

9

CONTRIBUCION

AL TRATAMIENTO CLINICO DE LOS

ANEURISMAS DE LA AORTA

POR LAS

INYECCIONES DE SERUM JELATINOSO

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA DE PRUEBA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA I FARMACIA DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE

POR

Jesuro Iraoz Parrain



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

IMPRESA I ENCUADERNACION AURORA

196, Nataniel, 196

1901



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



CONTRIBUCION

AL TRATAMIENTO CLINICO DE LOS

ANEURISMAS DE LA AORTA

POR LAS

INYECCIONES DE SERUM JELATINOSO

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA DE PRUEBA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA I FARMACIA DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE

POR

Jeluro Iraos Carrain



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA I ENCUADERNACION AURORA

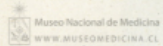
196, Nataniel, 196

1901



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



DEDICATORIA



A mis distinguidos profesores de Clínica Quirúrgica i Médica respectivamente, doctores

Museo Nacional de Medicina

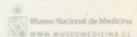
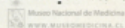
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Manuel Barros Borgoño

y

Daniel Garcia Guerrero

como una débil muestra de la inmensa gratitud que les adeuda

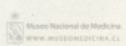
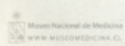
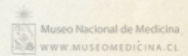


El Autor.



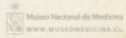
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

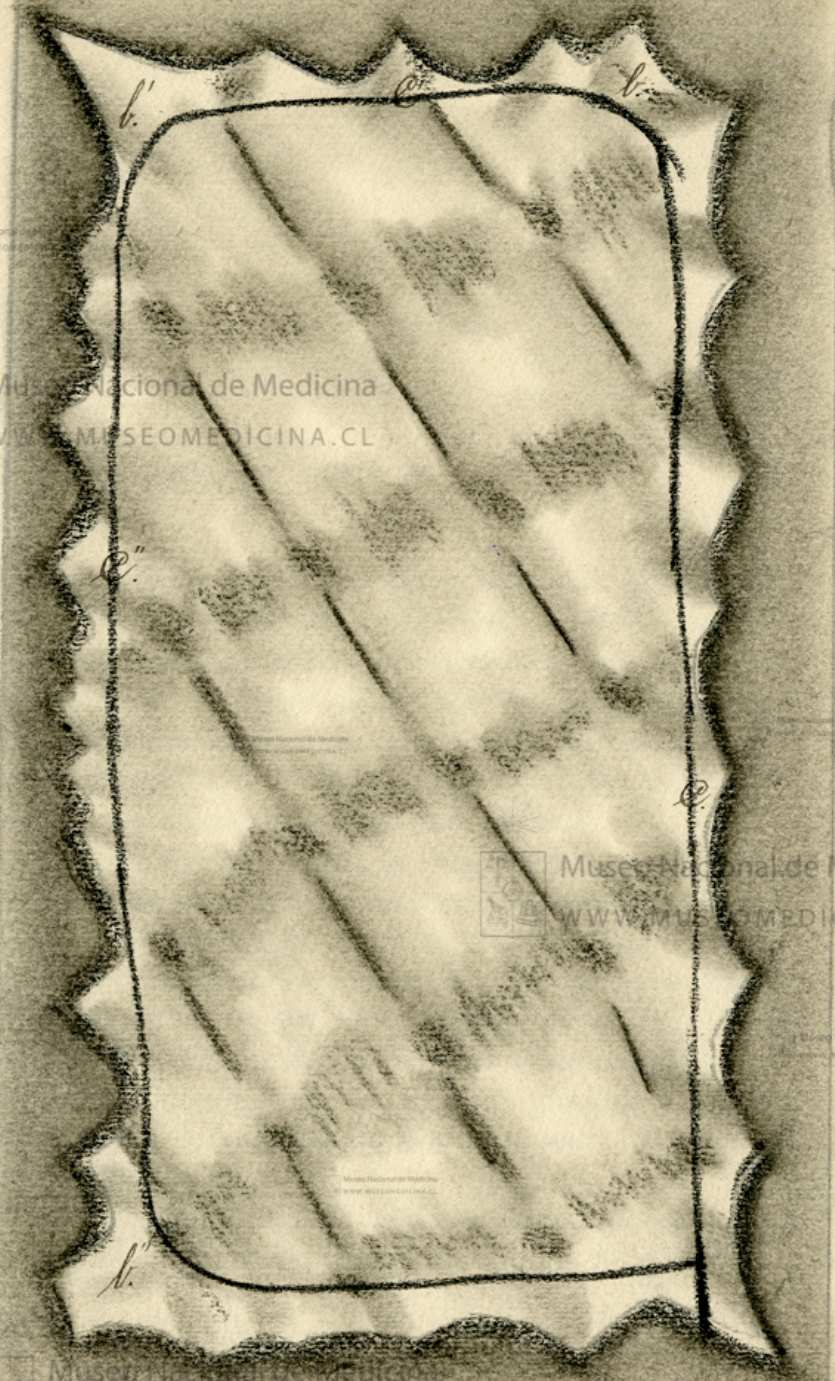


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Plamina I.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

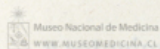
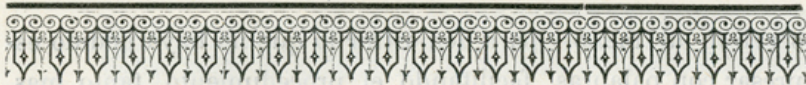
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

HONORABLE COMISION:

El tratamiento por las inyecciones de jelatina, de los aneurismas inoperables indicado por Lancereau i Paulesco, se discute actualmente en la Academia de Medicina de Paris. Existen importantísimas relaciones de estos distinguidos profesores en que han dejado plenamente demostrada, con pruebas clínicas experimentales, la eficacia de las inyecciones de jelatina en el tratamiento de los aneurismas de la aorta.

Al emprender este trabajo, con observaciones propias, realizadas en enfermos de diagnóstico tan fácil como claro i ante la evidencia de los hechos, es mi propósito contribuir con mis modestas esperiencias al afianzamiento de tan importante cuestion clínica, i a fin de que mi labor cuente con la mayor originalidad posible, me limitaré a hacer una relacion detallada de las observaciones que pude recojer en el transcurso de dos años en las clínicas de los profesores Barros Borgoño, Carvallo Elizalde i García Guerrero.

Séame tambien permitido intercalar las láminas que acompaño, pues, si bien, ellas no tienen otro valor que la originalidad



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

serviran al mélos, para demostrar lo que no haya podido expresar con palabras, facilitando el procedimiento, tanto mas, cuanto que estimo que los S.S. médicos tendran, probablemente, en su práctica profesional, que recurrir mas de una vez a este tratamiento, dada la frecuencia con que suele presentarse la afeccion que con él tan eficazmente se combate.

Aprovecho esta ocasion para expresar mis agradecimientos a los S. S. jefes i ayudantes de dichas clínicas quiénes se dignaron proporcionarme toda clase de facilidades para ejercitar mis experiencias.

No podria terminar sin dejar constancia de una especial gratitud que debo al jefe de la clínica del profesor Carvallo, en ese entónces el distinguido doctor Gregorio Amunátegui, a su digno ayudante, doctor señor Luis Godoi i al estimado amigo, interno de esa clínica, señor Liborio Sánchez, quienes sin que me hubiera cabido la honra de ser alumno de su clínica, se dignaron atenderme con la misma esquisita amabilidad que lo hiciera el digno personal de las clínicas a que tuve el honor de pertenecer en calidad de alumno.

Santiago, Agosto 20 de 1901.

A. ARAOS Y LARRAIN.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

INTRODUCCION

Mi distinguido maestro de Clínica Quirúrgica, Dr. Barros Borgoño, en una de las sesiones del mes de Agosto de 1899, con motivo de la presentación del caso de la observación núm. 1, recomendó el procedimiento ideado por los Dres. Lancereaux i Paulesco de la Academia de Medicina de Paris, en el tratamiento de los aneurismas de la aorta. Este consistiría en inyectar subcutáneamente la solución siguiente:

Jelatina fina..... 4 a 5 grs.
Solución normal de sodio..... 200 »

M. Se calienta a 38° en un balón esterilizado i se introduce en el tejido celular subcutáneo, en el espacio de 15 minutos, previa desinfección de la piel. Esta operación se repite cada 6 u 8 días.

Mientras dure el tratamiento se aconseja al enfermo el reposo

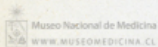
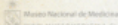
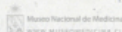
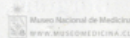
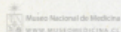
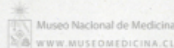
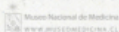
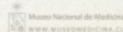


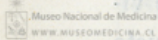
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

i evitar las compresiones o el masaje de las paredes del saco aneurismal, al menos durante los 3 o 4 primeros días que siguen a cada inyección.

El sitio en que esta deba practicarse no es fijo. El operador podrá elegir el que mas le acomode; cuidando que no sea muy distante del tumor aneurismal, que la actividad circulatoria i el número de linfáticos en ese punto sean garantía suficiente para una regular i lo mas completa absorción posible.

Las precauciones que habria que tomar en cuenta no son otras que las observadas en la práctica de las inyecciones hipodérmicas en jeneral: evitar las picaduras de venas i de nervios subcutáneos, etc.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



RELACION

I

Elementos necesarios para la inyeccion.—Jelatina fina; Serum artificial; Matraz; Aparato inyector.

Jelatina.—La que debe emplearse es la que se halla en el comercio dispuesta en hojas finas, de un blanco amarillento, brillantes, ligeramente transparentes, de 0. 18 mts. a 0. 20 mts. de largo por 0. 06 mts. ú 0. 08 mts. de ancho, con bordes gruesos, sinuosos, bastante duros i quebradizos. La lámina I representa una de estas hojas, sin la línea oscura, b, b' i b'', mirada de frente i de un tamaño natural.

Serum artificial.—Es la mui conocida solucion normal de sodio al 7/00. La misma preparacion que con tanta frecuencia se emplea en las hipodermoclasis.

Matraz.—Elemento tambien suficientemente conocido para que nos sea permitido ahorrar una descripcion. Creo, si, neces



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

sario advertir que la capacidad del matraz deberá ser mayor, por lo ménos en el doble, que la cantidad de solución que se emplee, porque cuando la preparación entra en ebullición se sube i habría que perder toda aquella parte que no pudiese ser contenida en la vasija.

Aparato inyector.—Consta de un frasco de cristal o de vidrio A (lámina III) de paredes gruesas i resistentes, provisto de una tapa cónica de goma, con dos agujeros destinados a dar paso a los tubos de vidrio B i C, encorvados por uno de sus extremos. El mas corto, B, sirve para conducir el aire al interior del frasco; el otro mas largo, C, llega hasta el fondo i deja pasar la solución durante la inyección.

El cuello del frasco se halla también provisto de un anillo o cadena de metal, D, con dos dependencias situadas en los extremos de un mismo diámetro, destinadas a sostener fuertemente la tapa e impedir se escape el aire del interior del frasco mientras funciona el aparato. Una de estas dependencias, en forma de cadena, pasa por encima de la tapa para enganchar con la del lado opuesto, en forma de apéndice ligeramente encorvado por su extremo libre.

Los tubos B i C se continúan hacia afuera con los de goma B' i C', respectivamente, éstos se hallan divididos en dos porciones separadas por los tubitos de vidrio b i c de 0 mtrs. 04 a 0 mtrs. 06 próximamente. El primero contiene un pequeño trozo de algodón con el objeto de filtrar el aire que va a ponerse en contacto con la superficie del líquido, afianzado por un hilo al extremo derecho del tubito, a fin de que no sea arrastrado por el aire en la dirección de la corriente i espulsado al interior del frasco. El segundo está destinado únicamente a permitir ver el pasaje de la primera burbuja de aire que penetra por el tubo C después de haberse concluido la solución. Fácilmente se comprende el resultado a que arribaríamos en





la práctica sin esta precaucion: o nos veríamos espuestos a inyectar aire al enfermo o bien tendríamos, para evitar este inconveniente, que perder, sino toda, gran parte, al ménos, de la solucion que es capaz el tubo C'.

Por fin, la última porcion de los tubos B' i C' se termina respectivamente, en una pera insufladora P, i en una aguja G de 0.07 mtrs. a 0.09 mtrs. de largo.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

II

Procedimiento.—Antes de todo es conveniente eliminar por un corte de tijeras c, c', c'' (lámina I) los bordes b, b', b'' de las hojas de jelatina que deberán emplearse en la disolucion. Estos bordes son mui dificiles para disolverse i se reducen a partículas pequeñas que, depositándose en el fondo del matraz, mientras se calienta la solucion, corren el riesgo de quemarse. La cantidad de jelatina que se pierde en esta operacion es insignificante en cambio del tiempo que se ahorra i del peligro de perder la preparacion que se evita.

Así preparadas las hojas de jelatina se pesa la cantidad que se ha de emplear para la inyeccion.

La dosis que regularmente he empleado, ha sido de 4 gramos i mas de 4 gs. sin llegar a 5 gs., con resultados siempre iguales; una sola vez inyecté 5 gramos, mas, como ocasionara al paciente mayores molestias que las provocadas con las dosis anteriores, no intenté repetirla.

Antes de depositar la jelatina dentro del matraz se lava cada hoja por separado con el fin de despojarlas de una película mui fina que, en gran cantidad, se halla adherida a la superficie, a la vez que de otros cuerpos estraños que se depositarian en el fondo de la preparacion, obligando a perder una buena parte



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

de ella. Despues de esto la jelatina se hace blanda, flexible i elástica. Se da a cada hoja varias vueltas en espiral i en la direccion de su eje mayor; se juntan sus estremos i se introduce al matraz.

La lámina II nos representa en A i en B las dos últimas disposiciones que se hace tomar a la jelatina inmediatamente ántes de ser introducida en el matraz M.

Este procedimiento tiene por único objeto facilitar la introduccion de la jelatina dentro del vaso. Una vez introducida, se vierte sobre ella la cantidad de solucion normal de sodio que deberá emplearse.

Es conveniente, no estaria demas advertirlo, respetar el órden que queda establecido para la introduccion de las sustancias dentro de la vasija, porque ocurre, a menudo, que no obstante las precauciones que se toman, la jelatina suele quedar adherida a las paredes del cuello del matraz, circunstancia que se subsana mui fácilmente en el momento mismo en que se vierte la solucion, haciendo descender la jelatina al fondo de la vasija.

La cantidad de serum artificial que he empleado normalmente ha sido de 210 gramos. De estos, 10 gramos se pierden, mas o ménos, del modo siguiente: 3 gramos quedarian en el matraz, despues de haber vaciado la preparacion al frasco del aparato inyector, conteniendo cuerpos estraños que han quedado, aun, despues de las precauciones tomadas; de los 7 gramos restantes, una parte sale por la aguja cuando se espulsa el aire del interior del aparato, en el momento ántes de practicar la inyeccion; otra parte queda en el fondo del frasco, despues de practicada la inyeccion, i la última, por fin, queda en la porcion del tubo C', entre el tubito de vidrio c i la aguja.

Una vez preparado el matraz con los elementos de la preparacion, se le someterá a la accion de un fuego lento, sirvién-



donos para ello de la llama de una lámpara de gas o de alcohol que obre directamente sobre una esterilla de alambre fino en la que deberá descansar el matraz. Hai que impedir que la jelatina se precipite i se mantenga en contacto con el fondo del vaso para evitar que se queme, lo que se consigue ajitando repetidas veces el matraz, de manera que la preparacion permanezca constantemente en movimiento, hasta obtener la disolucion completa.

La preparacion se calienta hasta la ebullicion, la que deberá mantenerse por espacio de dos a tres minutos, tiempo suficiente para conseguir su esterilizacion, pues, habiéndolo así practicado, jamás he tenido el menor indicio de infeccion en ninguno de los casos que he tratado. Antes que el líquido entre en ebullicion se habrá tenido cuidado de colocar en la boca del matraz un tapon de gasa, dispuesto de tal manera, que permita la salida de los vapores que se desprenden del líquido, a medida que la accion del calor avanza, e impida que las impurezas del aire se pongan en contacto con la superficie de la solucion. El tapon no deberá ser de algodón porque, despues de estraido, toda la superficie que se hallaba en contacto con las paredes del cuello del vaso, queda adherida, siendo luego incorporada a la preparacion en el momento en que ésta se vacia al frasco.

Luego que la ebullicion se suspende, se deja la preparacion en absoluto reposo, por espacio de quince a veinte minutos, próximamente, a fin de dar tiempo que se precipiten al fondo del vaso los cuerpos estraños procedentes de lo jelatina i que no fueron eliminados por el lavado.

Este es el tiempo que he aprovechado siempre para tomar temperatura al enfermo, desinfectar la piel del sitio en que se haya de practicar la inyeccion, como tambien el aparato in-



yector i todo cuanto habrá de ponerse en contacto con la preparacion o con la piel del sitio elejido.

Así preparado todo convenientemente, se vacía, con cuidado, el contenido del matraz en el frasco del aparato; se gradúa la temperatura del líquido con un termómetro de baño; cuando ésta ha bajado a 38° se tapa el frasco; se confía el aparato a un ayudante; el operador desinfecta nuevamente sus manos, toma la aguja i la coloca en el extremo libre del tubo C'; hace que el aparato funcione para espulsar el aire; permite que salga una pequeña cantidad de líquido, que se ha enfriado al atravesar los tubos conductores; ordena al ayudante que comprima con el pulgar i el índice de una de sus manos el tubo de goma C' para impedir que el líquido continúe saliendo; forma, con su mano izquierda, un pliegue en la piel de la rejion desinfectada, i con la derecha introduce, rápidamente, primero una parte de la aguja i despues, con cuidado, el resto; hace cesar la compresion en el tubo, dejando libre paso al líquido que va a depositarse en el tejido celular subcutáneo, i dispone que el ayudante continúe haciendo funcionar el aparato, de manera que la preparacion se mantenga siempre a una presion conveniente.

Este tiempo es algo penoso para el enfermo; determina dolor con sensacion de desgarradura en el sitio mismo de la inyeccion.

Algunos aconsejan cambiar, por dos o tres veces, la direccion de la aguja, durante la operacion, con el objeto de evitar el dolor que provocaria la distension mas o ménos brusca i considerable de los tejidos, dejando que toda la solucion penetre por un solo punto, circunstancia que determinaria, ademas, el reflujo del líquido hácia afuera, por el orificio de entrada de la aguja.

Esta práctica seguí yo tambien al principio de mi trabajo,



pero hube de abandonarla luego, en vista de los sufrimientos que ella importaba a los enfermos quienes pedian se les eximiera de los cambios de sitio de la aguja, prefiriendo soportar mil veces, decian, el dolor que determina la distension de los tejidos ántes que el provocado por los movimientos de la aguja.

En tal emergencia me cupo la suerte de ver desaparecer en mucha parte estos inconvenientes, adoptando la aguja cuyas dimensiones he dejado ya apuntadas i aplicando *loco dolente* compresas húmedas calientes repetidas. Con lo primero se consigue evitar el refujo de la solucion hácia afuera; con lo segundo la absorcion se hace mas rápida por el grado de congestion local que se produce; los tejidos se ponen mas blandos, fácilmente dilatables i consecutivamente se atenúa considerablemente el dolor. Para evitar repeticiones, debo decir aquí que éstas han sido las razones que me han inducido a colocar siempre, despues de cada inyeccion, una curacion húmeda que renuevo al día siguiente. Estas mismas precauciones me han permitido tambien, sin inconveniente alguno, practicar las inyecciones en ménos tiempo (6 o 10 minutos).

Inmediatamente que se ve pasar la primera burbuja de aire por el tubito e' deberá suspenderse la operacion, haciendo que el ayudante mueva la tapa del frasco para permitir que el aire se escape. El operador retira, entonces, rápidamente la aguja, dejando colocado el índice izquierdo sobre el orificio que queda mientras el ayudante prepara una telaem-plástica que deberá reemplazar al dedo.—En seguida, curacion húmeda.—Esta operacion se repite cada 7 dias.—El tiempo que exige toda la operacion es de una hora a hora i media, próximamente. Las paredes abdominales i las paredes laterales del torax han sido los únicos sitios que he elejido para practicar las inyecciones.

¿No se abreviaría esta operacion reemplazando el frasco del



aparato inyector por el matraz en que se prepara la solución, es decir, colocar la tapa de goma T (lámina III) con sus tubos i anexos, en la boca del matraz que contiene la preparación i practicar la inyección en seguida? Evidentemente, i este fué el procedimiento que empleé en las primeras inyecciones. Pero las paredes del matraz no resistían siempre a la presión que era necesario emplear i en tres ocasiones distintas estallaron no sin peligro para el enfermo, operador i ayudante. Esta circunstancia me hizo abandonar el empleo del matraz i recurrir al del frasco. El representado en la lámina III es el que me ha servido en todas las inyecciones que he practicado después del último accidente ocurrido con el empleo del matraz.

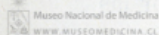
RESUMEN

Para mayor claridad, i a fin de hacer mas practicable este procedimiento, podríamos considerarlo dividido en varios tiempos: 1.º seccionar los bordes de las hojas de jielatina; 2.º pesarla; 3.º lavarla; 4.º lavar el matraz; 5.º introducir la jielatina en su interior; 6.º adicionarle la solución normal de sodio; 7.º colocar el matraz a la llama, sobre una esterilla de alambre; 8.º ajitarlo repetidas veces hasta la disolución completa de la jielatina; 9.º tapon de gasa al matraz; 10. quitar la llama después de 2 a 3 minutos de ebullición; 11. temperatura del enfermo; 12. desinfección de la aguja; 13. del operador; 14. del aparato inyector; 15. del enfermo; 16. vaciar la solución al frasco; 17. desinfección del termómetro de baño; 18. temperatura de la preparación; 19. tapar el frasco i confiarlo a un ayudante; 20. colocar la aguja; 21. espulsar el aire





de los tubos conductores del líquido; 22. suspender la salida del líquido, mientras se introduce la aguja; 23. pliegue de la piel e introducción de la aguja, 24. compresas húmedas calientes; 25. destapar el frasco; 26. extraer la aguja i colocar telaemplástica; 27. curación húmeda.



III

Además del dolor local que provocan las inyecciones de jela-
latina, determinan también un estado febril que tiende a ir de-
sapareciendo a medida que el tratamiento avanza, llegando a
ser, al fin de cierto tiempo, nulo o casi insignificante. Los cua-
dros de temperaturas e inyecciones que acompañan al fin de ca-
da experiencia, arrojan suficiente luz a este respecto, muy en
especial los núms. 1, 2 i 5.

El acceso febril sobreviene media hora a una hora después
de practicada la inyección i dura, término medio, 10 a 14 ho-
ras. La temperatura que regularmente se observa, siempre
que la inyección se practique en buenas condiciones, es de 38°
a 38°.5 grados. Las que en los cuadros aparecen por encima
de 38°.5 grados son determinadas por circunstancias especia-
les: resfriados, descuidos en la alimentación o desinfección in-
testinal, etc.; estas mismas circunstancias hacen también que
el acceso febril se prolongue.

De manera que el alza de temperatura producida por las
inyecciones de jela-
latina, que se practican conforme a ciertas
prescripciones establecidas, es muy soportable i en ningún caso
debería ser considerada como inconveniente para la práctica de
un procedimiento tan benéfico.

Suele, con alguna frecuencia, resultar en el sitio mismo en
que se practica la inyección una especie de nudosidad doloro-
sa a la presión, resistente i dura, de duración variable, demora



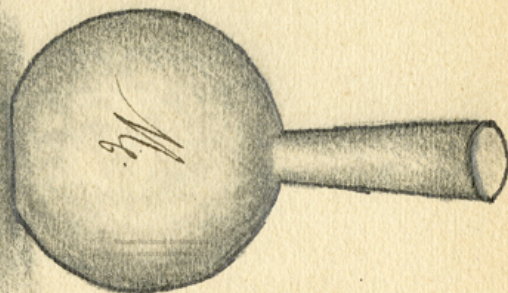


Lamina II.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

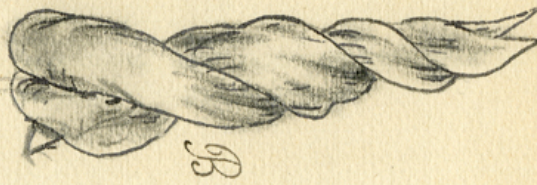
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL




Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

hasta ocho i mas dias en desaparecer; las curaciones húmedas tienen una influencia eficaz.

El contenido de estos pequeños tumores es de jelatina que no ha sido aun absorvida, como tuve ocasion de verlo en un enfermo de la sala de San Carlos, (H. de S. V. de P.) del que nos ocuparemos mas adelante, que, sometido al tratamiento por las inyecciones de jelatina, murió en plena asistolia al 5.º dia de la 3.ª inyeccion, en cuyo sitio se habia formado una de estas nudosidades que fué abierta en el momento de la autopsia.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

IV

El régimen alimenticio es importantísimo en el tratamiento de esta clase de afecciones; el mejor es el lácteo absoluto o mitigado. Es necesario, por una buena higiene, evitar las causas capaces de oponerse a la coagulacion sanguínea; la mas peligrosa de ellas es la hipertension arterial; conviene suprimir las sustancias alimenticias abundantes en toxinas, cuidar de la desinfeccion intestinal, etc. Esto es en cuanto a los cuidados jenerales que conviene observar. Por lo que respecta a los locales, hai que evitar las compresiones i el masaje sobre las paredes del saco aneurismal, al menos durante el primero i segundo dia despues de la inyeccion.

No se deberá, por tanto, permitir exámen local alguno del enfermo en este período de tiempo.

Se recomendará al paciente permanecer en cama durante los cuatro primeros dias que siguen a cada inyeccion; se prohibirá en absoluto el ejercicio acelerado, los esfuerzos, etc.

Es conveniente preparar al enfermo para la inyeccion. Esta preparacion consiste en evacuar i desinfectar el intestino el dia que prece le a la inyeccion, lo que se consigue administrando un calomelano que reúne las dos cualidades, evacuan-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

te i desinfectante a la vez, seguido de un salino. Esta no deberá hacerse ántes que hayan trascurrido tres o cuatro horas, a lo ménos, despues que el individuo ha comido. De este modo se atenúan considerablemente los efectos del período febril que sigue a la inyeccion, la temperatura rara vez pasa de 38° i la duracion del acceso es mucho mas corta. Por el contrario, siempre que se ha desatendido la desinfeccion i evacuacion del intestino, como tambien los cuidados en la alimentacion, particularmente en individuos estreñidos, dispépticos, etc. es que hemos observado las temperaturas mas altas i la mayor duracion del acceso febril, de que hai constancia en los cuadros adjuntos. Pero nada mas funesto, para esta clase de enfermos, que la accion del frio! Nunca el médico creerá haber recomendado lo suficiente a sus enfermos evitar los resfrios! El caso desgraciado que registra la observacion num. 7, fué debido, a mi juicio, a un resfrio: La noche del 9 de Abril quedó abierta una de las ventanas de la sala que daban frente a su cama, esa misma noche el enfermo comenzó a sentir lijeros escalofrios, malestar jeneral i cierto grado de depresion, al dia siguiente se levanta, creyendo que con esto conseguiria disipar un tanto su malestar, pero luego nota que su estado se agrava i dos horas mas tarde vuelve a la cama para no volverse a levantar jamás (ob. núm. 7, páj.)

En muchas otras ocasiones he tenido oportunidad de ver la influencia funestísima que ejercen los resfrios sobre esta clase de afecciones, particularmente en aquellas que tienen su asiento en la aorta torácica, parece que tuvieran una accion deprimente mui especial sobre el sistema nervioso de estos enfermos, que caen en un estado depresion i de abatimiento profundo, con exacerbacion de todo el síndrome clínico de los aneurismas aórticos con predominio de aquellos síntomas que permiten apreciar con mayor o menor exatitud el sitio preciso



del tumor. Por lijero que sea el resfrio, crea siempre a los enfermos una situacion alarmante con tendencia al colapso.

V

Observacion N.º 1

SALA SAN EMMETERIO.—CAMA N.º 8.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

(Clínica del Profesor Barros Borgoño.)

Ramon C... de 40 años, natural de Aconcagua, partidor de leña, soltero, ingresó a la clínica el 22 de Julio del año 1899.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Sin importancia; hijo de padres sanos que han muerto a una edad avanzada, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES.—El año 77, (a los 18 años) tuvo viruela; el 78, chancero indurado, dolores osteócopos con exacerbaciones nocturnas, lijera caída del pelo; el 79, abceso hepático, operado en el hospital de San Felipe; el 83 disenteria.

ENFERMEDAD ACTUAL.—El 89 sufrió un traumatismo, cayendo de un barranco cuya altura i rejiones del cuerpo contundidas es incapaz de apreciar a causa del grado de embriaguez en que se hallaba. Al siguiente dia del accidente notó en el flanco izquierdo, en la rejion de las falsas costillas, al nivel de la línea axilar, un dolor bastante marcado, permanente, con irradiaciones a la rejion lumbar i sacra, i hácia adelante al epigastrio; la tos, el estornudo i los esfuerzos lo exacerbau; la compresion proporeciona un gran alivio, el que se procura el enfermo recostándose sobre el costado izquierdo i comprimiendo con sus manos la rejion dolorosa.

En los primeros dias del mes de Junio del año 99 el dolor



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



se hace mui intenso, la compresion no tiene ya tanta influencia sobre él; sobrevienen crisis gástricas despues de las comidas; dolores, náuceas, vómitos, etc.; sensacion de hielo a las estremidades inferiores; pérdida de las fuerzas, malestar jeneral. Todo lo cual induce al enfermo a ingresar al hospital.

Durante los diez años de sufrimientos que han trascurrido, el paciente ha frecuentado varios hospitales i tratado por distintas afecciones de diferentes órganos: estómago, columna, etc., sin resultado. Cuando logró conseguir algun alivio, dice, fue una época en que estuvo sometido al tratamiento del yoduro de potasio a altas dosis.

EXAMEN OBJETIVO.—*Inspeccion.*—Individuo que representa 50 años, bien constituido, panículo adiposo poco abundante, músculos bien desarrollados, pelo escaso i cano, dentadura mui incompleta, arterias temporales prominentes i flexuosas, latidos arteriales en el cuello, venas dilatadas. La punta del corazon se vé latir al nivel de 6.º espacio intercostal izquierdo, por fuera de la línea mamilar. Latidos isócronos con los de la punta del corazon se observan en la rejion del epigastrio, mas pronunciados al nivel del hipocondrio izquierdo, entre la línea media i las costillas falsas. Tumefaccion dolorosa al nivel de la rejion sacro-lumbar izquierda. Si se ordena al enfermo tomar algun objeto pequeño, colocado previamente en el suelo, sin flectar las rodillas, inclina todo el tronco en masa, conjuntamente con la pelvis, apoyando las manos sobre sus rodillas.—*Palpacion.*

Arterias radiales duras i flexuosas, pulso fuerte, irregular, arritmico. En el hipocondrio izquierdo se nota la existencia de un tumor del tamaño de una cabeza de feto, de superficie lisa, regular, renitente, animado de *latidos* i movimientos de *expansion* isócronos con los del pulso radial. Lijero *retardo* del pulso femoral respecto del radial.—*Percusion.*—Macidez en toda la rejion ocupada por el tumor.—*Auscultacion.*—*Soplo* inter-



mitente sincrónico con el sístole cardíaco, mui fácil de percibir al oído desnudo sin ayuda de estetoscopio.

EXAMEN SUBJETIVO.—El enfermo acusa un dolor, agudo, permanente, en la rejion del hipocondrio izquierdo, correspondiendo hácia atrás al nivel de la 12.^a vértebra dorsal i 1.^a lumbar, con irradiaciones paroxísticas en cintura, los movimientos, particularmente los de flexion del tronco, lo exacerban. La posicion en que suele el enfermo encontrar mas alivio es la genu-pectoral o la genu-cubital, siendo, por tanto, éstas las que regularmente adopta en la cama. Hallándose de pié solo encuentra alivio permaneciendo en la actitud en que se coloca para tomar los objetos del suelo. Tiene sensacion de frio en las estremidades inferiores, hormigueos, calambres, debilidad muscular, no puede permanecer mucho tiempo de pié, se le doblan las piernas. El apetito es malo, sufre insomnios.

DIAGNOSTICO.—Aneurisma de la aorta abdominal.

TRATAMIENTO.—Inyecciones de serum jelatinoso.

Marcha de la afeccion

Desde el 1.^o de Septiembre, 2.^o dia de la 1.^a inyeccion, el paciente acusa algun alivio que, acentuándose paulatinamente, se constituye ya en notable mejoría el 29 del mismo mes, 2.^o dia de la 5.^a inyeccion. La noche del 28, dice el enfermo haber pasado mui bien; ha dormido bastante, mas de 7 horas consecutivas, i puede descansar en el lecho en cualesquiera posicion. Se siente mui animado i cree contar con fuerzas suficientes para andar. Localmente solo acusa dolor insignificante en la rejion del tumor, i ya los movimientos no tienen la menor influencia sobre él.

El 2 de Octubre se levanta; practica ejercicios moderados sin dificultad. Por el exámen físico, practicado ese dia, se com-





probó una atenuación notable de los primeros signos: latidos, soplo, expansión, etc.

En los días subsiguientes continúa levantándose; practica también ejercicios moderados como en el primer día, sin el menor inconveniente, hasta el día 5, fecha de la 6.^a inyección, después de la cual permanece cuatro días en cama, levantándose los siguientes hasta la 7.^a, i así sucesivamente: *permanece en cama los tres primeros días que siguen a cada inyección*, levantándose los subsiguientes, hasta la próxima.

La mejoría continúa acentuándose.

El 3 de Noviembre, 2.^o día de la 10.^a inyección, el enfermo cree hallarse completamente bueno; dos días más tarde se levanta i ejecuta movimientos sucesivos de *flexión* i *extensión* de la columna, los que practica con toda facilidad i precisión. El mismo día (6 de Noviembre) fué sometido a un nuevo exámen que dió el siguiente resultado; *Inspección*.—*No existen ya los latidos* de la pared abdominal al nivel de la región del tumor.—*Palpación*.—Tumor del tamaño de un huevo de gallina, *duro*, liso, regular, animado de latidos que *ejecuta en masa*, sin movimientos de *expansión* apreciables.—*Auscultación*.—Pequeño soplo, suave, *difícil de percibir* al oído desnudo.

El 18 de Diciembre, 4.^o día después de la 15.^a inyección, en un exámen practicado nuevamente, se constató una *regresión* bien marcada de los signos comprobados por el exámen precedente; el tumor *completamente duro* se había retraído bastante; el soplo *inapreciable* al oído desnudo, solo se pudo constatar con ayuda del estetoscopio, de una intensidad más o menos igual a la percibida en el exámen anterior sin el empleo del instrumento.

La inyección 16.^a le fué administrada el 23 de Diciembre, dieciséis días después de la precedente. Igual cosa ocurrió con las siguientes hasta la 21.^a (c. n.^o 1), que es decir, fueron hechas



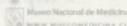
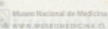
con intervalos mucho mas largos que los de regla.

Llamó la atencion, en este último periodo, la temperatura de la tarde del dia de la inyeccion, que, despues de la 17.ª in- clusive, nunca subió a mas de 37.º3.

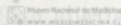
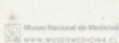
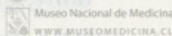
El 16 de Abril de 1900, cuatro dias despues de la última in- yeccion, toma a su cargo el servicio de mozo en una sala del hospital; puesto que desempeña satisfactoriamente durante cinco meses i dias, hasta el 1.º de Octubre, dia en que deja el establecimiento; retirándose en buenas condiciones, pudien- do trabajar i ganar su vida, despues de haberse hallado duran- te diez años, privado de esta facultad.



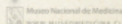
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Cuadro núm. 1.

INYECCIONES—TEMPERATURAS

Mes	Dia	Inyec. cion.	Temp. antes de la inyec.	Temp. desp. inyec.		Mes	Dia	Inyec. cion.	Temp. antes de la inyec.	Temp. desp. inyec.	
				m.	t.					m.	t.
1899—											
Agosto	31	1.º	37.º	37.º		Noviemb.	10	12º	36.º7	36.º5	38.º4
Setiemb.	1.º	2.º	36.º8	37.º		»	16	13º	36.º8	36.º5	38.º5
»	7	8	36.º5	36.º9		»	17	14º	36.º6	36.º4	38.º1
»	14	3.º	36.º5	36.º6		»	24	15º	36.º6	36.º5	38.º
»	15	4.º	36.º5	36.º6		Diciemb.	1.º	16º	36.º8	36.º6	38.º8
»	21	5.º	36.º4	36.º3		»	7	17º	36.º8	36.º6	37.º
»	22	6.º	36.º7	36.º5		»	8	18º	36.º7	36.º5	37.º3
»	28	7.º	36.º8	36.º6		—1900—	16	19º	36.º6	36.º6	37.º2
»	29	8.º	36.º6	36.º5		Enero	17	20º	36.º8	36.º6	37.º3
»	5	9.º	36.º6	36.º6		»	26	21º	36.º5	36.º5	37.º
»	6	10.º	36.º7	36.º4		Febrero	9	22º	36.º5	36.º5	37.º
»	12	11.º	36.º8	36.º5		»	13				
»	13		36.º6	36.º5		»	19				
»	19		36.º6	36.º5		Marzo	2				
»	20		36.º6	36.º4		»	3				
»	26		36.º6	36.º5		»	27				
»	27		36.º7	36.º5		»	27				
»	2		36.º7	36.º5		Abril	12				
»	3		36.º8	36.º5		»	13				
»	9		36.º8	38.º6		»					

Observacion N.º 2

SALA DE DOLORES.—CAMA N.º 1

(Clínica del Profesor Barros Borgoño.)

Juan A. B... de 36 años, agricultor, casado, natural de Quirihue, ingresó al servicio el día 7 de Noviembre de 1899.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES.—El año 83, chancro indurado; gonorrea; bubones supurados; caída a manchones del pelo de la cabeza, cejas, pestañas, bigote i barba; granos en distintos puntos del cuerpo, particularmente en la espalda i raíz de los miembros; cefaleas i dolores osteócopos con exacerbaciones nocturnas, se moderan con el ejercicio, llegando, a veces, hasta desaparecer.

ENFERMEDAD ACTUAL.—En Octubre del 98 comienza a sentir dolor en la rejion epigástrica, un poco por fuera i a la izquierda de la línea media, dolor que se irradia en cintura al rededor de la base del tórax, intermitente, no mui intenso. Poco a poco se acentúa i llega a hacerse bastante molesto; adquiere el carácter de permanente, con exacerbaciones, dando lugar a verdaderas crisis dolorosas que duran dos i tres días; se presentan a intervalos irregulares, acompañadas de fenómenos gástricos: náuseas, vómitos, flatulencias, gastraljias; se renuevan por cualesquier motivo; un esfuerzo, el ejercicio un poco acelerado, el menor exceso en las comidas, las impresiones morales: alegría, disgusto, etc., i, aun, suelen sobrevenir tambien sin causa alguna apreciable.

En Enero del 99 las crisis se acompañan de latidos al nivel del hipocondrio izquierdo, que el enfermo traduce por verda-



deros saltos que le molestan enormemente, exacerbando la intensidad del dolor.

En Setiembre los accesos se hacen mucho más frecuentes, ya en Octubre son casi continuos, de una duracion doble a la del comienzo de la afeccion, de modo que el enfermo solo descansa unas pocas horas despues de cuatro o seis dias de horribles sufrimientos, i un nuevo acceso aparece.

Los movimientos, la tos, el estornudo, etc., son causas determinantes del acceso. Desde esta época el enfermo se ve obligado a hacer cama.

La compresion del hipocondrio izquierdo, al nivel de la rejion dolorosa, proporciona al paciente algun alivio, circunstancia que le obliga a permanecer acostado en decúbito lateral izquierdo comprimiendo fuertemente con las manos o con una almohada la rejion del hipocondrio.

La situacion del enfermo no es compatible por mucho tiempo con la vida: la anorexia i demas fenómenos gástricos hacen que su alimentacion sea demasiado insuficiente; por otra parte, el sueño, que el enfermo solo logra conciliar a ratos mui cortos i despues de muchas horas de insomnios, afecta rápidamente, i de una manera grave, la salud jeneral del individuo.

Este es el estado en que el paciente ingresa al hospital.

EXAMEN OBJETIVO.—*Inspeccion.*—Enfermo que representa 40 años; pálido; pelo lijeramente cano, no mui abundante. Bien constituido; tejido muscular espeso; panículo adiposo, aun cuando no es mui escaso, los pliegues de la piel, fáciles de formar, permiten apreciar que el individuo ha enflaquecido. Recostado sobre el lado izquierdo comprime con sus manos la rejion del hipocondrio; evita los movimientos; facies angustiada. En el abdómen, entre la arcada costal i la línea media, 0m 05 cent, mas o ménos, por debajo del borde iz-



quierdo del esternon, se notan latidos.—*Palpacion*.—Existencia de un tumor renitente, del tamaño de una naranja, regular, de superficie lisa, pulsátil; los latidos son isócronos con el sístole cardiaco; se notan, ademas, movimientos alternativamente de *expansion* i de *retraccion sucesivos* i un pequeño *frote* (thrill).—*Auscultacion*.—Soplo *permanente*, con aumento considerable de intensidad durante el sístole; suave i apagado durante el diástole.

DIAGNÓSTICO.—Aneurisma arterio-venoso de la aorta abdominal, probablemente de origen sifilitico.

TRATAMIENTO.—Administracion del yoduro de potasio a altas dosis.—Inyecciones de jelatina.

Marcha de la afeccion.

Despues de catorce dias que el enfermo estuvo sometido a la medicacion yodurada esclusiva, en vista de la escasez i lentitud de los resultados obtenidos se le sometió al tratamiento por las inyecciones de jelatina.

Desde el 22 de Noviembre, 2.º dia de la 1.ª inyeccion (cuadro núm. 2), el enfermo comienza sentir alivio, dice que el dolor es ménos intenso.

El 1.º de Diciembre dia de la 2.ª inyeccion, refiere que ha podido notar, durante los dias trascurridos desde la 1.ª inyeccion, que los accesos son ménos intensos, mas espaciados, de menor duracion, i que los fenómenos gástricos han disminuido notablemente.

La mejoría continúa acentuándose despues de la 2.ª inyeccion. Los fenómenos gástricos han desaparecido por completo, el dolor se ha hecho ya mui soportable i uniforme, no hai crisis dolorosas; los latidos no molestan ya al enfermo;



cambia varias veces de posicion en la cama sin agravacion de los síntomas; ha podido dormir; desea levantarse.

El 6 de Diciembre se levanta; hace poco ejercicio i mui moderado, recojiéndose luego a su cama. Al dia siguiente se levanta tambien i permanece mas tiempo en pié. De este modo continúa levantándose siempre al 4.º dia que sigue a cada inyeccion.

Hasta la 4.ª inyeccion el réjimen alimenticio del enfermo ha sido dietético, consistente en leche, arroz, sopa, etc. Poco a poco se le hace salir de este réjimen hasta llegar al de una alimentacion mas abundante i nutritiva que el enfermo soporta bien, ganando luego en peso.

El 9 de Enero, dia de la 7.ª inyeccion, con motivo de haberse refriado, sufrió una crisis dolorosa que duró tres a cinco horas, con recrudescencia de todos los síntomas ántes observados: dolor en cintura, síntomas gástricos, latidos, etc.

Por igual causa, el 3 de Febrero, despues de la 10.ª inyeccion sufrió los mismos accidentes. Todo pasó como en la primera vez: reposo en cama, bebidas calientes, antipirina 1 gr. en dosis de 0 gr. 50 espaciadas en una hora.

Posteriormente la afeccion sigue una marcha regresiva regular, al punto que el enfermo, el 9 de Febrero, dia de la 11.ª inyeccion, no acusa ya subjetivamente síntoma alguno. Se siente completamente bueno, quiere irse.

El 15 de Marzo de 1900, cinco dias despues de la 15.ª inyeccion obtuvo su alta.

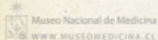
Tres exámenes objetivos locales fueron practicados durante el tratamiento. El 1.º, hecho el 23 de Diciembre de 1899, dió el siguiente resultado: *Inspeccion*.—Latidos abdominales mucho ménos intensos que al principio.—*Palpacion*.—Tumor duro, reducido, próximamente a la mitad del volúmen primitivo; movimientos de expansion poco apreciables.—*Ascultazion*.—Soplo sistólico i diastólico atenuados.

El 2.º practicado el 3 de Febrero de 1900 permitió apreciar una marcada regresion esperimentada en los signos observados por el exámen precedente.

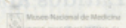
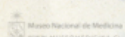
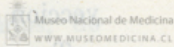
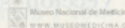
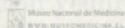
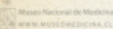
El 3.º el 14 de Marzo, por el cual se comprobó la ausencia de los latidos abdominales, la *desaparicion* de los movimientos de *expansion* i el *debilitamiento* de los *soplos*.

A fines de Noviembre del mismo año obtuve datos acerca del excelente estado en que se hallaba el enfermo, consagrado sin inconveniente a sus tareas ordinarias.

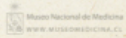
Por esta misma época el Profesor Barros recibia tambien informaciones en el mismo sentido, proporcionadas por el Dr. señor Celim Concha quien contribuyó a hacer que el enfermo ingresara al hospital.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Cuadro núm. 2

INYECCIONES — TEMPERATURAS

Mes	Dia	Inyec- cion.	Temp. desp. inyec.		Temp. antes de la inyec.	Inyec- cion.	Dia	Mes	Temp. desp. inyec.	Temp. desp. inyec.
			m.	t.						
Noviemb.	21	1. ^a	37. ⁰	38. ⁰⁵			17	Enero		36. ⁰³
	22	2. ^a	36. ⁰⁸	38. ⁰³	36. ⁰⁵	9. ^a	26	»	36. ⁰⁵	38. ⁰
Diciemb.	1. ^o	3. ^a	36. ⁰⁷	38. ⁰	36. ⁰⁷	10. ^a	27	»	36. ⁰⁵	39. ⁰
	»	9	36. ⁰⁶	38. ⁰²	36. ⁰⁵	11. ^a	3	Febrero	36. ⁰³	38. ⁰
»	10	4. ^a	36. ⁰⁶	38. ⁰³	36. ⁰³	12. ^a	4	»	36. ⁰³	37. ⁰⁵
»	16	5. ^a	36. ⁰⁵	38. ⁰	36. ⁰⁵	13. ^a	9	»	36. ⁰¹	37. ⁰³
»	17	6. ^a	36. ⁰⁵	38. ⁰	36. ⁰⁴	14. ^a	10	»	36. ⁰⁵	37. ⁰
»	23	7. ^a	36. ⁰⁵	38. ⁰⁸	36. ⁰⁵	15. ^a	17	»	36. ⁰⁵	37. ⁰¹
»	24	8. ^a	36. ⁰⁵	38. ⁰²	36. ⁰⁵		18	»	36. ⁰⁵	
Enero	2						24	»		
	3						25	»		
»	9						2	Marzo		
»	10						3	»		
»	16						10	»		
»							11	»		



Observacion N.º 3

SALA DE DOLORES.—CAMA N.º 14

(Clínica del Profesor Barros Borgoño.)

José María M... de 60 años, carpintero, viu lo, natural de Rancagua, ingresó al servicio el 4 de Diciembre de 1899.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Sin valor.

HABITOS.—Es fumador i ha sido bebedor.

ANTECEDENTES PERSONALES.—El año 64 tuvo tífus; el 66, chancro, granos en el cuerpo, caída a manchone; del pelo, dolores articulares con exacerbaciones nocturnas, se calman con el ejercicio moderado.

ENFERMEDAD ACTUAL.—El año 96, sin causa apreciable, comienza a sentir, dolor en la rejion del epigastrio por fuera i a la izquierda de la línea media; dolor permanente, poco intenso, mui soportable, de tal manera que el enfermo continuaba siempre consagrado a sus ocupaciones ordinarias. A fines del 98 este dolor es ya mas intenso, con ligeras exacerbaciones, pero que no le impiden la atencion de sus quehaceres. En Octubre del 99 se ve obligado a abandonar sus trabajos con motivo de haberse accentuado sus sufrimientos: el dolor se ha hecho mui agudo con irra liaciones en cintura i hácia los miembros inferiores, permanente, a veces se acompaña de fenómenos gástricos: náuceas, vómitos. Un malestar jeneral, abatimiento profundo i debilitamiento considerable de las fuerzas, lo obliga a guardar cama. El dolor i los latidos que el enfermo experimenta al nivel de la rejion enferma le impiden conciliar el sueño. La posicion en decúbito lateral izquierdo, comprimiendo la rejion dolorosa, pro-



porciona algun alivio; es, por tanto, la única que el paciente adopta, permaneciendo en ella como inmóvil, puesto que el menor esfuerzo o cualesquier movimiento es susceptibles de provocar accesos.

Duerme mui poco i se alimenta mui mal.

En este estado ingresa al hospital.

EXAMEN OBJETIVO.—*Inspeccion.*—Es un enfermo que no revela mas edad de la que tiene; bien conformado, panículo adiposo escaso, musculatura regular; rejion occípito-frontal desprovista de cabellos, arterias temporales bien manifiestas, flexuosas, dentadura incompleta; latidos en la rejion del epigastrio por fuera i a la izquierda de la línea media, a dos traveces de dedos por encima del ombligo.—*Palpacion.*—Pulso pequeño, frecuente, arterias radiales duras i flexuosas; tumor del tamaño de un puño de adulto al nivel de los latidos abdominales, renitente, de superficie lisa, regular, pulsátil, animado de movimientos de *expansion* i de *retraccion* sucesivos, isócronos con los latidos cardiacos; retardo del pulso crural respecto del radial.—*Percusion.*—Macidez en toda la rejion del tumor.—*Auscultacion.*—Ruido de *soplo* intenso, intermitente, regular, isócrono, con el sístole cardiaco.

DIAGNOSTICO.—Aneurisma de la aorta abdominal, probablemente de origen sifilítico o alcohólico.

TRATAMIENTO.—Reposo en cama; yoduro de potasio, 2 gr. hasta 4 gr. diarios; inyecciones de jelatina.

Marcha de la afeccion.

Durante los primeros dias que siguieron a su ingreso al hospital fué sometido a la medicacion yodurada a altas dosis, con resultados poco favorables, hasta el 15 de Diciembre, dia en que se le hizo una 1.^a inyeccion de jelatina.



El 27 de Diciembre, 4.º día despues de la 2.ª inyeccion (c. núm. 3), las condiciones del enfermo han mejorado notablemente: hace tres dias que no aparecen los accesos dolorosos, el dolor que sufre en la actualidad es mui soportable i los latidos no le molestan ya al punto de impedirle conciliar el sueño; ha dormido a intervalos mas o ménos largos, pero aun no se atreve a cambiar de posicion en la cama por temor que sobrevenga algun acceso.

Despues de la 3.ª inyeccion el enfermo, mas animado, toma diferentes posiciones en la cama sin que ocurra ningun accidente desagradable; duerme mas o ménos bien.

Cuatro dias despues de la 4.ª inyeccion se levanta, hace ejercicios moderados sin que reaparezca ninguno de los síntomas que tenia que lamentar hace poco.

Continua levantándose los dias siguientes hasta la 5.ª inyeccion. El dia ántes de serle practicada fué sometido a un nuevo exámen objetivo. El tumor relativamente *duro retraido*, del volumen de un huevo de ganso; los movimientos de *expansion* ménos amplios; el *soplo* ha experimentado tambien ligeras modificaciones: es ménos intenso, mas suave.

Despues de la 5.ª inyeccion el enfermo cree hallarse en perfectas condiciones de salud; dice que nada le molesta: se siente mui animado; bueno el apetito i con fuerzas suficientes para reanudar sus tareas de trabajo. Duerme bien i come mejor.

Pide su alta el 24 de Enero fecha en que se retira del establecimiento.



cuadro núm. 3

INYECCIONES—TEMPERATURAS

Mes	Dia	Inyec- cion.	Temp. antes de la inyec.	Temp. desp. inyec.	
				m.	t.
Diciemb.	15	1. ^a	36 ^o ,5		39 ^o .
»	16			36 ^o ,5	
»	23	2. ^a	36 ^o ,6		38 ^o ,5
»	24			36 ^o ,4	
Enero	2	3. ^a	36 ^o ,5		38 ^o ,4
»	3			36 ^o ,3	
»	9	4. ^a	36 ^o ,3		38 ^o ,3
»	10			36 ^o ,1	
»	16	5. ^a	36 ^o ,3		38 ^o .
»	17			36 ^o .	

Observacion N.º 4

SALA DE SAN ANTONIO.—CAMA N.º 26

(Clínica del Profesor García Guerrero.)

Jacinto G... de 44 años, casado, abastero, natural de Nancagua, reside en Santiago, calle de Victoria núm. 456, ingresa al servicio el 28 de Diciembre de 1899.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Su madre murió de tuberculosis pulmonar; tiene un hermano tuberculoso.

ANTECEDENTES PERSONALES.—El año 68 (a los 12 años) tiene alfombra; el 78, dos chancros al rededor del meato; adenitis inguinales bilaterales supuradas: dolor de garganta; no hai granos ni manchas en el cuerpo. El 79, caída del pelo; dolores a



los huesos de las extremidades inferiores, más intensos durante la noche. El 88 sufre largo tiempo del hígado; hinchazón en el hipocondrio derecho, dolor en el hombro del mismo lado, vómitos amarillos, diarrea. El 93, bubón en la ingle izquierda, caída del pelo, cefalea con exacerbaciones nocturnas, dolores en las extremidades inferiores. El 94, difteria; enteritis (mucosidades sanguinolentas) que dura hasta el presente (5 años).

ENFERMEDAD ACTUAL.—El 97 cefalea occipital con exacerbaciones; *dolor constante*, no muy intenso, por detrás del manubrio del esternón; *lijeros accesos de opresión i ahogo producidos ya espontáneamente*, ya con motivo de algún esfuerzo, o ejercicio violento. El 98, a las manifestaciones anteriores, que son ya un poco más acentuadas, se añade cierto grado de *ronquera intermitente, difnea, disfagia* (dificultad para deglutir los sólidos), dolor a los hombros con irradiaciones a la nuca i a todo el miembro superior derecho; este dolor es profundo i el enfermo lo localiza en los huesos; accesos de tos, ahogos. Nota además la presencia de un pequeño *tumorcito pulsátil* que aparece por debajo de la clavícula é inmediatamente por fuera del borde derecho del esternón; tumorcito que con alguna rapidez, adquiere mayores proporciones. El 99, tiene influenza.

Desde esta época su estado jeneral se agrava; los síntomas dolor, difnea, opresión, tos i ahogo se han hecho más intensos i repiten muy a menudo; el menor movimiento los provoca, i aun, aparecen sin causa apreciable.

El paciente se ve obligado a guardar cama i a permanecer únicamente en la posición sentado, por que cualesquiera otra, decúbito dorsal, lateral izquierdo o derecho, provoca accesos de ahogo. Acusa parestesia i hormigueo hacia la región interna del miembro superior derecho; conversa con gran dificultad a causa de la difnea, de los accesos de tos que sobrevienen i consecutivamente ahogos.



Tal es el estado en que se halla el enfermo a su ingreso al hospital.

EXAMEN OBJETIVO — *Inspeccion.*— Individuo que representa de 45 a 50 años; bien conformado; tejido muscular abundante; el pantocho adiposo ha desaparecido en parte. Cara abotagada; semblante angustiado; cierto grado de exoftalmia e inyeccion de las conjuntivas oculares; labios cianóticos; difnea intensa.

La rejion ántero-superior del tórax i base del cuello se halla ocupada por un tumor cónico, de vértice a la derecha de la línea media, la base se estiende desde el tiroides hasta 0.15 cm. por encima del apéndice xifoides; transversalmente mide 0.19½ cm.; la superficie es lisa, regular, sembrada de arborizaciones vasculares; en la parte mas culminante (vértice) la piel se halla bastante adelgazada; animado de *latidos*, de *movimientos de expansion* i de *retraccion* sucesivos, regulares, isócronos al sístole cardíaco. El brazo derecho está tumefacto, edematoso.

Palpacion.—Tumor indoloro, renitente tenso, *expansivo* i *pulsátil.*—*Percusion.*—Macidez en toda la rejion del tumor.—*Auscultacion.*—Chasquidos isócronos al sístole cardíaco.

DIAGNOSTICO.—Aneurisma del cayado de la aorta.

TRATAMIENTO.—Inyecciones de serum jelinoso.

Marcha de la enfermedad

En la mañana del 25 de Enero de 1900, dia siguiente a la 3^a inyeccion (c. núm. 4), el enfermo se halla *recostado* por el lado derecho descansando sobre dos almohadas; ha dormido durante la noche por espacio de *cinco a seis* horas, los *accesos de ahogo* no aparecen desde la noche del 23; los *dolores* han disminuido mucho; la *tumefaccion* edematosa del brazo derecho *ha desaparecido*; el hormiguelo solo se presenta de vez en cuando i con menor intensidad; la *difnea* es tambien muchísimo

ménos intensa i el individuo *puede conversar* ratos mas o ménos largos sin fatigarse i sin que sobrevengan accesos de tos ni ahogos. Estos han disminuido en número i en intensidad, al punto que en el tiempo trascurrido entre la 3.^a i la 4.^a inyeccion han sobrevenido cuatro accesos solamente; en circunstancias que anteriormente se presentaban todos los dias, en particular durante la noche. Este estado ha venido preparándose desde las primeras inyecciones.

El 5 de Febrero pide el alta, no obstante las múltiples observaciones que le fueron hechas con el propósito de hacerlo desistir. Creyó que la mejoría que habia experimentado continuaria acentuándose sin necesidad de permanecer en el hospital i ya pronto podria trabajar.

Algun tiempo despues de su salida del hospital supe que, con motivo de un esfuerzo, habia muerto súbitamente.

Cuadro núm. 4

INYECCIONES—TEMPERATURAS

Mes	Dia	Inyeccion	Temp. antes de la inyec.	Temp. desp. inyec.	
				m	t.
Enero...	9	1. ^a	37 ^o .5	—	39 ^o .4
»	10			37 ^o .3	
»	16	2. ^a	37 ^o .		38 ^o .3
»	17			36 ^o .7	
»	24	3. ^a	36 ^o .5		38 ^o
»	25			36 ^o .5	
Febrero	1. ^o	4. ^a	36 ^o .3		38 ^o
»	2			36 ^o .5	



Observacion N.º 5

SALA DE SAN ANTONIO.—CAMA N.º 11

(Clínica del Profesor García Guerrero.)

José Mercedes C... de 35 años, carpintero, casado, natural de Vichuquien, ingresa a la clínica el 22 de Enero de 1900.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Nada de particular.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Hasta los 17 años goza, en jeneral, de buena salud; solo que en su primera infancia tuvo alfombrilla. A mediados del 82, chancro; un mes despues adenitis supurada doble; tres meses mas tarde dolores osteócopos. El 98, diarrea con mucosidades; tenesmo rectal i cólicos intestinales. El 99, erupcion pápulo-pustulosa jeneralizada, con prurito, deja manchas redondas del tamaño de una lenteja, pigmentadas, con su centro blanco.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Hace algunos meses sufre dolor en la rejion del epigastrio; dolor fijo, permanente, gravativo, poco intenso al principio, ha ido tomando progresiva i lentamente mayores proporciones hasta llegar a hacerse mui agudo con irradiaciones en cintura, que comprometen la base del tórax-hacia la rejion lumbo-sacra i raiz de los miembros inferiores.

Hai accesos dolorosos acompañados de fenómenos gástricos; son provocados, a menudo, por los movimientos, a veces aparecen tambien sin causa apreciable. El enfermo nota la existencia de un *tumor pulsátil* al nivel de la rejion punto de partida del dolor, cuyos *latidos* perturban el sueño. Hai malestar jeneral, abatimiento profundo, pérdida de las fuerzas, un grado de sensibilidad especial del paciente, se entenece i llora por cual-



quier motivo. Hace cama i se halla obligado a permanecer inmóvil en la posición decúbito lateral izquierdo.

Tal es el estado en que ingresa al servicio.

EXAMEN OBJETIVO.—*Inspeccion.*—Bien conformado, panículo adiposo no muy escaso, pero se nota que el individuo ha enflaquecido bastante; musculatura regular, conjuntivas con tinte subicérico, manchas pigmentadas en toda la superficie del cuerpo, *latidos abdominales* en la región del epigastrio.

Palpacion.—Cicatrices e infartos ganglionares en ambas ingles; tumor *pulsátil* en el epigastrio, a la izquierda de la línea media, ocupa el espacio comprendido entre el apéndice xifoides i la arcada costal; dotado de movimientos sucesivos de *expansion* i de *retraccion*, isócronos con los latidos cardíacos.—*Percusion.*—Sonido de macidez.—*Auscultacion.*—Ruido de *soplo* sistólico, intenso.

DIAGNOSTICO.—Aneurisma de la aorta abdominal de origen sífilítico probable.

TRATAMIENTO.—Por espacio de 20 días estuvo sometido al yoduro de potasio a la dosis de 4 gr. diarios; durante los accesos, antipirina. En vista de los escasos resultados obtenidos por este tratamiento, fué sometido al de las inyecciones de serum jelatinoso.

Marcha de la afección.

Cinco días después de la 1.^a inyección (c. núm. 5) el enfermo nota una ligera disminución de la intensidad del dolor, los accesos tienen una duración mucho menor, i aparecen a intervalos más largos.

El dolor desaparece casi completamente cuatro días después de la 2.^a inyección; el enfermo duerme más o menos bien, los movimientos no determinan ya la producción de accesos dolorosos i desea levantarse.



El 27 de Febrero se levanta por primera vez i continúa haciéndolo en los demas dias, ciñéndose estrictamente a las prescripciones que se han establecido al respecto, sin haber ocurrido nada que signifique un obstáculo para la marcha progresiva i feliz de la afeccion.

El 5 de Marzo, 4.º dia despues de la 3.ª inyeccion, el paciente cree hallarse completamente bueno, pero los signos fisicos solo han experimentado una lijera regresion.

Solamente despues de la 6.ª inyeccion se notan modificaciones bastante apreciables; el tumor abdominal está duro i retraido, la amplitud de los movimientos de *expansion* se halla reducida al *mínimum*, el *soplo* sistólico bastante *difícil* de percibir al oido desnudo.

El 31 de Marzo salió de alta.

Posteriormente he tenido oportunidad de verlo en mas de una ocasion, i se halla perfectamente, consagrado a sus trabajos profesionales sin haber tenido que lamentar entorpecimiento ni retroceso alguno.

Cuadro núm. 5

INYECCIONES—TEMPERATURAS

Mes	Dia	Inyeccion	Temp. antes de la inyec.	Temp. desp. inyec.	
				m	t.
Febrero	14	1.ª	36º.8		39º.
»	15			36º.6	
»	22	2.ª	36º.5		38º.5
»	23			36º.3	
Marzo....	1.º	3.ª	36º.6		38º.5
»	2			36º.3	
»	9	4.ª	36º.5		38º.1
»	10			36º.6	
»	16	5.ª	36º.6		37º.3
»	17			36º.5	
»	24	6.ª	36º.5		37º
»	25			36º.5	



Observacion N.º 6

SALA DE SANTO DOMINGO.—CAMA N.º 8

*(Servicio del Dr. don Absalon Prado, médico-jefe del hospital S. V. de P.)***Aniceto E...** de 29 años, casado, guardian de la 5.ª comisaría, natural de Millahue, ingresó al hospital en Febrero de

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Su padre, bebedor, muere víctima de su vicio; su madre, de buena salud, muere de indigestion. Han sido ocho hermanos de los cuales han muerto dos: el 1.º de viruela, el 2.º de ataque al cerebro, a la edad de un año i seis meses; los demas son sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES.—El año 87, pulmonía. El 91, chanero que cura en nueve dias; quince dias despues gonorrea, cura en veinte dias. El 93, adenitis simple en la rejion inguinal derecha, termina por resolucion; un mes mas tarde, próximamente, aparecen dolores osteócopos con exacerbaciones nocturnas, que ceden al tratamiento específico combinado (yoduro de potasio i fricciones mercuriales), fué atendido en el hospital de San Juan de Dios; no ha tenido granos en el cuerpo. El 95, bronquitis repetidas, con expectoracion abundante. El 96, la bronquitis se establece definitivamente i se hace crónica; hai accesos de tos frecuentes, bastante intensos; sudores nocturnos abundantes; bochornos i escalofrios en las tardes, a veces, tambien, durante el dia. Este estado continúa en los años siguientes hasta la epoca en que ingresa al hospital.

ENFERMEDAD ACTUAL.—El 99, comienza a notar cierto grado de molestia, de dificultad a la deglusion; sensacion de peso, de opresion a la rejion anterior i superior del tórax; lijero grado



de constricción laríngea i ronquera; los accesos de tos se acompañan de ahogos, tos quintera, cansancio. Estos síntomas se acentúan progresivamente hasta obligar al enfermo a permanecer en cama, sentado o ligeramente recostado sobre el flanco derecho, evitando los movimientos porque le provocan accesos de tos i ahogos. El enfermo se *queja* de *sudores abundantes* que sobrevienen *durante la noche* i duran hasta las primeras horas de la mañana; la espectoración se ha hecho mui dificultosa, el apetito mui malo, duerme poco; no ha espectorado sangre. Tal es el estado en que ingresa al hospital.

Quince o veinte días despues de su ingreso nota en la rejion anterior i superior del tórax la aparición de un tumorcito pulsátil, del tamaño de una arveja.

EXAMEN OBJETIVO.—*Inspeccion.*—El enfermo se halla sentado en la cama, el tronco ligeramente inclinado hácia adelante, el cuello en estension, los brazos, en mediana abduccion i rotacion hácia adentro, describen con los antebrazos en abduccion i pronacion, un arco de círculo, las manos descansan por su cara palmar sobre los muslos, que estan en abduccion i rotacion hácia afuera; las piernas se hallan cruzadas i en flexion; hai *difnea* inspiratoria mui intensa.

Enfermo que representa de 35 a 40 años; bien conformado; panículo adiposo escaso, musculatura bien desarrollada; ligera cianosis de la cara, cierto grado de exoftalmia, conjuntiva ocular inyectada, dentadura buena i completa, dedos *hipocráticos*, en el extremo ántero interno del primer espacio intercostal, inmediatamente por fuera del borde derecho del esternon se ve un *tumorcito* del tamaño de una cereza, animado de *latidos* regulares, isócronos con los cardíacos los latidos de la punta del corazon son visibles a simple vista.

Palpacion.—Infartos ganglionares del cuello i de las ingles.
—*Pulmon:* *exajeracion* de las vibraciones torácicas al nivel de



los vértices. *Tumor*: renitente, dotado de movimientos de *expansion* i de *retraccion* sucesivos, isócronos con el sistole i diástole cardíaco respectivamente. *Corazon*: la punta late al nivel del 6.º espacio intercostal izquierdo, por fuera de la línea mamilar.

Auscultacion.—*Pulmon*: mayor resonancia de la voz al nivel de los vértices, respiracion áspera casi tubaria a dicho nivel, mas pronunciada en el derecho, estertores mucosos i sibilantes diseminados, abundantes.—*Tumor*: soplo sistólico i chasquidos a ese nivel, isócronos con los latidos cardíacos.—*Corazon* soplo sistólico al nivel de la punta, sin propagacion, refuerzo del tono pulmonar.

Percusion.—*Pulmon*: sub-macidez en los vértices.—*Tumor*: macidez.—*Corazon*: aumento de la macidez absoluta del corazon.

DIAGNOSTICO.—Tuberculosis pulmonar, aneurisma del cayado de la aorta, insuficiencia mitral compensada.

TRATAMIENTO.—El adecuado a la afeccion pulmonar; inyecciones de jelatina para la afeccion vascular.

Marcha.

El 31 de Marzo, cuatro dias despues de la 2.ª inyeccion (c. núm. 6), se levanta. Los movimientos no provocan ya accesos de tos ni ahogos; la tos quintosa se ha modificado considerablemente.

Despues de la 4.ª inyeccion, se siente mui animado, contento; su apetito está mucho mejor, *respira* i *espectora* con mas facilidad, *duerme* mui regularmente; puede *acostarse* i *cambiar de posicion* en la cama sin dificultad ni contratiempo alguno, de lo único que se queja actualmente es de tos en la noche i de sudores abundantes.



El tumor aneurismático, lejos de tomar mayores proporciones se *redujo* al extremo de hacerse *imperceptible* a la simple vista, solo ejerciendo una ligera compresion con el dedo al nivel de su sitio se perciben latidos, siendo difícil apreciar su consistencia i grado de expansion.

El 24 de Mayo pide el alta para ingresar a su cuartel.

Posteriormente tuve oportunidad de ver con regularidad a este enfermo cada quince dias, hasta el 22 de Diciembre del mismo año, 1900, que le vi por última vez. Hasta entonces el individuo no aquejaba otro mal que su afeccion pulmonar; la afeccion vascular no habia despertado *signos físicos* ni *subjetivo* de ninguna especie.

Cuadro núm. 6

INYECCIONES—TEMPERATURAS

Mes	Dia	Inyeccion	Temp. antes de la inyec.	Temp. desp. inyec.	
				m.	t.
Marzo.	20	1. ^a	37°		39°
»	21			37°	
»	27	2. ^a	36°8		38°5
»	28			36°8	
Abril....	3	3. ^a	36°5		38°8
»	4			36°6	
»	12	4. ^a	36°7		38°1
»	13			36°5	
»	23	5. ^a	36°3		38°
»	24			36°	
Mayo.....	1. ^o	6. ^a	36°1		38°2
»	2			36°6	



Observacion N.º 7

SALA DE SAN ANTONIO.—CAMA N.º 9

(Clínica del Profesor García Guerrero.)

Manuel R... de 29 años, nacido en Colchagua, residente en Viña del Mar, mozo de hotel, soltero, ingresó al servicio el 24 de Julio de 1899.

Sus ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—No tienen importancia.

En sus ANTECEDENTES PERSONALES se encuentra: alfombrilla en la infancia; blenorragia i artritis de la rodilla i tibio-tarsiana izquierda el año 1888. Es algo bebedor.

LA ENFERMEDAD ACTUAL principió hace ocho meses por ronquera i cansancio a consecuencia de una mala noche, segun el paciente. El cansancio aumentaba poco a poco i dos meses despues tuvo calofrios, desgarró espumoso i mucha tos. Quince dias despues se sentia bastante bien, apénas tosia i el cansancio casi desapareció.

Mas adelante se presenta la tos por accesos mui violentos; al principio seca, despues acompañada de expectoracion mucosa i mas tarde muco-purulenta. El cansancio es mayor i sobrevienen, ademas, accesos de ahogo, de sofocacion, precedidos de cosquilleo larínjeo.

Como le es ya imposible desempeñar ningun trabajo entra al Hospital.

EXAMEN OBJETIVO.—Individuo de regular constitucion, de escaso panículo adiposo, musculatura floja, descansa en decubito lateral izquierdo. Piel i mucosas pálidas. Cianosis de los labios i estremidades de los dedos de las manos. *Dispnea* (42 respiraciones). *Inspiracion ruidosa* (cornaje). *Voz apagada*, ba-



ja, sin sonoridad, bitonal. Tos seca de timbre metálico. Pulso pequeño, regular, 84 por minuto. Temperatura normal.

Tórax de forma normal. Inmovilización relativa del lado izquierdo, *expansion exajerada* del lado derecho. *Depresion inspiratoria* de los espacios intercostales inferiores en el lado izquierdo. Lado derecho en la base, 1.05 centímetros mas ancho que en el lado izquierdo. En este mismo lado i en la parte superior *disminucion* de la sonoridad pulmonar i de las vibraciones vocales, *soplo bronquial* mas intenso cerca de la columna; en la parte media e inferior *macidez, abolicion del murmullo vesicular i de las vibraciones vocales*. Lado derecho: sonoridad exajerada, descenso de los límites pulmonares, respiración pueril.

La punta del corazon late en el 5.º espacio intercostal, por dentro de la línea mamilar. No es posible fijar sus límites porque hácia arriba i a la izquierda se continúa con la macidez pulmonar i por el lado derecho el pulmon dilatado cubre al corazon. *Soplo sistólico* débil que se oye en toda la rejion cardíaca i que se propaga a las carótidas i subclavias. Este soplo tiene su máximum de intensidad sobre la *primera pieza del esternon*. El tono aórtico diastólico es *normal*, el 2.º tono pulmonar *reforzado*. El pulso en ámbas radiales es *igual e isócrono* i hai tambien *isocronismo* entre el pulso radial i el temporal i crural.

ORINA: cantidad normal, color amarillo, peso específico 1016, reaccion ácida, indicio de albúmina, no hai azúcar.

Espectoración muco-purulenta, escasa, sin bacilos de Koch.

Los demas órganos normales.

No hai signos objetivos de sífilis.

EXAMEN LARINGOSCÓPICO.—(Dr. Albarracín).—Cuerda vocal derecha *casi inmóvil*.

Cuerda vocal izquierda en *posicion cadavérica*.



Larínjitis no específica.

No se puede comprobar la existencia de pulsaciones traqueales.

En los días siguientes son más frecuentes los *accesos de tos i de dispnea paroxística*.

En los exámenes posteriores de la orina no hubo ni indicios de albúmina.

DIAGNÓSTICO.—Aneurisma del cayado de la aorta. Compresión del bronquio izquierdo.

TRATAMIENTO.—Fricciones mercuriales: unguento mercurial doble, 2 gramos diarios, durante diez días i yoduro de potasio hasta 6 gramos diarios. Mas adelante píldoras de Ricord, dos al día i yoduro de potasio 6 gramos por día. Para calmar la tos: morfina en la noche. El enfermo no acepta las inyecciones mercuriales.

El 20 de Setiembre el enfermo pide su alta porque respira mejor i los accesos de sofocación no son tan intensos ni frecuentes.

Estado físico igual al del día de entrada.

El paciente vuelve para ser examinado el día 6 de Octubre de 1899, Dice que durante esos quince días ha tomado con regularidad el yoduro de potasio a la dosis de 3 a 6 gramos diarios i que se siente bastante bien.

EXAMEN FÍSICO.—La macidez sigue una línea que parte de la articulación esterno-clavicular izquierda, pasa por el borde izquierdo del esternon, desciende hasta tres centímetros debajo de la tetilla izquierda, contornea a este nivel la cara lateral del tórax i en la cara posterior asciende hasta la 4.^a vértebra dorsal. La *Sub-macidez* está marcada por una línea a tres o cuatro centímetros por encima de la anterior. En la cara anterior del tórax, al nivel del tercer espacio intercostal i a tres traveses de dedo por fuera del borde izquierdo del esternon



existen *pulsaciones* i la *presion* es *dolorosa* en ese punto. En las rejiones de macidez ha *desaparecido* el murmullo vesicular i las vibraciones vocales i solo se oyen los tonos normales del co-
razon.

Soplo bronquial en la parte superior del pulmon izquierdo, cerca de la columna vertebral.

Lado derecho: como ántes.

DIAGNOSTICO. — Aneurisma del cayado de la aorta. Compresion del bronquio izquierdo. Atelectasia del pulmon izquierdo.

TRATAMIENTO. — Sigue con el yoduro de potasio a la dosis de 3 gramos diarios.

El paciente entra por segunda vez al servicio el 3 de Abril de 1900. Dice que apesar del tratamiento su estado empeora, los *accesos de ahogo* son mui intensos i se repiten con mucha frecuencia i lo mismo la *tos*. El *cansancio* es mui grande; no puede hacer el menor esfuerzo sin sentir la falta de aire.

El paciente se mantiene inclinado hácia el lado izquierdo. El tórax mui deprimido e inmóvil en el lado izquierdo. Escotiosis. *Latidos* en la rejion infraclavicular izquierda. Desde la línea media esternal hácia la izquierda hai *macidez absoluta* en la cara anterior, esta macidez es absoluta tambien en la cara lateral i en toda la cara posterior. En toda la mitad izquierda del tórax se oyen los *latidos cardiacos* bastante reforzados i disminuyen hácia abajo. *Respiracion abolida* en el lado izquierdo. Respiracion bronquial en el mismo punto que ántes. Pulmon derecho con *enfisema suplementario*. Pulso radial apénas perceptible, isócrono en ámbos lados.

No hai latidos en la fosa supraesternal.

Orina: 1200 gramos, amarillo claro, sin azúcar, sin albúmina.

En la expectoracion escasa, muco-purulenta, no hai bacilos de Koch.



DIAGNOSTICO.—Aneurisma de la cara inferior del cayado de la aorta i parte vecina de la aorta ascendente i descendente. Atelectasia del pulmon izquierdo por compresion del bronquio respectivo.

TRATAMIENTO.—Se resuelve instituir el tratamiento por las inyecciones de jelatina. Se le hicieron dos: *Abril 5. 1.^a inyeccion.* Temperatura ántes de la inyeccion 37°5. Temperatura de la tarde 39°7.

Abril 6. Temperatura de la mañana 37°8. Hai *retension* de materias fecales desde hace tres dias. En esa misma mañana se le administran 30 grms. de aceite ricino. Temperatura de la tarde 36°5. Pasa la noche relativamente bien. No ha tenido que lamentar sino un solo acceso de ahogo durante la noche.

Abril 7. La dispnea ménos intensa. Puede conversar ratos mas largos sin fatigarse.

Abril 8. Manifiesta deseos de levantarse. Ha cambiado de posicion varias veces durante la noche i en la mañana sin que sobrevengan accesos de tos ni ahogos.

Abril 9. Se levanta, practica moderadamente algunos ejercicios sin experimentar accidentes.

Abril 10. Se levanta. Des horas despues sufre dispnea, calofrios i tos. Se echa a la cama con bastante abrigo, traspira algo i luego nota algun alivio.

Abril 11. Permanece en cama, pero siempre con deseos de levantarse. Tose bastante.

Abril 12. 2.^a inyeccion, Temperatura ántes de la inyeccion 36°8. Temperatura de la tarde 37°1. Durante la noche traspira i tose mucho.

Abril 13. Temperatura de la maña 36°3. Sigue la traspiracion i la tos. Diarrea con mucosidades.

Abril 14. Pulso pequeño frecuente, calofrios, dispnea inspiratoria, palpitaciones, sudor helado, palidez estremada de la





piel, insomnios. Este esta lo fué acentuándose mas i mas hasta el dia 18 en que dejó de existir despues de una agonía de dos horas i media, próximamente.

NECROPSIA.—La familia no permitió la autopsia completa. Fué practicada por el Dr. Virjino Gómez.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Cavidad torácica: Corazon desviado hácia la izquierda. Diafragma mui elevado en este lado. Por encima de él una masa mas dura que el hígado, adherida a la pared torácica i a la derecha de ella un tumor que tiene la forma i tamaño del co-

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Lado derecho: pulmon dilatado, diafragma rechazado hácia abajo.

Estraídos los órganos torácicos se constató que el pulmon izquierdo estaba reducido a la tercera parte de su volúmen, sólido, sin contenido aéreo. El pulmon derecho mui aumentado de volúmen ofrece los alvéolos visibles a la simple vista. Corazon aumentado de volúmen, de consistencia blanda, de color rojo amarillento. Pared ventrículo izquierdo 0 mtr. 0.12 mm. Pared ventrículo derecho 0 mtr. 004 mm. Válvulas normales.

Aorta: A 0 mtr. 03 cmt. de su origen empieza la dilatacion a espensas de la cara izquierda de la aorta ascendente de la inferior del cayado i de la derecha de la primera parte de la aorta descendente. El aneurisma tiene la forma del puño i su cavidad está casi llena de coágulos. La pared es mui delgada i se adyere al bronquio izquierdo que está comprimido i obliterado.



Observacion N.º 8

SALA SAN EULOJIO CAMA N.º 19

(Clínica del Profesor Carvallo.)

Roberto V... de 48 años, natural de Casa Blanca, reside en Iquique, cigarrero, soltero, entró al hospital el 31 de Octubre de 1900

Los *antecedentes hereditarios* son sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES.—El año 77, chancro, bubon supurado; gonorrea; caída del pelo. El 78, nuevamente chancro; dolores esteócopos. El 88, vuelve a tener chancro i blenorragia. El 92, tiene chancro en dos ocasiones, dolores esteócopos localizados en las piernas, cefalea occipital. No ha tenido granos en el cuerpo. Es bebedor.

ENFERMEDAD ACTUAL.— El 99 principia a sentir un dolor vago, poco definido, sensacion de peso a la rejion torácica superior. Dos o tres meses despues, dolor fijo, permanente al nivel de la tetilla derecha. Mas tarde tos quintosa por accesos, con desgarrros mucosos abundantes que despues se hacen mucopurulentos. Accesos de opresion i angustia.

En los últimos dias de Febrero de 1900 nota la aparicion de un tumorcito en la línea mamilar derecha, inmediatamente por encima del mamelon. Tumor de crecimiento mui rápido, pulsátil. En Setiembre de 1900 había adquirido ya el volúmen de un puño de adulto bien conformado i que es mas o ménos, el que actualmente tiene. Por esta época tambien los signos anteriores han tomado mayores proporciones i el enfermo duerme mal a causa de que su sueño es interrumpido, a menudo, por accesos de tos i ahogos. Hai dispnea inspiratoria intensa. Los movimientos, la posicion decúbito lateral izquierdo i decúbito





dorsal provocan accesos de sofocacion que obligan al paciente a permanecer sentado o en decúbito lateral derecho.

Hallándose imposibilitado para ganar su vida por medio del trabajo, resolvió ingresar al hospital.

EXAMEN OBJETIVO.—El individuo se halla sentado en la cama. Representa de 55 a 60 años. Bien constituido, de panículo adiposo no mui escaso, musculatura bien desarrollada. Piel i mucosas notablemente pálidas. Los labios i las estremidades de los dedos de las manos cianóticos. Dispnea inspiratoria. Espiracion estertorosa. Esputos muco-purulentos abundantes. Párpados adematosos. Dentadura incompleta. Venas del cuello, dilatadas, latidos arteriales. Arterias temporales i radiales duras i flexuosas. Pulso rebotante, frecuente, regular.

Tumor cónico, pulsátil, regular, de superficie lisa, renitente, animado de movimientos de expansion i de retraccion sucesivos, síncronos con el sístole i diástole cardíaco respectivamente, situado por encima del mamelon derecho. Arborizaciones venosas se dibujan en la piel que le cubre.

El corazon late difusamente i con extraordinaria enerjía, determinando un estremecimiento en toda la caja torácica que se hace estensivo a los miembros superiores, cuello i cabeza. La punta del corazon se ve latir al nivel del 6.º espacio int-costal por fuera de la línea mamilar. La palpacion tambien así lo comprueba.

Chasquidos al nivel del tumor; soplo sistólico en la punta del corazon.

DIAGNOSTICO.—Aneurisma del cayado de la aorta. Insuficiencia milral.

TRATAMIENTO por las inyecciones de jelatina. Se le hicieron ocho inyecciones (c. núm. 8.) La 1.ª el 8 de Noviembre le provoca una alza de temperatura próxima a los 40°; traspiracion abundante, palpitaciones, sofocacion, opresion i angustia. En la



mañana siguiente todavía hai temperatura febril. El individuo confiesa tener retencion de materias fecales de mas de cuatro dias. Dos lavados intestinales que le fueron hechos en ese dia i 30 grs. de recino a la mañana siguiente bastaron para concluir con la fiebre.

Despues de la 5.^a inyeccion el individuo respira mejor, el dolor ha desaparecido completamente, los accesos de *angustia*, *opresion* i *ahogos* sobrevienen mas de tarde en tarde i ya no interrumpen tan amenudo el sueño. Se levanta. Sufre mucho *cansancio*, al extremo de no poder ni siquiera vestirse sin cansarse i fatigarse demasiado.

El *reposo* en cama, *dieta láctea*, yoduro de sodio a la dosis diaria de 1 grm. i la trinitrina 3 gotas tres veces al dia bastaron para que al cabo de quince dias, mas o ménos, el paciente pudiera levantarse i practicar ejercicios moderados sin gran inconveniente.

Despues de la 7.^a inyeccion el individuo duerme mui regularmente, no hai palpitations ni accesos de ahogos, *opresion* ni *angustia*. El apetito es bueno.

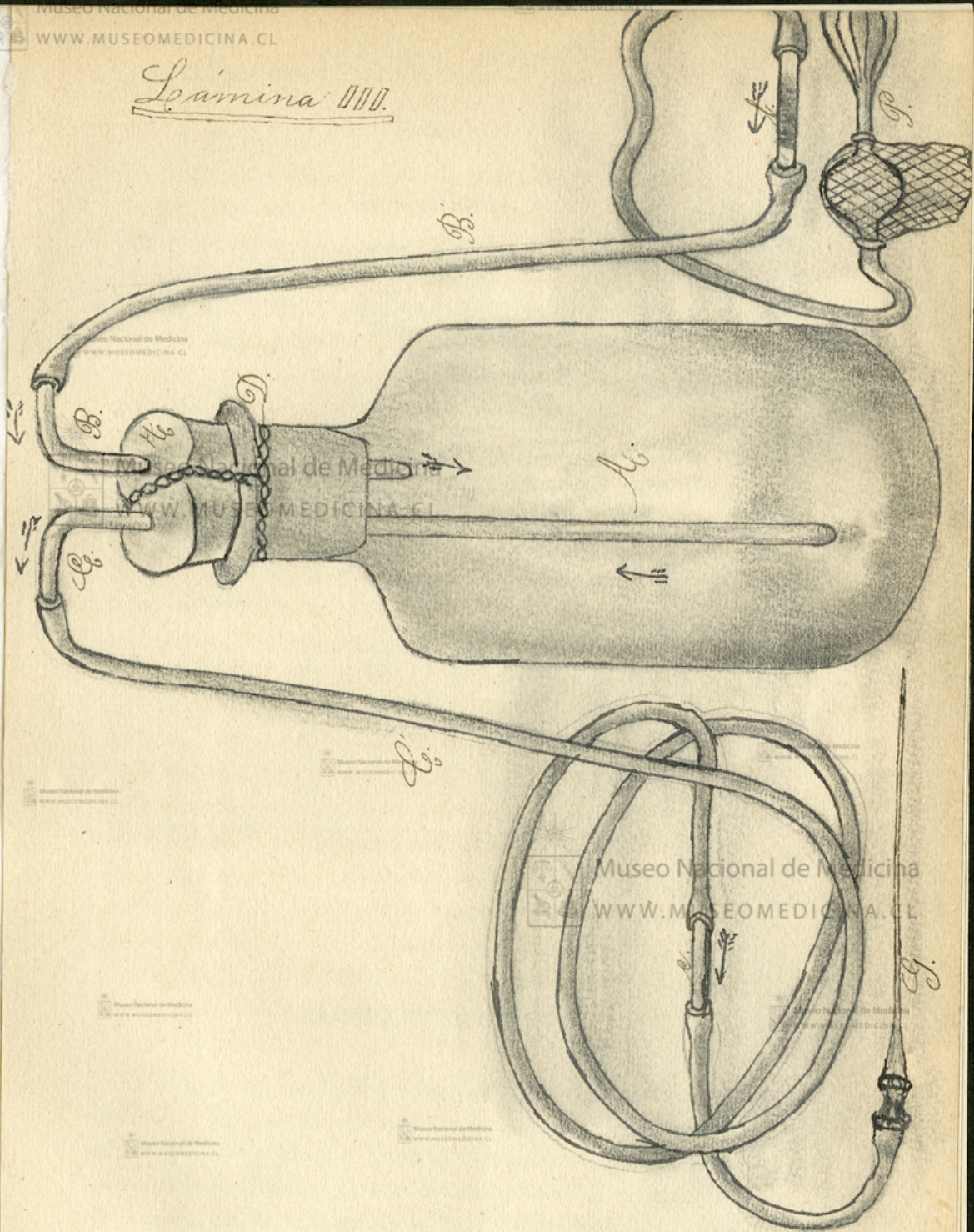
Las modificaciones que se han efectuado en el tumor son escasas: amplitud menor de los movimientos de expansion, cierto grado de dureza en las paredes, lijera reduccion.

Despues de la 8.^a inyeccion el individuo manifiesta deseos de retirarse del hospital, dice que se siente bien, i que cree poder consagrarse a sus ocupaciones.

Salió de alta el dia 3 de Enero de 1901.



Lamina 000.





Cuadro núm. 8

INYECCIONES—TEMPERATURAS

Mes	Dia	Inyec- cion	Temp. antes de la inyec.	Temp. desp. inyec,	
				m.	t.
Noviemb.	8	1. ^a	37 ⁰	—	39 ⁰ .8
»	9			37 ⁰ .5	38 ⁰ .
»	16	2. ^a	36 ⁰ .8	—	38 ⁰ .3
»	17			37 ⁰ .2	37 ⁰ .
»	23	3. ^a	37 ⁰ .	—	39 ⁰ .
»	24			37 ⁰ .6	37 ⁰ .
»	30	4. ^a	36 ⁰ .6	—	38 ⁰ .5
Diciemb..	1. ^o			37 ⁰ .3	37 ⁰ .
»	7	5. ^a	36 ⁰ .9	—	38 ⁰ .5
»	8			37 ⁰ .	37 ⁰ .
»	15	6. ^a	37 ⁰ .2	—	39 ⁰ .
»	16			37 ⁰ .	37 ⁰ .1
»	21	7. ^a	36 ⁰ .6	—	38 ⁰ .5
»	22			36 ⁰ .5	—
»	29	8. ^a	36 ⁰ .3	—	37 ⁰ .8
»	30			36 ⁰ .	—

VI

CONCLUSIONES

En vista de los resultados obtenidos en las esperiencias precedentes, i del conocimiento mas o ménos exacto que poseemos acerca del poco o ningun valor que se debe a los numerosos procedimientos ideados para el tratamiento de los aneurismas de la aorta, las inyecciones de jelatina, sin pretender que sean



una panacea que siempre cura, son no obstante, un *elemento, terapéutico superior a cuantos hoy se conocen para aliviar i curar enfermos ante los que era impotente la ciencia*. La manera como obran no tiene, aun, una esplicacion conveniente, sin que esto sea un motivo para rechazarlas; pues, prescindiendo de su modo íntimo de obrar, al clínico lo que le importa es saber que las inyecciones de jelatina, usadas como hemos indicado, *ejercen una accion admirable, quitando con rapidez el malestar jeneral, los dolores i consecutivamente haciendo desaparecer el síndrome clínico de los aneurismas de cada rejion de la aorta*.

Uno solo de los varios enfermos curados o aliviados con este método i que sin él ningun recurso podian encontrar en la Ciencia, seria suficiente para aceptarle en la Clínica. Los éxitos son mas numerosos i su accion no se limita solo a los aneurismas arteriales sino tambien a los arterio-venosos, como queda claramente consignado en la observacion N.º 2 de mis experiencias.

Las inyecciones *producen siempre grandes alivios i desarrollan un proceso indurador*. La mayor seguridad de éxito en este tratamiento consiste en que el proceso indurador se desarrolle gradual i lentamente, de aquí la necesidad de espaciar las inyecciones (cada 7 dias.)

Las inyecciones de jelatina *constituyen el medio mas poderoso de que dispone la Ciencia en la actualidad para el tratamiento de los aneurismas de la aorta i el único capaz de producir alivios notables, prolongando la vida de los enfermos en aquellos casos ante los cuales la Ciencia se consideraba impotente (experiencia N.º 4.)*

Curar sin el mas pequeño peligro, aliviar siempre, prolongar la vida de los enfermos incurables, evitarles sufrimientos crueles, como la dispnea i el insomnio aórtico, son motivos sobrados para que coloquemos este elemento terapéutico en sitio preferente



entre las modernas conquistas de la Medicina i deba, por tanto, ser aceptado en la práctica de nuestros hospitales como el mejor procedimiento clínico conocido hasta el presente para el tratamiento de los aneurismas de la aorta.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



El Dr. Lancereaux en sus experimentos sobre animales ha demostrado que poco tiempo despues de la inyeccion subcutánea de jelatina, el sangre de la circulacion jeneral, salida de los vasos, se coagula en pocos minutos. En el hombre ha observado la coagulacion de la bolsa aneurismática.

Por nuestra parte debemos agregar el caso a que hemos hecho alusion mas arriba, ocurrido en el mes de Abril de 1904, en la sala de San Carlos, del H. de S. V. de P. Se trata de un aneurisma del cayado de la aorta que, salvando las paredes torácicas, ha hecho eminencia al esterior, del tamaño de un huevo de gallina.

El individuo es un cardio-escleroso que muere en pleno período de asistolia, al 5.º dia de la 3.ª inyeccion de jelatina.

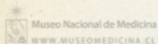
En la autopsia se comprobó que el contenido del saco aneurismal se hallaba completamente coagulado; coágulos antiguos, perfectamente adherentes, dispuestos en capas concéntricas. Este hecho fué constatado por el distinguido profesor de Clínica Médica, Dr. Ugarte Gutierrez i por el digno personal de esa Clínica

Me he abstenido de hacer la relacion de esta esperiencia por no haber sido trabajo mio; el único papel que me ha correspondido desempeñar en el caso presente es el haber indicado el tratamiento i dado las instrucciones del caso al señor interno de la sala, en ese entónces, don Liborio Sánchez.

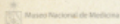
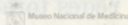
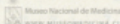
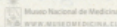


El Profesor Lancereaux cree que la *jelatina* aumenta la coagulabilidad de la sangre; que es absorbida por los linfáticos que la vierten en ella; por último, que permanece líquida a la temperatura del cuerpo i se absorbe al ménos en parte.

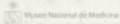
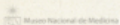
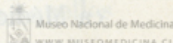
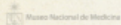
Sea de esto lo que fuere, el distinguido Profesor de la Academia de Paris, ideador del método, tiene contradictores eminentes, i por lo tanto, estamos obligados a suspender nuestros juicios al respecto, miéntras el porvenir se encargará de demostrar la influencia íntima que las inyecciones de *jelatina* tienen sobre los aneurismas.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

