

# LA CLÍNICA

REVISTA MÉDICA DE LOS HOSPITALES

APARECE EL 1.º Y 15 DE CADA MES.

EL NÚMERO, UN PESO

LAS COMUNICACIONES RELATIVAS A LA REVISTA DEBEN DIRIGIRSE AL SECRETARIO DE REDACCIÓN, DELICIAS 1626, SANTIAGO. SE RUEGA A LOS SEÑORES SUSCRITORES COMUNICAR INMEDIATAMENTE TODA IRREGULARIDAD QUE NOTEN EN EL ENVÍO DE LA REVISTA.

## COMITÉ CIENTÍFICO

SRS. PROFESORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

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

SRS. MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LOS HOSPITALES

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

Director: O. FONTECILLA

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

## Suscripciones:

PARA TODO EL PAIS

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

## SUMARIO

### Texto:

W. CODTS Y G. BRINCK — Autopioterapia y Heteropioterapia en el tratamiento de las complicaciones de la Blenorragia, p. 153.

ANÍBAL ARIZTÍA Y CARLOS GARCÉS B. — Enterocolitis, p. 153.

LEONIDAS CORONA T. — Metabolismo basal, p. 157. Cuarto Congreso Pan-Americano del Niño (conclusión), p. 159.

Sociedades Científicas: Sociedad Médica, Sociedad de Cirugía, Sociedad Chilena de Pediatría, p. 161.

Anemia de los brighticos, p. 164.

### Anexo:

Dr. RENÉ SAND. — Los Médicos y la Medicina Social, p. 181.

GALERÍA DE PROFESORES. — Dr. M. Brockmann, p. 183. Iniciativa interesante, p. 189.

El Prof. Dr. Don Luis Calvo Mackenna, p. 189.

NOTAS PRÁCTICAS. — Ozona. — Oftalmía de los recién nacidos, pág. 189.

«Crónica Médica», p. 191.

## LOS MEDICOS

Y LA

## MEDICINA SOCIAL

por el

Dr. RENÉ SAND

Los médicos como creadores de la Patología social

(Continuación)

Hace notar, también, con varios otros autores, que la talla y el peso de los niños pobres son, desde su entrada a la escuela, inferiores a los de los niños ricos y que, en cambio, tienen un desarrollo generalmente más rápido que sus compañeros acomodados. Señala, por fin, que las diferencias cons-

tatadas en Europa son notablemente superiores a aquéllas de que se hace mención en los trabajos americanos, lo que, sin duda, se explica por el hecho de que la situación de las clases inferiores en Estados Unidos, es, en general, más favorable que la situación de estas mismas clases en Europa.

Como quiera que sea, la talla media del adulto varía con las clases sociales.

Revisando los resultados anteriores y completándolo con sus investigaciones propias, Nicéforo ha señalado una inferioridad muy clara de las clases no poseedoras, en lo que concierne a la talla, al peso absoluto y relativo, al perímetro torácico, amplitud torácica, capacidad respiratoria, fuerza muscular, resistencia a la fatiga, dimensiones del cráneo, capacidad craneana, peso del cerebro.

En los grupos sociales inferiores, el desarrollo del feto es más lento, se retarda la edad de la pubertad, los cabellos blanquean



## ARTIGON

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

Medicamento sin igual para el tratamiento de la blenorragia

Vacuna antigonorreica, polivalente, nuevamente perfeccionada, de conservación ilimitada

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

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

En cualquier defecto, sírvanse avisar al representante de la

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

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

MUESTRAS GRATIS PARA MÉDICOS

más pronto, las deformaciones son más numerosas. Nicéforo divide la población en dos clases solamente: la clase acomodada y la clase pobre. Es un excelente medio de poner de manifiesto un gran contraste; pero la realidad es más compleja, y una clasificación en cinco grupos, como la que hemos propuesto, mostraría, sin duda, que los dos tipos antropológicos extremos, descritos por el sabio italiano, están ligados por transiciones continuas, y que no hay en la sociedad dos razas distintas, la raza de los pobres y la raza de los ricos, sino que grupos que se caracterizan por diferencias más o menos, en la robustez física y, como vamos a verlo, en la inteligencia.

Sir Francis Galton, fundador de la eugénica, anunció en 1883 la posibilidad de medir la inteligencia por las pruebas de laboratorio, y el estudio de este asunto fué muy pronto continuado en Estados Unidos, Alemania, Francia. No obstante, este procedimiento llegó a ser práctico solamente cuando el psicólogo francés, Binet, sustituyó a los aparatos complicados de los laboratorios, lo que se podría llamar métodos escolares, para los cuales basta un lápiz y una hoja de papel. Los primeros, por otra parte, no medían más que las reacciones motrices, sensitivas; los segundos escrutan la capacidad mental misma.

Binet creó una escala que permite medir la edad mental, a menudo diferente de la edad anatómica y fisiológica (la edad física, si se quiere), la cual no concuerda siempre con la edad cronológica, es decir, la edad del estado civil (9).

He aquí, a título de ejemplo, algunas pruebas:

**Edad mental, tres años:** mostrar la nariz, los ojos, la boca. Dar su nombre y apellido.

**Edad mental, siete años:** Descubrir lo que falta en un dibujo inconcluso.

**Edad mental, diez años:** construir en un minuto dos frases que contengan tres palabras dadas. Reproducir de memoria dos dibujos geométricos simples mostrados simultáneamente durante diez segundos solamente.

**Edad mental, catorce años:** definir tres términos abstractos (por ejemplo, bondad, justicia, caridad).

Sirviéndose de fórmulas impresas se puede examinar simultáneamente grupos enteros.

Estas pruebas miden, no la instrucción, las nociones adquiridas, sino que la inteligencia, la capacidad, la aptitud mental.

Don congénito, éste, no se modifica hasta la edad adulta, a partir de la cual comienza, generalmente, a disminuir. Un niño que a

los cinco años no responde más que a pruebas de 3 años, tendrá a los 10 años una edad mental de 6 años. Su inteligencia equivale a los 3/5 de la inteligencia media, quedará atrasado toda su vida. Asimismo, un sobrenormal permanecerá sobrenormal.

Las pruebas usuales no miden las calidades mentales especiales; por ejemplo, la de los músicos, pintores, los prodigios de la mecánica, del cálculo mental o del juego de ajedrez. Pues, parece averiguado que los grandes artistas poseen a la vez dones especiales y una inteligencia superior. Como decía el filósofo inglés Johnson, si Newton se hubiera dedicado a las letras, habría sido un gran poeta lírico.

El método de pruebas ha sido objeto de numerosas críticas; algunas, tal vez, justificadas. Es posible que a partir de 15 años, las pruebas midan más la instrucción que la inteligencia innata; ellas podrían no ser, para los adolescentes y los adultos, más que una forma de examen escolar, más precisa y más rápida. Como quiera que sea, los resultados obtenidos son sorprendentes por su exactitud.

Ya sea que se trate del diagnóstico de atraso mental, de clasificación de candidatos en un concurso, de la investigación de las aptitudes para una profesión, se obtiene en algunos instantes, por medio de estas pruebas, indicaciones que la observación posterior confirma casi siempre. La medida de la inteligencia está encontrada.

Su campo de aplicación es tan variado co-

(9) Binet. Les idées modernes sur les enfants. Bibliothèque de philosophie scientifique. Paris. Flammarion 1910.

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

# MENOVARINE

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

4 DRAGEAS POR DÍA

Laboratorios MONDOLAN — 11 Place des Vosges — París

Concesionario único para Chile: J. B. DIDIER

CASILLA 61 — TELÉFONO 3018 — SANTIAGO

PIDA  
AGUA OXIGENADA  
"MERCK"

DOBLE

1 frasco de éste vale por 2 de las otras Aguas Oxigenadas del Comercio.



FÓRMULA:

Formaldehido en solución 7%  
Jabón potásico  
Alcohol  
Esencias

## GALERÍA DE PROFESORES

mo extenso. Pero su empleo más interesante, desde el punto de vista de la psicología social, es el examen practicado de Septiembre de 1917 a Enero de 1919, por el método de pruebas de grupo, de 1.727.000 soldados (14% de negros) y de 42.000 oficiales del ejército americano. Este inmenso trabajo, inspirado y dirigido por un psicólogo y un estadístico de primera clase, constituye una investigación social de una magnitud y alcance únicos.

Se advirtió desde luego, que el 25,3% de los reclutas eran incapaces de leer o de comprender los diarios y de escribir a sus familias. También se tuvo recurso para ellos, como para los soldados poco familiarizados con el inglés en pruebas especiales.

En total, los reclutas se dividieron como sigue:

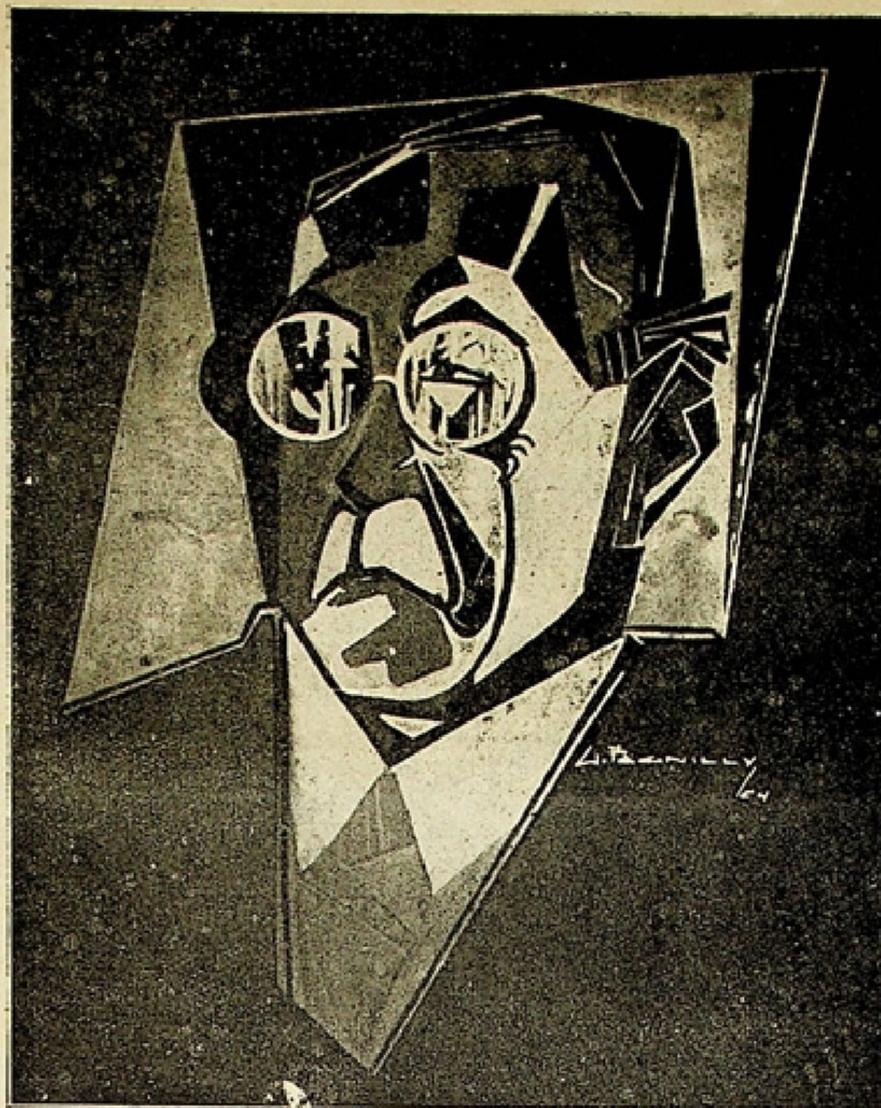
**Inteligencia muy superior:** edad mental 18 años o más, 4,04%.

**Inteligencia superior:** edad mental 16,5 a 17,9 años, 7,90%.

**Inteligencia más del término medio:** edad mental 15 a 16,4 años, 14,93%.

**Inteligencia media:** edad mental 13 a 14,9 años, 25,39%.

**Inteligencia mediocre:** edad mental 11 a 12,9 años, 25,40%.



**DR. M. BROCKMANN**  
Profesor de Clínica Médica.

**Inteligencia inferior:** edad mental 9,5 a 10,9 años, 20,66%.

**Inteligencia muy inferior:** edad mental menos de 9,5 años, 1,68%.

Por otra parte, se anotó la edad mental por profesiones y se vió que los grupos de inteligencia muy superior y superior eran formados, sobre todo, por hombres pertenecientes a las profesiones liberales; el grupo de inteligencia sobre término medio, por empleados, técnicos, contra maestros; el grupo de inteligencia media, por obreros de primera clase; y el grupo de inteligencia inferior al término medio, por obreros inferiores.

Indudablemente, había excepciones y transiciones. Se encontró en las profesiones liberales individuos que poseían apenas una inteligencia sobre el término medio y viceversa. Pero de una manera general, la clasificación profesional corresponde a la clasificación intelectual.

Así, pues, la profesión es uno de los elementos fundamentales de la distribución de la población en clases sociales. Podemos, pues, atenernos a encontrar cierta concordancia entre las clases intelectuales y las clases sociales. Comparemos estos dos cuadros:

## VACUNAS ATOXICAS ESTABILIZADAS

**Neo - DMEGON**

VACUNA ANTI-GONOCÓCICA CURATIVA

TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA Y SUS COMPLICACIONES

**Neo - DMESTA**

VACUNA ANTI-ESTAFILOCÓCICA CURATIVA

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

**Neo - DMETYS**VACUNA PREVENTIVA Y CURATIVA  
DE LA TOS CONVULSIVA

SE EMPLEAN EN INYECCIONES INTRAMUSCULARES O SUBCUTÁNEAS

Les Etablissements POULENC Frères Paris

AGENTE PARA CHILE:

**J. B. DIDIER**

SANTIAGO

CASILLA 61

SAN PABLO 1340

TELÉFONO 3018

**REUMATICOS**

Usad

**SALISOL**LAS MEJORES INYECCIONES PARA SANAR RÁPIDAMENTE  
ADEMÁS SE USAN CON ESPLÉNDIDOS RESULTADOS  
EN LAS AFECCIONES DEL HÍGADO

Dosis de 2 a 5 cmts. cúbicos

**HEMOPTOL**

(Sales de Calcio y Suprarrerrina)

INYECCIÓN CONTRA LAS HEMORRAGIAS, HEMOPTISIS, DIARRREAS, DE LOS TUBERCULOSOS Y ENFERMEDADES DE LA PIEL. DESCONGESTIONA EL RIÑÓN Y EL PULMÓN.

Dosis 1 ampolleta diaria

¿Es Ud. débil? USE LAS INYECCIONES DE

**Suero Fortificante A y B**

Niños letra A—Adultos letra B

DEL

**Laboratorio Internacional**

# Servicios de Agua caliente y de Calefacción Central

Con elementos modernos de la más alta calidad y procedencia

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

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

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



Solicítenos informes y pormenores en nuestro Depto. Sanitario

## MORRISON & Co. - SANTIAGO

ESPECIALISTAS EN ESTOS SERVICIOS

### BEHRING - WERKE

MARBURG. (Alemania)

SUEROS y VACUNAS - TUBERCULINAS

PREPARADOS BAJO EL CONTROL DEL ESTADO ALEMÁN

GONOVACCIN A y B (polivalente)

**YATREN:**

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

YATREN - CASEINA (débil y fuerte)

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

ESTAPHYLO-YATREN — ESTREPTO-YATREN

Acaban de llegar:

**NEURO-YATREN:**

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

**TRICHO-YATREN:**

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

**OZAENASÁN**

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

J. A. NOCK SANTIAGO - Casilla 1648.  
Huérfanos 1059

BALTZ, OETJEN y Cía VALPARAISO  
Casilla 1451

(PARA LAS PROVINCIAS)

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



Palidez, Anemia, Nerviosidad

## HIERRO-BROMINA

(M. C. R.)

(Grajeas de Sesquibromuro de Hierro)

Laboratorio Chile  
SANTIAGO

Avenida Ecuador 3555



# YODONOIDE

Combinación enteramente fija de iodo y peptona.

Reemplaza el iodo y los ioduros en todas sus aplicaciones, sin peligro de iodismo.

Enérgico vaso dilatador, activa la nutrición y los cambios del organismo y facilita la eliminación de los residuos.

El **Yodonoide** se recomienda para la artorio-esclerosis, angina de pecho, enfermedades del corazón y de los vasos, asma y enfisema, nefritis intersticial, cirrosis hepática, obesidad, paperas y afecciones glandulares, raquitismo y escrófulas de los niños, reumatismo y gota crónica, bronquitis subaguda y crónica, sífilis y como tónico y fortificante para los linfáticos.

MUESTRA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MÉDICOS

PREPARADO ÚNICAMENTE POR EL

Laboratorio



FRANCIA

Avenida Vicuña

Mackenna 1381

SANTIAGO

# EL CEREBRO

y derivaciones ramificadas que se nombran

## SISTEMA NERVIOSO

ejercen la acción directiva de las funciones viscerales del organismo, la que al ser perturbada por una causa cualquiera, se manifiesta como afecciones patológicas de los más variados caracteres.

Más que a remediar síntomas, las orientaciones de la medicina moderna se esfuerzan por mejorar la acción funcional del sistema o la de las vísceras afectadas, mediante una eficaz y acertada disposición.

Esta intensificación de las facultades fisio-directivas nerviosas se han demostrado ser subordinadas a la acción del iodo fisiológico de la especialísima condición del

## Cinetgenol

por lo que éste se comporta como único y seguro recurso contra:

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

LABORATORIO CORTÉS — Santiago-Chile — Casilla 3989

# PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUCION ORGÁNICA  
DE HIERRO Y MANGANESO  
ENTERAMENTE ASIMILABLES

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

NO PRODUCE ESTREÑIMIENTO

Tónico poderoso, reconstituyente enérgico

**ANEMIA — CLOROSIS  
DEBILIDAD  
CONVALECENCIA**

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

DOSIS COTIDIANAS:

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

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

# Sueros :- Vacunas

del Instituto Imuno-Terapéutico

L. W. GANS A.-G. — FRANKFURT-OBERURSEL

**Suero antidiftérico curativo, extra concentrado**

muy activo: cada 1 cc = 500 unidades tóxicas. Controlado por el Gobierno alemán

## Sueros

- antimeningocócico
- antigangrenoso
- antiparásfíco polivalente
- contra erisipela (centuplo)
- contra disentería polivalente
- anti-estafilocócico
- anti-tetánico
- anti-carbunculoso
- anti-estreptocócico, polivalente
- anti-neumocócico

Sueros contra la enfermedad de Weil (Ictericia) según Ulentuth

**Tuberkulina Koch antigua y nueva**

Sueros precipitantes y aglutinantes

Concesionario: R. P. HÄNEL

SANTIAGO - Casilla 185 - Bandera 540

ham, distrito (Borough), habitado por una población acomodada, la mortalidad era de 10,4 por mil en el período de 1909-1913; y en Shoreditch, distrito pobre, ella era de 19,2 por mil.

Estas cifras nos dan una indicación preciosa, aunque no expresan, sin embargo, la mortalidad real de los pobres y la de los ricos, pues cada distrito contiene una mezcla, en proporciones desiguales, de todas las condiciones sociales.

Se puede acercarse a la verdad, considerando la mortalidad en los diversos barrios de un mismo distrito, siendo cada barrio un punto de vista social más homogéneo que el conjunto del distrito. Es así que en 1906, en Finsbury, un distrito de Londres, el barrio más favorecido, teníamos una mortalidad de 8 por mil.

Se puede, en fin, y es el método más exacto, hacer un censo social de la mortalidad. En este mismo barrio de Finsbury, se encontró, siempre en 1906, una mortalidad de 6,4 por mil entre las familias que habitaban una casa de cuatro piezas a lo menos; una mortalidad de 39 por mil entre las familias que habitaban una casa de una sola pieza.

La mortalidad de recién nacidos varía poco de un barrio a otro. En París, Hersch ha encontrado cifras que van de 7,0 a 9,8. Es notoriamente más elevada en los distritos industriales.

La mortalidad infantil, por el contrario, es mayor todavía que la mortalidad gene-

ral, sometida a la acción de los factores sociales.

Hersch constata una mortalidad de 45 por mil nacimientos en el 8º distrito y de 163 en el 20º. Las encuestas de la oficina americana de protección a la infancia, proporciona cifras variables, para los niños alimentados artificialmente, entre 27-310 defunciones por mil nacimientos, según la condición social de los padres. La pobreza puede, pues, más que decuplicar la mortalidad infantil.

La mortalidad por enfermedades contagiosas acusa también diferencias elevadas. La mortalidad debida a la tuberculosis es seis veces menos elevada en el 8º distrito de París que en el 20º; y estas cifras coinciden con las que han sido publicadas en los otros países.

En suma, la casi totalidad de las enfermedades mortales se hace sentir más pesadamente en las clases populares, con pocas excepciones, entre las cuales figuran la gota y el cáncer.

En cuanto se refiere a la morbilidad, encontramos las mismas diferencias. Las enfermedades contagiosas, y principalmente las venéreas, así como el alcoholismo, están mucho más repartidas en las masas populares.

Hemos considerado hasta aquí la influencia de los factores sociales sobre la frecuencia de las afecciones mórbidas.

Su acción sobre el origen, el desarrollo e incidencia de las enfermedades, es evidente

cuando se trata, por ejemplo, de una anemia debida a insuficiencia de la alimentación, del raquitismo favorecido por la ausencia de luz solar, o de afecciones profesionales.

Hemos llegado al término de un largo análisis que resume medio siglo de investigaciones.

Vemos, así, la demostración científica de lo que nos enseña la vida diaria, a saber: la desigualdad de las clases sociales, desde el punto de vista físico y mental, y la influencia profunda de los factores sociales sobre la salud.

¿Son éstas, constataciones desalentadoras? De ningún modo; puesto que nos muestran la perspectiva de un progreso social casi ilimitado. ¿Son ellas contrarias a la orientación de las naciones contemporáneas? Absolutamente, no. Democracia no quiere decir nivelación de los mejores a la altura de los menos buenos. Democracia quiere decir supresión de las barreras artificiales, a fin de que la verdadera selección, la selección de la inteligencia y del carácter, pueda ejercer, sin inconvenientes, pero sin egoísmo, su influencia directiva. Democracia quiere decir participación de todos en lo que es el interés de todos, el mejoramiento de las condiciones de existencia.

El progreso está dirigido por una minoría; pero no puede realizarse más que por un esfuerzo general.

Las naciones, en sus comienzos, como los hombres en su infancia, necesitan de una

## CANADRAS

(Grajeas "Bayer" de Hidrastina)

### Clorometilato de la metilendioximetildihidroisoquinolina

Excelente remedio vascular y hemostático uterino, en grajeas plateadas, muy superior a los extractos fluidos de hidrastis canadensis.

Su contenido en principio activo es siempre fijo; no produce efectos secundarios.

#### INDICACIONES:

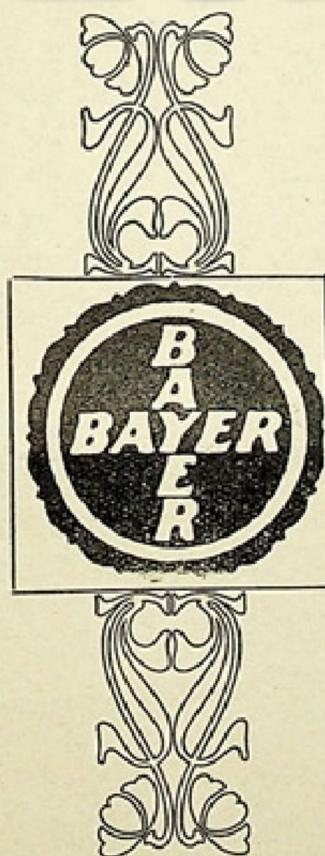
Hemorragias de la endometritis, hemorragias atónicas del útero, y de la menopausia, miomatosis, hematemesis, epistaxis y sudores nocturnos.

#### PRESCRIBANSE:

Grajeas "Bayer" de Canadrast.  
Ampollas "Bayer" de Hidrastina.  
Liquidrast "Bayer".

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

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



## TENOSINA

### b. Imidazoliletamina p. Oxifeniletamina

en las proporciones más favorables.

#### NUEVO SUSTITUTO DEL CORNEZUELO

Líquido esterilizado, cristalino, que no contiene más que sustancias químicas puras.

Sus dos componentes se completan mutuamente en su acción y en sus efectos son constantes, a diferencia de lo que ocurre con las preparaciones galénicas del cornezuelo.

INDICACIONES: Hemorragias postpartum y puerperales, hemorragias atónicas, etc.

#### PRESCRIBANSE:

Ampollas "Bayer" de Tenosina  
(Embalaje original de 10 × 1,2 cm<sup>3</sup>).

Tabletas "Bayer" de Tenosina  
(frascos de 20 tabletas).

Tenosina líquida (frascos de 10 de ccm).

EL PROFESOR

**M A R F A N**

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

**G O T A S D I X I L E R O Y**

**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**

**Médicos, Dentistas, Farmacéuticos, Estudiantes, etc., etc.**

Les interesa conocer la guía médica de consulta más moderna, recién editada bajo la dirección del eminente dermatólogo Sir Malcolm Morris y de los doctores Federico Langmead, profesor de la Universidad de Londres; y Gordon M. Holmes, de la Facultad de Dublín, colaborando, además otros 126 especialistas que son una autoridad en el asunto que tratan en el

**DICCIONARIO DE MEDICINA PRÁCTICA**

Esta obra expone en forma enteramente científica y práctica los grandes conocimientos de la ciencia médica adoptando los métodos más modernos, especialmente los que se experimentaron y emplearon en la gran guerra recién pasada, en la cual participaron como médicos-cirujanos en el Ejército y Armada de Inglaterra, la mayoría de sus redactores y colaboradores.

**No debe haber Clínica ni Consultorio que no se encuentre documentado con este instructivo y moderno Diccionario Médico**

Los libros están regiamente editados y encuadernados, con más de 2.000 páginas ilustradas con multitud de láminas y fotogra-  
bados a una sola tinta y en colores. Representan un valor muy superior a su costo y son para su poseedor una de las adquisiciones de  
libros más útiles, prácticos y valiosos que puede proporcionarse en esta materia y con facilidades de pago.

**Cómo juzga esta obra el Prof. Doctor E. Prado Tagle**  
Presidente de la Sociedad Médica

«Santiago, 2 de Agosto de 1924.—Señor Gerente de The University Society Inc.—Presente.  
Muy señor mío:

En contestación a su atenta del 18 de Julio, me es muy grato expresarle que el «Diccionario de Medicina Práctica» editado por la Casa que usted representa, es una obra de consulta y de orientación científica moderna, de gran utilidad para el profesional.

En ella han colaborado más de cien distinguidos profesionales ingleses bajo la dirección de Sir. M. Morris y de los Profesores doctores Langmead, de Londres, y G. M. Holmes, de Dublin, y han resumido en sus capítulos lo que es hoy adquisición definitiva en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de todas las afecciones médicas, incluyendo las especialidades de Ginecología, Oftalmología, Vías Urinarias, Psiquiatría, etc.

Encontrará en ella el lector las ideas más recientes de fisiopatología, que han revolucionado muchos capítulos de etiología y de terapéutica (acción de los coloides, vitaminas, vacunoterapia, proteínoterapia, etc.), y métodos de investigación clínica de gran valor.

Me resta sólo felicitar a los iniciadores de esta obra y a los catedráticos de Barcelona y Zaragoza, doctores Bellido y Pi y Suñer por la traducción de este texto, que beneficia a los médicos de habla castellana.

Soy de usted Atto. y S. S.—(Firmado).—Doctor E. PRADO TAGLE».

The University Society Inc., únicos concesionarios para la venta en la América Latina, la ofrece a los señores doctores, dentistas, farmacéuticos y estudiantes de estas profesiones, con grandes facilidades de pago, en pequeñas cuotas mensuales de \$ 20.00 cada una, entregando de inmediato toda la obra al percibir la cuota inicial.

Pida datos y prospectos gratis hoy mismo, sin falta.

A THE UNIVERSITY SOCIETY INC.  
Bolsa de Comercio Of. 219-220  
SANTIAGO—Casilla 3157

Sírvase enviarme datos y prospectos gratis de su obra «Diccionario de Medicina Práctica».

NOMBRE..... APELLIDO.....  
CALLE..... CIUDAD.....

tutela. Debido a que ésta es el único régimen educador, es decir, constructor, la democracia ha hecho — ved el mundo de hoy día — las naciones más fuertes, más ricas, más intelectuales, más progresistas; y las naciones democráticas que marchan a la cabeza en el cortejo de la humanidad, todas han bebido en la copa de la medicina social, el elemento más poderoso del progreso social.

## INICIATIVA INTERESANTE

**Proyecto de organización de una nueva Sociedad Médica formada por los médicos de toda la República**

A iniciativa del Directorio de la Sociedad Médica se estudia actualmente la organización de una nueva asociación, de la que formarían parte los médicos de todo el país, y entrando en ella todas las sociedades de las diferentes ramas de la Medicina, que hay formadas ahora y que se formen más adelante.

Las causas que han movido al Directorio de la Sociedad Médica a proponer este proyecto, y la acción que desarrollaría este nuevo organismo, quedan explicadas, en rasgos generales, en la comunicación que este Directorio ha dirigido al Cuerpo Médico, invitándolo a cambiar ideas sobre este punto y que copiamos a continuación:

“Estimado colega:

Tenemos el honor de invitar a Ud. a una reunión que tendrá lugar en el local de la Sociedad Médica el Viernes 19 del presente mes.

Esta reunión tendrá por objeto someter a la consideración de los socios y de los médicos del país, los estatutos de una gran asociación que formaría el Cuerpo Médico de la República.

Esta Sociedad tendrá por objeto el estudio de las ciencias médicas y afines, la solidificación de los médicos del país, la vigorización de sus influencias dentro de la colectividad, la mutua cooperación de sus asociados y la defensa de sus intereses.

Su acción social se extenderá a todo el territorio de la República y hará suyas las aspiraciones del Cuerpo Médico en el orden científico y social. Fundará una cooperativa. Mantendrá un club social. Formará un fondo de invalidez y establecerá una cuota mortuoria.

El actual Directorio de la Sociedad Médica cree así interpretar los anhelos del Cuerpo Médico y satisfacer una necesidad impostergable, cual es, la unión de los médicos en una gran asociación que refleje la verdadera importancia que tiene dentro de la colectividad.

Rogamos a Ud., estimado colega, se sirva prestar su valioso concurso, concurriendo a esta reunión, o en su defecto, emitiendo a la brevedad posible su opinión por carta con respecto a este proyecto que aquí dejamos enunciado.

Saludan a Ud. atte. Ss. Ss.—Ernesto Prado Tagle, Presidente.—Víctor Gacitúa, Secretario”.

En la sección correspondiente a la Sociedad Médica se dan más detalles respecto de este importante proyecto.

**EL PROF. DR. DON LUIS CALVO MACKENNA**

Después de recorrer las principales Clínicas europeas, ha regresado al país el Profesor Extraordinario de Pediatría, Dr. don Luis Calvo Mackenna, miembro del Comité Científico de esta revista.

Como ya hemos dado cuenta, entre otras distinciones que recibió durante su viaje, el Prof. Calvo fué nombrado Miembro Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Madrid.

## NOTAS PRACTICAS

### OZENA

#### Tratamiento

Se han hecho importantes trabajos para llegar a implantar nuevos tratamientos de la ozena, particularmente el tratamiento quirúrgico y la vacunoterapia.

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

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

### ALIVAL

#### YODO ORGÁNICO

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

Envases de origen:

Tubos de 10 y 20 Tabletas a 0,3 g.  
Cajas de 5 y 10 Amp. a 1 g. Alival

### ANESTESINA

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

Dosis:

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

Sólo servimos la Anestésina pura (en polvo)

### SABROMINA

#### BROMO ORGÁNICO

insípido.

De tolerancia perfecta y acción eficaz  
Antiespasmódico y sedante.

Envase de origen:

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

2 tabletas de 2 a 4 veces al día.

# Gardán

PODEROSO

**Antipirético  
Antirreumático  
Analgético**

Indicaciones:

Dolores de todas clases, poliartritis, neuralgia, reumatismo, lumbago, ciática, fiebres infecciosas, dolor de cabeza, desarreglos menstruales.

Dosificación:

0,25 a 0,50 gr. 3 o 4 veces al día.

Envase de origen:

Tabletas de Gardán: tubitos con 10 tabletas de 0,50 gr.  
cada una.

Literatura y muestras a disposición  
de los señores médicos.

### HIPOFISINA

acreditado

#### Tónico uterino

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

Envases de origen:

Cajitas con 3, 5 y 10 ampollas de 0,5 y 1 cm<sup>3</sup>. Frascos de 10 cm<sup>3</sup>.

### PERLAS DE VALIL

#### Remedio calmante

Sedante eficaz de acción constante, nervino y analéptico.

Envase de origen:

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

### TUMENOL

#### Preparado de Brea

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

Dosis:

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

A. Vacunoterapia. Los autores que creen en la especificidad del germen de la ozena, han optado por aislarlo y obtener así una vacuna específica. Esta obtención es, por lo demás, difícil; pues no es fácil de aislar, por medio de cultivos, el cocobacilo de Pérez, cuyas frágiles culturas son destruidas por aquéllas de Friedlander Lewenberg, que son más exuberantes. Para aislarlo, es preciso inyectar el caldo sembrado con las secreciones nasales del ozenoso, en la vena marginal del conejo, después se parte para preparar la vacuna del cocobacilo encontrado en estado de pureza en el corazón y la nariz del conejo.

Varias tentativas de vacunoterapia específica han sido hechas con otros gérmenes, aparte del cocobacilo de Pérez. Malherbe y Dujardin-Beaumetz han encontrado en costas de ozena gran cantidad de un bacilo difterimorfo, ya señalados por Belfanti y Della Vedova. Ellos han preparado con este bacilo una vacuna con la cual han obtenido curaciones rápidas en las formas benignas y más lentas en las formas antiguas e inveteradas.

El laboratorio muestra, además, que cualquiera que sea el agente causal, la ozena en su período de estado, es siempre polimicrobiana; de ahí la idea de una vacunoterapia mixta en la que estarían representados todos los gérmenes constatados en las fosas nasales de los enfermos.

B. Como tratamiento paliativo, los recubrimientos o enlucidos con soluciones azu-

caradas han sido muy recomendadas por los autores italianos y en Francia por Tarneaud.

Este tratamiento exige: 1º el empleo de una solución azucarada de concentración máxima, y 2º la aplicación en todos los puntos enfermos de la pituitaria.

Particularmente son recomendables dos soluciones:

1º solución concentrada (Debiendo entibiarse antes de emplearla):

Miel blanca . . . . .	80 grs.
Glicerina . . . . .	8 „
Alcohol de 60º . . . . .	2 „
Agua destilada . . . . .	4 „
Esencia de espliego . . . . .	2 gotas

Esta solución, de consistencia pesada, se vierte en cada ventana de la nariz con una cucharita para café.

2º solución, para pulverizaciones (Haciendo dos pulverizaciones por día):

Miel . . . . .	50 grs.
Glicerina . . . . .	2 „
Alcohol de 60º . . . . .	12 „
Agua destilada . . . . .	13 „
Esencia de espliego . . . . .	2 gotas

C. Tratamiento quirúrgico. La idea de un tratamiento quirúrgico de la ozena es ya antigua. Pero en una época en que la ozena verdadera era confundida con las lesiones osteísticas de las fosas nasales, se había sobre todo ensayado los raspajes y sondajes que, evidentemente, deben rechazarse.

Un tratamiento verdaderamente quirúrgico ha sido propuesto en estos últimos años por Lautenschlager, Wittmack y Hallé. Estas intervenciones han sido practicadas por diversos autores, Hicquet, Cusi Vidal, quienes han presentado sus resultados en el Congreso de Otología de Julio de 1922.

La operación consiste en remover la pared externa de la fosa nasal y llevarla en masa hacia adentro. La fosa nasal se encuentra así reducida, estrechada y la fetidez desaparecería.

Le Mée.

**OFTALMIA DE LOS RECIÉN NACIDOS**

(Profilaxia)

Jacqueau (Journ. de Méd. de Lyon), es categórico sobre la supresión del nitrato de plata en el tratamiento clásico al 1/50 (Cré-

**NO DUDE**



**Averigüe la fórmula.**

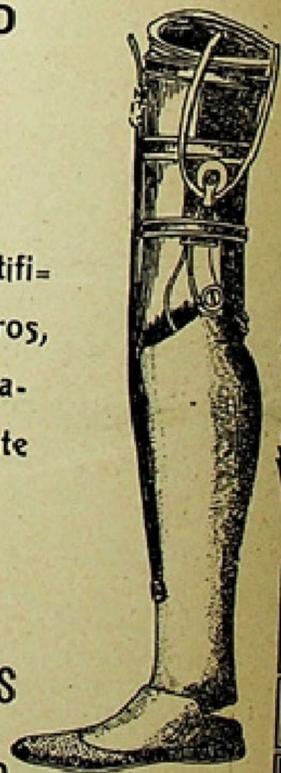
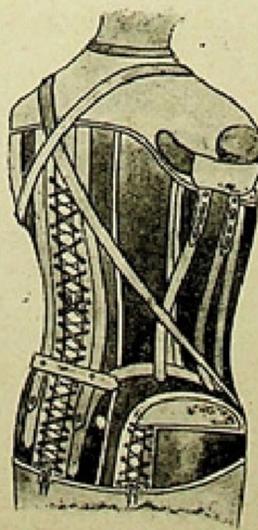
**INSTITUTO ORTOPÉDICO ALEMÁN**

San Antonio 546-548 — Casilla 3494

SANTIAGO

**PRÓTESIS**

Manos, Brazos, Piernas, Pies artificiales, Corsées ortopédicas, Bragueros, Fajas y todo trabajo concerniente al ramo.



Especialistas en aparatos Ortopédicos de corrección.

dé), que considera puede ser muy peligroso como tratamiento profiláctico; los parteros disminuyen la dosis y emplean soluciones al 1|100 y aún al 1|150. Esta última solución puede, por lo demás, ser utilizada sin inconvenientes (Charité de Lyon) y es recomendable. Pero, aun en esta forma, traerá una reacción argéntica, reacción casi igual a aquélla del protargol al 1|6, el cual aconseja de preferencia. Pues, en los dos casos se tendrá una reacción, pero con el protargol serán menos las probabilidades de lesionar el epitelio corneano, y la seguridad, igual. Si, a pesar de todo, la oftalmia se declara, el protargol continuado al 1|4 será siempre conveniente.

Pero, ¿por qué imponer sistemáticamente esta conjuntivitis artificial a los recién nacidos? Eso se concibe por la necesidad en un hospital, pero en la práctica corriente, salvo indicaciones especiales del médico que atiende, es suficiente un lavado con agua hervida tibia y jugo de limón, que se ha hecho clásico, desde que Pinard ha preconizado su empleo.

Jugo de limón, pues, para los casos en que no haya infección, y protargol al 1|6 en los otros casos, entreabriendo ligeramente los párpados durante 5 a 10 segundos, de manera que penetre tan sólo lo suficiente.

M. Ségard y G. Siguret.

### “CRÓNICA MÉDICA”

Tenemos en nuestro poder el N.º 2 de esta importante revista publicada por la Sociedad Médica de Concepción, y de la cual nos hemos ocupado ya con ocasión de su primer número aparecido.

El sumario de este número, en el cual notamos temas de bastante interés, es el siguiente:

El Ministerio de Sanidad.

Contribución al estudio histiofisiológico de los llamados Fenómenos de Rejuvenecimiento, por el Dr. O. Wilhelm G.

Imperforación del Ano con Fístula Vésico-Rectal, por el Dr. Guillermo Otto.

Absceso del Bazo, por el Dr. Enrique González Pastor.

Afecciones Sudoríparas Hiperhidrosis, por el Dr. N. Durán A.

Seguro obligatorio de enfermedades e in-

validez, por el Dr. Exequiel González Cortés.

Quiste Hidatídico, por el Dr. Ernesto Fischer Klein.

Apuntes y estudios sobre cirugía de los huesos, por el Dr. Ricardo 2º Burmeister.

Biografía del Dr. Augusto Orrego Luco, por el Dr. Carlos Charlín Correa.

Discurso del Dr. Augusto Orrego Luco. Necrología, Dr. Carlos Pincheira T

Sociedad Médica de Concepción. — Sesión del 5 de Agosto. — Absceso del Bazo. — Resultado operatorio y post-operatorio. — Adherencias del estómago. Dificultades diagnósticas. Resultado operatorio. — Un caso de Corea. Tratamiento proteínoterápico. — Sarcoma de la conjuntiva. Tratamiento radioterápico.

Sesión del 19 de Agosto. — Imperforación del ano con fístula vésico-rectal. Exito operatorio; formación de un nuevo esfínter anal. — La Crónica Médica. — Reforma de estatutos.

Sesión del 2 de Septiembre. — Nefrectomía por tuberculosis, resultado operatorio. — Corea esencial. Resultado obtenido con las inyecciones de leche esterilizada. — Un caso de Psoriasis grave, tratamientos generales de esta afección, tratamiento radioterápico, dificultades y éxitos que presenta. — rápico, dificultades y éxitos que presenta.

Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias.

Album Médico.

Las colaboraciones deben dirigirse al Secretario General de la Redacción

Delicias 1626, Santiago

Copiado de la obra:

### INSOMNIO NERVIOSO Y SU TRATAMIENTO

Por el Dr. Traugott, de Breslau.

«El Bromural — junto con otros medicamentos — ocupa un lugar intermedio entre los somníferos indirectos (los sedativos) y los directos (los hipnóticos). Son ya en tan gran número los artículos encomiásticos que se han publicado sobre dicho preparado, que puede sin limitación alguna recomendarse al médico práctico, tanto por lo que atañe a su seguridad e inocuidad, como por su eficacia sedativa e hipnótica. El bromural parece estar además especialmente indicado para usos pediátricos. La mejor forma de usarlo es en la de tabletas, las cuales se disuelven en agua con suma facilidad. Como cantidad de la dosis se recomienda para los adultos la de 60 cg., para los niños mayores la de 30 cg. y para los más pequeños la de 10 cg.»

Tabletas **BROMURAL** “KNOLL” 0.30

Tubos de 10 tabletas.

Tubos de 20 tabletas.

PIDA UD. LITERATURA A

**Lobenstein y Schalscha**

Casilla 3718 — SANTIAGO — Teléfono Inglés 1225

**E. MERCK, DARMSTADT**

El Novarial y el Ferrovarial dan resultados terapéuticos por lo menos equivalentes, sino frecuentemente mejores que los demás preparados ováricos, sobre los cuales presentan ventajas importantes.

**NOVARIAL**

Preparado orgánico para la ovarioterapia, fabricado según consideraciones nuevas.

Tabletas de Novarial.

Frasco de origen de 50 tabletas.

**FERROVARIAL**

Literatura a disposición de los Sres. Médicos donde los Agentes

**Lobenstein y Schalscha**

SANTIAGO

Casilla 3718 — Tel. Inglés 1225

Tabletas de Ferrovarial

Frasco de origen de 50 tabletas.

# Productos Serono

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MUESTRAS Y BIBLIOGRAFÍA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS

Dirigirse a:

**Hijos de Atilio Massone**

Casilla Correo 3584. = SANTIAGO = Calle Claras 205

## ANIMASA

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

### ARTERIO - ESCLEROSIS

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

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

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

LITERATURA GRATUITA

### ORGANOTERAPIA

BROWN - SEQUARD, Prof. ZUNTZ: Prof. POEHL

FABRICANTES:

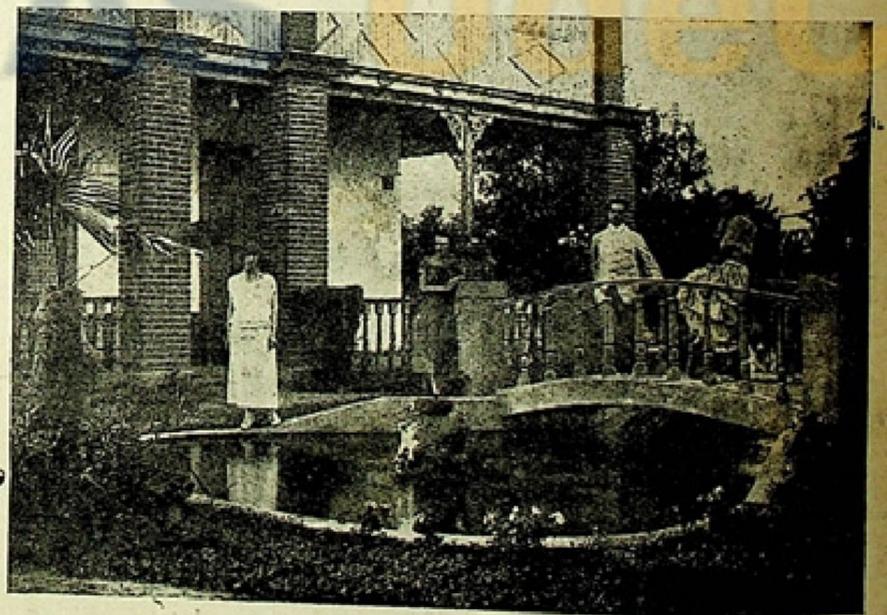
Organoterapeutische Werke

NEUENKIRCHEN en Oldenburg  
(Alemania)

Introducción y Concesionario  
exclusivo para Chile:

L. ARENSBURG - Santiago

CASILLA 3699



## 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.

CLÍNICA DE VÍAS URINARIAS DEL PROF. E. MOORE

# Autopioterapia y Heteropioterapia en el tratamiento de las complicaciones de la Blenorragia (1)

por W. CODTS y G. BRINCK  
Médico del servicio (Interno)

El empleo de las secreciones patológicas, tiene y ha tenido en medicina popular un gran empleo. La medicina oficial le ha dado un uso más restringido. Varias razones, sin embargo, apoyan el uso de tales secreciones.

Si la vacunación es un fenómeno específico, su eficacia estará ligada a la conservación por parte del germen que la provoca, de sus cualidades específicas originales.

Queremos decir, que aquél microbio que conserve intactas sus cualidades de virulencia, morfología, etc., será el que mejor inmunice contra la enfermedad que él mismo provoca. No es esto, precisamente, lo que ocurre con las vacunas ordinariamente empleadas, en que una serie de procedimientos (estimados como indispensables) quitan al germen sus cualidades originales.

Por otra parte, la inmunidad es estimada hoy como un fenómeno local, que por una difusión secundaria, asegura la inmunidad de todo el organismo. Con las nuevas doctrinas, cabe pensar que no todo el organismo, en el curso de la enfermedad, se defiende de igual modo. Que mientras algunos tejidos trabajan activamente, otros desfallecen o permanecen indiferentes. Estos últimos pueden ser excitados artificialmente (vacunación local) para que concurran a la defensa en sustitución de los que fallan. Pero en lugar de emplear microbios muertos o alterados probablemente en sus cualidades esenciales, nos parece más lógico el empleo de microbios que conserven su virulencia.

Fundados en estos raciocinios, hemos pensado en el uso del pus como agente terapéutico. Comprendemos que semejantes razonamientos no están exentos de reproches. Los hechos, sin embargo, parecen confirmarlos.

En todo caso, pueden los fundamentos teóricos ser falsos, y los resultados prácticos excelentes (Vohlard).

## Técnica

Hemos empleado dos procedimientos, la inyección intradérmica y la escarificación.

(1) Comunicaciones a las reuniones Urología en el Hospital San Vicente en el mes de Agosto y Octubre respectivamente.

La inyección intradérmica de pus gonocócico es perfectamente inocua; tiene, sin embargo, algunos inconvenientes (viscosidad excesiva del pus que impide la inyección). El pus lo tomábamos de la uretra directamente, previa limpieza del meato y descartando, como se comprende, la existencia de un chancro. La existencia de estrepto o estafilococo la considerábamos como una contraindicación.

Luego recurrimos a la escarificación con pus (tal cual se usa hoy día en la vacunación local) con ayuda de una lanceta ordinaria.

No es imprescindible que el pus pertenezca a la misma persona, puede obtenerse de otra (auto y heteropioterapia) con las precauciones enunciadas.

## Efectos consecutivos

**Locales.** Localmente no se produce sino una simple reacción traumática de la piel; nunca hemos observado supuración.

**Generales.** Por sí misma la escarificación, lo repetimos, es perfectamente inocua; nunca hemos observado malestar, escalofríos, alzas térmicas, etc., etc.

Sobre la sintomatología, el efecto es evidente. Así, sobre la fiebre ejerce una acción manifiesta: se produce un descenso en lisis, más rara vez una verdadera crisis térmica. Es uno de los efectos más claros.

Sobre el elemento dolor, muchas veces hemos observado una acción rápida, por ejemplo, en las orquiepididimitis, en que hemos observado (en casos excepcionales, cierto) la desaparición del dolor en dos horas. Otro tanto podemos decir del dolor de las artritis, que se atenúan considerablemente. El estado general es también favorablemente influenciado. Los síntomas inflamatorios locales ceden rápidamente.

## Resultados prácticos

Refiriéndonos ahora a los casos tratados, podemos llegar a las siguientes conclusiones: en las orquiepididimitis el método es bueno. La curación se obtiene en el 60% de los casos tratados, en 5 o 6 días.

En las artritis, los resultados son excelentes; de tal modo decimos esto, que en ausencia de efectos favorables, dudamos del diagnóstico. En todo caso, creemos superior el método a las vacunas ordinariamente empleadas.

En tres abscesos de la próstata la curación la obtuvimos en una semana.

En las infecciones cavitarias (uretritis, cistitis, etc.) no hemos estudiado el método con toda atención. Pero una primera impresión ha sido desfavorable.

## Reflexiones

Si tenemos en consideración el factor económico, la eficacia igual o superior a la de las vacunas ordinarias, su acción progresiva (libre de accidentes), la sencillez de su aplicación, la pioterapia constituye un excelente método.

No hemos insistido en mayores detalles, pues ello será el tema de la tesis que uno de nosotros presentará para la opción del título.

## ENTEROCOLITIS

Este trabajo ha sido efectuado de acuerdo con las observaciones clínicas del servicio de lactantes del Hospital «Roberto del Río», por el Dr. Anibal Arístia, y estudios bacteriológicos del Laboratorio del Dr. Carlos Garcés, durante los cuatro últimos años y presentado al IV Congreso Pan-Americano del Niño.

Las consideraciones que hacemos en el presente estudio se refieren a un tema que tiene seguramente para nosotros una mayor trascendencia que para los países de cultura más antigua que la nuestra. Allí los hábitos e instituciones higiénicas han reducido el factor infección en la producción de trastornos digestivos (comprendiendo entre tales a las perturbaciones nutritivas con manifestaciones intestinales y las enteroinfecciones) a un grado de frecuencia muy inferior al que corresponde al factor nutritivo, es decir, composición del alimento y estado constitucional del niño (1).

Entre nosotros, podemos decir que sólo en las clases más acomodadas es dable observar los trastornos nutritivos puros, mientras que en los casos que constituyen la mayor parte de nuestra morbilidad y mortalidad infantil por afecciones del aparato digestivo, vemos casi siempre la intervención del agente infeccioso, sea como causante de la afección, como complicación agregada, o como proceso terminal. Por estas razones conviene revisar rápidamente el estado actual de las opiniones sobre el tema en cuestión y hacer resaltar en seguida las características del problema entre nosotros, que seguramente ha de presentar analogías con lo que muchos de vosotros habréis observado.

Por enterocolitis o colitis disenteriforme, entendemos un síndrome de caracteres clínicos y anátomo-patológicos, generalmente bien individualizados, pero de etiología muy diversa, caracteres que lo separan netamente del grupo de trastornos nutritivos con manifestaciones digestivas.

Esas modalidades clínicas y anátomo-

(1) Al iniciar este estudio debemos fijar bien sus límites para evitar errores de concepto. Nos atenderemos a la nomenclatura empleada por la Escuela de Finkelslein que divide los trastornos digestivos del lactante en dos grandes grupos: 1.º los trastornos nutritivos, que significan una alteración del metabolismo del niño, con o sin manifestaciones de su aparato digestivo. Las causas de éstos residen principalmente en una alimentación inapropiada en cantidad o calidad (proporción de sus componentes), o una tolerancia disminuida, adquirida o hereditaria (diatesis) de parto del niño. El 2.º corresponde a los trastornos propiamente digestivos o inflamaciones gastrointestinales, secundarias o paracentrales y primitivas, entre las que se cuenta la enterocolitis o colitis disenteriforme o diarrea infecciosa de los autores norteamericanos. Dejamos desde luego establecido que sólo nos referiremos a este último síndrome, sin tocar para nada los trastornos nutritivos, excepto en cuanto elemento agregado a la infección.

patológicas en su forma clásica, han sido descritas y son bien conocidas desde que Widerhofer, en 1889, aisló y designó con el nombre de enterocolitis folicular el síndrome que nos ocupa: comienzo agudo febril, con deposiciones frecuentes de reducido volumen, disenteriformes, ricas en mucus, sanguinolentas y purulentas a menudo, todo lo cual corresponde a las lesiones anatómo-patológicas localizadas especialmente en la última parte del íleon e intestino grueso, consistentes en intensa congestión de la mucosa intestinal con hiperplasia del tejido linfoideo, cuyos folículos llegan hasta la ulceración.

Decimos que lo anterior corresponde a las formas clásicas descritas desde antiguo, porque la enterocolitis puede también adoptar un comienzo insidioso o revelarse en el curso de un estado infeccioso que no ha comenzado con síntomas del aparato digestivo. Esas diferencias son producidas por la etiología variada que interviene en el desarrollo de la afección analizada, etiología que puede, en algunos casos, considerarse como específica y en otros sólo se nos revela como factores coadyuvantes o de predisposición. Por eso lo calificamos también con Marfan como un síndrome que estaría constituido por dos grandes grupos: las llamadas enterocolitis primitivas o infecciones enterales primitivas de Finkelstein, comprendiendo la disentería bacilar, amebiana o de otros protozoos, y aquellas de etiología no demostrada, pero cuyo punto de partida indiscutible es una infección enteral; y un segundo grupo de las llamadas colitis secundarias o diarreas disenteriformes sintomáticas o paraenterales.

En nuestra exposición nos extenderemos especialmente en el primer grupo, por considerar que es en él donde presentamos ciertas particularidades etiológicas que merecen ser más conocidas y estudiadas. El segundo grupo no podemos dejar de tratarlo en esta relación para referirnos a su parte clínica que ofrece analogías con la del primero, y cuya importancia no es menor bajo este aspecto.

En la etiología de la afección que analizamos hay varios factores coadyuvantes, predisponentes e intermediarios de la infección por todos reconocidos, sobre los cuales no es necesario insistir. Basta recordar que la gravedad de la afección va en razón inversa de la edad del paciente; que el régimen alimenticio artificial favorece más que el materno en los lactantes el desarrollo de infecciones, tanto más si él es inapropiado; que el período del destete, especialmente cuando cae en la época del año favorable al desarrollo de estas infecciones, constituye un elemento apropiado para su producción. Solamente mencionaremos que el elemento capital que resume la etiología infecciosa de las enterocolitis primitivas se encuentra en la contaminación de los alimentos, agua, útiles o personas que sirven al niño, concepto que impone medidas de profilaxia en el suministro de alimentos a esta edad, especialmente mercados de leche, medidas que no pueden estar sólo a cargo de los indivi-

duos, sino de la sociedad y de sus organismos representativos.

Hay un hecho que con extraordinaria frecuencia se presenta como factor etiológico en nuestras epidemias de enterocolitis de los lactantes: es la existencia de trastornos nutritivos anteriores al trastorno infeccioso. La mayoría de los enfermitos de 1 a 2 años que caen con infección grave de su aparato gastrointestinal, estaban afectados ya de trastornos dispépticos o pertenecen al grupo de sujetos con insuficiencia digestiva o hepática que hacen de él un inestable de sus funciones intestinales normales. Este factor agregado a la infección, junto con agravar el curso de ella, complica considerablemente el problema del diagnóstico y tratamiento. En efecto, la mayoría de nuestras toxicosis de primavera y verano van acompañadas o han sido desencadenadas por un proceso netamente infeccioso gastrointestinal que no se deja influir tan favorablemente como los de origen alimenticio por la dieta hídrica seguida de realimentación apropiada en dosis y calidad. De este modo, como lo hacíamos notar hace un momento, generalmente vemos entremezclados el proceso nutritivo con el infeccioso en la producción de perturbaciones digestivas en nuestros lactantes; pero jugando la enterocolitis infecciosa primitiva un papel de mucho mayor importancia que la asignada a ella en la literatura extranjera en la producción de dichos trastornos, en lo que se refiere a la frecuencia con que ocurren esos procesos infecciosos. Como luego lo referiremos, en un cincuenta y 4/3 por ciento de nuestros casos de enterocolitis, es posible determinar el germen productor. Esto está en contraposición con lo afirmado por el Prof. Finkelstein, que hace predominar entre las causas de los procesos inflamatorios intestinales, las infecciones paraenterales.

Como veremos además en el estudio bacteriológico, las variaciones climáticas y la estación constituyen importantes factores etiológicos para el desarrollo de las epidemias de enterocolitis. Estas mismas variaciones climáticas se nos han revelado también, como teniendo cierta influencia en la determinación de las diversas complicaciones a que suelen dar lugar las enterocolitis. Así hemos visto predominar los cuadros tóxicos e infecciosos, acompañados de grave insuficiencia hepática en los meses de primavera, mientras que el síndrome enterorrenal, o sea, las pielitis post-enteríticas, se suceden con mayor frecuencia al finalizar la época de verano.

El factor microbiano, que entra en mayor o menor grado en estas afecciones, tiene un valor que debe ser justamente apreciado y delimitado. Los diferentes gérmenes del intestino entran en juego indudablemente en estos trastornos, cualquiera que haya sido su origen; pero llevado el problema a este terreno sería muy difícil obtener deducciones prácticas desde el punto de vista bacteriológico. Bien sabemos la influencia que tiene la alimentación cualitativa en las variaciones de la flora microbiana saprófita del intestino, tanto en el niño como en el adul-

to, y es posible que estos gérmenes adquieran en determinadas condiciones un carácter accidentalmente patógeno. Tal sucede, por ejemplo, con el colibacilo, que llega a ser el agente causal de complicaciones a distancia y que, en el concepto de diferentes autores, puede, como otros saprófitos, mantener un proceso inflamatorio o de fermentación anormal en el intestino.

Desde que iniciamos en Chile, hace algunos años, el estudio bacteriológico sistemático de los numerosos casos de diarreas infecciosas, especialmente de aquellas que tienen como caracteres clínicos los de las colitis disenteriformes, pudimos anotar la enorme frecuencia con que nos fué posible aislar bacterias del grupo disentérico. Esta comprobación, hecha en niños y lactantes, sobre todo en las epidemias de estación, nos llamó desde el primer momento la atención y prestamos a ella el debido interés. Como veremos en las estadísticas deducidas de estas investigaciones, el papel de este grupo como agente etiológico de nuestras enterocolitis, es extremadamente importante.

La especificidad de estos gérmenes como agentes de inflamación del intestino, impone por sí sola la importancia de esta comprobación.

Hemos descrito entre nosotros un bacilo disentérico con todos los caracteres biológicos, toxicidad y acción patógena experimental del bacilo disentérico del tipo Shiga, es decir, del B. disentérico llamado verdadero, para diferenciarlo de los bacilos pseudo-disentéricos diferentes y acción patógena experimental inconstante.

No haremos la descripción bacteriológica detallada de este germen, por no corresponder al objeto de este estudio. Bástenos decir que este microbio es una raza algo diferenciada del B. de Shiga. Este microbio lo hemos encontrado en varios casos de enterocolitis disenteriformes de niños menores de dos años, pero en menor proporción que la que se encuentra en las colitis disentéricas del adulto: así del total de casos examinados 8% tienen como agente causal el B. disentérico verdadero contra 18,4% en el adulto.

Los bacilos pseudo disentéricos tienen, en cambio, un papel etiológico mucho más importante en el niño: 42,5% contra 23,6% en el adulto.

Los protozoarios, como agente causal, los hemos encontrado en una proporción de 3,8%, y en adultos esta cifra alcanza al 34% de las colitis disenteriformes. Esta estadística ha sido hecha, en gran parte, en pacientes de la clientela privada. La clientela hospitalaria y de policlínicos revela una frecuencia bastante mayor de protozoarios intestinal del niño y lactante. De modo que en un 54,3% el agente microbiano no nos deja dudas respecto de su especificidad. Resta un 45,7% de casos, en los cuales no hemos podido establecer un agente específico. Debemos notar también que el examen bacteriológico no es necesariamente positivo en la totalidad de los casos, pues pasados algunos días el microbio puede desaparecer de las deposiciones y ser reemplazado por gérmenes saprófitos. Sin embargo, nos parece es-

ta proporción de comprobaciones bacteriológicas sumamente alta para prestar a ella debida atención.

En las epidemias del año próximo pasado y del presente, hemos trabajado con el señor Raúl Palacios, que acaba de publicar una memoria sobre esta materia, en la clasificación de los microbios que forman el grupo pseudo disentérico. Se han establecido cuatro razas, según sus caracteres bioquímicos y de aglutinación.

**Raza I.** Se acerca al *B. disentérico* verdadero. No tiene acción patógena para los animales de experiencia. Los caracteres generales corresponden a los del grupo disentérico. Fermenta intensamente la glucosa y débilmente la levulosa y la galactosa. Es aglutinado por los sueros de los enfermos y no lo es por los sueros de otras razas. Podría corresponder a los tipos I. o J. de Kruse, al tipo Schmitz o a la clase 2 de Murray.

**Raza II.** Tiene acción patógena inconstante para los animales, y cuando la presenta, se atenúa rápidamente a partir de su aislamiento. Las lesiones que produce en los animales son congestión edematosa del colon con zonas hemorrágicas de la mucosa. Predominan los fenómenos paralíticos por lesión medular. Fermenta la manita, galactosa y levulosa. Produce indol.

**Raza III.** Es la más frecuentemente encontrada. Tiene las mismas propiedades de fermentación de la raza anterior. Acción patógena experimental inconstante. Produce las mismas lesiones que la Raza II. No produce indol. Es aglutinada por el suero de los enfermos y la aglutinación le es específica para estos microbios. Podría corresponder al tipo Y de Hiss o a la Raza D de Kruse y a la clase 3 de Murray.

**Raza IV.** Fermenta manita, maltosa, levulosa y galactosa. La acción patógena para los animales es inconstante. En el conejo, produce colitis ligera, y más a menudo parálisis medular. Produce indol. No es aglutinada por los sueros específicos de las otras razas. Se acercaría al tipo Flexner.

Estos gérmenes nos ha sido posible de aislar en cultivos casi puros de las mucosidades de estos enfermos. Las reacciones de aglutinación de los sueros de los enfermos y su estrecho parentesco con los *B. disentéricos* verdaderos, nos hacen considerar a estos gérmenes como los agentes específicos del trastorno. Recientemente aislados demuestran algunos una virulencia acentuada para el conejo, reproduciendo, en ocasiones, exactamente en ellos el cuadro enterocólico del niño. En otras ocasiones, la lesión, como sucede también con el *B. disentérico* verdadero, se manifiesta de parte del sistema nervioso en los animales. Fuera del 54,3% de casos en que el proceso es atribuible a un germen determinado, encontramos en algunos casos microbios anormales del grupo colibacilar, microbios que consideramos como atípicos, presentando fermentaciones menos extensas que el colibacilo y que se acercan, aunque no es posible clasificarlos, al grupo disentérico. Los consideramos como paracolibacilos. Estos gérmenes alejados del grupo, se encuentran, a veces, en

cultivo casi puro y en las complicaciones a distancia, como en el urocultivo en los casos de pielitis. Es posible que estos gérmenes puedan por sí solos abrir el cuadro; pero no nos atreveríamos a afirmarlo, más bien es posible que ellos sean capaces de mantener la infección una vez que causas distintas, como un trastorno nutritivo o una infección paraenteral o el primer ataque de un microbio específico haya puesto el organismo en condiciones de menor resistencia para hacer más vulnerable su intestino. Igual observación nos merece el colibacilo y otros gérmenes no específicos que se describen como posibles agentes de las enterocolitis.

En resumen, podemos decir que la infección específica por bacilos disentéricos tiene un papel primordial en la etiología de la enterocolitis del niño y del lactante.

Estas investigaciones han sido hechas en diferentes países y numerosos autores tienden a establecer que el grupo disentérico tiene un importante papel como agente de las enterocolitis de niños y lactantes. En Estados Unidos, Carl Ten Broeck y F. Norbury, en el año 1915, encuentran en 75 casos de diarrea infecciosa estudiados, 56 casos con *B. disentéricos* (74%); en 1920 Davidson llega a la conclusión que el 80% de los casos de enterocolitis agudas observados en Baltimore y Birmingham eran debidos a infección por *B. disentéricos*. Marta Wollstein, en 1923, encuentra en 86 casos de diarrea infantil, en un 23% presencia de *B. disentéricos*, siendo un 37% de esas diarreas de carácter clínico disentérico. Mita, en el Japón, hace comprobaciones semejantes en el mismo año.

Estas investigaciones vienen a apoyar la opinión autorizada de pediatras como Holt, que consideran a los microbios del grupo disentérico como los agentes específicos y casi exclusivos de estas afecciones. Este concepto nos guía en la profilaxia y en el tratamiento y nos permite adoptar medidas de capital valor para disminuir los estragos que producen estas enfermedades en nuestros niños.

En el estudio de los gérmenes de este grupo, hay un hecho de especial interés, que ha sido observado por el señor Raúl Palacios y por nosotros en las diferentes epidemias. Las muestras de *B. disentéricos* conservadas en el laboratorio mantienen uniformemente su virulencia en los medios de cultivos y a la temperatura ambiente. Esta uniformidad de virulencia es constante durante todo el tiempo en que la epidemia bacilar se manifiesta y se atenúa para los animales de laboratorio durante el cambio de estación en los meses de otoño. Esta gran sensibilidad de los bacilos disentéricos a los agentes climatéricos hace que su virulencia en los cultivos vaya paralela con la intensidad de las epidemias. Las épocas en que las colitis son más frecuentes en nuestro país, corresponden a dos períodos: primavera y comienzos de verano (Octubre a Enero), decrece en el mes de Febrero y vuelve a tener una recrudescencia al final del verano y comienzos del otoño.

Entre los agentes protozoarios causantes o presentes en enterocolitis infantil, debemos mencionar la ameba disentérica, la lamblia intestinalis, los tricomonas y tetramitus. Hasta hace muy poco ha sido discutido el papel patógeno de estos tres últimos parásitos que se les encuentra a menudo en presencia de trastornos intestinales en el adulto, considerándoseles solamente como saprófitos en un medio favorable creado para ellos en el intestino enfermo por otras causas. Pero investigaciones posteriores de Chassin, Billet, Bohne y Prowazec y Brumpt, Escomel, Bonaba, Goiffon y Roux, Fairisse y Jaquot, Cade y Hollande, tienden a atribuirles un rol patógeno a estos parásitos. Por lo menos, es considerada por Goiffon en un estudio publicado en el presente año, su presencia en el intestino como un importante síntoma de colitis, aun cuando no quiera atribuirseles un papel etiológico de mayor significación.

La importancia que estos protozoos, así como la ameba disentérica, tienen como causantes de enterocolitis agudas y crónicas en el lactante y sus manifestaciones clínicas y tratamiento requerido por ellos, fué tema de un trabajo enviado por uno de nosotros al Tercer Congreso Pan Americano del Niño, celebrado en Río de Janeiro en 1922, y que se ha publicado posteriormente. En él dejábamos establecido el rol patógeno atribuido a los tricomonas y lamblias, basados en sus caracteres morfológicos y lesiones anátomo-patológicas por ellos producidas y relatábamos algunos casos observados por nosotros con enterocolitis aguda atribuidas a tales parasitosis. Hacíamos resaltar la importancia que tiene para la implantación y desarrollo de estos microorganismos la existencia previa de estos trastornos digestivos; así como también la rebeldía para desaparecer con los tratamientos hasta hoy conocidos. También dejábamos constancia, y hoy no podemos sino confirmar lo allí dicho, de la frecuencia relativa con que observábamos la infección amebiana en el lactante de la clase popular. Podemos ahora citar varios casos de tales infecciones en niños alimentados exclusivamente por leche materna, y producidos aún a la edad de seis meses en algunos que fueron inoculados por su madre, afecta de disentería amebiana.

La frecuencia con que aquí hemos observado las infecciones amebianas de niños y lactantes, se ha presentado también en los países europeos después de la guerra (Francia e Italia), según lo demuestran los trabajos de esas procedencias (Maggiore), y en otros países sudamericanos (Escomel en Perú), (Volpe y León Bloise en Uruguay).

No repetiremos las características etiológicas de estas infecciones protozoarias, por ser ellas semejantes a las de todas las enterocolitis, sólo que las protozoariosis suponen, en general, peores condiciones higiénicas que favorecen los contagios (alimentos crudos y aguas contaminadas, personas infectadas alrededor del niño, contaminación por las moscas y las ratas, según algunos, Wenyon y O'Connor, 1917).

**Sintomatología.** — En esta relación ha-

bría poco que decir respecto a las manifestaciones clínicas de la enterocolitis y de sus diversas formas que no ofrecen diferencias en los casos por nosotros observados, con los descritos en la literatura.

Sólo remarcaremos ciertos puntos que han llamado especialmente nuestra atención en el curso de las observaciones clínicas. Uno de ellos es la falta de relación que existe entre las manifestaciones clínicas y el agente causante de ellas, por lo menos, cuando se trata de bacterias. Es aventurado pretender fundar un diagnóstico etiológico únicamente en las manifestaciones clínicas. Este hecho hace resaltar la necesidad casi imprescindible de la ayuda del laboratorio en presencia de un caso de enterocolitis confirmada.

Las infecciones protozoarias presentan, generalmente, ciertas características que hacen sospechar su existencia al clínico; sospecha que debe hacerlo pedir el concurso del laboratorio para confirmar su diagnóstico. La amebiasis intestinal puede presentarse en el lactante en la forma de la disenteria del adulto o puede adoptar una forma sobreaguda septicémica, como hemos tenido ocasión de observar algunos casos. La asociación de amebiasis con *B. disintéricos* la hemos observado en repetidas ocasiones, dando lugar a cuadros gravísimos. Hemos podido presenciar algunos enfermos que han ingresado al servicio de hospital con síntomas septicémicos y compromiso meníngeo que los han llevado a la muerte en pocas horas. El examen anatómo-patológico ha revelado una inflamación cólica con pululación abundante de amebas disintéricas en el exudado de dicha viscera. Serían estas formas para Dopter, septicemias bacterianas, cuya puerta de entrada las han proporcionado las lesiones amebianas. Finalmente, la amebiasis intestinal puede adoptar en el niño la forma crónica que la consideramos de una frecuencia relativa mucho menor que la aguda, en comparación con lo que sucede en el adulto.

Las otras protozoariosis intestinales también pueden presentar manifestaciones agudas de enterocolitis, pero más comúnmente se traducen por perturbaciones digestivas crónicas más bien de carácter dispéptico o recidivante, cuya causa sólo se explica cuando un examen coprológico nos revela la existencia de parásitos.

Esta es una característica común de las protozoariosis intestinales crónicas, así como de ciertas formas de enterocolitis crónicas o recidivantes bacilares: los niños por ellas afectados están sujetos, bajo la influencia de cualquier cambio o desarreglo de régimen con la venida de los meses calurosos, a continuas perturbaciones digestivas que semejan la dispepsia crónica de los niños mayores o pequeñas pusés agudas de enterocolitis recidivantes. En estos casos el laboratorio presta una ayuda muy eficaz para inducirnos a atacar una causa importante de tales trastornos. Asimismo, él puede revelar muchas veces la existencia de portadores de bacilos o parasitosis latentes que en un momento dado pueden exaltar su vi-

lencia y dar lugar a trastornos en sus portadores o constituir focos de contagio.

Otra manera de manifestarse que pueden tener las protozoariosis en el niño, así como algunas infecciones bacterianas atenuadas, es en forma de rectosigmoiditis, caracterizada por tenesmo repetido y pujos que hacen expulsar unas cuantas mucosidades sanguinolentas, sin gran compromiso del estado general del niño, ni otros síntomas viscerales. Esta forma conviene tenerla presente en el tratamiento de la afección, el cual debe contar entre sus medios el tratamiento local y la vacunoterapia en el caso de las infecciones bacterianas.

Cuando se presentan graves reacciones generales en la enterocolitis, especialmente las alteraciones tróficas en el lactante, conviene siempre tener presente la posible evolución de un trastorno nutritivo al lado del proceso infeccioso, sea a consecuencia de él, o sea que lo haya precedido y haya servido de causa predisponente. Ya hemos visto, al hablar de la etiología, la importancia que esos trastornos tenían en tal sentido, especialmente en nuestras clases populares. Ahora debemos insistir en la frecuencia con que se observa el trastorno nutritivo como secuela de las infecciones enterales, que dejan a los niños con su poder de asimilación muy bajo, el cual reacciona desfavorablemente a los regímenes dietéticos habituales de nuestro pueblo, es decir, quedan en un estado de trofo-labilidad, para designarlo con la terminología técnica usual.

Finalmente, debemos recordar entre las manifestaciones clínicas las complicaciones que con mayor frecuencia observamos a consecuencia de las enterocolitis. Una de las más graves, y que a menudo se presenta al comienzo de la enfermedad, es el compromiso hepático en la forma llamada pseudotífica, el órgano se presenta aumentado de volumen, el niño tiene a menudo vómitos rebeldes como los de la acidosis, anorexia pertinaz, somnolencia, urobilinuria y acetonuria, es decir, un estado de acidosis. Aun hemos tenido ocasión de observar y de presentar a la Sociedad de Pediatría, un caso de ictericia grave, o de enfermedad de Weil, a consecuencia de una enterocolitis por paratífus B. y como éste, varios otros hemos podido observar con ligeras variantes en nuestra práctica hospitalaria y privada. A menudo esta complicación se confunde, y su diagnóstico se presta a dudas con estados septicémicos provenientes de la misma infección primitiva; pero la evolución térmica y las hemoculturas hacen la diferenciación. Otra complicación de las más frecuentes y que la observamos en el período de declinación de la enterocolitis, consecuencia también de una septicemia, según los trabajos de Heitz-Boyer, es el síndrome enterorrenal con su manifestación clínica, la pielitis o pielonefritis. Esto es motivo de un trabajo especial de otro de los relatores del tema que tratamos y a él dejamos su mayor desarrollo.

**Diagnóstico.** — Hemos hablado ya, y debemos recalcar nuevamente, la importancia del laboratorio, con sus exámenes coproló-

gicos para establecer la etiología de la infección.

**Pronóstico.** — Entre nosotros, la enterocolitis es siempre una afección grave, dado el terreno en que evoluciona, la gran virulencia de los gérmenes que hemos estudiado y las complicaciones que ofrece. Signo de especial gravedad pronóstica ha sido siempre para nosotros la participación de trastornos nutritivos en el cuadro mórbido o la producción de ellos a consecuencia de la infección.

Igualmente es un grave signo pronóstico el compromiso del hígado, que se revela por su aumento de volumen, urobilinuria, acetonuria o síntomas clínicos de insuficiencia, como vómitos persistentes en el curso avanzado de la infección, anorexia invencible, somnolencia u otros síntomas tóxicos.

**Tratamiento.** — En los niños menores y lactantes, el tratamiento de la enterocolitis se reduce, principalmente, a un problema de dietética. Ante todo hay que procurar disminuir en lo posible las profundas alteraciones nutritivas causadas por la infección misma, así como por la inanición proveniente de la absorción defectuosa en el aparato digestivo enfermo.

Por estas razones la dietética ha de ajustarse a dos principios: ser lo más nutritiva y asimilable para el estado de las funciones digestivas enfermas, y constituir en lo posible un medio desfavorable a la multiplicación microbiana. Este segundo punto parece que es, en general, consecuencia del primero, y no tanto de la calidad misma del alimento.

Las diversas escuelas se han dividido entre las que recomiendan el régimen hidrocarbonado puro, o la alimentación preferente albuminoidea, o por último, quienes creen que deben adoptar una dieta determinada, según la flora microbiana.

Nosotros creemos, según nuestras observaciones y de acuerdo con Dunn, que no se puede dictar invariablemente un régimen determinado para el tratamiento de lo que hemos considerado un síndrome de modalidades tan variadas.

Nos referiremos especialmente al niño menor de dos años y lactante, ya que los mayores han de regirse, en general, por las prescripciones para los adultos.

En el lactante a seno, no tomamos otra precaución que la de reglamentar su alimentación en cuanto a dosis, como si se tratara de una dispepsia tóxica, teniendo presente que el factor infeccioso ha de imprimirle una evolución anormal al desarrollo de la afección.

Los lactantes y niños alimentados artificialmente, afectados de enterocolitis, son sometidos siempre, al iniciar el tratamiento, a una dieta hídrica cuya duración se graduará por la intensidad de los síntomas de carácter tóxico: nunca más de 24 horas y, generalmente, no más de 12. Iniciamos la realimentación como si se tratara de una dispepsia aguda, con pequeñas cantidades de babeurre o suero de leche, según los casos, 10 a 20 gramos cada dos horas. Los días siguientes se aumentan las cantidades de babeurre y se les mezcla con leche albuminosa o mezclas de leche de vaca descrema-

da con Larosan, subiendo progresivamente las dosis como para la dispepsia aguda o toxicosis, según los síntomas generales. Pero siempre estamos atentos al giro que éstos toman y al carácter de los pañales para ensayar un cambio temporal de dietética, especialmente en niños mayores de un año, y someterlos a un régimen preferentemente hidrocarbonado con cocimiento de cereales, agregándosele pequeñas cantidades de Larosan. Esta última dieta es siempre mejor tolerada temporalmente en el comienzo de la colitis por infecciones paraenterales como el sarampión o colitis gripales, así como en las afecciones amebianas. En estas últimas nos ha cabido observar verdaderas intolerancias aun por la leche materna, y hemos tenido que recurrir a procedimientos de desensibilización por vía cutánea para vencer dichas intolerancias. Pero nunca deberá olvidarse que el régimen hidrocarbonado debe ser de corta duración, 8 a 10 días máximo, para no sufrir las consecuencias de la falta de suministro de albúminas al organismo enfermo.

Un punto al cual atribuimos especial importancia en la dietética de las enterocolitis infantiles, es el evitar a toda costa la hipoalimentación cuantitativa y cualitativa prolongada, aun cuando los pañales no sean como se desearían y guiarse entonces por los síntomas generales de tolerancia alimenticia.

Resumiendo lo anterior, podemos decir que consideramos a la enterocolitis, para su dietética, como una infección general grave que compromete también el aparato digestivo, y, por consiguiente, aquélla debe ajustarse a la tolerancia especial que presente al niño en cada caso, y la cual no siempre es igual para una misma composición de su alimento.

El tratamiento medicamentoso nos ocupará muy brevemente, pues hay acuerdo general en reducirlo en lo posible a uno sintomático, salvo cuando poseemos uno etiológico, como en la amebiasis. La evacuación intestinal por el aceite de ricino se deja para aquellos casos en comienzo, cuando no ha habido una suspensión anterior de la alimentación corriente a que estaba sometido el paciente. Respecto al empleo de moderadores del peristaltismo intestinal, creemos que deben emplearse con prudencia y sólo cuando no hay síntomas tóxicos ni infección muy acentuada. De todos modos, generalmente sólo recurrimos a los preparados de tanino y bismuto, dejando los opiáceos para usarlos momentáneamente en caso de cólicos o tenesmo intensos.

Cuando se trata de protozoariosis intestinal disponemos de medios hasta cierto punto específicos. En la amebiasis la emetina a dosis de 2 a 3 centigramos en el primer y segundo año, y el neosalvarsán en enemas de agua con agar en la proporción de 10 grs. de éste para 500 de agua con 10 grs. de carbonato de bismuto, o bien, en ingestión de píldoras queratinizadas de 0.05 o de Narsenol. Excepcionalmente creemos que debe recurrirse a la vía intravenosa en niños menores. No hemos empleado el yoduro de emetina y bismuto en éstos por conocer su

difícil tolerancia aun para los adultos. En las tricomoniasis y lamblisis hemos usado la trementina en forma de jarabe, y la tintura de yodo yodurada en ingestión y lavados. También conocemos resultados satisfactorios en las lamblisis con el empleo del específico de Bayer, llamado Butolan y recomendado para la oxiuriasis.

El tratamiento por medio de lavados, fuera de lo dicho para las parasitosis, creemos que debe dejarse sólo para aquellas infecciones más o menos localizadas a la última porción del colon, sin síntomas generales, ni compromiso del colon superior. En tales casos los enemas de soluciones de nitrato de plata en soluciones de 1 por 5,000 nos han proporcionado buenos resultados.

**Tratamiento biológico.** — Este comprende la sueroterapia, la vacunoterapia y la proteinoterapia no específica. Actualmente están de acuerdo en que la sueroterapia da resultados exclusivamente en la disentería verdadera (tipo Shiga). Los resultados de la sueroterapia en estos casos son evidentes y debe recurrirse a ella en todos los casos graves. En nuestro país, por el hecho de no poseer sueros específicos para nuestras razas, hemos recurrido pocas veces a los sueros extranjeros, notando siempre en muchos de ellos un efecto beneficioso.

La vacunoterapia, en cambio, la hemos experimentado ampliamente. Como sabemos, en la disentería bacilar verdadera se tropieza con la toxicidad de los gérmenes, por lo cual el uso de ella ha sido restringido en todas partes. Ha sido preciso recurrir a diferentes procedimientos de atenuación de las vacunas para hacer posible su aplicación, ya sea por medios químicos o por la asociación con el suero antitóxico específico. Por nuestra parte empleamos vacunas atenuadas a la vez por el ácido fénico y el calor, en dosis bajas y asociamos a los gérmenes disentéricos microbios aislados del contenido intestinal, especialmente colibacilo, paracolibacilos, enterococos, etc., para aprovechar la acción proteínica no específica de estos cuerpos microbianos. Inyectamos cantidades en dosis progresivas que van de 20 a 100 millones de bacilos disentéricos. Los resultados obtenidos con este método han sido satisfactorios y hemos visto una modificación favorable desde el primer momento del proceso inflamatorio local y del estado general con mejoría de su tolerancia alimenticia.

La proteinoterapia ha sido ampliamente usada por diferentes investigadores, ya sea usando cuerpos microbianos (método de Dannysz) o proteínas diferentes (leche, caseína, etc.) En esta materia nosotros tenemos el convencimiento de que este método curativo es de valor. Creemos también que es preferible el empleo de proteínas microbianas, principalmente en la forma de autovacunas.

**Profilaxia.** — De acuerdo con los conceptos etiológicos enunciados, y conocida como lo es su profilaxia, creemos que corresponde a las instituciones gubernativas o que a su cargo tienen la defensa del niño, el adoptar las medidas para su eficaz realización,

controlando especialmente el buen suministro de productos alimenticios para el niño y principalmente de la leche, así como por la difusión de la higiene por todos los medios más enérgicos a su alcance.

## METABOLISMO BASAL

### PRIMERA COMUNICACIÓN

por el

Dr. Leonidas CORONA T.

(DE LA CLÍNICA DEL PROF. BROCKMANN)

Los trabajos sobre calorimetría humana desempeñan un papel muy importante en las clínicas modernas. Los fundamentos de estos estudios son conocidos desde hace muchísimo tiempo, pero sus aplicaciones prácticas son de fecha muy reciente.

Los norteamericanos son, sin duda, los que más han trabajado sobre metabolismo basal; son, puede decirse, los creadores de sus aplicaciones clínicas; pero si tomamos en consideración la literatura ya muy abundante que existe sobre esta materia, se puede asegurar que en todas partes los clínicos se ocupan activamente de estudios metabólicos. Los investigadores que han trabajado simultáneamente en distintos países, han llegado más o menos a las mismas conclusiones. Por eso el método goza de gran popularidad.

Durante mi permanencia en Berlín pude observar que en la Charité, uno de los hospitales más importantes de la ciudad, en una de las clínicas médicas, existe una sección especial para estudios metabólicos a cargo de un especialista. Igual cosa ocurre en París, en la clínica del Prof. Marcel Labbé, quien, en compañía del Dr. Stevenin, ha hecho interesantes estudios sobre metabolismo basal. De regreso a Chile, en Buenos Aires, durante mi visita a las clínicas, pude convencerme de que allí también se sigue muy de cerca estos trabajos.

Entre nosotros, hasta ahora, no se ha hecho nada al respecto. Sólo recientemente, en la clínica del Prof. Brockmann, se han instalado los aparatos para el estudio del metabolismo basal. Tendré especial agrado en imponer a mis colegas que se interesen sobre la técnica misma de la determinación. Esta es algo delicada y debe siempre confiarse a una persona que se ocupe especialmente de la materia. De lo contrario nos expondremos a que caiga en descrédito un método de examen muy interesante.

En la presente comunicación sólo trataré de explicar en qué consiste el metabolismo basal, su significado y las aplicaciones que pueden deducirse de su estudio.

\* \* \*

Desde los tiempos de Lavoisier se sabe que en el organismo se producen continuamente procesos químicos que determinan ab-

sorción de oxígeno y expulsión de anhídrido carbónico. Un trozo de tejido separado del organismo continúa por cierto tiempo absorbiendo oxígeno y produciendo anhídrido carbónico, si se le coloca en condiciones convenientes. Estos procesos elementales que constituyen la vida misma, estas oxidaciones o combustiones, traen como consecuencia obligada una producción de calor. Esta cantidad de calor se puede medir por calorimetría directa en los aparatos llamados calorímetros. Pero se trata de trabajos de fisiología muy delicados, por las numerosas causas de error que intervienen. En algunos laboratorios europeos se ven estas enormes cámaras que da susto mirarlas, y que están destinadas exclusivamente a trabajos de fisiología. Esta calorimetría directa es muy científica, pero absolutamente inaplicable en la práctica clínica.

Se ha demostrado que da sensiblemente los mismos resultados el análisis de los cambios respiratorios, es decir, del oxígeno absorbido y del anhídrido carbónico expelido. Esto se comprende fácilmente si consideramos que la producción de calor de un sujeto está en relación directa con las combustiones del organismo, y éstas, a su vez, en íntima relación con la absorción de oxígeno. El estudio de los cambios respiratorios es lo que constituye la calorimetría indirecta, la única usada en clínica y la única de que nos ocuparemos.

Para poder hacer estudios comparativos, naturalmente hay que referir la producción de calor a cierta unidad. Los antiguos fisiólogos la referían a kilo de peso y hablaban de tantas calorías por hora y kilo de peso. Pero se ha comprobado que con esta unidad de medida no es posible hacer comparaciones, porque si tomamos en cuenta el peso total de diferentes sujetos, se ve que el tejido verdaderamente activo varía en grandes proporciones de un individuo a otro.

Los trabajos de C. Richet y otros demostraron que "el gasto de energía es comparable aún para especies muy diferentes si se relaciona con la superficie del cuerpo". Y se eligió entonces como unidad de comparación para la producción de calor, el metro cuadrado de superficie corporal. Esta es, sin duda alguna, la mejor unidad de que disponemos actualmente.

La dificultad estaba en poder determinar esta superficie corporal en el organismo humano. Felizmente, los trabajos de Du Bois han resuelto esta cuestión. Aplicando una fórmula en que intervienen el peso y la altura, se puede determinar la superficie de un sujeto con una aproximación extraordinaria.

Con estas aclaraciones previas, ya podemos definir en qué consiste el metabolismo basal.

Metabolismo basal es el número de calorías que produce un sujeto por hora y por metro cuadrado de superficie estando en ayunas, en reposo muscular y a una temperatura ambiente de 16 a 20° C.

Estas condiciones tipo se comprenden fácilmente, ya que la producción de calor varía con la ingestión de alimentos y con la acti-

vidad muscular. Y se llama "basal", porque se trata de la producción mínima de calor.

Si observamos rigurosamente las condiciones de la definición, se comprueba desde luego que en un mismo individuo el metabolismo basal es siempre igual, es una constante, y no varía durante días, semanas, meses y aun años.

Si bien es cierto que la producción total de calor en las condiciones tipo, es constante para un mismo individuo, en cambio es diferente en los distintos individuos, y varía según el tamaño. Pero referida la producción de calor a metro cuadrado de superficie corporal, es igual en distintos sujetos normales. Se observan a veces enormes obesos que presentan gran absorción de oxígeno y gran producción de calor en relación a la totalidad del sujeto; pero si se hace el cálculo por metro cuadrado, se ve que el metabolismo basal es normal. Estos son los obesos sin trastornos de sus secreciones internas. Más adelante me ocuparé especialmente de este punto. Ahora deseo hacer notar solamente la importancia de referir la producción de calor a unidad de superficie.

Hay, sin embargo, diferencias fisiológicas del metabolismo basal que no debemos olvidar, y se refieren al sexo y a la edad. En el hombre es un poco superior que en la mujer; en el niño mayor que en el adulto, y en éste mayor que en el viejo. Debemos recordar que en el adulto, desde los 20 hasta los 40 años, el metabolismo basal es de 39,5 calorías en el hombre y 37 en la mujer.

En la tabla que sigue se pueden ver los valores desde los 14 hasta los 80 años. Son cifras que he obtenido de las tablas de Du Bois (1).

Edad años	Hombres	Mujeres
14 a 16 . . . . .	46,0	43,0
16 a 18 . . . . .	43,0	40,0
18 a 20 . . . . .	41,0	38,0
20 a 30 . . . . .	39,5	37,0
30 a 40 . . . . .	39,5	36,5
40 a 50 . . . . .	38,5	36,0
50 a 60 . . . . .	37,5	35,0
60 a 70 . . . . .	36,5	34,0
70 a 80 . . . . .	35,5	33,0

En la práctica — y esto es importante — se admite que hay variaciones posibles en un 10% por encima y un 10% por debajo de lo normal, sin que esto signifique un estado patológico. En otros términos se considera como normal en un hombre adulto un metabolismo basal hasta de 44 calorías hacia arriba y hasta 36 hacia abajo. Pero 45 o 46 y lo mismo 35 o 34, ya son valores patológicos.

Esto no llama la atención si pensamos que todas las constantes del organismo tienen pequeñas oscilaciones fisiológicas. Basta citar como ejemplo el pulso y la temperatura. La constante más fija que se conoce en el organismo es la reacción de la sangre, el Ph., ya que de ello depende la vida misma, y sin embargo, presenta pequeñas oscilaciones normales.

(1) La institución Carnegie ha editado un volumen con todas las tablas que se usan para los cálculos del metabolismo basal y son muy útiles en la práctica.

En la práctica se habla de metabolismo basal normal, aumentado o disminuido, y se acostumbra a expresar el porcentaje en que está aumentado o disminuido; y se agrega a la cifra el signo + o —, según el caso. Por ejemplo, si un hombre adulto tiene un metabolismo basal de 60 calorías, se dice que tiene Met. bas. + 50%.

\* \* \*

Experimentalmente se han comprobado alteraciones muy interesantes respecto de la glándula tiroides.

Si se extirpa la tiroides a un animal, el metabolismo basal baja. Si se administra entonces extracto tiroideo, el metabolismo basal sube. Y los resultados son muy netos.

Si se extirpan las glándulas genitales, se produce también un descenso del metabolismo basal, pero los resultados son menos marcados y menos regulares.

La extirpación de la hipófisis en perros produce también una disminución del metabolismo basal, pero en forma irregular y poco constante.

De todos estos hechos se deduce que la glándula tiroides ejerce una acción importante en la regulación de las combustiones del organismo y es por eso que en los trastornos de esta glándula es donde clínicamente tiene su mayor importancia la determinación del metabolismo basal. En las enfermedades de las otras glándulas de secreción interna, los cambios metabólicos son menos marcados y menos constantes.

\* \* \*

En estados patológicos, los trastornos del metabolismo básico son, como decíamos anteriormente, muy netos en las enfermedades con alteraciones del funcionamiento del tiroides.

En la enfermedad de Basedow, el metabolismo basal está muy aumentado. Es común observar cifras de más de 60%. Una enferma de la clínica del Prof. Brockmann presenta un aumento de 55%. El Dr. Stevenin, colaborador de Marcel Labbé cita aumentos de 100 y 150%.

En lo que se refiere al mecanismo de este aumento del metabolismo, no hay duda de que se debe en pequeña parte al aumento de los movimientos musculares y a la taquicardia, y en parte principal a que la tiroxina estimula directamente las células aumentando las oxidaciones. Hace poco se ha demostrado que la tiroxina, obrando sobre la levadura, estimula la producción de alcohol.

En los casos evidentes de bocio exoftálmico, en que el diagnóstico es fácil y generalmente se impone por sí solo, el estudio del metabolismo basal tendría sólo una importancia científica. Pero no debemos olvidar que al lado de estos casos hay muchos hipertiroidismos ligeros en que el diagnóstico se dificulta. Hay enfermos que no se sabe si clasificar entre neuropatas simpaticotónicos o hipertiroidianos. Si el metabolismo basal

está normal, se elimina el hipertiroidismo con muy grandes probabilidades.

Ya comenzamos a comprender la utilidad que puede prestar este método de examen en la práctica.

Por el contrario, en el mixedema verdadero, el metabolismo basal está manifiestamente bajo. También en los casos de hipotiroidismos poco intensos, los valores son bajos.

De esto se deducen inmediatamente aplicaciones prácticas para comprobar un diagnóstico de mixedema, y como ayuda en casos en que se sospeche una insuficiencia tiroidea o glandular en general. Y estos casos se presentan a diario en la práctica.

En colaboración con el Dr. C. Poblete, estudio actualmente dos enfermas opuestas. Una de ellas tiene un bocio exoftálmico y su metabolismo basal es de más de 55%. Esto significa que las combustiones de su organismo son muy intensas y la consecuencia de ello es que la enferma es muy flaca. Pesa 36 kilos con una altura de 1,53 m. A la inversa, otra enferma, con insuficiencia glandular múltiple, presenta un metabolismo basal bajo, 25%. Esto significa que sus combustiones son lentas. Como consecuencia de esto, la enferma es obesa. Pesa 73 kilos para una altura de 1,42 m.

\* \* \*

La obligación del médico en presencia de un enfermo del tiroides con alteraciones de su secreción interna, consiste en llevar el metabolismo basal a su valor normal, con una terapéutica apropiada, y a mantenerlo en los límites fisiológicos.

En un mixedema, en un hipotiroidismo ligero o, en general, en una insuficiencia glandular, si durante el tratamiento con tiroidina y otros extractos glandulares se determina periódicamente el valor del metabolismo basal, se tendrán informaciones precisas sobre el efecto de la terapéutica, se conocerá el momento en que el metabolismo llega a su valor normal y si se mantiene o no en esta cifra.

Si a pesar de la terapéutica, el metabolismo basal no se modifica en absoluto, esto significa que el preparado no es de buena calidad o que las dosis son insuficientes. En una de mis enfermas en estudio la administración continuada de tiroidina y ovarina ha hecho subir el metabolismo basal de 30,5 calorías a 34,5 calorías, es decir, lo ha aumentado en 12,5%. Este resultado se ha obtenido en mes y medio de tratamiento.

A la inversa, en la terapéutica del bocio exoftálmico, el estudio del metabolismo basal tiene gran interés científico y práctico, y goza de gran popularidad.

Desde luego, nos informa sobre la intensidad del trastorno de las combustiones del organismo, porque, en general, sigue de cerca la intensidad de las alteraciones secretorias del tiroides.

En las distintas operaciones que se practican en el bocio exoftálmico, el metabolismo basal baja bruscamente a valores normales, si la operación ha sido suficiente. Si después de la operación hacemos periódicamente determinaciones metabólicas sabe-

mos en qué momento el médico debe preocuparse nuevamente del enfermo.

Un punto importante es el que se refiere a la acción del suero antitiroideo. Hay autores que aseguran que no tiene acción real, sino que obra sólo por sugestión. El hecho práctico es que los enfermos se sienten aliviados ligeramente de sus molestias.

El estudio del metabolismo debe decidir esta cuestión. No he encontrado datos que me informen al respecto. Yo, por mi parte, he hecho una sola curva en que se ve que el suero antitiroideo hizo bajar ligeramente el metabolismo, que volvió a su valor primitivo cuando se suspendió la administración de suero. Esto correspondería a lo que se observa en la práctica: alivio pasajero y no muy marcado.

En lo que se refiere a las aplicaciones de los rayos X en el bocio exoftálmico, he consultado a algunos colegas sobre la experiencia que se tenga en Chile al respecto. En general, y con razón, existe cierto temor de estas aplicaciones, por la dificultad de la dosificación. Por otra parte, cuando se opera un bocio que ha sido tratado previamente con rayos X, el cirujano encuentra grandes dificultades en su trabajo. En otros países se hacen estas aplicaciones determinando simultáneamente la curva del metabolismo basal. En esta forma se puede indicar al radiólogo el momento en que debe suspender las sesiones, y este momento se fija no cuando el metabolismo llega a lo normal, sino antes, porque una vez terminadas las sesiones, sigue bajando.

\* \* \*

Respecto a la obesidad, se ha tratado mucho en todas partes y las conclusiones son muy interesantes.

Hay muchos obesos que tienen su metabolismo basal normal. Se citan casos de sujetos que pesan 230 y 240 kgs. con metabolismo basal normal. Son obesos simples, sin alteraciones de las glándulas de secreción interna. Aquí se puede apreciar la importancia de referir la producción de calor a metro cuadrado de superficie.

En cambio, un 25% de los obesos presentan un metabolismo basal bajo. Son los obesos con trastornos secretorios. Son hipotiroideos o adiposogenitales.

Prácticamente, esto tiene interés. Explica por qué algunos obesos toleran admirablemente la tiroidina y por qué otros la toleran tan mal, y si se insiste mucho pueden venir trastornos graves.

Haciendo previamente el estudio metabólico se sabrá en qué obesos está indicado el tratamiento glandular y en cuáles no, lo que en la práctica es de muy grande utilidad.

\* \* \*

En una próxima comunicación trataré detalladamente de la técnica de la determinación y de las observaciones que sigo actualmente.

## 4.º Congreso Pan-Americano del Niño

### IV SESION

Sesión del día 16 de Octubre. Sección Medicina

(Conclusión)

Dr. Alessandri. Era solamente para agregar dos palabras a mi relación. Primeramente, para llamar la atención a la mayor facilidad con que los niños tienen fenómenos de acidosis. Sin pretender dar una explicación, podemos decir que parece que una de las razones por las cuales el niño tiene mayor facilidad para la acidosis, es que combustiona muy rápidamente su glicógeno hepático; bastan solamente algunas horas de ayuno para que el niño gaste la mayor parte de su azúcar, y nosotros sabemos que la acetona aparece cada vez que el azúcar o la glicemia desciende por debajo de cierto nivel, que para Ambard es de 0,70 a 0,80. Esta es una de las razones, y de allí la enorme importancia de la administración de los hidratos de carbono de los niños pequeños.

El segundo punto era para referirme al tratamiento de la acidosis y estado acetónico por la insulina, tratamiento que últimamente se ha usado no sólo en la acetonemia infantil, sino en muchas otras manifestaciones en que este cuerpo entra en juego; así, se ha usado en la acetonemia de las embarazadas, en las acetonemias postoperatorias, pero como la acetona se produce cuando la cantidad de azúcar sanguíneo baja más allá de cierto nivel y la insulina tiene la propiedad de producir un descenso de la glicemia, se aconseja acompañar a su empleo las inyecciones intravenosas de azúcar. El tratamiento da espléndidos resultados, como han podido comprobarlo nuestros colegas, Drs. Cienfuegos y Scroggie, mucho mejor que con la simple inyección de glucosa. La acción parece ser debida a la utilización rápida de los hidratos de carbono y a una acción directa de la insulina sobre el metabolismo de los ácidos beta-oxibutíricos.

### TEMA IX

#### Enfermedades de Carencia

Dr. Baeza. Lee los trabajos chilenos sobre las Enfermedades de Carencia.

Dr. Oliveira. Lee su trabajo sobre Anemias escorbúticas.

Dr. Cienfuegos. Lee las conclusiones del trabajo del Dr. Roberto Barro sobre Enfermedades de Carencia, Raquitismo.

#### Discusión

Dr. Hurtado. Desde luego, debo declarar antes que nada, que el valor de la alimentación natural está fuera de discusión y que soy decidido propagandista de la lactancia

materna, y precisamente, en la sesión de Higiene, ocupándonos del abastecimiento de leche de vaca en las ciudades, defendíamos la bondad de la leche de vaca, obtenida en las mejores condiciones, como substituyente de la leche materna, cuando esto era necesario, pero sería injusto también acusar siempre, de una manera sistemática, a la leche condensada como alimento solamente escorbutígeno: la leche condensada, si no es un método de alimentación a elegir, es una leche que el Prof. Lassablier usó en Francia durante toda la guerra como alimento exclusivo de todos los niños, y presentó después de cinco años de su uso, una estadística en que el distrofismo y las perturbaciones gastro-intestinales no tenían nada que envidiar a otros procedimientos de alimentación.

La leche condensada, fabricada conforme a los procedimientos actuales, conserva su riqueza vitamínica, aparte de que su valor calorífico, debido a su gran cantidad de azúcar, le da un mayor valor alimenticio que cualquier otro alimento.

La existencia de estas enfermedades de carencia no constituyen en mi patria un problema nacional. El Barlow es raro entre nosotros, pero, naturalmente, que no debemos por esto esperar su aparición como síndrome completo del niño impotente, paralítico, con el estado de anemia a que ha hecho referencia el Dr. Oliveira. Me parece, sí, oportuno ir un poco más allá en el estudio de la sangre de estos niños, no conformándonos con el estudio de la serie roja, sino ir a estudiar los elementos de la serie blanca, donde hay alteraciones tan evidentes, especialmente del aparato retículo-endotelial, que muchos autores han llamado dicha enfermedad: "Hemotabes mielógena infantil".

En materia de raquitismo no tenemos tampoco grandes manifestaciones, como ocurre en algunos países europeos, que nos muestran el tipo clásico de niños de circo, con cifosis extraordinarias, etc., pero tampoco debemos esperar la aparición de dichas manifestaciones, llamando la atención sobre el pequeño raquitismo, buscando en el examen de la sangre, la forma hemática, la característica de estos estados, en que al lado de la disminución considerable de la hemoglobina existen alteraciones notables de la serie blanca con degeneración muy especialmente del retículo endotelial.

#### TEMA X

**Afecciones de las Vías Respiratorias Superiores y sistemas linfáticos y su influencia en el desarrollo de los niños**

Dr. Opazo. Lee su trabajo sobre Estudio radiológico de las adenopatías tráqueo-bronquicas.

Dr. José S. González. Afecciones de las vías respiratorias superiores y sistemas linfáticos y su influencia sobre el desarrollo de los niños.

Dr. Cienfuegos. Lee las conclusiones del Dr. Pedro J. Martno sobre Influencia de las enfermedades de las vías respiratorias superiores y de su sistema linfático sobre el desarrollo del niño.

Dr. Aguirre. Como no hay otro tema que tratar, se suspende la sesión.

Llamo la atención de los señores congresales a que la sesión de mañana tendrá lugar a las 10 de la mañana y será exclusivamente destinada a los temas libres.

Dr. Cienfuegos. Invita a los señores congresales a la sesión de la Sociedad de Pediatría, que tendrá lugar en la Sociedad Médica a las 6 y media de esta tarde.

Se levantó la sesión.

### CONCLUSIONES

#### TEMA VIII

El IV Congreso Pan-Americano del Niño considera que los términos quetosis y acidosis deben separarse conforme a los modernos conceptos clínicos y a los procedimientos de investigación, principalmente preconizados por los autores norteamericanos.

#### TEMA IX

Los cuadros de enfermedades de carencia, no sólo en los casos bien delineados, sino en las formas atenuadas, como la anemia escorbútica, hacen necesario tener presente en la alimentación de los niños, una debida proporción de vitaminas.

#### TEMA X

El IV Congreso Pan-Americano del Niño, en vista de la influencia perniciosa de las afecciones de las vías respiratorias superiores sobre el desarrollo de los niños, recomienda la creación de servicios de oto-rinolaringología anexos a los servicios sanitarios escolares y la enseñanza de los maestros en lo que se refiere al reconocimiento de las anomalías respiratorias y auditivas de los educandos.

### V SESIÓN

Sesión del 17 de Octubre de 1924. — Sección Medicina

#### TEMAS LIBRES

Se abrió la sesión a las 10.20 A. M.

Presidencia del Dr. Aguirre Luco, quien invita a acompañarlo al Dr. Madrid Páez.

Dr. Lucio García. Lee su trabajo sobre complicaciones bronco-pulmonares del Sarampión y su tratamiento por el haptinógeno neumo-Méndez.

Pasa en seguida a leer su trabajo sobre tratamiento de la difteria por la Aptinogénina.

#### Discusión

Dr. Soria. Debo, ante todo, felicitar a mi colega, Dr. García, por la hermosa disertación que acaba de hacernos, y sobre todo, por su gran importancia práctica. Debo declarar que no tengo gran experiencia en lo que se refiere a lesiones bronco-pulmonares de origen sarampionoso, pero no así en lo que se refiere a complicaciones bronco-pulmonares, especialmente pleurales, en las in-

fecciones neumocócicas, y en esto puedo hacer un homenaje a nuestro Prof. Méndez, que tan brillantemente nos ha iniciado en estos estudios. Quiero solamente dar algunos antecedentes sobre la experiencia que tengo sobre el aptinógeno neumo-Méndez, porque creo que hemos de aportar en esa forma un bien a la humanidad doliente y, sobre todo, al niño, en los casos de complicaciones pleurales y pleuresias purulentas del lactante, de las cuales tengo 47 casos de pleuresias purulentas tratados por esta medicación, con una curación de la casi totalidad. Todos sabemos, y los pediatras especialmente, el porcentaje elevadísimo que tiene la mortalidad infantil por la intervención en las pleuresias purulentas. Sabemos también que el tratamiento por punciones de repetición da escasos resultados, terminando en muchos casos con la vida del niño, por una septicemia mortal.

Hace cinco años tuve ocasión de asistir una chica de una neumonía que se complicó con una pleuresia purulenta, encontrándome muy embarazado ante la intervención quirúrgica a que debía someterla; pedí un examen bacteriológico del derrame e inicié su tratamiento por medio del haptinógeno por vía sub-cutánea. El examen bacteriológico dió por resultado infección del neumococo puro. Cuál no sería mi sorpresa cuando dos días después hago nueva punción y el examen bacteriológico me dice que existen escasos neumococos; coloco nueva inyección y ya el examen bacteriológico no encuentra ningún germen; la chica mejora en su estado general terminando su curación en 15 días.

Pocos días después fui llamado en consulta para asistir a una intervención por pleurotomía en una chica que estaba en las mismas condiciones que la anterior, estaba todo listo para la intervención: pido una prórroga de 48 horas para hacer el examen bacteriológico y le inyecto sub-cutáneamente haptinógeno neumo. El examen me dió neumococos, pero la inyección de haptinógeno baja inmediatamente la temperatura y a los siete u ocho días, la chica se considera curada, después de haberle colocado una segunda inyección.

Y así como en éste, en 47 casos he obtenido óptimos resultados, y actualmente practico, no la inyección sub-cutánea, sino la inyección de haptinógeno dentro de la cavidad pleural, y confirmo lo que acaba de decir el Dr. García, de que esta medicación no provoca ninguna reacción ni tiene ninguna contraindicación. Puede hacerse cuando se quiera y en la forma que se estime conveniente.

Dr. García. Es solamente para agradecer al Dr. Soria el interés que ha demostrado por mi trabajo y por el recuerdo que ha hecho de mi maestro, el Dr. Méndez.

Dr. Ciancio. Lee su trabajo sobre Hemibráneas en el lactante.

Dr. Bazán. Lee su trabajo sobre Reumatismo crónico heredo-sifilítico en la infancia.

## Discusión

**Dr. Soria.** Ante todo, para felicitar al Dr. Bazán por el trabajo que nos ha presentado y para comunicar que actualmente en mi Servicio tengo un caso de reumatismo de-formante de tipo crónico, cuyo estudio confirma lo que el Dr. Bazán acaba de exponer: Wassermann positivo, pero en que el tratamiento específico no nos ha dado ningún resultado. Yo no he publicado el caso todavía sin conocer los casos del Dr. Bazán, que parece calcado al caso que tengo en tratamiento.

**Dr. Cienfuegos.** A propósito de este mismo tema quería solamente mostrar la fotografía de un caso de reumatismo crónico en un niño que he tenido ocasión de observar en el Hospital Arriarán, en que la investigación de la sífilis ha sido negativa y en que el tratamiento arsenical y de baños ha sido completamente ineficaz.

**Dr. Charlín.** Diagnóstico del glioma retiniano en el niño.

Voy a tratar de una afección que se presenta en el niño, que por su localización en el globo ocular es tema de estudios más del oftalmólogo que del pediatra: me refiero a los tumores malignos oculares. Múltiples neoplasias pueden desarrollarse en los distintos tejidos que componen el globo ocular, pero para su estudio clínico debemos dividir las anatómicamente e histológicamente. La división anatómica divide los tumores oculares malignos en: tumores del polo anterior y tumores del polo posterior. Los primeros, situados por delante de la cortina irido-cristalina, se encuentran en la región visible del globo ocular, y por consiguiente, son accesibles a la inspección y evidenciamiento desde su comienzo; por consiguiente, su diagnóstico no ofrece mayor interés. En cambio, los tumores situados por detrás de la cortina irido-cristalina, clínicamente están ocultos y gran parte de su desarrollo es ignorado. Sin embargo, a pesar de esta situación, tienen una sintomatología característica que impone su diagnóstico al que la conoce: su sintomatología es polimorfa y varía según el momento en que se examine el desarrollo del tumor. La clínica nos dice que debemos hacer una división histológica, por cuanto los tumores retro-cristalinos son siempre malignos, y todavía más, son gliomas si se presentan en un niño y sarcomas si se desarrollan en un adulto. Sin embargo, esta diferenciación no tiene mayor importancia práctica, por cuanto en ambos casos sólo un tratamiento es posible: la enucleación del ojo. ¿Qué importancia tiene el diagnóstico? ¿se trata sólo de una curiosidad clínica? La experiencia enseña que no se trata de un tumor raro y es necesario hacer su diagnóstico antes que haga erupción en la cavidad orbitaria. Decía que la sintomatología era polimorfa, por cuanto es necesario dividir su marcha en tres etapas: un primer período silencioso, y es en éste cuando debemos ha-

cer el diagnóstico para salvar el niño; un segundo período, doloroso, en que todavía puede operarse, aunque con menos probabilidades de éxito; y, finalmente, el tercer período, u orbitario, en el cual todo tratamiento es inútil.

En el período silencioso, el tumor al desarrollarse sobre la retina, da lugar a una mancha ciega llamada escotoma, debida a la supresión de la visión de cierto número de células visuales y que el niño no la percibe por ser unilateral. Esta disminución de la visión, que al principio es sólo limitada a una región pequeña, llega hasta producir la amaurosis del ojo, y esto, por una razón histológica, debido a que la retina aplicada sobre la coroides no están en íntima conexión y los trastornos vasculares producidos por el tumor dan lugar a un exudado que se acumula, produciendo el desprendimiento de la retina, lo que da lugar a la amaurosis.

El tumor sigue aumentando de volumen, produciendo los signos de hipertensión ocular, se produce un estado glaucomatoso y el niño presenta dolores; este período doloroso es de diagnóstico fácil aún para los miembros de la familia, quien lo lleva donde el oculista. Sigue el tumor creciendo, rompe la esclera y hace irrupción en la órbita, es el período final, el período orbitario.

En el período silencioso existe un síntoma salvador: el tumor, al crecer en el cuerpo vítrio, llega a colocarse a poca distancia del cristalino, dando a la pupila un reflejo amarillento llamado ojo de gato. Basta que en un niño exista este reflejo, para que el pediatra piense en un glioma de la retina y para que hecho el diagnóstico aconseje la enucleación del ojo.

**Dr. Barrionuevo.** Lee su trabajo sobre Osteo-mielitis en la infancia.

**Dr. Puelma.** Voy a hacer uso de la palabra para dar a conocer un nuevo tratamiento del alcoholismo, que he usado con mucha eficacia y que creo de interés dar a conocer dada la relación que tiene el alcoholismo con el problema infantil, ya que sabemos que los hijos de alcohólicos nacen siempre tarados. Este tratamiento lo comencé a usar después de leer un trabajo del Dr. Lopitalier, de Tours, que aconsejaba el uso de la auto-sueroterapia en el alcoholismo, fuera éste crónico o agudo. Simplificando el método y basándome en algunos trabajos que he leído, he usado la auto-hemo-terapia con iguales resultados. La técnica es sumamente sencilla: se extrae de una vena del pliegue del codo 3 a 5 cc. de sangre que se inyectan sin otra preparación bajo la piel del mismo brazo, operación que puede repetirse a lo menos una vez por semana. Los resultados han sido, en mis observaciones, concluyentes. A la mayor parte de los individuos tratados, aún después de la primera inyección, les era imposible ingerir la menor gota de alcohol, siendo, como eran, bebedores consuetudinarios.

## Discusión

**Dr. Ciancio.** Es muy digno de consideración el tema que acaba de ser leído, al encontrarse un tratamiento eficaz contra el alcoholismo, una de las enfermedades sociales más terribles; sus observaciones son muy interesantes y deben servirnos de estímulo para iniciar su aplicación. El método del suero anti-alcohólico, que yo he usado, me ha dado resultados muy escasos y espero, tan pronto llegue a mi país, poner en práctica el método de la auto-hemo-terapia en el tratamiento del alcoholismo.

**Dr. Sievers.** Lee un resumen de su trabajo sobre Educación física de la mujer y del niño.

**Dr. Aguirre.** Me permito hacer presente al Dr. Sievers que existe en la Facultad de Medicina de Chile un curso sobre Ortopedia dirigido brillantemente por el Prof. Díaz Lira.

**Dr. Cienfuegos.** Da cuenta de haber llegado a la Mesa dos trabajos argentinos sobre Galactogogos naturales y Autogalactogogos, cuyos autores no están presentes, pero que serán publicados en los Anales del Congreso.

Se levantó la sesión.

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS

## SOCIEDAD MÉDICA

Sesión del Viernes 6 Diciembre

Presidencia del Dr. Prado Tagle.

**Dr. Sievers.** Quistes hidatídicos múltiples de ambos pulmones.

Presenta la observación de una niña que hace tres años presenta un cuadro pulmonar con gran decaimiento general, tos en forma de accesos, en que al examen radiológico se comprueba la existencia de manchas circulares pulmonares, a nivel de la base del pulmón derecho y vértice izquierdo. Se interviene primeramente en el pulmón derecho previa resección costal, fijación pulmonar (marsupialización), se explora y se saca la membrana quística; curación en dos meses. Permaneció cuatro meses en buenas condiciones para volver el decaimiento, temperatura y vómitos con trozos de membrana; se diagnostica quiste del lado izquierdo roto.

Se procede a la intervención; sana en un mes y actualmente está en perfectas condiciones.

**Dr. R. Vargas.** Presenta una enferma con fractura del IV y V metacarpiano de la mano izquierda, recomendando el uso de la extensión continua como el mejor método para su tratamiento.

El Dr. Alessandrini considera este método muy superior al guante de yeso, cuyos resultados no han sido nunca satisfactorios.

**Dr. Sievers.** Resume una estadística de sus observaciones hechas en el Instituto de Educación Física sobre escoliosis y sus causas. Da cuenta de un método propio para facilitar el crecimiento de los miembros cortos por medio de pequeños traumatismos en las zonas de crecimiento. Cita varios casos al respecto, que demuestran la bondad de dicho método.

**Dr. Prunés.** Presenta un enfermo con una lesión primaria de la nariz, acompañada de adenitis del cuello; con 1055 observaciones de lesiones primarias ha encontrado 41 casos de chancros extragenitales.

Considera injustificado el temor al uso de los arsenicales durante el período secundario con reacción serológica intensa.

El **Dr. Lea Plaza** dice que el **Dr. Nonne** sostiene que el tratamiento intensivo de la lúes durante este período no debe comenzarse por el arsénico, porque provoca neurorecidivas. Siempre debe procederse por una cura mercurial.

El **Dr. Mardones.** Considera que debe hacerse tratamiento intensivo arsenical durante el período primario, y no durante el período septicémico en que hay reacción meningea, y en que puede provocarse neurorecidivas.

## II HORA

**Dr. Lobo Onell.** Hace una disertación sobre el tratamiento de la diabetes por la insulina. Lo considera el tratamiento esencial de las diabetes graves, pues interviene principalmente sobre los fenómenos del metabolismo y particularmente sobre la combustión de los hidratos de carbono. Previamente se debe estudiar la eliminación de glucosa con un régimen determinado durante 4-5 días; es decir, se debe comprobar el estado de diabetes renal. La inyección de insulina debe preceder cada una de las comidas y la cantidad de H. de C. que debe permitirse debe calcularse según el grado de diabetes renal. Las condiciones de éxito estriban en el empleo de dosis macivas.

Sesión del Viernes 12 de Diciembre

*Presidencia del Dr. Prado Tagle.*

**Dr. Lea Plaza.** Caso de meningitis sífilítica.

Se trata de un chico (7 años) cuya enfermedad actual comienza en Agosto del presente año con cambio de carácter, cefalalgias que van aumentando de intensidad, con predominio nocturno, torpeza en la marcha; sin ataques convulsivos ni vómitos. La punción lumbar da: albúmina 1 gr.; glóbulos blancos 110 por mm.<sup>3</sup>, de los cuales el 79% eran linfocitos. Las reacciones coloidales daban la curva de una meningitis banal. En vista de los antecedentes: madre con aortitis, padre con arterioesclerosis precoz y que a los dos años este chico había sufrido de hepatomegalia y edema de los miembros inferiores, que había cedido al tratamiento específico, se empieza a colocarse cianuro de

mercurio. Las cefalalgias empiezan a desaparecer y la curva de albúmina a descender de 1 gr. a 0,70, 0,65, 0,45 por mil. El Wassermann ha sido siempre negativo. Se inclina a creer en una meningitis sífilítica aguda en un heredo-luético, con la particularidad de dar un Wassermann negativo.

El **Dr. Prado Tagle.** Estima que la reacción de Wassermann en los heredo-luéticos da en general un gran porcentaje de negatividad, especialmente en el líquido céfalo-raquídeo. Cree que la reacción con polinucleares en meningitis agudas en un sífilítico, da lugar a errores de diagnóstico. Manifiesta que aquí puede tratarse de una meningitis banal que evolucione en un terreno heredo-luético.

**Dr. Johow.** Apendicitis aguda en una peritonitis tuberculosa.

En el primer caso se trata de un paciente que había padecido en su infancia de una peritonitis tuberculosa, de la cual sanó completamente. Llega con trastornos gastrointestinales de la apendicitis crónica larvada. En la intervención se encuentra un apéndice posterior englobado en las adherencias de su antigua peritonitis y en el epiplon focos tuberculosos pequeños; estima que las adherencias, al cerrar el lumen apendicular, han dado lugar al ataque.

En el segundo caso se trata de un joven de 16 años, que comienza con un cuadro peritoneal, con plastrón manifiesto en la fosa ilíaca derecha. A la operación se constata una peritonitis tuberculosa con adherencias del intestino delgado y grueso, y dentro de un conglomerado de epiplón, un apéndice con un absceso, perforado hacia la pared abdominal.

El **Dr. Vargas K.** Cita otro caso en que se pudo constatar una apendicitis en un cuadro de peritonitis tuberculosa.

El **Dr. Prado Tagle.** Estima interesante conocer si existe algún tratamiento no quirúrgico de estos procesos peritoneales crónicos, antes de llegar a la intervención.

El **Dr. Johow.** Cree que las peritonitis tuberculosas no deben operarse, siendo el mejor tratamiento la luz ultravioleta.

El **Dr. Alessandrini** se manifiesta de acuerdo con esta opinión y conoce casos de curación perfecta solamente con helioterapia. La intervención quedaría relegada para los casos agudos.

## II HORA

**Dr. Vergara Keller.** Lee un interesante trabajo sobre la acción de la tuberculosis en las embarazadas, dando a conocer las experiencias hechas en la Clínica Obstétrica a fin de descubrir las lesiones que se presentan en el niño.

El **Dr. Prado Tagle.** Aplauda, a nombre de la Sociedad, la presentación de estos trabajos de investigación científica, especialmente el presentado por el **Dr. Vergara**, que prueba de una manera evidente la infección bacilar del niño durante el embarazo, ya que se ha logrado comprobar, por medio de

inoculaciones experimentales, la presencia del bacilo de Koch en el cordón umbilical.

En seguida se elige por unanimidad como Director, al **Dr. Greene**, en reemplazo del **Dr. Puelma**, que había renunciado de su cargo.

Sesión del Viernes 19 de Diciembre

*Presidencia del Dr. Prado Tagle*

El **Sr. Secretario** da lectura a los estatutos de la Asociación Médica Chilena, nueva entidad en que se refundirán las Sociedades Médicas actuales.

El **Dr. Lea Plaza** resume brevemente estas ideas diciendo que esta Asociación, dirigida a reunir a todos los médicos del país, tendrá dos clases de actividades: una de acción social, y la otra de orden científico. Para la actividad científica habrá tantas secciones según sean las entidades actuales, cada una de las cuales será autónoma (Sección de Medicina, Sección de Cirugía, etc.), con su directorio propio. El Directorio de la Asociación Médica será compuesto por un Presidente, dos Vicepresidentes, seis Directores elegidos en asamblea general, y en la cual podrán votar los médicos de provincia por correspondencia, y además, un Director elegido por cada una de las Secciones.

Existirán dos clases de miembros: pasivos y activos. Estos últimos serán aquéllos que adquieran un título de la Sociedad. Habrá dos clases de sesiones: administrativas y científicas, éstas últimas, una mensual, a la que asistirán todas las secciones, y en las otras para estudiar la marcha de la Sociedad.

Fuera de los miembros activos y pasivos, existen los miembros jubilados, correspondientes y honorarios.

El **Dr. Alessandri** estima que uno de los puntos de mayor importancia de esta nueva entidad médica es el desarrollo de un plan económico social destinado a defender los médicos del público y establecer una mayor armonía entre los médicos.

El **Dr. Carrasco** ofrece el concurso de la Asociación Médica de los Ferrocarriles que tiene más de un año de existencia con todo éxito, y cuya experiencia puede servir de base a la organización de la Asociación Médica Chilena.

Quedaron aprobados los estatutos en general y la aprobación particular se hará después de la publicación impresa de los estatutos y su reparto entre los socios.

Sesión del Viernes 26 de Diciembre

*Presidencia accidental del Dr. Lea Plaza*

**Dr. Villarroel.** Da lectura a la observación clínica de un caso de pleuresía interlobar, que había comenzado cinco meses atrás con puntada de costado, tos, y a los pocos días, vómitos purulentos en gran cantidad. Se constata una macidez suspendida y a

los rayos una pleuresía interlobar. En el servicio tiene alzas de temperaturas hasta de 39º y un estado general que va hacia la caquexia. Las punciones exploradoras dan pus en dos ocasiones, por lo cual se procede a la resección de un trozo de la 1ª costilla. El enfermo ha seguido en más o menos buenas condiciones hasta la fecha.

**Dr. Meza Olva.** Presenta un enfermo de 30 años, que desde hace un mes tiene desvanecimientos, zumbido de oídos. Al examen, pulso de 40 por minuto, bradicardia que no cede ni a la prueba de la atropina ni del nitrito de amilo, lo que excluía una bradifigmia, llegando al diagnóstico de una bradicardia verdadera por bloqueo cardiaco. Con el examen electrocardiográfico confirma su diagnóstico de síndrome de Stokes Adams de origen específico, ya que el enfermo a los 21 años había tenido un choque específico. Ha instituido el tratamiento específico con cianuro de hg. alternado con yoduro, pero todavía no ha obtenido un resultado apreciable.

**El Dr. Villaruel** dice haber observado, hace dos años, otro caso de esta naturaleza, en que había 30 pulsaciones y ataques epileptiformes. En el curso de un mes de tratamiento específico los fenómenos pasaron completamente.

**El Dr. Márdones** dice que las bradicardias más peligrosas son las observadas en el curso de enfermedades infecciosas, debidas a embolias microbianas.

**El Dr. Fernández Peña** estima que, aunque no siempre los síntomas retrocedan por tratarse de procesos esclerosos, el tratamiento específico es de gran utilidad, pues impide que el proceso avance.

**El Dr. Fernández Peña** propone que sea aprobado el informe dado por una comisión de la Sociedad Médica a su trabajo sobre la Profilaxia de las enfermedades venéreas en el Ejército. Fué aprobado por aclamación.

En la segunda hora, el **Dr. Corona** lee un trabajo sobre metabolismo basal y su importancia clínica, especialmente en lo que se relaciona con las enfermedades de la nutrición y los trastornos endocrinos.

Se levantó la sesión.

#### SOCIEDAD DE CIRUGIA

Sesión del 10 de Diciembre de 1924

**El Dr. Zúñiga** lee un trabajo del Dr. De Ramón, de Antofagasta, sobre cuatro casos de cesárea abdominal. El relator aplaude el entusiasmo del Dr. De Ramón, pero no considera que sea preciso darle tanta extensión a la operación cesárea. Cree, en los casos referidos, que la versión, la cesárea vaginal y la epiziotomía hubieran sustituido con éxito aquella intervención.

**El Dr. C. Prado** dice que las observaciones anteriormente leídas indican un espíritu quirúrgico amplio. Cita a este respecto, la estadística de una clínica extranjera que ha operado 78 cesáreas en tres meses. La cesárea abdominal debe reservarse para los grandes centros en que se dispone de todo el material y de los elementos para ejecutarla.

**El Dr. León** lee un caso clínico del Dr.

**Morey**, de La Unión, en que la sintomatología hacía pensar en un absceso hepático. El tratamiento por la emetina no dió ningún resultado. La laparotomía revela una peritonitis tuberculosa generalizada. Se expone el peritoneo al sol y se cierra el vientre. El curso post-operatorio del enfermo ha sido bueno. Al tratamiento general se ha asociado la tuberculoterapia.

**El Dr. León** se extiende, en seguida, en consideraciones sobre el tratamiento de la peritonitis tuberculosa.

**El Dr. Lobo Onell** refiere el caso clínico de un enfermo de litiasis renal en que el cálculo ha podido eliminarse mediante el cateterismo ureteral. El paciente presentaba constantes hematurias y dolores poco intensos al costado derecho. Se pensó en un neoplasma renal. La radiografía reveló un cálculo por debajo de la última costilla derecha. Previa anestesia, se dejó una sonda a permanencia durante 48 horas. Dos días después se hace cateterismo, introduciendo sondas del número 12 al 16. Se le hace una inyección de glicerina en el uréter. En el intervalo se toman distintas radiografías que muestran el progresivo descenso del cálculo.

El enfermo regresa a su pueblo y a los pocos días expulsa el cálculo espontáneamente. Al terminar la relación del caso clínico, el **Dr. Lobo Onell** diserta sobre las indicaciones y las contraindicaciones del cateterismo ureteral.

El secretario general, **Dr. Covarrubias**, lee un trabajo del **Dr. Navarro** sobre "La Helioterapia en las tuberculosis quirúrgicas".

Sesión del 26 de Diciembre

**El Dr. Opazo** lee un caso de fractura de la base del cráneo. Se trata de un obrero que cae de un andamio de varios metros de altura. El examen físico muestra una herida contusa en el cuero cabelludo y pabellón de la oreja, paresia facial, reacciones pupilares alteradas, retención de orina, líquido céfaloraquídeo hemorrágico. El enfermo fallece. La autopsia informa una fractura independiente de la base. No había meningoencefalitis.

Al terminar la relación de la historia clínica, el **Dr. Opazo** se extiende en consideraciones sobre la rareza de las fracturas independientes de la base del cráneo.

**El Dr. Bisquertt** lee un trabajo del **Dr. Coutts** sobre tratamiento de las rupturas de la uretra por el método del **Dr. Cathelin**. El enfermo operado por este método había sufrido un arrancamiento de la uretra al hacerse una prostatectomía suprapúbica. Presenta retención de orina. Se le hace una talla suprapúbica. Pocos días después sufre la intervención dejándosele un beniquí en la uretra. El enfermo ha vuelto a orinar bien y se le ha aconsejado hacerse dilataciones para su restablecimiento definitivo.

Relata en seguida una observación personal de un enfermo que después de un traumatismo presenta grandes dolores al vientre y ve desarrollarse un tumor en la región infraumbilical. Fué operado de un quiste hemático. Las micciones son normales, la vejiga es sana. La pielografía revela una

gran cavidad en la pelvis izquierda. Se procede a la intervención. El riñón no se encuentra en su sitio normal. Se despega el peritoneo y se le viene a encontrar en la fosa iliaca íntimamente adherido a los vasos iliacos y a los tejidos vecinos. El **Dr. Bisquertt** manifiesta su extrañeza por no haber podido esta vez la pielografía hacer el diagnóstico de riñón ectópico.

**El Dr. Muñoz Pal.** Presenta un caso de herida a bala de la región externa de la rodilla, en que después de extraerse el proyectil se inmovilizó la articulación con un aparato enyesado. Cree que en toda artritis, sea esta traumática, tuberculosa o gonocócica, debe practicarse la inmovilización.

**El Dr. Bisquertt** cree que esta práctica no se puede extender a la artritis gonocócica.

**El Dr. Sierra** estima que lo dicho por el **Dr. Muñoz P.** coincide con las ideas clásicas antes de la guerra, pero que la contienda mundial, con su enorme experiencia, vino a demostrar que la movilización de la articulación desde los primeros días, daba resultados mucho mejores que los obtenidos con los antiguos procedimientos.

Respecto del tratamiento de la artritis gonocócica, está acorde con el **Dr. Bisquertt**, pues en los distintos casos en que ha intervenido, la incisión amplia seguida de la movilización progresiva, le ha permitido a la articulación conservar todos los movimientos.

**El Dr. Muñoz P.** dice que ha llegado a las conclusiones anteriormente emitidas después de muchos años de experiencia personal. Cree que en la artritis gonocócica la inmovilización por la extensión continua debe practicarse por el excesivo dolor que acusan los enfermos.

**El Dr. Petit** propone que el problema relativo al tratamiento de la artritis quede a la orden del día, y considera que sería conveniente que se dieran a conocer las estadísticas del caso.

Acto seguido da lectura a la memoria anual con que termina su presidencia.

#### SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRIA

Sesión de 11 de Diciembre de 1924

Presidencia del **Dr. E. Cienfuegos**

**Caso clínico.—Dra. Mayer.** Presenta un lactante de frente algo prominente, con la nariz algo deprimida en la base, con antecedentes específicos claros de parte de los padres, pero sin aumento de volumen del hígado ni del bazo, que presenta una descamación intensa de la piel con infiltración del dermis. El tratamiento específico instituido no ha tenido influencia sobre la afección de la piel.

**Dr. Ariztia.** Plantea el diagnóstico diferencial entre una eritrodermia descamativa y una dermatitis exfoliativa y recalca la importancia de este diagnóstico diferencial para el pronóstico del paciente, que es malo en esta última, siendo benigno en la enfermedad de Leiner. Su opinión personal es que se trata de una dermatitis exfoliativa o enfermedad de Ritter.

Dr. J. Schwarzenberg. Dice que ha oído al propio Leiner llamar la atención a la circunstancia de que no se haya tratado nunca de niños heredo-luéticos en los casos de eritrodermia descamativa presentados y cuyas observaciones él ha controlado, aun cuando no existe imposibilidad para que coexistan ambas afecciones.

Dr. Ariztia. Hace ver que en el caso actual no se ha establecido ciertamente si se trata o no se trata de un heredo-luético.

Tres casos de meningitis purulenta. — Dr. Baeza G. Lee la observación de tres casos de meningitis purulenta en que los exámenes bacteriológicos revelan la presencia de un microbio vecino al meningococo verdadero, pero que no da las reacciones de aglutinación ni de fermentación de los azúcares propios de este nuevo organismo. Hicé notar, además, las cantidades muy elevadas de glucosa que presenta el líquido céfalo-raquídeo, hecho que hablaría en contra de una meningitis cerebro-espinal meningocócica. El microbio no habría sido identificado en definitiva con ningún agente conocido.

Dr. Cienfuegos. Cuenta que le ha tocado ver con el Dr. Prof. Sanhueza, otros casos de meningitis purulentas en que también se ha encontrado un microbio indeterminado, semejante al de los casos anteriores. Piensa él en la posibilidad de que haya variantes raciales del meningococo de Weichselbaum, hecho que ya había sido notado en otros países americanos, y cree que en la práctica estos casos deben ser tratados como meningitis a meningococos verdaderos, por la suero-terapia.

Dr. Garcés. Dice conocer los casos a que se refiere el Dr. Cienfuegos, y agrega que ya ha sido identificado el microbio en cuestión como un pseudo-meningococo de *diplococcus flacus* III, cuyos caracteres biológicos son diferentes de los del meningococo verdadero y estima que no da resultados la suero-terapia específica en estos casos.

Un caso de prolapso rectal curado con inyecciones locales de leche. — Dr. J. Schwarzenberg. Refiere el caso de un niño que ha tratado de un prolapso rectal considerable con inyecciones de leche, hechas profundamente en el perineo, en la vecindad misma de la pared del recto. El resultado ha sido ampliamente satisfactorio y recomienda el procedimiento por su eficacia, y la facilidad para ponerlo en práctica. Respecto al mecanismo de acción del procedimiento, cree que se trata más bien de una acción local, que no sobre el estado general del paciente.

En seguida se pasó a oír una exposición que hace el Dr. Garcés sobre un proyecto aprobado ya por la Sociedad Médica, de formar una nueva Sociedad Médica de Chile, de la cual entrarían a formar parte las diversas sociedades actualmente existentes o que después se formaran, incluso la actual Sociedad Médica, que pasaría a ser Sociedad de Medicina Interna, etc. Invita a la Sociedad de Pediatría a pronunciarse sobre el particular.

Se produce acuerdo para que el Directorio de la Sociedad estudie el proyecto y proponga un temperamento a la asamblea general citada con ese objeto a una sesión próxima.

Sesión de 18 de Diciembre de 1924

Presidencia del Dr. E. Cienfuegos

#### Vacuno-terapia en las enterocolitis.

El Dr. Cienfuegos da la bienvenida al Prof. Dr. Luis Calvo Mackenna, primer Presidente y fundador de la Sociedad de Pediatría, que acaba de regresar de Europa.

Da lectura en seguida a cuatro observaciones de niños con enterocolitis aguda. Estos enfermitos presentaron el cuadro corriente de la enterocolitis, algunos con síntomas de acidosis. El examen de las deposiciones demostró la presencia de amebas, bacilos coli, perfringens, enterococos, etc. Todos fueron sometidos al tratamiento con la emetina, sin alcanzar la curación. En vista del fracaso de la emetina, se preparó una autovacuna, cuya aplicación produjo la curación rápida de los cuatro casos.

A propósito de estas curaciones, el Dr. Cienfuegos se extiende en consideraciones sobre el tratamiento de las enterocolitis. Demuestra que en la mayoría de los casos las amebas que se descubren en las deposiciones no son las causantes de la enfermedad, y así se explican los frecuentes fracasos de la emetina. Por lo demás, llama la atención hacia los peligros e inconvenientes de la emetina prolongada demasiado tiempo. Insiste en que el cambio de régimen alimenticio en estos casos no es esencial, por cuanto la causa de la enfermedad es la infección. En ninguno de los cuatro casos curados que presenta hubo necesidad de alterar el régimen habitual de los enfermitos. Hace notar, por fin, que los síntomas de acidosis desaparecieron con las primeras inyecciones de autovacuna.

A propósito de esta comunicación se siguió una interesante discusión sobre el tratamiento de la entero colitis y la patogenia de la acidosis. Hicieron uso de la palabra los doctores Calvo Mackenna, Sanhueza, Patiño y Fontecilla.

En seguida se entró a tratar del proyecto de la Sociedad Médica de Chile de que damos cuenta en otra sección.

## ANEMIA DE LOS BRIGHTICOS

La palidez de los brighticos no está necesariamente en relación con un estado anémico; sin embargo, en un considerable número de casos, el examen de la sangre muestra que se trata de una anemia notable, algunas veces de una anemia grave, del tipo pernicioso.

Esta anemia, cuyo mecanismo ha sido muy discutido, puesto que en casos parecidos se ha atribuido la disminución de los glóbulos rojos a una verdadera dilución sanguínea, no se ve en todas las formas de nefritis crónica: en la nefritis albuminosa simple, la sangre es normal; es igualmente nor-

mal, casi siempre, en la nefritis hipertensiva (algunas personas atacadas de esta afección son aún pletóricas); en la nefritis hydropígena la palidez es casi constante y la anemia es más frecuente sin revestir, por lo demás, el tipo pernicioso. En la nefritis azotémica, por el contrario, la anemia parece relativamente frecuente, como lo hemos señalado con Yacoel: en efecto, examinando la sangre de cierto número de brighticos azotémicos y no azotémicos, hemos encontrado, generalmente en los primeros, una cifra globular inferior a 3 millones, y descendiendo aún a 900 mil en un caso de anemia del tipo pernicioso; en tanto que en los segundos, la anemia era rara y poco pronunciada, a pesar de la presencia de edemas. Recientemente, Berg (de Nueva York), llega también a esta conclusión: que las anemias graves de los nefríticos se ven casi exclusivamente en los enfermos azotémicos.

La forma común de la anemia de los brighticos es casi siempre desconocida, siendo la palidez y la disnea atribuidas al brightismo: la cifra globular está entre 2 y 3 millones, el valor globular es sensiblemente normal; a los síntomas de la nefritis se unen soplos cardíacos y yugulares; no se constata fenómenos hemorrágicos.

La anemia perniciosa de los brighticos no se ve más que en la nefritis azotémica sin edemas, pero con hipertensión habitual.

Permanece desconocida durante largo tiempo hasta el día en que la intensidad de la palidez hace efectuar un examen de la sangre que muestra una cifra globular al rededor de 1.500.000; el valor globular es, generalmente, elevado. La cifra leucocitaria es alrededor de la normal, a menudo disminuida. La fórmula leucocitaria muestra una fuerte polinucleosis (sobre el 80%) sin mielocitosis, y a menudo, sin eosinófilos. Los glóbulos nucleados generalmente faltan. Las lesiones globulares son muy marcadas. Existen perturbaciones de la coagulación, y particularmente un aumento del tiempo de desangramiento, que explican los fenómenos hemorrágicos concomitantes.

Los fenómenos brighticos más notables que acompañan a esta anemia, son: la hipertensión máxima y mínima, la hipertrofia cardíaca con o sin ruido de galope, bastante a menudo la pericarditis, la disnea "sine materia", debida en su mayor parte a la uremia, pero también a la anemia, la retinitis hemorrágica y el entorpecimiento. La dosificación de la urea sanguínea muestra cifras generalmente superiores a 2 grs., y el examen refractométrico del suero muestra que no hay dilución sanguínea.

Esta anemia grave viene a apresurar la evolución de la nefritis: la supervivencia no es, en general, más que de algunas semanas, pues esta anemia afecta casi el carácter de la anemia aplásica, pues la médula ósea reacciona mal y no puede reemplazar los glóbulos destruidos; por otra parte, el régimen pobre en ázoe y en hierro, al cual están casi siempre sometidos estos enfermos, es absolutamente desfavorable para la renovación sanguínea.

Ch. Aubertin.