

# LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

<p><b>DIRECTOR</b> Dr. Oscar Fontecilla Jefe de Clínica Médica</p> <p><b>SECRETARIO GENERAL de la REDACCIÓN:</b> Dr. Alejandro Garretón Silva Ayudante de Clínica Médica.</p> <p><b>SECRETARIO DE REDACCIÓN:</b> Para la parte médica: Dr. Gregorio Lira</p> <p>y Florencio Garín R. Ayudante de Clínica Médica</p> <p>Para la parte quirúrgica: Dr. Manuel Martínez G. Ayudante de Medicina operatoria.</p>	<p><b>COMITÉ CIENTÍFICO</b></p> <p>S. S. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA</p> <p>G. Amunátegui A, Orrego Luco R. Aguirre Luco M. Brockmann D. García Guerrero</p> <p>L. Sierra E. González Cortés E. Petit A. del Río E. Aldunate B R. Donoso M. Cádiz E. Croizet J. Luco L. Vargas Salcedo J. Ducci L. Calvo M. A. Larraguibel C. Pardo C A. C. Sanhueza L. Córdova</p> <p>S. S. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES</p> <p>F. de Amesti S. Sepúlveda G. Grant B. E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto</p>	<p><b>ADMINISTRADOR:</b> G. Campaña Gandarillas</p> <p>Todo asunto relativo a la Redacción debe dirigirse al Secretario General: Maestranza, 463, o al Hospital San Vicente de Paul (en las mañanas).</p> <p>Todo asunto relativo a la Administración debe dirigirse al Administrador: San Isidro, 390.</p> <p><b>Suscripciones:</b> PARA TODO EL PAÍS</p> <p>Por un año ..... \$ 20.— A los estudiantes de medicina. - 12.— Número atrasado..... - 1.50</p> <p>Las suscripciones son sólo por un año.</p>
--	--	--

## SUMARIO

## SOBRE LA REFORMA

### DEL PLAN DE ESTUDIOS

**Texto.**

- M. FABRES IZAGA.—El diagnóstico y tratamiento de urgencia de los comas, p. 61.
- O. FONTECILLA.—Sobre el tratamiento del corea de Sydenham, p. 65.
- A. ROJAS CARVAJAL.—Diabetes e insulina, p. 68.
- REVISTA EXTRANJERA.—Sobre el tratamiento de la litiasis biliar, según 360 operaciones personales, por V. Pauchet, p. 70.

Sociedad Chilena de Pediatría, p. 73.

**Anexo:**

- C. MONCKEBERG.—Sobre Reforma del Plan de estudios, p. 61.
- J. BUSTOS.—Medicina Social. El concepto moderno de la lucha contra las enfermedades venéreo-sifilíticas, p. 63.
- NUEVO DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD MÉDICA.—CENTRO DE CULTURA FÍSICA DE LA ESCUELA DE MEDICINA.—TESIS DE DOCTORADO.—LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA ELIGEN NUEVO DIRECTORIO.—CENTRO MÉDICO DE LETRAS, p. 70.
- INFORMACIONES DEL EXTRANJERO, p. 71.

Del doctor

D. Carlos MONCKEBERG

Profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina, Director de la Maternidad del Hospital del Salvador.

Señor Director de "La Clínica".  
Solicita Ud. opiniones sobre la reforma del plan de estudios. No es la mía muy autorizada, sólo la pretendo sincera y en tal concepto atrevo a enviársela.  
Dícese que el nuevo plan de estudios no es bueno y que pesan más sus defectos que su cualidad única, el año de internado.  
Afirmar otros que sus primeros frutos han constituido una revelación y, como por los frutos se ha de juzgar de la bondad del

árbol, deducen que, si no es excelente, poco le falta.

De mí sé decir que estoy de acuerdo con los primeros; pienso que la reforma es necesaria y he de exponer razones que así lo demuestran.

Ante todo, ¿cuáles son los defectos?  
Helos aquí, a mi juicio:

Supresión del examen anual, recargo enorme de horas de clase en determinados semestres, falta de discernimiento en la importancia relativa de los diversos ramos, de todo lo cual resulta abandono del alumno a su propio criterio en lo que a la prosecución de los estudios se refiere, desorden en el aprendizaje e inutilidad de buena parte del esfuerzo gastado por los profesores.

Si hay una ciencia cuyo consorcio íntimo con el orden parece indisoluble, a es, sin duda, la Pedagogía.

Es tan difícil enseñar sin ordenar como ordenar sin, antes, aprender.

Y es así cómo el maestro ha de ser ante todo ordenado en la exposición de su materia, si quiere lograr el fin que se propone: enseñar, es decir, imprimir en la mente de sus educandos la imagen clara y perfectamente delineada de lo que él aprendió y cómo él lo entiende. Construir ante el alum-



# ARTIGON

**Vacuna antigonorreica, polivalente, nuevamente perfeccionada, de conservación ilimitada**

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

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

Medicamento sin igual para el tratamiento de la blenorragia

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

En cualquier defecto, sírvanse avisar al representante de la

**Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING), Berlín**

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

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS



no un edificio armonioso y, si fuere posible, elegante, pero ante todo sólido, basado en nociones generales que formen un buen cimiento.

Sin orden no podemos concentrar ideas, ni seleccionar las más pertinentes, ni llevarlas a la práctica, que es su materialización, ni establecer la cooperación de los esfuerzos para que de ello resulte el progreso.

Y lo que se dice de un profesor, aplicarse puede a un plan general de estudios universitarios, porque aquí no basta, como podría bastar en humanidades, el orden aislado dentro de una asignatura determinada. Necesario es, asimismo, el orden colectivo en el estudio de los diversos ramos; sólo así es posible construir la base de la ilustración general del profesional futuro.

Es la asociación ordenada de los principios adquiridos en las diversas cátedras, gracias al esfuerzo combinado de quienes las profesan lo que ha de dar al médico la verdadera preparación científica en los albores de su vida profesional.

Cada maestro ha de allegar su grano de arena para construir el bloque. No todos pueden aportar el mismo material ni en calidad ni en cantidad, porque la importancia de los distintos ramos es diferente y no se trata de formar un Pico de la Mirandola sino un médico práctico que sepa cómo se trata una neumonía, una gastro-enteritis, cómo se atiende un parto, aunque no conozca en detalle la descripción del canal ginecórico de la Bilharzia haematobia o ignore la fórmula desarrollada de la metil-pirocetequina.

Estudios ordenados y comprensión de la verdadera importancia de cada materia, he ahí el secreto del éxito en cuanto a la formación del profesional atañe.

Imbuído en tales ideas, que tengo por muy sanas, no alcanzo a comprender las ventajas del sistema pedagógico que aconseja dejar amplia libertad al alumno para proseguir sus estudios en la forma que más acomode a su criterio y le autoriza para empezar por lo más complicado o para cursar ramos que significan especialización, antes de conocer otros cuyo estudio constituye su fundamento.

A esta libertad amplia del alumno contribuye, y no poco, la supresión de los exámenes anuales.

Se piensa, quizás, que el estudiante tiene criterio suficiente para saber lo que le conviene en materia de estudios y se cree que, suprimiendo los exámenes, se le ha de hacer comprender que ya no es el niño que cursaba humanidades y estudiaba por temor a la bola negra. Se dice que así se le ha de formar el carácter. Que así se hará del niño un hombre que cumpla con el deber por el deber y no por el aliciente de la recompensa o el temor a la reprobación.

El razonamiento es hermoso, pero es idealista en exceso, y por eso resulta falso.

El mejor alumno de la mejor de las Facultades carece de criterio para juzgar lo que le conviene en materia de estudios que va a iniciar, y que, por lo tanto, no conoce. Mal puede, pues, apreciar su importancia, ni tampoco saber qué forma es la más adecuada para cursarlos.

Y en cuanto a la supresión de los exámenes, todos hemos sido estudiantes y bien sabemos que en aquella edad bendita no se piensa como a los cuarenta. Vive se de quimeras y sólo se ansía llegar pronto a la meta, importando poco la calidad de la cabalgadura. Rocinante, Babiaca o el famoso caballo amarillo de D'Artagnan, todos son buenos y por todos los caminos se llega a

Roma. Que hay quienes estudian porque poseen el fuego sagrado, soy el primero en confesarlo; pero ello no constituye la regla y ni en política ni en pedagogía se ha de legislar para las excepciones.

Que no es posible formar juicio sobre la capacidad del alumno con 15 minutos de examen. Nada más exacto; pero es que el profesor no ha de esperar el examen para formar ese juicio. Lo ha de tener ya formado por la asistencia a las lecciones y por los interrogatorios a que se ha debido dar el trabajo de someter a sus discípulos. Los exámenes no son para los buenos alumnos.

Docencia libre, asistencia libre. Grandes palabras, grandes utopías para países que nacieron ayer y en cuya sangre se agita aún el germen levantisco de conquistadores orgullosos y bulle todavía candente la fiera indomable de los aborígenes.

Preguntad a otras Universidades vecinas que cometieron la imprudencia de aceptar esas libertades, y os responderán: "Docencia libre, asistencia libre, fracaso completo, desorganización absoluta, todo es sinónimo". Así me lo escribía no ha mucho un distinguido profesor extranjero, quejándose de no haber obtenido jamás asistencia superior a 8 alumnos, habiendo matriculados 97.

Profesores de la talla de Bumm, Bar, Franz y von Bardeleben no dejaron un solo día de anotar la asistencia cuando tuve el honor de ser su alumno. "L'élève doit être guidé et vigilé", decíanos el viejo Pinard.

Nada es más cierto. El alumno necesita que se le guíe, que se le vigile, y por eso el maestro ha de preocuparse de conocer a sus discípulos, interrogándoles, cerciorándose de su asistencia, dando respuesta cumplida a cuanta consulta se le haga, por pequeña que la cuestión le parezca; verdad es que no re-

# HEMOSTYL-JARABE

Primera Medicación específica de  
**OPOTERAPIA SERO-SANGUINEA TOTAL**

Extraída de animales vivos

**Anemias**  
**Convalecencias**  
**Crecimiento**  
**Raquitismo**  
**Tuberculosis**  
**Clorosis**  
**Debilidad**  
**Lactancia**  
**Pubertad**

Muestras  
a disposición del  
Cuerpo Médico.

Concesionario para Chile  
**Am. Ferraris**  
Casilla 190-Compañía 1295  
**SANTIAGO**

## ESTOMAGO-INTESTINO

# "Gastro Sordine"

### DOS FORMULAS

### DOS PRESCRIPCIONES

por C. a S.

Bicarb. 2 - Fosfato 1. Sulfato de Soda 0.50  
Prescribir "GASTRO-SODINE"

Sulfato 2. Fosfato Soda 1. Bicarbonato 0.50.

Prescribir "GASTRO-SODINE" fórmula S

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

Muestras y Literatura

AM. FERRARIS - COMPAÑIA 1295 - SANTIAGO



sulta ese el temperamento más cómodo, pero es el más correcto.

El título de maestro a sacerdocio equivale, ya que sólo lo merece quien dedica sus esfuerzos a cultivar las yemas de los entendimientos juveniles para injertarlas en el tronco añoso de la sociedad que las ha de menester al recobrar el vigor que el tiempo se lleva.

No es el verdadero profesor comparable al segador que todo lo corta y a quien no le importa la calidad de las espigas, con que forma las gavillas. Es el jardinero que ha de ir a través del vergel de sus alumnos en pos de las flores ávidas de sol y de lluvia, porque las sabe poseedoras de gérmenes nuevos, porque las siente impregnadas de suaves aromas, porque las cree repletas de milagrosas posibilidades.

Venid, debe decirles, a participar de la ciencia que es vida y que fué hecha para todos. Nosotros, maestros, mensajeros de la sociedad, acudimos a vosotros para enseñaros la senda por donde se va hacia horizontes nuevos con un poco de luz en los ojos y mucho entusiasmo en el alma. Allí está la verdad, seguidme, no os vais solos, porque el camino que a la verdad conduce y el que desciende al error, son vecinos y se parecen. No sea que más tarde vuestra razón eche en cara a vuestra juventud el tiempo perdido y le diga: "Oculos habentes non videtis et aures habentes non auditis".

S. S.

DR. C. MÜNCKEBERG.

## MEDICINA SOCIAL

### EL concepto moderno

de la

### lucha contra las enfermedades venéreo-sifilíticas

por el

Dr. Julio BUSTOS

Jefe del Instituto profiláctico de enfermedades de transcendencia social de la Municipalidad de Santiago

Al abordar el estudio de este tema de medicina social, séanos permitido un ligero preámbulo estadístico, para apreciar en términos concretos las proporciones del peligro venéreo-sifilítico, de que está afectada nuestra colectividad.

Según el Anuario Estadístico de nuestro país, correspondiente a los años 1921 y 1922, el número de nacimientos alcanzó a 147.795 en el primero de estos años, y a 147.205 en el segundo, y el número de defunciones fué de 124.197 y de 108.756 respectivamente.

Del análisis de los cuadros de mortalidad se desprende que la sífilis ocupa el primer lugar como factor de despoblación; pero este dato pasa desapercibido, porque la referida enfermedad no produce sus efectos letales

de una manera ostensible y fulminante, como lo hacen las epidemias de enfermedades infecciosas agudas, sino que en muchos casos se oculta la verdadera causa de la defunción.

La nomenclatura Bertillon contribuye poderosamente a ocultar en los cuadros estadísticos los efectos de la sífilis, porque da el nombre de la enfermedad que ha producido la muerte; por los órganos enfermos; pero oculta la causa etiológica. Esta circunstancia la hace perder el valor científico que debe tener toda estadística.

Si estudiamos los cuadros de mortalidad de los años 1921 y 1922, encontramos que en el primero de estos años aparecen sólo 533 defunciones por sífilis y 395 en el segundo, cifras manifiestamente erróneas, porque la verdadera proporción es cien veces mayor. Así, por ejemplo, en el grupo de las afecciones del sistema nervioso (encefalitis, meningitis, ataxia, reblandecimiento, parálisis, etc.), resultan 12.280 y 11.374 defunciones respectivamente para estos años. Sería redundante repetir ante el mundo médico que estas afecciones, en su inmensa mayoría, reconocen una etiología sífilítica.

En el grupo de las afecciones del sistema circulatorio (afecciones orgánicas del corazón, angina de pecho, aortitis, aneurismas, trombosis, etc.), hay 5.281 y 6.942 defunciones respectivamente. Entre las afecciones del hígado, nefritis intersticiales, muertes súbitas, etc., podemos sumar más de 1.200 defunciones cada año.

En el grupo de la Primera Infancia (debilidad congénita, esclerema, vicios de conformación, etc.), pasan de 13.000 por año.

Resumiendo este sucinto análisis del Anuario Estadístico y castigando en un 10 y en un 20 por ciento los casos no imputables a la sífilis, resulta como término medio una

## RUBYL

SUSPENSION ACEITOSA DE

Ioduro doble de Quinina y Bismuto químicamente puro  
(SAL SOLUBLE)

PARA EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS  
POR LA VÍA INTRA-MUSCULAR

en todos los casos de Sífilis Mercurio y Arseno-Resistentes

PRESENTACIÓN:

En cajas de 12 amp. de 3 cc. dosificadas a 0 gr. 10 por cc.

## LUATOL

SOLUCION ACUOSA Y SUSPENSION ACEITOSA

de Tartro-bismutato de Sodio y de Potasio  
PARA EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS  
POR LA VÍA INTRA-MUSCULAR

INDICACIONES:

en todos los casos de Sífilis Mercurio y Arseno-Resistentes

PRESENTACION:

En cajas de 10 amp. de 1 cc. (acuoso)

Les Établissements **POULENC** Frères-Paris

AGENTE ÚNICO PARA CHILE: **J. B. DIDIER**

Casilla 61 = Teléfono 3018 = San Pablo 1340 = SANTIAGO

## REUMATICOS

Usad

## SALISOL

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

## HEMOPTOL

(Sales de Calcio y Suprarrerrina)

INYECCIÓN CONTRA LAS HEMORRAGIAS DEL PULMÓN Y  
DIARRREAS DE LOS TUBERCULOSOS  
Dosis 1 ampolleta diaria

¿Es Ud. débil? USE LAS INYECCIONES DE

## Suero Fortificante A y B

Niños letra A — Adultos letra B

DEL

Laboratorio Internacional



# Servicios de Agua caliente y de Calefacción Central

Con elementos modernos de la más alta calidad y procedencia

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

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

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



Solicítenos informes y pormenores en nuestro Depto. Sanitario

## MORRISON & Co. - SANTIAGO

ESPECIALISTAS EN ESTOS SERVICIOS

Dr. Marco A. Sepúlveda R.

### LABORATORIO CLINICO

Bandera 736 Teléfono 233  
Casilla 3659

#### Sección microscopía y química

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

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

#### Sección serología y bacteriología

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

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

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

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

#### 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.



cifra aproximada de 25,000 defunciones ocasionadas por la sífilis, sobre un total de 124,197 fallecidos.

La fría elocuencia de los números nos ahorra todo comentario acerca del grave peligro que se cierne sobre nuestra población.

\* \* \*

Hasta ayer todo dormía en nuestro país en materia de profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas. Algunos higienistas, influenciados por prejuicios de la era prebacteriana, habían creído abordar la solución de este problema reglamentando la prostitución.

El fracaso más ruidoso — como en todas partes — fué la consecuencia lógica y necesaria de este sistema. "La reglamentación de la prostitución ha dado pobres resultados, porque se ha hecho falsa ruta en el camino de la represión del vicio y con detrimento de la moral sexual, y no sólo no responde a las exigencias de la higiene, sino que es anti-científica e inmoral" (Prof. Marmerto Cádiz, "Consideraciones sobre Higiene").

¿Qué finalidad persigue la reglamentación de la prostitución?

—Combatir las enfermedades venéreo-sifilíticas.

¿A quién se aplica esta reglamentación?

—Solamente a la mujer.

¿Pero si las enfermedades venéreas pertenecen a ambos sexos! Ante esta observación surge la objeción tantas veces repetida: ¿Es que existe un grupo de mujeres, que por dedicarse a ese comercio, son realmente peligrosas! Se puede responder pasivamente con el Dr. A. Muschiatti, de Buenos Aires: "También existe una clase determinada de

hombres que por compartir a un mismo título ese comercio son igualmente peligrosos".

El sistema reglamentarista de la prostitución se funda en tres operaciones fundamentales: 1º La Inscripción; 2º la Visita Médica; y 3º la Hospitalización de las enfermas.

No nos ocuparemos de la inscripción, pues, es bien sabido que no se logra inscribir ni el 10 por ciento de las que debieran serlo, para entrar a considerar la Visita Médica, sin cuya eficiencia todo el sistema se derrumba.

El sistema reglamentarista parte de la base de que la visita médica es una operación segura, error que era justificable antes del conocimiento de la etiología y patogenia de estas enfermedades, y se consideraba peligrosa únicamente a la persona que presentaba signos clínicos visibles. Hoy, con mayores elementos de estudio, sabemos que la visita falla lamentablemente en la inmensa mayoría de los casos:

1º Porque en el período de incubación de estas enfermedades el diagnóstico es imposible.

2º Porque en el período de latencia o de cronicidad, se tropieza también con graves dificultades, por razones harto conocidas; y

3º Porque la mayoría de las infecciones se producen fuera del alcance de la visita médica, pues, los portadores de gérmenes, en orden sucesivo, transmiten cultivos puros de agentes patógenos a los visitantes posteriores. Una mujer visitada por el médico a las 15 h., por ejemplo, recibe la patente de "sana", y supongamos que efectivamente sea así. Una hora más tarde esta mujer recibe la visita de un cliente portador de treponemas o gonococos; desde este instante

la asilada se convierte en un foco de infección para los visitantes posteriores que se expongan con ella, los cuales, junto con recoger los gérmenes, se encargarán a su turno de su diseminación. ¿En qué queda, entonces, la visita médica?

De lo dicho se desprende fatalmente que todas las asiladas que se encuentran en las condiciones apuntadas, escapan materialmente a los medios de investigación de que hoy dispone la medicina y obtendrán un certificado de "Sana", certificado inexacto, que les permite seguir transmitiendo la infección a incalculable número de individuos, durante semanas enteras, y a veces durante meses, bajo el sello oficial de la autoridad, y he aquí por qué todo el sistema se derrumba.

Claro está que si falla la visita, no se pueden separar las enfermas de las sanas, y mal pueden hospitalizarse aquéllas, todo esto sin tomar en cuenta las dificultades de la hospitalización.

Bastarían estas consideraciones para probar los errores fundamentales de la reglamentación; pero cabe observar aún que si se impone a la mujer la obligación de un examen para proteger al varón ¿quien le da seguridades a las pupilas del lupanar de no ser infectadas por el hombre?

"¿Puede el médico adoptar un sistema terapéutico, de cualquier género que sea, cuando este sistema tiende a beneficiar a determinados elementos sociales — y ya sabemos que el que tratamos ni siquiera este beneficio produce — en detrimento evidente de otros?" Este interrogativo del Dr. Muschiatti ha sido contestado negativamente en su tesis presentada ante la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

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

# MENOVARINE

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

4 DRAGEAS POR DÍA

Laboratorios MON OLAN — 11 Place des Vosges — París

Concesionario único para Chile: J. B. DIDIER

CASILLA 61 — TELÉFONO 3018 — SANTIAGO

## OBLEAS - AMILÁCEAS

Remedios dados a enfermos dentro de la sencilla OBLEA AMILÁCEA, reducirá la angustia y dolores causados por otros tratamientos, facilitando la mejoría de los enfermos.

El fabricante ruega a los Señores MÉDICOS y FARMACÉUTICOS de tomar nota que se fabrican las obleas en cualquier color, con cualquiera impresión o tamaño.

Se reciben órdenes directamente o por intermedio de los Droguistas por Mayor.

Primer PREMIO con MEDALLA de ORO obtenido en la EXPOSICIÓN INDUSTRIAL de Santiago-Chile 1922.

FABRICANTE: JUAN W. DOOLEY

Casilla 3554 — Calle Arturo Prat 637 — Teléfono 64 Matadero

SANTIAGO - CHILE

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

## El Calcio láctico "INGELHEIM"

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

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

## CADECOL "INGELHEIM"

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

## PERICOL "INGELHEIM"

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

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

Agente exclusivo para Chile:

**Dr. Walter Knoche**  
SANTIAGO - CASILLA 3457

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



# MITIGAL

Complejo orgánico sulfurado

REMEDIO ACTIVO CONTRA LA SARNA

Se absorbe íntegramente por la piel, siendo sus efectos rápidos e intensos.

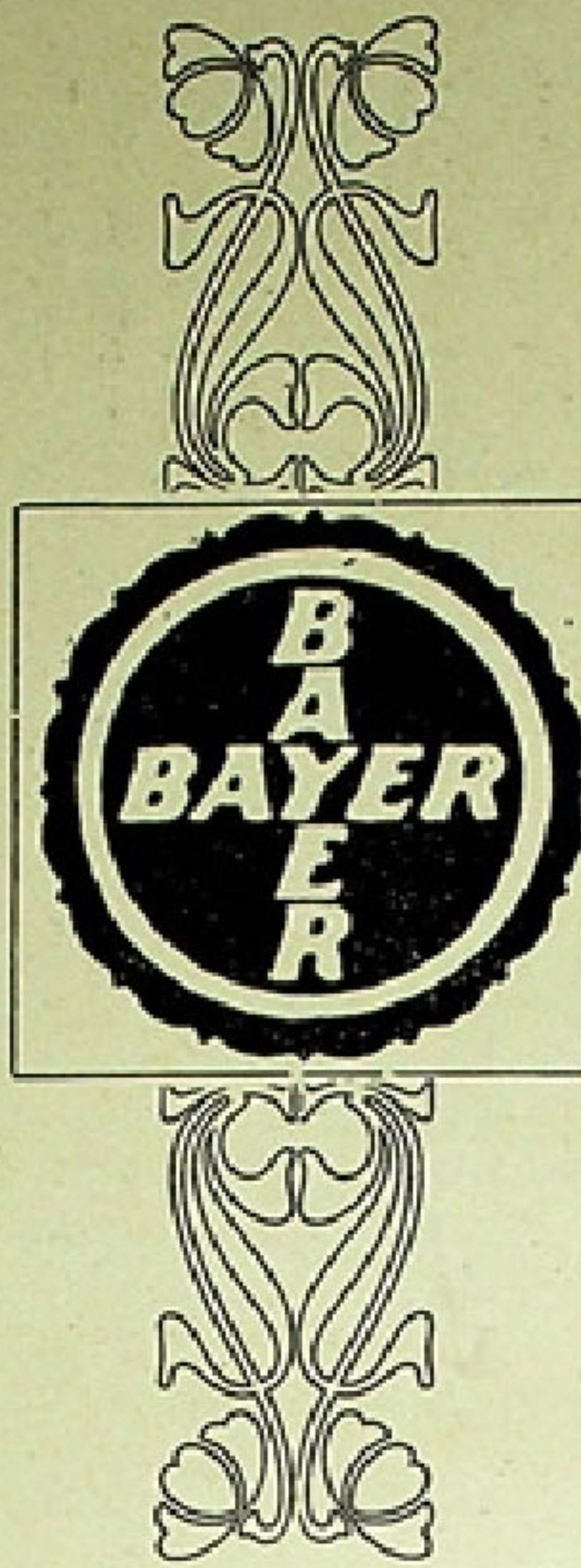
No causa fenómenos de intoxicación.

No mancha ni estropea la ropa.

INDICACIONES: Sarna, Eczemas.

PRESCRÍBASE:

**MITIGAL** (Frasco original «Bayer»)



# OPTARSON

Asociación del Solarson con nitrato de estriquina.

1 cent. cúb. contiene 0,01 gr. de Solarson (=0 004 gr. de  $\text{As}_2\text{O}_3$ ) y 0,001 gr. de nitrato de estriquina.

## Tónico Nervioso y Vascular

Para inyección subcutánea.

Tolerabilidad excelente

No produce fenómeno de irritación local.

No comunica olor alfaqueo al aliento.

El Optarson, además de ejercer una acción arsenial íntegra se caracteriza por producir efectos euforizantes rápidos.

INDICACIONES: Neurastenia, trastornos circulatorios consecutivos a enfermedades infecciosas, desnutrición, clorosis, leucemia, etc

PRESCRÍBANSE:

**Ampollas «Bayer» de Optarson** (embalaje original de 12 x 1,2 cm. cúb)

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

Señor Doctor, ¿recibe Ud. la Revista de Información Terapéutica?, si no la recibe, diríjase a la **Química Industrial «Bayer», Weskott & Co.,** Santiago de Chile, Casilla 1267, indicando su dirección precisa y la recibirá gratis y franco de porte.

## 3 Productos científicos del Laboratorio Pasteur

LA  
**Adrenalina Pasteur**

(CLORHIDRATO)  
SOLUCIÓN AL MILÉSIMO

Es un producto que por su pureza y conservación indefinida, compite con todos los similares importados

(En frascos esmerilados de 5 c. c.)

**Valerobromyl**

SEDANTE - HIPNÓTICO  
INOFENSIVO

NEOVALERIANA-  
VERONAL.  
BROMALINA

Inocuidad absoluta  
Acción enérgica  
No produce hábito  
ni acumulación

LA  
**Digitalina Pasteur**

(CRISTALIZADA)  
SOLUCIÓN AL MILÉSIMO

Reemplaza y supera los productos importados, y tiene sobre ellos la ventaja de su frescura

LITERATURA Y MUESTRAS  
PARA LOS SRES. MEDICOS A

CASILLA 3076 - STGO.

## LABORATORIO PASTEUR



\* \* \*

Desde la Conferencia Sanitaria Internacional de Bruselas se ha verificado un poderoso movimiento en el mundo médico en contra de la reglamentación de la prostitución, que se ha hecho más ostensible aún después de la Gran Guerra, la cual, al mantener a millones de hombres sometidos a la disciplina militar y al control sanitario, fué de grandes enseñanzas en esta materia. Ya en la referida Conferencia, Ernesto Gaucher, el clínico Landouzy, y otros de la Facultad de París, condenaron la reglamentación desde el punto de vista de la higiene, de la moral y del derecho, declarando que semejante sistema importa la legalización de la trata de blancas. En el Congreso de Sifilografía de Montevideo (año 1921), se consideró la reglamentación de la prostitución como un "error higiénico, una injusticia social, una monstruosidad moral y un crimen jurídico". Igual orientación podemos encontrar en la Conferencia Sanitaria de Washington, en la de Ginebra, en el Congreso Médico de Cuba y en el de Valencia (Venezuela). De grande interés sobre este problema sanitario es el informe de la Comisión Interministerial presentado al Ministerio de Sanidad de Inglaterra en 1920.

Hoy día existe ya una conciencia clara en orden a que la reglamentación de la prostitución aparte de no llenar ningún fin médico profiláctico (1), tiene también otras consecuencias funestas para la colectividad:

(1) Reconocida la imposibilidad de dar certificado de Sana e insistir en la reglamentación, suprimiendo sólo el certificado de «Sana», sería lo mismo que un general pretendiera continuar su plan de ataque sin proyectiles una vez reconocida la ineficacia de éstos.

Lo lógico sería cambiar de plan e in medios más eficientes.

1º Al abrir registros oficiales de inscripción coloca en situación infamante y fuera de la ley a un pequeño núcleo de mujeres pobres, contribuyendo así a su mayor envilecimiento.

2º La inscripción consagra como profesión lícita algo que no lo es.

3º Al facilitar dicha inscripción hace obra contraria a la solidaridad colectiva más elemental, siembra la desmoralización con este ejemplo, desvía muchas energías de los ideales del trabajo y fomenta en esas desgraciadas el renunciamiento a la actividad productora, obstaculizando en cierto modo su regeneración.

4º El reconocimiento de los lenocinios, de acción nefasta por el solo hecho de su existencia, lo es en grado sumo sobre las asiladas y sus frecuentadores, relaja la moral de la juventud, enseña el desprecio por la mujer, favorece el alcoholismo, es la escuela práctica del proxenetismo y la feria para el enganche de nuevas desgraciadas.

Para terminar con este aspecto del problema, diremos con el Dr. Repetto, de Buenos Aires, que el Estado no tiene derecho para consentir una institución que degrada a la mujer, toda vez que no existen las razones higiénicas que se habían invocado para tolerarla y autorizarla y ante la objeción del peligro de su diseminación por la ciudad al abolir la reglamentación, bastará hacer saber que sobre 2,000 inscritas en la ciudad de Buenos Aires (en Santiago son 500) hay 60,000 (en Santiago 15,000), que no son alcanzadas por esos asilos.

\* \* \*

No encontrarían espacio suficiente, dentro del marco de este artículo, todas las consideraciones de etiología social que determinan a las mujeres a una poliandria comer-

cial — consecuencia de la poligamia del hombre —; pero resalta a primera vista el factor económico y la situación desventajosa en que el propio varón ha colocado a la mujer en la lucha por la existencia.

\* \* \*

El programa moderno de la profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas está contenido en trece puntos señalados por el Comité de la Oficina Internacional de Higiene Pública de París, pero que pueden resumirse en cinco, cada uno de los cuales es susceptible de ampliarse en una serie de medidas sanitarias, legales, educacionales y sociales.

1º Ley contra el Proxenetismo y la Trata de Blancas.

2º Profilaxis y Tratamiento de los enfermos — hombres o mujeres — hasta llegar al tratamiento obligatorio.

3º Educación sexual desde la escuela hasta la Universidad y educación profiláctica del pueblo.

4º Rehabilitación de la mujer por el trabajo.

5º Organización y protección del trabajo de la mujer.

De los cinco puntos enumerados, el segundo constituye el eje de la acción profiláctica; pero para llevarlo a la práctica es menester autorizar a los médicos para denunciar a la autoridad sanitaria, a los portadores de enfermedades venéreas que se niegan, obstinadamente, a seguir un tratamiento racional y suficientemente prolongado.

La declaración y tratamiento obligatorios son el alma de la moderna lucha anti-venérea, únicas medidas capaces de determinar una efectiva disminución del núme-

LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE  
analyse quantitative n.º 572

Le Directeur du Laboratoire Municipal certifie que l'échantillon déposé sous le n.º 565 par Monsieur LAMBIOTTE & Co. contient "UROMÉTINE" en comprimés, soit pour 100 grammes d'échantillon.

Remarque: l'échantillon n.º 100 est le même échantillon déposé.

La composition de ce produit permet de conclure qu'il est conforme à la composition indiquée.

Antiseptia  
urinaria

Quadruple acción: Bactericida,  
antitoxica, antiurica, diuretica.

# UROMETINE

LAMBIOTTE FRÈRES

Hexamétilena - Tétramina pura.

dosis corriente: 2 a 6 comprimidos diarios



Muestras y Literatura  
AM. FERRARIS  
Compañía 1296-Calle 29 D.  
Santiago de Chile

## Le Résyl



LYON (FRANCE) LABORATOIRES O. ROLLAND

Résyl

Ester glicero-guayacoleado soluble

El más activo de los medicamentos para las afecciones de los bronquios y pulmones

Catarrros, Bronquitis agudas y crónicas  
**Tuberculosis**  
Grippe, Linfatismo, Escrofulosis, etc

TÓNICO ESTIMULANTE DEL APETITO

Tolerancia perfecta.  
Acción enérgica y rápida

TRES FORMAS Jarabe (Frascos de 20 dosis 40)  
Comprimidos, tubo de 20 dosis  
Ampollas para inyecciones intramusculares y sub-cutáneas de uso exclusivamente médico

ANTIRREUMÁTICO  
ANALGESICO  
SEDANTE

ASCÉINE

Acetil-fenetidina Acetil-salicílico  
Cafeína



Laboratorio O. ROLLAND LYON (FRANCIA)

NEURALGIAS  
JAQUECAS, GRIPPE  
CIÁTICA, REUMATISMO  
y toda clase de pirexias.

Alivio inmediato:  
2 a 4 comprimidos por día



# OMEISAN

EL POLVO INODORO CONTRA  
HERIDAS Y QUEMADURAS

El ácido fórmico en el servicio  
de la terapéutica de las heridas.

OMEISAN es un desinfectante inodoro, completamente inofensivo que no causa irritación y sirve para toda clase de heridas abiertas y purulentas, quemaduras, eczemas secas y húmedas, procesos ulcerativos, contra el sarpullo de los niños.

Por el Omeisan ha sido posible resolver un problema cuya solución hasta la fecha se anhelaba de balde, e. d. encontrar una combinación de ácido bórico y ácido fórmico en forma cristalina. Omeisan forma en esta composición una sal doble e inofensiva que tiene la particularidad de formar constante y lentamente ácido fórmico en la secreción de las heridas, en los líquidos del cuerpo y en unión con los ácidos orgánicos. Por este procedimiento se desinfecta la herida, sin ningún efecto nocivo no intencionado, de una manera tan perfecta que la curación, — hasta en los casos inveterados y serios — se verifica con sorprendente prontitud.

$C_{30}H_{18}Na$

**A. BECKER y Cia.**

SANTIAGO - CONCEPCION  
Agentes Generales para Chile

# ELIXIR FERNEL

## Polyodurado Arsenical

es una Combinación de Yoduros  
Alcalinos y de Mercurio aso-  
ciados al ARRENAL

Recomendado como complemento del trata-  
miento de la Sífilis y como depurativo  
de la Sangre.

PREPARADO EN EL LABORATORIO DEL STENOGEN

Muestras gratis a disposición  
de los Facultativos.

NICOLAS GALASSO COLAVOLPE

CHACABUCO 64

TELEFONO 154 Est.

## LABORATORIOS CLIN

### ENESOL

(Salicilarsinato de Mercurio)

#### VENTAJAS:

Toxicidad excesivamente débil (70 veces más débil que la del Hg I<sup>o</sup>).  
El ENESOL no es doloroso en inyecciones hipodérmicas.  
La actividad terapéutica del ENESOL es comparable a la de las mejores sales mercuriales.  
El ENESOL se expende en Ampollas de 2 c. c. graduadas a 3 mgr. por c. c. (10 mgr. por ampolla).  
1012

### TUBOS ESTERILIZADOS CLIN

Para INYECCIONES HIPODÉRMICAS

con todo género de medicamentos utilizados en la práctica de la hipodermia. Se expenden en cajas de 6 y de 12 ampollas.

Los Tubos esterilizados CLIN se recomiendan por la asepsia perfecta, la pureza química y el riguroso dosaje de las preparaciones.

CONSÚLTASE EL PRECIO CORRIENTE ESPECIAL.  
1020

F. COMAR & FILS & C<sup>o</sup> - PARIS

## ASCOLÉINE RIVIER

SOLUCION

CIEN VECES MAS ACTIVA que  
el aceite de hígado de bacalao,  
por cuanto

cada cucharada cafetera de ASCOLEINE RIVIER contiene 10 centigramos de lecitido específico ("diamidotrifosfatido") mientras que un litro de aceite virgen sólo contiene, por junto,

20 centigramos.

La ASCOLEINE RIVIER aumenta las fuerzas, hace engordar a los tuberculosos, favorece las oxidaciones pulmonares

y acrecienta la actividad  
antitóxica del hígado.

## LABORATORIOS CLIN

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000<sup>o</sup> (Frascos de 5 y de 25 c. c.)  
Colirio al 1/5000<sup>o</sup>.  
Gránulos a 1/4 de mgr.  
Supositorios a 1/2 mgr.  
Tubos esterilizados a 1/2 mgr. por c. c.  
Tubos esterilizados a Adrenalina-Cocaína.  
EXJASE LA MARCA CLIN. 1010

### FOSFOTAL CLIN

(Phosphotal. — Fosfato neutro de Croscota)

Cápsulas Clin 20 mgr de Fosfotal por Cápsula.  
Emulsión Clin 50 mgr de Fosfotal por cucharada de las de café.  
Tubos Clin Solución oleosa, graduada a 10 mgr. de Fosfotal por c. c. en ampollas de 3 c. c.  
INDICACIONES: Bronquitis, Catarros, Laringitis, Tuberculosis. 1052

F. COMAR & FILS & C<sup>o</sup> - PARIS

ESTOS MICROBIOS  
OS DAN  
DISENTERIA  
ENTERITIS  
DIARRIA



Un solo frasco  
DE LA  
INSUPERABLE

# AMIBIASINE

ADOPTADA  
POR EL EJÉRCITO FRANCÉS  
OS CURARÁ

Laboratoire de l'AMIBIASINE  
27, Rue de Miromesnil, PARIS  
DE VENTA EN TODAS LAS BUENAS FARMACIAS

## Dentición

# JARABE DELABARRE

JARABE SIN NARCÓTICO.

Facilita la salida de los dientes, previene ó hace desaparecer los sufrimientos y todos los Accidentes de la primera dentición.

EXIJANSE el SELLO de la "Union des Fabricants", y la FIRMA DELABARRE.  
Establecimientos FUMOZZE, 78, Faubourg St-Denis, Paris, y las Farmacias del Globo.

# ANEMIA

Las Auténticas  
PÍLDORAS

*Blancard*

# BLANCARD

de PARIS

Aprobación de la Academia  
de Medicina de París.

# DEBILIDADES



ro de enfermos, curándolos de grado o por fuerza.

Planteado en este terreno el problema de la profilaxis, implica la denuncia obligatoria que puede considerarse atentatoria del secreto médico.

El secreto médico ha sido impuesto por necesidades individuales y también colectivas. No creemos que pueda hacerse caso omiso de él cada vez que el interés general se halle en conflicto con el interés individual; pero tampoco es justo sostener su mantenimiento absoluto.

El dogma del secreto médico absoluto se ha ido modificando en el curso de la civilización con los progresos de la medicina.

Sería redundante pasar revista ante el mundo médico a las numerosas circunstancias en que la conciencia moral del médico se halla en pugna con el secreto dogmático. "Digo y sostengo que una regla tan absoluta respecto del secreto, puede convertirse en dañosa para la sociedad" (Filippe).

Los progresos de la medicina preventiva — y en obsequio de los intereses de la colectividad — han influido para que el dogma del secreto médico haya sufrido grandes restricciones.

Desde luego, nuestro Código Sanitario establece la denuncia obligatoria de una serie de enfermedades infecciosas (art. 52) y cuando denunciemos alguna de éstas a la autoridad, no violamos el secreto, en primer lugar, porque la autoridad es impersonal, y en segundo lugar, porque esa autoridad es un médico que está también en ejercicio de su profesión y debe guardar secreto como el médico que asiste a una junta.

Estamos del lado de Razetti cuando en el Congreso Médico Venezolano de 1921, decía en Valencia: "Yo no denuncio el cáncer ni la tuberculosis, porque no sé cómo la au-

toridad sanitaria puede hacer algo en beneficio de la sociedad, por el hecho de saber que yo tengo casos de estas enfermedades; pero estoy dispuesto a denunciar las enfermedades venéreo-sifilíticas el día que el Estado tenga establecidos los medios de tratar a estos enfermos gratuitamente; mientras tanto, me callo, porque mi denuncia adolecería de la falta de justo motivo".

La declaración y tratamiento obligatorio son, pues, el cimiento de la moderna lucha contra las enfermedades sociales; pero para evitar la resistencia que esta medida puede despertar entre nosotros, se puede aplicar solamente a aquellos enfermos que se niegan a seguir un tratamiento racional y suficientemente prolongado, y en esta categoría están comprendidas las esclavas blancas y numerosos inconscientes; pero no están incluidos — ni necesitan estarlo para los fines que se persiguen — los enfermos de la consulta privada, los cuales tanto interés tienen en tratarse que retribuyen con dinero los servicios del médico.

Al propiciar esta forma de declaración y tratamiento, no se crea que pretendemos establecer una dicotomía entre la medicina y la policía, porque viene en nuestra ayuda una auxiliar indispensable: la enfermera visitadora o Inspectora de Asistencia Social. "En Bélgica, los enfermos señalan a la persona por la cual creen haber sido contagiados, y una enfermera con toda discreción visita a la denunciada y es raro que no consiga someterla al tratamiento".

No es del caso detallar aquí este interesante aspecto de la cuestión y las modalidades de su organización en Inglaterra, Bélgica, Francia, Alemania, etc. Baste decir que en Estados Unidos solamente hay 25,000 inspectoras sociales con denominaciones diferentes, según la especialidad que les in-

cumbe, en hospitales, fábricas, escuelas, sección de detenidos, etc.

¿Por qué se practica la inspección social en tan gran escala? ¿Cuáles son las condiciones de su desenvolvimiento futuro? Al formular estas preguntas los hechos mismos se encargan de sugerirnos la respuesta. No hay asistencia social posible sin esta organización. No hay obra de profilaxis posible sin esta cadena de unión entre el Instituto Profiláctico y los pacientes, para que el resultado de la obra sea verdaderamente eficaz.

Las auxiliares de Asistencia Social, en la lucha anti-venérea, están llamadas a sustituir — por su acción — la inscripción que envilece a la mujer, so pretexto de higiene. La enfermera social reemplazará esas vergüenzas por una acción de persuasión y de educación. Deben ser mujeres de cierta cultura, de cierta edad, seleccionadas por su competencia, condiciones morales y demás aptitudes adquiridas por una enseñanza adecuada. Compárese la obra moral y profiláctica de una norma semejante con el sistema de reglamentación de lenocinios.

Finalmente, el dogma del secreto no puede servir de pretexto para impedir que se adopten medidas salvadoras, dejando que prosiga la obra de ruina física y moral, que compromete tan seriamente la vitalidad de nuestra raza y el porvenir de nuestro pueblo.

#### ACLARACIÓN

En el número 5 de «La Clínica», por un descuido que lamentamos, no se suprimieron algunos conceptos hirientes para la nación alemana contenidos en la conferencia del Prof. Philip, de Edinburg. Creemos excusado decir que no nos solidarizamos en absoluto con esos conceptos.

La Redacción.

# Styles y Compañía

FABRICANTES DE

## Muebles Quirúrgicos Asépticos

Almacén: BANDERA 580. - SANTIAGO - Fábrica: MAPOCHO 3155.

Casilla 1249

Ofrecemos construir muebles de diferentes modelos

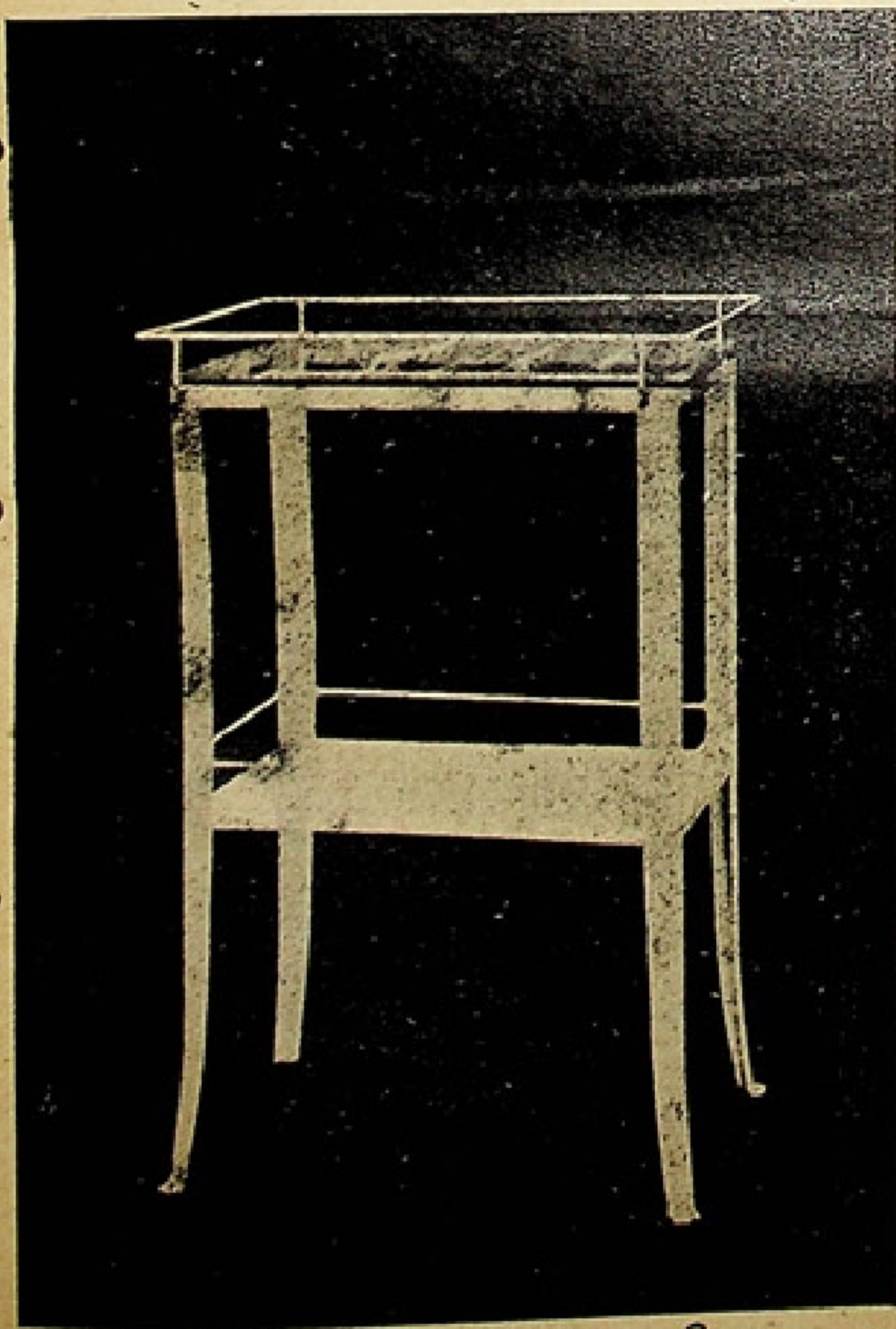
Nos esmeramos en el acabado, tanto respecto al esmaltado como del Niquelado. El esmalte no consiste de pintura blanca, sino de esmalte especial aplicado con brocha neumática y endurecido en un horno especial. El niquelado es una capa gruesa aplicada sobre una capa de cobre, cuando la pieza es de hierro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

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

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

NUESTRO LEMA:

IGUAL SINO MEJOR QUE LOS IMPORTADOS



MESA PARA INSTRUMENTOS N.º 22



**NUEVO DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD MÉDICA**

En la asamblea general del 4 de Julio, la Sociedad Médica eligió el siguiente Directorio:

**Presidente**, Prof. E. Prado Tagle; **Vice-presidente**, Prof. H. Lea-Plaza; **Secretario**, Dr. G. Puelma.

**Directores**: Drs. I. Alessandrini, F. de Amestí, C. Charlín, V. Gacitúa, C. Garcés, C. Lobo-Onell, J. de D. Montenegro, A. Mardones, L. Prunés, A. Johow, A. Scroggie y V. M. Vergara.

**CENTRO DE CULTURA FÍSICA DE LA ESCUELA DE MEDICINA**

Recientemente se ha organizado, por médicos y estudiantes de Medicina, un centro destinado a practicar los deportes y a difundir la cultura física.

Bajo el nombre de "Centro de Cultura Física de la Escuela de Medicina" esta nueva institución perseguirá el buen desarrollo de los ejercicios físicos, divulgando su forma científica y clásica, y no como quieren hacerlo algunos, sin control y en forma anti-fisiológica.

El Sábado 26 de Julio, en el Salón Central de la Universidad de Chile, se celebró una hermosa velada para inaugurar oficialmente esta nueva organización. Presidió el acto el Rector de la Universidad, Prof. Amunátegui,

los Profs. Aldunate y Díaz Lira, de la Facultad de Medicina, el Director de la Escuela de Medicina, Dr. Edo. Jaramillo, el Director del Instituto de Educación Física, D. Joaquín Cabezas, y don Jorge Matte Gormaz. Especialmente invitados concurren el Embajador de los Estados Unidos, Mrs. William Miller Collier, el Ministro de Méjico, señor Trejo Lerdo de Tejada, y el Ministro del Uruguay, señor Eugenio Martínez Thedy. En esta oportunidad pronunciaron interesantes discursos el Prof. Aldunate y el señor J. Cabezas. Un trío compuesto por estudiantes de Medicina ejecutó un escogido programa musical.

**LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA ELIGEN NUEVO DIRECTORIO**

Después de efectuar diversas votaciones, las que fracasaron por no obtener los candidatos la mayoría necesaria, el día 25 de Julio resultó elegido el siguiente Directorio del Centro de Estudiantes de Medicina:

**Presidente**: Sr. Guillermo Chandía; **Vice-presidente**: Sr. René Varela; **Secretario**: Sr. Héctor Sanhueza; **Tesorero**: Sr. Marcial Baeza; y **Pro-secretarios**: Srs. Carlos Marchant y Juan Rubilar.

Como en ningún año, se ha notado el entusiasmo por concurrir a este acto de tanta importancia para los estudiantes de Medicina, y fué así que la votación se hace por más de quinientos estudiantes.

**TESIS DE DOCTORADO**

La Redacción de "La Clínica" pone en conocimiento de los médicos recién recibidos y de los Licenciados del antiguo plan de estudios, que vería con sumo agrado que sus tesis nos fueran remitidas para dar un análisis de ellas. En esta forma, estos trabajos serían conocidos en todo el país. Continuamente recibimos insinuaciones de médicos de distintos puntos de la República en el sentido de hacer estas publicaciones. Estos extractos se publicarán formando parte del texto de "La Clínica". Las tesis se dirigirán al Secretario General de la Redacción.

**CENTRO MÉDICO DE LETRAS**

Con extraordinario brillo y selecta concurrencia celebró su sesión este Centro el Lunes 28 de Julio. Ocupó la tribuna el sabio y elocuente hombre de letras Sr. Ricardo Dávila.

Su conferencia abarcó en forma maestra toda la vida y la obra del insigne poeta y pensador Leopardi.

El Centro Médico ha venido a llenar una necesidad hondamente sentida. Necesitamos, como los que más, ensanchar nuestra cultura, dilatar nuestro horizonte intelectual más allá de los límites precisos y a veces estrechos de la Medicina. Estas excursiones a través de otros mundos espirituales, además del placer que producen, no harán sino dignificarnos y engrandecernos. Nada excusa ni justifica un encastillamiento presuntuoso y estéril. Alguien ha dicho que el individuo unilateral es un ser castrado... espiritualmente.

**EN LA MEDICACIÓN IODADA**

Es preciso distinguir un producto de iodo fisiológico de una mezcla que contenga iodo.

**CINETGENOL**

(ENERGIA ENGENDRO)

Todo fisiológico en solución que representa 5 por ciento de iodo, para tomar en dosis de 10 a 20 gotas dos veces al día.

EL CINETGENOL es un cuerpo definido, que por su constitución molecular responde con toda precisión a las características de los compuestos que actúan dentro del organismo humano.

Es, con toda propiedad, una sustancia fisiológica, que bajo la acción vital, se desempeña en un determinado orden reflejo, como los propios hormonas o fluidos viscerales.

Por esta razón, el efecto de sus dosis equivale a muchas veces a los del iodo en simples mezclas, y más aún, al estado de sales.

De aquí que el CINETGENOL se comporta como un poderoso e incomparable específico contra:

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

LABORATORIO CORTES

SANTIAGO

CHILE

**Obras de Obstetricia y Ginecología**

FABRE.—Manual de Obstetricia (3.ª edición) 1923, dos tomos en octavo en tela...	\$ 51.—
DÖDERLEIN (A.) y KRÖNIG (B.)—Ginecología Operatoria. Traducido de la 3.ª edición alemana, un tomo en cuarto encuadernado en pasta.....	114.—
BAISDI (R.)—Guía Práctica del Diagnóstico Tocológico y Ginecológico, un tomo en tela	17.25
KELLY (H. A.) y NOBLE (C. P.)—Ginecología y Cirugía Abdominal, dos tomos en cuarto en pasta.....	149.25
RECASENS GIROL (S.)—Tratado de Obstetricia, 4.ª edición, un tomo en cuarto, en pasta española.....	93.—
RECASENS (S.) y CONILL (V.)—Radioterapia profunda y Radiumterapia en Ginecología, un tomo en cuarto, en pasta española.....	50.25

**Librería SALVAT**  
Barcelona-Santiago

AGUSTINAS 1056 - SANTIAGO



**ESTENOSIS PÍLORO - DUODENALES**

por Félix Papin

En un extenso y bien documentado artículo, este autor hace un llamado al estudio prolijo de las estenosis píloro-duodenales que no son en su mayor parte más que complicaciones de las coleditiasis crónicas.

Son procesos de pericoledistitis, vesículas grandes, o bien cálculos que emigran de las vesículas al duodeno, las que producen estas lesiones.

Como consecuencias, tenemos los fenómenos dispépticos clásicos de la patología biliar. Es una cuestión netamente quirúrgica, que se debe abordar lo más pronto posible, antes que el enflaquecimiento y mal estado general, sea una contradicción.

Hay que distinguir diferentes grupos de accidentes pilóricos que pueden coexistir con la litiasis biliar.

1. Hay dolores tardos, vómitos y vagos trastornos gástricos, y aun el síndrome pilórico, sin que haya lesión anatómo-patológica del píloro o de la primera porción del duodeno.

Son síntomas consecutivos a una acción refleja, son gastropatías de origen biliar. En este caso, la litiasis es el todo, la gastropatía nada.

II. Hay otro grupo en que la vesícula es de grandes dimensiones y con ligera reacción de pericoledistitis, adherencias al píloro y duodeno.

III. Un tercer grupo en que después de una laparatomía se encuentran firmes adherencias de la vesícula al duodeno, píloro, colon trasverso formando un verdadero nudo ciego y en que aun después de extirpar la vesícula, el mal subsiste. Aquí se presenta el problema de terapéutica quirúrgica. Basta con la colecistectomía o es indispensable una gastro-enterostomía.

Presenta el autor una serie de observaciones personales y de otros autores que la sirven para analizar el criterio quirúrgico que se debe observar. En la mayoría de ellos se han practicado colecistectomías seguidas de gastroenterostomía, ya sea en uno o en dos tiempos.

Estudiando la anatomía patológica, se observa en estos casos:

1º Estenosis con grandes vesículas que comprimen la región píloro duodenal con pequeñas adherencias;

2º Emigración de cálculos a través de una fistula vesico duodenal, o bien a través del colédoco.

3º Procesos de coledistitis intensos que por sus adherencias del epiplón menor forman acodaduras del duodeno y verdaderos tumores de masas intestinales adherentes.

Al lado de esto hay que agregar el espesamiento, la induración que experimenta el duodeno por su proceso perivisceral y la hipertrofia de la cabeza del páncreas, como

consecuencia de la paracreatitis que siempre acompaña a las coleditiasis.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, el autor expone el siguiente criterio:

1º Se trata de una estenosis píloro duodenal por compresión vesicular, es la colecistectomía la que basta para que pasen todas las molestias.

2º Es una estenosis producida por enclavamiento de un cálculo que ha emigrado, ya sea por el colédoco o por una fistula vesico-duodenal; la cosa es más compleja. Hay que llegar a una colecistectomía, a una duodenotomía y aun a veces a una gastroenterostomía.

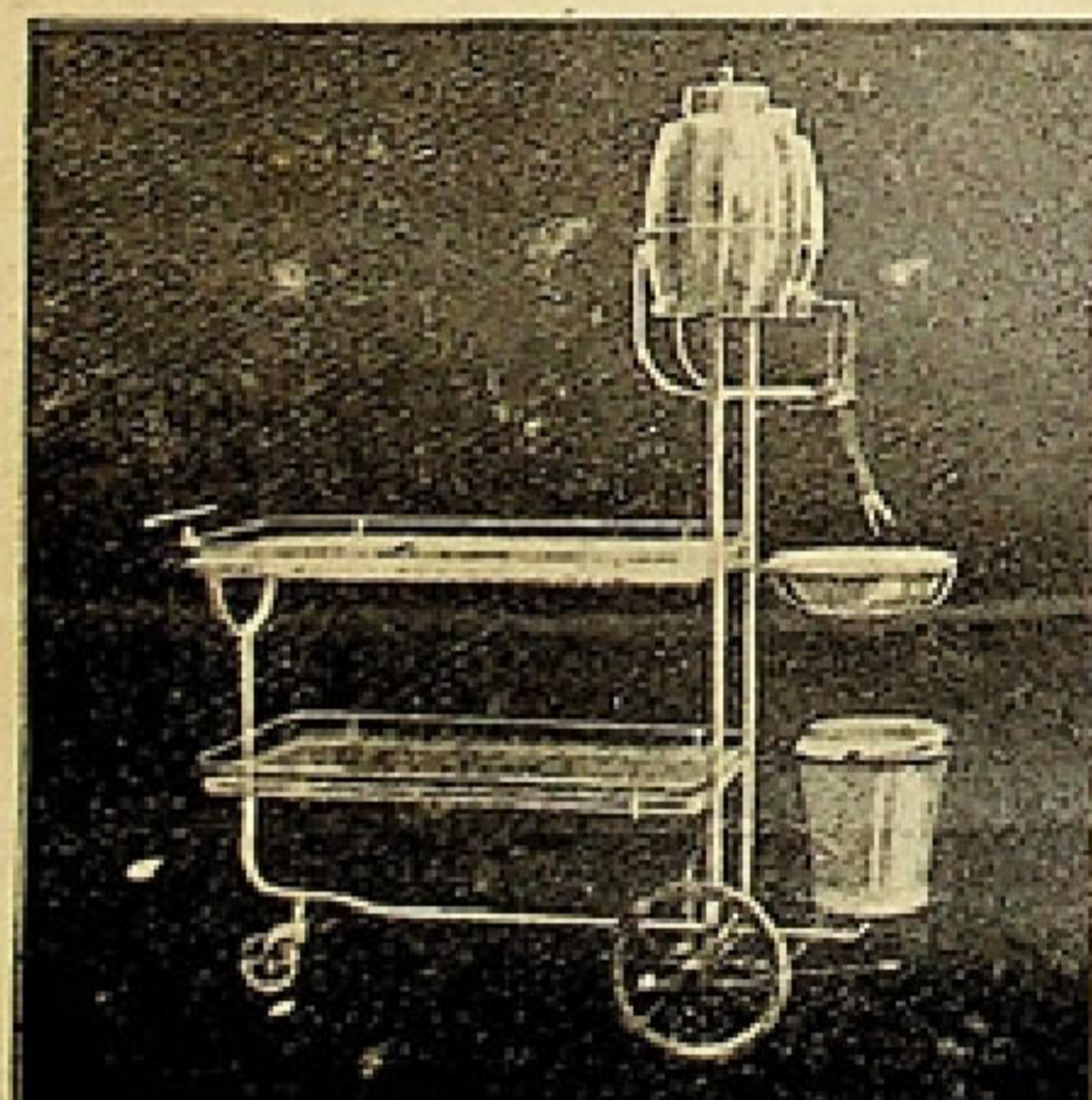
3º Si hay un proceso de pericoledistitis intensa, hay que diferenciar dos de sus fases: en evolución, o son lesiones residuales.

En la primera, la colecistectomía, con desprendimiento de algunas adherencias, basta.

En la segunda hay ya una verdadera masa íntima que no es fácil separar, es entonces cuando la gastroenterostomía se impone, ya sea como complemento de una colecistectomía o como operación previa de preparación de un enfermo enflaquecido y agotado por la cronicidad de su lesión.

En cualquiera de los dos casos es la gastroenterostomía la que aliviará al enfermo.

(*Journal de Chirurgie, Paris, Enero, 1924*).



## Fábrica de Muebles Asépticos

DE

### Luis A. Morales

FUNDADA EL AÑO 1912

Premiada en las Exposiciones de Industrias Nacionales de 1916 y 1922

FÁBRICA Y OFICINA:

AVENIDA PANTEÓN N.º 1119

TELÉFONO 95 (PALMA)

(Frente al Instituto de Anatomía de la Escuela de Medicina)



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

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

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

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

Sírvase pedir Informes y Catálogos







ASISTENCIA PÚBLICA.—CASA CENTRAL

## DIAGNÓSTICO

Y

## TRATAMIENTO DE URGENCIA

## DE LOS COMAS (1)

por el

Dr. Miguel FABRES IZAGA

Médico de la Casa Central de la Asistencia Pública

Creemos oportuno fijar las ideas respecto al diagnóstico y tratamiento de urgencia de los comas, por cuanto éstos caen de lleno en la medicina de urgencia, y como tal, dentro de la índole de las atenciones médicas que debe prestar la Asistencia Pública, tanto dentro de la Casa Central como en los servicios a domicilio.

Coma viene de una voz griega que significa sueño profundo, y es un estado patológico en el cual las reacciones cerebrales están abolidas, y las excitaciones exteriores son incapaces de provocar reacciones voluntarias.

El coma es el resultado de un trastorno sinérgico extremadamente grave, que puede sobrevenir en el curso de enfermedades generales agudas o crónicas, en caso de intoxicaciones agudas o envenenamientos, y en este caso no es más que un signo de agonia. Puede todavía sobrevenir como resultado de la insolación, asfixia, etc.

Se le encuentra, sobre todo, en las afecciones cerebrales (hemorragias, tumores del cerebro, abscesos, reumatismo cerebral, meningitis), en la histeria, la epilepsia; en las intoxicaciones graves: exógenas (anestésicos, opio, alcohol, etc.), o endógenas (coma urémico, diabético, y de las enfermedades infecciosas).

Como el tratamiento del coma varía con el origen de este accidente, se comprenderá la gran importancia de saber hacer rápidamente el diagnóstico de los diferentes comas.

Para hacer este diagnóstico contamos con los datos que pueden suministrarnos: 1º Los parientes o allegados del enfermo; y 2º con los signos clínicos que podemos obtener di-

rectamente del paciente, mediante un examen objetivo bien hecho.

1º De boca de los parientes o allegados del enfermo podremos saber si el accidente ha sobrevenido violentamente, bruscamente, hallándose el paciente bueno y sano antes, o bien si ha habido algunos signos precursores del ataque. Entre éstos podremos averiguar: Si ha habido vértigos, debilidad de algún miembro, dificultad en la palabra (resblandecimiento?) Si ha habido antes esbozos de ataques (hemorragia cerebral). Si presentaba antes dolores violentos de cabeza, vómitos y trastornos visuales (tumor cerebral, meningitis). Si era diabético, nefrítico o dispéptico. Si se hallaba enfermo de reumatismo u otra infección aguda (reumatismo cerebral, coma infeccioso). Si era cirrótico, o se hallaba con ictericia (insuficiencia hepática). Si era epiléptico o histérico. Si había sido expuesto a una violenta insolación. Cuál era su profesión (cólico saturnino). Si nada hacía sospechar una intoxicación opiácea, fosforada o con belladona (suicidio). Si se hallaba expuesto a la asfixia por una estufa mal ventilada.

En seguida pasaremos a considerar los síntomas que nos ofrece el enfermo mismo y entonces debemos tomar en cuenta.

**Aspecto y actitud del enfermo.** — El tinte rojo y vultuoso de la cara puede hacer pensar en una hemorragia cerebral o una insolación, en una meningitis, en un reumatismo cerebral, en una intoxicación por belladona. El tinte pálido se encuentra en la uremia y el coma diabético. El edema pálido nos hace pensar en la uremia, en cambio si es violáceo con manchas hemorrágicas de los párpados, pensaremos en la epilepsia. El tinte rosado, rojo cereza o carmín, de los tegumentos, es un síntoma de intoxicación oxicarbonada. La asimetría facial con descenso de una de las comisuras y el acto de fumar la pipa, indican una apoplejía cerebral (hemorragia o resblandecimiento). La espuma sanguinolenta de la boca, puede hacerernos reconocer un coma post-epiléptico. El temblor débil y rápido de los párpados constituye un signo de gran valor para reconocer el ataque de histeria.

**Debemos investigar si hay contracturas o convulsiones.** — Las convulsiones se encuentran en la epilepsia, la uremia, la histeria, la meningitis tuberculosa y cerebroespinal, las hemorragias meníngeas o ventriculares, los abscesos del cerebro. Las contracturas se encuentran en la apoplejía cerebral, en la meningitis, en la histeria.

La resolución muscular, por el contrario, es la regla en el coma diabético y alcohólico.

**Buscar si hay parálisis.** — La hemiplegia es un buen signo de hemorragia cerebral y resblandecimiento. Se la encuentra también, a veces, en la uremia y en la apoplejía histerica, pero en este último caso falta el signo de Babinsky. Una monoplejía braquial o crural se encuentra en el resblandecimiento y a menudo precede al coma. La parálisis facial nos habla de una apoplejía cerebral (hemorragia o resblandecimiento).

**Estado de la sensibilidad.** — La sensibili-

dad está abolida en el coma, aun cuando puede haber cierta persistencia de ella en el coma diabético.

**Examen de la respiración.** — Dos cosas deben llamar nuestra atención en este examen. El olor del aliento y el tipo respiratorio. El olor a alcohol es un signo patognómico. El olor amoniacal es característico de la uremia. El olor clorofórmico o acetónico se presenta en el coma asidósico o dispéptico. En cuanto al tipo respiratorio: la respiración estertorosa se encuentra en la apoplejía cerebral y el coma epiléptico. El tipo respiratorio de Cheyne-Stokes está ligado a la uremia y se le puede encontrar también en la apoplejía cerebral, cualquiera que sea su origen (hemorragia, resblandecimiento, tumor cerebral). El tipo Kussmaul es uno de los mejores signos del coma diabético. La respiración regular como la de un sueño profundo, se observa en el coma histerico. La respiración lenta, 4 o 5 por minuto, acompañada de cianosis, nos hace pensar en una intoxicación opiácea.

**Examen del aparato circulatorio. Sangre.** — Ruido de galope izquierdo con chasquido del segundo tono aórtico ligado a la hipertensión arterial se encuentra en la uremia. La existencia de una lesión valvular puede hacer pensar en una embolia. El pulso es lento en la apoplejía cerebral, y sobre todo, en la meningitis. La aceleración del pulso es habitual y marcada en el reumatismo cerebral. La presión arterial se halla aumentada en la uremia y en el saturnismo agudo. Disminuida con pulso pequeño en el coma de las enfermedades infecciosas, período sincopal de la apoplejía cerebral en ciertas intoxicaciones (callampas). La dopificación de urea en la sangre, es un dato muy importante, que deberá hacerse siempre que se pueda.

**Examen de los ojos.** — Es de gran importancia. La miosis es casi constante en la uremia y se observa, a veces, en la intoxicación opiácea. La midriasis despertará la idea de una intoxicación belladonada. La desigualdad pupilar es un signo de meningitis, de parálisis general. El examen de fondo de ojo, aunque no es un examen que pueda hacerse de urgencia por un médico práctico, pues necesita el concurso del especialista, nos da signos muy decisivos (retinitis, edema de la papila), y por eso lo menciono. El estrabismo se observa en la meningitis, en la tabes, en los tumores del cerebro.

No hay que descuidar el examen de la boca.—Mordedura de la lengua en la apoplejía, la epilepsia. Sequedad de la lengua en la uremia. Sequedad de la garganta en la intoxicación con belladona. La estomatitis de la uremia.

**Temperatura rectal.** — Normal en la histeria, alcoholismo, saturnismo. Elevada en la apoplejía cerebral, epilepsia (38º). La hipertermia, 40 y 41º, en la insolación y período terminal de la apoplejía cerebral. La hipotermia en la uremia y coma diabético.

**Examen de las orinas.** — Es de suma importancia para el diagnóstico de los comas. Debemos tratar de obtener orina sondeando

(1) Conferencia dictada el 11 de Julio.



al enfermo para practicar los exámenes del caso. En la anuria, con vejiga vacía, debemos pensar en la uremia. La emisión involuntaria de orina es un signo de epilepsia.

**Examen del abdomen.** — El abdomen excavado, se observa en la meningitis. La esplenomegalia, indica una infección.

**Vómitos. Diarreas.** — Son un síntoma de intoxicación; se presentan en la uremia, coma diabético, intoxicaciones diversas. Los vómitos cerebrales, en estado ya meníngeos o cerebrales. La constipación, constituye un buen signo de la meningitis y de la intoxicación opiácea.

### Tratamiento general

El tratamiento general de los comas tiene por objeto, naturalmente, reanimar el enfermo con ayuda de estimulantes y revulsión cutánea (fricciones de la piel, secas o con alcohol, trementina, etc., sinapismo en su pequeño, inyecciones subcutáneas de éter, los miembros inferiores. En caso de pulcanfor, esparteina, etc. Inyección de suero glucosado).

Estas son las indicaciones comunes a todos los comas, y a ellas se limitará el médico sólo en los casos de no hacer un diagnóstico. Pero, naturalmente, el tratamiento de fondo, el tratamiento racional y lógico, varía con el origen y el valor de este accidente y exige, por tanto, un diagnóstico.

En consecuencia, ya que hemos repasado la conducta general que debe observar el médico frente a un accidente de esta especie, debemos ahora colocarnos frente a cada uno de los comas más frecuentes (ya que sería demasiado largo enumerarlos todos), para recordar su sintomatología y la manera más eficaz de combatirlos, y en especial, el tratamiento que debe aplicar el médico que es llamado de urgencia al lado de un enfermo de esta naturaleza.

Los comas más comunes, entre nosotros, son, por orden de frecuencia, tal vez, como sigue: 1º El coma histérico; 2º el epiléptico; 3º el coma por apoplejía cerebral; 4º el coma alcohólico; 5º el coma urémico; 6º el diabético; 7º el de la insuficiencia hepática.

Después se escalonan en un segundo plano, los comas infecciosos, los comas inflamatorios (meningo-encefalíticos, reumatismo cerebral), los comas tóxicos (opio, morfina), los comas neoplásicos (tumores cerebrales).

Como estoy hablando desde un punto de vista médico, no he considerado los comas por traumatismos cráneos-cerebrales, pues de no ser así, habría tenido que cederles el primero o el segundo lugar en mi enumeración.

Nos vamos a limitar a considerar los accidentes que hemos enumerado en primer plano.

#### 1.º Coma histérico o sueño histérico

Después del gran ataque de histeria o en el ataque llamado "sueño histérico", se tiene ocasión de observar a los pacientes en

un estado de resolución muscular, de insensibilidad e inconciencia que pudieran hacer pensar en un coma.

Si el médico ha tenido la ocasión de asistir al ataque de gran histeria, no puede haber vacilación en el diagnóstico, lo mismo que si los allegados refieren haber presenciado una escena en cuyos rasgos el médico ve las características de la histeria.

Pero, es necesario decirlo, en nuestros días ya casi no se observa la gran crisis de la Salpetriere. Parece que junto con el nuevo concepto de la histeria dado por Babinski, y aceptado por la mayoría de los neurólogos, la sintomatología de la histeria algo hubiera cambiado. Y así, hoy día, es el ataque de histeria vulgar pequeño el que tiene ocasión de observar el médico y que en la mayoría de las veces consiste: en una sensación de opresión, de angustia, que sube hacia la garganta, que ahoga al paciente, el cual cierra los ojos y cae en una especie de sueño profundo.

En esta situación encuentra el médico a la mayoría de los histéricos.

Ahora bien, ¿cómo hacer el diagnóstico?

La mayoría de las veces es una niña joven que, según la familia, ha presentado ya, en otras ocasiones, el mismo ataque. El hecho de que sobreviene con motivo de alguna emoción (rabia, miedo, celos, etc.); las características mismas del ataque: sueño tranquilo, pulso y respiración normales; el temblor de los párpados; la ausencia de fiebre; algunos síntomas negativos, como falta de mordedura de la lengua, el hecho de que la enferma jamás se hace daño al perder el conocimiento, cayendo en su cama o en otro sitio adecuado; la manera de terminar de este ataque con una crisis de lágrimas o de risa, y el hecho de que después de todo esto la enferma se siente bien y puede reanudar sus actividades, nos hablan claramente de una histeria y establecen una diferencia bien neta con al epilepsia.

**Tratamiento de la histeria.** — El tratamiento del ataque de histeria consiste, más que todo, en la sugestión, pues, las enfermas; a pesar de estar aparentemente inconscientes, oyen todo lo que está pasando a su alrededor. De modo que el médico que logre inspirar confianza y que dé a entender a la enferma que su ataque no reviste gravedad y que va a pasar pronto, tiene la mayor parte del tratamiento adelantado. Además, las inhalaciones de éter, de nitrito de amilo, la compresión de las zonas histerógenas, etc., dan resultado en la mayoría de los casos.

Encuentran, también, una gran aplicación aquí, todos los anti-espasmódicos: bromuros, belladona, beleño, valeriana, etc.

#### 2.º El coma epiléptico

El coma epiléptico, o sueño comatoso, que sigue al ataque convulsivo, no tiene rasgos muy característicos que puedan individualizarlo. El enfermo se halla en resolución muscular completa y generalizada, la respiración es profunda y estertorosa, a veces una transpiración abundante cubre los tegumentos. Sin embargo, es característico

de la epilepsia, la mordedura de la lengua, que produce una herida, que es la causa de esa espuma sanguinolenta que se escapa por los labios arrastrada por la respiración estertorosa. También se puede obtener un síntoma positivo de la temperatura, la cual se halla un poco elevada. Debemos también investigar si ha habido expulsión de orina, materias fecales o semen, pues estos signos constituyen fuertes presunciones en favor de la epilepsia.

Pero el diagnóstico debe basarse, sobre todo, en los caracteres clínicos del ataque que ha precedido a este estado de coma, y que son el aura, el grito inicial y las convulsiones.

**Tratamiento del coma epiléptico.** — Consiste solamente en respetar el sueño del enfermo y no despertarlo por ninguna excitación. Velar por que se haga el silencio en torno suyo y colocarlo en buenas condiciones para que pueda reposar tranquilo durante el tiempo que ha de durar este estado de cosas, que, como sabemos, puede prolongarse desde media hora hasta unas cuantas horas. Se tratará, pues, de colocar al paciente en cama, soltándole todas sus ropas, o, por lo menos, el cuello y la cintura, para que pueda respirar libremente.

#### 3.º Hemorragia cerebral. — Descripción clínica

A continuación de algunos prodromos, como hormigueo de los miembros, vértigos, cefaleas, torpeza en la palabra, parestia pasajera de un miembro, tendencia al sueño, etc., o bien, súbitamente, un individuo de edad cae en estado de coma.

El enfermo se presenta inerte, está pálido, su respiración es lenta, suspirosa, el pulso lleno, tenso un poco retardado, la presión arterial está elevada, la temperatura es baja, los párpados entreabiertos dejan ver las pupilas, las cuales se hallan en un estado variable, dilatadas o contraídas, o bien se las encuentra desiguales. En este caso, en el período de coma, la pupila dilatada corresponde al hemisferio atacado mientras que en el período de reacción es la inversa, la pupila contraída corresponde al foco de la hemorragia. Por lo demás, cualquiera que sea el estado de las pupilas, éstas no reaccionan a la luz, tampoco hay reflejo corneal.

Los miembros se hallan en resolución y al examen se puede precisar el lado de la hemiplegia, que es la consecuencia reglamentaria de la hemorragia cerebral.

A pesar de la resolución muscular, se observa el signo de la desviación conjugada de la cabeza y de los ojos, que consiste en que el enfermo tiene su cabeza y sus ojos vueltos del lado del foco apoplético.

En la cara, debido a la parálisis facial, se puede constatar un descenso de la comisura labial, el surco naso-labial tiende a borrarse en el lado afectado. En la espiración, el aire levanta los labios y la mejilla del lado paralizado, lo que da la impresión de que el enfermo estuviera fumando pipa.

La sensibilidad se halla suspendida. Los reflejos, en general, se hallan abolidos, sin



embargo, se puede observar el reflejo plantar normal o reemplazado por el signo de Babinski.

Frecuentemente hay incontinencia de orina y de materias fecales. El término de incontinencia no parece ser muy exacto, usado en este caso, pues no se trata de verdadera incontinencia, sino de una necesidad de evacuar el recto y la vejiga por una función espontánea, automática y, naturalmente, inconsciente.

Si la hemorragia no ha sido fulminante para matar al enfermo, se tiene ocasión de observar el período de reacción.

En este período, después de haber pasado el enfermo algunas horas sumido en el coma, abre los ojos, se puede observar la vuelta de las facultades psíquicas.

El enfermo mira a su alrededor, hace algunos movimientos con el lado no paralizado. La sensibilidad también comienza a despertar y puede presentar delirio, agitación, etcétera.

El pulso se acelera. La temperatura tiende a subir, 37½ a 38º.

Es de advertir que este cambio en el pulso y temperatura se observa algunas horas después del estado sincopal, aun cuando el enfermo no dé señales de salir del estado de coma; y si el termómetro en su marcha ascensional alcanza hasta 40, 41 o 42º se puede predecir una terminación fatal a breve plazo.

En este período la cara se pone rojo oscura.

Si el enfermo ha de mejorar, los síntomas todos regresan poco a poco hasta llegar al estado de hemiplegia residual.

Entre las formas clínicas de la hemorragia cerebral merecen citarse la forma fulminante que mata a los enfermos en forma súbita (lo que es excepcional), o bien se los lleva en doce, veinticuatro o cuarenta y ocho horas; y la forma con inundación ventricular, en la cual se presentan sacudidas convulsivas en un solo lado o en ambos, simulando verdaderos ataques de epilepsia.

El diagnóstico no es difícil, en la mayoría de los casos, teniendo en cuenta la sintomatología, hasta cierto punto rica de la hemorragia cerebral y teniendo, todavía, el auxilio de la punción lumbar.

**Tratamiento.** — Contra la hemorragia misma no hay medio de obrar, de modo que el tratamiento será expectante y, sobre todo, consistirá en prevenir las complicaciones: infecciones urinarias por cateterismos sépticos, respiratorias, decúbito, etc.

Se administrará un lavado purgante y, si es posible, se dará un drástico enérgico (aguardiente alemán 15, 20 o 30 gr.)

Se colocará hielo en la cabeza y se mantendrá al enfermo en decúbito cuidando de no moverlo, en una pieza bien aireada.

Respecto al problema de la intervención quirúrgica en la hemorragia cerebral, se ha propuesto la trepanación del lado afectado para extraer el coágulo, y más recientemente, Pierre Marie y Kindberg, habiendo demostrado que el coma prolongado de la apoplejía era debido a la compresión del hemisferio sano, por el derrame intra cerebral,

han propuesto la trepanación descompresiva del hemisferio opuesto al del foco hemorrágico. Esta operación se ha practicado en varios enfermos con éxito, pues determinó, conforme a la hipótesis de Marie y Kindberg, la desaparición del coma. Esta intervención es, pues, muy aceptable, pero está exclusivamente indicada en los casos en que por su duración la suspensión de las funciones cerebrales compromete la vida del enfermo.

#### 4.º Coma alcohólico

Cuatro palabras bastan para hablar del diagnóstico y tratamiento de este accidente.

No tiene características muy especiales, de modo que si no es por dos datos, principalmente: antecedentes de alcoholismo del sujeto, olor a licor del aliento, su diagnóstico podría dar lugar a muchas dudas.

El aspecto general del comatoso alcohólico es, más o menos, el mismo que se observa en todos los comas: insensibilidad a toda excitación, resolución muscular, como la de la anestesia, pupila dilatada, respiración lenta, profunda, estertorosa, e irregular, el pulso concluye por hacerse pequeño y lento, la temperatura baja, y a veces, se puede observar incontinencia de orina y de materias fecales.

**Tratamiento.** — Reposo. Estimulantes (acetato de amoníaco, cafeína, etc.) Se provocará el vómito por la administración de ipeca, o aún, por la inyección de un centígramo apomorfina, o bien, se procederá al lavado del estómago.

#### 5.º Coma urémico

Presenta los caracteres habituales del coma (abolición de las facultades intelectuales, de las percepciones sensitivas, resolución muscular, pero conservación de las funciones respiratoria y circulatoria, aun cuando éstas presentan algunas perversiones, ritmo de Cheyne-Stokes, hipertensión, ruido de galope). Se acompaña frecuentemente, pero no siempre, de hipotermia y de miosis. Puede sobrevenir de una manera brusca, violenta (forma aploplectiforme), o bien, suceder a un estado de somnolencia, que es una de las manifestaciones características de la azotemia.

El diagnóstico clínico del coma urémico con las otras variedades de coma, es bastante difícil. Este diagnóstico se fundará, en muchas ocasiones, y en todo caso encontrará su comprobación en el análisis comparado de la orina y la sangre (docif. urea).

Algunos síntomas clínicos nos darán fuertes presunciones para hacer un diagnóstico en muchos casos. El aspecto pálido del enfermo, el olor amoniacal de su aliento, el ritmo respiratorio de Cheyne-Stokes, la presión arterial elevada, acompañada de un retorzamiento del segundo tono aórtico, y a veces, un ruido de galope izquierdo, orientarán nuestro diagnóstico.

**Tratamiento.** — El tratamiento del coma urémico, que es una de las formas cerebrales de la uremia, un episodio paroxístico, por

así decirlo, de las nefritis, un episodio agudo y temible, reclama una terapéutica enérgica y pronta que, por lo demás, se superpone a la de cualquiera crisis de uremia aguda.

La primera indicación es la sangría, la cual debe ser abundante (300, 500 cc. o más). Con esto se llena una doble indicación, bajar la presión arterial y desintoxicar al enfermo.

Con el mismo objeto se hace la derivación intestinal, o sangría blanca, por medio de purgantes drásticos o lavado purgante.

**Régimen.** — Dieta hídrica. Litro y medio a dos litros de agua azucarada (lactosa al 30 o 50 por mil). Enemas de suero glucosado o lactosado, gota a gota rectal, fleboclisis o hipodermoclisis para suplir la absorción gastro intestinal en caso que el enfermo no pueda absorber líquido (vómitos).

La dieta hídrica será poco a poco reemplazada por el régimen lácteo, se darán dos litros, máximo dos litros y medio de leche en las 24 horas.

Esto, en cuanto al tratamiento de fondo, sin entrar en las particularidades o en los pequeños síntomas que pueda presentar cada caso particular, para combatir los cuales, se recurrirá a los medicamentos respectivos (antiespasmódicos y sedativos en caso de excitaciones, angustias, etc.)

Medicación cardio-tónica en caso de asistolia o hiposistolia asociada a la uremia. Recurriendo, según la urgencia del caso, a la ouabaine o a los preparados de digital asociados a la teobromina para restablecer el equilibrio cardio-renal.

#### 6.º El coma diabético

El coma diabético se presenta, a veces, bruscamente en medio de un estado de salud aparentemente bueno, pero en general, sucede a un período más o menos largo de síntomas precursores.

La aparición está marcada por dolor intenso al epigastrio, vómitos repetidos o crisis de diarrea, cefalea penosa, vértigo.

Cuando el coma se halla constituido, el enfermo está inerte, incapaz de responder a las preguntas que se le dirigen, no traga ni alimentos ni medicamentos, y se muestra insensible a la clavatura y al pellizcamiento de la piel. La cara se halla violácea, la piel fría y las extremidades ligeramente cianóticas.

El estado de las pupilas no ofrece ningún carácter especial, lo más frecuentemente ellas se hallan dilatadas y poco contractiles.

La respiración es profunda, estertorosa y ofrece, a veces, el ritmo de Kussmaul.

La temperatura central no nos da ningún síntoma característico. Puede hallarse normal o descendida, para ascender en el período agónico. En otras ocasiones se ve la temperatura subir progresivamente desde la aparición del coma hasta el momento de la muerte. En suma, lo único que podemos decir es que la regulación térmica está profundamente alterada.

El pulso está, de ordinario, acelerado



(120 o 140). Los ruidos cardíacos son regulares y débiles. La presión arterial sufre un descenso progresivo. La orina disminuye, en general. Otro tanto podemos decir de la glicosuria, que puede llegar aún a desaparecer en caso de coma que dure varios días y que sobreviene en un individuo cuya tolerancia por los hidratos de carbono no está completamente abolida.

El diagnóstico del coma diabético se basa en el examen de la orina, en donde deben encontrarse los estigmas químicos de la acidosis. Por lo tanto, hay que esforzarse en obtener orina sondeando al enfermo, y en caso de no tener ésta, se irá a investigar las reacciones de la acidosis en el líquido céfalorraquídeo obtenido por punción lumbar, o bien, se irán a buscar los cuerpos acetónicos en la sangre.

**Tratamiento.** — El coma diabético tiene un tratamiento clásico, basado en la patogenia de este accidente, consistente en la alcalinoterapia, que, hasta hace muy poco tiempo, era la única terapéutica de este accidente, casi fatalmente mortal. Ultimamente, el descubrimiento de la insulina y la introducción de este medicamento en el tratamiento de la diabetes, ha venido a modificar, junto con el tratamiento clásico del coma diabético, el pronóstico de él. En efecto, en la mayoría de los casos, relatados en la literatura llegada sobre insulina, un franco éxito ha coronado la medicación, pues los mejores triunfos de la insulina se han observado en estos casos desesperados. De modo que, sin vacilación de ninguna especie, podemos decir que la terapéutica de la diabetes, en especial la del coma diabético, han hecho con la insulina una brillante adquisición.

Por muy brillantes que sean los resultados obtenidos con el extracto alcohólico de páncreas, creemos que la alcalinoterapia no ha perdido aún su oportunidad, pues, por lo menos, puede ser empleada como ayudante del tratamiento opoterápico y aún, dada la escasez de insulina en muchas ocasiones, todavía tendrá que ser la alcalinoterapia, desgraciadamente, el único tratamiento del coma diabético.

Nos ocuparemos, pues, de ambos tratamientos.

**Alcalinoterapia.** — Para que este tratamiento pueda tener éxito, debe ser precoz y enérgico.

Desde el momento que se hace el diagnóstico de inminencia de coma, debe procederse a alcalinizar fuertemente el organismo. Mientras más avanzados se encuentran los síntomas de la acidosis, más remotas deben ser las esperanzas del médico respecto a la mejoría de su paciente.

Sin embargo, algunos éxitos referidos en la literatura con este método de tratamiento, en el período de coma confirmado, habían obligado a protestar del pronóstico fatalmente mortal que se hacía del coma diabético, y exigía que todo médico ensayase sistemáticamente a la alcalinoterapia frente a un accidente de esta especie.

Esta forma de tratamiento está basada en la patogenia misma del coma diabético y

constituye una confirmación de la teoría de la acidosis. Trata de combatir la intoxicación ácida por medio de los alcalinos, especialmente el bicarbonato de soda.

Deben administrarse cantidades considerables de bicarbonato: 50, 100 gramos, y en caso de coma, 150 y 200 gramos diarios.

Se puede administrar el medicamento por ingestión, en enemas y en inyección endovenosa.

Esta última vía es la vía de elección para el tratamiento de la acidosis y coma diabético, por cuanto es una vía que aparte de que no presenta, o por lo menos no le afecta, el inconveniente de los fenómenos de intolerancia de las otras, como son los vómitos y la diarrea, tiene la ventaja de obrar más rápidamente y más eficientemente, pues con dosis relativamente pequeñas, se logra dominar síntomas que, para combatirlos por la ingestión, habrían necesitado 4 o 5 veces la dosis inyectada.

Demás está decir que pueden usarse todas las vías simultáneamente. Corrientemente se usan la inyección y la ingestión.

En ingestión se da el medicamento en agua de Vichy o en una infusión caliente.

En lavados, Magnus Levy recomienda introducir cada media hora en el recto una cucharadita de té de bicarbonato disuelta en un poco de agua o leche. Si el recto es tolerante, el bicarbonato se absorbe bien, pero más frecuentemente determina diarrea y tenesmo, y el tratamiento no puede ser continuado por esta vía.

Para la inyección intravenosa se usa la solución al 5% (1 litro igual 50 gramos de bicarbonato) de la cual se inyectan, según las necesidades, 1, 2, 3 y 4 litros diarios.

Se recomienda hacer la inyección lentamente, sobre todo cuando se inyectan dosis grandes, para no sobrecargar el corazón. Lepine demora una hora a una hora y media para inyectar uno o dos litros, y suspende momentáneamente la inyección, si en el curso de ésta se presenta un ruido de galope. Labbé cree que la sobrecarga circulatoria no debe temerse mucho y que en la práctica es mejor que la inyección dure poco tiempo.

**Tratamiento de la acidosis y del coma diabético por la insulina.** — A este respecto debo decir, ante todo, que en materia de posología de la insulina, no se pueden dar reglas invariables. Las dosis dependen, naturalmente, de la actividad del producto empleado, por una parte, y de la gravedad del caso, por otra. Debo también manifestar que la unidad de que hablo, a continuación, es unidad americana, y que el procedimiento descrito es el que, según Cheinisse, preconizan las instrucciones Canadienses.

Según estas instrucciones, en caso de acidosis, se inyectan de una vez 20 a 40 unidades de insulina subcutánea, después cada dos o tres horas se sigue inyectando 10 a 20 unidades, guiándose por la evolución de los signos clínicos y por los resultados de los repetidos exámenes de la orina y de la sangre.

Para evitar los accidentes de hipoglucemia hay que administrar hidratos de car-

bono después de cada inyección. Con este objeto se puede dar jarabe o bien jugo de naranjas azucarado, en la proporción de 1 gramo por unidad de insulina.

En caso de coma se inyectará, de preferencia en las venas, 40 a 60 unidades de insulina, e inmediatamente después se practicará una inyección igualmente intravenosa de 40 a 60 gramos de glucosa en 120 o 300 cc. de agua esterilizada. Esta inyección se hará lentamente, de manera de no introducir más de 10 cc. por minuto. La misma dosis, o, si hay mejoría, una dosis menor de insulina y de glucosa, se inyectará al cabo de 3 o 4 horas. Y así se continuará hasta desaparición del estado comatoso.

Al mismo tiempo se aplicarán los medios habitualmente empleados en estos casos, cuidando de mantener abrigado al enfermo, suministrarle tónicos cardíacos, lavados, y en caso de necesidad, se recurrirá también al bicarbonato.

La cura por la insulina puede dar lugar a la hipoglucemia, sobre todo en la acidosis y coma en que se usan dosis tan altas.

Este es un accidente bastante serio que puede matar a un enfermo que ha sido ya salvado del coma. Es necesario, por lo tanto, conocerlo y saberlo combatir.

Hay algunos síntomas prodrómicos que pueden hacer sospechar la reacción de hipoglucemia, y que consisten en una sensación brusca e imperiosa de hambre, debilidad súbita, un estado particular de nerviosidad que el paciente designa a menudo con la expresión de "temblor interior", palidez o rubicundez de la cara, dilatación de las pupilas, aceleración del pulso.

Para hacer desaparecer rápidamente estas manifestaciones, bastaría hacer ingerir al enfermo un poco de hidratos de carbono, bajo cualquier forma, 1 o 2 terrones de azúcar, jugo de naranja azucarado o una cucharada de jarabe, por ejemplo.

Si los síntomas son más graves, es decir, si hay transpiración, temblor e incoordinación muscular, vértigo, diplopia, convulsiones, hipotensión e hipotermia, es preciso, en caso de que el enfermo no pueda tragar, dar jarabe diluido por medio de la sonda estomacal o inyectar 10, 20 o más gramos de glucosa en las venas. Si el paciente está sin conocimiento, se le hará una inyección de clorhidrato de adrenalina, y desde que pueda tragar, se le administrará glucosa.

## 7.º El coma en la insuficiencia hepática

En este caso, el diagnóstico del origen del coma no ofrece mucha dificultad. Se trata, en general, de enfermos que sufrían alguna afección crónica del hígado (cirrosis, cáncer), o bien se presenta este síndrome en el curso de una ictericia grave o con motivo de una intoxicación (anestesia, infección general). De modo que los antecedentes y los síntomas de la insuficiencia hepática (ictericia, hemorragias) nos dan el diagnóstico.

El tratamiento consiste en el régimen lácteo, y en tratar de desintoxicar al paciente, provocando una diuresis abundante por medio de hipodermoclasia de suero glucosado,



y vigilando las exoneraciones del intestino por medio de lavados fríos que al mismo tiempo estimulan la célula hepática. La opoterapia tiene aquí una preciosa indicación y se puede obtener con ella brillantes éxitos, sobre todo en aquellos casos agudos en que no hay lesiones anátomo-patológicas avanzadas ni extensas. Por el contrario, en los casos crónicos en que hay degeneración de gran parte del parénquima hepático, se comprende, y aún es lógico pensar, que el éxito sea, no sólo dudoso, sino negativo.

Se puede administrar el hígado fresco, 100 a 200 gramos por día de hígado de ternera o de chanco, o bien polvo de hígado desecado, 0,50 a 3 gramos. Todavía puede administrarse en lavados (maceración de 100 a 150 gramos de hígado en 250 gramos de agua durante una hora a 35°, colar sobre una servilleta). Esto, fuera de todas las preparaciones a base de extracto hepático que se expenden en el comercio.

Pero la forma más enérgica de opoterapia hepática, y por lo tanto, la más activa, es, sin duda, la inyección subcutánea de extracto glicerinado. A ella daremos entonces nuestra preferencia cuando queramos obtener una acción pronta y eficaz.

## SOBRE EL TRATAMIENTO

### DEL COREA DE SYDENHAM (1)

por el

Dr. O. FONTECILLA

Se han comunicado a la Sociedad Médica algunos casos de corea de Sydenham tratados y curados por la proteínoterapia (2). Hoy presento un nuevo caso de esta enfermedad, casi sano con la inyección de leche esterilizada.

Se trata, como Uds. ven, de una niña de doce años, española, procedente de una familia sin taras neuropáticas. Su padre sufre de una aortitis luética. Tiene dos hermanos completamente sanos.

La paciente nació de término y, según parece, en buenas condiciones, pero su historia patológica es bastante cargada. Catarro intestinal en el primer año de la vida. Este catarro duró alrededor de diez meses y dejó a la enfermita en un estado sumamente precario. A los tres años, difteria. A los seis años, fiebre tifoidea. A los nueve, corea generalizada, intenso, que dura cinco meses. Después de este ataque de corea nuestra enferma no quedó completamente sana: su es-

tado general era malo y parece que persistieron algunos movimientos involuntarios. Por fin, en Enero del presente año, síntomas de catarro brónquico, con tos y desgarró. Con ocasión de esta nueva enfermedad, reaparecen los movimientos coreicos en forma sumamente violenta, en la cara y extremidades. Perdió el apetito, disminuyó rápidamente de peso, el sueño se hizo intranquilo y se evidenció una gran depresión psíquica; la niña parecía indiferente a todo, no se interesaba por nada ni por nadie. Se ensayaron diversos tratamientos con resultado nulo. En estas condiciones veo a la enferma hace un mes y compruebo el cuadro clásico del corea de Sydenham generalizado. Los movimientos constantes de la lengua y de la cara, hacen la palabra casi imposible. No se entiende lo que quiere decir. La marcha es sumamente defectuosa. Es incapaz de servirse de sus extremidades superiores. No hay fiebres, ni dolores articulares ni signos cardíacos. Llama la atención la facies adenoidea: la enferma respira por la boca. El rino-fárinx está ocupado por masas adenoideas. Piel y mucosas pálidas. El resto del organismo, normal.

Inicio mi tratamiento con una inyección intra-muscular de 5 c. c. de leche. Se produce una intensa reacción local y general. Dolor y tumefacción de la nalga; temperatura en el mismo día (38½), gran agitación, insomnio.

Estos trastornos generales terminan al día siguiente y comprobamos que los movimientos coreicos casi han desaparecido. Continuamos con leche intra-cutánea a dosis pequeñas (½ a 1 c. c.)

Ha vuelto el apetito, el sueño es tranquilo y el estado psíquico se ha normalizado. No ha presentado ninguna nueva reacción general. Las molestias locales de la inyección intra-muscular han desaparecido.

Tenemos entonces, en resumen, un corea crónico, con dos exacerbaciones intensas, una inicial hace tres años y esta última que podríamos llamar terminal.

Todos los autores modernos están acordes en considerar al corea como una enfermedad infecciosa, aun cuando no se sabe a purto fijo cuál es el agente causante de la infección. Se han descrito varios. En el caso actual no creemos improbable que el rino-fárinx con sus adenoides hipertróficas, seguramente infectadas, sea el origen de la infección. Recuérdese la relación etiológica de la faringe con el cerebro y sus envolturas, demostrada por Westenhoeffer para la meningitis cerebro-espinal y para la parálisis infantil por Landsteiner.

En el caso presente, se inició la última exacerbación con un catarro respiratorio. En todo caso, por razones obvias, se impone el raspaje de la faringe. Creemos también indicado el tratamiento anti-luético, pues hay signos que hablan en favor de una lúes hereditaria.

El caso que presentamos es un buen ejemplo de proteino-terapia coloido-clásica o terapéutica por el shock, preconizada por Widad en muchas infecciones.

Deseo aprovechar esta oportunidad para

decir algo sobre la historia de la proteino-terapia del corea de Sydenham entre nosotros.

Creo haber sido el primero que usó en Chile la proteino-terapia contra esta afección. Fué esto por los años de 1907 y 1908, hace dieciséis años, poco más o menos. Pero debo declarar desde luego que hice proteino-terapia sin saberlo y, además, el procedimiento no era de mi invención. Voy a leer lo que dije en aquella época al presentar mis primeras observaciones. Se trata, como muchos de Uds. saben, del uso del suero anti-diftérico.

"La idea de aplicar el suero anti-diftérico en el tratamiento del corea de Sydenham no es original: se encuentra formulada en el siguiente estudio que M. B. J. Hamilton publica en la revista *Medical Record* (Boston), número correspondiente al 16 de Junio de 1906:

"Hace nueve años, poco más o menos, vi un niño de quince años atacado de difteria. Sufría, además, desde algunos meses, una forma grave de corea. Administré al niño dosis fuertes de anti-toxina diftérica y practiqué la traqueotomía, pero a pesar de todo, apenas sobrevivió una semana. Observé, sin embargo, que tan pronto como administré la anti-toxina, los movimientos coreicos cesaron y no volvieron a aparecer. Guardé en mi memoria esta observación y resolví aprovecharla en el primer caso de corea intratable que se confiara a mi cuidado. Esta oportunidad no se me presentó hasta hace muy poco. La historia del caso es la siguiente:

Se trataba de un joven de veinte años de edad, de vigorosa salud, telegrafista nocturno, que jamás había estado enfermo, pero que se había hecho un fumador inveterado y que durante el último año no había dormido lo suficiente. Sus antecedentes de familia no ofrecían nada de particular, salvo un hermano mayor que presentaba un movimiento involuntario en las extremidades inferiores cuando se disponía a caminar; estos movimientos se presentaron en el individuo mencionado después de una grave enfermedad de la infancia, cuya naturaleza, sin embargo, me fué imposible precisar. Su estado mental era también un poco extraño.

Fuí llamado a ver el enfermo que me ocupa el 15 de Diciembre de 1905. Sufría un ataque de reumatismo sub-agudo que se localizaba en ambas manos, en la derecha sobre todo. La temperatura era moderada y todo pareció calmarse en una semana y a los diez días volvió a su ocupación, pero sólo por una noche, porque el reumatismo reapareció. Yo no lo volví a ver hasta el 30 de Enero de 1906. Durante este intervalo había sido tratado por diversos medios. Tenía a la sazón un reumatismo muy moderado, pero se hallaba extremadamente nervioso, y este estado, según decía su familia, se iba empeorando rápidamente. Se notaban en él algunos signos de desequilibrio mental. Le ordené inmediatamente el reposo en cama y puse para que lo cuidara una enfermera ex-

(1) Comunicación a la Sociedad Médica en sesión de 18 de Julio de 1924.

(2) H. ORREGO PUELMA, Sociedad Médica, 23 de Mayo, 1924. *La Clínica*, N.º 3, 15 de Junio, pág. 33.



perimentada. Comencé a darle fuertes dosis de extracto fluido de cimicifuga y licor de Fowler. Aumenté rápidamente la dosis de este último hasta llegar a 25 gotas tres veces al día. No obtuve por estos medios ninguna ventaja. Los síntomas del reumatismo cedieron, pero el corea que se había declarado empeoró rápidamente, de tal manera, que el 15 de Febrero hubo necesidad de atarle las manos, y por momentos se necesitaban dos cuidadores para que juntos lograran mantenerlo en la cama e impedir que se hiriera. En estos días necesitaba tomar hidrato de cloral y bromuro de potasio en dosis fraccionadas durante la noche para procurarse algunas horas de sueño, o bien sulfonal o trinal, que producían mejor efecto.

El delirio, que al principio era muy moderado, se convirtió en un violento acceso de manía. Era evidente que en estas condiciones no podría sobrevivir por mucho tiempo. El 17 de Febrero, a las ocho de la mañana, le administré anti-toxina diftérica; a las doce del día se había producido una marcada reacción, la temperatura había bajado; a las 5 P. M. había desaparecido y los síntomas coreicos se habían atenuado de tal manera que se hicieron innecesarios todos los medios de contención que se estaban usando. En la noche de ese día, la mitad de la dosis de hipnótico que antes se le administraba bastó para procurarle sosiego completo. A las ocho de la mañana del 18 de Febrero se notaban todavía algunos movimientos coreicos y le hice una nueva inyección de suero anti-diftérico. En cuatro horas se notó la reacción; temperatura, 100° F.

En la tarde de ese día, todos los movimientos coreicos habían desaparecido y hasta el día de hoy (20 de Mayo), no han reaparecido. El arsénico y la cimicifuga se suspendieron cuando comencé el tratamiento por el suero. Se le han continuado administrando bromuro de estroncio y estriquina asociados a otros tónicos generales. Los hipnóticos fueron abandonados tres o cuatro días después que el corea hubo desaparecido. El estado mental va mejorando, pero todavía no es normal. El enfermo se alimenta y duerme bastante bien.

A menos que yo sepa, este es el primer caso de corea tratado por la anti-toxina diftérica y deseo llamar sobre él la atención de mis colegas, no para emitir ninguna teoría, sino para inducirlos a hacer ensayos y publicar los resultados.

Creo que en ninguna otra circunstancia se halla el médico más desarmado como en presencia de esta desesperante enfermedad. Se halla limitado a decir a sus pacientes que con el reposo tal vez sanarán y que algunos remedios suelen dar resultados en estas circunstancias.

No es de admirarse, pues, que casos semejantes caigan en manos de los charlatanes y que se atribuya la mejoría a un remedio indiferente aplicado cuando ya la naturaleza está haciendo su acción curativa".

Yo traté en aquella época, unos 30 casos de corea con el suero anti-diftérico. El resultado fué variable, pero, en general, brillante,

sorprendente. Voy a permitirme leer algunos extractos de las observaciones más concluyentes:

**Estela Verderrama**, de doce años de edad, sin antecedentes neuropáticos ni reumáticos, personales ni hereditarios, presenta desde hace tres años desde Abril hasta Octubre, movimientos coreicos en las cuatro extremidades y en la cara, rebeldes a todo tratamiento.

En Abril de 1907 se inician los movimientos involuntarios y se presenta a la clínica el 24 de Mayo. Ya los movimientos son generalizados a todo el cuerpo.

La enferma agita los brazos y las piernas a cada instante, se ríe por cualquier motivo; los músculos de la cara se contraen desordenadamente. Es incapaz de hacer uso de sus miembros superiores para alimentarse ni vestirse. Se le hace el 24 de Mayo una inyección de 18 cm.3 de suero anti-diftérico. Vuelve el 27 considerablemente mejorada. Los movimientos son mucho menos intensos. El 28 de Mayo se le repite la inyección y vuelve el 3 de Junio: los movimientos de la cara han desaparecido. Puede ya servirse muy bien de sus manos. Se le hace una nueva inyección y vuelve el 15 de Junio completamente sana.

**Prosedia Riquelme**, residente en la Avenida Matucana, N.º 65, de diez años de edad, nacida en Santiago.

Sus padres son sanos. Ha tenido catorce hermanos, de los cuales han fallecido ocho de diversas enfermedades. Los demás son sanos.

La enfermedad actual principió a manifestarse en el mes de Diciembre del año próximo pasado. Se inició por movimientos involuntarios en los miembros del lado derecho y posteriormente se extendieron a los miembros del lado opuesto y a la cara. La intensidad de las sacudidas musculares perturbaba seriamente la marcha, no permitía que la enferma se alimentara por sí misma y dificultaba la pronunciación de las palabras. Los movimientos eran irregulares, bruscos, aumentaban con las impresiones morales y con el frío, desaparecían con el sueño.

**Diagnóstico.** — Corea de Sydenham. El 15 de Junio del presente año se le hizo una inyección de 20 cm.3 de suero. Cuatro días después volvió a la clínica con todos los síntomas coreicos muy atenuados. Se le hicieron cuatro inyecciones más de la misma dosis de suero y el corea desapareció completamente. Hasta hoy no se ha repetido.

**Lastenia Contardo**, residente en la calle Echaurren, N.º 738, de dieciséis años de edad, nacida en Santiago.

Su padre y su madre han sufrido de reumatismo. Han sido doce hermanos, de los cuales han muerto siete. Hubo, además, un aborto.

A los dos años tuvo escarlatina.

En Junio de 1906 comenzaron a presentarse movimientos involuntarios en los miembros del lado derecho. Estos movimientos fueron aumentando de intensidad e invadieron el lado opuesto y la cara. Desaparecieron en Diciembre del mismo año.

A principios de Julio del presente año los

movimientos reaparecen en el lado derecho, pero esta vez no invaden el lado izquierdo ni la cara. El 7 de Septiembre se presenta en la clínica con sacudidas musculares involuntarias, bruscas, desordenadas, muy intensas, en el brazo y pierna derechos. Las contracciones aumentan en intensidad y número con el frío, durante la noche y con las emociones. La enferma se halla sumamente excitable, se asusta por cualquier motivo y llora a cada momento. No puede alimentarse con la mano derecha; lo hace con la izquierda.

**Diagnóstico.** — Hemi-corea.

Se le hizo una inyección de 10 cm.3 de suero. Cuatro días después los movimientos habían disminuído considerablemente. Se le practicaron cuatro inyecciones más de 10 cm.3 con intervalos de cuatro días. Los síntomas coreicos desaparecieron completamente.

**Amelia Vargas**, residente en la calle Ibáñez, N.º 337, de dieciséis años de edad, nacida en Santiago, florista. Sus padres son sanos. Tiene cinco hermanos sanos y ha habido, además, dos abortos.

A los cuatro meses tuvo neumonía; a los siete años, alombrilla; a los doce, reumatismo poliarticular que la obligó a guardar cama durante un año; al término de éste tuvo movimientos coreicos intensos, durante un mes en el lado derecho del cuerpo.

A mediados de Mayo de 1907, presenta dolores y tumefacciones articulares intensos y el 1.º de Junio movimientos enérgicos en todo el lado derecho del cuerpo (brazo, pierna y cara).

Se presenta a la clínica el 11 de Julio: los dolores han desaparecido desde 15 días atrás, pero las contracciones involuntarias persisten. Los movimientos de la mano derecha le impiden todo trabajo; no puede servirse de esa mano para alimentarse; las sacudidas de la pierna derecha dificultan un poco la marcha. En el lado correspondiente de la cara se pueden observar algunas contracciones. Los síntomas enumerados aumentan de intensidad con el frío y las emociones psíquicas.

**Diagnóstico.** — Hemi-corea. El 11 de Julio se le hizo una inyección de 20 cm.3 de suero. Se presenta el 13 de Julio con sus movimientos notablemente disminuídos; se le hace otra inyección de 20 cm.3. Vuelve el 16 y los movimientos coreicos han desaparecido. Puede alimentarse y vestirse por sus propias manos, pero asegura que aun es incapaz de trabajar. Se le repite la inyección de 20 cm.3 de suero. Vuelve el 20 de Julio completamente sana.

**Emma González**, de quince años, nacida en Santiago, residente en San Diego, N.º 977, costurera. Su padre ha sufrido de reumatismo, su madre es histérica. Han sido seis hermanos, de los cuales dos han sufrido de reumatismo. La enferma que nos ocupa no ha tenido esta afección. Entre sus antecedentes personales sólo mencionaremos las dificultades del parto, que exigieron la aplicación de forceps; por lo demás, ha sido siempre sana.

La enfermedad actual comenzó el 14 de



Mayo de 1907, por movimientos en el lado izquierdo del cuerpo (brazo y pierna). Mes y medio después, los movimientos se habían generalizado a todo el cuerpo, incluso la cara. En ese estado se presenta a la clínica el 20 de Julio: era incapaz de andar y de vestirse. Se le hicieron cuatro inyecciones de 10 cm.3 de suero anti-diftérico con intervalos de tres días y se obtuvo una curación completa.

**Paulina Estellé**, de 13 años de edad, nacida en Santiago, residente en la Avenida Diez de Julio, N° 750. Entre sus antecedentes hereditarios, hallamos tías maternas neuropáticas, pero sus padres fueron sanos. La enfermedad comenzó a fines de Abril de 1907. Los movimientos se localizaron en el lado izquierdo. No podía usar su mano izquierda para nada. Se hizo el diagnóstico de hemi-corea. El 20 de Junio comienza el tratamiento por el suero. Se le hacen cinco inyecciones de 10 cm.3 con intervalo de tres días y se obtiene una curación completa.

**Aída Bidart**, de quince años, residente en la Alameda de las Delicias, N° 1704. El abuelo materno murió loco. Han sido ocho hermanos, entre los cuales ella es la única enferma.

En el mes de Agosto de 1906 sufrió un ataque intenso de reumatismo articular agudo, que le duró cinco semanas. Inmediatamente después se comenzaron a manifestar los movimientos involuntarios en el brazo derecho, dos meses después en la pierna y algunos meses más tarde en todo el cuerpo, incluso la cara. Se presenta a la clínica el 4 de Junio de 1907 con contracciones involuntarias en los miembros y en la cara: las sacudidas son más intensas en el lado derecho; se hizo el diagnóstico de corea y se instituyó el tratamiento por el suero. Se le hicieron seis inyecciones de 10 cm.3 y se obtuvo una curación casi completa. Apenas persistieron movimientos muy atenuados en el lado derecho.

**Luis Armando Rojas**, de once años, natural de Santiago. Su padre es muy alcohólico, y después que se embriaga durante varios días, sufre accesos de delirio. Su madre es sana. De sus tíos, dos han muerto de tuberculosis. Han sido seis hermanos: cuatro han muerto pequeños; el otro nació asfixiado.

Nació de término; a los tres días, tuvo oftalmia purulenta. Ha sufrido tres veces de pulmonía. En 1900 tuvo alfombrilla.

La enfermedad actual comenzó el 20 de Mayo de 1907. Se inició por dolor de cabeza y malestar general que lo obligó a guardar cama. Algunos días después comenzaron a notarse movimientos anormales en el lado izquierdo del cuerpo: primero en el brazo, luego en la pierna y por último en la cara. Estos movimientos persisten en la noche, durante el sueño; aumentan con el frío. Desde esa misma época el carácter se ha alterado. Los movimientos son involuntarios e inconscientes. Al andar el enfermo arrastra la punta y borde interior del pie izquierdo. Estrabismo convergente en el ojo derecho; paresia del recto externo. Paresia de todo

el lado izquierdo del cuerpo y cara, con reflejos exagerados y clonus del pie.

Se hizo el diagnóstico de hemi-corea y se instituyó el tratamiento por el suero. El 24 de Mayo se le hizo una inyección de 20 cm.3 y vuelve el 27 considerablemente mejorado. Los movimientos en general mucho menos intensos. Puede hacer uso de su mano izquierda que no podía antes servirle de nada a causa de los movimientos anormales. El 28 se le hace una nueva inyección y vuelve el 4 de Junio en el mismo estado. Ese día se repite la inyección y vuelve el 6: los movimientos se han modificado; el estado general ha mejorado visiblemente; el enfermo tiene mucho apetito. No se continuó el tratamiento por el suero.

**Clodomiro Castro**, de doce años de edad, nacido en Santiago, residente en la calle de Gay, N° 2582.

El padre es reumático. La madre sana, ha tenido diez hijos de término y un aborto.

La enfermedad actual comenzó el 14 de Octubre de 1907. Se presentaron movimientos anormales en el miembro superior derecho, luego después se propagaron a la cara y al miembro inferior del mismo lado. Se presenta a la clínica el 24 de Octubre: el brazo y la pierna derechos se mueven casi incesantemente; no puede servirse de su brazo derecho para alimentarse ni vestirse. Se nota cierta torpeza en el lenguaje. Se ha puesto muy irritable. La marcha es completamente irregular a causa de las contracciones anormales. Los movimientos aumentan con el frío y desaparecen durante el sueño. Se hace el diagnóstico de hemi-corea y se instituye el tratamiento por el suero anti-diftérico: inyección de 20 cm.3. Vuelve el 21 con sus movimientos muy disminuidos y se le hace una inyección de 10 cm.3. Vuelve el 5 de Noviembre completamente sano.

**Teresa Duque**, de ocho años, nacida en Santiago, residente en la calle San Francisco, N° 1415.

El padre murió tuberculoso. Su madre es histérica. Ha tenido cuatro niños de término y tres abortos. La enferma que nos ocupa nació de término, parto espontáneo. En Mayo de 1907 tuvo fiebre tifoidea. La enfermedad actual comenzó en Septiembre del mismo año. Se presenta a la clínica el 12 de Octubre. Se notan movimientos anormales involuntarios en todo el lado izquierdo del cuerpo (cara y miembros), pero puede usar su mano izquierda. El carácter se ha modificado: se ha puesto muy irascible. Ha perdido el apetito y el sueño es intranquilo.

Se hace el diagnóstico de hemi-corea y se instituye el tratamiento por el suero. Se le administraron hasta el 31 de Octubre cinco inyecciones de 10 cm.3 y sanó completamente.

**Ester Verdugo**, de once años, nacida en Santiago, residente en San Isidro, N° 367.

Su padre es tuberculoso. Su madre sufrió de corea a la edad de nueve años. Al año siguiente volvió a sufrir de la misma enfermedad. Ha tenido ocho hijos y cinco abortos.

La enferma que nos ocupa nació de término. Sufrió de escarlatina a los cinco meses. Después ha sido sana. La enfermedad

actual comenzó a principios de Mayo de 1907 por movimientos anormales en el lado derecho (brazo y pierna); quince días después los movimientos se habían generalizado. Movimientos bruscos, violentos, que le impedirían por completo el uso de sus manos. La marcha era sumamente irregular. En la estación de pie la movilidad era incesante. En este mismo estado se presenta a la clínica el 8 de Agosto. Se hace el diagnóstico de corea de Sydenham y se instituye el tratamiento por el suero. Se le administran seis inyecciones de 10 cm.3 y en un mes, poco más o menos, la enferma sana por completo.

**Teresa Zamorano**, de quince años de edad, nacida en Santiago, residente en la Avenida Cumming.

El padre es alcohólico. La madre sufre de reumatismo y es histérica. Ha tenido seis niños de término, de los cuales tres han muerto a muy temprana edad; los otros viven. Un aborto.

La enferma que nos ocupa no presenta antecedentes personales patológicos de importancia. Se presenta a la clínica el 26 de Octubre de 1907, dos meses después de iniciada la afección. Sintió al principio dolores en diversas articulaciones y algunos días más tarde se comenzaron a producir movimientos involuntarios en el brazo y en la pierna del lado derecho. Luego estos movimientos se extendieron a la cara y a los miembros del lado opuesto. En este estado se presenta a la clínica: la marcha es sumamente irregular, es incapaz de servirse de sus manos. Se halla sumamente irritable, llora por cualquier motivo.

El 26 de Octubre se le hizo una inyección de 10 cm.3 de suero. Volvió el 28 visiblemente mejorada. Se le hicieron otras tres inyecciones de igual dosis con intervalos de algunos días y la enferma sanó completamente.

**Carmen Ortiz**, de quince años de edad, nacida en Santiago, residente en la Avenida Independencia, N° 315.

Su padre era asmático, murió repentinamente de una afección cerebral. La madre es sana. Tiene cuatro hermanos sanos también.

Entre los antecedentes personales no hallamos nada de importancia. A mediados de Mayo del presente año se le comenzaron a notar movimientos involuntarios en el brazo derecho. Estos movimientos se extendieron después a la pierna del mismo lado. La cara ha quedado indemne. Los movimientos eran bruscos, desordenados, aumentaban con las emociones y con el frío, desaparecían durante el sueño. La intensidad de las sacudidas musculares le impedían alimentarse por sus propias manos. Aunque no fué posible comprobar contradicciones musculares en la cara, se notaba cierta dificultad al hablar.

Se presentó a la clínica el 10 de Julio y se estableció el diagnóstico de corea vulgar. El mismo día se le hizo una inyección de 20 cm.3 de suero.

Volvió el 12 de Junio con sus movimientos



muy atenuados. Podía ya alimentarse por sí misma.

Se le practicaron otras tres inyecciones con intervalos de tres días y la enferma sanó completamente.

**Paulina del Carmen Prenaffeta**, de quince años de edad, nacida en Copiapó, residente en Santiago, Alameda, N.º 202.

El padre sufre con frecuencia accesos de palpitations intensas, dolor en la región precordial, llanto, etc. Estos ataques sobrevienen a consecuencia de cualquier impresión fuerte, duran media hora poco más o menos, y queda el enfermo muy pálido y abatido. Hace muchos años padeció de alienación mental (delirio y alucinaciones) por espacio de dos años. Se mejoró enteramente y se halla perfectamente sano.

La madre tuvo a la edad de catorce años infartos ganglionares en la ingle y en la axila. Estos ganglios se reblandecieron, se ulceraron y dieron salida a una sustancia purulenta; quedaron en su lugar pérdidas de sustancia que demoraron dos meses en cicatrizar. Durante ese mismo tiempo tuvo por espacio de un mes, poco más o menos, perturbaciones mentales marcadas. Ha tenido cinco hijos, todos de término.

Antecedentes personales. — A los seis meses sufrió una afección ganglionar supurada del cuello. A los once años le aparecieron en toda la superficie del cuerpo pápulas del tamaño de un grano de arroz, que duraron tres meses. Se desecaron y dejaron en su lugar pequeñas cicatrices. Sufre con alguna frecuencia accesos de palpitations y dolores cardíacos iguales a los de su padre.

En Octubre de 1905 comenzaron a notarse en ella movimientos involuntarios en el lado derecho; cara, brazo y pierna. Estos movimientos se fueron acentuando más y más: seis meses después se habían generalizado a todo el cuerpo. No podía andar, ni hablar ni servirse de sus manos para nada. Sufría alucinaciones de la vista: veía animales extraños, arañas, lagartos, etc. Gritaba y lloraba sin cesar, se despedazaba las ropas; su agitación era permanente, el sueño había desaparecido. Este estado se mantuvo hasta Octubre de 1906, época en que sanó completamente.

A mediados de Abril de 1907 comenzaron de nuevo los movimientos involuntarios. Desde fines de Mayo las sacudidas musculares se generalizaron y tomaron gran intensidad.

Se presenta a la clínica el 18 de Junio: la enferma se mantiene en una movilidad constante; los brazos y las piernas no cesan de agitarse; las facciones presentan a cada momento las expresiones más contradictorias; los ojos se revuelven en las órbitas violentamente, la lengua es proyectada por momentos del exterior y dentro de la cavidad bucal adopta las posiciones más variadas. La agitación se hace mucho mayor en la noche: no puede conciliar el sueño; llora sin cesar, grita, canta, se ríe, tiene alucinaciones del oído y de la vista. Presenta tumefacciones articulares a nivel de la muñeca, codo, hombro, garganta del pie, etc. Se queja de dolores cardíacos muy intensos: a la aus-

cultación del corazón no se comprueba nada anormal.

Se formuló el diagnóstico de corea de Sydenham y se instituyó el tratamiento por el suero.

18 de Junio. — Inyección de 20 cm.3

20 de Junio. — Los movimientos han disminuído considerablemente. Los dolores y las tumefacciones articulares han desaparecido por completo. Inyección de 20 cm.3

25 de Junio. — Siguen atenuándose los síntomas coreicos. Inyección de 20 cm.3

29 de Junio. — Inyección de 20 cm.3

2 de Julio. — Los movimientos anormales han desaparecido. La enferma se halla perfectamente tranquila. El estado mental se ha normalizado; ha vuelto el sueño y puede considerarse sana. Se suspendió el tratamiento por el suero y se prescribieron tónicos generales.

**Rosa Guzmán**, de trece años de edad, nacida en Santiago, residente en calle de Juárez, N.º 63.

El padre es sano. La madre ha sufrido de reumatismo articular agudo; ha tenido quince hijos, de los cuales catorce han muerto en edad muy temprana; ha tenido además cinco abortos.

La enferma que nos ocupa ha sufrido, como su madre, reumatismo poli-articular agudo. A la edad de cuatro años sufrió de movimientos coreicos generalizados durante seis meses. No podía andar ni servirse de sus manos para los usos ordinarios. Hablaba muy torpemente. Apenas podía dormir un momento durante la noche. Su agitación era incesante, se asustaba por cualquier motivo y lanzaba gritos de terror.

A principios de Junio de 1907 se repite el corea con los caracteres que dejamos enumerados, poco más o menos, y se presenta así a la clínica el 25 de Julio. Se instituye el tratamiento por el suero anti-diftérico en la siguiente forma:

25 de Julio. — Inyección de 20 cm.3

30 de Julio. — Los movimientos han disminuído considerablemente. La enferma se halla mucho más tranquila. Duerme bastante mejor. Inyección de 10 cm.3

3 de Agosto. — Los movimientos siguen disminuyendo en número e intensidad. Inyección de 10 cm.3

5 de Agosto. — Inyección de 10 cm.3

8 de Agosto. — El corea ha desaparecido.

**Victoria González**, de quince años de edad, nacida en Curepto, residente en Santiago, Avenida Independencia, N.º 777.

El padre murió tuberculoso. Era también asmático. La madre es histérica: ha tenido 19 hijos. Tres de sus hijas son histéricas.

La niña que nos ocupa presenta también hemi-anestesia sensitivo-sensorial. A mediados de Octubre de 1907 presenta movimientos coreicos en el lado derecho, bastante intensos, que le impedían servirse de sus manos para alimentarse y vestirse. Quince días después los movimientos se generalizaron a la cara y miembros del lado opuesto. Se presentó a la clínica el 1.º de Noviembre y quince días después estaba completamente sana mediante cinco inyecciones

de 10 cm.3 de suero. Hasta hoy la enfermedad no se ha repetido.

Esta proteino-terapia primitiva, practicada como un oscuro y tímido tanteo, fué abandonada después por temor a la anafilaxia. No conocíamos entonces los métodos actuales anti-anafiláticos. Pero ya en aquel tiempo sospechábamos que la acción a veces maravillosa del suero anti-diftérico nada tenía que ver con la acción específica, y pensábamos con razón que el suero de caballo, solo, sin anti-toxina, produciría el mismo efecto. Recomendamos a algunos estudiantes que investigaran el asunto, como tema de memoria, pero creo que no lo hicieron.

Si exceptuamos el corea gravídico, que parece tener una etiología tóxica, todos los otros casos de Sydenham deben tratarse hoy con la terapéutica para-específica (shock proteínico), sin perjuicio de tratar posteriormente, si es posible determinarla, la inyección causal.

## DIABETES E INSULINA

por el

Sr. Alfredo ROJAS CARVAJAL

La diabetes es un síndrome de causas múltiples muy mal conocidas, y en que los trastornos de la nutrición distan mucho de ser iguales en los diversos casos. Con todo, la perturbación esencial es la disminución del poder de asimilar los hidratos de carbono. Sabemos que normalmente éstos, después de ser digeridos, son absorbidos en forma de glucosa y almacenados por el hígado al estado de glicógeno, que a su vez, y gracias a un fermento adecuado, el mismo órgano transforma en una glucosa humana específica, esencialmente asimilable que entrega a las necesidades de los diversos tejidos.

Normalmente el riñón excreta cantidades insignificantes de glucosa que no alcanza a pesquisar el licor de Fehling. El gramo de glucosa que contiene un litro de suero sanguíneo normal, no alcanza, pues, prácticamente, a desbordar el nivel de la excreción renal (umbral o seuil) de esta sustancia, salvo en ciertos casos, raros, en que este nivel de excreción está considerablemente descendido (diabetes renal).

En la diabetes azucarada los hidrocarburos son bien digeridos y la absorción de la glucosa es normal, pues el hígado sólo la transformará parcialmente en glicógeno. El sobrante de esta glicopexia insuficiente, queda circulando en la sangre y va a impregnar los tejidos, pero, lo que es muy grave, sin poder ser consumida por ellos. La glicemia sube a 2, 4, 6 gramos; 10 gramos en un caso de Lépine. Alrededor de 1 gr. 60, a 2 grs., variable según los individuos, la glicemia desborda el nivel de excreción renal y apa-



rece la glicosuria. Esta glicosuria ligada a la hiperglicemia debe ser diferenciada absolutamente, sobre todo desde el punto de vista terapéutico, de la glicosuria ya señalada, debida al descenso del nivel de excreción renal para la glucosa (diabetes renal).

En efecto, sobre esta última, la insulina no ejerce ninguna acción.

El hecho de que el seuil de la glucosa sea variable, según los individuos, significa, sin embargo, que en todas, o por lo menos, en muchas diabetes azucaradas hay un grado variable de diabetes renal. La cantidad de azúcar eliminada no es constantemente proporcional a la hiperglicemia. El papel del riñón es complejo, y decir que el seuil o nivel de la excreción renal para la glucosa, baja o sube, no es sino darle una expresión de aspecto científico a un hecho que resta inexplicado (Rathery).

Roto el ciclo normal del metabolismo de la glucosa, el organismo entra en inanición hidrocarbonada, que a su vez, y alcanzando un cierto grado, trae fatalmente un trastorno profundo en el metabolismo de las grasas y sustancias proteicas, que se traduce en la sangre y en la orina, por la aparición de cuerpos acetónicos: acetona, ác. diacético, ác. beta-oxibutírico, que anuncian o aun determinan, según algunos, el coma mortal. De suerte que en la diabetes no encontramos un trastorno parcial del metabolismo, sino un trastorno general de él, en razón de la estrecha dependencia que hay entre los diversos componentes de una alimentación completa. Los trabajos de Osborne, Mendel, Mac Collum, Desgrez, Portier y Berry han demostrado la forma necesariamente equilibrada en que los diversos elementos deben integrar la ración alimenticia, para que el metabolismo se efectúe normalmente. Así los cuerpos acetónicos constituyen una etapa normal en la degradación metabólica de ciertos gases y ciertas albúminas, pero esta etapa sólo es franqueada cuando los hidratos de carbono son asimilados en suficiente cantidad; cuando esto no tiene lugar se constituye automáticamente el estado de acidosis (inanición, diabetes graves).

De lo expuesto puede ya deducirse que el problema de la patogenia de la diabetes es complejo y de múltiples facetas; es interesante y justo recordar, sin embargo, que sólo en 1815, Chevreul logró identificar la glucosa en la orina de los diabéticos y que sólo desde entonces ha podido emprenderse un estudio científico de esta enfermedad. No es extraño, pues, que todavía no esté todo resuelto.

Desde Buchardat (1846) se había notado la presencia de lesiones pancreáticas en el curso de ciertas diabetes. Lancereaux y Lapierre describen un tipo de diabetes pancreática que identifican con la forma grave, consuntiva, de esta enfermedad. Von Mering, Minkowsky, Hedon, Lépine, Thiroloix, demostraron experimentalmente, el rol considerable, tal vez exclusivo, del páncreas en la destrucción del azúcar. Lépine piensa en la existencia de un fermento pancreático que pasaría a la sangre y los tejidos;

aseguraría la glicolisis. Las investigaciones embriológicas e histológicas de Laguesse tienden a localizar esta secreción interna en los islotes de Langerhans. Pero este rol exclusivo o preeminente del páncreas en la génesis de la diabetes, no es aceptada por todos los autores. ¿Cómo atribuir a la acción exclusiva del páncreas una enfermedad que aparecía con las lesiones de los órganos más variados: diabetes de origen nervioso, hepático, renal, endocrino, etc?

M. Labbé comprueba en la mayoría de los casos la rarefacción de los islotes de Langerhans; pero, hace notar que esa comprobación sufre graves excepciones. Aparecen casos de diabetes graves sin lesiones del páncreas o de los islotes, y a la inversa, graves lesiones del páncreas y de los islotes, sin diabetes. Todavía una objeción terapéutica: los extractos terapéuticos resultaban siempre ineficaces, al menos prácticamente.

Pero, ¿qué valían estas objeciones, en especial las dos últimas, anatomo-clínica y terapéutica? Allen opuso a la primera su notable experimento. El descubrimiento de la insulina terminó con la segunda.

Allen efectúa en un perro la ablación de las dos terceras partes del páncreas, con lo cual no alcanza a determinarse la glicosuria. Produce en seguida la anemia de la glándula durante 20 minutos a 2 horas, por compresión de los vasos pancreáticos, y la glicosuria aparece por la insuficiencia funcional del órgano, sin que el examen histológico del fragmento de páncreas pueda encontrarse ninguna lesión demostrable.

El descubrimiento de la insulina no fué un acontecimiento fortuito. Después de los trabajos de Minkowsky, Lépine, Hedon, Laguesse, etc., la secreción interna del páncreas no dejaba dudas ni de su resistencia, ni de su función, aun cuando su aislamiento y utilización habían resultado imposibles, al menos prácticamente hasta 1921 (Lépine, Zuelzer).

Sobre la base de que la tripsina destruía la secreción interna del páncreas e impedía su obtención, MacLeod, Banting y Best, de Toronto, obtuvieron un producto activo, trabajando con glándulas a que previamente se había ligado los conductos excretores, lo que trae la atrofia de la glándula exocrina, sin alterar los islotes de Langerhaus; igual resultado obtuvieron con glándulas de fetos tomadas a una edad en que aun no se han desarrollado sino los elementos endocrinos. Pero las cantidades de producto activo así obtenidas fueron insignificantes. Una nueva técnica permitió obtener un extracto alcohólico de glándulas de animales adultos y que es lo que se llamó insulina, nombre que ya había dado Schaefer a la secreción, teóricamente admitida, de los islotes de Langerhans.

La acción experimental de la insulina consiste fundamentalmente en un descenso de la glicemia en el animal sano y en el previamente hecho diabético; en este último, además, hace desaparecer conjuntamente la acidosis, baja entonces la glicemia crítica, (Chabanier y Lobo-Onell), baja la glicosuria y la lipemia, aumenta el peso y la toleran-

cia por los hidratos de carbono, favorece el restablecimiento del equilibrio azoado, eleva el cociente respiratorio; lo que indica que el organismo ha recuperado el poder de consumir el azúcar. Cuando la glicemia pasa demasiado por debajo de lo normal, sobrevienen accidentes nerviosos de tipo convulsivo, que si no son combatidos, pueden llevar al coma y la muerte por hipoglicemia; pero que ceden rápidamente a la ingestión o inyección de glucosa y a la adrenalina. La acción en la diabetes humana es análoga a la de la diabetes experimental; en ambos casos es una acción esencialmente pasajera, lo que indica la repetición indefinida de las dosis para tener un efecto prolongado. En algunos casos de mediana gravedad la acción se prolongaría bastante después de una serie de inyecciones, lo que permitiría efectuar curas discontinuas con intervalos considerables de descanso (Chabanier, Lobo-Onell, Lebert). En los casos de tendencia evolutiva, rápida, consuntiva, los accidentes reaparecen muy a menudo, tan pronto como se suspenden las inyecciones, y aun a veces serían accidentes más graves que antes de emplear la insulina (Blum). Esta fugacidad del efecto terapéutico de la insulina hace pensar que carece de acción hormoestimuladora y que sólo desempeña un papel de sustitución del producto endocrino normal (M. Labbé).

Respecto de las indicaciones de la insulina hay que considerar varios casos.

1º La diabetes simple, sin desnutrición, pertenece exclusivamente al tratamiento dietético, para cuya institución es de capital importancia tener presente el hecho de que el coeficiente de asimilación es personal para cada sujeto, tanto cuantitativa como cualitativamente: así, ciertos feculentos son mejor soportados por algunos diabéticos; ciertos azúcares mejor aprovechados que otros por ciertos enfermos (levulosa). Además, no se olvidará que las cantidades de albúmina y grasa están subordinadas estrechamente a la de hidratos de carbono.

2º La forma evolutiva con desnutrición y acidosis, no indica obligatoriamente el uso de la insulina, al menos de una manera precoz. El tratamiento clásico dietético-higiénico puede asegurar una larga evolución de la enfermedad. Los autores están lejos de aceptar el tratamiento de fondo que propone Chabanier y sus colaboradores para transformar este tipo de diabetes en una diabetes simple, sin desnutrición. No es menos cierto, sin embargo, que en algunos casos el mejor régimen alimenticio no basta, y la insulina es entonces indispensable; pero hay que diferenciar estas formas graves de la enfermedad, de las crisis episódicas de acidosis, que suele provocar la alimentación inconveniente en el curso de diabetes simples benignas, y que ceden rápidamente a la institución de un régimen adecuado.

3º En los estados precomatosos, si hay tendencia al sueño, astenia, respiración anormal, desnutrición muy rápida, no cabe dudar: la indicación de la insulina es absoluta. Es en este período cuando demuestra de una manera admirable su eficacia.



Bajo su influencia, los cuerpos acetónicos disminuyen o desaparecen, la astenia, la somnolencia, los variados trastornos que anuncian la proximidad del coma se borran, el sujeto recupera el peso rápidamente, sin duda por hidratación. El tratamiento administrado en estos casos no debe suspenderse, sino con la más extrema circunspección, so pena de ver reaparecer bruscamente los accidentes de la acetonemia.

4º En el coma diabético deben usarse grandes dosis de insulina. Tampoco cabe aquí discutir su indicación. Puede recurrirse a la vía intravenosa en caso de necesidad y asociar la terapéutica del bicarbonato de sodio (gota a gota). En caso de coma completo avanzado las inyecciones deben multiplicarse mientras sea permitido tener una sombra de esperanza.

Hay que considerar todavía algunas complicaciones frecuentes en los diabéticos que indican el uso de la insulina: ciertos ántrax graves invasores, la gangrena en vías de infección, algias, pruritos rebeldes, etc., etc.

La cirugía de los diabéticos puede también evitar muchos descalabros, gracias a su empleo.

Recordaremos que para Gilbert, Baudouin y Chabrol, la diabetes infantil consuntiva, indica de modo absoluto la insulina, en razón de que las necesidades caloríficas y de crecimiento del niño no permiten el régimen de restricción alimenticia. Rathery parece participar de esta opinión.

El uso de la insulina debe ir siempre acompañado de un régimen higiénico dietético cuya naturaleza varía según los casos y según las concepciones de los diversos autores. Hemos dicho que las dosis deben adaptarse a la gravedad del caso. Cuando no haya peligro inmediato, se probará prudentemente la susceptibilidad del sujeto con dosis pequeñas, teniendo presente siempre la posibilidad de accidentes de hipoglicemia para no extremar la restricción de hidratos de carbono en la alimentación, y sobre todo, para determinar previamente la existencia real de la hiperglicemia y eliminar la posibilidad del elemento renal. La verdadera protección contra los accidentes de hipoglicemia se hace en la práctica dando de comer al enfermo inmediatamente después de cada inyección.

Las dosis de uno a cinco centímetros cúbicos repartidos en dos inyecciones, la principal a mediodía, son dosis prudentes. Cabe recordar que 1 c. c. de insulina americana lleva diez unidades, y que 1 c. c. de insulina Roussel-Chabanier lleva una unidad. Pero como la unidad francesa (Chabanier) es diez veces más activa que la unidad americana, ambos preparados resultan prácticamente equivalentes en cantidades iguales. Sin embargo, la variabilidad del poder de las insulinas, y de la reacción particular de los diversos organismos, es considerable, tal vez en función de las reservas variables de glucógeno de cada individuo (Mac. Leod., Rathery). El alto precio del producto, su acción esencialmente pasajera que obliga a prolongar indefinidamente su empleo en muchos casos, deben hacer también que el mé-

dico no recurra a la insulina sino en los casos en que hay una indicación formal de ella.

## REVISTA EXTRANJERA

### Víctor Pauchet—Litiasis biliar.—Su tratamiento según 360 operaciones personales.

*Lección dada en el Hospital St. Michel. Paris. 1923*

El cólico hepático es debido, no a la migración de un cálculo, sino a un brote inflamatorio (colecistitis catarral). Es comparable a una crisis de apendicitis.

Toda crisis de colecistitis, toda crisis de angiocolitis, toda formación de nuevos cálculos, es consecuencia de la infección.

El fin del terapeuta no debe provocar la emigración de los cálculos por las vías naturales, porque esta eliminación tiene el riesgo de provocar la obliteración del colédoco y la retención biliar permanente. El tratamiento médico debe tender a desinfectar las vías biliares, a favorecer la evacuación regular del intestino. Este fin se realiza por los medios siguientes: ingestión de bilis, aceite mineral, fermentos lácticos, uraseptine, cura de Vichy.

#### El tratamiento quirúrgico se impone:

- Quando el cálculo está localizado en el colédoco, haya o no ictericia.
- Quando la vesícula es perceptible a la palpación.
- Quando las crisis de colecistitis se han repetido.
- Quando una crisis de colecistitis va acompañada de ictericia, aunque poco duradera.
- Quando después de una crisis de colecistitis persisten trastornos dispépticos, gastralgia o un punto sensible a nivel de la vesícula.

La intervención quirúrgica por colecistitis simple da una mortalidad prácticamente nula.

La operación por cálculo del colédoco y sin ictericia, es poco grave y da una mortalidad de 5 a 6 por 100.

La operación por cálculo coledócico con ictericia sin insuficiencia hepática notable da 15 a 20 por 100 de mortalidad.

La operación por cálculo del colédoco con insuficiencia hepática o infección (hígado grande, orina escasa, pulso rápido, fiebre), da una mortalidad de 70 a 80 por 100.

Por lo tanto, siempre que sea posible, hay que operar los "enfermos blancos". No esperar a que se hagan "amarillos".

El tratamiento médico es indispensable, incluso si el sujeto ha sido operado, porque sigue siendo un "hepático" o un "intestinal" durante varios años. Todo tratamiento médico debe proseguirse largo tiempo, aun después de extirpación de los cálculos.

La litiasis biliar es debida a una infección que proviene del tubo digestivo en sujetos afectos de colesterinemia.

El fin del médico no debe ser provocar la expulsión de las piedras, que corren el ries-

go de enclavarse en el colédoco, complicación fatal, sino de impedir la infección que produce los brotes de colecistitis.

Lo que importa al enfermo es no sufrir y poder llevar una vida normal. Esta curación aparente es debida al mantenimiento de la asepsia relativa de las vías biliares. No hay cálculo biliar sin infección; no hay brote de colecistitis ni de angiocolitis sin infección nueva.

La perspectiva de una verdadera curación es imposible mientras los cálculos estén en la vesícula y mientras quede una vesícula con paredes infectadas.

El enfermo operado conserva en sí mismo la causa productora de los cálculos, es decir, la infección de las vías biliares y los trastornos digestivos que el médico debe combatir. Basta, en efecto, en el calculoso latente una ligera infección intestinal, una grippe o una "indigestión", un surmenage que modifique el estado general, para que sobrevenga una nueva crisis.

Es imposible establecer una comparación entre el valor curativo del tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico por las estadísticas; primeramente porque después del tratamiento médico no se sabe para cuánto tiempo están curados los enfermos, y por otra parte, porque los enfermos benignos se tratan siempre médicamente, mientras que los casos quirúrgicos (por lo demás equivocadamente) corresponden a las formas que han resistido ya a la cura de Vichy o de Carlsbad.

Los calculosos son muchos y deben ser todos extraídos; pero con frecuencia pasan desapercibidos, porque no tienen complicaciones; su vida, aun cuando retardada, no lo es suficientemente para que se consideren como verdaderos enfermos; padecen de vez en cuando crisis "gástricas" que no saben relacionar con su verdadera causa y tratan de llevar con paciencia su enfermedad; pero deben saber que la existencia de cálculos vesiculares los expone siempre a una complicación que puede necesitar una intervención rápida.

Los cálculos son debidos a la infección vesicular. — Bajo la influencia de una fiebre tifoidea, de una infección intestinal, del éxtasis intestinal crónico, los colibacilos son reabsorbidos por la vena porta y llegan al hígado. Si son poco virulentos, el hígado los destruye; si no, pasan a la bilis. La bilis se acumula parcialmente en la vesícula y aquí se espesa; la vesícula ligeramente infectada se inflama crónicamente y produce cálculos por precipitación de colesiterina y de sales biliares.

Si la infección procede lentamente, sin brotes, los cálculos son grandes; si sobrevienen brotes agudos, se producen cálculos múltiples pequeños y de facetas.

Los cálculos son debidos igualmente a la modificación de la constitución química de la bilis. — Los estados que determinan el aumento de la proporción de colesiterina (colesterinemia), favorecen la producción del cálculo, y de esta manera es como actúan las enfermedades infecciosas y el embarazo. La mayoría de los calculosos biliares son mujeres que han tenido hijos.

Los cálculos no tienen todos la misma constitución química; se distinguen tres tipos:

- Cálculos de colesiterina pura.
  - Cálculos de colesiterina asociada a sales calcáreas y biliares.
  - Cálculos formados exclusivamente por sales biliares que se encuentran no en la vesícula sino únicamente en los canalículos.
- Los cálculos de colesiterina son estériles; las sales calcáreas son debidas a la infección; cuanto más sales contenga el cálculo,



más importante ha sido el papel de la infección en su formación.

**Las crisis vesiculares son debidas a infección.** — La antigua interpretación del "cólico hepático", que atribuía el ataque doloroso a la migración del cálculo hacia el colédoco, es errónea. El cólico hepático es un brote de colecistitis comparable a una crisis de apendicitis por infección muy atenuada.

**Todo calculoso biliar es un hepático y un dispéptico.** — La litiasis es un final y no un accidente. El cálculo, como toda manifestación mórbida, resulta de una infección que viene del intestino y produce a su vez la insuficiencia hepática.

La infección que se manifiesta en la vesícula existe en menor grado en los canales biliares infra-hepático; para que haya colecistitis es necesario que haya angiocolitis más o menos perceptible. Cada crisis vesicular aumenta la angiocolitis y la insuficiencia hepática. Esta insuficiencia se intensifica enormemente si hay un brote de ictericia.

¿Deben operarse todos los enfermos del colédoco? Sí; todo cálculo coledócico complicado con ictericia termina necesariamente por la muerte. Hay que operarlo lo más pronto posible; pero la operación es grave. Todo calculoso de colédoco, sin ictericia, será igualmente operado lo antes posible; aquí la mortalidad es pequeña.

¿Debe operarse todo cálculo de la vesícula? No; porque hay cálculos no infectados que no producen nunca accidente o sólo crisis vesiculares tan ligeras, tan poco frecuentes, que prácticamente apenas constituyen enfermedad.

Toda crisis apendicular debe ser tratada quirúrgicamente en frío; ¿debe tratarse de la misma manera toda crisis vesicular? No, porque el apéndice, por su situación y la virulencia de su contenido, amenaza al organismo con accidentes más rápidamente graves. Además, la ablación de la vesícula, por sencilla, por benigna que sea (medio por 100 de mortalidad apenas), es un poco más mutilante, más seria que la del apéndice (1 por 500 de mortalidad aproximadamente).

Resulta de esto que todo calculoso, incluso operado, sigue siendo un enfermo. Sigue siendo un dispéptico y un hepático latente, que es necesario continuar observando, someterle a la higiene alimenticia e imponerle una terapéutica que regularice las funciones digestivas y desinfecte las vías biliares.

Todo calculoso no operado u operado debe, pues, ser sometido a la higiene general y al tratamiento médico; el cirujano sólo interviene para:

- Combatir el accidente.
- Suprimir el cuerpo extraño que favorece un nuevo brote infeccioso.
- Oponerse a la terrible amenaza de oclusión coledócica, complicación muy grave, puesto que conduce al éxtasis biliar, necesariamente mortal.

**Indicaciones y contraindicaciones operatorias.** — En el curso de una colecistitis aguda, si hay congestión de la base del pulmón derecho, con brotes pleurales, será bueno intervenir bajo anestesia local, pero con el minimum operatorio. Si la colecistitis es ligera, es conveniente temporizar para operar en frío cuando los accidentes pulmonares hayan desaparecido. Imposible formular una regla general en caso de tuberculosis. El cirujano considerará la resistencia del enfermo y las ventajas que pueda obtener de la intervención.

Aquí la anestesia local permite practicar todas las operaciones en los sujetos con lesiones pulmonares sin mayor peligro.

La diabetes indica que hay una partici-

pación del páncreas, razón de más para operar.

**Indicaciones operatorias.** — Los trastornos debidos a los cálculos son mecánicos o inflamatorios. Con frecuencia, ambos a un tiempo.

Los trastornos mecánicos serán vesiculares o canaliculares. No existe separación entre la inflamación de los canales biliares y los de la vesícula; para que la vesícula esté infectada es necesario que los canaliculos biliares hayan llevado una bilis ya hepática; pero la vesícula reacciona más pronto, más visiblemente, porque la bilis se estanca en ella, porque en ella se forma más fácilmente la cavidad cerrada por obliteración del cístico; pero todas las vías biliares toman parte en la infección. La hidropesía de la vesícula es resultado, bien de un cálculo enclavado en el cuello vesicular, bien de una estenosis cicatricial que sigue a una ulceración.

Los trastornos mecánicos canaliculares se manifiestan después del enclavamiento de un cálculo en el colédoco.

Los trastornos mecánicos son generalmente debidos al cálculo que oblitera el colédoco; pero esta obliteración puede, incluso en caso de cálculo, ser provocada por cáncer de las vías biliares o angiocolitis secundaria.

El cálculo vesicular es producido por la infección; la movilización de un cálculo vesicular hacia el colédoco, ha sido igualmente la consecuencia de una infección vesicular, cuyas secreciones han expulsado el cálculo; éste se ha detenido desgraciadamente en el colédoco.

**Accidentes mecánicos contra los cuales el médico no puede luchar.** — En los casos en que el cálculo se inmoviliza en el colédoco es necesario inmediatamente o más tarde extirpar los cálculos; no puede dejar de operarse de ninguna manera.

Si el sujeto presenta signos de retención biliar, está icterico, ¿de cuánto tiempo dispone el médico para saber si hay que operar? Es imposible responder a esta pregunta. Indudablemente, si se estuviera seguro de que la ictericia no desaparecería demasiado tarde, sería interesante no operar a los enfermos en estado de retención biliar, porque la operación es grave; pero los cálculos hepáticos se alteran más por este retardo; la retención biliar provoca inmediatamente la alteración del tejido glandular y disminuye aun más las probabilidades de éxito. La solución varía con los casos y el cirujano. Indudablemente, se pueden esperar quince días, tres semanas, tal vez más. Pero si hay que intervenir después de este lapso de tiempo, ¿cuánto tiempo útil perdido! La intervención es siempre una operación grave. Cuanto antes se haga la intervención, mayores serán las probabilidades de curación; cuanto menos alteradas estén las células hepáticas, el riñón se encontrará en mejor estado de eliminación y mejores serán las condiciones de éxito. Durante este período de espera, el médico calentará el hígado con compresas eléctricas o vejigas de agua caliente. Hará instilaciones rectales calientes, azucaradas (agua, 1 litro; azúcar, 50 gramos; uraseptina, 1,50 grs.) a razón de tres litros por 24 horas.

La alteración de la célula hepática constituye un peligro de muerte. Puede anunciarse:

- Clínicamente por una transformación de la ictericia, que disminuye de intensidad, mientras que las heces permanecen descoloradas (ictericia metapigmentada); la cantidad de orina disminuye.

- Por las reacciones químicas que descu-

bren en la sangre y orina la presencia de urobilina.

Repito que no es necesario buscar estos trastornos para encontrar indicaciones operatorias. Hay que operar antes, a menos, naturalmente, que de una manera brusca vuelvan a colorearse las heces y aparezca la poliuria y que todo haga prever el paso de la bilis al intestino; en estas condiciones felices, será útil que el cirujano espere algunas semanas para intervenir y que continúe las instilaciones rectales, porque cuanto más decolorado está el sujeto, más favorables serán las condiciones. Una vez demostrada la ictericia y decidida la operación, el pronóstico inmediato es serio; pero queda por hacer el diagnóstico etiológico. ¿Es un cálculo o un cáncer? En caso de cálculo, el pronóstico lejano es bueno; es fatal en caso de cáncer. ¿Es un cáncer del páncreas, de las vías biliares, o un cálculo del colédoco? El volumen de la vesícula sirve de índice. Una vesícula distendida con ictericia, indica, ocho veces entre diez, un cáncer del páncreas o de las vías biliares. Inversamente, la vesícula retraída indica, ocho veces entre diez, la presencia de un cálculo. Para esto el pneumoperitoneo, combinado con la radiografía, es un procedimiento clínico de gran valor, que permite diagnosticar numerosos cálculos imperceptibles con otros medios. Hay que reconocer, por lo demás, que con frecuencia los cánceres de las vías biliares se desarrollan en sujetos portadores desde hace tiempo de cálculos; de aquí una nueva indicación para operar los cálculos; la vista de los cálculos a los rayos X no debe, pues, hacer eliminar el temor del cáncer (2 por 100 de los casos).

Hemos visto que con frecuencia, casi constantemente, el cáncer de las vías biliares se desarrolla en antiguos calculosos. Si el cálculo hubiese sido suprimido y la vesícula hubiese sido extirpada antes de la degeneración maligna, no se habría presentado esta complicación.

El tiempo más delicado de la técnica es la exploración de las vías biliares. ¿Dónde asienta el cálculo? ¿Es único? ¿Se halla en la porción supraduodenal, retroduodenal o infraduodenal del colédoco? ¿Por qué vía hay que abordarlo? ¿Existe una piedra olvidada? He aquí una serie de problemas que se plantean y que hay que resolver. Los peligros de la exploración no son la peritonitis y la embolia; su gran complicación es el *shock hepático*, que hay que temer siempre en los histéricos. Independientemente de las alteraciones del hígado, que son el punto de partida de los trastornos cerebrales, las manipulaciones, las tracciones ejercidas sobre las vías biliares en la vecindad del plexo solar, tienen una acción refleja deplorable sobre el corazón. Sólo el cateterismo de las vías biliares puede provocar un retardo del pulso.

La operación es tanto más grave cuanto la ictericia del sujeto sea más antigua, y por consecuencia, las lesiones del hígado y consecutivamente las de las glándulas de secreciones internas, están más avanzadas.

¿Hay que quitar la vesícula o simplemente abrirla? Esto depende de los casos: si está normal, se puede dejarla. La mayoría de las veces hay que suprimirla. Si las paredes están infectadas, el enfermo débil, el contenido séptico (colecistitis supurada), contentarse con quitar parcialmente la vesícula y dejar una parte de su pared adherente al hígado.

Por último, en numerosos casos hay que contentarse con hacer un ano biliar, es decir, abrir la vesícula o el colédoco por encima del obstáculo para volver a ella más tarde y hacer en frío una segunda operación.



El enfermo, ya blanco, no presenta ni hiperemia ni insuficiencia hepática y soporta bien la cura radical.

En principio, la colecistitis crónica se trata por la colecistectomía. Los colecistectomizados digieren bien; el hígado suple a la ausencia del reservorio biliar con regularidad del débito. Las vías biliares se adaptan, se dilatan.

Repito que es necesario hacer un drenaje prolongado de las vías biliares cuando éstas han participado en la infección; algunos días después de la operación, al irrigar las vías biliares, se obtiene a veces algo de arenilla, lo que prueba que la operación ha sido incompleta. Las curas de Vichy, Vittel y Evian, serán siempre útiles.

En el curso de toda operación habrá que examinar el páncreas, estómago y duodeno, porque con mucha frecuencia las úlceras acompañan a la colecistitis.

Las operaciones con amplio drenaje pueden ir seguidas de eventración; hay que restaurar entonces la pared secundariamente; pero esta eventración posible no ha de hacer descuidar el drenaje; generalmente es mejor hacer una segunda operación benigna que hacer correr riesgos mortales en el momento de la primera operación.

**Conclusión.** — El tratamiento de la litiasis será siempre médico y con mucha frecuencia quirúrgico; la combinación de ambos es la terapéutica de elección. El tratamiento operatorio se impone d'emblee en caso de enclavamiento de un cálculo en el colédoco, en caso de colecistitis aguda con infección seria, en caso de angiocolitis aguda o crónica, en caso de colecistitis aguda o repetición, en caso de colecistitis o angiocolitis crónica. Si se exceptúan los cálculos se complican con éxtasis biliar e insuficiencia hepática, la operación es siempre benigna. Si es posible, debe operarse antes de la angiocolitis infecciosa y antes de la ictericia.

Dr. Evaristo Marín.  
Valparaíso.

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS

### SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA

12 de Junio, 1924

Presidente: Dr. E. Cienfuegos

**Seudo-parálisis de Parrot.** — Sr. Contre-ras. Refiere el caso de un enfermito con seudo-parálisis de Parrot de forma múltiple, localizado a las dos extremidades inferiores y a la extremidad superior izquierda. Es de pronóstico grave y se encuentra sometido a tratamiento mercurio-arsenical.

Dr. Cienfuegos. Hace hincapié en la gravedad del pronóstico de estos casos y sobre la importancia del tratamiento arsenical y su cuidadosa dosificación.

Dr. Bascuñán. Llama la atención sobre las lesiones viscerales múltiples que se encuentran en estos enfermos y cree, por consiguiente, que el único tratamiento eficaz es el arsenical y su dosificación no se hará por kg. de peso, sino que serán dosis de  $\frac{1}{2}$  cgr. global, aumentando las dosis con mucha prudencia. Los mercuriales, a su juicio, de-

ben agregarse cuando mejora visiblemente el estado general, cuando ha visto iniciarse el tratamiento antilúético de estos enfermos, con ellos el resultado ha sido casi siempre fatal.

Un caso de gemelo sano hijo de madre sífilítica siendo su hermano francamente lúético. — Dr. Baeza. Presenta dos gemelos hijos de madre lúética, con antecedentes y reacción Wassermann positiva, uno de los cuales es francamente sífilítico (explenomegalia, coriza típico, hipotiofía) y el otro que no presenta ningún estigma de héredo-sífilis. Se trataba de un embarazo de término, bivitelino, y en el que la placenta más grande y más pesada pertenecía al niño manifiestamente iúético. Llama la atención sobre la poca frecuencia de estos casos, sobre lo inexplicable que resulta su comprensión y cita al respecto la opinión de Fournier, quien dice que éste sería un enigma más en el complejo problema de la herencia sífilítica. Por su parte, cree que deben considerarse como infectados a ambos niños.

**Sobre el problema de la mortalidad infantil.** — Prof. Sanhueza. En la 2.ª hora el Prof. Sanhueza, después de excusarse por no haber podido reunir mayor número de datos para el trabajo por el cual estaba inscrito en la tabla, hace interesantes consideraciones sobre la importancia que tiene para la Sociedad el problema de nuestra mortalidad infantil, y pide a los colegas del Patronato Nacional de la Infancia, institución que a su juicio es la única que trabaja en forma verdaderamente científica, se sirvan proporcionar algunos datos estadísticos sobre el número de niños que son atendidos en el primer trimestre de la vida, época en que es más alta la cifra de mortalidad infantil.

Dr. Cienfuegos. Propone ampliar algo más la estadística pedida a los colegas del Patronato de la Infancia, cuyos beneficios reconoce ampliamente.

Drs. Julio Schwarzenberg, Mayers y Baeza. Aceptan la invitación del Prof. Sanhueza y del Dr. Cienfuegos y se comprometen para traer estos datos en la sesión próxima.

**Servicios para niños tuberculosos.** — El Sr. Presidente se refiere en seguida a las gestiones que hiciera la Sociedad ante la H. Junta de Beneficencia sobre creación de Servicios para niños tuberculosos, y dice que nada se sabe, pues no ha sido contestada la nota enviada al respecto.

Dr. Commentz. Dice que la H. Junta ha recibido muy bien esta nota y se compromete a activar este asunto que ha tropezado con algunas dificultades.

**Mortalidad infantil.** — Dr. Commentz. Diserta sobre los múltiples aspectos que presenta el problema de la mortalidad infantil y la variedad de factores que influyen en su producción. Toca en seguida el punto de la hospitalización de niños tuberculosos y dice que la Dirección del H. M. Arriarán estudia actualmente la forma más práctica de efectuarla y por el momento el Servicio de Infecciosos, a cargo del Dr. Cienfuegos, recibe a aquellos niños tuberculosos que pueden sacar provecho de una corta hospitalización.

Dr. Cienfuegos. Propone iniciar una nueva gestión ante la H. Junta con el fin de apurar la solución del problema en los otros hospitales, especialmente en San José, que es donde más dificultades se han presentado, dificultades que, a su juicio, son perfectamente salvables. Se acordó hacer estas gestiones en forma extra-oficial.

26 de Junio, 1924

Presidente: Dr. E. Cienfuegos

**Mixedema.** — Dr. Daneri. Presenta una niña de doce años, hospitalizada en su Servicio, con todos los signos de la afección.

**Vacuna anti-tuberculosa de Ferrán.** — Dr. Fernando Cruz. Hace una interesante reseña de los trabajos del Prof. Ferrán, refiriéndose especialmente al descubrimiento de la vacuna antialfa, cuyo uso en la prevención de la tuberculosis se ha ido aceptando más y más por los investigadores europeos.

**Mortalidad infantil.** — Prof. Sanhueza. Formula diversas consideraciones sobre el problema de la mortalidad infantil y hace recuerdos sobre su estudio en nuestro país, citando al efecto a los doctores Murillo, Dávila Baeza, Lucas Sierra y Moore, quienes en diferentes épocas, se han ocupado, con brillo, de este importantísimo problema. Expone las cifras de mortalidad a que hemos alcanzado en los distintos años, concluyendo con que la mayor parte de los niños muere en los primeros meses de la vida, y propone para remediar este mal, varias medidas, como la reforma de nuestro defectuoso sistema de inscripción de los recién nacidos, etc., etc.

Deja abierto el debate, después de haberse extendido en interesantísimas consideraciones sobre las variadas fases del asunto, para que así se elabore un plan científico, práctico y metódico, que pueda hacerse llegar hasta los Poderes Públicos y que sea allí dignamente acogido.

**Labor del Patronato Nacional de la Infancia.** — Dr. Julio Schwarzenberg. Presenta un resumen de estudio estadístico sobre la labor del Patronato Nacional de la Infancia. Insiste en la falta enorme que hace un buen servicio de Asistencia Social y los buenos frutos que se han obtenido con su instauración en pequeña escala. Explica, a su juicio, la alta mortalidad de nuestras gotas de leche, con la falta de muchos sistemas dietéticos y en la poca preparación del personal médico para una labor tan compleja como es la del Patronato Nacional de la Infancia, y en la forma poco práctica en que se hace el trabajo, que impide al médico desarrollar una labor concienzuda y eficaz.

El Dr. Cienfuegos propone seguir estudiando la labor del Patronato, lo cual servirá de base para iniciar igual estudio de las otras obras de Protección a la Infancia. Para esto propone nombrar una comisión formada por los Drs. Mayer, Julio Schwarzenberg y Baeza Goñi.

Así quedó acordado.