

# LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

**DIRECTOR**  
Dr. Oscar Fontecilla  
Jefe de Clínica Médica

**SECRETARIO GENERAL de la REDACCIÓN:**  
Dr. Alejandro Garretón Silva  
Ayudante de Clínica Médica.

**SECRETARIO DE REDACCIÓN:**  
Para la parte médica:  
Dr. Gregorio Lira  
y Florencio Garín R.  
Ayudante de Clínica Médica

Para la parte quirúrgica:  
Dr. Manuel Martínez G.  
Ayudante de Medicina operatoria.

**COMITÉ CIENTÍFICO**

S. S. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
G. Amunátegui A. Orrego Luco R. Aguirre Luco  
M. Brockmann D. García Guerrero  
L. Sierra E. González Cortés E. Petit  
A. del Río E. Aldunate B. R. Donoso M. Cádiz  
E. Croizet J. Luco L. Vargas Salcedo  
J. Ducci L. Calvo M. A. Larraguibel  
C. Pardo C. A. C. Sanhueza L. Córdova

S. S. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES  
F. de Amesti S. Sepúlveda G. Grant B.  
E. Cienfuegos C. Lobo Onell C. Pérez Canto

**ADMINISTRADOR:**  
G. Campaña Gandarillas

Todo asunto relativo a la Redacción debe dirigirse al Secretario General: Maestranza, 463, o al Hospital San Vicente de Paul (en las mañanas).

Todo asunto relativo a la Administración debe dirigirse al Administrador: San Isidro, 390.

**Suscripciones:**  
PARA TODO EL PAÍS

Por un año ..... \$ 20.—  
A los estudiantes de medicina. > 12.—  
Número atrasado..... > 1.50

Las suscripciones son sólo por un año.

## SUMARIO

- Texto.**
- M. BROCKMANN.—La reforma del plan de estudios, p. 49.
- E. CIENFUEGOS.—Concepto moderno acerca de los trastornos nutritivos del lactante (con cuatro cuadros) p. 49.
- H. LEA PLAZA.—Un caso de causalgia del antebrazo izquierdo (2 figuras) p. 57.
- Sociedad Médica,** p. 58.
- Anexo:**
- R. PHILIP.—El concepto actual de la lucha social contra la tuberculosis, p. 49.
- A. THEOHARI.—Las soluciones salinas clorobicarbonatadas en el tratamiento de la litiasis biliar con hipopepsia, p. 58.
- CRÓNICA, p. 59.

## EL CONCEPTO ACTUAL DE LA LUCHA SOCIAL CONTRA LA TUBERCULOSIS

por Sir Robert PHILIP

Profesor de la Universidad de Edimburgo  
Vice-Presidente de la Asociación  
para prevención de la tuberculosis.

DISERTACIÓN INAUGURAL PRONUNCIADA EN LA CONFERENCIA DE PARÍS DESTINADA A LA FUNDACIÓN DE UNA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS.

Señor Presidente:

Séame permitido ofreceros mis respetuosos homenajes al decir que vuestra presencia es de un presagio particularmente dichoso en este renacimiento y en nuestra organi-

zación mundial contra la tuberculosis. En nombre de las ciencias médicas y por el deseo común de la Humanidad, os saludo.

Creedme todos que este acto tiene una alta significación. La prevención de la tuberculosis implica la salud en el sentido más extenso, y la salud significa para cada ciudadano, tomado individualmente, la fuerza y la dicha, y a las colectividades que forman el Estado, la prosperidad.

Señoras y señores:

Es para mí un privilegio enorme el daros del otro lado del mundo las saluciones cordiales de nuestras Asociaciones nacionales para la prevención de la tuberculosis, y los mejores y más calurosos votos por el éxito de las iniciativas tomadas por nuestra alianza sagrada contra un enemigo común. Nos proponemos y nos comprometemos a marchar unidos mano a mano con vosotros.

Sobre la corriente inmensa de la civilización se proyectan sombras. Vuestras regiones devastadas por un enemigo rapaz y sin piedad, rinden testimonio evidente. Si sus efectos han quedado circunscritos, merced es al genio de vuestros generales y a la in-

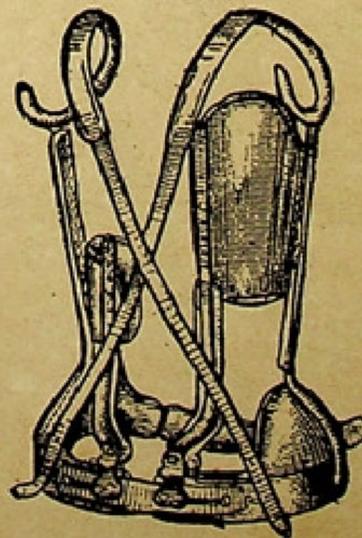
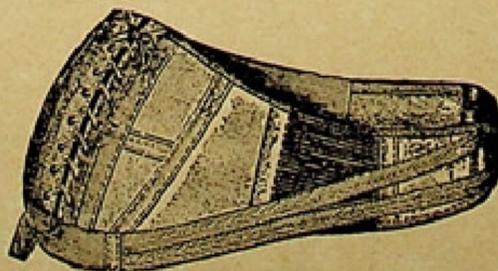
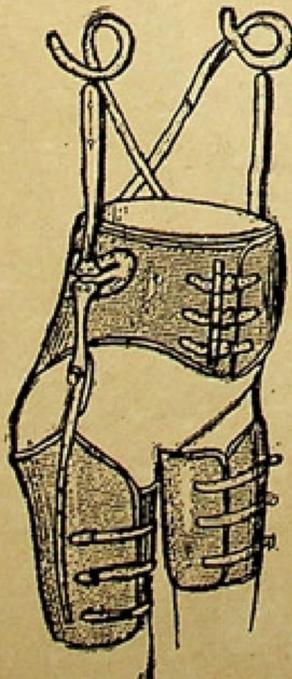
## INSTITUTO ORTOPÉDICO ALEMÁN

SANTIAGO — San Antonio 548  
Casilla 3494 - Teléfono Ing. 4888

Aparatos para Coxalgia, Parálisis, Pie Bot, Varus, etc.  
Corsés de cuero cutil celuloide para mal de Pot. Escoliosis, etc.

Muletas, Bragueros, Espalderas, Medias elásticas, Fajas en todas sus formas.

Aparatos eléctricos científicos, sol artificial, instrumentos y artículos para cirugía en general.



Pídase el Catálogo General Ilustrado que se remite gratis a la vuelta de correo

trépida resistencia de vuestros bravos soldados. En la actualidad, una gran superficie arrasada atestigua con silencio elocuente la maravillosa calidad de vuestra raza. De todas las sombras que oscurecen nuestra civilización, no hay ninguna ni más persistente ni más inquietante que la de la tuberculosis. La tuberculización de las razas es un punto negro en nuestra civilización tan elogiada. Allá, en todas partes, en las que los hombres se han agrupado en masa, ha aparecido la tuberculosis. Obra sobre las fuerzas vitales y motoras del mundo.

En tanto que la tuberculosis se reparte por todo el mundo, en las naciones civilizadas llama la atención de que no la padezcan los pueblos primitivos. Cuanto más sencilla vive la vida el hombre, más sano persiste. Hay todavía en nuestro planeta algunos pedazos de terreno en que la tuberculosis es desconocida. Esta sigue la marcha de la civilización. Ahora, la entrada de los salvajes que viven en las praderas o en las montañas en la marcha de la civilización, hace presagiar su tuberculización.

No puede darse mejor demostración que las investigaciones sobre la epidemiología de la tuberculosis en las estepas, publicadas bajo la dirección de Metchnikoff, Bulvet y Tarassuitch y las investigaciones del profesor Calmette, concernientes a la persistencia de la infección en las colonias francesas, lo cual ha demostrado que la proporción de personas infectadas se aumenta en proporción de la intensidad de la actividad comercial y la inmigración de los extranjeros.

Y, sin embargo, los progresos de la ciencia han demostrado que la tuberculosis no es esencial a la civilización, sino que es el re-

sultado vicioso de una civilización incompleta e insuficientemente instruída. No son responsables las aglomeraciones humanas, sino las maneras de establecerse lo que conduce inevitablemente a la tuberculosis. Y aquéllas no son esenciales a la vida civilizada en común. La tuberculosis es su reflejo, influenciado de una manera extraordinaria y viciada por las agrupaciones sociales.

Para la tuberculización de los individuos es preciso que haya al principio, y antes de toda posibilidad de la infección, una fuente de la misma. La presencia de la tuberculosis en el hombre o en los animales es así evidente. Sin la semilla no hay cosecha. Inmediatamente sobrevienen los medios favorables, y estos medios son las construcciones relativamente insalubres de nuestra vida social. Ambos factores, infección y medio favorable, pueden destruirse, pueden superarse y aun pueden suprimirse, o, cuando menos, reducir su influencia al mínimum.

En una campaña antituberculosa deben considerarse ambos factores de una manera intensiva. No puede eludirse ni uno ni otro, y si en un período de tiempo ha habido tantas desilusiones, ha sido por no haber apreciado suficientemente su importancia individual y recíproca. La exageración de uno de los factores con detrimento del otro, es errónea y desastrosa.

La gravedad de la infección se pone de relieve por los resultados espantosos producidos por la exposición de un terreno virgen al riesgo de contaminaciones por contacto. Multitud de ejemplos pueden citarse, pero ninguno más demostrativo que la experiencia hecha con las tropas senegalesas en Francia durante la última guerra. Borrell ha

demostrado cómo, según experiencias hechas con cuidado, 4 o 5 por 100 únicamente de las tropas que vienen directamente del Senegal al campamento de Frejús eran tuberculosas, y cómo, sin embargo, la mortalidad producida en estas tropas se elevaba rápidamente de 48 en 1916 a 312 en 1917, a 557 en 1918 y a 2,998 en 1919 en siete meses.

He aquí todavía un ejemplo más decisivo. Este caso es, dice Borrell, una forma de todo punto especial de la enfermedad, desarrollándose sobre un terreno virgen en individuos que habían vivido hasta entonces fuera de todo contagio una tuberculosis de adulto de primera infección, presentándose con toda la gravedad de la tuberculosis del niño o del conejo de Indias con formas de evolución subaguda. En otros casos la muerte sobreviene a consecuencia de una verdadera infección, y el punto de partida de ésta se encuentra en la autopsia de un ganglio caseificado. Son los verdaderos casos de granulía pura. Todos los órganos están sembrados de un sin fin de granulaciones tuberculosas recientes, anegando de tubérculos los pulmones, bazo, riñón, epiplon y meninges, etc.

Hé aquí un cuadro patológico bien distinto del que estamos acostumbrados a ver en los adultos que mueren de tuberculosis. Que esto es verosíblemente el resultado de la exposición del terreno virgen a la implantación del germen y no solamente la expresión de una mayor susceptibilidad de las razas negras, lo prueba hasta la evidencia los hechos observados en Francia en las tropas negras de las fuerzas americanas. Bajo la actividad del doctor Clotz, del servicio americano médico, Borrell dice: "En el ejército ame-

## Higiene íntima de la mujer

Poderoso desinfectante y antibacilar

MUESTRA GRATIS

Goyénéche, Vidon y Cia.

Santiago-Chile - Estado 154

ricano las tropas negras no se han mostrado mucho más sensibles que las tropas americanas blancas". El tanto por ciento no estaba mucho más elevado, y no se ha notado en ellos forma tan especial y tan grave como en los senegaleses. Los negros americanos se comportan como los blancos, evolucionando la forma crónica ordinaria de la tuberculosis metropolitana.

Pero es que estos negros han vivido el medio urbano en contacto con la civilización; se han expuesto a los mismos casos que los americanos blancos, a todos los contagios, reaccionando la tuberculina en iguales proporciones. Son negros civilizados. Por lo tanto, es evidente que, en presencia de la infección, las personas no infectadas rápidamente contraerán la tuberculosis.

¿Cómo se comportan los seres en presencia de fuentes de infección tan ampliamente repartidas en nuestros medios?

Los hechos acumulados prueban, a despecho de las contradicciones, que en las viejas ciudades casi todos los ciudadanos de la comunidad están tuberculizados.

El post mortem de N. Angeli, Burkhardt, Richardt y otros, demuestran cuántos cuerpos de adultos que mueren por cualquier razón, presentan al examen atento vestigios indudables de tuberculosis, lo que está en relación con los resultados del examen clínico por el medio de ensayo de la tuberculina.

Observaciones repetidas han probado que la mayoría de los adultos responde positivamente a los experimentos, mientras que en los niños hay un tanto por ciento de reacciones positivas que aumentan gradualmente desde la infancia hasta los catorce años, alcanzando los resultados positivos la elevada cifra de 70 por 100. Los peligros de contraer la enfermedad después de la expo-

sición por la infección, son muy grandes.

En las ciudades antiguas, la mayoría de veces atacó a la infancia con resultados distintos, según el grado de resistencia establecido por causas diversas.

En los pueblos primitivos la infección se adquiere en cualquier edad, siempre que los sujetos se exponen al peligro, y en los cuales la enfermedad sigue, generalmente con rapidez, una marcha desastrosa.

Dejemos por el momento la cuestión de la infección, a la que volveremos muy pronto, para decir algunas palabras concernientes a la importancia del medio ambiente propicio. Habría mucho que decir en la influencia de la sugestión, sobre cuanto rodea al individuo después de la infección, si le llevamos a un medio saludable, es decir, al aire libre, con ejercicios sanos y con una alimentación suficiente, y cómo con todo esto, su resistencia natural bastaría para combatir al invasor.

Pero estas condiciones ideales se realizan pocas veces; por una parte, a causa de la ignorancia, y por otra, al ambiente forzado que exige la vida doméstica, industrial, etc. Estos factores se oponen a la consecución y sostenimiento de una resistencia suficiente, variando según el individuo y naturaleza y diversidad de los centros. Esto explica la facilidad de las recaídas, apareciendo de vez en cuando en sujetos infectados. En este sentido se puede decir que el individuo que es tuberculoso lo será siempre. En la ocasión de recaída, su carácter y su grado es irregular e incierto. Depende en gran parte del grado variable de resistencia natural y adquirida y de los medios desfavorables que le rodean.

Si pudiéramos reconocernos con métodos precisos de diagnóstico en esta Asamblea, ¿cuántos de entre nosotros nos salvaríamos

de este examen? Muchos tendríamos que rendirnos a la evidencia. Y, sin embargo, por completa que fuera la prueba de una infección anterior, nuestra presencia en este momento demuestra la significación de resistencia individual y del medio saludable.

El reconocimiento de que la infección tuberculosa está repartida en la vida común, y que sus manifestaciones infinitamente variables en el individuo están condicionadas por la variación en el grado de resistencia que aparece de vez en cuando, estas ideas han cambiado enteramente el punto de vista médico respecto de la enfermedad y ha transformado el tratamiento individual del enfermo.

El enfermo afecto de tuberculosis se trata hoy como un sujeto atacado de una infección específica cualquiera que, manifestándose sobre un punto local, tiende a ejercer una influencia tóxica en todo el sistema. En la infección local es sólo un incidente, con frecuencia temporal, en el curso de una invasión que tiende a continuar su camino. Una vez establecida la infección puede ejercer su influencia durante meses, años y tal vez toda la vida.

Este cambio del punto de vista ha hecho posible un tratamiento más en relación con la ciencia, ha demostrado la necesidad para este enfermo de una vigilancia prolongada, en la que no se pensó nunca. Un caso de tuberculosis, una vez reconocido, debe ser sometido a la vigilancia frecuente, aun cuando haya razones suficientes de creer que la enfermedad se ha combatido de una manera suficiente.

La actitud médica frente al pronóstico ha cambiado igualmente. Hipócrates colocó a la cabeza del grupo de las enfermedades que eran inevitablemente fatales, a la tisis. Pero el cuadro que trazó representa sencillamen-

## ALIMENTOS del Dr. THEINHARDT de Stuttgart-Cannstatt (Alemania)



**HYGIENA**

Poderoso reconstituyente para adultos, deportistas, convalecientes y ancianos, el mejor alimento para personas de estómago delicado y de difícil digestión.



**INFANTINA**

Maravilloso alimento para niños de pecho, el único que reúne todas las sustancias que necesita el niño para su desarrollo normal.

## VASENOL

Preparaciones del Dr. KOPP de LEIPZIG (Alemania)

Polvos VASENOL para niños.  
Polvos VASENOL sanitario  
Polvos VASENOL antisudoral.  
Pasta VASENOL contra toda clase de granos y lastimaduras

**Lisoformo**, desinfectante sin igual de olor agradable no debe faltar en ningún gabinete de doctor, dentista, etc.

**Haedensa**, quita el dolor de las almorranas en cinco minutos, después de algunos días de uso, las cura.

**Servasigon**, profiláctico contra sífilis y enfermedades venéreas.

Pedirlos en todas las Boticas de la República

Import. **GUTTMANN, MAURER & Co.**

Casilla 85-D — SANTIAGO — Moneda 1065

# TÉCARINE

(Homocafeinato de sodio)

NUEVO DERIVADO SOLUBLE Y NEUTRO DE LA TEOBROMINA

## Diurético, desclorurante

Presentación: LA TÉCARINE se presenta:

1.º en comprimidos dosificados a 0 gr. 25 para administración por vía bucal.

2.º en ampollas de 2 c. c. conteniendo 0 gr. 25 de producto activo.

Literatura y muestras a disposición de los médicos

Los establecimientos **POULENC Frères - Paris**

AGENTE ÚNICO PARA CHILE:

**J. B. DIDIER**

San Pablo 1340

Casilla 61 - Teléfono 3018

SANTIAGO

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

AGENTES EN CHILE:

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



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

**Melubrina**—El antireumático poderoso y de reconocida eficacia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

te el último efecto de la infección, a la que el sujeto había resistido mal. Los primeros síntomas, los matices más sensibles, el paso gradual de la salud a la enfermedad, que se refiere a la introducción y al desarrollo progresivo de la infección, escaparon a la observación. En la actualidad, el ojo experimentado del médico ve estos primeros síntomas. Provisto de este santo y seña, obstat *principiis*, puede prever e interpretar los primeros signos de la infección, y los hechos le autorizan a declarar la tuberculosis como enfermedad de lo más curable si se diagnostica a tiempo. Solamente colocándonos en este terreno llegaremos a remediar este orden de cosas, mientras que el tiempo de muchos médicos se perderá ensayando la cura de incurables casos de tuberculosis avanzada, no importa de qué órgano.

El método científico es también aplicable en el terreno de la prevención.

Un conocimiento profundo de la distribución de la infección a través del mundo ha revelado un parentesco etiológico y epidemiológico que antiguamente no se conocía: determinando cómo la tuberculosis se comunica de hombre a hombre y de los animales a los hombres y viceversa, y de este modo se ha llegado al descubrimiento de medidas profilácticas de importancia muy reciente.

El reconocimiento del inmenso alcance del medio sobre la resistencia, ha dado fuerzas a las exigencias higiénicas referentes al alojamiento, las ocupaciones y los hábitos de la vida.

El objeto de esta conferencia y del movimiento internacional que simboliza, es atender a conseguir la desaparición de la tuberculosis de la lista de las enfermedades que

acarrear la muerte o de las grandes enfermedades. Nosotros pedimos la destuberculización del mundo. Es un movimiento democrático de extrema importancia. Es la expresión de una determinación cuya realización implica un conocimiento profundo de los hechos y la alianza de todas las fuerzas utilizables sociales, médicas, laicas, oficiales y voluntarias.

La ciencia no nos ha revelado todavía ningún procedimiento para efectuar las destuberculización, ningún remedio específico, ninguna vacuna que pueda precaver de una manera cierta. La prevención y la heredicación de la tuberculosis no puede realizarse sino por una labor continua y de repetidos esfuerzos.

Los hechos deben considerarse y mirarlos valientemente cara a cara. Es necesario conocer por todos la historia natural de la enfermedad y sus relaciones con cuanto la rodea. La lucha antituberculosa debe ser inteligente y llevada a cabo con todo entusiasmo, dirigida por juicios bien equilibrados; y suponiendo que una nación se decida a deshacerse de la tuberculosis, ¿cuáles son las líneas de acción que deben ocuparse desde el primer momento?

De una manera general, la prevención de la tuberculosis debe recaer: 1º En la comprobación de fuentes de infección existentes. 2º La adopción de medidas que puedan aumentar la resistencia del individuo y de la comunidad. 3º Sustitución por un medio saludable de todo aquello que hay de perjudicial en la vida cotidiana en común.

Para la comprobación de las fuentes de infección existentes hay que tener una estadística aproximada de los casos de tuberculosis en tratamiento y su distribución sobre

una superficie conocida. Esta estadística será la base de un cálculo que indique el género y naturaleza de la organización que deba establecerse.

- Cuanto más preciso sea el conocimiento de los hechos, más exacta y eficaz será la dirección de esfuerzo; estos datos debieran estar al servicio de aquéllos que los manejan.

Los datos deberán comprender la proporción aproximada de la zona, las grandes líneas referentes al alojamiento y condición del trabajo, del habitante, de la mortalidad general, la mortalidad registrada por diferentes formas de tuberculosis y los hechos pertinentes al aprovisionamiento de la leche.

Según la proporción de los casos de tuberculosis en la mortalidad se puede fácilmente establecer una evaluación de la cantidad de tuberculosos, que necesitarán probablemente un tratamiento más directo y una vigilancia más general. Una experiencia creciente de la zona permitiría una agrupación más minuciosa por edades, ocupación, etc. Por lo que se refiere a los cálculos basados sobre la mortalidad, yo expuse mi punto de vista en el Congreso Internacional de la Tuberculosis de 1908, afirmando que la mayoría de los cálculos referentes a la incidencia de la tuberculosis estaban muy por bajo de la realidad. Estudios variados me han hecho comprobar que una base mínima para evaluar los casos de tuberculosis necesitaba una atención en una zona cualquiera inmediata, y que se obtiene multiplicando la mortalidad establecida debida a la tuberculosis por 10. He formado la opinión que se encontraría este múltiplo inferior a la realidad, y he indicado el múltiplo

# Bioplastina Serono

En ampollitas de 1 1/2 y de 5 c. c.

Emulsión de lecitina y lutinas (éteres de la colestestina)

## Reconstituyente Biológico Energico

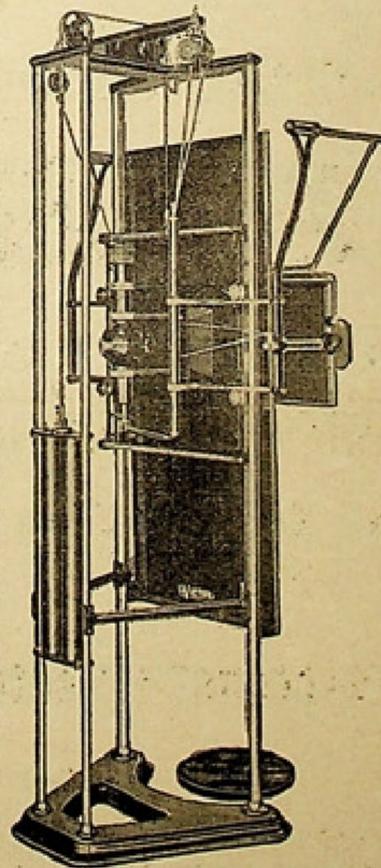
por via hipodérmica

(Introducido en la terapéutica por el Profesor Serono)

<b>PROPIEDADES</b> . . . . .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despierta y estimula las fuerzas.</li> <li>Aumenta el peso del cuerpo.</li> </ul>
<b>INDICACIONES</b> . . . . .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tuberculosis inicial.</li> <li>Agotamiento.</li> <li>Anemia.</li> <li>Raquitismo.</li> <li>Linfatismo.</li> <li>Convalecencia.</li> </ul>
<b>PARTICULARIDADES</b> . . . . .	<ul style="list-style-type: none"> <li>indicada en todas las edades.</li> <li>Es absolutamente indolora.</li> <li>Ninguna intolerancia: aún en las personas que no toleran los huevos.</li> </ul>
<b>POSOLOGIA</b> . . . . .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inyecciones diarias.</li> <li>Niños: Ampollitas de 1 1/2 c. c. } Inyectar 3 cajas de 10 ampollitas.</li> <li>Adultos: Ampollitas de 5 c. c. } Inyectar 3 cajas de 6 ampollitas.</li> </ul>

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

Dirigirse a: HIJOS DE Atilio MASSONE,  
Claros 205 ■ Casilla 3584 ■ SANTIAGO



MESA VERTICAL PARA FLEUROSCOPIA

# VICTOR

X-RAY CORPORATION

Fabricantes de aparatos para

FLEUROSCOPIA  
RADIOSCOPIA  
TERAPIA  
ALTA FRECUENCIA

TUBOS COOLIDGE  
LAMPARAS DE CUARZO  
MASAJEROS ROTATORIOS  
CENTRÍFUGOS, etc.

MANTENEMOS UNA EXISTENCIA DE REPUESTOS, TUBOS COOLIDGE, PELÍCULAS VICTOR, etc.

## INTERNATIONAL MACHINERY Co.

AGENTES EXCLUSIVOS  
MORANDÉ 530 = SANTIAGO



# HIDROMAGNESIA

(M. C. R.)

“La mejor Leche de Magnesia”

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

**Laboratorio Chile**

## 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 hormones 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

## EL PROFESOR

# M A R F A N

aconseja en el tratamiento de la heredo lúes, la fórmula de las

# GOTAS DIXI LEROY

Tónico reconstituyente para los niños de pecho

Solución de Lactato de Hg. al 1%<sub>00</sub>  
en un delicioso licor de anís

LABORATORIOS RECALCINE

de 20, que puede adoptarse sin exageración. Aun cuando esta evaluación ha sido criticada en diversos aspectos, todas las experiencias subsiguientes me han confirmado en mi opinión.

Durante los tres últimos años las observaciones se han hecho en muchas partes en gran escala, teniendo como objeto la evaluación de los casos de tuberculosis que hay que tener en cuenta.

Es una demostración notable de lo que hoy acabo de indicar, los resultados de la comunidad de Framingham para el conocimiento de la tuberculosis, que han venido a demostrar que en esta comunidad hubo para un caso de muerte 20 de enfermedad, y de estos 20, 10 en actividad. Conforme a esto, el hecho es que, al fin de la investigación, 200 casos de tuberculosis estaban en observación en vez de 27 que se comprobaron al principio de la demostración. De la misma manera, un trabajo atento en Chicago en 1916, ha conducido a la conclusión de que el número de casos de tuberculosis que debemos tratar, eran con seguridad 17 veces más numerosos que la cifra de las defunciones debidas a esta enfermedad.

Además de la cifra comprendida en tales evaluaciones, todavía hubo una gran proporción en la comunidad con la necesidad de medidas preventivas más extensas.

Es, por lo tanto, importante que para el éxito de la elaboración de un proyecto de medidas antituberculosas estén dictadas definitivamente de conformidad con aquéllos que tengan que resolver el problema. La segunda medida esencial es la posibilidad de tratar estos casos largo tiempo y con firmeza, y esto exige un procedimiento definitivo basado sobre el cálculo propuesto.

El esquema de las operaciones variará necesariamente en lo que concierne a los detalles para la diversa comunidad. Pero hay que comprender indispensablemente lo que sigue: 1º Declaración obligatoria. 2º Un centro de operaciones para manejar en gran cantidad el material de clínica. Dispensario antituberculoso. 3º Instituciones para cuidar a los enfermos en los diferentes grados de enfermedad. 4º Un comité u otra organización para el examen de las dificultades que sobrevienen en los casos de enfermedades prolongadas. 5º La investigación del aprovisionamiento de la leche.

En este momento me permito únicamente abordar uno o dos puntos que me parecen interesantes.

Lo que concierne a la declaración obligatoria parece claro que si nosotros no tenemos informaciones detalladas en relación con la distribución de la enfermedad en los pueblos, no podemos manejar el asunto de la infección con éxito.

La declaración de la tuberculosis pulmonar se ha hecho obligatoria en la Gran Bretaña hace ocho años, y no ha sucedido ninguna de las calamidades profetizadas. En verdad, esto no ha marchado bien, sino dos años después, hasta que el principio de la declaración se ha extendido a todas las formas de la tuberculosis que deben notificarse. En Francia, según tengo entendido, la declaración obligatoria no es más popular que la declaración de la riqueza.

Tal vez sea consolador el saber que entre nosotros la declaración y la investigación funciona sin contratiempos.

Volviendo la vista hacia las instituciones que debemos establecer, aparece evidente que lo primero, habida consideración a la

utilidad general, es que exista un centro que se preocupe de todos los problemas tuberculosos; un cuartel general de operaciones. Tal fué en mi opinión el motivo de la creación del Dispensario Antituberculoso.

El Dispensario constituye un centro o recinto, una oficina de información, un centro para el tratamiento de cierto número de enfermos y un depósito desde donde deben ser dirigidos al Sanatorio, según haya o no necesidad.

El Dispensario trata la tuberculosis como una enfermedad popular. Su objeto tiende a que ningún caso de tuberculosis pase sin ser examinado, estudiado y cuidado. Siguiendo al enfermo del Dispensario hasta su casa, se encontrará el nido de la tuberculosis; entonces podremos estudiar la atmósfera en que vive, y si hay tuberculosos en los demás miembros de la familia, perseguir todo esto, a fin de tratarle convenientemente. Con objeto de hacer absolutamente eficaz el papel del Dispensario, hay que poner a éste en relación estrecha con todas las organizaciones que se ocupan del cuidado y de la dirección de los tuberculosos. Se convertirá inevitablemente en el agente de confianza de los médicos de distrito, que será responsable del tratamiento de la mayor parte de los enfermos en su propia casa. Los recursos del Dispensario deben alcanzar a estos servicios en todas las formas posibles.

Por un sistema organizado de esta manera, es de esperar que el enfermo tuberculoso se vaya descubriendo cada vez más fácilmente desde el primer momento y en su propio interés y en el de la comunidad, siguiendo esta observación y guiándole hacia la curación.

Las consideraciones económicas que se

Remineralización

Recalcificación

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

**“GAUROL”**

NUEVA SAL ORGÁNICA DE CAL INTEGRALMENTE ASIMILABLE

(Comunicación a la Academia de Ciencias 14 Febrero 1921)

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

FORMA. AMPOLLETAS

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

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

**VICTOR CORRY**

MONJITAS 739

SANTIAGO

**OPOTERAPIA**

EXTRACTOS TOTALES CHOAY

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

Prescríbese bajo formas:

PILDORAS. COMPRIMIDOS. AMPOLLETAS

**Opoterapias Asociadas**

TRATAMIENTO DE LAS PERTURBACIONES ENDOCRINARIAS COMPLEJAS

**SYNGRINES CHOAY**

(EXTRACTOS DE ÓRGANOS)

Asociados en fórmulas respondiendo a los principales síndromas

PRESCRIBIR COMPRIM: O AMPOLLAS CHOAY FORMULA N.º

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

**VICTOR CORRY**

MONJITAS 739

SANTIAGO

## Extracto al vacío de malta

Conocidos los extractos de malta hechos por simple concentración, **no lo eran hasta hoy** los obtenidos fuera del contacto del aire, esto es, a temperaturas inferiores a 60 grados centesimales. A esta segunda categoría corresponde la

## SUCROMALTINA

cada una de cuyas propiedades constituye un extenso campo de aplicación terapéutica, con los más sorprendentes resultados.

Todos los principios transformatorios, determinativos y de conformación criogénica, que la cebada contenía en su estado de germinación, que se nombra malta, se encuentran intactos en la **SUCROMALTINA**. Es por esto que se manifiesta como:

Un poderoso e incomparable digestivo,  
Directo reconstituyente muscular y adiposo;  
El mejor tonificador del sistema nervioso; y  
Un enérgico determinante de la combustión y demás funciones fisiológicas.

### Y EN LOS NIÑOS

Sin igual vigorizador de su desarrollo y crecimiento;  
Activo amplificador de sus facultades intelectuales;  
Reanimador de su viveza espiritual, y actividades físicas.

LABORATORIO CORTES - Santiago - Chile

## LABORATORIO CLINICO

— DE LA —

## Academia de Medicina

Recién terminadas nuestras nuevas instalaciones en el edificio propio de **Pasaje Capuchinas 734** (Rosas entre Bandera y Morandé), y anhelando extender nuestra acción no sólo a los obreros desvalidos, sino al público en general y a las personas de modestos recursos en especial, hemos reorganizado nuestros servicios de **toda clase de exámenes químicos y biológicos, hemoculturas y autovacunas**, que despachamos con todo esmero y oportunidad, cobrando una tarifa que está al alcance de todas las personas.

Recepción de muestras: de 9 a 12 A. M.  
y de 1 ½ a 5 ½ P. M.

PASAJE CAPUCHINAS 734

Sírvase pedirnos nuestra lista de precios, que le enviaremos inmediatamente.

# Styles y Compañía

FABRICANTES DE

## Muebles Quirúrgicos Asépticos

Almacén: BANDERA 580. - SANTIAGO - Fábrica: MAPOCHO 3155.  
Casilla 1249

Ofrecemos construir muebles de diferentes modelos

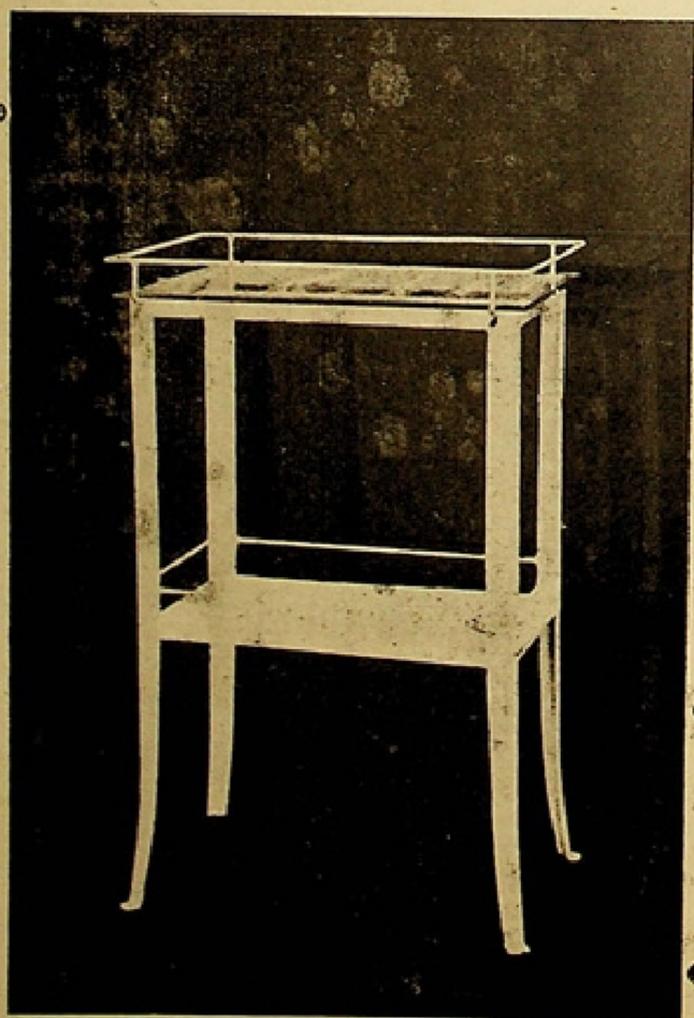
Nos esmeramos en el acabado, tanto respecto al esmaltado como del Niquelado. El esmalte no consiste de pintura blanca, sino de esmalte especial aplicado con brocha neumática y endurecido en un horno especial. El niquelado es una capa gruesa aplicada sobre una capa de cobre, cuando la pieza es de fierro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

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

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

**NUESTRO LEMA:**

IGUAL SINO MEJOR QUE LOS IMPORTADOS



MESA PARA INSTRUMENTOS N.º 22

desprenden de todo esto son de una importancia muy extrema.

Además de los cuidados médicos, hay que vigilar el estado económico del enfermo en cada caso, porque, no sólo afecta al mismo enfermo, sino a los demás de toda la casa. Puede probarse que la tuberculosis, en casi todos los casos, se le debe a un trabajo hecho en condiciones malsanas, y sería de equidad que al obrero atacado se le cuidara tanto como a un hombre herido por accidente del trabajo. Ciertamente, en algunos oficios, la gran mortalidad procede de la tuberculosis, y esto es un argumento de fuerza para mi opinión.

Sin estas medidas, las dificultades que acompañan al tratamiento prolongado de estos casos son con frecuencia invencibles. Esto es verdad, principalmente en el principio del tratamiento de la enfermedad, cuando privado de estas medidas el individuo tiende a continuar trabajando, merced al desequilibrio económico que su falta de trabajo acarrearía.

Al igual de las medidas que tienden a aumentar la resistencia individual, desde la infancia los ciudadanos deben vivir en un medio que aumente su resistencia. Las grandes dificultades de orden práctico proceden de la ignorancia y de la incapacidad del individuo y de la casa en cuanto al aire, a la limpieza y a la alimentación.

La resistencia efectiva seguirá en proporción a la capacidad vital del aire libre, del sol y de la limpieza que se observen en la casa. Cuanto rodea obligatoriamente al niño, debe sostenerse de conformidad especialmente con los principios fisiológicos que conducen a la salud. Estos son sencillos y amplios, y su aplicación es fácil y barata.

La educación de las leyes de la salud es una necesidad urgente. Desde la infancia, el

hombre y la mujer deben aprenderlas, empezando por los hechos más sencillos y haciéndoles comprender el mecanismo del cuerpo humano y los principios fundamentales de la salud. Todo lo cual nos conduciría a una gran victoria, y puede hacerse por el médico, el enfermero, los inspectores sanitarios, los maestros de escuelas y las señoras visitadoras.

Es esencial la casa sana, y cada hombre, cada mujer y cada niño, debe tener su casa alegre, suficiente, cuando menos, para atender a las necesidades fisiológicas del desarrollo y de la existencia sana.

Si el principio fundamental del sanatorio se realizara en la casa, en la escuela, en la oficina y en la vida común en general, la influencia del bacilo de la tuberculosis disminuiría en una gran proporción.

Desde el punto de vista del papel predominante que juega la tuberculosis en la mortalidad y la incidencia de la enfermedad en los grandes hechos observados en la tuberculosis, hace falta una enseñanza más completa en el médico y en los enfermeros para combatirla.

Aun cuando la práctica de la medicina deba ser modificada en los diferentes países durante el período actual de reconstrucción, hay un hecho claro, y es que hay que dedicar mucha mayor atención a la investigación y al cuidado de la tuberculosis, acordando nuevas facilidades al estudiante de medicina y al práctico para familiarizarlos con los métodos de diagnóstico, sobre todo en los primeros grados, y con métodos de tratamiento de prevención. Las Facultades de Medicina deben responder a esta indicación como atención preferente, y ensanchando los horizontes del estudiante en relación con la parte que la tuberculosis ha de jugar en su obra futura. No llamaré ni distraeré la atención

sobre las últimas expresiones en los casos avanzados, sino llevarles a una consideración más completa de que la enfermedad es progresiva y contagiosa. Su inspiración debería recaer en la inmensa posibilidad de la investigación científica.

Por encima de la variedad sin fin de las manifestaciones patológicas se encuentra el hecho esencial de la unidad de la tuberculosis establecida definitivamente por nuestro gran maestro Laennec. En tanto que la diversidad de manifestaciones no explique el por qué es necesario la distinción en el programa antituberculoso y especialmente en las instituciones, la unidad esencial de la tuberculosis da la llave del éxito en el tratamiento y la prevención en el sentido más amplio. Concibiendo el mecanismo necesario a una campaña efectiva, los elementos diversos deben adoptarse con el mayor cuidado posible a su objeto especial, y deben unirse íntimamente unos a otros, y el éxito de la campaña se determinará por el grado que hayan alcanzado éstos.

Para la dirección satisfactoria del mecanismo debe haber una concepción clara del punto de vista vasto y complicado, pero dedicando cada pieza de cada parte a su objeto especial y a una coordinación eficaz y a un esfuerzo concentrado, a medida que todas las fuerzas disponibles de nuestro sistema social estén educadas y colocadas en su puesto en la lucha antituberculosa, tener la seguridad de que la victoria coronará nuestros esfuerzos.

## EQUIPOS PARA HOSPITALES Y CLINICAS

Ofrezco para entrega inmediata y por fabricar al más bajo precio que se ha obtenido hasta ahora en el país, el siguiente material  
**Todo Hecho En Chile.**

Mesas para operaciones y exámenes.— Vitrinas para instrumental, con dos y tres cristales interiores.— Mesitas con cubierta de cristal, con y sin barandas, en distintos estilos y modelos, adaptables a todas las exigencias de una clínica o estudio médico.— Porta lavatorios de una, dos y tres tazas.— Porta irrigadores dobles.— Carros para transportar enfermos.— Biombos de fierro para separar camas.— Catres de fierro esmaltados blancos para clínicas y hospitales.— Carros para transportar útiles de curaciones.— Baldes con tapa de cierre automático, para algodones, etc.— Pañeras y consolas blancas y niqueladas para salas de toilette y clínicas.— Saliveras niqueladas para salas y pasillos.— Autoclaves de distintas potencias, verticales y a gas.— Porta-algodones para ginecologistas.— Baja-lenguas niquelados.— Diversas otras herramientas de fabricación sencilla y de uso diario en las clínicas y hospitales.— Sillas y bancos para salas de espera.— Etc., etc.

### GUSTAVO DUEÑAS

1559 - Av. Delicias - 1561 (Entre San Martín y Manuel Rodríguez)  
 Teléfono 2944 - SANTIAGO - Casilla 3538

## LAS SOLUCIONES SALINAS CLORO-BICARBONATADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS BILIAR CON HIPOPEPSIA

por A. THEOHARI

Profesor de la Facultad de Bucarest

Dos procedimientos pueden usarse en el tratamiento de la litiasis biliar, ya sea por el reposo de las vías biliares — regímenes lácteo, alcalinos, urotropina — o bien provocando al contrario una hipersecreción de bilis — régimen alimenticio mixto, aceites, colagogos.

En la práctica, parece que la cura de reposo de las vías biliares es superior a la medicación colagoga.

El hecho de los trastornos gástricos persistentes, aun cuando el tratamiento ha hecho desaparecer los cólicos hepáticos, hace pensar que modificando el quimismo gástrico, la evolución de la litiasis podría ser favorablemente influenciada. Con este objeto se recurre a las soluciones salinas que obran conjuntamente sobre las secreciones biliar y gástrica.

Motivo de muchos estudios ha sido el estado de la secreción gástrica en el curso de la litiasis biliar. El hecho corriente es la disminución de la secreción gástrica en estos casos: hay hipopepsia o anaclorhidria en la gran mayoría de los casos. Sobre 76 casos de litiasis antiguas, la anaclorhidria se encontró en 36 de ellos, 32 veces había una hipoclorhidria acentuada, 7 veces el quimismo

gástrico era normal, y finalmente, en sólo 2 casos había una hiperclorhidria, pero ligera. De una manera general se puede decir que la anaclorhidria y la hipoclorhidria acentuada se encuentran en el 89% de los litiasicos. A este respecto, la opinión de los autores modernos es casi unánime (Ohly, Hernando, Loeper, Rohde, Bergmann, etc.) Experimentalmente, la extirpación de la vesícula biliar ha provocado la anaclorhidria; el escurrimiento continuo de la bilis produciría una inhibición en la secreción estomacal (Holhweg, Stefano). Todos están de acuerdo en que la litiasis no complicada de ictericia, se encuentra con mucha frecuencia la hipoclorhidria y aun la anaclorhidria. En las oclusiones del cístico, la disminución del HCl es casi constante. En el 83% de los casos de oclusión del cístico, hay anaclorhidria. En los casos de ablación vesicular, en el 89% de los casos, hay trastornos del quimismo gástrico.

Estos trastornos de la secreción gástrica son de orden puramente funcional, que son susceptibles de modificarse por la medicación éxito-secretora del estómago.

Se recomienda, para modificar este trastorno de la secreción, las soluciones cloro-bicarbonatada de la siguiente fórmula:

Cloruro de sodio . . . . 12 gramos  
Bicarbonato de sodio . . . 6 gramos

Un paquete de éstos para un litro de agua. 200 gramos de esta solución, entibiada, tarde y mañana.

Salvo en los casos de una atrofia más o menos completa de la mucosa gástrica, los

resultados son constantemente satisfactorios.

Se ha demostrado que esta solución disminuye considerablemente la cantidad y la densidad de la bilis, y además, clínica y experimentalmente estas soluciones aumentan considerablemente la secreción gástrica. Estas soluciones son, por esto, un medio de tratamiento que asegura el reposo del hígado y de las vías biliares. El autor acompaña al trabajo un grupo de seis observaciones muy interesantes donde se ve claramente la acción de las soluciones cloro-bicarbonatadas sobre la secreción gástrica en la litiasis biliar.

Muchos tratamientos pueden traer la curación clínica de la litiasis biliar, y aun ésta puede curar sin intervención terapéutica. El tratamiento con una solución cloro-bicarbonatada ha dado buenos resultados en los casos en que se ha empleado. Semejante solución aumenta la secreción gástrica, de aquí que su empleo es lógico donde se encuentra de una manera constante la anaclorhidria o bien una hipoclorhidria acentuada. Se ven efectos notables en los casos de litiasis antiguas con accesos pseudo-gastrálicos frecuentes, o con crisis clásicas muy frecuentes. Estos casos favorables han presentado, junto con la mejoría del dolor, la aparición del ácido clorhídrico ausente antes del tratamiento. Es probable que una parte de los dolores cuotidianos que sufren los litiasicos sean debido a la disminución de la secreción estomacal. Por lo demás, el reposo de la célula hepática y de las vías biliares, realizado por la solución cloro-bi-

# A. JORRY

CALLE CARMEN, 9 — CASILLA 3421

SANTIAGO DE CHILE

CORRESPONSAL DE LA CASA «COLLIN» — PARIS

**Stock en Jeringas y Agujas Hipodérmicas**

**INSTRUMENTAL DE CIRUGÍA**

**SURTIDO COMPLETO** de: Agujas para Señoras y de Reverdin. — Bisturios. — Cucharillas y Cinceles. — Gurrivas, Ganchos de Michel. — Navajas para Injertos. — Pinzas en todos los Modelos y Sistemas, surtidos de dimensiones y de varias marcas. — Palancas de Farabeuf. — Sierras de Farabeuf y de Gigly. — Repuestos para id. — Separadores. — Tijeras rectas y curvas todas las dimensiones. — Tijeras para los Huesos.

**Termocauterios. □ Aspiradores de Potain.**

Representante exclusivo de G. Boullitte. — París.  
Fabricante de los Oscilómetros de Pachon. Esfigmomanómetros de Vaquez y también de Estetoscopios y Fonendoscopios y muchos otros Aparatos Científicos.

**VIAS URINARIAS:** Dilatadores, Dedos de Goma, Jeringas y Olivas de Goma, Sondas de Metal, de Tisú seda (semi-rígidas) de Goma, en todos los estilos y números.

**LITERATURA MÉDICA:** Libros de Medicina, Suscripciones a las Revistas. Catálogos a disposición.



Maltan 18 puro

Maltan 18 con aceite hígado de bacalao

Maltan 18 con cal

Maltan 18 con Fierro

Maltan con Hemoglobina

Maltan 18 con cal y hemoglobina

Sopa de Maltan (análoga a la de Löflund)

carbonatada debe igualmente contribuir al éxito de la cura.

Bien entendido queda que hay casos en que el tratamiento fracasa, y muy probablemente sea debido a que hay fenómenos de pericolecistitis, perivisceritis, etc. Muy importante es notar que en los casos en que el tratamiento ha fracasado, no haciendo desaparecer los dolores, tenemos que se mantiene la anaclorhidria, a pesar del tratamiento. En presencia de estos casos, es difícil decir si la persistencia de los dolores es debido a la gastritis crónica atrófica o a las lesiones vesiculares profundas.

En algunos casos de constipación que acompañan a la litiasis, se ha visto con esta cura que desaparecen, junto con aparecer el ácido clorhídrico en el jugo gástrico. Muy probable, estas constipaciones se deban a alteraciones del quimismo gástrico.

(Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition. Paris, 1923, N.º 8).

**LA ENTREGA DE LOS PREMIOS CLIN DE LOS AÑOS 1921 Y 1922**

El día 27 de Junio pasado, la Sociedad Médica hizo entrega del instrumental que otorga la Casa Comar & Cie. de París, constituyendo el Premio Clin. En esta oportunidad, el representante de los señores Comar & Cie., señor Antonio de Salazar M., pronunció el siguiente discurso:

Señor Presidente, señores:  
Por segunda vez me cabe el honor de presenciar

la entrega del PREMIO CLIN a los laureados, a quienes la Sociedad Médica ha juzgado debe otorgar esta distinción, particularmente grata a los Estudiantes de Medicina.

Y si me permito tomar la palabra en tan docta Asamblea, es porque tengo dos gratos deberes que cumplir: el de agradecer profundamente al señor presidente las amables expresiones que ha tenido para los señores Comar & Cie. y para nuestra Casa, y el de agregar a las felicitaciones que el señor presidente acaba de dirigir a los agraciados, las mías y muy especialmente, las de mis representados, los señores Comar & Cie.

Para no abusar de vuestra atención, no me extenderé sobre los méritos, particularmente honrosos de los cuatro laureados, pues estos méritos los ha admirablemente subrayado el señor presidente.

Me limitaré a decirlos que los señores Comar & Cie., donadores del Premio, están altamente complacidos por el entusiasmo, en progresión creciente, que despierta cada año esta ceremonia, y por el tan brillante cuanto significativo éxito que obtiene este PREMIO CLIN, establecido, en el espíritu del Directorio de la Sociedad Médica y en el de mis representados, para recompensar al mejor estudiante de cada año, por su aplicación, su esfuerzo y el mayor provecho de sus estudios universitarios.

Felicito, por lo tanto, con efusión, a mi nombre y a nombre de los señores Comar & Cie., a los cuatro laureados, que han sabido tan brillantemente conquistar este importante Premio, que es como la coronación de su vida estudiantil: los doctores don LEONCIO ANDRADE CABEZAS, don CRISTOBAL ESPILDORA LUQUE, para el año 1921, y don ANÍBAL ARIZTÍA ARIZTIA, don EDUARDO BUNSTER MONTERO, para el año 1922.

Me resta deplorar, con el señor presidente, la ausencia de uno de los laureados, el Dr. Espildora, que está ejerciendo su profesión en Málaga. Que le lleguen los gratos recuerdos que hago de él en esta sesión solemne junto con mis votos de prosperidad.

A los doctores Andrade, Ariztía y Bunster, aquí presentes, les reitero mis felicitaciones, deseándoles que los laureles que han terminado su vida universitaria, los cosechen aún más numerosos en su vida profesional.

Una palabra más para decirlos que los aplausos, tan sinceros como justificados, que dirijo a los laureados, los hago extensivos muy particularmente a la Sociedad Médica, pues a ella debemos la creación del PREMIO CLIN y la solemnidad de la entrega de este Premio que celebramos hoy.

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

Todas las colaboraciones deben ser dirigidas al Secretario General de la Redacción, Maestranza 463, Teléfono 229. Santa Elena.

En la mañana en el Hospital Clínico «S. Vicente de Paul».

**Instituto de Salud**

Población Nueva España-Cisterna

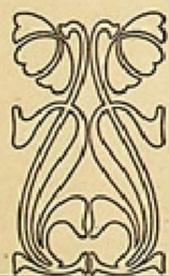
Teléfono Ovalle 1



Establecimiento destinado al tratamiento de las enfermedades nerviosas, convalecencias, agotamiento, debilidad general, psicosis, etc. Instalaciones de electricidad médica, baños, etc. Curas de aire libre y de reposo Personal especializado. NO SE ADMITEN CONTAGIOSOS.

DIRECCIÓN EN SANTIAGO:

Dr. FONTECILLA, Delicias 1626, Teléfono 2844.



**Librería SALVAT**  
Barcelona-Santiago



**OBRAS DE LA Editorial SALVAT S. A.**

- |   |  |
|---|--|
| G. H. ROGER.—Medicina, un tomo en tela \$ 23.25   | Dr. LACAPERE.—Tratamiento de la Sífilis por los Compuestos Arsenicales, un tomo rústica..... \$ 11.25                    |
| M. SÉGARD.—Consultorio, 100 consultas de cada día..... \$ 34.50   | A. POLICARD.—Evolución de las heridas, un tomo a la rústica..... \$ 11.25  |
| K. BAISCH.—Guía Práctica del Diagnóstico Tocológico y Ginecológico, un tomo tela \$ 17.25   | N. MARINI.—Prontuario de las Indicaciones esenciales de Terapéutica Clínica, un tomo rústica (Nueva edición)..... \$ 9.— |
| L. PULVERMACHER.—Fundamentos de la Terapéutica de las Enfermedades Cutáneas y Sexuales, un tomo en tela..... \$ 18.—  | MATHÉ y BAUDOT.—Prontuario del Manipulador Radiologista, un tomo a la rústica \$ 11.25                                   |
| M. LETULLE.—Práctica de la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación en Clínica médica, con 116 figuras explicadas y comentadas, un tomo a la rústica..... \$ 13.50 | E. GLEY.—Cuatro lecciones sobre Secreciones Internas, un tomo a la rústica..... \$ 9.—                                   |

Apareció el 2.º tomo de Sahli.—Métodos de Exploración Clínica, en pasta..... \$ 61.50

Para las provincias deben agregarse \$ 0.50 para gastos de envío.

**Calle Agustinas, 1056 (entre Ahumada y Bandera) — Santiago.**

# ANIMASA

El primer medicamento Organo - Terapéutico su - ministrado por vía bucal que preserva de la discrasia seoil

## ARTERIO - ESCLEROSIS

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

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

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

LITERATURA GRATUITA

### ORGANOTERAPIA

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

FABRICANTES:

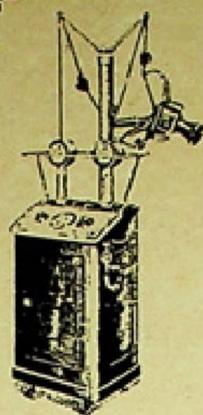
**Organoterapeutische Werke**

NEUENKIRCHEN en Oldenburg  
(Alemania)

Introducción y Concesionario exclusivo para Chile:

**L. ARENSBURG - Santiago**

CASILLA 5037



## Sección Siemens & Halske:

**APARATOS DE RAYOS X**  
para diagnóstico y terapia  
instalaciones completas

**Aparatos Electromedicinales,**  
como pantostatos, electrocardiógrafos, aparatos diatérmicos, etc.

**APARATOS HELIOTERÁPICOS**

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

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

¡SOLICITE FOLLETOS Y CATÁLOGOS!

## Siemens-Schuckert Stda.

CÍA. DE ELECTRICIDAD

SANTIAGO — Huérfanos 1041

Valparaíso - Concepción

Valdivia

Antofagasta-Iquique



**LABORATORIO QUÍMICO**  
**OFICINA DE ENSAYES**  
E INFORMACIONES TÉCNICAS  
VALPARAÍSO

**INSTITUTO MOURGUES**  
(Fundado en Valparaíso en 1905)

Sección de Elaboración de Productos Químicos Puros

SANTIAGO

Acetona  
Alcohol absoluto  
Derivados del yodo  
Cloroformo anestésico  
Colodión normal y elástico  
Eter etílico puro  
Eter anhidro s/sodio  
Eter para la anestesia  
Glucosa anhidra  
Hexametilentetramina  
Nitrato de plata  
Piroxilo  
Etc., etc.

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

100

**Eter Absoluto Q. P.**  
PARA ANESTESIA

**Doctor Luis E. Mourgues**  
De la Facultad de Medicina de París  
Profesor extraordinario de Química General  
de la Universidad de Chile  
CASILLA "A"  
Cables y Telegramas "LABMOURG"  
SANTIAGO



# SOBRE LA REFORMA DEL PLAN DE ESTUDIOS

por el

**Dr. Mauricio BROCKMANN**

Profesor de Clínica Médica  
de la Facultad de Medicina.

Señor Director de "La Clínica":

Ante todo, permítame felicitarle muy sinceramente por la innovación que Ud. introduce en nuestro periodismo médico, al dar cabida en las columnas de su interesante revista a opiniones sobre problemas, no solamente de inmediato interés científico, sino que también relacionados con los programas de estudios médicos. Este problema, que actualmente apasiona a los profesores de nuestra Facultad, debe ser debatido a la luz pública y todos debemos aportar a su solución nuestros mejores conocimientos y nuestra mejor voluntad. Imitemos en esto a uno de los países que mayor preparación tienen en la materia, tanto por sus numerosas Universidades, como por los siglos de tradición que tiene en la enseñanza: Alemania acaba de reformar su clásico plan de estudios médicos, después de cuatro años de conferencias entre las delegaciones de las diversas Universidades con los comités nombrados por algunas sociedades científicas, y otras designadas por el Ministerio de Instrucción. No es este el momento de entrar en los detalles de este nuevo plan — a su debido tiempo tal vez lo haremos — sólo quiero anotar que las Escuelas Médicas de Alemania han incorporado como obligatorio el año práctico al final de los estudios médicos.

He tenido el honor de formar parte de la comisión que hace siete años — y después de innumerables sesiones — presentó el actual plan de estudios a la aprobación de la Facultad, que lo aceptó con ligeras modificaciones. Conozco, pues, bien el tema sobre el cual pienso hacer algunos comentarios, tanto más cuanto que me ha tocado actuar como profesor y examinador en ambos períodos: bajo el régimen del plan antiguo y del actual.

El nuevo plan está, pues, en vigencia sólo desde hace seis años, y actualmente rinden su prueba final los primeros candidatos — fruto de este tan perseguido nuevo plan. Y si por "sus frutos los habéis de juzgar", he de ser verídico, y decir, que las pruebas últimamente recibidas han sido bajo todo concepto espléndidas, y la comisión examinadora ha felicitado cada vez al candidato.

Los impugnadores de este nuevo plan quisieran volver al antiguo, y conservar del actual sólo el año práctico; desean nuevamente los exámenes y los cursos por años, etc.

Y yo les pregunto, ¿por qué no somos consecuentes con lo antiguo, y resucitamos los premios anuales para los buenos alumnos, y los arrestos para los que no saben la lección del día? ¿Qué más dá que la división de los cursos se haga por semestres o por años? ¿Acaso no hay la ventaja evidente de que algunos ramos sólo necesitan de unos cuantos meses de enseñanza?

Y por criticar lo que realmente es secundario en todo plan de estudios, olvidan lo esencial; y este es el espíritu que informa todo este nuevo plan: se ha querido crear — después que él esté algunos años en vigencia — una juventud académica libre, consciente de sus deberes y derechos, con un elevado sentimiento de responsabilidad de sus propios actos, asistiendo con entusiasmo a las aulas de los profesores que prefieran — asistencia libre y docencia libre. Se ha querido estimular ese sacrosanto amor por las ciencias médicas que lleva al estudiante al estudio apasionado de sus libros, y no bajo la presión del anticuado sistema de exámenes; el que no estudia espontáneamente, apenas lo hará en vista de los exámenes, y todos sabemos el juicio que uno puede formarse sobre la capacidad de un estudiante con 10-15 minutos de examen. Y, como decíamos, los primeros frutos han sido una revelación: se han presentado al examen final jóvenes con sólida instrucción, con discernimiento claro en muchas indicaciones terapéuticas, y sobre todo, con criterio ya formado, como lo revelan en la exposición escrita que deben presentar acerca del año de actuación como internos. ¿Qué más se le puede pedir a un plan de estudios cuando forma profesionales eficientes, con criterio y conciencia?

De ninguna manera quisiera sostener que nuestro actual plan carece de defectos; los tiene, pero tan insignificantes, y que sólo se refieren, más bien digamos, a ligeros detalles de papeleo, supresión de libretas, obligación de cursar los semestres por orden riguroso, obligación de asistir a ciertos ramos antes de ingresar a las Clínicas, etc. Todas estas modificaciones son de índole externa y no afectan en nada al espíritu con que ha sido concebido este nuevo plan.

No procedamos con precipitación, esperemos que pasen aún algunos años de experiencia con este plan, y así nos formaremos un criterio más reposado sobre las innovaciones que conviene en él introducir. Nos lo agradecerán las generaciones futuras de estudiantes.

Por último, y esto es a mi juicio fundamental, no debemos olvidar que para apreciar la eficiencia con que prepara profesionales una Escuela Superior, debemos tomar en cuenta tres factores: en primer lugar, la calidad del alumno; en seguida, la bondad del plan de estudio, y por último... la competencia del profesorado.

Queda a Ud. agradecido S. S.

DR. M. BROCKMANN.

# EL CONCEPTO MODERNO

DE LOS

## TRASTORNOS NUTRITIVOS DEL LACTANTE

por el

**Dr. Eugenio CIENFUEGOS**

Médico del Hospital de Niños «Manuel Arriarán». Presidente de la Sociedad Chilena de Pediatría.

Las afecciones digestivas en los niños son sin duda alguna las que contribuyen en grado máximo a elevar el coeficiente de nuestra aterradora mortalidad infantil. No vamos en este artículo a repetir una vez más el conjunto de causas que motivan esa pérdida constante y afrentosa de una parte tan considerable de nuestro caudal humano, y nos limitaremos tan sólo a exponer el tema en la forma puramente médica y conforme a las modernas concepciones de la escuela alemana, que son actualmente las aceptadas por la generalidad de los pediatras de todos los países.

Se nos excusará que no entremos en detalles muy finos de fisiopatología, en vista de que esta modesta información, dedicada a los médicos prácticos y a los estudiantes de medicina, no puede, por la naturaleza misma de su aparición en una revista de índole médica general, abarcar todo el problema en sus múltiples e interesantísimos aspectos.

**1º Definición:** No puede, en el momento actual, hablarse ya de enfermedades gastro-intestinales del lactante, puesto que sabemos que no siempre van de acuerdo las lesiones del tractus digestivo con la intensidad de la enfermedad misma o con su repercusión sobre el estado general del niño. La lesión misma del tractus anatómico no tiene en sí la importancia que tiene el estado nutritivo, o sea, para repetir el concepto de Finkelstein, la resultante de la composición y funcionalismo total de los tejidos y órganos que constituyen el lactante.

Es así como pueden existir afecciones gravísimas como la descomposición (atresia de Parrot) en que las manifestaciones gastro-intestinales pueden limitarse al mínimo y aun desaparecer completamente sin que se logre detener la enfermedad en su fatal camino hacia la muerte. De igual manera tenemos muchas veces cuadros patológicos de gran aparato sintomático, con vómitos y numerosísimas deposiciones cuya gravedad no puede alarmarnos mientras no se comprometa el funcionalismo global, o sea, el estado nutritivo del pequeño enfermo.

Es por eso que la denominación de Finkelstein de trastornos nutritivos, nos parece la más feliz que hasta ahora se haya encontrado para abarcar el conjunto de afeccio-

nes que tienen su origen en el aparato digestivo de los niños.

**Patogenia:** Revisten muy diversos caracteres los trastornos nutritivos de los lactantes alimentados al pecho y de los sometidos a la alimentación artificial. Nunca se insistirá lo suficiente en la ventaja del alimento natural, y bastará para probar esta verdad el hecho de que los niños criados con la leche materna pocas veces presentan los numerosos cuadros patológicos que solamente crea un elemento como la leche de otra especie zoológica. Ni aun los niños diatélicos (hetero-distiólicos de Pfaundler) criados al pecho maternal, manifiestan sino en excepcionales circunstancias su deficiencia celular o anomalía hereditaria de su estructura orgánica o de su quimismo.

El origen de los trastornos nutritivos hay que buscarlo en un desequilibrio funcional del proceso nutritivo en el niño, ocasionado por diversos factores, entre los cuales el alimento tiene rol preponderante.

El antiguo concepto de la infección intestinal como causal de importancia decisiva, ha ido poco a poco perdiendo terreno. Se sabe hoy día que los trastornos más graves, tales como la intoxicación alimenticia (cólera infantil) o la descomposición (atrepsia de Parrot, atrofia de Marfan, marasmo de los autores americanos), pueden presentarse en los niños aun en las condiciones más satisfactorias de la leche que se les proporciona. Vemos también que la difusión del uso de la leche esterilizada no ha traído una disminución muy marcada en la morbilidad infantil por afecciones digestivas. Naturalmente, no nos referimos a las afecciones puramente infecciosas, disentería o tifus, que no entran en el cuadro que venimos estudiando. No se niega actualmente cierto rol al factor microbiano: basta recordar que los estudios hechos por Meyer demuestran que durante un trastorno nutritivo la flora microbiana que normalmente habita el intestino grueso, invade también el íleon y el yeyuno y puede llegar hasta el duodeno; pero esta movilización anormal de la flora bacteriana, no es sino un episodio en el proceso básico de la transformación de los elementos nutritivos.

Estudiaremos ahora las condiciones propias de cada lactante que favorecen el estallido del trastorno:

Tenemos como punto capital, que considerar el terreno en que el trastorno se produce, o sea, la constitución del lactante: cada niño reacciona de manera diferente a los diversos sistemas alimenticios, y así vemos que prosperan admirablemente criaturas alimentadas en las formas más desordenadas, mientras sólo mantienen su equilibrio funcional otras que viven sometidas a las más severas prescripciones dietéticas.

Influye en forma decisiva sobre este funcionalismo desigual la constitución hereditaria del lactante: así vemos que los diatélicos (neuropáticos, exudativos, espasmofílicos, etc.) son los que con mayor frecuencia están expuestos a la eclosión de los más serios trastornos digestivos y nutritivos.

Esto no quiere decir que sólo los mal constituidos por factores hereditarios sean los que presenten afecciones de la naturaleza de las que venimos estudiando. Hijos de padres completamente sanos pueden enfermarse en forma semejante por causas que se nos escapan; hay algo en la calidad de esas criaturas que las hace parecerse a los diatélicos, ya sea por enfermedades o sufrimientos durante el embarazo de la madre o por circunstancias paternas en el momento de la fecundación. Esta misma resistencia constitucional (Langstein y Meyer), puede debilitarse por causas exteriores, tales como el desaseo, la habitación en medios confinados o el tan discutido hospitalismo observado en los asilos de lactantes.

Sentado ya el aserto de que es el alimento artificial el causante o el factor primordial del trastorno nutritivo, veamos la forma en que obra sobre el organismo. Finkelstein piensa que trastorno nutritivo significa elaboración defectuosa del alimento, no ya por éste o aquél elemento, llámese albúmina, hidrato de carbono, grasa o sales, sino por correlación defectuosa o acción mutua anormal de uno sobre otro principio alimenticio. Si en un tiempo Biedert pudo sostener la nocividad de la albúmina hasta convertirla en la causa de las perturbaciones producidas por la leche de vaca, la curación de esos mismos trastornos por la administración de leche albuminosa o por la agregación de larsan o nutrosa, que son albúminas puras, viene a demostrar lo frágil de sus afirmaciones.

Czerny y Keller atribuyen idénticos inconvenientes a las sustancias grasas y Finkelstein y Meyer creyeron en un tiempo ver en los azúcares y en las sales el origen de todo el desorden nutritivo. La idea ha ido evolucionando hasta llegar al concepto que enunciamos antes y que se resume en el término de **correlación normal**, que es el que rige la alimentación de los lactantes. Subsiste, sí, la ideología finkelsteiniana de la hidrostabilidad constitucional como punto basal de los desórdenes de nutrición y que no sería sino una expresión de la trofolabilidad que distingue al niño pequeño. Según sea la capacidad funcional para fijar el agua en los tejidos, los lactantes se dividen en hidrolábiles e hidrostábiles. Trátese de una u otra categoría de criaturas, los cuadros patológicos tomarán ésta o aquélla directiva y habrán de necesitar tal o cual manera de proceder en su alimentación.

Queda dicho ya en párrafos anteriores que los trastornos nutritivos revisten diversas modalidades, según se trate de niños alimentados con leche de su madre o sometidos a la lactancia artificial.

¿A qué se debe esta ventaja inapreciable de la leche homóloga? No puede precisarse. Sabemos que la leche de mujer tiene una alta proporción de lactosa, elemento que debería ser nocivo por su gran capacidad fermentativa. Desconcierta al mismo tiempo que la fermentación no se presente, dada la menor cantidad de albúmina de la leche humana, ya que conocemos las propiedades anti-fermentativas de tal elemento nutritivo. Hay

que aceptar entonces que es el conjunto de los alimentos, naturaleza homóloga de las albúminas, y sobre todo, composición ideal del suero que es la única capaz de dar la impulsión normal al quimismo celular del niño, lo que da las virtudes maravillosas a la alimentación natural. La teoría de Marfan de los enzimos y fermentos no puede ser aceptada sin discusión, puesto que la ebullición que destruiría esos elementos vivos no quita a la leche de mujer sus propiedades de alimento insustituible del lactante. Creemos, pues, que es la acción global del complejo fisio-químico de la leche materna la que constituye lo que Pfaundler ha llamado estímulo fermentador sobre la criatura.

No terminaremos este bosquejo patológico sin expresar que fuera de los elementos citados, a propósito de la composición del alimento, tiene importancia capital en su acción sobre la nutrición ese grupo de sustancias aun desconocidas y que se denominan vitaminas. Puede un organismo infantil recibir una alimentación admirablemente ideada para sus necesidades de crecimiento estatural y ponderal y no dar los resultados que se esperan si falta la acción de presencia de esos sutiles estimuladores de los procesos orgánicos. Y no nos referimos a este propósito a los síndromas de carencia (escorbuto, pelagra, beri-beri), sino a los trastornos nutritivos puros de origen exclusivamente avitaminoso.

De paso recordaremos también la acción que tienen algunos elementos químicos en la patogenia de determinados trastornos, tales como ciertas anemias del lactante debidas a agotamiento de las reservas de hierro que almacena el hígado del niño mientras vegeta en el claustro maternal y que deben servirle mientras dura la alimentación láctea exclusiva.

Y ya que de estas modernas concepciones nos ocupamos no creemos extralimitarnos al dar al factor luz, y sobre todo rayos ultravioleta, una importancia semejante a la de las vitaminas en el funcionalismo normal de la nutrición del lactante.

**Etiología:** Estudiada así, someramente la patogenia de los trastornos nutritivos del lactante, veamos los factores que determinan la aparición de tales perturbaciones.

Hemos dicho que el alimento es el factor preponderante en la génesis de los desórdenes digestivos. Sin contar con causas externas que lo hagan dañino, tales como enfermedades de las vacas, infecciones agregadas, mala calidad de las harinas, etc., el alimento puede perjudicar la salud y vida del niño por su cantidad. Diremos con Finkelstein que es el hambre la causa primordial de los trastornos nutritivos, hambre no sólo en el sentido de insuficiencia de aporte de alimentos al tractus gastro-intestinal (escasa cantidad de alimentos administrada, dilución exagerada de la leche, calidad defectuosa como en la alimentación exclusiva con harinas o con leche flaca), sino también por trastornos locales (abscesos faríngeos, dificultad en la succión, debilidad congénita, pilorospasmo, etc.), o bien por hambre inter-

na, o sea, tolerancia reducida por los alimentos nutritivos, lo que significa aprovechamiento defectuoso de las sustancias ingeridas y asimilación escasa para la construcción celular, proceso primordial en el organismo infantil.

Se habla de tolerancia normal cuando con una cantidad dada de alimento, 80 a 150 calorías por kilo, el niño reacciona con un funcionamiento armónico de su organismo, es decir, aumenta en peso y estatura en forma debida, con un equilibrio total de todas sus funciones. Se habla de disminución de la tolerancia cuando la misma cantidad de alimento no produce ese conjunto de cualidades, y este límite de tolerancia puede disminuir hasta el punto que el niño responda a una porción normal de alimento con una baja de peso y detención de su crecimiento, fuera de los fenómenos gastro-intestinales del caso. A esto se ha denominado reacción paradójal.

Contribuyen a disminuir la tolerancia, las infecciones que ataquen al lactante: así vemos que una afección paraentérica, una neumonía, una fiebre eruptiva, pueden dar motivo en una criatura a una reacción paradójal ante una alimentación que hasta ese momento era perfectamente tolerada.

El calor del verano constituye otro de los más importantes factores en la producción de los trastornos nutritivos, no sólo por el papel que desempeña en el aumento de la virulencia de los bacterios que se encuentran en la leche, porque favorece su desarrollo, sino que también porque, obrando directamente sobre el organismo infantil, provoca cambios humorales que favorecen el estallido de los desórdenes digestivos más variados. Muy particularmente obra dañando la nutrición el calor húmedo de las habitaciones obreras en que se cocina o se lava dentro del cuarto en que respira el niño. ¿Se trata en estos casos de una retención de calor (Heim) o de una verdadera insolación, con el consiguiente descenso de la tolerancia alimenticia?

**Clasificación:**

Hasta el presente se han sucedido diversas tentativas de clasificación de los distintos cuadros patológicos que se relacionan con el aparato digestivo de los niños.

Pasaremos por alto la clasificación de Bouchut, que consideraba solamente el síntoma diarrea y hablaba de diarreas idiopáticas e inflamatorias, según hubiera o no lesiones aparentes en la mucosa intestinal. Wiederhofer se basaba pura y simplemente en la lesión anatómica patológica y clasificaba las lesiones digestivas según hubiera o no lesión del tubo gastro-intestinal y si ella afectaba a los epitelios o a los folículos.

Lesage habla de diarreas antes y después del destete, y en las primeras describe las que se producen fuera o durante el verano.

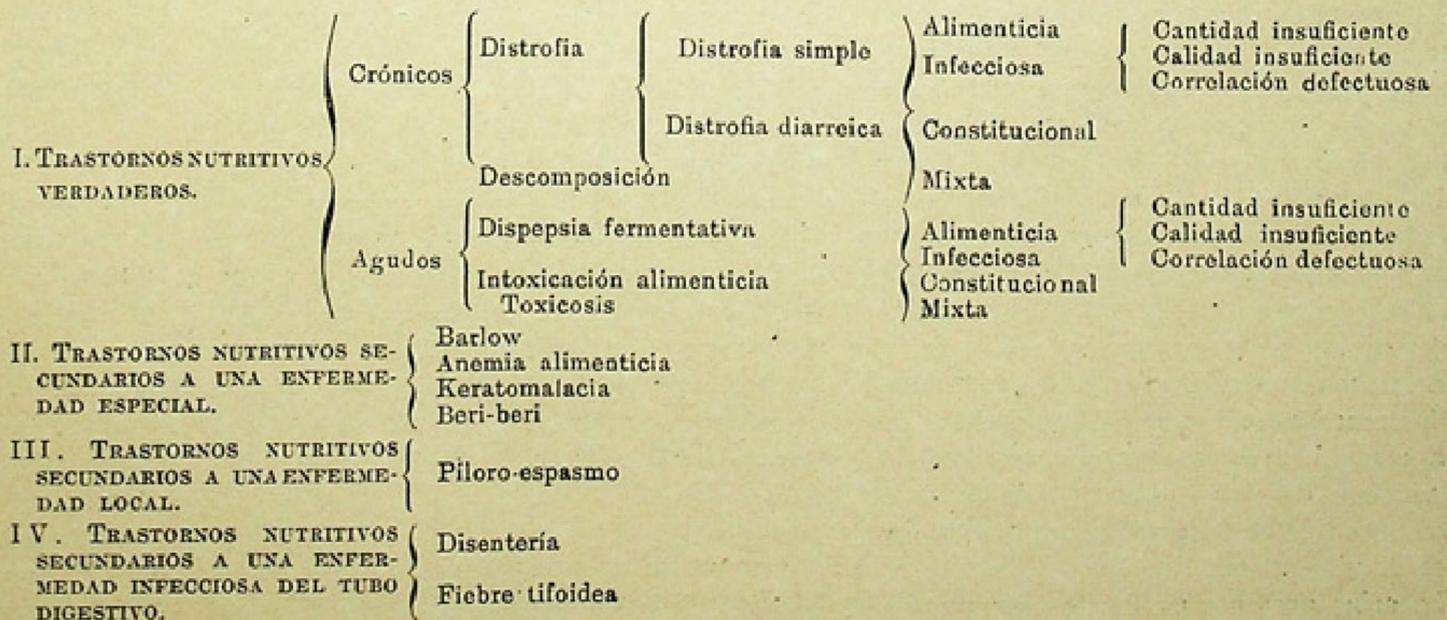
Marfan, simplificando sus antiguas clasificaciones, llega por fin a dividir las perturbaciones en cuatro grandes grupos, según sea el síntoma que en ellas predomine: vómito, diarrea, desnutrición y constipación, con sus correspondientes subdivisiones. La práctica clínica demuestra que no siempre los síntomas traducen un cuadro patológico ni lo personalizan. Pueden así mezclarse en un mismo grupo enfermedades de diversa patogenia, etiología diferente, gravedad desigual, lo que significa confusión en la terapéutica que debe instituirse.

Mencionaremos en seguida la concepción de Czerny y Keller, que dividieron los desórdenes digestivos según su origen y los encuadraron en el esquema siguiente:

- I. Trastornos de alimentación (ex alimentatiōne) { Por leche de vaca  
Por las harinas  
Enfermedad de Barlow
- II. Trastornos de infección (ex infectiōne) { Infecciones enterales  
Infecciones para enterales
- III. Trastornos de constitución (ex constitutiōne) { Diatesis exudativa  
Diatesis neuropática  
Raquitismo  
Anemia

Esta clasificación da la debida importancia, sin duda alguna, a los tres grupos etiológicos más reconocidos en la génesis de los trastornos nutritivos, pero en la práctica no satisface las necesidades del clínico, porque carece de las necesarias subdivisiones y se aleja de lo que día a día observamos en los niños.

Finkelstein ha tenido el mérito de agrupar los cuadros patológicos con un criterio puramente funcional. Si es verdad que su primera clasificación pecaba por la desmedida importancia que le aseguraba a determinados elementos nutritivos y hacia de todos los grupos una serie no interrumpida desde su conocido trastorno del balance hasta la descomposición, vemos que su idea se ha ido perfeccionando poco a poco hasta cristalizarse en el modernísimo cuadro que damos a continuación y que el maestro presentara al Congreso de Leipzig de Octubre de 1922.



Vemos por este cuadro que su autor no se limita a una sucesión de enfermedades, según vaya descendiendo la tolerancia alimenticia. No es ya la dispepsia (stadium dyspepticum de la antigua clasificación), un paso más allá del trastorno de balance que ahora ha venido a hallar cabida en la distrofia simple, ni es la intoxicación cediendo su sitio a la descomposición. En el moderno concepto de la escuela alemana, los trastornos funcionales pueden deslizarse de uno al otro, según sea la manera cómo reaccione el niño al excitante normal de su nutrición, que es el alimento.

El cuadro siguiente puede dar una idea más acabada del modo cómo se enlazan las diversas modalidades patológicas y cómo pueden irse produciendo los diversos trastornos hasta el período final que es la descomposición. Ningún esquema hasta el momento actual puede resumir más inteligentemente el complejo estudio de los desórdenes nutritivos en el niño pequeño.

El cuadro I permite imaginar cómo un lactante puede llegar a una distrofia y pasar de allí a la descomposición y cómo un trastorno agudo o una infección (entero catarro) pueden llevar a una dispepsia o a una intoxicación.

Una infección para-enteral, entero-catarro, neumonía o grippe, pueden producir una intoxicación o una descomposición, según sea la repercusión de la dolencia sobre el estado nutritivo del lactante.

Describiremos ahora sucintamente los diversos cuadros patológicos de la actual clasificación de Finkelstein.

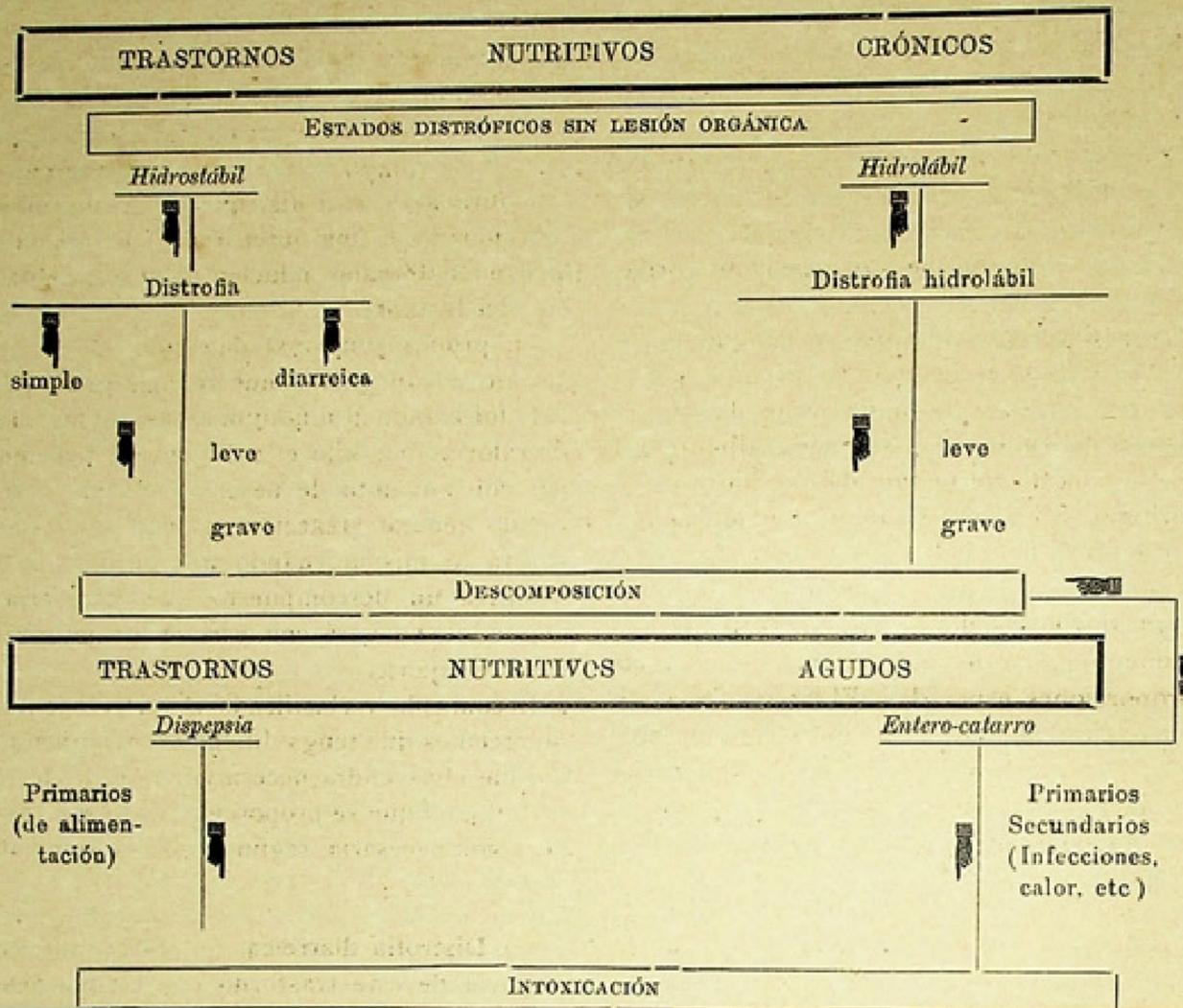
I. Distrofia: Por tal nombre debe entenderse una perturbación del desarrollo del niño, es decir, que afecta a su progreso ponderal y estatural, o sea, al peso y al crecimiento. Puede ser simple o diarreica.

A) Distrofia simple. — Ella puede deberse a una alimentación exclusiva de leche o en que predomine este alimento, distrofia simple de leche de vaca (antiguo trastorno del balance), o bien a una alimentación exclusiva de harinas (distrofia farinácea) o ya a una hipo-alimentación simple.

Trataremos por separado estos diversos trastornos de la nutrición.

a) Distrofia simple de leche de vaca (antiguo trastorno del balance de Finkelstein.

CUADRO I  
ALIMENTACIÓN



hipotrofia de Langstein y de Variot, hipotrofia de Marfán, dispepsia albuminosa de Combe). Se observa en lactantes alimentados durante largo tiempo exclusivamente con leche de vaca, a veces en cantidad exagerada.

Los primeros signos de la perturbación nutritiva consisten en una detención de la curva de peso del lactante que no es ya ascendente sino que sufre estacionamiento, ligeras alzas y descensos inmotivados. La piel pierde en parte su turgescencia normal y el rostro no es ya rosado como en el niño normal, no por verdadera anemia, sino por un simple angiospasmio. El carácter de la criatura se modifica; ya no es alegre como de costumbre, ni duerme con el profundo y tranquilo sueño de la salud perfecta. Se muestra irascible, nervioso, pierde en parte su apetito y su temperatura experimenta sensibles variaciones con respecto a la curva monotérmica habitual.

El crecimiento puede continuar, si bien es cierto que no en el grado de un lactante normal, aun cuando el peso se mantenga estacionario (disociación ponderal y estatural de Merklen).

La inmunidad está disminuída y vemos estallar pequeñas infecciones de la piel y mucosas, que siguen en ciertas circunstancias accidentados períodos, sin que curen, como sucede en un eutrófico.

La deposición presenta en la generalidad de los casos, un carácter patognomónico. Es una masa blanquizca, dura, como masilla de vidriero, que no se adhiere al pañal y que a veces se tñe de sangre por el esfuerzo que hace el niño al expulsarla.

La orina presenta un fuerte olor amonia-

cal y con frecuencia ocasiona erosiones tanto más de temer, cuanto que, como hemos visto, la inmunidad en estos casos sufre una apreciable disminución.

Patogenia. — Se pensó en un tiempo que la distrofia simple de leche de vaca se debía a un exceso de grasa (Czerny), o bien a un exceso de caseína (Combe). Finkelstein piensa, apoyándose en la experiencia clínica, que todo el cuadro patológico tiene por base una deficiencia de hidratos de carbono en la alimentación. Queda esto demostrado con el hecho de que muchas veces el trastorno cura con la simple adición de un hidrocarburo, sin variar los otros elementos que entraban en la alimentación del niño. Se sabe muy bien que las grasas se queman en el fuego de los hidrocarburos, para emplear la conocida frase de Salge. Es así que faltando este elemento, la elaboración normal de las grasas se perturba, se desarrolla una enorme porción de ácidos grasos inferiores que exigen para neutralizarse un desgaste enorme de bases alcalinas o térreo-alcalinas, hasta llegar a producir la alcalopenia o acidosis relativa de Pfaundler. La neutralización de los ácidos por las sales alcalino-terrosas da como resultado la gran cantidad de jabones que forman la deposición que hemos descrito anteriormente; esta misma extraordinaria producción de ácidos grasos puede llegar a producir un balance negativo de las sales, lo que dió origen a la primitiva denominación de la escuela alemana.

Tratamiento. — En las formas leves, basta a veces la simple agregación de un

hidrato de carbono, azúcar o harina, para que el estado nutritivo se neutralice rápidamente. Si el niño es muy joven debe ape-larse sin demora a la alimentación natural, que corrige inmediatamente la perturbación. No aconsejamos nunca la leche de burra, por su escaso valor alimenticio, 400 calorías por litro, y preferimos acudir a las sopas de babeurre con azúcar o a la conocida papilla malteada de Keller, o sopa de malta, que se prepara en la forma siguiente:

Se deslién 50 gramos de harina de trigo en 1/3 de litro de leche fría (Nº 1).

Se diluyen 100 gramos de extracto de sopa de malta de Loeflund en 2/3 de litro de agua (Nº 2).

Se pone en seguida a calentar el Nº 1 y se va agregando poco a poco el Nº 2, agitando continuamente. La mezcla se hierve al baño maría durante diez minutos y se guarda en lugar fresco para darla durante el día. Un litro de sopa de Keller tiene un coeficiente energético de 700 calorías, o sea, tanto como un litro de leche de vaca pura o un litro de leche albuminosa con 5 por ciento de azúcar y 2 por ciento de harina.

La administración de un alimento rico en hidrocarburos como éste, modifica rápidamente las deposiciones y mejora el estado general del lactante. El régimen no puede, sin embargo, prolongarse largo tiempo, por tratarse de un alimento pobre en albúminas. Se ha aconsejado la adición de nutrosa o plasmón, o sea, de albúminas puras, para obviar este inconveniente; pero nos parece más práctico pasar pronto al régimen normal, es decir, dando poco a poco al lactante mayor de 7 meses, los purées de verduras y sopas y las mezclas adecuadas de leche, o bien empleando las papillas de Kleinschmidt o de Moro, tan indicadas en los casos en que subsiste la constipación.

La sopa de Kleinschmidt se prepara en la forma siguiente: se derriten 20 gramos de mantequilla y se agregan 30 de harina de trigo, haciendo una pasta. En seguida se añade un litro de babeurre.

La sopa o papilla de Moro se prepara en forma semejante, usando 50 gramos de mantequilla, 70 de harina y 70 de azúcar, para 1 litro de leche.

Czerny y Kleinschmidt han ideado un alimento parecido, con la única diferencia que en su fórmula entran por iguales partes la mantequilla y la harina, 7 por ciento de cada una, y la proporción de azúcar llega sólo a 5 por ciento.

b) Distrofia farinácea. — Este síndrome se presenta entre nosotros con relativa frecuencia y en parte se debe al temor con que las madres miran la alimentación por la leche de vaca. No carece tampoco de una cierta influencia la desmedida réclame con que se anuncian numerosos alimentos farináceos y aun podría culpárse de muchos casos patológicos de este género a los médicos que prescriben con relativa ligereza y sin el necesario control, una alimentación exclusivamente farinácea.

Los niños sometidos durante algún tiempo a esta defectuosa calidad de su alimentación, pueden tolerarlo si sus reservas vitamínicas o su constitución especialmente robusta les permite soportar una carencia de grasas y albúminas, como la de una alimentación unilateral como es ésta.

La mayoría, sin embargo, presenta al cabo de algunas semanas o meses, los primeros signos del trastorno: el peso puede mantenerse y aun progresar, debido a la gran capacidad que tienen los hidratos de carbono para fijar el agua en los tejidos, pero aparecen ya señales esbozadas de hipertonia, excitabilidad nerviosa exagerada (tetania latente) y muy luego empiezan a diferenciarse los dos tipos clásicos de este singular trastorno nutritivo: el tipo hidrémico o pastoso y el tipo atrófico.

Los niños afectados del tipo pastoso de distrofia farinácea presentan un aspecto fofo y pálido, casi edematoso. Hay a veces edemas pasajeros que no dependen de una lesión renal, como lo demuestra el estudio del funcionalismo de los riñones en las criaturas.

El tipo atrófico se distingue poco del descompuesto o del lactante en inanición, si no es por una exageración del tonus muscular que en ocasiones es de tal magnitud, que ha permitido diferenciar un tercer tipo, el tipo hipertónico. El color de la piel en estos casos es cobriza o terrosa. La inmunidad en los diversos tipos, está considerablemente disminuída y es frecuente observar en los niños afectados piodermitis rebeldes a todo tratamiento.

Las deposiciones son escasas, consistentes, a veces alcalinas o ácidas y de un olor característico.

**Patogenia.** — Se comprende fácilmente que la construcción celular en estas criaturas debe estar seriamente perturbada, puesto que el alimento que ingiere, si bien puede bastar para sus necesidades calóricas, no es capaz de contribuir a los procesos regeneradores de los tejidos, en los cuales tienen la parte fundamental las grasas, las albúminas y las sales.

Creemos que interviene en su génesis, también en forma poderosa la escasa cantidad de vitaminas del factor A soluble en grasa; todos los que nos ocupamos de las enfermedades de los niños tenemos muy presente el cuadro tan semejante que presentan los distróficos farináceos con otros afectados de enfermedades de carencia.

El pronóstico no es de los más favorables si recordamos la poca defensa que presentan estos enfermos ante las más diversas infecciones. Hace aún ser más reservado al médico frente a tales casos, la enorme frecuencia con que estos síndromas, sobre todo el tipo pastoso, encubren descomposiciones de marcha absolutamente mortal.

**Tratamiento.** — Un trastorno como el que venimos describiendo, requiere para su curación el mayor tacto de parte del médico que inicia el cambio de régimen. Los más variados y desconcertantes fenómenos suce-

den a la modificación del sistema perjudicial, entre los cuales no es el único la baja, a veces inquietante, del peso por la brusca pérdida del agua retenida en los tejidos por la acción de los hidratos de carbono.

Si el niño es de muy corta edad, el régimen ideal será el de la leche humana, que al mismo tiempo que suministra los materiales simplemente energéticos y constructivos, contribuye a aumentar rápida y seguramente la inmunidad del pequeño organismo.

Aun a riesgo de soportar inquietantes caídas de la curva ponderal, creemos que el régimen ideal, a falta de leche de mujer, está constituido por la leche albuminosa adicionada de cierta cantidad de hidratos de carbono (5%) para mantener un cierto equilibrio en el metabolismo del agua. La reparación de estos casos es lenta y no debemos apresurarnos a dar grandes cantidades de alimentos, porque el peso no suba en las proporciones esperadas. El paso a una alimentación racional será lento y progresivo y en el régimen consultaremos, con especial cuidado, la administración de vitaminas y una higiene corporal y ambiente lo más satisfactoria.

Durante todo el tratamiento el pequeño paciente deberá estar alejado de todos los factores que puedan atraerle infecciones, que son tan de temer en un terreno tan frágil como el suyo. Las aglomeraciones, la vida en común con otros niños portadores de gérmenes, etc., deben evitarse con el mayor cuidado hasta que el estado nutritivo recupere su perfecto equilibrio funcional.

c) **Distrofia de hipo-alimentación.** No es raro encontrar en la práctica niños cuyo cuadro sintomático resulta sencillamente paradójico para el médico no acostumbrado al ejercicio de la pediatría: corresponden ellos a los síndromas de inanición relativa, ya sea por diluciones exageradas de las mezclas alimenticias, ya por anorexias de distintos orígenes, o ya producidas por prescripciones descabelladas de médicos que sufren el angustioso pavor de la sobre-alimentación. Es a esta última clase de trastornos a la que Schlossmann llamó athrepsia ex-médico.

El niño que recibe una escasa ración alimenticia, o sea una dosis calórica inferior a 60 calorías por kilo empieza por cesar en el aumento de su peso. Se pone gruñón, irascible, duerme mal y sus deposiciones comienzan a escasear. El conjunto de síntomas no tarda en modificarse. El lactante llega muy pronto a habituarse a su falta de alimento y no reclama ya como antes la corrección de su dieta inadecuada. Empiezan entonces regurgitaciones, a veces vómitos que pueden ser incoercibles, y no es raro observar la aparición de deposiciones frecuentes, mucosas y de color verdoso oscuro. Esta irritación intestinal puede llegar a producir evacuaciones sanguinolentas, como si se tratara de una colitis. Si se estudian con el debido reposo los pañales, se logra comprobar que por frecuentes que sean las deposiciones, la cantidad global de excrementos es escasísima y cada una no

constituye sino una mancha líquida con escasos grumos o mucosidades.

Los antecedentes nos permitirán aclarar el diagnóstico, considerando que la ración que el niño recibe no es la que bastaría para el mantenimiento, mucho menos para el progreso de su estado nutritivo.

Conviene, por esto, tener muy presente esta forma de distrofia, que es la que más comunmente es mal interpretada por el médico no habituado a luchar contra trastornos del lactante.

La prueba funcional de Finkelstein nos permitirá confirmar nuestro diagnóstico. Administrando al niño una ración de más de 70 calorías por kilo el niño deberá reaccionar con aumento de peso y mejoría de su estado general (reacción ortodoja). No sucederá lo mismo cuando nos encontremos frente a un descompuesto que, necesariamente, reaccionará con pérdida de peso en caso semejante.

Reconocido y clasificado el padecimiento, no creemos que tenga dificultad su curación, ya que ella vendrá necesariamente desde el instante en que se proporcione al organismo la ración necesaria, según su peso y su edad.

B) **Distrofia diarreica.** — Márcase la diferencia de este trastorno con el que acabamos de estudiar, porque dominan en este los fenómenos irritativos del tractus digestivo. La tolerancia en estos casos está disminuída en forma que sobrevienen fermentaciones anormales que producen sustancias que excitando el peristaltismo gástrico o intestinal, ocasionan diarreas o vómitos y secundariamente una defectuosa asimilación de los elementos nutritivos.

Este descenso de la tolerancia puede deberse a una sobre-alimentación, cuantitativa o cualitativa, o a infecciones que repercuten con inusitada intensidad sobre los procesos nutritivos del lactante.

El niño dispéptico pierde su apetito y su alegría de costumbre; su sueño es ligero e interrumpido. Expulsa gases de mal olor y el aliento y los eructos tienen un marcado olor de fermentación butírica. El vientre se distiende y a través de sus paredes se percibe el peristaltismo anormal que constituye uno de los fenómenos típicos de este desorden nutritivo. Las deposiciones son frecuentes, desagregadas, verdosas, con mucosidades y su olor es agrio o fétido.

El peso queda estacionario o tiende a descender y la turgescencia normal se ve considerablemente disminuída. Todo este cortejo sintomático se insinúa insidiosamente sin que el estado general del niño se resienta de manera apreciable. La temperatura es irregular, con ligeros ascensos más marcados en la noche. Las alzas más considerables en la temperatura coinciden a veces con manifestaciones generales, lo que constituye ya una forma de pasaje hacia la intoxicación.

**Patogenia.** — Debemos buscar el origen del trastorno en una defectuosa elaboración

de los hidratos de carbono y secundariamente, de las grasas que, produciendo ácidos de fermentación, excitan el peristaltismo gastro-intestinal y dan lugar a las regurgitaciones o vómitos y a la diarrea que caracteriza esta forma de distrofia.

**Diagnóstico.** — Es esta forma de diarrea una de las que desconciertan más comúnmente al práctico: imbuído, la mayor parte de las veces, del concepto de la infección intestinal, tiende a luchar primitivamente contra los gérmenes bacterianos que, como hemos dicho anteriormente, no tienen sino un papel secundario y aparecen sólo una vez que el proceso fermentativo ha hecho su aparición.

El conjunto de síntomas, deposiciones frecuentes, y a veces mucosas, vómitos, lengua sucia, pérdida del buen humor de la criatura, es atribuido muchas veces a una colitis, y como tal es tratada esta perturbación, si no se tiene el concepto patogénico que hemos enunciado. La falta de tenesmo, de sangre en las deposiciones, de reacción febril, los antecedentes, y sobre todo la forma insidiosa en que se ha ido instalando el desorden nutritivo, nos harán considerarlo como de etiología puramente alimenticia.

**Tratamiento.** — En los primeros meses de edad, la alimentación natural constituye, como en la mayoría de los trastornos nutritivos, el régimen de elección.

En los casos leves, basta a veces la supresión de la mayor parte de los hidratos de carbono para modificar el estado general, es decir, basta con cambiar la calidad del alimento sin influir sobre su cantidad para ver cesar los fenómenos dispépticos. Usamos con buen éxito en estos casos la leche adicionada con larosan, endulzada con azúcar Sohlet, o sea, maltosa alimenticia, que, como sabemos, es el hidrocarburo más difícilmente fermentescible, en contraposición a la lactosa, que es la que fermenta con la mayor facilidad.

Se obtiene, también, satisfactorios resultados, sobre todo en casos más avanzados, con la administración de babeurre, cuya influencia se hace notar pronto en la mejoría de las deposiciones. Poco a poco pueden irse agregando al babeurre pequeñas dosis de hidrocarburos, o mejor, de grasa e hidratos de carbono en forma de la sopa de Kleinschmidt, de que hablamos en párrafos anteriores.

La rebeldía de los síntomas motivada por infecciones secundarias o por un descenso de la tolerancia, que puede marcar la proximidad de la descomposición, exigen una conducta más severa, instituyendo entonces la alimentación con leche albuminosa, o definitivamente con el régimen natural. Se tendrá, eso sí, muy presente, que las reducciones repetidas de alimento, la hipo-alimentación prolongada o una medicación intempestiva e inoportuna, como son los purgantes, constituyen factores que empujan fatalmente al niño hacia la definitiva pérdida de su tolerancia, o sea, hacia la descomposición.

Nos guiará en estos casos el criterio alimenticio que expondremos al hablar del tratamiento de la descomposición, naturalmente moderando, conforme a la naturaleza del trastorno, la severidad requerida por esta gravísima perturbación.

La medicación se reducirá a moderar un poco la frecuencia de las deposiciones por medio de dosis pequeñas de bismutosa, tanalbina, y esto sólo en los casos en que ello sea indispensable. Como en todos los trastornos nutritivos, los medicamentos tienen un empleo limitadísimo, o por mejor decir, excepcional.

Los purgantes mismos y los mercuriales pueden favorecer la eclosión de infecciones secundarias (entero-colitis), y consecutivamente, de los estados septicémicos colibacilares o los síndromas entero-hepático y entero-renal.

## II. Descomposición

Esta denominación corresponde a la clásica atrepsia de Parrot, atrofia de Variot o marasmo de la escuela norte-americana y no es sino un grado más avanzado de los estados distróficos que acabamos de describir. El equilibrio funcional ha llegado aquí ya a tal grado de perturbación, que es extremadamente difícil, si no imposible, restablecerlo en forma que se normalice, el desarrollo armónico del sueño. La desintegración celular es ya intensa y los procesos de asimilación no se efectúan en forma que puedan satisfacer al funcionamiento vital del individuo.

**Sintomatología.** — El niño que ha llegado a este período final de las etapas de desorden nutritivo, presenta el máximo de enflaquecimiento: su rostro es el de un pequeño viejo (facies de Voltaire). La boca y los ojos se ven enormes en la pequeña cara llena de pliegues y en que las mejillas hundidas no muestran ni restos de la bola adiposa de Bichat. Las mucosas se presentan rojas y en ellas, como en la piel, prenden con suma facilidad toda clase de infecciones banales. El tórax presenta a flor de piel la armazón ósea y el vientre distendido permite ver muy a menudo el movimiento peristáltico intestinal.

El carácter del descompuesto es apático; permanece durante horas en la misma posición, generalmente encogido, con cierto grado de hipertonicidad. A ratos llora como si tuviera hambre, se agita y vuelve a su estado de tranquilidad. La conciencia permanece inalterable, lo que distingue netamente a estos niños de los intoxicados, que pueden presentar igual grado de enflaquecimiento.

Las deposiciones son, generalmente, dispépticas, y con el régimen pueden llegar a normalizarse por completo. Esto demuestra claramente que el trastorno no es ya simplemente de alteración digestiva gastro-intestinal, sino del conjunto global del organismo, cuyo metabolismo íntimo está pro-

fundamente perturbado. Vemos así médicos que creen que el lactante está curado de una serie de desórdenes digestivos cuando se ha obtenido la normalización de las deposiciones, siendo que justamente entonces empieza el papel más importante del pediatra, al ir sosteniendo y estimulando con el alimento adecuado el perdido equilibrio funcional, que tan lenta y cuidadosamente se llegará a restablecer.

La curva de peso descende más y más, aun cuando los síntomas gastro-intestinales disminuyan en su intensidad; los ensayos de aumento de la ración alimenticia, hechos sin el debido y metódico estudio de las condiciones del lactante, ocasionan caídas bruscas del peso, aun cuando no se observe un cuadro agudo de intoxicación alimenticia; el pulso se hace lento y la temperatura baja (bradicardia e hipotermia de descomposición), y el niño va lenta y seguramente al marasmo definitivo.

La orina no presenta ni albúmina ni glucosa, aun en los casos con edemas que no son raros en este cuadro patológico.

No necesitamos insistir en que en este grado de trastorno nutritivo la inmunidad está de tal modo disminuida que las infecciones más banales pueden llegar a tomar tal desarrollo que apresuren el desenlace letal con cualquiera enfermedad intercurrente.

**Patogenia.** — El origen de tan precaria situación debe buscarse en los procesos metabólicos perturbados, en la disminución de la inmunidad y en la inanición relativa en que obligadamente se desarrolla el curso del trastorno. Sabemos que los desórdenes alimenticios por sí solos no logran deprimir tan fatalmente el organismo si no sobrevienen infecciones que alteran el organismo, disminuyen su tolerancia y agravan, así, en un círculo vicioso, el cuadro que lleva a la definitiva desintegración celular. Es por eso que podemos decir que terreno, desorden alimenticio, infección e inanición, son los factores que generan el más grave de los trastornos nutritivos del lactante.

La excesiva producción de ácidos de fermentación exige una considerable pérdida de sales para su neutralización, pérdida de sales que puede llegar a producir una relativa acidosis. El organismo obligado a mantener intacta la concentración salina de sus plasmas debe acudir entonces a las reservas de los tejidos y se produce así la desintegración celular.

La misma producción exagerada de ácidos irrita la mucosa intestinal y produce la diarrea que arrastra gran cantidad de líquido y de sales, sin contar con que el rápido pasaje de los alimentos nutritivos por el tractus intestinal no permite una apropiada absorción y elaboración del material alimenticio. Hay, pues, una verdadera inanición interna unida a la deficiente ingestión de alimentos motivada por la repercusión que ésta trae sobre los fenómenos digestivos.

Ni la antigua teoría de la atrofia del epitelio intestinal, ni la de la falta de jugos digestivos, puede actualmente sostenerse frente

a las modernas investigaciones anatómo y fisiopatológicas.

**Tratamiento.** — La descomposición constituye el más serio problema que deba resolver el práctico. En un organismo llevado a los límites de la vida no cabe ensayar éste o aquel régimen, tal o cual alimento. No cabe en tales casos sino prepararse a un estudio paciente y escrupuloso del lactante, que nos llevará a la estipulación de un sistema que pueda conducirnos a la mejoría del funcionalismo nutritivo.

Debemos tener presente que en ningún trastorno como en este son más peligrosos los apresuramientos y que la reparación de un descompuesto no es asunto de semanas sino de meses, en que nos ocurrirá observar largos y fatigantes estacionamientos en el peso, lo que ya de por sí podría constituir esperanza de curación, siempre que mantengamos al enfermo en las condiciones higiénicas que lo defiendan de toda infección, tan de temer en su falta absoluta de inmunidad.

Dos alimentos son los únicos que deberán emplearse: la leche de mujer, y en su defecto insubsanable, la leche albuminosa.

Se tendrá especial cuidado en evitar la dieta hídrica, arma de doble filo y de enorme peligro en un descompuesto.

Comenzaremos por poner al niño en una pieza abrigada, pero ampliamente aireada y asoleada. Previa una dieta hídrica de 6 horas, comenzaremos por dar una dosis de leche humana de 20 gramos cada dos horas, de manera que el niño ingiera unos 200 gramos en 24 horas. Poco a poco esta dosis se aumentará en 40 o 50 gramos diarios hasta que el niño ingiera su ración de sostén, sin poner hasta entonces al niño al pecho, sino dando la leche por medio de cucharaditas. Una vez que se haya llegado a esa ración, se podrá hacer chupar al niño, midiendo con el mayor rigor la cantidad de leche ingerida para evitar peligrosas sobre-alimentaciones.

Recordaremos que al empezar el tratamiento se observa un real empeoramiento del estado general, que en parte se debería a la limitación de la cantidad de leche administrada y en parte a la pobreza salina de la leche de mujer.

Las deposiciones, en los casos favorables, empiezan a mejorar y la bradicardia va desapareciendo poco a poco. Sin embargo, habremos de emplear largo tiempo antes de considerar asegurada la curación, porque el estacionamiento del peso nos está indicando que el proceso de regeneración celular tarda en llegar a bastar al funcionalismo regular del organismo.

Se podrá afirmar que el trastorno nutritivo ha cedido cuando veamos iniciarse el aumento del peso y de la talla de la criatura.

No dejaremos de recomendar que no se dé excesiva importancia a las deposiciones de mal aspecto que puedan presentarse. La restricción del alimento por esta causa constituiría un paso en falso de desastrosas consecuencias.

Si falta la leche de mujer, cuyas virtudes

son en estos casos insustituibles, deberemos apelar a la leche albuminosa en iguales cantidades que las aconsejadas para la leche de mujer. Comenzaremos por leche albuminosa débilmente azucarada con azúcar Sohlet al 1%, para subir esta proporción lentamente a 5 y aun 10%. Este régimen será sostenido durante todo el período de reparación y entonces podrán añadirse pequeñas dosis de harinas hasta obtener la codiciada iniciación del alza de peso.

La vida al aire libre, el aislamiento, el sol, el estímulo psíquico de que habla Finkelstein y que está constituido por ese conjunto de pequeños cuidados y mimos maternos, constituirán preciosos coadyuvantes en el restablecimiento del pequeño paciente. Una estada en la costa no podría sino ser de lo más beneficiosa en casos como éste.

### Trastornos nutritivos agudos

**I. Dispepsia fermentativa.** — El cuadro de este trastorno semeja muy de cerca al descrito como distrofia diarreaica y sólo la diferencian detalles de grado o intensidad de los síntomas y su brusca aparición.

Las deposiciones son frecuentes, mucosas y desagregadas, de olor agrio y desagradable. Sobrevienen regurgitaciones y a veces vómitos y la temperatura puede ascender hasta 38 y 39°. No hay en este caso gran perturbación de la conciencia, y si bien el niño está un poco abatido, su ánimo aun le permite preocuparse de su alrededor e interesarse por sus juguetes y por las personas de su afección.

**Tratamiento.** — No seguimos en este trastorno los principios instituidos por Finkelstein y su escuela. La experiencia nos ha demostrado sobradamente que en nuestro ambiente y en nuestras condiciones climáticas, el tratamiento debe exigir severidad en la restricción del alimento y prudencia excesiva en la vuelta a la alimentación, si no queremos exponernos al estallido de una alarmante y súbita intoxicación. Aconsejamos por esto una dieta hídrica de 12 a 18 horas y la vuelta a la alimentación con dosis de 50 a 60 gramos de leche albuminosa azucarada al 5% cada 3 horas. Insistiremos en la abundante administración de agua pura para satisfacer las imperiosas necesidades líquidas del organismo infantil. La dosis total de leche albuminosa se aumentará cada día hasta llegar a un litro, y entonces empezaremos a agregar lentamente leche de vaca, sustituyendo poco a poco ésta por leche albuminosa. Daremos de este modo, por ejemplo, 140 gramos de leche albuminosa con 20 de leche de vaca cada 3 horas, al día siguiente 120 gramos de leche albuminosa y 40 de leche de vaca, y así de seguida hasta llegar a la administración de leche pura a la cual puede empezar a agregarse harinas en las proporciones requeridas por las condiciones nutritivas del niño.

Volvemos a insistir en la absoluta inutilidad de medicamentos en la atención de estos trastornos. Los purgantes y pretendidos

desinfectantes no tienen otro objeto que satisfacer las exigencias de la familia y no dejan muchas veces de tener verdaderos inconvenientes.

Puede usarse también en casos leves el babeurre con pequeñas porciones de hidratos de carbono o las diluciones de leche adicionadas con un 2% de larosan o de nutrosa.

### II. Intoxicación alimenticia

Sin duda alguna que ninguno de los trastornos nutritivos presenta para el médico y la familia del enfermo un cuadro más alarmante y teatral. En plena salud, o en el curso de trastornos crónicos a veces muy ligeros, estallan, sobre todo en verano, los síntomas de las toxicosis, intoxicación alimenticia o cólera infantil.

Ellos se caracterizan por fiebre a veces alta, que puede llegar a 40 y 41°. El niño empieza a vomitar, las deposiciones se hacen más y más frecuentes, hasta tomar el carácter de un líquido ligeramente mucoso y amarillento, teñido a veces por sangre a medio digerir.

El estado general del niño se afecta con suma rapidez: vemos a un lactante robusto perder en algunas horas su aspecto de salud para convertirse en un cuerpo flácido y arrugado, como el de un pequeño viejecito.

El niño está apático, nada le interesa, y poco a poco se acentúa una somnolencia que puede llegar al coma definitivo.

La vista es vaga, a veces fija; los ojos se excavan y se rodean de un círculo terroso; la actitud del niño es a veces la del esgrimista (Finkelstein). No son raras las actitudes catalepticas.

La respiración tiene el carácter de la de un perro cansado (respiración tóxica). Es grande y profunda, sin intervalos entre una y otra respiración y las excursiones mismas respiratorias están aceleradas.

Hay leucocitosis y en la orina se encuentra albúmina y glucosa, cilindros hialinos y a veces granulados. No es raro encontrar también grandes cantidades de cuerpos acetónicos, lo que demuestra la gran perturbación del metabolismo y el grado de insuficiencia hepática.

En contadas ocasiones puede observarse el esclerema, que consiste en un endurecimiento de la piel que se palpa engrosada. Se presenta de preferencia en la cara externa de los muslos y en las pantorrillas y se traduce por una palidez cadavérica de los tegumentos, acompañada de un marcado enfriamiento. La dureza es a veces de tal modo pronunciada que dificulta los movimientos y la circulación de la sangre, de por sí ya perturbada por el espesamiento consecutivo a las enormes pérdidas de líquido; debido a los vómitos y la diarrea coleriforme.

No insistimos sobre la individualización de los diferentes tipos, meníngeo, hidrocefálico, soporoso, etc. Sería entrar en exceso de detalles que no cabrían en un trabajo de la naturaleza del presente.

**Diagnóstico.** — Las meningitis agudas no presentan, en general, los marcados síntomas gastro-intestinales de la intoxicación. En todo caso, la punción lumbar vendrá a descifrar cualquier duda a este respecto.

Algunas infecciones agudas, tales como neumonía, etc., pueden presentarse con un cuadro semejante, aunque la marcha del proceso, y sobre todo el cortejo de vómitos y diarrea profusa y el examen cuidadoso de los órganos pueden aclarar el diagnóstico. La acidosis pura en su forma fulminante, puede también confundirse con una intoxicación. La hipernea característica de aquella, la somnolencia invencible, la sed insaciable, la sequedad de la piel y la predominancia marcada del síntoma vómito sobre el síntoma diarrea, nos harán inclinarnos a descartar el cuadro de la toxicosis.

Es verdad también que en muchos casos la intoxicación alimenticia y la acidosis son síndromas que pueden confundirse, dado que su origen reside en una profunda insuficiencia hepática.

**Etiología y patogenia.** — Generalmente es una infección banal la que constituye el punto de partida de la intoxicación; la elaboración defectuosa del alimento da lugar a fenómenos dispépticos de orden puramente fisiológico, aun cuando la infección inicial esté del todo dominada. En otros casos no es menester el origen infeccioso banal y el proceso tóxico se produce por acción pura y exclusiva del alimento inadecuado. Hay, por fin, otro grupo de toxicosis cuya causa evidente es una infección que se mantiene y que por sí sola da carácter al cuadro de la intoxicación. Sin embargo, en todos ellos el papel del alimento queda demostrado con la mejoría que experimenta el enfermo una vez que se somete a la dieta de reducción.

Constituye la base del trastorno una permeabilidad anormal de la pared del intestino. Los productos de elaboración anormal llegan por la vena porta al hígado, perturbando el funcionamiento normal de la célula hepática, y en consecuencia, nacen sustancias de la desintegración celular que provocan la fiebre y la diarrea. A consecuencia de ésta los tejidos se desecan o deshidratan, con lo cual se perturban los procesos de oxidación total de las sustancias alimenticias.

El cuadro siguiente, tomado de Finkelstein, permite comprender más claramente la génesis de la intoxicación alimenticia:

Vemos en el cuadro 2 cómo la debilidad congénita o las fermentaciones patológicas, producen una permeabilidad anormal del epitelio intestinal. Los venenos alimenticios y la deshidratación con las perturbaciones consiguientes en los procesos de las oxidaciones, obran lesionando la célula hepática y haciendo estallar la intoxicación.

La infección puede llegar al mismo fin, ya sea obrando por las toxinas sobre el epitelio intestinal, aumentando su permeabilidad, o bien, directamente, sobre la célula hepática.

La inanición y descomposición pueden, de

igual modo, por camino directo o indirecto, llegar a lesionar el hígado y a dar lugar a la intoxicación alimenticia.

**Tratamiento.** — Reconocido el rol preponderante del alimento en la etiología de la toxicosis, surge la indicación primordial del tratamiento, o sea, la supresión de todo material alimenticio mientras no sobrevenga la desintoxicación. La dieta hídrica deberá ser severa en toda regla. Haremos beber en abundancia al pequeño enfermo, ya que sabemos que la pérdida de líquido y la sequedad de los tejidos contribuyen en parte esencial al complejo sintomático de la toxicosis. La cantidad de líquido será de 1,000 a 1,200 gramos en 24 horas, y se preferirá el agua pura o una infusión ligera de té sin azúcar o levemente endulzada con sacarina.

Si el estado del paciente no permite la ingestión de tal cantidad de líquido, se inyectará bajo la piel en forma de suero de Ringer o suero glucosado, en cantidades de 80 a 100 gramos cada 5 o 6 horas.

No se usarán en ningún caso las aguas de arroz o de quaker, tan empleadas comúnmente creyéndolas inofensivas. Aun su escaso contenido en sustancias fermentescibles impide muchas veces que se obtenga una desintoxicación del organismo, cuando no agrava el trastorno nutritivo.

La dieta hídrica no deberá prolongarse más allá de las 24 o a lo sumo de las 36 horas. Los peligros de la inanición son de temer en un enfermo que fácilmente por ese capítulo puede deslizarse hacia la descomposición. Durante ese tiempo, si el trastorno es puramente, o en parte esencial, de origen alimenticio, el organismo estará desintoxicado, y en caso contrario, deberá atribuirse la continuación del desorden nutri-

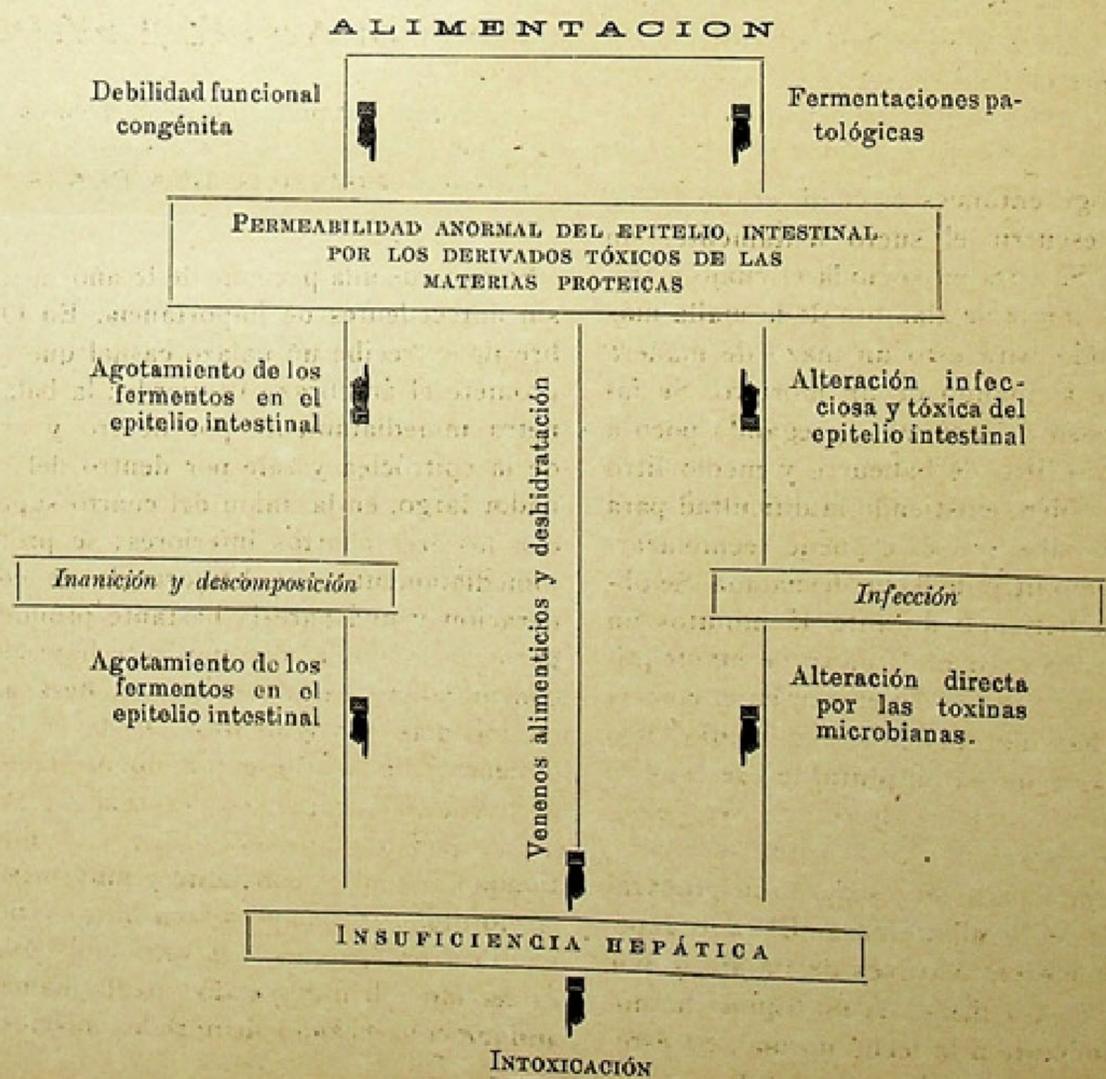
tivo al agente infeccioso y comenzar, en todo caso, de nuevo la alimentación.

El régimen natural encuentra en este trastorno una indicación que no nos parece de importancia tan fundamental como en otras perturbaciones nutritivas. Tratándose de un trastorno agudo, en un niño cuya inmunidad no ha sido disminuída por largos padecimientos digestivos, no creemos que la leche de mujer ejerza aquí sus admirables efectos descritos en párrafos anteriores. Tenemos, por otra parte, el temor que su alta proporción de lactosa y su escasa cantidad de albúminas puedan tener cierta desventaja sobre los alimentos artificiales que describiremos en seguida ya que la alta proporción de lactosa que fermenta fácilmente no está frenada por la albúmina anti-fermentativa que está en escasa cantidad. En todo caso, ella estará especialmente indicada en los casos de lactantes muy jóvenes y en los que aun no hayan tomado otro alimento que el seno materno.

Se empezará dando pequeñas dosis de leche ordeñada, 20 gramos cada 2 horas, o 10 cada hora, si hay tendencia al vómito, para aumentar lenta y progresivamente esta dosis hasta llegar a la ración de mantenimiento. Sólo entonces podrá ponerse al niño directamente al pecho.

Si elegimos la alimentación artificial, buscaremos para esto un alimento difícilmente fermentescible, y en este orden de ideas nos parece conveniente empezar por el babeurre sin azúcar en pequeñas cantidades, 30 o 40 gramos cada dos horas. La cantidad podrá aumentarse cada día en 20 gramos cada vez y al 3º o 4º día podrá azucararse con azúcar Sohlet en proporción de 1 o 2%. No nos parece que tenga ventaja la adminis-

CUADRO II



tración de suero de leche de vaca por carecer de albúminas cuya acción anti-fermentativa es de todos conocida, y creemos que debe pasarse a la alimentación de leche albuminosa ligeramente azucarada. Nos permitimos también en este caso disentir de la opinión de Finkelstein que aconseja usar desde el principio leche albuminosa al 5%. Numerosos casos tratados conforme a las ideas de nuestro ilustre profesor de Berlín, que tuvieron peligrosas recaídas, nos han hecho volver a nuestro antiguo procedimiento de empezar la alimentación de leche albuminosa sin azúcar, agregando después y aumentando muy lentamente cierta dosis de maltosa, que, como hemos dicho, es el azúcar menos fermentescible.

Lentamente, con mayor prudencia que la empleada en la dispepsia fermentativa, iremos aumentando la ración cotidiana, vigilando por un lado que no se produzca un nuevo estallido de los procesos fermentativos y muy atentos también a la inanición, en ocasiones tan peligrosa como una recaída.

Obtenida la aceptación de la dosis de mantenimiento, empezaremos a agregar harinas en proporción de 1 hasta 5% y, o bien continuamos con este plan de alimentación unas dos o tres semanas para pasar bruscamente a la ración normal de leche de vaca, como lo aconsejan los maestros alemanes, o bien, y este es nuestro procedimiento personal, preferimos empezar más precozmente, pero con la mayor cautela, la adición de leche de vaca a las raciones de leche albuminosa en la forma aconsejada por nosotros en la dispepsia fermentativa.

En vista de la dificultad que existe en provincias o en los campos para obtener leche albuminosa, nos permitimos describir el procedimiento empleado por nosotros para su preparación.

Se agrega una o dos medidas de Pagnina Meister Lucius o Kimosine Rogier a un litro de leche cruda. Se coloca esta al bañomaría cuidando que la temperatura no suba de 42° y se mantiene así durante 30 o 40 minutos hasta que sobrevenga la coagulación de la caseína.

Se recoge entonces el cuajo en un linón, dejando escurrir el suero lentamente, sin exprimir. Se pasa en seguida el cuajo a través de un tamiz de alambre de la malla más fina, usando para esto un mazo de madera semejante al mango de un mortero. Se facilita el paso del coágulo agregando poco a poco medio litro de babeurre y medio litro de agua, o bien, existiendo la dificultad para conseguir babeurre, éste puede reemplazarse por medio litro de leche desnatada. Se obtiene ésta batiendo durante 45 minutos un litro de leche en una batidora de mantequilla, aparatos que se encuentran en el comercio: los hay de capacidad de medio litro arriba. La leche batida durante ese espacio de tiempo se vacía en un azafate extendido, se desgrasa bien, se cuele en una servilleta, y está pronta para ser usada en la preparación de la leche albuminosa. El paso repetido de la mezcla a través del tamiz, y por fin, de una gasa firme, da un líquido homogéneo semejante a la leche normal. Se este-

riliza entonces al bañomaría y está lista para administrarse. Ocurre comúnmente que se precipitan al fondo del frasco coágulos de leche, lo que no constituye un defecto de preparación: basta con agitar enérgicamente la mezcla para que la homogeneidad se restablezca.

El intoxicado deberá permanecer en un cuarto ampliamente aireado, a una temperatura de 12 a 15°, poco cubierto de ropas, salvo en casos de algidez. Conocemos ya la acción perniciosa del calor sobre los niños afectados de un trastorno agudo de alimentación.

Fuera de las inyecciones de suero, puede emplearse la adrenalina, el extracto suprarenal, en los casos en que se tema fallas por parte de las cápsulas suprarrenales. La inyección de extracto hepático ha solido prestar algunos buenos servicios y por eso vale la pena de ensayarla, aunque su acción no sea otra que la de proteinoterapia.

Nos permitimos aconsejar la mayor prudencia en el uso de las inyecciones de alcanfor, dado que este medicamento puede ser peligroso existiendo una profunda lesión de la célula hepática.

No está demás repetir que en un trastorno de índole predominantemente alimenticia, la administración de desinfectantes es no sólo de dudosa eficacia, sino de reales y reconocidos inconvenientes.

La hipertermia, la excitabilidad, se moderarán con baños y envolturas frías o tibias, sin recurrir a los lavados intestinales, que no hacen sino aumentar la irritación del tubo intestinal.

## SOBRE UN CASO DE CAUSALGIA DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO

(Comunicación a la Sociedad Médica)

por el Prof. Hugo LEA PLAZA

Se trata de una paciente de 18 años de edad sin antecedentes de importancia. En Octubre ppdo. recibe un balazo casual que compromete el antebrazo izquierdo; la bala penetra inmediatamente por dentro y arriba de la epitroclea y sale por dentro del supinador largo, en la unión del cuarto superior con los tres cuartos inferiores; se produce inmediatamente una hemorragia de consideración y una paresia bastante pronunciada de la mano; al día siguiente hay edema considerable de ésta, edema que desaparece en los días subsiguientes. Desde el tercer o cuarto día se presentan manifestaciones dolorosas con caracteres especiales; es un dolor quemante, dolor y ardor al mismo tiempo, el cual es constante y muy intenso; la motilidad se recuperó bien luego y no ha vuelto a entorpecerse; la sensación dolorosa ha ido disminuyendo paulatinamente, aunque conservando siempre los mismos ca-

racteres; nos cuenta la enferma que este dolor aumenta con las impresiones morales y nos hace notar también que se produce transpiración mayor en su antebrazo y en su mano enfermos, sobre todo en ciertas regiones, como el dedo índice.

Nos interesa, sobre todo, limitar perfectamente la región dolorosa; ésta ocupa la mitad externa de la cara anterior del antebrazo y la mitad externa de la cara posterior; en la mano están también comprometidas la mitad externa de la cara palmar e igual zona de la cara dorsal; además lo está todo el dedo índice, respetándose el pulgar y los otros tres dedos (Fig. N.º 1). En todo



Fig. N.º 1.—La zona dolorosa en la cara posterior del antebrazo. La distribución en la cara anterior es exactamente análoga.

este territorio doloroso no hemos constatado más trastorno objetivo de la sensibilidad que una pequeña hiperestesia a nivel de la última falange del índice. Dejemos constancia desde luego que esta topografía no corresponde a ninguna distribución radicular ni tampoco a ninguna troncular, es decir, no corresponde a los troncos del braquial cutáneo interno, ni del músculo cutáneo, ni del radial, ni del mediano, ni del cubital, que son los que intervienen en la inervación de estas regiones. Constatamos en el examen de nuestra enferma que la motilidad y la reflectividad están normales, que la excitabilidad eléctrica de los músculos no está alterada, que existe, en cambio, una manifiesta atrofia de la piel, la cual es lisa y brillante a nivel del índice; y una atrofia de la uña en este mismo dedo; la radiografía nos muestra una osteitis rarificante notable en la última falange del índice (Fig. N.º 2). En el resto del organismo no hay nada de patológico ni que llame la atención.

En resumen, la naturaleza del dolor, dolor quemante y ardor, su localización y distribución, que no corresponde a distribución radicular ni troncular; la presencia de trastornos tróficos en la piel y otros tejidos, los trastornos de la secreción sudoral y la influencia que tienen las emociones sobre el dolor, aumentándolo notablemente, nos inducen a recordar los fenómenos de origen simpático, las algias simpáticas, las causalgias. Es indudable entonces que el traumatismo ha comprometido la inervación simpática; que se trata de una neuralgia simpática.

Queda por resolver la cuestión relativa al punto en que esta lesión simpática se ha producido. Sabemos que las fibras simpáticas se distribuyen en parte por intermedio de los troncos cerebro-espinales y en parte por intermedio de los vasos, acompañando a éstos y formando a su alrededor los plexos simpáticos periarteriales. ¿Cuál de estas dos vías es la lesionada? Podremos resolver este punto examinando el estado de la circula-

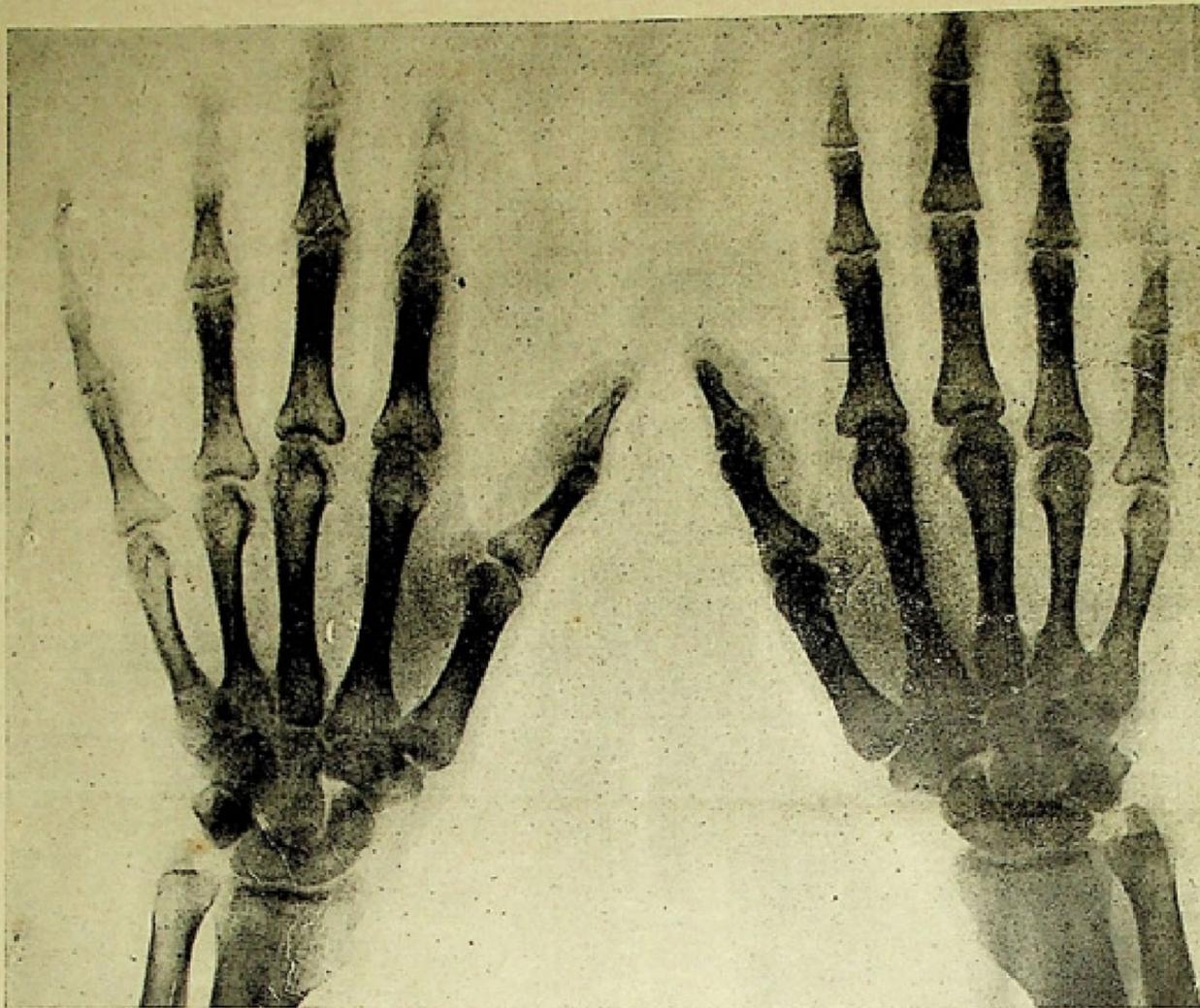


Fig. N.º 2

ción periférica del territorio, sobre el cual el simpático tiene, como sabemos, una acción reguladora por el mecanismo de la vasoconstricción o vaso de dilatación. El estudio de la oscilación arterial nos demuestra que ésta es en el miembro enfermo justamente equivalente a la mitad que la del miembro sano (media y una división del Pachón respectivamente). La presión arterial es en ambos puños iguales. Existe, pues, un trastorno circulatorio periférico, por excitación de las fibras simpáticas; si a esto agregamos el dato ya conocido de que la distribución del dolor es ajena a la distribución de los troncos, concluiremos que es el simpático periarterial el lesionado. Trazando el recorrido de la bala, podremos constatar

que éste cruza el trayecto de arteria radial, rama de la humeral, en cuyas paredes probablemente existe la lesión traumática, irritativa, causante del cuadro patológico que nos ocupa. Respecto del tratamiento, pienso que estamos frente a la indicación precisa, clásica, de la simpatectomía periarterial, intervención fácil, sobre cuya técnica expuse algunas ideas con motivo de un caso de arteritis con claudicación, presentado anteriormente. La intervención no ha sido practicada aún, teniendo en vista la marcha regresiva del cuadro, pero se resolverá efectuarla en la arteria radial si esta mejoría espontánea no continúa; la enferma está sometida actualmente a un tratamiento de galvanizaciones intensas.

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS

### SOCIEDAD MÉDICA

13 de Junio, 1921

Presidente: Prof. Vargas Salcedo

**Un caso de esclerosis en placas con síntomas cerebelosos.** — Dr. E. Malbrán. Presenta un paciente cuya enfermedad empieza hace tres años. Con ocasión de haber tomado una carga pesada se le produce un fuerte dolor de espaldas que lo obliga a guardar cama. Cuando se levanta vuelve a cargar un peso excesivo, por lo que nuevamente tiene que guardar cama. Al levantarse nota dificultad en la marcha. Hace un año, tiene una neumonía, después de la cual su marcha se hace mucho más dificultosa. El examen del enfermo revela una marcha cerebelo-espas-

módica; las palabras son arrastradas y explosivas; hay además dismetría, asinergia, adiadococinesia. No hay perturbaciones de la sensibilidad. La reacción de Wassermann fué negativa en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo, que además su examen tampoco presenta otras alteraciones. Se hace diagnóstico de esclerosis en placas. El enfermo ha sido tratado con silversalvarsan, sin resultados. Se seguirá tratando con el yoduro de sodio, para ver si se logra impedir en parte la gravedad del pronóstico.

Dr. Lea-Plaza. Conoce al enfermo, en quien ha visto evolucionar la enfermedad. Hoy se sabe poco sobre la etiología de esta afección. En Alemania ha tenido ocasión de ver epidemias de esta enfermedad y aun ha visto casos febriles, hechos que no se han descrito entre nosotros. En Heidelberg se ha logrado aislar una espiroqueta, que no es la pálida, y cuyo portador sería una garrapata, y se cree que esta espiroqueta sea

el agente causal de la esclerosis en placas. Por este motivo se ha usado el silversalvarsan, con el que se ha obtenido buenos resultados.

Dr. Fontecilla. Parece más bien que la etiología de esta enfermedad sea múltiple, infecciosa, traumática, etc. En Europa se ensaya mucho actualmente el tratamiento para-específico, por la proteínoterapia y sería conveniente ensayarlo en este enfermo.

Dr. Malbrán. Cuando la esclerosis en placas es febril, se describen alteraciones del líquido céfalo-raquídeo que consisten en albuminosis y linfocitosis.

**Consideraciones sobre dos casos de nefritis hiperaguda de origen mercurial.** — Dr. L. Bisquertt. Presenta dos casos de nefritis hiperaguda de origen mercurial, en los cuales considera que el pronóstico se ha podido hacer por el estudio de la concentración máxima. El primero de los enfermos ingiere accidentalmente dos tabletas de sublimado; ingresa al Servicio del Prof. Moore casi en anuria, los exámenes de orina y sangre practicados metódicamente y todos los días muestran que un primer período hay aumento progresivo de la azoemia con disminución del volumen de la orina y de la concentración máxima. En un segundo período se ve que el volumen urinario y la concentración aumentan junto con la hiperazoemia. Este hecho es el que hace tener la esperanza que el enfermo se salve, y efectivamente pasa así, porque después la azoemia fué reduciéndose, hasta llegar a la cifra normal. El enfermo sanó completamente, como lo prueba una constante de Ambard, que dió una cifra de 0,078, que casi es normal. El segundo enfermo, en un intento de suicidio, ingiere oxicianuro de mercurio; al llegar al Servicio es sometido a los mismos exámenes que el enfermo anterior. Después de haber estado en anuria, comienza a emitir orina, pero la concentración máxima no aumentó. La hiperazoemia fué progresiva y el paciente murió. El tratamiento a que son sometidos estos enfermos consiste exclusivamente en sangrías abundantes y repetidas, en la introducción de suero glucosado por las vías endovenosas, subcutánea, bucal y rectal. Esta medicación se mantiene mientras no descienda la cifra de la azoemia y aumente la concentración de la urea en la orina. Cuando esto se ha conseguido se agrega a la alimentación los hidratos de carbono en forma de zapallos, camotes, miel, arroz con azúcar, etc. El tratamiento quirúrgico, es decir, la decapsulación con nefrotomía está en vías de franco abandono. El pronóstico de estos casos se hace por el estudio de la concentración máxima, o sea, la cualidad noble del riñón, que permite eliminar los elementos que constituyen la hiperazoemia.

Dr. Lobo-Onell. Estos casos son interesantes desde el punto de vista del tratamiento con suero glucosado, al que se le ha negado la cualidad de aumentar la diuresis y la concentración máxima, porque se dice que un epitelio alterado es incapaz de regenerarse. El Dr. L.-O. recuerda que llevó a la Sociedad de Urología de París un caso semejante y que mereció los honores de una dis-

cusión; este enfermo también fué tratado por el suero glucosado. Otro punto interesante en estos casos es el estudio del metabolismo, porque da datos sobre el funcionamiento de los demás órganos, y en cierto modo condiciona el pronóstico.

El pronóstico no se puede buscar con seguridad en el mejoramiento de la concentración máxima, porque en muchos casos se ve que después que ha mejorado vuelve a bajar; quizás esto sea debido a que el epitelio renal sufre un nuevo ataque, esta vez producido por tóxicos originados en los otros órganos; es por esto que el pronóstico depende del mejoramiento de la concentración máxima, pero no puede basarse en ella ni en ningún otro factor. Otro hecho interesante en estos enfermos es que el estado clínico no corresponde con el estado funcional del riñón, sino que parece más bien que depende del estado de los demás órganos. Respecto a la intervención quirúrgica, el Dr. L.-O. cree que es una falta de lógica, por cuanto a un órgano enfermo se le agrega la acción de la anestesia y del *shock operatorio*.

**Prof. Vargas Salcedo.** Respecto al tratamiento quirúrgico, se manifiesta de acuerdo con lo expresado por los Drs. Bisquert y Lobo-Onell. En un tiempo practicó este procedimiento, pero lo ha abandonado porque no lo dejó satisfecho.

**Nefritis tóxica mercurial. — Sr. Mujica.** Presenta la observación de un enfermo con nefritis hiperaguda mercurial; en el cual hace ver que el pronóstico de estos enfermos se basa en los exámenes de laboratorio y no en el estado clínico, el cual en su enfermo no coincidió con los datos suministrados por el laboratorio.

**Hipertensión craneana por tumor del cerebelo. — Drs. O. Fontecilla y A. Poblete.** (Este trabajo se publicará en un próximo número de "La Clínica").

20 de Junio, 1924

*Presidente: Prof. Vargas Salcedo*

**Sobre un tumor de la encía en una niña de 20 años. — Dr. H. García Huidobro.** Presenta una enferma de 20 años que a los 16 años de edad nota la aparición de un tumor en la encía superior, entre los incisivos centrales, que creció bastante y se hizo doloroso. En 1922 ingresa al Servicio del Prof. Vargas Salcedo, en donde se piensa en un tumor maligno y se extirpa a termocauterío; examinado histológicamente el tumor resultó ser un fibro-mixoma. Este año la enferma ingresa al mismo Servicio porque le han aparecido dos tumores, uno en el labio superior y el otro en el paladar; la biopsia comprueba que el tumor del labio superior es un epiteloma espinocelular y el del paladar es basocelular. En la imposibilidad de hacer la extirpación de los tumores se envía la enferma a hacerse un tratamiento radioterápico, con el que se ha conseguido reducir el tumor del paladar. Más lógico hubiera sido tal vez aplicar radium, pero en la boca existe el peligro de

que se necrosan los huesos del paladar con facilidad.

**Dr. Prunés.** Cree que el diagnóstico es un nevu-carcinoma, por la pigmentación que se nota, y estos tumores no obedecen al tratamiento radioterápico; tampoco debe cauterizarse, porque se produce la diseminación del tumor, especialmente por vía linfática. El tratamiento que da mejores resultados es la electrolisis.

**Dr. García Huidobro.** La evolución clínica no corresponde al tumor descrito por el Dr. Prunés, porque la enferma lleva dos años de buena salud y el examen microscópico no menciona el pigmento. Además, los tumores se han cauterizado y no ha habido diseminación.

**Sobre dos casos de sífilis terciaria en la boca. — Dr. Prunés.** Presenta dos casos que son interesantes desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento antisifilítico a que han sido sometidos. Hoy día los médicos se esfuerzan por simplificar el tratamiento de la sífilis limitándose al empleo de una que otra sal de arsénico o mercurio. Hace algún tiempo tuvo ocasión de hacer ver los buenos efectos que tiene el yoduro de sodio en inyección intravenosa. Hoy presenta un enfermo en que tiene la oportunidad de sacar del abandono a un buen preparado mercurial, el calomelano, cuyo único defecto es ser bastante doloroso. El primer enfermo presenta el año 1920 un aumento de volumen de la lengua que fué diagnosticado como una macroglosia, por lo cual se le ofrece hacer una intervención quirúrgica, que el enfermo rehúsa; posteriormente comienzan a aparecer adenopatías cervicales que se fistulizan; al mismo tiempo la lengua se pone dura y se ulcera.

En el Servicio de Sifilografía del Prof. Montero se hace el diagnóstico de lúes de la lengua y de los ganglios del cuello. Se instituye un tratamiento con yoduro de sodio, el cual no da resultado, por lo que se ensaya el Trepol y después el Salicilato de Mercurio, también sin éxito. En vista del fracaso de los medicamentos indicados se comienza a usar calomel a dosis de 0,05 grs. en seguida se sube a 0,08 y después se inyecta 0,05 dos veces por semana. Con este tratamiento se ha logrado que cierren las fistulas del cuello, excepto una; la lengua ha disminuído de volumen y sus ulceraciones tienden a cicatrizar. El segundo enfermo ingresa a la Clínica con diagnóstico de tumor maligno del labio superior propagado a las fosas nasales. Examinado el paciente se comprueba que el labio está engrosado, infiltrado, y hay una perforación del tabique nasal. Llama la atención que el tumor no haya contraído adherencias con el maxilar, y a pesar de que el examen histológico expresa que se trata de un neoplasma maligno, se ha hecho el diagnóstico de sífiloma del labio superior. Apoyan este diagnóstico el hecho de que este enfermo ha sido tratado de lúes hace 12 años y que ha presentado una afección en la raíz de la nariz, que después se resolvió en una secreción purulenta que se eliminó.

**Dr. Grez.** Se manifiesta de acuerdo con el

diagnóstico del Dr. Prunés, a pesar del resultado de la biopsia que se hizo en el Hospital San Juan de Dios.

**Consideraciones sobre el diagnóstico diferencial entre las afecciones torácicas y abdominales agudas. — Dr. H. Alessandri.** Lee un trabajo sobre la manera de diferenciar las afecciones torácicas de las abdominales, especialmente en los casos agudos, que es cuando más fácilmente se puede cometer error de diagnóstico. Los cuadros clínicos que afectan al cuadrante abdominal superior derecho son los que se confunden más a menudo en la práctica. Para comprender cómo los síntomas torácicos, especialmente el dolor y la contracción muscular, pueden referirse al abdomen y vice-versa, el Dr. A. recuerda las teorías de Mackenzie sobre la interpretación de los síntomas reflejos. En la vida fetal todos los órganos (piel, músculos, vísceras, etc.), que constituyen un metámero, están conectados entre sí por el sistema nervioso. En el desarrollo ulterior del individuo los elementos del metámero se desplazan para tomar su situación definitiva, pero conservan su conexión nerviosa primitiva. Una excitación originada a nivel de uno de los componentes metaméricos va a los centros nerviosos donde se refleja, provocando una acción motora o secretora en los otros elementos del metámero. Por otra parte, la sensibilidad de las vísceras difiere de la sensibilidad de la piel, o de los músculos, en cuanto a que éstos localizan precisamente en sí mismos la sensación, mientras que las vísceras no lo hacen en igual forma, sino que refieren las sensaciones a la piel o a los músculos. En esta forma se explican los síntomas abdominales de las afecciones torácicas, y vice-versa, sobre todo en las afecciones que se producen en el dominio de los seis últimos metámeros dorsales. Por ejemplo, se ve con cierta frecuencia dolor y defensa muscular a nivel de la zona apendicular, debidos a una neumonía o pleuresía de la base del pulmón derecho, especialmente en los niños. El dolor del hombro en las afecciones hepáticas se debe a que el frénico se origina en el cuarto segmento medular, de donde nace el cuarto nervio cervical que transmite los síntomas reflejos. El Dr. A. analiza después una serie de síntomas diferenciales referentes a los antecedentes, iniciación de la enfermedad, posición, aspecto del paciente, etc., y finalmente, relata la historia de varios casos clínicos en que ha tenido ocasión de estudiar y aplicar estos principios.

27 de Junio, 1924

*Presidente: Prof. Vargas Salcedo*

**Premio Clin 1921 y 1922. —** Se hace entrega del Premio Clin de los años 1921 y 1922 a los doctores Leoncio Andrade, Cristóbal Espíldora, Eduardo Bunster y Aníbal Ariztía. En esta oportunidad, el señor Presidente pronuncia un discurso poniendo en relieve las cualidades de los Laureados y

el significado de este Premio. El señor Antonio de Salazar M., hace uso de la palabra a nombre de los donantes, señor Comar & Cie., de París, y finalmente, el Dr. Andrade agradece a nombre de los Laureados, la significativa recompensa.

**Síndrome bulboprotuberancial.** — Dr. Casasbellas. Presenta una enferma con parálisis de tipo periférico del 6º al 12º nervios craneales del lado izquierdo y con parálisis del miembro inferior derecho, también de tipo periférico; además tiene esta paciente un carcinoma de ambas mamas. A primera vista parece que la etiología de los síndromas nerviosos debiera ser una doble metástasis del sistema nervioso; sin embargo, se ha podido establecer que la parálisis de los nervios craneales se debe a una meningitis posiblemente luética y la parálisis del miembro inferior derecho es causada por una metástasis del cáncer mamario o por un mal de Pott sífilítico o tuberculoso, sin que haya sido posible llegar a precisar más la etiología.

**Sobre un procedimiento personal en la aplicación de injertos muertos.** — Prof. Vargas Salcedo. — Recuerda la dificultad con que tropiezan para mantener la reducción y coaptación de los fragmentos de huesos largos que sufren fracturas transversales, especialmente el fémur, clavícula y huesos del antebrazo. Con este fin se ha ideado una serie de procedimientos de osteosíntesis, como ser placas metálicas, suturas, etc., que casi siempre fracasan. Para obviar dicho inconveniente el Prof. V. S. usa un procedimiento personal, que consiste en entablillar los huesos fracturados con piezas óseas, que son un verdadero injerto muerto. Las tablillas óseas se preparan de costillas, las cuales se parten a lo largo y se les extrae por raspaje la parte esponjosa, quedando así piezas acanaladas que se adaptan muy bien a los huesos cilíndricos. Estas placas se conservan en alcohol durante 30 a 50 días, y cuando se van a usar, se hierven.

Las tablillas óseas se aplican en número de una, dos o tres, según necesidad, y se fijan por hilos metálicos (plata, aleaciones), que se enrollan alrededor de los huesos fracturados.

Este procedimiento tiene una gran ventaja sobre los demás, y es que no produce osteitis rarefaciente, porque no se perforan los huesos fracturados para fijar las tablillas óseas.

Los resultados obtenidos por el Prof. V. S. son muy satisfactorios, por eso se atreve a recomendar el método. A este propósito, presenta dos enfermos curados por este procedimiento. El primero sufrió una fractura transversal completa de los huesos del antebrazo. Se trató colocando una espiga ósea en el cúbito y entablillando el radio con piezas óseas; el enfermo ha recobrado casi todos los movimientos, a pesar del poco tiempo que lleva en tratamiento. El segundo enfermo se fracturó el húmero y fué tratado

por entablillamiento óseo con muy buenos resultados, porque no tiene ninguna molestia.

El tratamiento post-operatorio es la mecanoterapia, que ayuda mucho la mejoría de las fracturas.

**Dr. Sievers.** Se refiere a la ventaja que hay en usar la mecanoterapia en el tratamiento post-operatorio de las fracturas, y sobre todo, a la movilización del hueso fracturado, para aumentar la rapidez de la consolidación. Cree que podría ser bueno el masaje vibratorio en el foco de fractura a través de una ventana del aparato de inmovilización (yeso, etc.).

**Dr. Alessandrini** El injerto intracanalicular está condenado, porque impide la buena formación del callo; pero, en caso de fractura del cúbito, es un mal necesario, por cuanto si se inmoviliza en otra forma, se arriesga inmovilizar el radio en malas condiciones.

**Dos casos de nefritis tóxicas.** — Dr. W. Coutts. En el primer caso se trató de un enfermo que, estando ebrio, ingiere equivocadamente dos tabletas de sublimado. En su casa le dan a beber agua jabonosa y en la Asistencia Pública se practica un lavado de estómago seguido de ingestión de carbón. En el Servicio del Prof. Moore, se comprueba que hay una ligera nefritis, ligera hiperazoemia, estado general satisfactorio; dolor al colon y deposiciones repetidas. Con el tratamiento del sangría con fleboclisis de suero glucosado, el enfermo mejora rápidamente, el riñón concentra más y la diuresis es abundante (5 litros).

Se va de alta y abandona el régimen, por lo cual comienza a notar moscas volantes, ceñalea, oliguria, etc. Ingresa nuevamente al hospital con síntomas de nefritis; rehusó la sangría. Con el régimen y tratamiento mejoró y fué dado de alta en buenas condiciones.

El segundo caso corresponde a un individuo que después de haber estado bebiendo nota un gran cansancio con malestar, por lo que toma un purgante y se hace un lavado intestinal. Como tenía una blenorragia ingiere una medicación que contenía azul de metileno. Como seguía en estado grave, se pensó que estuviera intoxicado, por lo cual fué hospitalizado.

En el Servicio se comprueba una temperatura baja, congestión de las bases pulmonares, oliguria, etc. Se practica una sangría seguida de fleboclisis de suero glucosado. El enfermo sigue agravándose, la orina contiene cilindros granulados, glóbulos blancos y rojos. Caen en coma y muere.

La investigación de Hg. en el cadáver ha sido negativa, por lo que se piensa que ha sido una intoxicación por el azul de metileno, que es congestionante renal y actuó en un riñón que tenía una nefritis crónica.

**Dr. Ibarra Loring.** Llama la atención al mecanismo de desintoxicación de estos enfermos, el que se hace por aumento del vo-

lumen urinario o por aumento de la concentración máxima. El primer enfermo mejoró porque aumentó en diuresis a cinco litros, el segundo murió en oliguria. Los intoxicados generalmente mejoran por el mecanismo del aumento del volumen, el riñón tiene comprometido su parenquima y con él su facultad primordial de concentrar. Estos enfermos, en general, quedan con lesiones renales, por lo tanto, la terapéutica debe dirigirse a aumentar la cantidad de orina.

**Dr. Lobo-Onell.** Considera que el enfermo intoxicado con sublimado presentó el minimum de lesiones, tal vez debido a que el alcohol impide la absorción del tóxico o a que éste fué neutralizado por la albúmina. En cuanto al segundo enfermo encuentra curioso que el azul de metileno haya producido una intoxicación tan profunda; tal vez esto se deba a que el enfermo estaba en una crisis de hiperazoemia.

**Hidroamnios agudos en un embarazo gemelar univitelino.** — Dr. V. M. Avilés. (Este trabajo será publicado en "La Clínica" próximamente).

**Fragilidad renal.** — Dr. I. Díaz Muñoz. Da lectura a una conferencia en que expone las ideas de Ambard y Chabanier sobre lo que estos autores llaman **fragilidad renal**.

Hay ciertos enfermos, los que presentan un estado general deficiente, en quienes la constante úreo-secretoria practicada antes de las intervenciones quirúrgicas, da una cifra normal; pero, después de ellas, se ve que la constante se eleva a 1 o más, es decir, que las funciones renales decaen. Este equilibrio funcional inestable del riñón es lo que se conoce con el nombre de **fragilidad renal**. Tiene importancia conocer si un riñón está en fragilidad funcional para poder formular un pronóstico en una intervención quirúrgica.

Con este motivo se ha tratado de verificar si un riñón está o no en estado de fragilidad, y al respecto se usa una sencilla prueba, que consiste en inyectar suero glucosado al 300 por mil; después de esto se repite la constante, y si el riñón es inestable, ésta se eleva, y si está en equilibrio estable, no varía. Según el resultado, se opera o no el enfermo. En caso de que se compruebe la fragilidad renal, basta someter a régimen al paciente para que después de algunos días la función renal se haga estable, y entonces se puede intervenir con un pronóstico mucho mejor.

**Dr. Lobo-Onell.** Se ha preocupado del estudio de la fragilidad renal y ha visto que en individuos que están algún tiempo a régimen hipoclorurado haciendo que ingieran 12-15 gramos de cloruro de sodio, se produce un descenso de la concentración máxima con hiperazoemia, y consecutivamente la constante se eleva. Esta es otra manera de estudiar la fragilidad renal, que vale la pena poner en práctica, por la facilidad con que puede ejecutarse.