

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

INYECCIONES EPIDURALES



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

COMO TRATAMIENTO DE LA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

INCONTINENCIA DE ORINA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

DE ORIGEN IDIOPÁTICO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



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



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

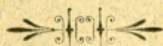
Museo Nacional de Medicina

MOISES HERMOSILLA LARÉNAS

INTERNO DE LA CLÍNICA DE NIÑOS DEL PROFESOR ROBERTO DEL RÍO



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

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA UNIVERSITARIA

de S. A. GARCIA VALENZUELA

41 - BANDERA - 41

1903

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1664
MED
1903
H 556 i
c-1

INYECCIONES EPIDURALES



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

INCONTINENCIA DE ORINA

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

DE ORÍJEN IDIOPÁTICO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



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



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR



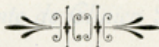
Museo Nacional de Medicina MOISES HERMOSILLA LARÉNAS

INTERNO DE LA CLÍNICA DE NIÑOS DEL PROFESOR ROBERTO DEL RÍO

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA UNIVERSITARIA
de S. A. GARCIA VALENZUELA
41 - BANDERA - 41

1903



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

A mi Maestro el

Dr. Roberto del Río

*Profesor de la Clínica de Niños, Decano de la facultad de
Medicina i Farmacia.*

Homenaje de su alumno



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

A mi amigo el

Dr. Luis Montero R.

Ayudante de Clínica Médica



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

INTRODUCCION



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En el mes de Julio del presente año, fué indicado por mi maestro, el profesor Roberto DEL RIO, a experimentar en e servicio de niños, el tratamiento de una de las afecciones que con mas tenacidad afecta a la infancia, i sobre todo al sexo masculino. Quiero hablar del *tratamiento de la incontinencia de orina* por medio de las INYECCIONES EPIDURALES. Hasta esta época, este procedimiento terapéutico era desconocido entre nosotros; i solo entónces fué introducido en la práctica por un alumno de la escuela del Hospital Necker en Paris, el doctor MONTERO, quien recientemente llegado, tuvo la galantería de prestarme todo su concurso tanto en la enseñanza técnica, como en la prosecucion de este trabajo que hoi entrego a la publicidad. Debo declarar por otro lado que las observaciones que constituyen el núcleo de esta memoria, forman una parte de la comunicacion que el doctor MONTERO presentará al próximo Congreso Médico de Buenos Aires.

En la comprobacion de este método terapéutico que, inaugurado por ALBARRAN i CATHELIN, ha alcanzado una gran



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



boga en la escuela francesa, hemos querido proceder con todo el rigor i exactitud necesarios, anotando tanto los buenos casos como los malos, para podernos formar una opinion personal a este respecto.

La aplicacion del método de las *inyecciones epidurales* en las afecciones del aparato jénito-urinario, se debe a CATHELIN, ayudante de la clínica del profesor GUYON en Paris.

Sin entrar a hacer la crítica de la via céfalo-raquídea, como una via de absorcion práctica, podemos sentar el hecho: que la verdadera via vertebral de absorcion medicamentosa jeneral i adecuada a las sustancias que poseen alguna afinidad por la materia nerviosa es esclusivamente la *via epidural*. Esta via es fácilmente abordable, tolerante i segura.

Al lado del espacio liquido sub-aracnoidal i rodeando a éste, existe otro *espacio célula adiposo o espacio epidural*, situado entre la dura madre i la pared ósea de la columna vertebral. Este espacio es fácilmente accesible por la estremidad inferior del canal sacro-cocígeo posterior. Veremos más adelante, al describir la técnica de las inyecciones epidurales, cómo ese espacio tolera grandes dosis de liquido. Los líquidos depositados allí se difunden con rapidez por el espacio célula-adiposo hacia todas las rejiones raquídeas i bañan en parte los troncos nerviosos que atraviesan esta cavidad extra dural.

Por otra parte, los líquidos que se inyectan en el espacio epidural no pueden pasar al espacio sub-aracnoidal, pues la dura madre es suficiente barrera para impedirselo. Lo que sucede entónces con esos líquidos depositados allí, es que se esparcen sin encontrar mucha resistencia—fuera del frote—en todo el espacio epidural, entre las venas i plexos venosos que allí circulan. Tan grande es la superficie de trasmision para los líquidos en esa rejion que CATHELIN ha calculado la superficie de absorcion de las redes venosas epidurales en toda la estension de la columna, en 768 cm^2 o sea la superficie aproximada de dos platos soperos. Mas todavía, el mismo CATHELIN nos ha dado a conocer, cómo en el método hipodérmico la superficie

de absorcion es 10 veces menor que por la via epidural. Esto explica por qué la eliminacion por la orina del azul de metileno se hace dos veces mas lijero por la via epidural que por la via hipodérmica.

La cantidad máxima de liquido que de un golpe se puede inyectar en el espacio epidural, está calculada teóricamente en 115 cm^3 para no producir compresion del saco dural i provocar fenómenos de contractura, etc. Pero prácticamente se puede sobrepasar esa cifra sin que traiga compresion de la médula, debido a la rápida absorcion por las venas. El líquido inyectado va a intervenir sobre todo como un agente mecánico, por accion directa de él sobre los troncos nerviosos que emergen del cono de la dura-madre sacro-lumbar. Este agente traumático determina un choc local que, repercutiendo sobre los centros medulares correspondientes (centro ano-espinal, vesico-espinal i jénito-espinal), determina cambios del equilibrio molecular i modifica el sentido i la calidad del influjo nervioso. (CATHELIN).

En nuestras esperimentaciones nos hemos reducido a emplear esclusivamente el suero fisiológico de HAYEM (NaCl al 7,5 por 1000) en dosis de 5 a 40 cm^3 .

Debo dejar constancia que en mas de 50 enfermos sometidos a este tratamiento, de los cuales solo he podido seguir i retener en observacion a unos 25, jamas se ha tenido accidente de importancia. En dos ocasiones, la aguja se ha quebrado en el pabellon, pero ha sido retirada sin consecuencias por medio de una pinza.

En algunos casos en los cuales no se ha obtenido resultado desde la primera inyeccion, se ha insistido en la frecuencia de ellas i en la dosis mas creciente cada vez del suero inyectado. I, así ha pasado que, enfermos que en un principio se mostraban rebeldes al tratamiento, han sido curados despues, gracias a nuestra constancia e insistencia, v. gr. la observacion III.

Creo que la publicidad de este trabajo, dará a conocer entre nosotros un precioso recurso i, me atrevo a decirlo, el mejor i



el más eficaz hasta ahora de todos los tratamientos para la incontinencia nocturna de orina.

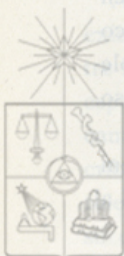
Sin embargo, que nuestras observaciones se dirijan al tratamiento de la incontinencia nocturna idiopática infantil, no hemos trepidado en describir también la observación de incontinencia en un hombre adulto, (Obs. IV) que por sí sola presta bastante interés.

Antes de terminar me queda que cumplir con el deber de declarar que durante este trabajo, he contado con la dirección i ayuda decidida del doctor MONTERO. Me es grato, pues, expresar aquí mis sinceros agradecimientos por su jenerosa cooperación.

Noviembre 15 de 1903.



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

Inyecciones epidurales

I



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

A fin de comprender mejor la técnica i la importancia del método que hemos experimentado para el tratamiento de la incontinencia de orina, deseo dar algunos datos anatómicos del canal sacro i del espacio epidural.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El canal sacro es la terminación del canal raquídeo así como el cóxis es la terminación de la columna vertebral. Considerado en el sentido de su longitud, el canal sacro tiene la forma de un prisma de base cóncava hacia adelante i con arista roma posterior. Su calibre se reduce poco a poco a medida que se aproxima al cóxis.

Las paredes del canal están formadas hacia adelante por la cara posterior del cuerpo de las vértebras sacras; hacia atrás son las láminas vertebrales sacras fusionadas entre sí las que constituyen la pared posterior del canal sacro. Esta pared posterior es muy delgada con relación a la pared anterior; en el niño está reducida a una simple lámina ósea.

La abertura inferior del canal sacro se hace en forma de V o U invertida a causa de la soldadura de los bordes inferiores de



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



las láminas de la última vértebra sacra; de ahí resulta que esta abertura sea a la vez *posterior e inferior*.

Por lo jeneral, la dirección del canal sacro tiene una incurvación menor que lo que corresponde a la cara anterior del hueso sacro. Así no es raro encontrar canales sacros verticales en sacros de 15 i 20 mm de flecha de curvatura.

Transversalmente tiene el canal sacro: 12 mm al nivel de la 1.^a sacra, 9 mm al nivel de la 2.^a, 4 mm al nivel de la 3.^a i 6 mm al nivel de la 4.^a

Este estrechamiento del canal al nivel de la 3.^a sacra es casi constante.

La abertura inferior del canal sacro está cerrada por una membrana obturatriz (m. sacro-coccígea póstero-inferior) bastante firme i que cruje al paso de la aguja.

En el interior del canal sacro se encuentra contenido por su parte superior el *cono dural* o sea el fondo de saco dural inferior, que en el adulto llega al nivel del borde inferior de la 2.^a vértebra sacra (1).

Dentro de este cono dural, se encuentran metidos los nervios de la cola de caballo. Según las mensuraciones de CATHELIN, el cono dural se detiene a 6 o 9 cm de la abertura pósteroinferior del canal sacro.

Los nervios sacros i coccígeos salen lateralmente envueltos en una prolongación de la dura madre i se dirijen oblicuamente radiando hácia los agujeros sacros.

En la parte mediana del canal solo se encuentra el trayecto del *hilus terminal*, resto del fondo de saco dural atrofiado i que va a fijarse en forma de abanico sobre la cara posterior de las dos primeras piezas coccígeas.

De acuerdo con lo anterior, una punción con aguja hecha sobre la línea media, no encontrará ni podrá herir ninguna raíz.

Un plexo venoso muy abundante cruza en todos sentidos el

(1) En el niño, la curvatura del canal sacro es ménos marcada i el cono dural descende un poco mas abajo que en el adulto, llegando mas o ménos al nivel de la 3.^a vértebra sacra.

canal sacro. Dos grupos de venas flanquean el cono dural i se anastomosan en arcadas por debajo de él; de allí parten ramas venosas que acompañan hasta los agujeros sacros a los nervios raquídeos.

Como tejido de union de todos estos elementos dentro del canal sacro, se encuentra un *tejido celular laxo*, que comunica hácia arriba con el tejido celular *epidural*.

De aquí la facilidad de abordar este espacio por el procedimiento de CATHELIN.

El *espacio epidural*, que es la continuación del espacio extradural sacro, se prolonga a lo largo de la columna, hasta la región cervical.

Allí la dura madre se inserta circularmente al rededor del agujero occipital i va a constituir en seguida el periostio interno de los huesos del cráneo. De modo que no existe un *espacio epidural craneano*.

El espacio epidural no constituye una cavidad real, se puede decir que es un espacio virtual, mas bien fisiológico que anatómico, asimilable a una serosa normal cuyas dos hojas serian la dura madre espinal de una parte i el periostio vertebral de la otra; ámbos se fusionan en el agujero occipital, eso sí que aquí faltaria el endotelio de revestimiento interno.

La cantidad enorme de plexos venosos intra-raquídeos que constituyen casi por sí solos el espacio epidural es un factor importantísimo en la rapidez de absorción de los líquidos inyectados allí.





II

La *técnica* que hemos seguido es la empleada por CATHELIN en el servicio del profesor GUYON en París.

Se coloca al paciente en la posición de Sims o posición lateral inclinada. Nosotros hemos encontrado cierta ventaja para los niños el colocarlos en *decúbito abdominal*. También hemos adoptado a veces la posición genu-pectoral. En fin, la posición importa poco cuando se tiene cierta práctica en la punción del canal sacro.

Cuando se emplea la posición de Sims es necesario hacer doblar bien las piernas sobre los muslos i estos sobre el vientre a fin de poner tensa la membrana obturatriz sacro pósteroinferior que se va a puncionar.

Se lavará la región con jabón i alcohol.

Como aguja hemos adoptado la aguja de CATHELIN de 6 cm de largo por 7/10 mm de diámetro. Colocándose el operador del lado del dorso del paciente, buscará con su índice izquierdo los dos cuernos del sacro o, mejor aun, los dos *tubérculos sacros pósterointernos* que están bajo la piel i que se notan bien aun en los individuos muy gordos.

Se sabe que estos tubérculos limitan la parte lateral e inferior de la **V** o de la **U** sacra i que el vértice superior de ese triángulo de 1 cm de ancho por 2 cm de alto, está formado por otro tubérculo, no siempre constante, el vértice de la última apófisis espinosa sacra que termina la cresta sacra. Conociendo estos tres puntos de referencia se llega con facilidad a encontrar el punto de elección para penetrar en el canal sacro. Con este objeto el operador seguirá con su índice las eminencias de la cresta sacra en la dirección de la línea espinosa vertebral hasta que su dedo caiga en una depresión triangular con base dirigida a la ranura inter-glútea, sintiendo con su dedo a ambos lados los dos tubérculos sacros. La membrana que cierra allí

el canal sacro es, en cierto modo, depresible i uno juega sobre ella *como sobre una fontanela*. El *punto de elección* para introducir la aguja se encuentra cerca del vértice de la **V** o de la **U** sacra en la parte media de una línea perpendicular a la línea transversal que une los dos tubérculos sacros pósterointernos. La no observancia de este punto de elección conduce a dificultades en la introducción de la aguja.

Una vez bien fijado el punto de elección, se introduce la aguja oblicuamente, unos 20° sobre el plano horizontal, hasta que se tenga la sensación de haber perforado el ligamento. En seguida, se retira el índice izquierdo, que hasta este momento estaba allí para evitar las falsas vías sub-cutáneas en la parte superior del triángulo, después se baja el pabellón de la aguja i se le empuja rectamente en un plano bien mediano a fin de no pinchar los nervios coccigeos i sus ganglios. Se introduce toda la aguja que es de 6 cm, quedando sólo el pabellón asomado en la piel.

La aguja entra unos 4 a 5 cm dentro del canal.

En los niños no se penetrará más de 4 cm para evitar de herir el fondo de saco sub-arañoideo. El penetrar con la aguja sólo 1 a 2 cm es exponerse a no tener el resultado que se busca.

Se tendrá cuidado de asegurarse de antemano de la permeabilidad de la aguja, i una vez introducida, se procede a inyectar lentamente la solución empleada—suero de Hayem— en dosis de 5 a 30 cm³ o más, según el caso.

Uno puede estar seguro de haber penetrado en el canal sacro, cuando se percibe la sensación de enclavamiento de la aguja, cuando al inyectar el líquido no se forma un tumor sub-cutáneo i, por fin, cuando se nota una especie de salto que da la aguja cuando franquea el ligamento o membrana sacro-coccigea, salto que se siente al retirar la aguja.

Una vez retirada la aguja se moviliza la piel con una tórula de algodón i se pondrá allí un poco de colodión o tela emplástica.



WWW.MUSEOMEDICINA.CL
Damos a continuación la especificación de 25 observaciones que sirven de base a esta memoria. En ellas se encontrarán los detalles i la marcha del tratamiento. Al final de cada caso, hacemos un ligero *resúmen* para orientar con mayor facilidad sobre el resultado obtenido.

Por fin, esponemos las conclusiones que naturalmente se desprenden de este trabajo.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Observacion I.

Alfredo Tapia, de 7 años, Ingresa a la clínica del profesor ROBERTO DEL RÍO el 7 de Diciembre de 1900.

Entró al hospital con disenteria i una adenitis del cuello, de la cual fué operado. Sanó de ambas afecciones.

En la actualidad sufre solamente de una *incontinencia de orina* que desde hace 3 años se acentúa mas en invierno. Se orina noche a noche en su cama. Se instituyó el tratamiento por las inyecciones epidurales el 30 de Julio del presente año. Inyeccion 5 cm³ de suero esterilizado.

3 de Agosto.—Sigue la incontinencia como ántes, tres micciones abundantes, las noches del 30, 31 de Julio, 1 i 2 de Agosto. Inyeccion 10 cm³ de suero.

7 de Agosto.—El enfermo deja de orinarse las noches del 3, 4 i 5, pero la noche del 6 tiene dos micciones. Inyeccion 10 cm³ de suero.

8 de Agosto.—Se suspende la incontinencia las noches del 7 i 8.

9 de Agosto.—El enfermo se orina dos veces.

11 de Agosto.—El paciente deja de orinarse las noches del 10 i 11.

13 de Agosto.—Una miccion involuntaria nocturna abundante el dia 12. Inyeccion 15 cm³ de suero.



25 de Agosto.—Se suspende la incontinencia las noches del 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 i 25.

28 de Agosto.—El enfermo se orina las noches del 26 i 27. Inyeccion 15 cm³ de suero.

29 de Agosto. El paciente tiene una miccion en la noche del 28 i se mantiene seco la del 29.

1.º de Setiembre.—El enfermo se orina una vez las noches del 30 i 31 de Agosto. Inyeccion 15 cm³ de suero.

11 de Setiembre.—El enfermito permanece continente hasta esta fecha, ménos las noches del 4 i del 7 en las que tiene una miccion poco abundante i la noche del 10 una mui abundante. Inyeccion 20 cm³ de suero.

12 de Setiembre.—Se suspende en absoluto la incontinencia de orina. Así permanece hasta mas de un mes despues, el 14 de Octubre, fecha en que el paciente abandona el hospital.

En resúmen, en este enfermito las primeras inyecciones de 5 a 10 cm³ suspendieron la incontinencia de un dia a otro para reproducirse despues de uno a tres dias de intervalo; en cambio una inyeccion de 20 cm³ detiene por completo la incontinencia. Así, en los 14 primeros dias de tratamiento se hacen 3 inyecciones epidurales, una de 5 cm³ i dos de 10 cm³ de suero. En seguida se hace una inyeccion de 15 cm³ la que paró la miccion nocturna por espacio de 12 dias. Despues hai una recidiva cada 2 o 3 dias en el intervalo de 16 dias en los cuales se repite por dos veces la inyeccion de 15 cm³. Por fin una inyeccion de 20 cm³ —puesta un mes i 13 dias despues de comenzado el tratamiento—detuvo completamente las micciones nocturnas i el enfermo queda radicalmente curado de su afeccion.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Observacion II.

Luis Armando Jofré, de 5 años. Ingresa a la Clínica del Profesor ROBERTO DEL RÍO el 5 de Enero de 1903.

Entra al hospital con una hernia inguinal izquiera conjénita. Incontinencia diurna i nocturna de orina desde hace dos me-



ses. Las micciones involuntarias de orina se suceden con mucha frecuencia tanto las de día como las de noche.

30 de Julio.— 5 cm³ de suero esterilizado.

6 de Agosto.—Se suspenden las incontinencias diurna i nocturna el 30 i 31 de Julio, 1, 2, 3, 4 i 5 de Agosto

7 de Agosto.—El enfermo se orina dos veces en la noche del

6. Inyeccion 10 cm³ de suero.

Persiste la incontinencia nocturna con una miccion las noches del 8 i 9; La noche del dia 10 se suspende la incontinencia.

12 de Agosto.—Vuelve la incontinencia con una miccion la noche del dia 11. Inyeccion 10 cm³ de suero.

12 de Agosto.—Se suspende la incontinencia.

14 de Agosto.—El enfermo se orina una vez la noche del 13. Inyeccion 10 cm³ de suero.

24 de Agosto.—Se suspende la incontinencia las noches del 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 i 24; pero el dia 25 se orina una vez en la noche. Sin embargo, sigue continente las noches del 24, 27, 28 i 29. El 30 de Agosto se orina nuevamente una vez.

1.º de Setiembre.—Permanece continente la noche del 31 de Agosto. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

2 de Octubre.—A partir de la última inyeccion de 10 cm³, el dia 1.º de Setiembre el enfermo queda continente i no vuelve a orinarse mas por la noche. Con esta fecha el enfermo abandona el hospital.

En resumen, aquí desde la primera inyeccion de 5 cm³, se suspende la incontinencia diurna. La incontinencia nocturna es vencida despues de tres inyecciones de 10 cm³ cada una, en el trascurso de 14 dias. Despues el enfermo permanece continente en absoluto (salvo en la noche del 30 de Agosto) hasta un mes i medio despues, dia en que deja el hospital.

Observacion III.

Luis Escobar de 8 años. Ingres a la clínica del profesor ROBERTO DEL RÍO el 2 de Octubre de 1903.

En la actualidad este enfermito sufre de una afeccion tuberculosa de la articulacion coxo-femoral derecha de la cual ha sido operado dos veces sin obtener todavia su completa curacion.

Se le ha observado incontinencia nocturna de orina desde que reside en el hospital, o sea desde hace cuatro años, tres a cuatro micciones por noche.

30 de Julio.—Inyeccion, 5 cm³ de suero esterilizado.

3 de Agosto.—Sigue la incontinencia como ántes, tres micciones. Inyeccion, 5 cm³ de suero.

6 de Agosto.—Sigue la incontinencia como siempre. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

8 de Agosto.—Sigue la incontinencia sin modificación. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

11 de Agosto.— Sigue la incontinencia con tres micciones nocturnas. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

13 de Agosto.—Sigue la incontinencia con dos micciones la noche del 12. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

21 de Agosto.—Sigue la incontinencia con una miccion las noches del 14, 15, 16, 17, 18, 19 i 20. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

23 de Agosto.—Se suspende la incontinencia las noches del 22 i 23,

1.º de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion las noches del 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 i 31 de Agosto. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

3 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con una miccion la noche del 2.

4 de Setiembre.—Se hace continente.

24 de Setiembre.—Re repite la incontinencia con una miccion nocturna desde el 5 hasta el 24 de Setiembre. Inyeccion, 20 cm³ de suero.



30 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con una miccion. Inyeccion 25 cm³ de suero.

Se suspende la incontinencia por 5 dias hasta el 6 de Octubre en que hai una miccion nocturna poco abundante. Despues se establece la continencia absoluta hasta el 12 de Noviembre, dia en el que tiene una miccion nocturna poco abundante. El enfermo continúa en el hospital.

En resumen, en este enfermito, la incontinencia no se modifica sino despues de 4 inyecciones—desde el 30 de Julio al 13 de Agosto.—Se sube la cantidad de suero a 15 cm³ i las micciones de 3 se reducen a 1 por noche—salvo las noches del 22 i 23 de Agosto en que no se orina por la noche—así siguen las cosas hasta el 30 de Setiembre en que, despues de una inyeccion de 25 cm³, se afirma la continencia i el enfermo no orina sino avisando, hasta hoi—Aquí podemos decir que el éxito lo debemos a la persistencia—inyeccion cada 2 a 5 dias—del tratamiento i a la dosis creciente de la inyeccion.

Observacion IV

Valeriano Rodriguez, de 55 años, herrero, casado. Ingresa al servicio del doctor Prado, Hospital de San Vicente de Paul, el 5 de Mayo de 1903.

Hace 40 años tuvo gonorrea. Actualmente: hernia inguinal derecha, estrechez uretral (bujia núm. 14). Incontinencia nocturna de orina desde hace cuatro meses, enfermedad que lo trae al hospital; dos a tres micciones involuntarias.

4 de Agosto.—Inyeccion 10 cm³ de suero.

9 de Agosto.—Se suspende en absoluto la incontinencia de orina las noches del 4, 5, 6, 7, 8 i 9.

20 de Agosto.—El enfermo emite involuntariamente algunas gotas de orina ántes de cada miccion voluntaria (variables éstas en número de una noche a otra) las noches del 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 i 20.

21 de Agosto.—Es operado de uretrotomía interna i queda con sonda permanente hasta el dia 24.

10 de Setiembre.—La incontinencia continúa en forma de gotas ántes de cada miccion las noches del 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 i 31 de Agosto, 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º de Setiembre. Inyeccion 15 cm³ de suero.

12 de Setiembre.—Persiste la incontinencia de gotas en menor cantidad las noches del 11 i 12. Esta última noche el enfermo tiene dos micciones i en la última se suspende la incontinencia de las gotas de orina.

16 de Setiembre.—Permanece continente los dias 13, 14 i 15. A peticion del enfermo se hace una tercera inyeccion para asegurar el éxito, de 15 cm³ de suero.

12 de Noviembre.—Desde el 13 de Setiembre ha cesado por completo la incontinencia de orina. El enfermo continúa en el hospital por su hernia.

En resumen, curacion radical a partir de la segunda inyeccion. La tercera fué hecha por condescender con el enfermo i asegurar el éxito segun él mismo lo decia. No puede esperarse un resultado mas lisonjero que éste.

Observacion V

Florinda Baez, de 14 años, sirvienta. Ingresa a la clínica del profesor GARCIA GUERRERO el 11 de Agosto de 1903.

Incontinencia nocturna de orina desde su primera edad; afeccion que la trae al hospital; dos a tres micciones involuntarias en la noche.

12 de Agosto.—Inyeccion 5 cm³ de suero esterilizado.

19 de Agosto.—Se suspende la incontinencia de orina las noches del 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 i 19.

22 de Agosto.—Se repite la incontinencia con dos micciones las noches del 20 i 21. Inyeccion 10 cm³ de suero.

3 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia desde el 22 en adelante. Inyeccion 10 cm³ de suero.



8 de Setiembre.—Sigue continente la enferma las noches del

9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 de Agosto; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con dos micciones las noches del 9 i 10.

11 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia. Inyeccion 15 cm³ de suero.

18.—Sigue continente hasta el dia 18.

20 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion las noches del 19 al 20.

21 de Setiembre.—La enferma no se orina.

23 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion las noches del 22 i 23.

24 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia. Inyeccion 15 cm³ de suero.

La enferma sigue continente todo este tiempo hasta el 15 de Octubre en que sale del hospital.

En resúmen, despues de varias alternativas, la enferma se hace continente al cabo de 5 inyecciones.

Observacion VI

Cárlos Sepúlveda, de 7 años. Ingresa al Hospital de Niños el 12 de Agosto de 1903.

Actualmente le aqueja un tumor blanco de la rodilla izquierda.

Incontinencia nocturna i diurna de orina desde la edad de 3 años; actualmente solo persiste la incontinencia nocturna, dos a tres micciones involuntarias en la noche.

15 de Agosto.—Inyeccion 5 cm³ de suero esterilizado.

18 de Agosto.—Se suspende la incontinencia de orina las noches del 15, 16, 17 i 18.

19 de Agosto.—Se repite la incontinencia con dos micciones. Inyeccion 5 cm³ de suero.

21 de Agosto.—Se suspende la incontinencia las noches del 19, 20 i 21.



24 de Agosto.—Se repite la incontinencia con dos micciones las noches del 22, 23 i 24.

27 de Agosto.—Se suspende la incontinencia las noches del 25 i 26. Inyeccion 10 cm³ de suero.

4 de Setiembre.—Continua la incontinencia de orina los dias 27, 28, 29, 30, 31 de Agosto; 1, 2, 3 i 4 de Setiembre.

5 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion.

9 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia las noches del 6, 7, 8 i 9.

11 de Setiembre.—Se repite la incontinencia la noche del 10. Inyeccion 10 cm³ de suero.

23 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia los dias 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 i 23.

24 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion.

27 de Setiembre.—No se orina los dias 25, 26 i 27.

28 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion.

30 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia los dias 29 i 30.

2 de Octubre.—Se repite la incontinencia con una miccion las noches del 1 i 2.

5 de Octubre.—Se suspende la incontinencia los dias 3,

4 i 5.

8 de Octubre.—Se repite la incontinencia con una miccion poco abundante las noches del 6 i 7. Inyeccion 20 cm³ de suero.

Desde esta fecha el enfermo no se orina por la noche. El dia 25 de Octubre sale del hospital.

En resúmen, despues de 3 inyecciones, se establece una mejoría por 10 dias—25 de Agosto a 5 de Setiembre.—Desde el 5 al 14 de Setiembre una miccion nocturna. Desde el 11 al 24 nueva mejoría, para sufrir alternativas hasta el 7 de Octubre en que una inyeccion de 20 cm³ suspendió todas las micciones.





Museo Nacional de Medicina *Observacion VII*

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Manuel Jesus Urzúa, de 7 años. Ingresa al Hospital de Niños el 14 de Agosto de 1903.

Entra al hospital con anjina catarral aguda. Incontinencia nocturna de orina desde hace 2 meses, dos a tres micciones involuntarias en la noche.

20 de Agosto.—Inyeccion 5 cm³ de suero.

21 de Agosto.—Sigue la incontinencia de orina con dos micciones las noches del 20 i 21.

23 de Agosto.—Se suspende la incontinencia los dias 22 i 23.

25 de Agosto.—Se repite la incontinencia con dos micciones la noche del 24. Inyeccion 5 cm³ de suero.

31 de Agosto.—No se orina los dias 25, 26, 27, 28, 29, 30 i 31.

3 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con dos micciones las noches del 1 i 2. Inyeccion 10 cm de suero.

14 de Setiembre.—Permanece continente los dias 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 i 14.

16 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion las noches del 15 i 16.

21 de Setiembre.—No se orina los dias 17, 18, 19, 20 i 21.

23 de Setiembre.—Tiene una miccion nocturna involuntaria el 22. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

4 de Octubre.—Queda continente los dias 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 de Setiembre, 1, 2, 3 i 4 de Octubre.

5 de Octubre.—Se repite la incontinencia con una miccion. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

23 de Octubre.—No ha vuelto a producirse la incontinencia nocturna de orina. El enfermo sale de alta.

En resumen, en este enfermito, despues de dos inyecciones, lijera mejoría, que se acentua cada vez mas hasta la quinta inyeccion de 15 cm³, que lo mejora por completo miéntras permanece bajo nuestra vijilancia. Despues no hemos tenido noticia al respecto.

Observacion VIII

José Luis Araya, de 7 años. Ingresa al Hospital de Niños el 26 de Abril de 1903.

Entró con estomatitis ulcerosa, de la cual ha sanado. Actualmente padece de ataques intermitentes de disenteria,

Incontinencia nocturna de orina desde hace seis meses, tres o cuatro micciones involuntarias en la noche.

12 de Agosto.—Inyeccion, 5 cm³ de suero.

27 de Agosto.—Se suspende la incontinencia de orina desde el 13 de Agosto hasta el dia 27.

28 de Agosto.—Se repite la incontinencia con dos micciones. El 29 de Agosto no se orina.

2 de Setiembre.—Sigue continente. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

11 de Setiembre.—Sigue continente hasta el dia 12, en que hai una miccion nocturna; despues no se orina ya hasta el 21.

21 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion. Inyeccion, 10 cm³. Permanece continente hasta el 2 de Octubre.

3 de Octubre.—Se repite la incontinencia con una miccion poco abundante. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

Desde esta fecha el enfermo sigue continente hasta el 29 de Octubre, ultimo dia que lo hemos observado.

En resumen, despues de la primera inyeccion la mejoría es bien manifiesta, que se acentúa con una tercera i que se establece, al parecer, de firme a la cuarta inyeccion de 15 cm³.

Observacion IX

José Santander, de 5 años. Ingresa al Hospital de Niños el 17 de Abril de 1903.

Entra con prolapso del recto.

Incontinencia nocturna de orina desde hace un año; dos o tres micciones involuntarias en la noche.

13 de Agosto.—Inyeccion, 5 cm³ de suero.



27 de Agosto.—Se suspende la incontinencia de orina los días 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 i 27.

29 de Agosto.—Se repite la incontinencia con una miccion las noches del 28 i 29.

30 de Agosto.—Se suspende la incontinencia. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

16 de Setiembre.—Sigue continente los días 31 de Agosto, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 i 16 de Setiembre.

17 de Setiembre.—Se orina una vez en la noche. Inyeccion 10 cm³ de suero.

2 de Octubre.—Permanece continente los días 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 i 30 de Setiembre, 1 i 2 de Octubre.

3 de Octubre.—Una miccion poco abundante en la noche. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

29 de Octubre.—Desde la última inyeccion no ha vuelto a producirse la incontinencia de orina. El paciente se retira del hospital.

En resúmen, gran mejoría desde la primera inyeccion de 5 cm³ que se hace definitiva al cabo de una cuarta inyeccion de 15 cm³.

Observacion X

Guillermo Núñez, de 5 años. Ingresa al Hospital de Niños el 18 de Abril de 1903.

Entra con prolapso del recto.

Incontinencia nocturna de orina desde hace dos años; dos a tres micciones involuntarias en la noche; en verano disminuye hasta llegar a ser a veces intermitente.

13 de Agosto.—Inyeccion, 5 cm³ de suero.

20 de Agosto.—Se suspende la incontinencia de orina los días 14, 15, 16, 17, 18, 19 i 20.

21 de Agosto.—Se orina una vez en la noche.

28 de Agosto.—Sigue continente los días 22, 23, 24, 25, 26, 27 i 28.

31 de Agosto.—Se repite la incontinencia con una miccion las noches del 29 i 30. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

13 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia los días 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 i 13.

14 de Setiembre.—Se orina una vez en la cama.

21 de Setiembre.—Sigue continente los días 15, 16, 17, 18, 19, 20 i 21. El 22 se orina una vez.

28 de Setiembre.—No se orina los días 23, 24, 25, 26, 27 i 28.

1.º de Octubre.—Se repite la incontinencia con una miccion las noches del 29 i 30 de Setiembre i 1.º de Octubre. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

29 de Octubre.—Se ha suspendido por completo la incontinencia de orina desde la última inyeccion. El enfermo se retira del servicio.

En resúmen, con una sola inyeccion de 5 cm³ se suspende la incontinencia desde el 13 al 29 de Agosto, salvo una noche en que se orina una vez, i el enfermito permanece completamente sano (continente), despues de una tercera inyeccion de 15 cm³. Así queda en observacion por mas de un mes, despues de lo cual se le considera radicalmente curado.

Observacion XI

Elías Valenzuela, de 4 años. Ingresa al Hospital de Niños el 20 de Julio de 1903.

Entra al hospital con adenitis supurada del cuello.

Incontinencia nocturna de orina desde hace ocho meses dos o tres micciones involuntarias en la noche.

14 de Agosto.—Inyeccion, 5 cm³ de suero.

29 de Agosto.—El enfermo no se orina desde el día de la inyeccion hasta el 29.

31 de Agosto.—Tiene una miccion escasa en la noche del 30. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

10 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia desde el 31 de Agosto en adelante. Inyeccion, 10 cm³ de suero.



20 de Setiembre.—Hasta esta fecha sigue continente. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

30 de Setiembre.—En el intervalo de estos 10 dias, el enfermo persiste continente. Inyeccion, 10 cm³.

24 de Octubre.—El enfermo sale de alta completamente curado.

En resumen, la mejoría ha sido manifiesta desde la primera inyeccion, i la curacion ha sido completa; pues, a partir de la cuarta inyeccion, han pasado 25 dias sin que el paciente se orine. Despues de lo cual deja el hospital.

Observacion XII.

Tránsito Villegas, de 5 años. Ingresa al Hospital de Niños el 14 de Mayo de 1903.

Incontinencia nocturna de orina desde hace 4 meses; 2 a 3 micciones involuntarias en la noche.

17 de Agosto.—Inyeccion, 5 cm³ de suero.

19 de Agosto.—El enfermo deja de orinarse la noche del 17, pero tiene micciones en la del 18. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

22 de Agosto.—Se suspende la incontinencia desde la última inyeccion. Inyeccion 10 cm³ de suero.

31 de Agosto.—Sigue continente hasta la noche del 31.

1.º de Setiembre.—Se orina una vez en la cama.

2 de Setiembre.—Queda seco toda la noche.

4 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con dos micciones las noches del 2 i 3. Inyeccion 10 cm³ de suero.

14 de Setiembre.—Se suspendió la incontinencia a partir desde el 4 de Setiembre. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

30 de Setiembre.—Continúa sin orinarse en la cama hasta fines del mes.

1.º de Octubre.—Se orina una vez en la cama pero en mui poca abundancia. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

24 de Octubre.—La enfermita sale de alta, sin haberse repetido mas la incontinencia durante todo el mes de Octubre.



En resumen, el resultado ha sido espléndido i la curacion, se ha hecho completa a partir de la tercera inyeccion. En el trascurso de mas de dos meses no se ha orinado en la cama sino cuatro veces.

Elcira Flores, de 5 años. Ingresa al Hospital de Niños el 2 de Agosto de 1903.

Incontinencia nocturna de orina desde hace 9 meses, con intermitencia de seis u ocho dias; una a dos micciones involuntarias en la noche.

17 de Agosto.—Inyeccion, 5 cm³ de suero.

19 de Agosto.—No se orina durante dos noches.

21 de Agosto.—Se repite la incontinencia de orina con dos micciones las noches del 20 i 21.

22 de Agosto.—Permanece seca toda la noche. Inyeccion 10 cm³ de suero.

23 de Agosto.—No se orina en la cama.

24 de Agosto.—Se repite la incontinencia con una miccion.

26 de Agosto.—Queda seca las noches del 26 i 27.

28 de Agosto.—Se repite la incontinencia con una miccion. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

5 de Setiembre.—Deja de orinarse hasta la noche del 5.

8 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion las noches del 6 i 7. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

18 de Setiembre.—Permanece sin orinarse en la cama hasta la noche del 18.

19 de Setiembre.—Se orina una vez, pero poco abundante.

24 de Setiembre.—Hasta la noche del 24 ha dejado de orinarse.

25 de Setiembre.—Se orina una vez, pero escasamente. Inyeccion, 15 cm³ de suero. A partir desde el 25 de Setiembre, la enfermita no se orina mas en la cama i considerándosela curada, se le da el alta con esta fecha.





En resumen, no se obtiene un resultado duradero sino despues de una cuarta inyeccion i con una dosis mas elevada, 15 cm³. La curacion se hace en el espacio de poco mas de un mes.

Observacion XIV.

Oscar Acuña, de 14 años. Ingresa al Hospital de Niños el 17 de Julio de 1903

Sufre de mal de Pott.

Incontinencia nocturna desde su niñez. En invierno recrudescen, en verano es ménos intensa.

18 de Agosto.—Inyeccion, 10 cm³ de suero.

21 de Agosto.—No se modifica la incontinencia de orina. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

23 de Agosto.—Deja de orinarse en la cama las noches del 22 i 23.

24 de Agosto.—Tiene tres micciones en la noche. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

25 de Agosto.—Permanece seco. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

27 de Agosto.—Se orina dos veces en la cama las noches del 26 i 27.

4 de Setiembre.—Permanece sin orinarse en las noches del 27 de Agosto hasta esta fecha.

5 de Setiembre.—Se orina dos veces. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

16 de Setiembre.—Tiene una miccion escasa.

20 de Setiembre.—Permanece seco las noches del 17, 18, 19 i 20.

23 de Setiembre.—Tiene una miccion por noche los dias 21 i 22. Inyeccion, 20 cm³ de suero.

19 de Octubre.—El enfermo se retira del Hospital habiendo permanecido continente cerca de un mes a partir del 22 de Setiembre.

En resumen, aquí se ve que la afeccion no se modifica con la primera inyeccion, que la segunda lo hace continente, que

una tercera de 15 cm³ en vez de afirmar la curacion provoca 2 micciones nocturnas en las noches que se siguen a la de la inyeccion. Despues la curacion se afirma, hasta que una última de 20 cm³ mantiene continente al enfermo cerca de un mes, despues de lo cual lo perdimos de vista abandonando el Hospital.



Observacion XV.

Raul Enrique Pérez, de 7 años. Ingresa al Hospital de Niños el 7 de Agosto de 1903.

Presenta una adenitis supurada del cuello.

Incontinencia nocturna de orina desde hace 5 meses; 2 a 3 micciones involuntarias en la noche.

18 de Agosto.—Inyeccion, 5 cm³ de suero.

27 de Agosto.—Se suspende la incontinencia de orina a partir desde la inyeccion hasta la noche del 27.

28 de Agosto.—Se orina dos veces en la noche.

29 de Agosto.—Permanece seco por la noche.

30 de Agosto.—Se orina dos veces.

1.º de Setiembre. No se orina en la cama en la noche del 31. Inyeccion 10 cm³ de suero.

12 de Setiembre.—No se orina desde la inyeccion última hasta la noche del 12.

14 de Setiembre.—Se orina una vez la noche del 13. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

20 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia los dias 14, 15, 16, 17, 18, 19 i 20.

21 de Setiembre.—Tiene una miccion escasa.

28 de Setiembre.—Ha continuado sin orinarse las noches del 22, 23, 24, 25, 26, 27 i 28.

1.º de Octubre.—Tiene una miccion las noches del 29 i 30. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

18 de Octubre.—El enfermo sale de alta, habiendo permanecido continente todos estos últimos 18 dias.

En resumen, salvo ligeras recidivas, la mejoría ha sido conti-



cuada, i despues de la última inyeccion de 15 cm³ el enfermo permanece 18 dias sin orinarse. En adelante perdimos de vista este paciente que abandonó el hospital.

Observacion XVI

Edelmira Jorquera, de 5 años. Ingresa al Hospital de Niños el 1.º de Julio de 1903.

Padece de peritonitis tuberculosa crónica,

Incontinencia nocturna de orina desde hace 3 años i de materias fecales desde hace dos meses.

16 de agosto.—Inyeccion 5 cm³ de suero.

18 de Agosto.—Se suspende la incontinencia de materias fecales i continúa la de orina con dos micciones las noches del 17 i 18.

22 de Agosto.—Se suspende tambien la incontinencia de orina los dias 19, 20, 21 i 22.

24 de Agosto.—Se repiten ambas incontinencias la noche del 23.

Inyeccion 5 cm³ de suero.

27 de Agosto.—Se suspende la incontinencia de materias fecales i de orina las noches del 24, 25, 26 i 27.

30 de Agosto.—Se repite solo la incontinencia de orina con dos micciones las noches del 28 i 29.

Inyeccion 10 cm³ de suero.

5 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia los dias 30 i 31 de Agosto, 1, 2, 3, 4 i 5 de Setiembre.

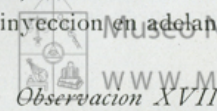
6 de Setiembre.—Se orina una vez en la noche.

10 de Setiembre.—Deja de orinar las noches del 7, 8, 9 i 10.

12 de Setiembre.—Tiene una miccion en la noche del 11. Inyeccion 10 cm³ de suero.

22 de Setiembre.—Sigue sin orinarse las noches del 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 i 22.

25 de Setiembre.—Tiene una miccion por noche el 23 i 24. Inyeccion 15 cm³ de suero.



14 de Octubre.—La enferma se retira del hospital, habiendo permanecido continente desde la última inyeccion.

En resúmen, aquí la incontinencia en materias fecales es la primera en modificarse; la incontinencia de orina se modifica bien desde la quinta inyeccion en adelante.

Observacion XVII

Samuel Arenas, de 6 años. Ingres a la Clínica del profesor Roberto DEL RIO el 30 de Agosto de 1903.

Entra al hospital con una herida contusa del pié izquierdo.

Incontinencia nocturna de orina desde hace cuatro años, solo se produce durante el invierno, dos a tres micciones involuntarias en la noche.

2 de Setiembre.—Inyeccion 10 cm³ de suero.

10 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia de orina las noches del 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 i 9. Inyeccion 10 cm³ de suero.

17 de Setiembre.—Sigue continente las noches del 10, 11, 12, 13, 14, 15 i 16. Inyeccion 10 cm³ de suero.

24 de Setiembre.—Continúa sin orinarse las noches del 17, 18, 19, 20, 21, 22 i 23. Inyeccion 10 cm³ de suero.

En resúmen, resultado espléndido, pues la incontinencia paró desde la primera inyeccion, sin que se volviera a repetir mas hasta la salida del hospital, mes i medio despues. En total se hicieron 4 inyecciones.

Observacion XVIII

Ema Madrid, de 6 años. Ingresó al Hospital de niños el 5 de Agosto de 1903.

Entra con una conjuntivítis.

Incontinencia nocturna de orina desde hace 5 meses, 2 o 3 micciones involuntarias en la noche.

28 de Agosto.—Inyeccion 5 cm³ de suero.



30 de Agosto.—Tiene dos micciones en la noche del 29. Inyeccion 10 cm³ de suero.

2 de Setiembre.—Se orina una vez las noches del 30 i 31 de Agosto i 1.º de Setiembre. Inyeccion 10 cm³ de suero.

9 de Setiembre.—Permanece seco las noches del 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 i 9.

11 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una miccion la noche del 10. Inyeccion 10 cm³ de suero.

23 de Setiembre.—Deja de orinarse las noches del 11, 12,

13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 i 23.

24 de Setiembre.—Se orina una vez en la noche.

30 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia las noches del 25, 26, 27, 28 i 29. Inyeccion 10 cm³ de suero.

17 de Octubre.—La enferma ha seguido continente hasta esta fecha, dia en el cual abandona el hospital.

En resumen, la mejoría ha comenzado lentamente, pero se acentúa a la 4.ª inyeccion. La 5.ª inyeccion se muestra bien eficaz, aunque no ha sido de dosis muy elevada: 10 cm³.

Observacion XIX

María Ester Ferrada, de 7 años. Ingresa al Hospital de Niños el 17 de Agosto de 1903.

Entra con una pneumomía.

Incontinencia nocturna de orina desde hace dos años, con algunas intermitencias durante el verano; una o dos micciones involuntarias en la noche.

30 de Agosto.—Inyeccion de 5 cm³ de suero.

4 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia de orina las noches del 30 i 31 de Agosto i 1, 2, 3 i 4 de Setiembre.

7 de Setiembre.—Se orina una vez las noches del 5 i 6. Inyeccion 5 cm³ de suero.

14 de Setiembre.—Se suspende la continencia los dias 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 i 14.

16 de Setiembre.—Se orina una vez en la noche del 15. Inyeccion 10 cm³ suero.

27 de Setiembre.—Sigue sin orinarse el 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 i 27.

28 de Setiembre.—Moja la cama una vez.

4 de Octubre.—Se mantiene seca las noches del 29 i 30 de Setiembre; 1, 2, 3 i 4 de Octubre. 10 cm³ de suero.

13 de Octubre.—La enferma sale de alta, habiéndose conservado sin orinarse en la cama a partir del 29 de Setiembre hasta esta fecha.

En resumen, el resultado ha sido eficaz desde un principio, salvo ligeras reeadas. Una cuarta inyeccion la mantiene seca por mas de 15 dias, despues de lo cual perdimos de vista a la enferma.

Observacion XX

Daniel Salinas, de 6 años. Ingresa al Hospital de niños el 11 de Julio de 1903. Incontinencia nocturna de orina desde la edad de 3 años; se hace mas intensa en invierno; dos o tres micciones involuntarias en la noche; disminuye en verano.

27 de Agosto.—Inyeccion, 5 cm³ de suero.

28 de Agosto.—Sigue la incontinencia de orina con dos micciones la noche del 27. Inyeccion 5 cm³ de suero.

29 de Agosto.—Se suspende la incontinencia las noches del 28 i 29.

31 de Agosto.—Se orina dos veces en las noches del 30 i 31.

2 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia en la noche del 1.º Inyeccion, 10 cm³ de suero.

3 de Setiembre.—Se mantiene sin orinarse las noches del 2

6 de Setiembre.—Se orina una vez en las noches del 4, 5 i 6.

8 de Setiembre.—Se mantiene seco la noche. de 7. Inyeccion 10 cm³ de suero. Sigue continente la noche

11 de Setiembre.—Se orina una vez la noche del 9, 10 i 11



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

15 de Setiembre.—No se orina los días 12, 13, 14 i 15.

17 de Setiembre.—Se moja una vez en la noche del 16. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

25 de Setiembre.—Continúa mojándose una vez las noches del 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 i 24. Inyeccion, 20 cm³ de suero.

27 de Setiembre.—Sigue todavía mojándose una vez por noche el 26 i 27.

28 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia.

1.º de Octubre.—Se orina una vez por noche los días 29 i 30.

Inyeccion, 20 cm³ de suero. Se orina una vez en la noche del 1.º de Octubre.—Se suspende la incontinencia los días 2, 3, 4, 5 i 6.

10 de Octubre.—Vuelve a repetirse la incontinencia con una miccion por noche los días 7, 8 i 9. Inyeccion, 25 cm³ de suero.

16 de Octubre.—Se suspende la incontinencia nocturna de orina durante estos últimos siete días. El enfermo se retira del hospital i no hemos tenido mas noticia de su estado.

En resumen, este enfermo no ha curado de su afeccion a pesar del número i la dosis creciente de la inyeccion epidural.

Lo único que se nota en él es una disminucion del número de micciones involuntarias i una cesacion de ellas por unos pocos días para recidivar despues.

Observacion XXI

Elena Rojas, de 5 años. Ingresa al Hospital de Niños el 7 de Agosto de 1903.

Incontinencia nocturna de orina desde hace 2 años; recrudescer mucho mas en invierno, tres a cuatro micciones involuntarias en la noche, menor en verano.

28 de Agosto.—Inyeccion 5 cm³ de suero.

29 de Agosto.—Sigue la incontinencia de orina la noche del 28 con dos micciones. Inyeccion 10 cm³ de suero.

30 de Agosto.—Sigue la incontinencia con una sola miccion por noche los días 29 i 30.

2 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia las noches del 31 de Agosto i 1.º de Setiembre. Inyeccion 10 cm³ de suero.

3 de Setiembre.—Sigue continente los días 2 i 3.

5 de Setiembre.—Se orina una vez la noche del 4. Inyeccion 10 cm³ de suero.

9 de Setiembre.—Continúa sin orinarse los días 5, 6, 7, 8 i 9.

10 de Setiembre.—Se orina una vez en la noche.

13 de Setiembre.—Se mantiene seco los días 11, 12 i 13.

15 de Setiembre.—Se moja una vez en la noche del 14. Inyeccion 10 cm³ de suero.

16 de Setiembre.—Deja de orinarse los días 15 i 16.

23 de Setiembre.—Se vuelve a orinar una vez por noche los días 17, 18, 19, 20, 21 i 22. Inyeccion 15 cm³ de suero.

30 de Setiembre.—Deja de mojarse las noches del 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 i 30.

4 de Octubre.—Se orina una vez por noche los días 1, 2 i 3. Inyeccion 15 cm³ de suero.

11 de Octubre.—Se mantiene seco las noches del 4, 5, 6, 7, 8, 9 i 10. Inyeccion 20 cm³ de suero.

20 de Octubre.—Continúa sin mojarse en la cama. La enferma sale de alta.

En resumen, esta enfermita obtiene un beneficio manifiesto a partir desde la sétima inyeccion epidural. En un principio ha habido alternativas de mejorías i de ligeras recaidas, pero la continencia no se afirmó sino con el número crecido i la dosis ascendente del suero inyectado.

Observacion XXII

José Segundo Hernández, de 5 años. Ingresa al Hospital de Niños el 30 de Abril de 1903.

Viene al servicio por adenitis supurada del cuello i excema del cuero cabelludo.

Incontinencia nocturna de orina desde su primera edad; tres



a cuatro micciones involuntarias en la noche, ligera mejoría en verano.

25 de Agosto.—Incontinencia. 5 cm³ de suero.

28 de Agosto.—Se mantiene la incontinencia de orina con tres micciones por noche los días 25, 26 i 27. Inyección 5 cm³ de suero.

29 de Agosto.—Sigue la incontinencia con dos micciones la noche del 28. Inyección 10 cm³ de suero.

2 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con dos micciones las noches del 30 i 31 de Agosto i 1.º de Setiembre. Inyección 10 cm³ de suero.

4 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con dos micciones por noche los días 2 i 3. Inyección 10 cm³ de suero.

7 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con dos micciones por noche los días 4, 5 i 6. Inyección 10 cm³ de suero.

12 de Setiembre.—Sigue la incontinencia pero solo con una micción las noches del 7, 8, 9, 10, 11 i 12.

16 de Setiembre.—Se suspende la incontinencia los días 13, 14, 15 i 16.

18 de Setiembre.—Se orina una vez en la cama la noche del 17. Inyección, 15 cm³ de suero.

22 de Setiembre.—Se mantiene sin orinarse las noches del 18, 19, 20, 21 i 22.

26 de Setiembre.—Se repite la incontinencia con una micción por noche los días 23 i 24. Inyección 15 cm³ de suero.

8 de Octubre.—Continúa orinándose una vez por noche los días 26, 27, 28, 29 i 30 de Setiembre, 1, 2, 3, 4, 5, 6 i 7. Inyección 20 cm³ de suero.

13 de Octubre.—Se suspende la incontinencia los días 9, 10, 11, 12 i 13.

26 de Octubre.—Se vuelve a orinar una vez por noche los días 14 i 15. Inyección 20 cm³ de suero.

19 de Octubre.—Se suspende la incontinencia desde la última inyección hasta el 19 de Octubre. El enfermo sale de alta.

En resumen, resistencia a las primeras inyecciones; solo des-

pues de la cuarta inyección disminuye el número de micciones; desaparece después, pero luego recidiva nuevamente. Una última inyección de 20 cm³ suspende por varios días la incontinencia, después de la cual perdimos de vista al paciente.

Pablo Pino, de 7 años.—Ingresó al Hospital de Niños el 18 de Mayo de 1903.

Entra con una conjuntivitis.

Incontinencia nocturna de orina desde un año; en invierno se suceden con mucha frecuencia las micciones involuntarias; en verano son menos frecuentes.

28 de Agosto.—Inyección 5 cm³ de suero.

29 de Agosto.—Sigue la incontinencia de orina con cuatro micciones nocturnas. Inyección 10 cm³ de suero.

1.º de Setiembre.—Sigue la incontinencia con tres micciones las noches del 29, 30 i 31 de Agosto. Inyección 10 cm³ de suero.

11 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con tres micciones menos abundantes por noche los días 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 i 10. Inyección, 15 cm³ de suero.

14 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con dos micciones las noches del 11, 12 i 13. Inyección, 15 cm³ de suero.

25 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con dos micciones poco abundantes por noche los días 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 i 24. Inyección, 20 cm³ de suero.

8 de Octubre.—Sigue la incontinencia con una micción las noches de 25, 26, 27, 28, 29 i 30 de Setiembre, 1, 2, 3, 4, 5, 6 i 7 de Octubre. Inyección, 25 cm³ de suero.

17 de Octubre.—El enfermo sale de alta, habiendo continuado orinándose una vez por noche a partir de la última inyección.

En resumen: en este caso la rebeldía al tratamiento ha sido tenaz, no llegando a conseguirse sino una *disminución en el nú-*



mejora que ha sido mui paulatina i lenta, a pesar del número i dosis de las inyecciones.

Observacion XXIV



Alberto Acuña, de 6 años. Ingresó al Hospital de Niños el 12 de Agosto de 1903.

Incontinencia nocturna de orina desde hace dos años; se agrava en invierno, tres a cuatro micciones involuntarias en la noche; mejora en verano.

30 de Agosto.—Inyeccion 5 cm³ de suero.

3 de setiembre.—Permanece la incontinencia de orina con tres micciones por noche los dias 30 i 31 de Agosto, 1 i 2. Inyeccion 10 cm³ de suero.

6 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con dos micciones por noche los dias 3, 4 i 5. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

16 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con dos micciones, pero menos abundantes las noches del 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 i 15. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

24 de Setiembre.—Continúa la incontinencia con una miccion por noche los dias 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 i 23. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

3 de Octubre.—Se mantiene aun la incontinencia con una miccion las noches del 24, 25, 26, 27, 28, 29 i 30 de Setiembre, 1 i 2 de Octubre. Inyeccion 15 cm³ de suero.

11 de Octubre.—Sigue todavía la incontinencia con una miccion por noche los dias 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 i 10. Inyeccion, 20 cm³ de suero.

18 de Octubre.—El enfermo sale de alta. La incontinencia nocturna de orina ha seguido persistiendo.

En resumen, aquí no ha habido curacion sino una simple mejora, las micciones de 3 a 4 por noche se han reducido a una; pero la continencia absoluta no se ha logrado ni una sola vez apesar del número i dosis de las inyecciones epidurales.

Observacion XXI



Luis Antonio Salgado, de 7 años. Ingresó al Hospital de Niños el 7 de Agosto de 1903.

Incontinencia nocturna de orina desde hace 1 año 7 meses; aumenta con el frio; tres a cuatro micciones involuntarias; disminuye en verano.

31 de Agosto.—Inyeccion, 5 cm³ de suero.

5 de Setiembre.—Sigue la incontinencia de orina con tres micciones las noches del 31 de Agosto, 1, 2, 3 i 4 de Setiembre. Inyeccion, 5 cm³ de suero.

9 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con 3 micciones por noche los dias 5, 6, 7 i 8. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

15 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con dos micciones las noches del 9, 10, 11, 12, 13 i 14. Inyeccion, 10 cm³ de suero.

22 de Setiembre.—Sigue la incontinencia con dos micciones por la noche los dias 15, 16, 17, 18, 19, 20 i 21. Inyeccion, 15 cm³ de suero.

4 de Octubre.—Persiste la incontinencia con una miccion nocturna los dias 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 i 30 de Setiembre. Inyeccion 15 cm³ de suero.

12 de Octubre.—Sigue aun la incontinencia con una miccion nocturna poco abundante el 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º i 11.º. Inyeccion 20 cm³ de suero.

16 de Octubre.—El enfermo sale de alta; pero la incontinencia persiste aun. Aunque en menor escala, 1 miccion por noche.

En resumen: aquí las inyecciones epidurales en número de 7, solo han conseguido disminuir el número de micciones i hacerlas ménos copiosas, pero nunca las ha suprimido por completo. Quizas, si insistiendo en ellas i aumentando la dosis, se hubiera logrado detenerlas. Trabajos posteriores i de mas largo aliento nos darán la clave de estos casos rebeldes.



CONCLUSIONES

Del presente trabajo se desprende lo siguiente:

1.º—La eficacia de las inyecciones epidurales como tratamiento de la incontinencia de orina en los niños i adultos es incontestable. En algunos casos el resultado es inmediato, sorprendente, duradero. (observaciones IV, X, XVII). En los demás casos, la curación se deja esperar poco. En el peor de los casos, el enfermo saca provecho del tratamiento, disminuyendo el número i frecuencia de las micciones (observaciones XXV, XXIV, XXIII).

En el curso de este trabajo hemos notado que la insistencia en el tratamiento i el aumento en dosis crecientes de la inyección constituyen un factor importante para el éxito en los casos que desde un principio se muestran rebeldes (observación I i III).

3.º—No existe gravedad alguna en semejante procedimiento siempre que se haga por manos experimentadas (estudio en el cadáver) i con todas las reglas de asepsia. Nosotros declaramos con toda lealtad que jamas tuvimos que lamentar complicación alguna

