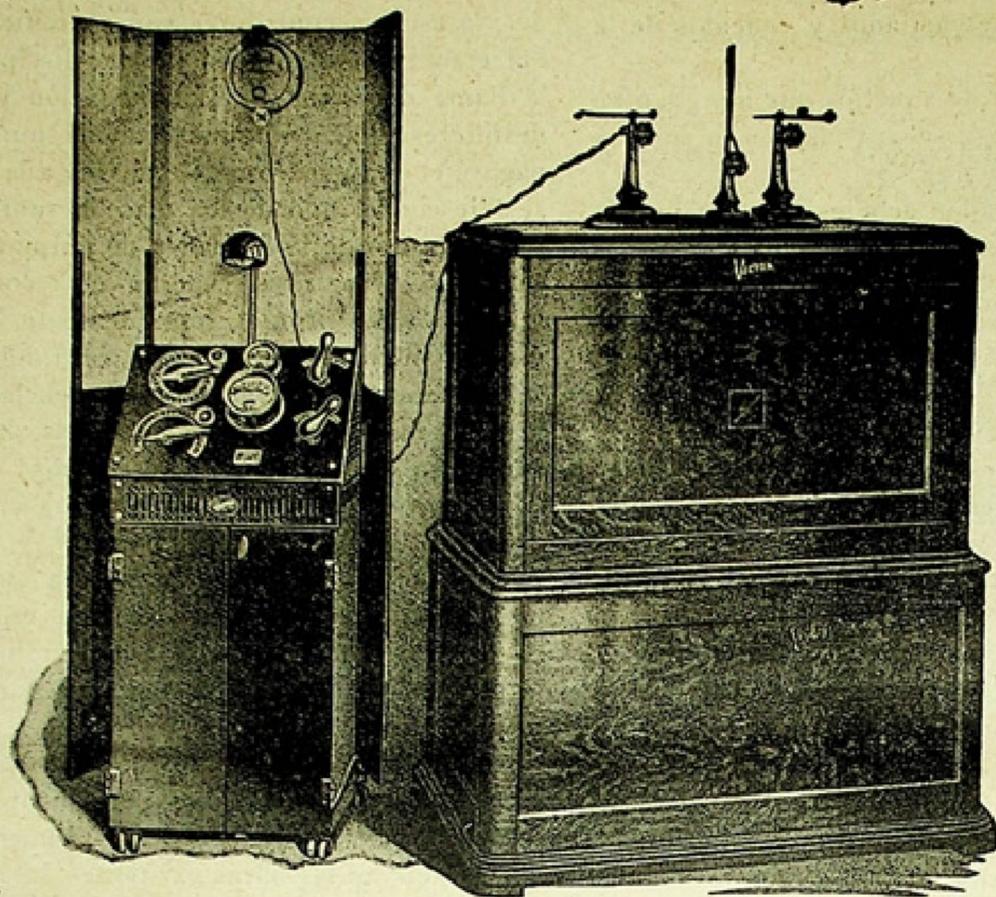
Es el remedio más rápido y eficaz contra: Resfriados, Gripe, Reumatismo, Jaquecas, Neuralgias, Dolores de Cabeza, Muelas y Oídos, Irritación de los nervios, Inflamación de la Garganta, Fiebres catarrales, Dolencias nerviosas al estómago e intestinos, Efectos nocivos producidos por abuso del alcohol o tabaco, Exceso de trabajo mental, etc. :-

No afecta al corazón
-:- ni al estómago -:-

y pueden ser tomadas también por personas débiles y niños sin perjuicio alguno :- :-

De venta en todas las buenas Boticas
PIDAN LITERATURA Y MUESTRA AL REPRESENTANTE PARA CHILE

ERNESTO CLAUSSEN G. Santiago (Chile)
Casilla 535



Aparato "Victor" Snook para Radioscopia y Radiografía

Aparato para Rayos X. Modelo "Snook" ¡Sin Competidor!

El único aparato que ha mantenido su superioridad desde que fué fabricado.

Tiene una capacidad de 120 Kilovolts y 150 miliamperes.

El año 1907 Mr. H. C. Snook, introdujo el primer rectificador de alta tensión, cuyos principios fueron aplicados a este aparato y lo han hecho insuperable por su rendimiento, hasta hoy.

Victor X - Ray Corporation

Fabricantes de Aparatos de Rayos X, —
Tubos Coolidge y Aparatos de Fisioterapia.

Solicite Presupuestos e informaciones a los únicos representantes: : : :

International Machinery Co.

INGENIEROS - IMPORTADORES

Teléfono 4580



Santiago, Morandé 520



Casilla 107-D.

LABORATORIO CLÍNICO DEL DR. LEONIDAS CORONA SANTIAGO, DELICIAS 868

DETERMINACIÓN DEL METABOLISMO BASAL

METODO DE EXAMEN MUY INTERESANTE Y DE GRAN UTILIDAD EN LA PRACTICA CLÍNICA

1. Para diagnosticar y comprobar las insuficiencias de las glándulas endocrinas y especialmente tiroideas.
2. Para comprobar la acción de los extractos glandulares y regular las dosis.
3. Para comprobar en el bocio exoftálmico el hiperfuncionamiento de la glándula tiroidea y la intensidad de este trastorno.
4. Para el diagnóstico de los hipertiroidismos ligeros, y por consiguiente como ayuda eficaz en una serie de diagnósticos diferenciales.

En la obesidad permite determinar si se trata de obesidad simple o acompañada de insuficiencias glandulares, especialmente tiroidea.

SCHWARZENBERG y Cía.

Estado 146 — Casilla 847

SANTIAGO

: Artículos Quirúrgicos :

y

Muebles para Hospitales

A los Señores Médicos:

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

Escríbanos y tendremos el mayor agrado en atenderlo.

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

cés, ha sido denunciada a la O. C. I. por haber enfermado a consecuencia de las dificultades de la vida actual. Ella tiene 3 niños. La mayor, iniciada como aprendiz de modista, también está enferma. Los dos menores están en la escuela. La asistente social, encuentra a Mme. G... en cama, con desgarro hemoptoico. Hubo alguna dificultad en hacerla aceptar la idea de ingresar a un sanatorio. Toda la familia fué sometida a una visita médica. Mme. G... y la hija mayor entran al Sanatorio. La solicitud de la Asistencia Social al Comité de los Hospicios obtuvo la colocación en una colonia, durante la ausencia de la madre, del hijo menor que estaba muy débil (ganglios de origen tuberculoso).

"La O. C. I. solicitó de la Obra Petites Roses de la Reine el ajuar del pequeñuelo. Estos últimos días Mme. G... nos ha venido a visitar; está ya sana. En cuanto a la joven, sigue aún su tratamiento. El niño se ha restablecido bien. Esta familia ha podido volver a una situación normal gracias a la curación de la madre.

"(De "Le Service Social", Revista mensual de la Escuela Central de Servicio Social y de la Oficina Central de Identificación de las Obras. N.º 4, Abril, 1924)".

Os hemos expuesto la historia de la Oficina de Identificación y de sus colaboradores. Os hemos querido convencer de la necesidad de sostener en vuestro grande y hermoso país un organismo análogo, aquí, donde siempre las ideas nuevas y generosas han

sido recibidas con ardiente entusiasmo.

Si nuestra colaboración puede seros útil, os la prometemos entera y abnegada. Siempre hemos considerado a vuestra patria como la nuestra. ¿No son, en efecto, semejantes, estos dos pueblos lejanos, pero igualmente enérgicos, amantes del progreso, caritativos y hospitalarios?

Quién mejor que nosotros puede atestiguar estas últimas cualidades, después de haber visitado tantas obras admirables, después de haber conocido tantas mujeres encantadoras, tantos hombres eminentes que nos exponen sus ambiciones de regeneración social, sus deseos ardientes de mejorar la suerte de sus hermanos desheredados, después de haber recibido de ellos una acogida tan cordial y amable, bálsamo bien dulce para el corazón de una exilada que, aunque lo sea voluntariamente y con entusiasmo, no por eso conoce menos las tristezas de la separación.

Terminamos rogando queráis valorar la suma de ventajas que os ofrece nuestra participación en la nueva obra. Estamos dispuestos, con nuestra inteligencia y con nuestros generosos anhelos, a dar a los que no conocen de la vida más que sus dolores y crueldades, la mayor suma posible de felicidad, contribuyendo así, por la elevación de las clases desgraciadas, a la tranquilidad social y económica de vuestra patria, que amáis con vehemencia, y para la cual deseo, tanto como para la mía, felicidad y prosperidad.

PROGRAMA DEL CURSO DE REPETICIÓN

LUNES 7 DE SEPTIEMBRE

Hospital de San Vicente

- 8.30 A. M. — Dr. Bisquertt. Cálculo renal y cálculo vesical, con presentación de enfermos y radiografías.
 9.30. — Dr. Ducci. Rayos X.
 9.30-11. — Dr. Ducci. Rayos X.
 10. — Dr. del Río. Cuestiones relacionadas con las tonsilas. Profilaxia de la difteria.
 10-11.30. — Dr. Montero. Piodermitis en general.
 10.30-11.30. — Dr. Croizet. Cáncer.
 2-3 P. M. — Dr. Sierra. Osteomielitis.

Hospital San Borja

- 9.30 A. M. — Drs. Soza y Villagra. Historia clínica del tuberculoso.
 11. — Dr. Martini. Lección sobre estrabismo concomitante.

Hospital de San Juan de Dios

- 8.30 A. M. — Dr. Ibarra. La uretroscopia anterior y posterior en el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades del aparato urinario.

MEDICACION GUAYACOLADA INTENSIVA

"Resyl"

ETER GLICERO GUAYACOLADO SOLUBLE

Tratamiento eficaz

de las afecciones bronco-pulmonares
 Linfatismo - Escrófulas - Bronquitis -
 Laringitis - Catarros - Grippe -
 y de la **Tuberculosis**

El Resyl realiza la antisepsia pulmonar y posee todas las ventajas de la mediación creosotada.

Sin ninguno de sus inconvenientes

Bajo su acción la secreción bronquial disminuye, la tos se calma, las lesiones cesan de evolucionar y se cicatrizan, el peso aumenta, los sudores desaparecen y el estado general mejora rápidamente.

TRES FORMAS { Jarabe, frascos de 20 dosis.
 Comprimidos, tubos de 20 dosis.
 Ampolletas (inyección intra-muscular o subcutánea)

Preparado por: Laboratorio O. ROLLAND - Lyon -

SAL DIGESTIVA

Hémece

ESPECIFICO DE LAS ENFERMEDADES del ESTOMAGO
 FACILITA LA DIGESTION

Bicarb. de Soda Magnesia Carbonato de Cal liviano
 lactosados y Quimicamente puros

DOSES: una cucharita a café después de cada comida.
 DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS
 Concesionario para Chile: Am. Ferraris.
 Compañía 1295, Santiago.



ANIMASA

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

ARTERIO - ESCLEROSIS

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

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

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

LITERATURA GRATUITA

ORGANOTERAPIA

BROWN - SEQUARD, Prof. ZUNTZ: Prof. POEHL

FABRICANTES:
Organoterapeutische Werke

NEUENKIRCHEN en Oldenburg
(Alemania)

Introducido y Concesionario exclusivo para Chile:

L. ARENSBURG - Santiago

CASILLA 3699

Novacitrina

El remedio de elección contra la gota

Acción analgésica intensa.

La Novacitrina calma rápidamente los dolores, disuelve el ácido úrico y normaliza el metabolismo.

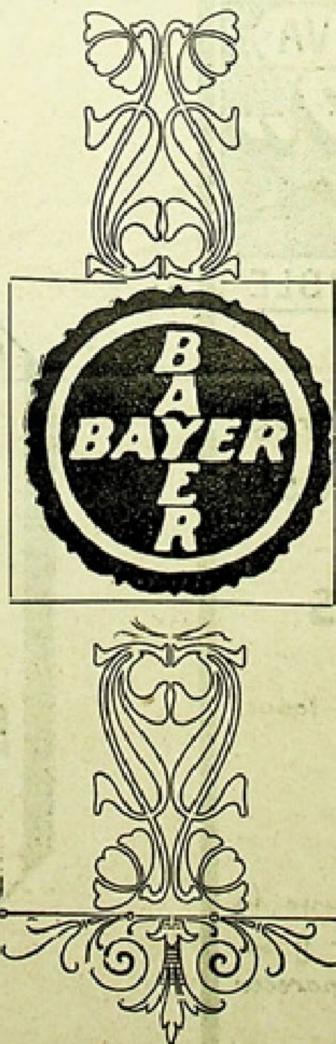
INDICACIONES:

Accesos agudos y exacerbaciones de las afecciones gotosas, reumatismo, calculosis, etc.

PRESCRIBASE:

Tabletas «BAYER» de Novacitrina

(Embalaje original)



JUVENINA

(Asociación de metilarsinato de yohimbina con metilarsinato de estriquina).

Tónico poderoso en los estados de agotamiento físico y psíquico. :

En la Juvenina, la acción reconstituyente del arsénico y la acción estimulante rápida de la estriquina son completadas favorablemente por la Yohimbina, cuyos efectos efectivos sobre el aparato sexual son bien conocidos.

PRESCRIBASE:

Ampollas de Juvenina: de 10 de 1.2 c. c.
Tabletas " " frascos de 50 tabletas.

Embalaje original «BAYER»

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

Hospital de San Luis

10 A. M. — Dr. Roberto Jaramillo. Lecciones de policlínica sobre piel, sífilis y venéreas.

Hospital del Salvador

8.15 A. M. — Dr. Sierra. Operaciones.
10. — Dr. Luco. Presentación de enfermos de Neurología.
5-6 P. M. — Dr. Quevedo. Lecciones de radioscopia clínica: Pulmón.

Casa de Orates

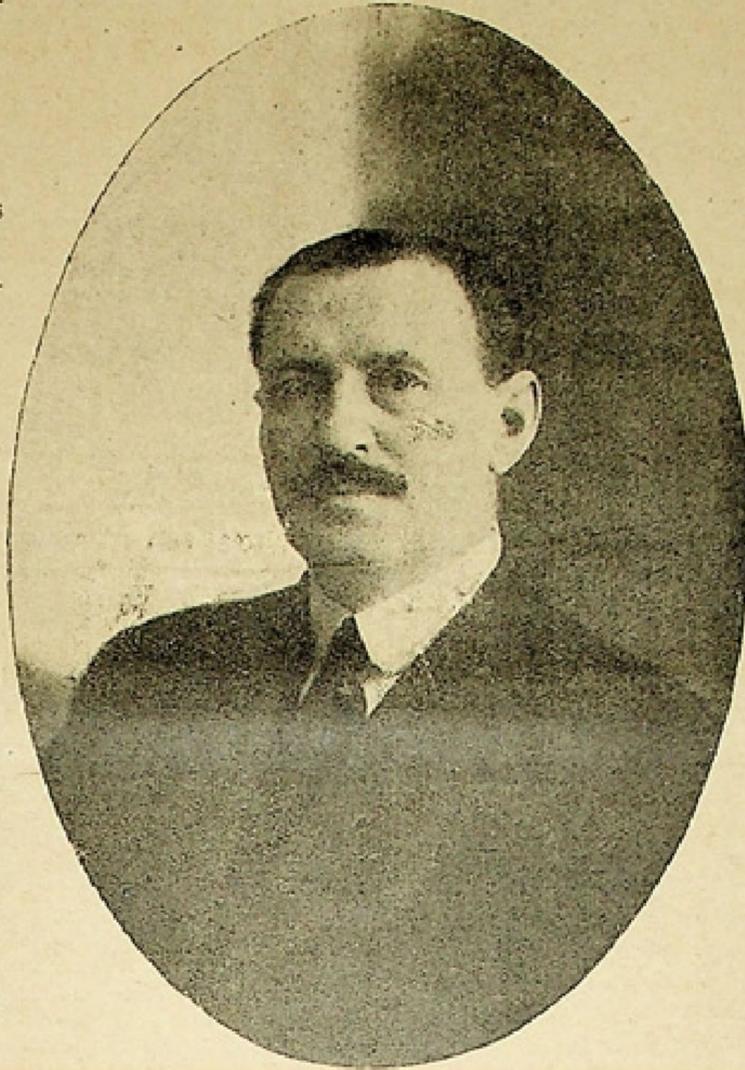
11-12 A. M. — Dr. Fontecilla. Parálisis general.

MARTES 8 DE SEPTIEMBRE

Hospital de San Vicente

8.30 A. M. — Drs. Vargas y Onetto. Apéndice gangrenosa.
9-10.30. — Dr. Pardo. Cáncer del útero.
10. — Dr. del Río. Cuerpos extraños de las vías respiratorias y esófago. Laringoscopia en suspensión.
9.30-11. — Dr. Aldunate. Escuela de Medicina. Terapéutica de las enfermedades infecciosas agudas.
10. — Dr. Joel Rodríguez. — Lecciones de Clínica interna.
11. — Dr. Lea Plaza. Lecciones de Neurología.

(Continúa pág. 382)



Dr. Arturo Cruzat Luco

Recientemente fallecido en Iquique

“Muy pocas veces se podrán discernir con mayor justicia y verdad que en esta ocasión, al borde de una tumba, los elogios póstumos que se tributan a las virtudes y méritos de los que se van...”

Arturo Cruzat Luco, espíritu noble y cultísimo, de bondad y altruismo ingénito, carácter franco y caballeresco, de una sencillez e ingenuidad encantadoras, de buena ley, formaba su personalidad un conjunto de cualidades que le atraían todas las simpatías”

(Párrafos del discurso pronunciado en los funerales por don Francisco J. Hurtado, a nombre de la Junta de Beneficencia).

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.

Unico concesionario

Víctor 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 hemoglobínica 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 surmenaje físico e 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 hemoglobínica). Las sales manganosas se comportan como verdaderas oxidizas, 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 aun 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 2%

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

Droguería Botica “LA CARIDAD”

FELIX BELLICIA

— 21 DE MAYO 682 —

Casilla 1390

Teléfono 3712

DESPACHO EXACTO DE RECETAS

DEPOSITO:

PERFUMERIA “BRISAS PORTEÑAS”

JUEVES 10

3.30-5 P. M. — Dr. Mujica. Conjuntivitis. Tracoma.

Hospital Roberto del Río

4-5 P. M. — Dr. Luis Calvo M. El vómito de la infancia y su tratamiento.

Hospital San Borja

8.30 A. M. — Dr. Valenzuela Larraín. Pleuresias purulentas y su tratamiento.

Hospital del Salvador

8.30 A. M. — Dr. Lobo y Onetto. Bleorragia.

10. — Dr. Riffo. Lecciones de Clínica interna. Insuficiencia del ventrículo izquierdo.

11. — Dr. Charlín. Lecciones con presentación de enfermos de Oftalmología.

5.30 P. M. — Dr. Mönckeberg. Lecciones de Obstetricia.

MIÉRCOLES 9

Hospital de San Vicente

8.30 A. M. — Dr. Bisquertt. Tuberculosis renal con presentación de enfermos y piezas anatómicas.

9.30-11. — Dr. Ducci. Rayos X.

10. — Dr. Castro O. Vías lagrimales. Neuritis ópticas y sinusitis latentes.

10-11.30. — Dr. Montero. Tratamiento de la sífilis.

10.30-11.30. — Dr. Croizet. Quistes hidatídicos.

2.30-3 P. M. — Dr. Sierra. Peritonitis.

4. — Dr. Jirón. Encefalografía. (Instituto de Anatomía).

Hospital San Borja

9.30 A. M. — Drs. Soza y Villagra. Historia clínica del tuberculoso.

11. — Dr. Martini. Vicios de refracción.

Hospital San Juan de Dios

8.30. — Dr. Ibarra. La diatermia en el tratamiento de las uretritis blenorragias.

Hospital San Luis

10 A. M. — Dr. Roberto Jaramillo. Piel, sífilis y venéreas.

Hospital del Salvador

8.15 A. M. — Dr. Sierra. Operaciones.

10. — Dr. Luco. Presentación de enfermos de Neurología.

5-6 P. M. — Dr. Quevedo. Radioscopia clínica: corazón y aorta.

Casa de Orates

11-12 M. — Dr. Fontecilla. Demencia precoz.

Hospital de San Vicente

8.30 A. M. — Dr. Alessandrini. Osteosíntesis.

9-10.30. — Dr. Pardo. Metritis y endometritis.

9.30-11. — Dr. Aldunate. Medicamentos cardio vasculares (Escuela de Medicina).

10. — Dr. Castro O. — Complicaciones de las inflamaciones agudas nasales y faríngeas. A. Otitis. B. Sinusitis.

10-11. — Dr. Joel Rodríguez. Clínica interna.

11. — Dr. Lea Plaza. Neurología.

3.30-5 P. M. — Dr. Mujica. Úlceras corneales y relación con la vía lagrimal. Cuerpos extraños del ojo.

Hospital Roberto del Río

4-5 P. M. — Dr. Luis Calvo M. Medicación de la tos y expectorantes.

Hospital San Borja

8.30 A. M. — Dr. Valenzuela L. Práctica y resultado de la proteino-terapia en las lesiones anxiales.

10. — Dr. Amaral. Infecciones puerperales.

Hospital del Salvador

8.30 A. M. — Dr. Lobo Onell. Diabetes.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M. (Alemania)

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

ALBARGINA

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

ENVASE DE ORIGEN:

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

ANESTESINA

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

DOSIS:

al exterior: al 5-20% o pura,
al interior: 0.25-0.25 g antes de las comidas,

Sólo servimos la Anestésina pura en polvo

PERLAS VALIL

excelente Remedio calmante.

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

ENVASE DE ORIGEN:

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

ALIVAL

"HOECHST"

(yododihidroxipropano)

El compuesto orgánico de yodo que contiene el tanto por ciento de yodo (63%).

Aplicación interna y externa; inyectable. Perfectamente tolerado.

Indicaciones:

Sífilis, arterio-esclerosis y sus fenómenos consecutivos, asma bronquial, bronquitis crónica, angina de pecho, cirrosis hepática, etc.

Envases de origen:

Tubos de 10 tabletas a 0.3 g.
Cajas 5 amp. 1 c. c.

Literatura y muestras a disposición de los Sres. médicos.

NOVALGINA

Antipirético, Antirreumático, analgético

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

ENVASES DE ORIGEN:

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

TUMENOL

Preparado de Brea bituminosa sulfonada

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

DOSIS:

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

MIGRANINA

remedio contra la jaqueca. Acción antineurálgica y analéptica

1 a 3 veces al día 1 tableta a 1.1 g o 3 tabletas a 0.37 g.

ENVASE DE ORIGEN:

Cajas de 5 tabletas a 1.1 g.
Fracos de 21 tabl. a 0.37 g.

- 9-10.30. — Dr. Arancibia. Diagnóstico de las anexitis con presentación de enfermas.
 10. — Dr. Riffo. Arritmia completa por fibrilación auricular.
 11. — Dr. Charlin. Clínica Oftalmológica (presentación de enfermos).
 5.30 P. M. — Dr. Mönckeberg. Obstetricia.

VIERNES 11

Hospital de San Vicente

- 8.30 A. M. — Dr. Bisquertt. Infección colibacilar de las vías urinarias, especialmente pielitis del embarazo.
 9.30. — Dr. Ducci. Rayos X.
 10. — Dr. Castro O. Cuestiones propuestas por los alumnos.
 10-11.30. — Dr. Montero. Cánceres cutáneos, su diagnóstico y tratamiento.
 10.30-11.30. — Dr. Croizet. Litiasis biliar.
 2.30-3 P. M. — Dr. Sierra. Equinococosis.
 4. — Dr. Jirón. Región tóraco-abdominal y vías biliares.

Hospital San Borja

- 9.30 A. M. — Drs. Soza y Villagra. Historia clínica del tuberculoso.
 11. — Dr. Martini. Obstrucción de la vía lagrimal.

Hospital San Juan de Dios

- 8.30 A. M. — Dr. Ibarra. Tuberculosis urinaria y genital.

Hospital San Luis

- 10 A. M. — Dr. Roberto Jaramillo. Piel, sífilis y venéreas.

Hospital del Salvador

- 8.15 A. M. — Dr. Sierra. Operaciones.
 10. — Dr. Luco. Presentación de enfermos de Neurología.
 9.30. — Dr. Arancibia. Tratamiento de las anexitis. Presentación de enfermas.
 5-6 P. M. — Dr. Quevedo. Radiografía clínica: Estómago e intestino.

Casa de Orates

- 11-12 M. — Dr. Fontecilla. Delirio crónico.

SÁBADO 12

Hospital San Vicente

- 8.30 A. M. — Dr. Vargas S. Raquianestesia y narcosis con cloruro de etilo. Con demostraciones.
 9-10.30. — Dr. Pardo. Cambios de posición del útero.
 9.30-11. — Dr. Aldunate. Tratamiento de las afecciones agudas de las vías respiratorias. (Escuela de Medicina).
 10. — Dr. Joel Rodríguez. Clínica interna.
 11. — Dr. Lea Plaza. Neurología.
 3.30 P. M. — Dr. Mujica. Iritis y glaucoma agudo. Catarata y glaucoma crónico.

Hospital Roberto del Río

- 4-5 P. M. — Dr. Luis Calvo M. Tratamiento de las afecciones agudas del aparato respiratorio en la infancia.

Hospital San Borja

- 8.30 A. M. — Dr. Valenzuela L. Helioterapia.
 10. — Dr. Amaral. Septicemia puerperal.

Hospital del Salvador

- 8.30 A. M. — Dr. Lobo O. Nefritis.
 9. — Dr. Arancibia. Operaciones.
 10. — Dr. Riffo. Úlceras digestivas.
 11. — Dr. Charlin. Retinitis nefrítica, arterioesclerótica y diabética.
 5.30 P. M. — Dr. Mönckeberg. Lecciones de Obstetricia.

DOMINGO 13

Hospital del Salvador

10. A. M. — Drs. Charlin y Espíldora. Diagnóstico, tratamiento y profilaxia del tracoma.

NOTA. — Para más detalles, dirigirse al Comité Organizador, Drs. Charlin y A. Covarrubias (Hospital del Salvador).

ARTERIO-ESCLEROSIS

Hasta la fecha el **ENVEJECIMIENTO** de las arterias se detenía a duras penas.

AHORA:

**La Arterio-Esclerosis,
Hipertensión,
Aneurisma,**

RETROCEDEN y sanan con **Angina-Pectoris**

EL "SILICYL"

Producto Científico Francés

LABORATOIRES GAMUSET ABLON - FRANCE

Inyecciones para casos avanzados. Comprimidos como medicación habitual.

CONSULTE A SU MÉDICO

Agentes para Chile

Paeile y Finat Ltda.

HUERFANOS 1235
Teléfono 4550
Casilla 983

Muestras a disposición de los Sres. Médicos

HIPNOTICO PODEROSO - SEDATIVO NERVIOSO

GARDENAL

INDICACIONES:

Epilepsia — Excitación Nerviosa
Insomnios rebeldes

En tubos de 20 comprimidos a 0 gr. 10; de 30 comprimidos a 0 gr. 05 y de 80 comprimidos a 0 gr. 01

Estos últimos para la terapéutica infantil



Los Establecimientos **POULENC Frères**

86 y 92 Rue Vieille - du - Temple — PARIS

DIADERMINA

BONETTI FRÈRES

Para evitar confusiones exíjase siempre: "Diadermina Bonetti"

El mejor excipiente
para todas
las pomadas
medicamentosas:
tactos, masajes, etc...
Se vende en frascos
desde 1 Kº a 1/16 Kº
En todas las Boticas

Neutro - Inalterable
Aséptico
fácilmente
absorbible
soluble en el agua
sin
incompatibilidades
Es la mejor Crema de Belleza

AGENTE PARA CHILE:

CASILLA 61

J. B. DIDIER

SAN PABLO 1340

SANTIAGO

CONSIDERACIONES

SOBRE EL

Schock Operatorio ⁽¹⁾

por el

Dr. FELIX DE AMESTI

Médico Jefe de la Asistencia Pública

El estado de shock, conocido ya desde muy antiguo, lleva, sin embargo, un nombre relativamente moderno: el término shock fué introducido en 1795 por James Latta, para designar un estado especial que sobreviene a consecuencia de un traumatismo grave.

En este resumen tratare tan sólo del shock operatorio en general, dejando para hacerlo en otra ocasión el tema tan interesante, en especial para nosotros, referente al shock traumático, por lo demás, ambos estrechamente relacionados por su patogenia, sintomatología y tratamiento.

El shock operatorio o quirúrgico, es un estado sumamente grave, que anula muchos esfuerzos del cirujano, y que si pudiéramos eliminarlo de nuestra esfera de acción, se nos presentaría un horizonte más extenso y algunos sueños quirúrgicos de hoy, podrían llegar a ser realidades.

Si bien hasta la fecha no se sabe a ciencia cierta el origen exacto de este síndrome, no es menos verdadero que, en especial, durante y después de la gran guerra los esfuerzos de los investigadores se han multiplicado considerablemente para tratar de descubrir sus orígenes, los fenómenos que le acompañan y para encontrar medios de combatirlo más eficaces que aquellos usados antes del año 1915.

Las teorías que han sido concebidas para explicarlo son numerosas; las más aceptadas de entre ellas las expondré brevemente.

Pero antes de todo, definamos, con la mayor exactitud posible, qué es el shock. "Es un estado depresivo de todas las funciones vitales del organismo, estado que se desarrolla a consecuencia de una injuria producida en los tejidos del cuerpo y que se caracteriza especialmente por un descenso progresivo de la presión sanguínea" (Fraser).

1º Teoría del agotamiento del centro vaso-motor. — Asociada a los nombres de Crile y Mummery, explica el síndrome diciendo que los estímulos sensoriales producen un aumento primitivo de la presión sanguínea por la irritación que sufren los nervios activadores y que la continuación de este estímulo aferente trae como consecuencia el agotamiento y parálisis de los centros vaso-motores situados en la médula espinal y oblongada; dilatación de los vasos perifé-

cos, y por lo tanto, un descenso de la presión sanguínea, etc. Sin embargo, para juzgar de su valor, diremos que, según las experiencias de Malcolm, Seeling, etc., los vasos periféricos están contraídos en el estado de shock y que los mismos investigadores y Porter y Quinley, han demostrado que, aún durante el shock más intenso, el centro vaso-motor no se encuentra agotado.

2º Teoría de la "Acapnia" de Yandell-Henderson. — Este autor, por el contrario, cree que el shock es debido a la hiperactividad de los centros vaso-motores, como consecuencia de la pérdida, por cualquier razón, del anhídrido carbónico de la sangre, y los esfuerzos consiguientes del organismo para compensarla. Un exceso de CO_2 sería un estímulo para la respiración, una disminución de él, por el contrario, provoca respiraciones profundas y pausas entre ellas, es decir, lo que se llama apnea. Las respiraciones profundas y rápidas, resultado de estímulos dolorosos, reducen tanto la cantidad del CO_2 , que se da origen al estado que el autor llama acapnia, y que, según él, sería la causa primaria del shock. Henderson recuerda que la sangre arterial contiene 20 vol. % de oxígeno y 40 CO_2 ; el organismo en su conjunto posee, pues, una cantidad mucho mayor de CO_2 que de oxígeno.

Los experimentos de Henderson lo llevan a concluir que el descenso de la presión arterial, notado en el shock, no se debe a fatiga o inhibición o deficiencia del centro vaso-motor; por el contrario, en su opinión, este centro actúa casi hasta el final. La deficiencia de la circulación aparece en su experiencia, debido a la disminución en el volumen de sangre por transudación de sus flúidos desde los vasos a los tejidos, un proceso semejante al edema. Él dice: es un complejo proceso periférico inducido inicialmente por la influencia de la acapnia sobre las venas, capilares y tejidos. Cuando la muerte o el shock es el resultado de sufrimientos físicos intensos, no complicados con hemorragia, existen dos estados principales: en un comienzo el exceso de ventilación pulmonar disminuye la cantidad de CO_2 contenida en la sangre; si durante este estado de acapnia el dolor cesa súbitamente (anestesia) el centro respiratorio es llevado a quedar en reposo absoluto, y sobreviene la apnea verdadera, fatal. Si, por otra parte, el dolor es continuado, lo suficiente para mantener al centro respiratorio en estímulo permanente, se previene la apnea, pero el estado de acapnia se hace cada vez más agudo y general, hasta que la circulación se entorpece y el individuo cae en shock quirúrgico. De tal manera que, según este autor, ambos estados serían provocados por la acapnia, inducida ella por el exceso de respiraciones, cuando existe dolor. Henderson no da ninguna importancia al papel que tendría el O para mantener la función del centro respiratorio. Para prevenir la acapnia, Henderson cree indispensable evitar la excesiva ventilación pulmonar. La administración de morfina y de una anestesia perfecta disminuye la actividad pulmonar provoca-

da por el dolor, y por lo tanto, el estado de acapnia.

En los estudios de shock moderado, inducidos por la irritación de los nervios, Henderson ha encontrado que es posible obtener una mejoría rápida por la infusión venosa de suero fisiológico o de Ringer, saturados de CO_2 , y haciendo que el sujeto respire una atmósfera de CO_2 y O o de O solo.

En el shock profundo estas medidas no le han dado resultados satisfactorios.

3º Teoría de Boyle. — Para este autor, el descenso de la presión se debería a una alteración cardíaca. Sin embargo, como expondrems más adelante, el estado de desfallecimiento cardíaco no es un estado primario en el verdadero shock quirúrgico.

4º Teoría de Meltzer. — Supone que el estímulo provocado por la injuria acarrea inhibición de las funciones de la médula espinal, y en los grados extremos del shock, inhibición de la médula y de sus centros. Ella parece haber tenido su punto de partida en el hecho clínico observado de que cuando se abre el abdomen o se practica una extensa disección de la piel, resulta inhibición de los movimientos peristálticos del intestino.

Kinnaman cree que las perturbaciones de las funciones termógenas toman una parte preponderante y primitiva en la eclosión del shock.

Jaboulay da importancia a la formación de una hemoglobina irreductible.

Banibridge y Parckinson creen que la pérdida del tejido cromafino, observada en el shock, puede tener importancia primordial para su desarrollo.

Schur y Weisel han demostrado una pérdida similar de tejido cromafino después de la anestesia y sugieren las posibles relaciones que pueda tener con el shock. Vale la pena que una parte del secreto del estado de shock estaría en la oligoemia que se comprueba, sobre todo, en los períodos últimos del estado.

Teoría de Crile de la interpretación electroquímica del shock

Este autor, después de investigaciones posteriores a su teoría antigua para interpretar el síndrome, ha llegado a ingeniosas conclusiones, las cuales fueron sometidas a la consideración del Congreso Internacional de Cirugía celebrado en Londres en Julio de 1923.

Cada célula consiste en dos partes: el núcleo y el citoplasma, separados ambos por una membrana semi-permeable. La célula misma se encuentra aislada de las vecinas por otra membrana semi-permeable.

El núcleo y cuerpo de la célula no se tienen igualmente bien por el mismo medio; el núcleo toma mejor los colores ácidos y el resto un color básico o alcalino. Al contenido de la célula y del núcleo se les considera como soluciones coloidales. Pues bien, dos coloides de diversas reacciones, separadas por una membrana semi-permeable, forman

(1) Conferencia leída en la reunión médica mensual de la Asistencia Pública.

una minúscula unidad electro-química. Como todos los órganos y tejidos del cuerpo vivo poseen en número infinito estos pequeños elementos, entonces cada órgano y tejido forma mecanismos electro-químicos y el cuerpo en su totalidad, por lo consiguiente. Si el organismo está formado de estas unidades electro químicas, sus funciones dependen de leyes físicas, y es posible medir por métodos físicos las variaciones de su funcionamiento.

Si es posible medir las variaciones de la actividad celular en los diferentes órganos y tejidos, en consecuencia, es posible también determinar los procesos fundamentales que conciernen a la producción del shock y del agotamiento.

La fuente de energía eléctrica de las células mantendrían su poder de oxidación siempre que exista diferencia de potencial entre el núcleo y el citoplasma, lo cual sucede cuando hay oxidación. Crile dice que para que exista una eficiente oxidación es preciso que se reúnan dos elementos: oxígeno y agua. El oxígeno es necesario para el proceso de combustión, el agua es el vehículo que lleva a las células el oxígeno necesario y el que arrastra los ácidos que resultan del proceso de oxidación, es decir, el agua es el vehículo que restablece el balance ácido-alcalino del cuerpo. Como el proceso de oxidación tiene su grado mayor en el núcleo de la célula, cualquier corriente eléctrica existente fluye del punto de mayor al de menor potencial, del núcleo al citoplasma. Partiendo de esta idea, sus experimentos le han llevado a considerar que esta diferencia de potencial existe también entre los diversos órganos del cuerpo; el cerebro sería el sitio de más alto potencial, es decir, el polo positivo del organismo, y el hígado el de potencial menor, o sea, el polo negativo. Los nervios, los alambres conductores, y las soluciones salinas de los tejidos, el fluido electrolítico en donde el mecanismo electro-químico se halla sumergido. Así, pues, si la electricidad va del potencial alto al bajo y si las oxidaciones mayores se verifican en el cerebro, las ondas de oxidación eléctrica pasan a los nervios desde el área de más alto potencial, que es el cerebro, a las zonas de potencial más bajo, situadas en los músculos y glándulas; y como el hígado posee los procesos de oxidación más bajos, es decir, el potencial menor, la corriente llegará en último término a este órgano, de donde retorna al cerebro por el sistema electrolítico. De esta manera se completa el circuito.

Crile, después de revisar los trabajos más recientes para averiguar la etiología del shock, concluye que, si bien es cierto que hay uniformidad de opiniones respecto de los resultados finales del shock, como ser la alteración de la presión sanguínea, la disminución de la reserva alcalina, los cambios en la concentración de iones de H. de la sangre, en ningún caso se han podido aportar conocimientos que den luz sobre las causas del shock. En vista de esto, Crile y sus colaboradores han aplicado su concepción electro-química del cuerpo, que, según ellos,

explica los fenómenos de shock y agotamiento.

En el shock, agotamiento y otros fenómenos asociados, suponen que existen tres diferentes cambios.

1º Cambios en la variación y conductibilidad eléctrica de los tejidos.

2º Cambios en la estructura histológica, revelados por ciertos métodos de tinción.

3º Cambios en la actividad funcional, evidenciados por variaciones de temperatura, que dependen de alteraciones en el proceso de oxidación, y demostrables con el uso de termómetros especiales.

El cambio que sería el punto de partida en la combinación de los aspectos colectivos que se asocian con el shock, sería una baja en la diferencia de potencial entre las células del organismo, y co-relativamente entre los potenciales de los diferentes órganos. Tal descenso de potencial depende probablemente de un error en el proceso de oxidación, en tal caso la deficiente oxidación sería la causa verdadera de la alteración y como el cerebro es el sitio más importante de las oxidaciones y, por lo tanto, la principal fuente de energía eléctrica, la alteración de sus funciones daría como resultado cambios secundarios en todo el resto del organismo.

En consecuencia con el cambio de variación eléctrica están las alteraciones que resultan de la depresión de la actividad funcional y los cambios histológicos.

Crile define el shock como el resultado final de un profundo grado de agotamiento, el cual resultaría de una disminución de la diferencia de potencial entre los polos del organismo, por descenso de potencial en el cerebro. Esta concepción explica la identidad del fenómeno de agotamiento y los grados progresivos de él hasta llegar al shock. Cuando la diferencia de potencial llega a cero, el organismo muere.

De acuerdo con su teoría, Crile cree que, clínicamente, hay que aceptar lo siguiente:

1º El organismo necesita agua fresca en abundancia.

2º Debe proporcionarse a la célula abundante cantidad de oxígeno.

3º La permeabilidad de las membranas semi-permeables debe mantenerse en estado normal.

4º Tanto la temperatura local como la general del cuerpo deben mantenerse en un grado normal, o vecino a él.

5º El reposo físico y mental, y el sueño son necesarios.

6º La estructura física de las células no debe ser alterada por los efectos indirectos del traumatismo de la operación o por la anestesia.

Con la aplicación práctica de estos principios se tienen los dos factores principales (oxígeno y agua) para mantener la integridad del sistema electro-químico, siempre que la mejoría sea anatómicamente posible y que la desintegración celular no haya alcanzado hasta los primeros grados de la disolución, así se mantiene también el balance ácido-alcalino, es decir, la diferencia de potencial dentro de las células.

Las aplicaciones prácticas de estos principios que enuncia Crile, las exporemos

al hablar del tratamiento del shock.

Como se vé por la exposición de estas teorías, la causa misma del shock permanece aún en la esfera de las suposiciones, pero no es menos cierto que en los últimos años se han puesto de manifiesto una serie de hechos fundamentales que se observan en el estado de shock y cuyo conocimiento es de la más alta importancia.

Los aspectos clínicos que se desarrollan, como resultados del shock quirúrgico, varían de acuerdo con la intensidad de él; pero en un caso de shock bien establecido, podemos agruparlos más o menos como sigue: El paciente está en profundo estado de postración; mentalmente está apático e indiferente; con dificultad se le puede sacar de tal estado y cuando llega a contestar las preguntas que se le hacen, lo verifica con debilidad, pero en forma clara e inteligente. La cara está pálida y desencajada, los ojos hundidos, las mejillas excavadas, los labios y orejas pálidos o cianóticos, gotas de sudor inundan la faz. La piel tiene una apariencia cianótica o grisácea, fría y viscosa al tacto, la musculatura denota señales de depresión por la languidez con que ejecuta sus movimientos; el pulso es rápido, de alambre; a veces imperceptible en la gotera radial. La respiración es superficial, suspiriosa e irregular, la temperatura del aire expirado es más baja que al estado normal; la boca está apergaminada, hay sed intolerable; un hecho impresionante en el síndrome es la disminución de la sensibilidad al dolor. Tales son las manifestaciones generales del shock quirúrgico y el cuadro justifica tal designación, pues en resumen lo que existe es una desvitalización de todas las funciones esenciales del organismo.

El factor que sirve de excitante a la eclosión del shock, puede ser muy variado: accidente, herida, operación quirúrgica, etc. El síndrome se desarrolla rápidamente y transforma a un individuo robusto, lleno de vida, en un inválido.

(Continuará)

CLÍNICA OPTALMOLÓGICA DEL H. DEL SALVADOR.

COMENTARIOS

A UN

CASO DE FALSA AMAUROSIS

POST-HEMORRÁGICA

por el

Dr. ESPÍLDORA LUQUE

El caso que más adelante relatamos no tiene otro mérito que el haber provocado un recuerdo, siempre útil y necesario, de las cegueras post-hemorragicas, complicación gravísima que el médico general olvida muchas veces e ignora otras. Para el oftalmólogo el interés de nuestra observación radica más que en esa revisión de un síndrome raro y excepcional, en la incongruencia existente

entre los síntomas objetivos y anamnéuticos, ya que si por los segundos podíamos "a priori" admitir una amaurosis post-hemorrágica, por los primeros habíamos de rechazar tal diagnóstico. Esta contradicción nos llevó a un estado de incertidumbre que creemos útil denunciar.

Sabido es que la ceguera puede constituir el final inesperado de una hemorragia grave y que tal complicación es en un 66 por ciento de los casos, según rezan las cifras clásicas, irremediable. Sin embargo se trata de una complicación rarísima, siendo frecuente oír de labios de personas de grande y dilatada experiencia clínica que no tienen ni conocen ningún caso personal o relatado. En Chile, el Dr. Charlín ha publicado un caso en la Revista Médica, el año 1915, único observado en su práctica.

No basta, a nuestro juicio, la isquemia retiniana, consecuencia inmediata de la pérdida de sangre, para explicar a entera satisfacción la patogenia del síndrome, como tampoco el suponer que en estos casos de hemorragias profusas se produciría una concentración máxima de los venenos o toxinas disueltos en el plasma, y por lo tanto, una acción nociva, ahora más fácil y energética, de esa sangre sobre la célula retiniana, cuya fragilidad es bien notoria.

La isquemia retiniana y la degeneración tóxica del neuro-epitelio retinal son las dos causas que los clásicos dan para solucionar la fisio-patogenia de las cegueras post-hemorrágicas. Pero si se recuerda la frecuencia de las grandes pérdidas de sangre (metrorragias, parto-aborto-tumores, hemorragias quirúrgicas, hematemesis, hemoptisis) muchas veces sobrevenidas en sujetos intoxicados a más de septicémicos, como ocurre en las enterorragias de los tíficos y se la compara con la rareza de la ceguera, se deduce que las dos causas invocadas en los tratados y manuales, si no falsas, son por lo menos insuficientes. Ciertamente es que la retina ofrece condiciones anatómicas e histológicas propicias a la acción de esos factores patogénicos, a saber, su delicadeza misma, y sobre todo, el carácter terminal de su circulación sanguínea. Pero ¿por qué, entonces, los centros superiores del sistema nervioso central, tan delicados como la retina y con idéntica forma de circulación terminal, escapan a toda lesión clínica persistente? Por otra parte, los epitelios glomérulo-tubulares del riñón se encuentran en análogas condiciones de contextura y riego sanguíneo, y nadie, que sepamos, ha descrito complicaciones en su fisiologismo. Sólo la retina parece tener el privilegio de acaparar para sí ese tropismo tóxico, esa fragilidad de sus elementos.

La brusca y tardía aparición de la ceguera al tercero, cuarto o más días, nunca más de diez, después de la hemorragia, no armoniza muy bien con la isquemia retiniana, que es inmediata.

La brusquedad con que se instala la amaurosis post-hemorrágica recuerda más bien las cegueras por obstrucción arterial o venosa y por un mecanismo embólico, trombótico o simplemente espasmódico. Es más

lógico suponer que la isquemia o la acción tóxica que otros autores suponen produzcan la muerte de la célula retinal y fibras ópticas que de ellas nacen, de un modo lento, progresivo, desde los territorios más pobres en circulación hacia los más irrigados, es decir, desde la periferie del campo visual hacia el centro, tal como experimentalmente podemos comprobarlo, si con un ojo cerrado, comprimimos con un dedo a través del párpado, el otro, que mantenemos abierto. Haciendo esta sencilla maniobra notaremos inmediatamente una reducción progresiva del campo visual, que termina por cegarnos. La compresión del globo ha ido isquemando poco a poco la retina hasta dejarla exangüe, pero persistiendo la visión central mientras circulan mínimas cantidades de sangre; esta visión desaparece cuando al mantener la presión y exagerarla, interrumpimos todo flujo sanguíneo. La isquemia retinal por hemorragia produciría sólo ambliopía, con reducción concéntrica del campo y no amaurosis. Además sería un fenómeno inmediato y no tardío. En cuanto a la supuesta acción tóxica de la sangre no nos parece factor digno de discutirlo, por cuanto en los casos de discrasias sanguíneas (auto o heterointoxicaciones, uremia, hiperglicemia, alcoholismo, saturnismo, etc.), el cuadro oftalmoscópico que se observa difiere enormemente del descrito en las cegueras post-hemorrágicas. En las intoxicaciones arriba mencionadas, el fondo del ojo ofrece el aspecto de la retinitis o neuroretinitis con exudados y hemorragias (uremia, nefritis crónica, hiperglicemia), o bien se trata de cegueras sin síntomas oftalmoscópicos, debidas a neuritis retrobulbares (alcoholismo, saturnismo, etc.), que en nada se parecen al cuadro oftalmoscópico de las amaurosis que nos ocupan, caracterizado principalmente por la palidez anémica del fondo, estrechamiento de las arterias, mancha roja macular, papila con bordes borrosos, y a veces, edematosa, aspecto que se parece extraordinariamente a los descritos y observados en las embolias o trombosis de la arteria central de la retina (Darier).

Ante estos síntomas oftalmoscópicos hay autores que admiten en la patogenia de las cegueras post-hemorrágicas un espasmo arterial que aparecería algunos días después de las grandes hemorragias en ciertos individuos solamente, quizá por simpaticotonismo, sujetos a reacciones vasoconstrictoras exageradas. Ese espasmo arterial, que podría interpretarse como una reacción defensiva tardía del organismo (como una perversión en el mecanismo de la autohemostasis), al aparecer brusca e inopinadamente, pocos días después de la hemorragia, interrumpiría la escasa corriente sanguínea, cortando el hilo de sangre que hasta la retina llegaba, e hirviendo de muerte a la célula retinal, que deja de funcionar en cuanto le falta la circulación arterial.

El conocimiento de la acción patogénica del espasmo arterial en el mecanismo de las cegueras post-hemorrágicas, no tiene un mero valor ilustrativo, sino, por el contrario,

una inmediata aplicación práctica. De esa noción patogénica han derivado Darier y Tersón una terapéutica más eficaz y razonable que la empleada hasta ahora. Precognizan estos autores, además de las inyecciones masivas de suero fisiológico (sin adrenalina) por vía endovenosa principalmente, el empleo de vaso-dilatadores energéticos, como la solución alcohólica de trinitrina, nitrito de amilo, etc. Y aún añadiríamos nosotros las inyecciones retroculares de sulfato de atropina al 1 por mil, que tan buenos resultados han dado en las atrofas ópticas de origen angio-espasmódico (Abadie). Estas indicaciones tendrían por objeto combatir la isquemia retiniana, que sin duda juega algún rol patogénico, y sobre todo, anular el espasmo arterial, que, como hemos dicho, es para muchos la causa directa y principal. Si el tratamiento vence el espasmo, la vista volverá total o parcialmente, según sea la duración y estragos causados por la falta de riego sanguíneo. Si no, la obstrucción dinámica del espasmo será sustituida por una obstrucción mecánica, por una endarteritis obliterante que Raelhman (La Clinique Ophtalm. página 508; 1908) constató en una autopsia al quinto día de ceguera. Esa endarteritis provocará a su vez, como lo comprobó Ziegler al 20º día en una autopsia clásica, la degeneración grasosa y vacuolar de las células ganglionares y de las fibras ópticas, lesiones que hacen ineficaz toda terapéutica.

Si nos hemos decidido a dar publicidad al presente caso ha sido para remozar y librar del olvido a las cegueras post-hemorrágicas, olvido explicable por la poca frecuencia con que se presentan en la práctica y para probar con el relato de nuestra observación que, nada más peligroso que prejuzgar diagnósticos basándose en la historia del enfermo o en otra circunstancia extraña a nuestro examen y raciocinio clínico. He aquí, para ejemplo, un sujeto con una ceguera post-hemorrágica desde el punto de vista de su anamnesis y que por examen, síntomas y evolución clínica, distaba mucho de serlo:

El señor J. H. A., de 28 años, de profesión practicante en Medicina, se presenta a nosotros con una ceguera bilateral, aparecida tres días después de una abundante hemoptisis, al decir del paciente. Fué al despertar, al abrir los ojos, cuando se dió cuenta que no veía, ni la luz siquiera. Como único antecedente de la amaurosis no acusaba otro dato más que la hemoptisis. Nosotros le veíamos tres días después de quedar ciego, o sea, a seis de la hemorragia. Indudablemente se trataba de una amaurosis post-hemorrágica, y como ocurre en estos casos, habríamos de constatar los síntomas pupilares y oftalmoscópicos propios de ella, en que por tratarse de una ceguera periférica hay abolición de los reflejos pupilares y alteraciones retino-papilares. Véase, sin embargo, lo anotado en el examen oftalmológico.

Visión en O. D. I.—:O——Tensión en Od. I.: 1.

OI: Pequeños albugos corneales.

OD: Examen externo negativo.

Pupilas, iguales, con buenas reacciones a la luz (directas y consensuales) y a la convergencia.

Fondo: Papilas planas, rosadas, bordes nítidos. Arterias y venas normales. Resto del fondo, negativo.

Es decir, que en contra de toda suposición estábamos ante un caso de ceguera bilateral con fondo negativo y reacciones pupilares conservadas en ambos ojos. Esto imponía una inmediata modificación a nuestra sospecha diagnóstica, ya que como hemos dicho, la ceguera post-hemorrágica es de localización infra-nuclear, periférica, y se caracteriza por los trastornos pupilares y retino-papilares. Sólo un caso de Samelshon presentaba una integridad completa de la pupila, pero había lesiones del fondo (Ency. Franc. d'Ophth.)

Nuestro enfermo ofrecía ciertamente una amaurosis post-hemorrágica, pero en ella la pérdida de sangre no era más que el antecedente y no la causa patogénica directa, ya que no se trataba de una ceguera periférica sino central. ¿Podía, sin embargo, eliminarse de hecho la influencia de la hemorragia? Algunos autores describen trastornos post-hemorrágicos tardíos debidos a lesión central, como ser edemas del centro cortical de la visión (Bouveret), o trombosis venosas bilaterales (Chevallereau). Sólo en estos casos es posible una ceguera doble con pupila y fondo normal, pero son la excepción.

Habría podido explicarse también la ceguera del enfermo por un espasmo vascular de los centros corticales de la visión, así como hay quien invoca un espasmo vascular retiniano en la patogenia de los casos corrientes. Bailliart y Vaquez han descrito ceguerras corticales por vasoconstricción aparecidas en el saturnismo, pero debidas a crisis de hipertensión paroxítica, que no creemos pueda admitirse después de una hemorragia.

La amaurosis cortical urémica podía eliminarse, pues el enfermo presentaba un examen de orina normal y la presión arterial al Pachon, tomada en el momento de la consulta, era de 16 la Mx. y de 9 la Mn.

Ante un caso de ceguera como el relatado, en que no era posible aceptar una localización anatómica ni una lesión orgánica probable no quedaban más que dos diagnósticos posibles: la amaurosis histérica y la simulada. A nadie escapan las dificultades con que tropieza el práctico para diferenciar una ceguera bilateral simulada de una histérica, doble también, que al fin de cuentas no es sino una simulación más en que el primer engañado es el enfermo. Sólo el estudio de las condiciones morales y sociales del paciente, de los posibles móviles que le induzcan al engaño y del aspecto y sinceridad de sus gestos, palabras y ademanes, podrán darnos una norma o un indicio. En nuestro caso tuvimos la certeza de que una simulación era inaceptable. Respecto a la histeria no nos fué posible poner de manifiesto ninguno de sus estigmas.

Urgía establecer un diagnóstico, precisar una terapéutica. Ante la duda y el temor de afirmar esto o aquello, pusimos en práctica el tratamiento de las ceguerras post-hemorrágicas, dando así al enfermo la garantía de atacar el mal por su peor etiología. Dos inyecciones retroculares de sulfato de atropina al 1 por mil, la ingestión de algunas gotas diarias de la solución de trinitrina y grandes dosis de suero fisiológico, fueron nuestras indicaciones.

Dos días más tarde el enfermo andaba solo, siendo su agudeza visual la suficiente para tomar el campo visual. Fué en este examen donde pudimos constatar dos clásicos estigmas de la histeria ocular: el estrechamiento concéntrico del campo para el blanco y la inversión de los colores, mayor campo de percepción para el rojo que para el azul. Estas características del examen perimétrico persistían dos meses más tarde sin variación manifiesta, cuando ya el enfermo hacía tiempo que había sanado de su extraña dolencia y la visión era de 2/3 para O. D. y de 1/4 para O. I. (máculas corneales).

Se trataba, en resumen, según nuestro parecer, de un caso de amaurosis histérica bilateral aparecida después de una hemorragia y curada por un tratamiento que obró más por sugestión que por especificidad. Podríamos establecer cierta analogía entre los histero traumatismos y esta amaurosis sobrevenida después de una hemoptisis, que para el ánimo del paciente y más siendo un iniciado en Medicina, pudo constituir un verdadero traumatismo o choque emocional.

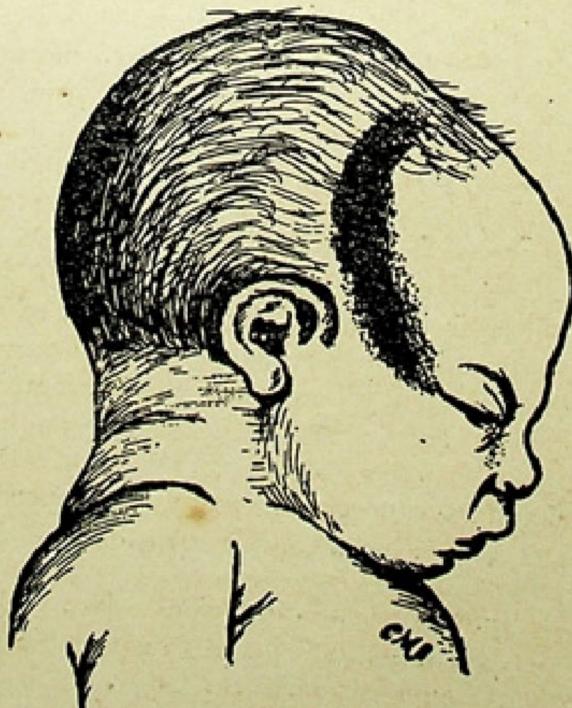
DEL TRAUMATISMO OBSTÉTRICO EN EL RECIÉN NACIDO

por el

Prof. C. MÖNCKEBERG

(Continuación)

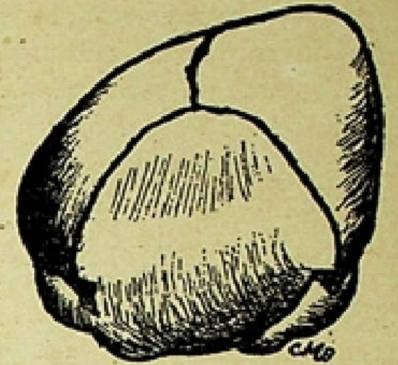
La compresión violenta de los vasos del cráneo puede originar edema de uno o de



Marca de compresión en forma de estria curva.
(Dol natural).

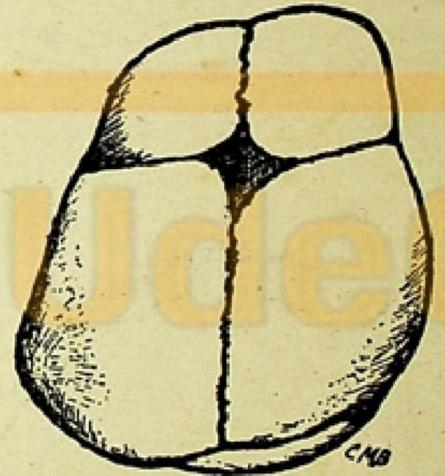
ambos párpados, cuya piel toma, a veces, color rojizo.

Además de la reducción total de tamaño, la cabeza experimenta cambios en su forma. Ya he mencionado el alargamiento exagerado y la cabeza de pirámide; también se observa la asimetría, sea en el sentido de los diámetros verticales, sea en el de los transversos. El primer tipo obedece al des-



Asimetría vertical.

censo y aplanamiento de uno de los parietales, con elevación y curvatura excesiva del otro y se le observa en casos de gran inclinación lateral de la cabeza detenida en el estrecho superior. El segundo tipo o asimetría transversal, consiste en la proyec-

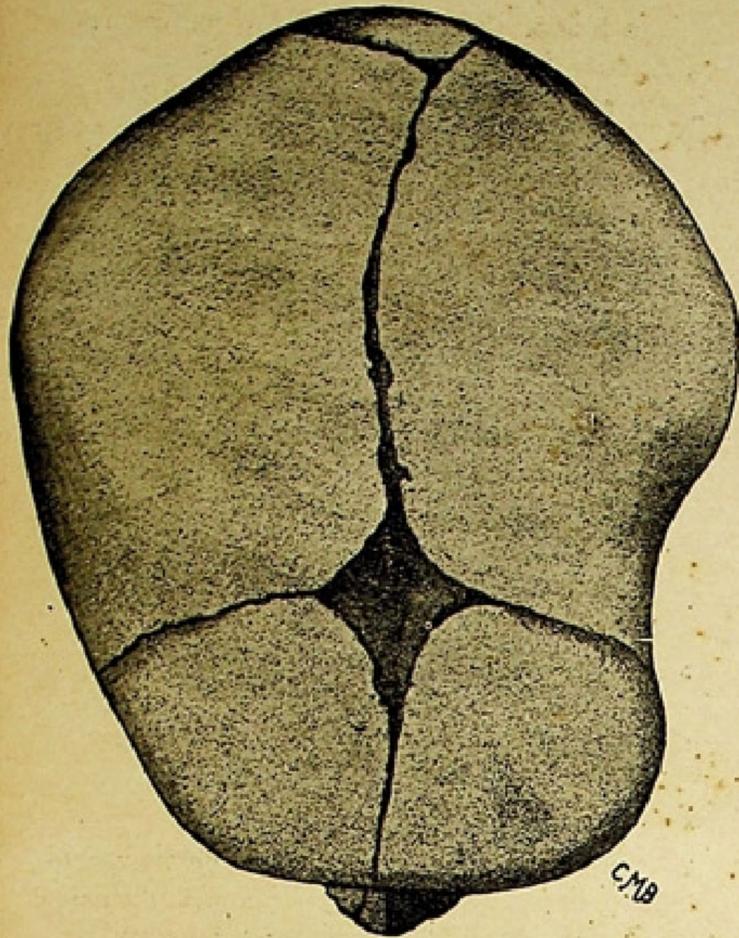


Asimetría transversal.

ción de uno de los parietales hacia un plano más anterior que el otro y representa un fenómeno de modelación que permite al parietal posterior escapar del promontorio. También es frecuente, sobre todo en parto con pelvis plana, la cabeza de frejol, deformación en la que uno de los parietales se hunde, mientras el otro exagera su curva; el hilio del frejol corresponde a la región parieto-frontal y marca el sitio de presión del promontorio. El simple cabalgamiento exagerado de los parietales es también causa de asimetría, que se aprecia mejor mirando la cabeza por detrás.

También deforma, y considerablemente, el cráneo, el aplanamiento o enderezamiento de uno de los parietales que se suele observar en algunos casos de pelvis plana, sobre todo cuando se verifica la extracción por medios artificiales.

Los vestigios que deja la compresión limitada de la cabeza, producida por un punto determinado de la pelvis, no se reducen a simples lesiones del cuero cabelludo; también se producen, si bien es más raro, hundimientos o depresiones de los huesos, de formas variadas. Puede decirse que tales lesio-

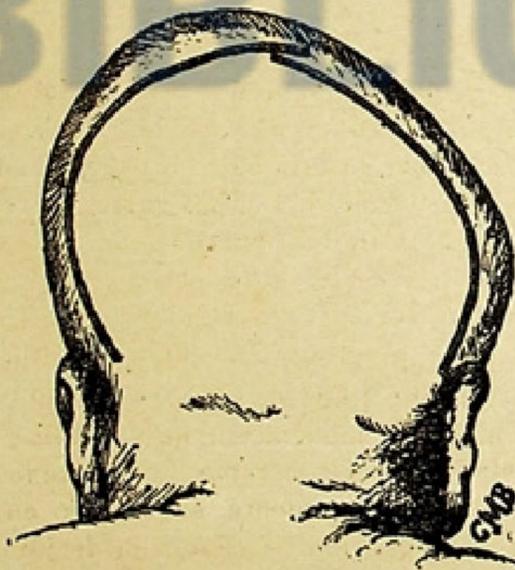


Deformación en fregol.

nes constituyen, en realidad, una especie de modelaje, que permite a la cabeza adaptar su superficie a las eminencias de la pelvis.

Se observan tipos muy variados: en gotera o canal, en cuchara, en gancho, etc.

La depresión en cuchara es un hundimiento de forma oval, situado comúnmente cerca del borde anterior del parietal que



Asimetría por cabalgamiento de los parietales.

estuvo en relación con el promontorio. También se le encuentra en el frontal, sobre la eminencia de este hueso o un poco por encima. Estas depresiones frontales se observan especialmente en la pelvis plana, cuando la cabeza se encaja en diámetro oblicuo, en vez de hacerlo en transverso, como es corriente. Al decir de algunos autores, pueden también ser producidos sobre el frontal anterior por el pubis.

Las depresiones en forma de gancho son, asimismo, originadas por el promontorio, y marcan con exactitud el trayecto de esta eminencia ósea sobre el cráneo, determinado por los movimientos de flexión o de deflexión de la cabeza.

(Continuará).

Las adquisiciones terapéuticas

EN

patología cardio-vascular

por los

Drs. C. LIAN, R. BARRIEU

y A. BLONDEL

(Continuación)

Digitalina y ouabaina intravenosas

En estos casos excepcionales, M. Lutembacher aconseja hacer inyecciones intrayugulares según la técnica siguiente: Se elige de preferencia la yugular externa izquierda, y para facilitar la inyección se inclina de lado la cabeza. Se busca la posición más favorable (flexión de la cabeza, posición semisentada) para que la vena haga relieve, comprimiendo con el dedo su extremidad inferior.

La vena debe ser puncionada hacia la parte media o el tercio superior del cuello, a fin de que la jeringa pueda fácilmente adaptarse en seguida a la aguja una vez que haya seguridad de que ésta esté bien colocada. Las precauciones de asepsia deben ser rigurosas: aplicación de tintura de iodo tres minutos antes de la inyección y jeringa bien esterilizada al autoclave. La vena puncionada recibe lentamente la inyección en su lado cefálico.

Además, hay que tomar algunas precauciones: a causa de la proximidad de las cavidades derechas, la mezcla del líquido inyectado con la sangre, no alcanza a hacerse tan bien como en la inyección en el pliegue del codo. Es menester evitar a toda costa la irritación local del endocardio, ya que un pequeño foco de congestión y diapedésis puede dar origen a una trombosis.

Hay también que diluir la ouabaina en dos centímetros cúbicos de agua destilada. Se harán dos inyecciones de un cuarto de milígramo durante dos o tres días.

Bien entendido que la vía yugular podría ser utilizada igualmente en las mismas condiciones para las inyecciones intravenosas de digitalina, digifolina, digalena, etc.

Desde que la disminución de los edemas lo permita, se cambiará la inyección intrayugular por la inyección en el pliegue del codo.

El cloruro de calcio contra la insuficiencia cardíaca y las arritmias

Numerosas investigaciones farmacológicas han mostrado que el calcio aumenta la contracción cardíaca. Sin embargo, las sales de calcio no han entrado en la terapéutica corriente de la insuficiencia cardíaca.

I. **Contra la insuficiencia cardíaca.** — Parece, por otra parte, que según los trabajos del profesor Danielopolu, el lugar del cloruro de calcio en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca es modesto. En verdad, el cloruro de calcio en inyecciones intravenosas tiene una acción cardíaca y diurética que recuerda la de la digital. Pero no es superior a la de la digitalina y de la ouabaina. En efecto, el cloruro de calcio ha fracasado en todos los casos, salvo uno, que habían resistido a los tónicos cardíacos habituales. En fin, aumenta considerablemente la coagulabilidad sanguínea y puede provocar por esto accidentes. En efecto, en la insuficiencia cardíaca, el corazón contiene a menudo, pequeños coágulos y el cloruro de calcio puede favorecer su aumento de número y de volumen: así, en el caso de Danielopolu, en que una embolia pulmonar siguió inmediatamente a una inyección intravenosa de cloruro de calcio.

Podemos concluir, también con Danielopolu, que el cloruro de calcio debe ser prescrito solamente después de fracasar la digitalina y la ouabaina; además, no se le empleará solo, sino simultáneamente con uno de los dos grandes medicamentos cardíacos. En cuanto a la vía de administración, debe ser intravenosa. Danielopolu aconseja emplear soluciones diluidas (2% por ejemplo) y no pasar (a causa de la acción coagulante), de 10 a 15 centigramos por inyección, dosis que se puede repetir a voluntad dos o tres veces por día.

Agrega, sin embargo: "Es posible que investigaciones posteriores nos permitan aumentar sin peligro estas dosis".

II. **Contra las arritmias.** — Las indicaciones del empleo de las inyecciones intravenosas de cloruro de calcio en las cardiopatías se han extendido por un trabajo reciente de M. Petzetakis.

Bajo la influencia de estas inyecciones, él ha visto desaparecer los extrasístoles, y aún una arritmia completa, y cesar inmediatamente un ataque de taquicardia paroxística que había resistido a los medios habituales, aún a una inyección intravenosa de ouabaina.

Ha inyectado 5 a 10 centímetros cúbicos de una solución al 10 por ciento, es decir, 30 centigramos a 1 gramo de cloruro de calcio.

Sería prematuro concluir nada, pues los enfermos tratados por Petzetakis han sido muy poco numerosos. Personalmente hemos recurrido a tres inyecciones intravenosas semanales, de 50, luego 75 centigramos; después de 1 gramo de cloruro de calcio, en un enfermo con ritmo coplado que resistía desde hace tiempo a todas nuestras prescripciones. Su ritmo coplado no fué modificado tampoco por el cloruro de calcio.

El porvenir mostrará si las inyecciones intravenosas de cloruro de calcio merecen pasar a la práctica del tratamiento de las arritmias.

(Continuará).

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Sesión del 8 de Julio de 1925.

(Continuación)

A continuación del trabajo del Dr. Burmeister sobre osteosíntesis del muslo, disertó sobre adherencias peritoneales el Dr. Manuel Matus.

Después de extensas consideraciones y de relatar numerosas observaciones personales, llenas de interés, el Dr. Matus llegó a las siguientes conclusiones:

1ª Las adherencias peritoneales post-operatorias pueden en gran parte prevenirse siguiendo una técnica cuidadosa: rigurosa asepsia, suavidad para tratar el peritoneo y las vísceras abdominales, evitar la desecación de las mismas por exposición prolongada al aire, hacer buenas hemostasis, evitar el contacto del peritoneo con los antisépticos, y por último, prescindir en lo posible del drenaje.

2ª Intervención precoz en los casos de inflamación de las vísceras abdominales extirpables (apéndice, vesícula), para evitar las perivisceritis.

3ª El peritoneo tiene un gran poder destructor de adherencias.

4ª Las adherencias peritoneales que encontramos en el curso de una intervención, deben respetarse, si no han producido molestias apreciables para el paciente, a excepción de las bridas, porque éstas pueden producir una estrangulación intestinal.

5ª Las adherencias peritoneales son, en la gran mayoría de los casos, secundarias a procesos inflamatorios.

6ª Existe un cierto número de sujetos con una predisposición fatal para formar adherencias peritoneales, a pesar de las infinitas precauciones tomadas por el cirujano para evitarlas y a pesar de lo insignificante de la operación practicada.

El Dr. Greene. Aconseja los baños de sal en la región abdominal y proscribire el uso de purgantes.

El Dr. Prado Reyes. Hace ver la influencia que suele jugar la sífilis en la producción de adherencias.

Fecaloma sigmoideo

Dr. A. Constant. Hace interesantes consideraciones sobre este tema, extendiéndose especialmente a propósito del tratamiento, para lo cual es de gran importancia la diferenciación entre el fecaloma propiamente tal y el valalalololo en que la mesenteritis retráctil juega el principal papel.

SOCIEDAD MÉDICA

Sesión del Viernes 18 de Julio

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El Dr. Sievers presenta una enferma con anquilosis del codo operada. En Septiembre del año pasado, a consecuencias de una caída, sufre la fractura del cóndilo humeral,

que consolidó hacia adelante, y del epicóndilo.

En la radiografía se puede apreciar que la flexión está impedida por la interposición de un fragmento. Como el tratamiento quinesitérapico no da resultados, se procede a la intervención abordando la articulación por la parte externa y posterior del codo, reseándose la cabeza del cúbito y del radio. Se hace un tratamiento de movilización y masaje, y actualmente flexa el codo en buenas condiciones. Estima que en muchas ocasiones es necesario hacer la extirpación aún de la cabeza del radio, para evitar intervenciones ulteriores.

El Dr. Johow estima que no siempre es necesario repetir estas intervenciones, ya que en el Hospital de Niños son sumamente frecuentes, y siempre la intervención va seguida del éxito. A fin de evitar la proliferación ósea es necesario hacer un tratamiento de masajes y de movilización lo más precozmente posible, después de la intervención.

El Dr. Prunés presenta una observación de una sífilis anómala, terciaria, precoz y recidivante.

Se trata de un individuo que llega el año 20 con chancro específico con examen de ultra positivo, que cedió al tratamiento con salicilato básico y cianuro de mercurio. Vuelve dos meses después con sífilides ulceró costrosas, que resisten al mercurio, para ceder sólo al neo-salvarsán (3,5 gr.) y al yoduro de potasio. En Marzo del año 24 se presenta con sífilides ulceró gomosas múltiples que ceden al yoduro de sodio intravenoso y, finalmente, en Julio de este año, en que llega con las mismas lesiones, las cuales ya están cediendo al yoduro.

Llama la atención sobre el hecho que las lesiones destructivas se presentaron a los dos meses de la lesión inicial, la rebeldía al tratamiento mercurial y el gran efecto del yoduro de sodio intravenoso. Estima que en toda sífilis es necesario insistir enérgicamente desde el primer momento en el tratamiento específico, como si siempre se tratara de una lúes maligna.

El Dr. Fernández Peña recuerda un artículo reciente en que se compara la biología del treponema a la de los tripanosomas, los cuales son más fáciles de destruir en el período de invasión, mientras que para la forma de recidivas se necesitan dosis cinco veces más fuertes. Este paralelo es ampliamente confirmado por la clínica, ya que sabemos que la resistencia del treponema es menos antes que aparezcan las reacciones humorales.

El Dr. Mardones recuerda que actualmente se vuelve a los preparados insolubles en el tratamiento de la lúes, especialmente el salicilato básico de mercurio, y además, el neo, hasta enterar la dosis de 5 a 7 grs.

2ª HORA

El Dr. Cruz Coke hace una disertación sobre las recientes investigaciones respecto del índice de regulación, o sea, la facultad que tienen los humores para oponerse a los cambios de reacción del medio.

Dr. Sierra. Lee el discurso que sigue, presentando al Dr. Long.

"Jóvenes colegas, y alumnos de nuestra Facultad:

A la mayor parte de vuestros maestros les consta, en todo caso al que en estos momentos tiene la honra de dirigiros la palabra, que todo lo que no se relaciona con las últimas alteraciones descritas en los mitocondrios, las mediciones de las micromilurías, coloraciones especiales que se obtienen con la fenol ptaleina tetraclorada, etc., no consigue despertar vuestra atención, y luego la colocáis entre lo viejo anticuado, entre lo pasado de moda, y en consecuencia, declararéis que todo eso huele a rancio y siente a lata: solo la filigrana de la medicina, lo ultra moderno, marcha al compás de vuestras juveniles aspiraciones y ansias progresistas. Perdónenme, entonces, si para presentaros un caballero, que es el exponente más acabado de la ciencia moderna de la prevención llevada a la práctica, me remonto por un segundo al Hipócrates moderno, cuyo tercer centenario celebró el mundo científico el año que acaba de pasar, a Tomás Sydenham, fundador de la epidemiología moderna (G. Newman) que fué un buen soldado, a la vez que el más excelente médico de su época. Del temple acrisolado de aquellos ascendientes que se llamaron Sydenham, Harvey, Jenner y Hunter, proceden los Smith, Welch y Rosenau y demás propulsores de la ciencia médica preventiva de la Gran República que nos ha prestado ahora, para emplear sus propias palabras, al señor Long.

Se asegura, señores, que desde el punto de vista de la ingeniería humana la construcción del istmo de Panamá es la más preciada joya, la última de las grandes maravillas del mundo. Por mi parte, sostengo que todo ese trabajo que deslumbra y subyuga, toda esa maravilla que exalta el espíritu hasta trasportarlo al éxtasis, toda esa imponente grandiosidad que tan brillante exponente es de la pujanza de los hombres del Nuevo Mundo, y sobre todo, de su claro y previsor criterio, no habría podido ser llevado a cabo sin Pasteur, Laveran, ni el cubano Finney, que permitieron plasmar sus ideas a los hombres de aquella memorable comisión que, presidida por Reed, nos demostró que la fiebre amarilla, lo mismo que la malaria (Sir Patrick Manson) también se propaga y disemina por los insectos.

Leonardo Wood, segundo Jefe de los rifles de a caballo, comandados por T. Roosevelt, que esgrimía, por lo tanto, lo mismo que Sydenham, con igual destreza el sable que el bisturí, fué quién, después de sanear a Cuba, trazó la senda a aquellos Hércules de la Higiene moderna que se llamaron general Gorgas en Panamá y O. Cruz, en Río. Por el mismo camino, señores — a través de Panamá — nos llega el señor Long, que habrá de realizar, como el Hércules de la fábula, el prodigio de limpiar estos nuevos establos de Augeas.

Señores: No es una vulgar comparación la que he querido hacer al mencionar una de las grandes obras que realizó el héroe de

la mitología. Más de alguno de los que concurren a esta hermosa asamblea oíría al propio Embajador de la nación a que pertenece el señor Long, la declaración que en ocasión solemne hizo en nuestra propia Universidad y recordará la hilaridad que con ella despertó en la concurrencia numerosa que le escuchaba. Dijo que si algún joven le consultara a qué trabajo consagrar sus actividades, él le recomendaría en primer término a matar moscas y ratas; a construir caminos, a hacer casas, en seguida, y en cuarto lugar, a estudiar el derecho. Agregaba el señor Collier que, por los tres primeros medios que indicaba, aumentarían los habitantes en cualquier país del mundo, se acrecentaría el comercio, y en consecuencia, surgirían enredos y dificultades que habrían de requerir la intervención del hombre versado en las leyes.

Pues bien, señores, ¿saben Uds. cuál ha sido la primera preocupación sanitaria del señor Long? La de precisar exactamente los sitios donde, entre nosotros, se generan las moscas. La razón es obvia. La eficacia de muchas de las grandes medidas de higiene pública pueden verse aminoradas y hasta anuladas en la prevención de enfermedades por la acción nefasta y deletérea del más inmundo de los animales de la creación: por la mosca.

De esta sencillez elemental, pero de trascendental importancia y alcance, son los principios que viene a difundir entre nosotros el higienista señor Long, y sobre todo, a enseñarnos los medios prácticos y eficientes de implantarlos, asegurándonos la eficacia de su funcionamiento.

De hoy en adelante podemos mirar confiadamente en un hermoso porvenir para nuestra higiene pública y privada. La labor realizada en este continente por Wood, Gorgas y Cruz es la misma que ha llevado ya a cabo el señor Long en las Filipinas. Cuenta, pues, con la ciencia y la experiencia. Estamos ciertos, hoy más que nunca, que dentro de muy poco tiempo bajará primero el índice de la morbilidad y al cabo de un par de años, seguramente, también, el de la mortalidad. Para la más rápida obtención de este hermoso desideratum, el señor Long no solicita sino una cosa: cooperación, voluntad decidida de ayudar y ayudarnos en esta patriótica y humanitaria tarea que redundará en incalculables beneficios para todos y cada uno de nuestros conciudadanos.

Por lo demás, debemos aportar este esfuerzo individual, ya que a todos nos consta el empeño y cariño con que en las más altas esferas del Gobierno se mira todo lo que atañe al bienestar del pueblo y que es sólo a la resolución inquebrantable de impulsarlo rápidamente a lo que debemos la presencia del señor Long entre nosotros.

Justo es, también, dejar constancia que en este paso de alcance trascendental para la salud pública de la República, le cabe a nuestro eminente higienista, Dr. don Alejandro del Río, participación nada escasa, si no la principal: la iniciativa que nos permite tener al señor Long entre nosotros".

El Dr. Prado Tagle lee un discurso de

bienvenida al Dr. Long, ofreciéndole el concurso de todo el cuerpo médico chileno en la gran obra en que está empeñado.

El Dr. Long agradece la favorable acogida de esta sociedad, lamentando que no pueda dar una idea precisa del estado sanitario del país, ya que hace muy pocos días que ha empezado sus investigaciones. Desde luego, puede adelantar que el promedio de mortalidad de 30 por mil es sumamente elevado, si se toma en cuenta que todos los higienistas están de acuerdo en aceptar como 15 por mil el promedio de un país que esté en buenas condiciones sanitarias.

Para mejorar tales condiciones es necesario mejorar el agua potable, las habitaciones y el abastecimiento de la ciudad. Estima que un pueblo que cuenta a su haber con tantas enfermedades del aparato respiratorio sufre de hambre fisiológica, ya que la vitalidad y resistencia del individuo han sido afectadas en tal forma que no le es posible resistir a los ataques de los microbios del medio ambiente. Estima necesario difundir la instrucción del público mediante la cooperación activa de los médicos, que son los que tienen mayor influencia en el seno de la familia.

Sesión del Viernes 24 de Julio

Presidencia del Dr. Prado Tagle

El Dr. Alessandrini presenta la observación de un enfermo que, a consecuencias de un traumatismo, llega con una conmoción cerebral. Presenta un pulso ligeramente retardado y vómitos, pero luego el cuadro de conmoción se disipa y el enfermo se siente mejor, por lo cual rehúsa toda intervención, a pesar de los consejos del cirujano.

Como se sospechará la existencia de una lesión focal se le practica una radiografía estereoscópica, la cual permite apreciar perfectamente la presencia de un hematoma en la región correspondiente a la arteria meníngea media. Se procede a la intervención, comprobándose al diagnóstico, y el enfermo se encuentra actualmente en perfectas condiciones.

El Dr. Johow estima que en este enfermo podía haberse intervenido desde el primer momento, ya que los vómitos y el pulso retardado debían hacer pensar en una lesión focal. Cree que en todos estos enfermos craneanos que presentan síntomas focales claros, debe siempre intervenir y recuerda a este respecto las clases del Prof. Amunátegui, quien decía que los síntomas craneanos eran tan agudos como los abdominales, y que todo enfermo que presentara síntomas claros, debía tratarse con la misma rapidez con que se trata una afección aguda del peritoneo.

El Dr. Ducci dice que con la radiografía estereoscópica no sólo es actualmente posible el diagnóstico de los hematomas, sino aún de las fracturas de la lámina interna de los huesos del cráneo.

El Dr. Alessandrini dice que a este enfermo se propuso desde el primer momento

la intervención, pero no la aceptaba por la remisión de sus síntomas, y sólo por la muestra de la radiografía permitió la intervención.

El Dr. Díaz Muñoz relata la observación de un enfermo a quien, por medio de la cistografía le hace el diagnóstico de un anomalía ureteral doble. Estima que este medio debe entrar en la práctica urológica diaria, ya que permite eliminar estas complicaciones, que de otro modo casi siempre pasan inadvertidas.

El Dr. Ibarra dice que conviene continuar el tratamiento de limpieza de los uréteres a fin de evitar la insuficiencia renal, la cual se ha acentuado, a juzgar por los exámenes de laboratorio.

El Dr. Lobo Onell dice que las anomalías ureterales han aumentado en su número debido a que los medios de diagnóstico se han perfeccionado enormemente. Cree que la insuficiencia renal se presenta mucho más precozmente en aquellos individuos en cuya infección predominan los estreptococos, microbios que tienen una acción tóxica preferente sobre la célula renal.

En la segunda hora, el Dr. Garretón Silva lee un trabajo de sus observaciones hechas en la Asistencia Pública sobre las complicaciones bronco-pulmonares post-operatorias, clasificándolas en precoces y tardías. Según todas las estadísticas, estas complicaciones son más frecuentes en las operaciones del abdomen alto, al parecer debido a un reflejo que parte del peritoneo y que va a producir una parálisis alveolar, sobre todo en la base del pulmón. A este respecto dice que la inyección de atropina antes de la intervención evita este reflejo y en una gran cantidad de operados ha evitado toda complicación, aún en los casos en que se usa el éter como anestésico.

El Dr. Johow recuerda que el Prof. Bier dice que debiéndose la mayor parte de estas complicaciones al éter, las trata por medio de inyecciones de esta misma sustancia, con espléndidos resultados.

El Dr. Meza dice que, según los estudios de Wipler, se puede hacer un estudio previo del enfermo, analizando su saliva, llegando a la conclusión de que las complicaciones se presentan de preferencia cuando predominan los neumococos.

El Dr. Meza ha comprobado que muchas de estas complicaciones se deben al neumococo, por la constatación a la pantalla radiográfica del triángulo neumónico típico.

A continuación se abre un debate respecto a la situación del cuerpo médico ante el cambio de concepto de Beneficencia pública, por el de Asistencia Social, llegándose a autorizar a la Mesa para que se ponga al habla con el señor Ministro de Asistencia Social a fin de que se mejore la situación de los médicos de hospital.

SOCIEDAD MÉDICA DE VALPARAÍSO

233.ª Sesión Ordinaria en 21 de Julio de 1925.

Preside el Dr. Sepúlveda y asisten los doctores Araya, Capelli, Fernández Rubén, Grossi José, Grossi Víctor, Grove Hugo, Katz, Manríquez, Marín, Mujica, Olivos, Reed, Vera, secretario; farmacéutico señor Cantuarias, y licenciados señores Schönherr y Winkler.

Acta. — Se dió lectura al acta de la sesión anterior, la que fué aprobada.

Cuenta. — Obras recibidas:

"Informe sobre la Asistencia de los alienados que presenta a la H. Junta de Beneficencia el Dr. Jerónimo Letelier, Subdirector y Médico de la Casa de Orates", Santiago, 1925.

"Profilaxis del sarampión", por el Dr. Arturo Atria. Santiago, 1925.

"La Clínica", N.º 27, 15 de Junio, 1925.

Comunicaciones:

Presidenta del Hospital de Niños acusando recibo y agradeciendo la donación de doscientos pesos en memoria del Dr. Martínez Ramos.

Sub Comisión de Valparaíso del 2.º Congreso Odontológico Latino-Americano invitando al Congreso que se llevará a efecto en Buenos Aires del 10 al 25 de Octubre del presente año.

Envíos:

La donación de \$ 200 al Hospital de Niños, acordada en la sesión anterior.

Condolencia a la familia del Dr. Martínez Ramos.

Excusa:

El Dr. Thierry excusó su inasistencia.

Observaciones clínicas y presentación de enfermos

Dr. Mujica. Presenta dos observaciones de tumores del testículo referentes a enfermos estudiados en el Hospital de San Juan de Dios en compañía del Dr. Rolando.

El primer caso es un sujeto de 25 años, panadero, con antecedentes sífilíticos; el tratamiento específico quedó sin influencia sobre el tumor del testículo izquierdo, el que tuvo un desarrollo rápido. Se practicó la extirpación. El examen histopatológico dió: encondro-sarcoma.

El segundo paciente tiene 22 años, de oficio cocinero, cuyo tumor sitúa en el testículo derecho. Extirpado, igualmente, se hizo el examen microscópico resultando ser un sarcoma polimorfo (seminoma). Los exámenes histopatológicos los practicó el Dr. Tomasello.

Se presentan ambas piezas anatómicas.

Estos tumores son de crecimiento rápido, invasor, de carácter destructivo. Se les llama sarcomas o seminomas. Afectan de preferencia el polo inferior del órgano. Resume el Dr. Mujica la clasificación de los sarcomas del testículo y de los teratomas o tumores mixtos o seminomas. Estos están formados por tejidos mixtos, y por su composición histológica, son verdaderos teratomas; se transforman en epitelomas y sarcomas.

En los casos a que se refieren las observaciones leídas se hizo la extirpación de los testículos enfermos, porque se han desarrollado sólo desde hace tres a cuatro meses, y según los autores, las metástasis no se producen antes de los seis meses.

Las metástasis son más frecuentes en los tumores del testículo izquierdo, a causa de la disposición anatómica de los linfáticos.

Dr. Marín. Presenta un concripto afecto de una atrofia (congénita, según el enfermo) de las masas musculares de la eminencia thénar en ambas manos. No se ha hecho un mayor estudio del caso por haberse presentado sólo el día en que nos encontramos.

Discusión

Observaciones del Dr. Mujica.—Dr. Katz. Recuerda un caso semejante operado en la Clínica del Prof. Amunátegui, en el que se produjeron metástasis supraclaviculares seis meses después de la intervención.

Dr. R. Fernández. Los seminomas son considerados malignos, siendo, por tanto, prudente revisar los ganglios lumbo-aórticos que casi seguramente se hallan infartados.

Dr. Mujica. Recuerda haber observado metástasis en un caso operado tardíamente. Repite que en los casos que ha traído la operación precoz puede evitar las metástasis. Algunos cirujanos aconsejan extirpar al mismo tiempo todos los ganglios abdominales para evitar las recidivas. En cuanto a sus operados, se les ha recomendado volver con periodicidad para examinarlos.

Conferencia

Fuente radioactiva de Peñablanca. — Principia el Dr. Grossi por hacer una reseña de la bibliografía de su trabajo, citando a Pissis, Sergent, Manquat y otros autores. Describe la situación geográfica de Peñablanca, las condiciones climáticas y geológicas de la región. Sus condiciones geológicas y físicas (electricidad) indican que Peñablanca es una región radioactiva. Pasa en seguida a hablar de la fuente, que es de agua clara, que no se agota. Se producen 1,000 litros por hora; habla de sus cualidades físicas y químicas (reacción alcalina); estas últimas la asemejan al agua de Vitel. El análisis del químico señor Pavez, de la Universidad de Chile, arrojó una radioactividad de 9,782 unidades Mache por litro.

Las propiedades fisiológicas se desprenden de la acción de los alcalinos y de la radioactividad; sería la 4.ª o 5.ª fuente radioactiva del mundo, según el poder de las emanaciones. Expone en detalle los efectos de la radioactividad que, según Sergent, se producen sobre la sangre, aparatos respiratorio, digestivo, urinario, sistema nervioso, glándulas digestivas, genitales y suprarrenales, y sobre el metabolismo. Continúa refiriéndose a las indicaciones terapéuticas. Las emanaciones de radio son un específico para la gota. El ácido úrico desaparece de la sangre casi por completo, transformándose en ácido oxálico. Está indicada en afecciones intestinales, gástricas, hepáticas, de la sangre, en la diabetes, afecciones renales, gota y reumatismo.

En cuanto a la acción radioactiva, el agua mineral obra más por su dinamismo que por su composición química.

Se administra en baños ($\frac{1}{4}$ litro equivale a 250 unidades, puede radioactivar 200 litros de agua); bebidas (1,000 unidades = 100 grs. -- 5,000 unidades = $\frac{1}{2}$ litro); inhalaciones.

Cree el Dr. Grossi que el agua de la fuente de Peñablanca es una nueva arma terapéutica de que dispone el médico y espera que los colegas querrán experimentar y observar los efectos obtenidos.

El Dr. Sepúlveda pide al Dr. Grossi que le permita no poner en discusión el trabajo leído mientras no se tenga el análisis oficial del agua mandado practicar por la Dirección de Sanidad.

El Dr. Grossi no tiene inconveniente, y agrega que hará las experimentaciones clínicas necesarias, declarando que por este motivo su trabajo no está terminado.

Sr. Cantuarias. Da lectura a un trabajo sobre aguas minerales y radioactividad. Señala los inconvenientes de las aguas minerales naturales, los factores que alteran las aguas embotelladas y las diferencias observadas en los efectos de éstas con los de las aguas administradas en la fuente misma. En cuanto a la radioactividad, teorías nuevas sostienen que esta propiedad puede ser ajena a la presencia de radio, pues dicha cualidad es inherente a todos los cuerpos; el radio y el urano sólo la presentan en un grado mayor. Se trata de un fenómeno universal que ha hecho decir a G. Lebon: "Nada se crea, pero todo se pierde". Este mismo autor dice que el átomo es un depósito de energía. La materia es una simple variedad de la energía condensada y la energía a su vez es una desmaterialización de la materia.

Ha querido el señor Cantuarias dejar de manifiesto que un agua no necesita tener radio para ser radioactiva; esta propiedad puede depender del sodio o de una sal cualquiera contenida en ella.