

BOLETÍN

DE

CIRUGÍA

REDACTORES

E. D. Madrazo.

Vicente Quintana.

Joaquín Santiuste.

Mariano Morales.

Juan Herrera.

José Teresa.

Carlos R. Cabello.

Agustín Camisón.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

JUAN HERRERA ORIA: Inserción viciosa de la placenta.—E. GONZALVO FERNÁNDEZ: Algunas consideraciones sobre la reacción de Van Deen, modificada por Weber, para el descubrimiento de las hemorragias ocultas en las enfermedades del aparato digestivo.—AGUSTÍN CAMISÓN: La operación de Elliot en el glaucoma.—V. JUARISTI: La herencia y los huesos.

Revista de revistas.—Sociedades y Congresos.—Bibliografía.—Noticias.

Un número mensual.

Tirada: 5.000 ejemplares.

BOLETIN

DE

CIRUGIA

REDACTORES

Juan Herrera	E. D. Madrazo
José Torres	Vicente Quintana
Carlos R. Cabello	José María González
Agustín Gamison	Mariano Morales

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES

JOHN HERRERA / ORIN: Injerción víscera de la placenta. E. GONZÁLEZ FERRAZ: Algunas consideraciones sobre la reacción de Van Deen, modificada por Weber, para el diagnóstico de las hernias ocultas en las enfermedades del aparato digestivo. AGUSTÍN GAMIÑÓN: La operación de Elliot en el klucoma. V. TORRES: La hernia y los tumores.

Revista de revistas.—Sociedades y Congresos.—Bibliografía.—Noticias.

Tirada: 3.000 ejemplares

Un número mensual.



PUENTE VIESGO-SANTANDER



LA CARACTERÍSTICA CIENTÍFICA DE
ESTAS AGUAS MEDICINALES, ESTÁ
EN CONTENER ABUNDANTE EMANA-
CIÓN RADIATIVA, EN LA CARGA
ELÉCTRICA DE LOS IONES Y EN LA
GRAN PROPORCIÓN DE MATERIAS
ÓRGANO - METÁLICAS AL ESTADO
COLOIDAL = = = = =



Únicas aguas y baños en España de éxito práctico, reconocido por la Ciencia Médica, para las
:: :: :: enfermedades del corazón, reumatismo visceral y del sistema nervioso :: :: ::

Alceda y Ontaneda

SANTANDER

Abundantes y excelentes manantiales,
sin igual para

Enfermedades de la piel,

nariz, garganta y oídos,

matriz y anejos

Especialísimas para los catarros del
aparato respiratorio y digestivo y predis-
posición á contraerlos.

PÍDASE GUÍA AL ADMINISTRADOR

GRAN HOTEL DE ONTANEDA: desde 8,50 pesetas

Médico director de Alceda:

Excmo. Sr. D. Manuel Manzaneque

Especialista en enfermedades de la piel

Médico director de Ontaneda

Don José Tolla

Termas de Molinar de Carranza

VIZCAYA

A 54 kilómetros de Bilbao y 61 de Santander en la línea del F. C. Santander-Bilbao

Aguas Clururado-Sódicas * Bicarbonatadas
Nitrogenadas * Radio Activas

Indicadas para la cura del Reuma : Artrismo : Enfermedades del pulmón, de las vías digestivas y urinarias : Gota
Neurastenias : Anemias : Clorosis : Convalecencias.

Preciosos paseos y excursiones: Lawn-Tenis, etc., etc.

Abierto del 15 de junio al 30 de octubre

NOTA.- No deben emplearse estas aguas en los casos de tuberculosis pulmonar, aneurismas, períodos agudos de enfermedades del riñón, úlceras del estómago, cánceres, sarcomas, etcétera, etcétera

Precios económicos.— Informes y catálogos gratis

RAMÓN DE BERGÉ, Gran Vía, 5, Bilbao ó Molinar de Carranza

FARMACIA JIMENEZ

Plaza de la Libertad.-Teléfono, 33.-SANTANDER

Vacunas y tuberculinas del Instituto Ferrán
Especialidades : Medicación moderna : Ortopedia : Cajas para partos : Soluciones inyectables esterilizadas. —KEFIR=IOHURT

Farmacia del Dr. Montañón

Hernán Cortés, 2.—SANTANDER

Especialidades farmacéuticas

Laboratorio de esterilización farmacéutica

Preparación de vendajes antisépticos

Productos químicos puros * Vacunas y sueros medicinales

Aparatos electro-médicos y de Cirugía

CONSTRUIDOS POR S. PRIETO

— INGENIERO ELECTRICISTA —

Rayos X con transformador á chispa intensiva para la radiografía instantánea y á distancia.

Interruptores turbina con aislamiento á gas del alumbrado, para evitar la emulsión del mercurio.

Altas frecuencias y tensiones.

Fulguración eléctrica modelo Keating Hart para el tratamiento del cáncer.

Máquinas electrostáticas á encendido inmediato.

Aparatos para electroterapia y electrodiagnóstico.

Esterilizadores, Autoclaves, Uítrinas, etcétera.

Calle de Valencia, número 286

BARCELONA

BOLETIN

DE

CIRUGIA

I.—ORIGINAL

INSERCIÓN VICIOSA DE LA PLACENTA

Por Juan Herrera Oria

Para que este artículo no pierda el carácter práctico, que más conviene a los trabajos que en nuestro BOLETIN he de publicar, prescindiré ahora casi en absoluto de aquellas disquisiciones teóricas que se refieren al origen y a las causas de la anormal inserción de la placenta. Baste recordar que con más frecuencia se produce esta anomalía en las mujeres cuya matriz ha sufrido alteraciones patológicas, de cualquier naturaleza que ellas sean (metritis, subinvolución), que en las que se han visto libres de tales lesiones: lo cual es tanto como decir que las múltiparas están más expuestas que las primíparas a padecerla: en la proporción de 10 : 1.

Con los nombres de placenta marginal, parcial y total, se designan distintos grados de implantación de la placenta en el segmento inferior de la matriz, tomando como elementos ó puntos de referencia para tal clasificación el borde y el centro del mismo disco placentario y el orificio interno del cuello. No necesitan estos nombres mayor esclarecimiento; todos saben lo que con ellos se quiere decir. Que haya placentas centrales *clínicas* (si vale la palabra) es cosa para el práctico evidente: que las haya en el sentido anatómico, tampoco puede dudarse. (1)

(1) Véase una lámina esquemática con que ilustra esta cuestión el profesor Bumm en su excelente obra *Grundriss zum Studium der Geburtshilfe*. Zweite Auflage-Wiesbaden: 1903. Página 603.

Es la existencia de la placenta previa constante amenaza para la vida de la madre y mucho mayor para la del feto. Mientras la total expulsión del huevo no se haya terminado, ambos peligran; aquélla por la pérdida de sangre que se escapa por los vasos uteroplacentarios desgarrados, y el feto por la considerable disminución de la superficie oxigenadora de su sangre.

No es este el único peligro que a la madre amenaza: un autor alemán—Meyer-Ruegg (*Die Geburtshilfe des Praktikers*)—los reune y enumera bajo la designación de *temible trinca* de la placenta previa: tales son:

Hemorragia procedente del despegamiento de la placenta.

Hemorragia por desgarros del cuello.

Inminente peligro de infección.

Y en efecto, cuando la parturienta sale del peligro de la primera hemorragia, todavía muchas veces tiene que sortear las consecuencias de las grandes rasgaduras del cuello, que llegan a veces a la categoría de rasgaduras uterinas con todas sus graves complicaciones y después, en el puerperio, el de la infección, relativamente frecuente y siempre muy grave, porque la inserción placentaria, puerta principal por donde invaden el organismo los agentes patógenos, está muy baja y es frontera de la vagina, estación primera y foco probable de los gérmenes que de fuera llegan.

Por eso la mortalidad que da la inserción viciosa de la placenta es muy elevada: en la clínica un 6% (*Franz*) para la madre. En la práctica domiciliaria bastante más: 20%; *Füth*, 14 %; *Krönig*; 8 y 7 % *Hammerschlag*.

El 60% de los fetos perecen (*Franz*).

La hemorragia es el síntoma de la placenta previa. Nunca, en ningún caso, se debe olvidar el reconocimiento por la vagina en una mujer que sangra durante el embarazo o en el parto. Si la causa de la hemorragia es la inserción viciosa de la placenta y hay dilatación bastante para dar paso al dedo, se notará la sensación especial que produce el contacto con el tejido esponjoso de la torta placentaria, sensación inconfundible con otra para quien una vez la ha experimentado y tan inútil de describir para quien la conoce, como para el que nunca la ha percibido.

La hemorragia durante el embarazo, suele ocurrir de pronto, sin que la preceda o anuncie ningún otro síntoma, muchas veces en la cama, durante el sueño. Es raro que esta hemorragia primera ponga en

peligro la vida de la madre; no así la que sobreviene en pleno parto, en el período de dilatación: en tal caso la situación puede ser muy comprometida desde el primer momento. De ordinario, la hemorragia se cohibe espontáneamente y repite pasadas unas horas o un día o varios: poco a poco se van haciendo más frecuentes y más abundantes y al fin aparecen los primeros síntomas de la anemia aguda. Situación peligrosísima para la madre, porque es casi inevitable que en el parto (espontáneo o artificial) se pierda todavía alguna cantidad de sangre, y siendo poca la que queda, puede ocurrir que una hemorragia insignificante en otro caso o al menos de escasa importancia, la tenga ahora tan grande que sea mortal.

Toda hemorragia en los últimos meses de embarazo debe hacernos pensar en la placenta previa. Pudiera tratarse de un desprendimiento de la placenta normalmente inserta; pero esta es una complicación extraordinariamente rara. Tan rara como grave. Sus síntomas son: sensación de tensión dolorosa en el vientre; por la palpación se encuentra la matriz dura, tensa, las partes fetales no se perciben: quizá no sale sangre por la vagina o sale en muy poca cantidad o sólo una secreción sanguinolenta (que procede de la expresión de las coágulas del hematoma retroplacentario) y sin embargo aparece el cuadro de la anemia aguda y hasta la muerte por hemorragia interna.

Se disputan el tratamiento de la placenta previa las siguientes intervenciones: 1, rotura de las membranas; 2, taponamiento; 3, versión; 4, globo de Champetier; 5, cesárea de Dührsen, y 6, cesárea abdominal. Los dos primeros métodos tienen escasas indicaciones: de ellos el primero sólo en las placentas marginales es de seguro resultado, aunque puede ensayarse en las parciales y en espera de otra intervención más radical, y el segundo cuando el cuello no esté franqueable para el dedo; aun en tales casos, para que el taponamiento contenga la hemorragia, se ha de practicar rellenando bien toda la cavidad de la vagina con material absolutamente aséptico (gasa con o sin iodoformo) y extremando las precauciones de asepsia, todo lo cual exige cierta habilidad técnica que no suele poseer quien a diario no anda en estas labores. Las dos últimas no son cosa de la práctica domiciliaria, sobre todo la cesárea abdominal, que es operación de alta cirugía (aunque no por sus dificultades técnicas), únicamente practicable en una clínica obstétrica: todavía la operación de Dührsen podrá tener alguna indicación, en casos que sin duda han de ser muy raros, cuando la dilatación sea poca, la hemorragia grande, urgente el vaciar el útero, el tocólogo experimentado y he-

cho a las intervenciones ginecológicas y cuente con ayudantes, material y medios suficientes.

La versión combinada y el empleo de los balones siguen siendo sin disputa ninguna los métodos más prácticos.

En cinco casos de placenta previa tratados por mí en los dos últimos años, dos veces he empleado la versión para terminar el parto (en ambos casos el cuello estaba suficientemente dilatado para hacer la versión interna y la subsiguiente extracción) y tres el globo de Champetier. Las cinco mujeres vivieron y cuatro de los fetos; el quinto estaba muerto antes de empezar la operación.

En la primera de mis enfermas se trataba de una múltipara, que en el principio del noveno mes de la gestación empezó a perder sangre. Cuando yo la vi hacía seis o siete días que venía sangrando y tenía síntomas de anemia aguda. Vértice. Primera posición. Feto vivo. Dilatación como dos pesetas. Placenta previa parcial. Coloqué un globo de Champetier, después de romper las membranas. Al poco rato empezaron los dolores fuertes y bastante seguidos. A las cinco horas el globo se abrió y fué expulsado, en medio de una gran hemorragia. Versión y extracción muy fácil de un feto vivo. Inmediatamente expulsión de la placenta. Irrigación caliente. Inyección de suero, cafeína... etc. Puerperio sin incidentes.

En el segundo caso, múltipara también, en pleno período de dilatación, me llamaron porque había una gran pérdida de sangre. Vértice. Primera posición. Feto vivo. Dilatación como la palma de la mano. Se presentaba un gran cotiledón de una placenta que debió ser marginal al principio del trabajo. Hemorragia muy abundante. Versión y extracción. Extracción de las membranas. Irrigación caliente de solución yodiodurada. Inyecciones de suero. Puerperio normal.

El tercer caso se refiere a una mujer a término: hacía dos días que perdía sangre: dolores pequeños y muy de tarde en tarde: dos o tres inyecciones de pituitrina, que la había puesto el señor Fernández Valdor (de Solares), no hicieron otra cosa que provocar algunas contracciones débiles y pasajeras, volviendo a caer en reposo la matriz. Cuando yo la reconocí presentaba una dilatación como un duro, cuello rígido, inextensible. Vértice. Primera posición. Feto vivo. Dilatación rápida (30 minutos) con el globo de Champetier. Versión y extracción del feto con vida. Sutura de dos rasgaduras cervicales. Irrigación yodiodurada. Puerperio fisiológico. La placenta era parcial.

Cuarto caso: Mujer en el noveno mes. Cuando yo la vi había per-

dido bastante sangre, pero la hemorragia había cesado. Vértice. Feto muerto. Cuello dilatado. Perforación de las membranas, versión y extracción. Expresión de la placenta. En toda la operación no perdió nada de sangre. Irrigación de agua caliente. Esta enferma tuvo a los tres días un intenso escalofrío y 40°. En dos ó tres días desapareció la fiebre, sin más que un par de irrigaciones vaginales, reposo y una pequeña dosis de secacornina.

Quinto caso: Múltipara (décimo parto). A término y sin tener dolores hemorragia durante la noche. Aquella mañana los médicos que la asistían, don Pedro Ruiz y don Alvaro Abascal (de San Román), me llaman. Vértice. Primera posición. Feto vivo. Dilatación.

Dilatación para dar paso a dos dedos. Placenta marginal situada en la cara anterior. Colocación de un globo de Champetier grande. Al poco rato empiezan las contracciones; a las tres horas expulsión del globo. Las contracciones son ahora muy débiles, la cabeza no se encaja, vuelve la hemorragia. Inyección de pituitrina. A los tres minutos una contracción enérgica, que detiene el flujo sanguíneo, seguida de otras que en media hora producen la expulsión de un feto vivo de gran tamaño (no le pude pesar). Alumbramiento sin complicaciones a los 20 minutos. Puerperio normal.

En el segundo y cuarto de los casos que he referido, en los cuales no empleé la metreurisis, tampoco puede decirse con propiedad que se tratara la placenta previa por medio de la versión, sino que encontrando dilatación suficiente en el cuello ó tal blandura y dilatabilidad del mismo que permitía el paso de la criatura, lo que se hizo fué terminar rápidamente el parto por medio de la versión interna y consecutiva extracción del feto. Otra cosa es tratar esta complicación con la versión combinada o de Braxton Hicks. Cuando la dilatación no es franqueable sino para dos dedos, la pérdida de sangre abundante, la placenta parcial ó total, que no bastará probablemente para cohibir la hemorragia la rotura de las membranas, está plenamente indicada aquella intervención.

Colocada en una mesa la mujer, mejor que atravesada en la cama; bajo la acción de la anestesia, lavados con jabón los genitales externos y previa una irrigación de lisoformo, se procede a la operación introduciendo una de las manos (la que más cómoda resulte), se rompe la bolsa y con los dos dedos se rechaza la cabeza hacia arriba, mientras que con la otra mano, por el vientre se empujan los pies del feto hacia los dos dedos de la primera. Conviene que un ayudante vaya rechazando la cabeza hacia el fondo de la matriz. La mano colocada fuera, *que es la que*

desempeña en esta maniobra el papel principal, acaba por poner un pie al alcance de los dos dedos de la otra mano. Extraído el pie, se tira de él hasta que la rodilla aparezca en la vulva y si aun con esto no se contiene la hemorragia, se tira más fuerte hasta que se encaje más el feto y aquélla se pare, pero *sin intentar de ninguna manera completar la extracción*. La dilatación del cuello uterino y la expulsión se deben abandonar a la acción de las fuerzas naturales, sin apurarnos gran cosa por la vida del feto, cuando la de la madre está en tan grave peligro y la de aquél, de todos modos, es muy problemática. La extracción rápida puede dar lugar a extensas rasgaduras del cuello, tanto más peligrosas, cuanto que por recaer en la zona de inserción placentaria, son fuente de hemorragias casi irrestañables.

A mi modo de ver, y como resumen de lo expuesto, el método de elección en caso de placenta previa es la metreurissis. Tiene la desventaja, cierto, que exige el empleo de los globos de goma que no suelen andar en manos del médico práctico y por otra parte tienen todos los inconvenientes de los aparatos de cauchou: hay que renovarlos constantemente y ningún procedimiento basta a preservarlos de una rápida destrucción, ocurriendo muchas veces, como en el primero de los casos referidos que bajo la acción de las contracciones uterinas el globo revienta.

Con este método la vida fetal corre menos peligro que con la version combinada y la mortalidad materna no es mayor.

II.—ORIGINAL

== DE COLABORACIÓN ==

Algunas consideraciones sobre la reacción de Van Deen modificada por Weber, para el descubrimiento de las hemorragias ocultas en las enfermedades del aparato digestivo

Por E. Gonzalvo Fernández

== Del Sanatorio del Dr. Morales ==

Pequeña ha sido la variante que Weber introdujo en la reacción de Van Deen. Los dos experimentadores han utilizado la resina de guayaco y la esencia de trementina; la diferencia estriba en que Van Deen actúa directamente sobre la materia a analizar, y Weber sobre el extracto etéreo acético.

No pretendo entrar en descripciones, por tratarse de un procedimiento de laboratorio, por todos conocido; únicamente, quiero hacer algunas advertencias que de la práctica se deducen, para que dicho método de investigación sea apreciado en todo su valor.

Debe utilizarse un fragmento de resina de guayaco, pulverizarlo en el momento del análisis y disolverlo a continuación en alcohol a 90°. Resulta práctica inconveniente hacer uso de resina anteriormente pulverizada, y mucho menos, de tintura preparada, aunque sólo sea con algunas horas de antelación.

En nuestro concepto, es indiferente actuar sobre el extracto etéreo ó sobre la materia, directamente.

Como oxidante nos ha dado siempre resultado más seguro y rápido, el agua oxigenada diluida, que la esencia de trementina vieja.

Caso de preferir llevar a cabo la reacción sobre el extracto etéreo acético, conviene agitar mucho el tubo, después de añadir el ácido acético y el éter, sin temor a la emulsión que siempre se forma obrando de este modo, y que fácilmente desaparece si se le añaden algunas gotas de alcohol.

La reacción Weber primitiva no es de gran utilidad clínica, teniendo en cuenta que, en muchas ocasiones, es insegura, hasta el extremo de que algunas reacciones verificadas con resina de guayaco, con re-

sultado negativo, han sido positivas utilizando la benzidina ó la aloina.

Otro de los procedimientos para el descubrimiento de la hemoglobina es el de Schaer-Rossel, por medio de la aloina.

La tintura de aloina se prepara disolviendo un gramo de aloina en cinco ó seis centímetros cúbicos de alcohol de 60° a 80°.

En esta disolución es preciso tener mucho cuidado porque, cuando se trata de indicios de hemoglobina, la reacción es de un color rosa pálido muy parecido al del reactivo, caso de no añadir la suficiente cantidad de alcohol para que la disolución ofrezca un color francamente amarillo.

Considero este método como más seguro que el de la resina de guayaco, si se hace bien, y sin embargo, todavía, a nuestro parecer, no es lo suficientemente clínico.

Procedimiento de Adler, a beneficio de la benzidina.

Este es el método que nos parece el mejor, por su sensibilidad, por otra parte no muy exagerada, y por su rapidez.

La benzidina conviene que sea muy bien preparada. Nosotros utilizamos la de Kahlbaum, con buenos resultados.

La práctica es la siguiente: Se disuelve la cantidad de benzidina que se pueda coger con la punta de un cuchillo, en muy poca cantidad (unos tres centímetros cúbicos) de ácido acético, con el objeto de que la disolución sea lo más concentrada posible.

Se puede actuar, directamente, sobre la materia a analizar, o sobre el extracto; la única ventaja del segundo método consiste en su mayor limpieza, pero en cambio requiere mayor manipulación.

Sobre cinco centímetros cúbicos de extracto se dejan caer dos o tres de la solución acética de benzidina y se añaden, después, cuatro o cinco de agua oxigenada diluida al 3%. Inmediatamente se hace manifiesta la reacción, tomando el líquido un color verde claro, verde azulado ó francamente azul, más ó menos intenso, según la mayor ó menor cantidad de hemoglobina.

El color verde claro indica que la reacción es negativa, la verde azulada se considera como dudosa, y solamente cuando el color azul es puro, entonces se trata de una reacción positiva.

El procedimiento de Meyer, por la fenoltaleina, se utiliza muy poco, porque su exagerada sensibilidad puede dar lugar a errores, además de que el reactivo, de preparación, si no difícil, muy complicada, se altera rápidamente.

Valor clínico de estos métodos y precauciones imprescindibles que hay que tomar para evitar toda causa de error.

Nos vamos a referir a la importancia de estas investigaciones en las enfermedades del aparato digestivo, y sobre todo de la úlcera y cáncer de estómago cuando la una y el otro den lugar a hemorragias ocultas.

Nunca se debe actuar para el análisis, sobre el jugo gástrico, y sí siempre sobre las heces. La razón es muy sencilla, y consiste en que la sonda puede producir erosiones que al sangrar sean causa de un análisis erróneo. La reacción será en ese caso positiva, pero su valor nulo.

En la úlcera las hemorragias son casi siempre intermitentes; en el cáncer, son contínuas.

En un caso sospechoso de úlcera, una reacción no bastará; serán precisas todas aquellas que sean necesarias hasta conseguir la positiva, hechas sin interrupción, sin dejar días intermedios, en los cuales, precisamente, pueden presentarse las hemorragias.

Como fácilmente se comprende, en casi todos los casos sospechosos de úlcera, los métodos antes enunciados carecerán de valor clínico, por ser las hemorragias de carácter intermitente.

En cambio, en los casos de cáncer el resultado será ordinariamente seguro, pudiéndose llegar hasta su diagnóstico precoz, cuando todavía no se aprecia el tumor a la palpación.

Causas de error.—Existen medicamentos que por sí solos pueden dar, y dan en efecto, una reacción positiva: entre ellos están el ruibarbo, santonina, preparados ferruginosos, etc.

La ingestión de carne cruda ó semicruda da también reacción positiva.

De todo esto se deduce que el enfermo, antes del análisis, debe de ser sometido a un régimen de alimentación en el que para nada entrará la carne.

La boca, garganta, fosas nasales y región anal serán cuidadosamente reconocidas.

Durante el período menstrual no se debe hacer a la mujer estas investigaciones.

Y para terminar diremos; que la reacción de Van Deen bien hecha es un elemento de diagnóstico muy importante; verificada al descuido, será muy entretenida, por lo sencilla, pero de un valor clínico absolutamente nulo, totalmente erróneo.

III.—ORIGINALLA OPERACION DE ELLIOT EN EL GLAUCOMA

Por Agustín Camisón

Ya en el año 1909 había dado a conocer Elliot su método operativo aplicado al tratamiento del glaucoma, basándose en 50 observaciones personales. Posteriormente, en el año 1911 volvió a señalar las ventajas de su proceder, aportando 400 operados de glaucoma. Hoy son ya muchos los que imitan su conducta, como lo prueban las publicaciones de casos que aparecen a diario.

Yo he tenido ocasión de tratar un enfermo de glaucoma por la trepanación de Elliot, lo cual es el motivo principal de estas líneas.

Antes de tratar del método en cuestión, me parecen oportunas algunas consideraciones acerca del glaucoma en sus distintas formas; después de todo, el método de Elliot, como el de Lagrange, Herbert, Heine, etc., son de utilidad manifiesta en determinados casos y fracasan en otros. Esto quiere decir que, por lo general, no es el método empleado el que nos proporciona el éxito ó el fracaso; sino que la forma y naturaleza del caso aislado es la que nos ha de augurar el resultado de la intervención.

Lo que esencialmente caracteriza al glaucoma es un trastorno en la circulación linfática que acarrea como lógica consecuencia un aumento en la tensión del globo ocular. Este es, pues, el síntoma principal y más característico del glaucoma, aunque ciertamente no sea el mismo siempre en cuanto a la intensidad se refiere, punto importante sobre el cual insistiré más tarde.

Dejo aparte el hidroftalmos y el glaucoma secundario, de los cuales el primero se revela contra todos los tratamientos, y el segundo requiere una terapéutica causal, y me detengo solamente en el glaucoma primitivo. Este puede afectar las tres formas clásicas: glaucoma agudo, subagudo y crónico. Los dos primeros son llamados también inflamatorios por las manifestaciones que les acompañan. En el glaucoma inflamatorio agudo y en el inflamatorio crónico, los síntomas subjetivos son de una importancia capital: no quiero detenerme en señalarlos por ser de todos conocidos, y sí sólo quiero hacer notar que

estas manifestaciones son tan notorias, que el aumento tan grande en la presión sería suficiente por sí solo para asegurar el diagnóstico. No ocurre lo propio en el glaucoma crónico simple. En éste no suelen aquejar los enfermos más síntomas de valor que una disminución de la agudeza visual ó mejor una limitación del campo visual, que empieza por el lado nasal, y algunos trastornos luminosos: los dolores y las manifestaciones inflamatorias de las otras formas de glaucoma, no se presentan en este sino rarísima vez (sin género ninguno de duda se ve en alguna ocasión); objetivamente es apreciable una dilatación de las venas episclerales, correspondiendo a la inserción de los músculos rectos, dilatación pupilar, y al oftalmoscopio y, según la fecha del glaucoma, escavación con ó sin atrofia de la papila. La presión ocular *suele* estar aumentada; y digo esto porque muchas veces no hay aumento de presión, y en algunas, muy raras, hay hipotonía. Y a este punto es donde yo quería venir a parar. El que en un caso de glaucoma crónico simple deseché la idea de que pueda tratarse de tal, sólo por el hecho de no encontrar aumento de presión, sin examinar detenidamente el fondo del ojo, el campo visual y el estado de la pupila, comete un error que ha de sorprenderle más tarde con un glaucoma absoluto.

Efectivamente, en muchos casos el aumento de presión es tan pequeño, que sin el tonómetro es imposible descubrir; otras veces se encuentra uno con la sorpresa de hallar hipotonía (1) en un enfermo con limitación nasal del campo visual, y hasta escavación glaucomatosa.

En realidad, no es que la presión no esté aumentada; de hecho lo está. Lo que ocurre es que hay ojos glaucomatosos que eran hipotónicos antes del glaucoma y un aumento ligero en la presión no hace más que llegar hasta la normal o sobrepasarla en pocos milímetros. La presión del ojo normal oscila entre 15 y 20 mm. de mercurio según unas estadísticas, variando según la apreciación de otros autores que sobre ello han hecho estudios detenidos, entre 18 y 27 mm., habiendo en un 13 por 100 de casos una diferencia de 1 a 3 mm. de un ojo a otro. Por otra parte, la presión no es la misma en el ojo normal a todas horas; por la noche suele ser inferior en unos 3 a 5 mm. a la de la mañana. Esto, que lo mismo sucede cuando hay glaucoma, explica que no sea manifiesto el aumento de presión.

Lo que existe efectivamente, es un paralelo entre la presión ocular y la presión sanguínea: cuando aquélla está aumentada, a ésta le ocurre

(1) Yo he visto un caso en la clínica de Krückmann, con escavación papilar y cuya presión era de 14 mm. Schiötz.

lo propio; de aquí la importancia capital de medir la una al par que la otra. En el glaucoma la presión sanguínea es mayor que en estado normal, al contrario que en el desprendimiento de la retina, en el que generalmente hay hipotensión y la presión sanguínea está disminuída.

Es, pues, capital explorar bien para cerciorarse del estado de la presión ocular: cierto que en la mayor parte de los casos el tacto es suficiente para demostrarle y mucho más cuando se tiene hábito de exploración; pero en otros en que el aumento de presión es muy pequeño, ni aun los dedos más adiestrados pueden marcar tales diferencias. Por esto es conveniente servirse de un tonómetro, que es el que nos marca sin error el estado de la tensión ocular.

Una vez establecido el diagnóstico de la forma de glaucoma, es necesario aplicarle la terapéutica que más le convenga. Parece así, a primera vista, que sólo un tratamiento quirúrgico puede ser capaz de llevarnos a la curación: en todos los casos y en todas las formas, lo primero que hay que buscar es la acción de los mióticos. Con ellos se consigue a veces disminuir la presión definitivamente y a la par las restantes manifestaciones del glaucoma. Lo que no hay que hacer es confiarse y esperar demasiado tiempo. Creo que una regla de conducta a seguir, al menos en el glaucoma agudo y subagudo, es la siguiente: emplear la esesina o pilocarpina (ésta mejor en el glaucoma crónico) durante dos días; si al cabo de este tiempo no ha disminuído la presión y los restantes síntomas, hay que dejar lugar a los tratamientos quirúrgicos. Si disminuye la presión, pero vuelve a aumentar al abandonar los mióticos, acudir lo mismo al tratamiento quirúrgico y solamente cuando habiendo suprimido aquellos, la presión se mantiene normal, puede desistirse de su empleo.

Son muchos los métodos quirúrgicos que se han empleado y se emplean para combatir el glaucoma: yo no haré un estudio de ellos, ya que sólo al de Elliot quiero referirme ahora, por ser el que he empleado en el caso de que hablaré a continuación. Si indicaré, anticipando la idea, que el glaucoma agudo y subagudo responden mejor al tratamiento quirúrgico que el crónico simple.



El fin del método de Elliot es herir todo lo menos posible el ojo haciendo una simple trepanación en la esclerótica sin necesidad de tocar las partes profundas.

Como instrumental especial no es necesario más que un trépano

construido para tal objeto: Elliot recomienda los que construyen Arnold y Sidney Stephenson en Londres; sin embargo, en Leipzig, en la casa de A. Schadel, donde yo le adquirí, se encuentran iguales.

Hay que tener presente que el sitio de la trepanación debe estar todo lo aproximado posible al limbo córnea para no herir el cuerpo ciliar y caer directamente en la cámara anterior.

Se comienza por ejecutar un corte en la conjuntiva, concéntrico al borde de la córnea y distanciado del limbo unos cuatro milímetros, empezando a otros cuatro por debajo de la tangente al borde superior de la córnea y terminando a la misma distancia en el otro lado. A estos límites de la incisión les concede Elliot una importancia capital en lo que a la ulterior filtración se refiere, ya que de esta forma no ha de verse impedida por la nueva cicatriz.

Los colgajos conjuntivales se disecarán perfectamente hasta que la esclera sea claramente visible, disecando en el inferior un poco aun del epitelio corneal. Debe cuidarse no desgarrarlos ni perforarlos con la tijera o con las pinzas. Se desprenderán cuidadosamente todos los pequeños fascículos que unen la conjuntiva a la esclerótica para evitar que los colgajos sean arrastrados o enrollados por el trépano. Este se colocará todo lo cerca posible del limbo corneal. Entonces, con los dedos de la mano derecha, se le imprimen rápidos movimientos de rotación, mientras que se le sujeta con la rama de una pinza que sostiene un ayudante o que se toma con la mano izquierda, con el fin de que el trépano permanezca siempre en el mismo sitio. Con estos movimientos, pronto se llega a formar un disco de esclerótica que se termina de separar con una tijera.

Alguna vez ocurre que el anillo de esclerótica se cae en la cámara anterior y otras veces se suele prolapsar el iris, sobre todo cuando el trépano es grande, por lo que no debe usarse de más de dos milímetros de diámetro; con uno y medio es suficiente.

El caso en el cual ejecuté yo la trepanación, es éste, cuya historia clínica es la siguiente:

B. O., de Santander, cigarrera, de 48 años, casada y sin ningún antecedente notable. Estando un día ocupada en las labores de su oficio, y sin haber sentido anteriormente ninguna molestia, notó que de repente se enturbiaba la visión en el ojo izquierdo, y que todos los objetos los veía como a través de una niebla muy densa; en seguida le aparecieron dolores violentísimos en el ojo con irradiaciones a la frente y cara, que la obligaron a suspender el trabajo y retirarse a su casa. Como todos estos síntomas fueran en aumento, decidió ir donde un especialista;

quince días después se presentó en mi consulta, aquejando los mismos trastornos que he indicado antes.

Objetivamente se apreciaba ligero edema del párpado superior y de la conjuntiva, inyección ciliar muy pronunciada, pupila en mediana dilatación, sin reflejos, cámara anterior casi desaparecida, córnea mate y velada é insensible, y aumento considerable de la presión intra-ocular; el tonómetro de Schiötz marcó 68 mm. En el ojo derecho la presión era de 26 mm. La presión arterial estaba aumentada. El examen del fondo se hacía muy difícil a causa del enturbiamiento de la córnea. No veía la mano a dos metros de distancia.

Como ya había sido tratada anteriormente por los mióticos sin resultado, la propuse una intervención que aceptó y se llevó a cabo el 18 de enero. Esta fué, como he dicho, la trepanación de Elliot. Como accidente, señalaré el prolapso del iris, que no se redujo con la simple incisión radial con el cuchillete, como recomienda Elliot, siendo necesaria una amplia iridectomia. No instilé eserina. Vendaje.

A las veinticuatro horas, que renové la cura, ya había descendido la presión a 34 mm., y el dolor había disminuído.

A los cuatro días se la dejó sin vendaje; ya habían desaparecido los dolores y la presión era de 28 mm. Percibía los movimientos de la mano a cinco metros. Salió del Sanatorio. Ocho días más tarde volví a verla y la agudeza visual había aumentado; a los veintiocho días después, la presión se mantenía en 28 mm: $V = \frac{1}{10}$. Hace poco tiempo habló conmigo la enferma, mostrándose contenta de haber recobrado su agudeza visual, en tal forma, que puede servirse del ojo izquierdo hasta para seleccionar los tabacos.

Un punto en discusión de la operación de Elliot, cuando no hay que hacer iridectomia, es si el descenso de presión es definitivo. Esto no ha quedado todavía establecido, porque aún ha transcurrido poco tiempo para hacer observaciones en este sentido, como igualmente ocurre con la extirpación del ganglio superior del simpático del cuello que Abadie y Jonnescu han practicado como tratamiento del glaucoma. Este, sin embargo, es más inseguro, como lo prueba el hecho de que los síntomas (miosis, hipotensión, etc.) que se presentan en los casos de heridas del simpático, van desapareciendo lentamente.

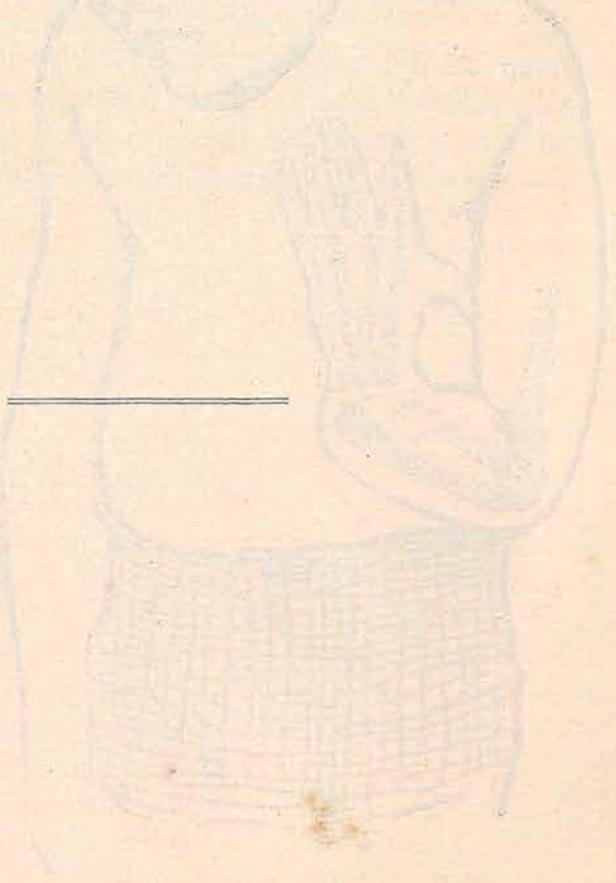
De todos modos, la trepanación de Elliot no viene a ser otra cosa que una modificación de la esclerectomía de Lagrange, sólo que éste no emplea trépano, y adiciona siempre la iridectomia que Elliot no ejecuta sino cuando se prolapsa el iris, que, según su misma estadística, ocurre

en un gran número de casos. Es, por otra parte, de técnica más difícil.

Yo creo que las indicaciones de la operación de Elliot son muy limitadas y una de ellas, quizá la más importante, es la de glaucomas que recaen en arterioesclerósicos, o formas del mismo con gran congestión, en los cuales una iridectomía sería peligrosa a causa de la hemorragia del iris; pero aquí la esclerotomía anterior prestaría los mismos servicios.

A pesar de que en el único caso en que yo la he empleado he obtenido muy buenos resultados, creo que éstos hubieran sido los mismos con la esclerectomía con iridectomía de Lagrange, o con la simple iridectomía de Graef, ya que la forma de glaucoma de mi enferma era de las que responden perfectamente a cualquier tratamiento quirúrgico.

Yo, y mientras estudios posteriores no me hagan ver claramente la superioridad de la trepanación de Elliot, no volveré a reemplazarla por la operación de Lagrange, de la que no puedo decir sino alabanzas.

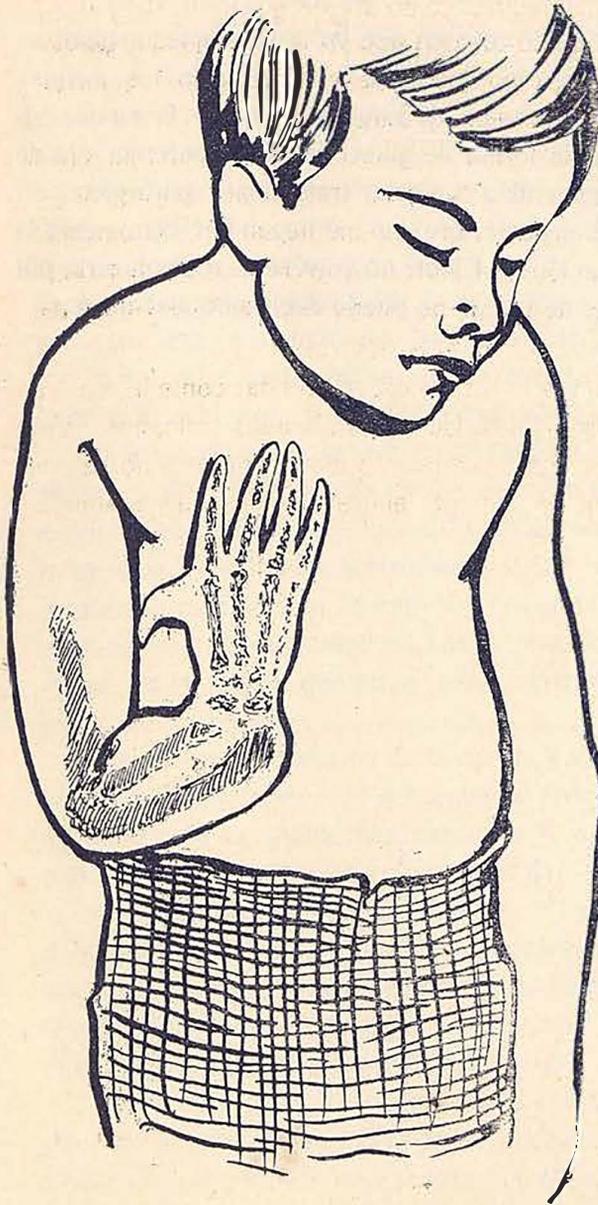


LA HERENCIA Y LOS HUESOS

Por V. Juaristi

DE IRÚN

Observadlo en vuestra clientela: los hijos se parecen a sus padres



en los huesos; fijaos bien, a sus padres y no a sus madres. ¿Por qué? Esta cuestión, entre otras de parecida significación biológica, me preocupa. No quisiera ser cirujano si mi arte se limitara a cortar *pronto, bien y agradablemente* las piernas o los ovarios a mis prójimos. Pláceme dejar el bisturi en el brillante anaquel y preguntar: ¿Por qué? No es divagación ociosa, sino ansia de principios generales, de leyes, de que tan ayunos estamos los médicos.

Un padre sífilítico regala a su hijo unas tibias gordas y arqueadas, unos dientes de mellados bordes. Un padre raquíptico en su infancia, tendrá hijos cuyo esqueleto está descabalado. Este dibujo representa un niño a quien todo el an-

tebrazo derecho le *viene corto*; el radio apenas alcanza al carpo, y en la mano no ha habido hueso bastante para hacer el primer metacarpiano ni las respectivas falanges; el rudimentario pulgar es una piltrafa des-huesada e inútil. Tiene su hermano una cabeza, un pecho y unas epífisis, que reclaman un lugar en un museo, y el padre de ambos, tiene las piernas en X y otras señales de haber sido un raquítico.

Sin entrar en el terreno de la patología, mis niños (tres van en cuenta) tienen las rodillas en valgum, como su padre, su abuelo y cuantos salieron de nuestro menguado solar. La nariz y la mandíbula son armazones óseos que caracterizan familias enteras. (Bonapartes, Austrias, Borbones). Los índices cefálicos caracterizan razas.

Y ¿por qué los degenerados, los imbéciles, tienen paladares ojivales, dientes vulnerables y raros? ¿Cuál es el órgano que preside la ontogénesis y cuan alta es su significación cuando así sella la descendencia? ¿Qué hay de verdad en los contradictorios pareceres de los fisiólogos acerca del tejido cromo-afine de la adrenalina, de la hipófisis del ganglio corotídeo (tan memorable en el Sanatorio)?

No encuentro en los libros la respuesta, y para dar con ella, quiero hacer investigaciones, experimentos. He comprado unos conejillos. ¡Vaya, no es cosa de risa! Digo que he comprado unos conejos y no sé por dónde empezar. Mi ayudante, el mozo del laboratorio los mira y se sonríe.

REVISTAS

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynecologie

LABHARTS-BASEL. *Contribución al estudio de la tuberculosis genital y peritoneal.*—El autor deduce las siguientes conclusiones del estudio de 100 casos que, en el transcurso de los años de 1901 a 1910, ha tenido ocasión de tratar y de continuar su observación:

1.º Tuberculosis genital: El tratamiento conservador está indicado en todos aquellos casos graves de lesiones avanzadas y más cuando existan complicaciones pulmonares extensas ó infecciones asociadas que suelen dar lugar a fiebres altas: el pronóstico en tales casos es muy malo.

También está indicado el tratamiento conservador en los casos ligeros, que bajo su acción rápidamente se mejoran.

Por el contrario, cuando las lesiones no retroceden rápidamente, cuando no hay ó son pequeñas las complicaciones, se debe emplear su tratamiento quirúrgico. La fiebre hace el pronóstico sombrío.

La operación debe ser radical; procurando evitar que la materia tuberculada toque el peritoneo ó la herida.

2.º Tuberculosis genital y peritoneal: Las indicaciones no son distintas de las del grupo anterior. Hay que advertir que cuando la enfermedad está muy extendida, lo cual aumenta mucho la gravedad del pronóstico, debemos ser muy prudentes para proponer la intervención.

No hay que decir que los casos febriles son extraordinariamente graves.

3.º Tuberculosis peritoneal: Hay muchos casos susceptibles de ser tratados médicamente. Sólo cuando la ascitis es muy grande y los remedios médicos no consiguen modificarla, se podrá evacuar el líquido. No se extraerá el líquido por punción sino por laparotomía, que en nada puede perjudicar al enfermo y permite en cambio la inspección de la cavidad y en caso de necesidad la extirpación de los anejos. La laparotomía no es un tratamiento de resultados seguros, ni aun en las formas exudativas. Puede intentarse una inyección de aceite alcanforado antes ó después de la operación.

Beiträge zur Klinischen Chirurgie

W. TSCHISTOSSERDORF. — SAN PETERSBURGO. — *Sobre la rotura traumática del intestino subcutánea.* — T se refiere a una estadística de 52 casos observados en el hospital de Ebuchovo desde el año 1897 al 1910.

La mayor parte de las veces la rotura del intestino fué causada por un traumatismo en una parte cualquiera del vientre, generalmente en individuos jóvenes (22 entre los 20-30 años, 10 entre 31 y 40).

En cuanto a la porción del intestino interesada, lo fué 3 veces el grueso, 2 el colon ascendente, 1 la flexura iliaca en los demás casos el intestino delgado, en 4 ocasiones en su porción alta, en las restantes la media y la inferior.

Recomienda la laparotomía exploradora en todos aquellos casos en que se sospeche la existencia de una rotura intestinal: se operaron de los 52, 47: los 5 no operados murieron todos. De los operados se salvaron 8 (17 por 100) y de entre estos últimos, los que sufrieron la intervención dentro de las 6 primeras horas, curaron el 50 por 100; de los que fueron intervenidos entre las 6 y las 12 primeras horas se salvaron el 12 por 100, los que llegaron a la mesa de operaciones después de las 24 horas primeras, murieron todos.

Mientras el diagnóstico no pueda precisarse hay que establecer al lado del enfermo una vigilancia y observación exquisitas y en cuanto aparezcan síntomas de perforación, operar.



PETREN-LUND: *Sobre las causas de muerte post-operatoria.* — Calcula P. que la mortalidad post-operatoria de la clínica de Lund y del hospital de Malmö es de 3, 5 por 100. Divide en varios grupos el material recogido de ambas clínicas y deduce de su estudio las siguientes conclusiones, entre otras:

La mitad de todos los casos de muerte consecutivos a la operación y producidos por enfermedades agudas, son debidos a complicaciones pulmonares. Cerca de $\frac{1}{4}$ a estados adinámicos ó enfermedades de otros órganos ó constitucionales. La cuarta parte restante a infecciones ú otras causas ó errores técnicos imputables al acto mismo de la operación.

Igualmente, en los casos de muerte post-operatoria debidos a enfermedades crónicas, corresponde un 50 por 100 a enfermedades de los pulmones. Un 7 por 100 a infecciones post-operatorias.

Para disminuir en lo posible tales accidentes mortales, P. recomienda: diagnóstico precoz de las lesiones: indicación absoluta de operar; empleo de la anestesia local en todos los casos susceptibles de ella; la anestesia general ahorrarla en lo posible; practicar un hemostasia minuciosa, y finalmente extremar la limpieza y cuidados en todos los momentos de la intervención.

La previsión de las pneumonías post-operatorias y de las embolias es

el problema más importante que ha de resolver la moderna cirugía, para rebajar la mortalidad post-operatoria, principalmente en las operaciones del vientre.

D. med Wochen

JUNG: *Tratamiento de los trastornos menopáusicos*.—Existe una série de síntomas que con más ó menos intensidad se presentan en todas las mujeres al terminar el período de actividad genital y que tienen su origen en la regresión senil de las glandulas ovaricas.

Mientras exista alguna parte del tejido de los ovarios en condiciones de actividad funcional, continuará el órgano cumpliendo el desempeño de sus dos funciones principales: de una parte la maduración y expulsión del huevo con el consiguiente proceso regresivo del folículo vaciado hasta su trasformación en el *corpus luteum* y después en el *corpus albicans* y de otra el suministro de hormonas ováricas al torrente circulatorio, productos de la secreción interna, por cuyo intermedio el ovario actúa sobre los cambios nutritivos y cuyo origen para unos, está en el tejido folicular y para otros en el intersticial de la glándula genital femenina. Ambas funciones van perdiéndose con la involución del ovario, manifestándose clínicamente con la desaparición de la menstruación y anatómicamente con la atrofia del útero y del ovario mismo. Tales fenómenos van acompañados de alteraciones generales y locales del aparato genital, consistentes ambas en su esencia en manifestaciones dependientes del sistema vascular.

Entre los síntomas generales descuellan en primer lugar excitación cerebral y palpitations de corazón. Se presentan durante el reposo y se alivian muchas veces de una manera inesperada, con el movimiento y aun con excitaciones psíquicas. Al lado de estos síntomas pueden aparecer, vértigos, zumbido de oídos y secreción de sudor. Con frecuencia el sistema nervioso ofrece un estado de exagerada irritabilidad, otras veces de depresión y en muchos casos se manifiesta una gran irritabilidad sexual. La menopausia adelantada artificialmente predispone en cierto grado a padecer con más intensidad y durante más tiempo estas alteraciones generales; tanto más cuanto el individuo castrado sea más joven. Las personas neurasténicas sufrirán de ellas, con mayor intensidad.

Todas estas manifestaciones generales no son susceptibles de un terapéutica causal: entre las indicaciones sintomáticas hay que procurar ante todo regularizar la función intestinal. Prohibidos el alcohol y el café; muy restringido el uso de embutidos, mostaza, sal y ácidos: no es necesario prescindir en absoluto de las carnes, pero ha de preferirse las legumbres, la leche y los huevos. Si esta dieta en su mayor parte vegetariana, no es suficiente para

conseguir aquel fin, se recurrirá a los enemas y laxantes ligeros, pero de ninguna manera han de usarse los verdaderos purgantes. El estreñimiento pertinaz se suele mejorar ordenando un ejercicio moderado al aire libre, ejercicios deportivos ligeros, trabajos de jardín... etc. Cuando existen trastornos nerviosos de alguna intensidad hay que recurrir a la hidroterapia: por la noche envolturas húmedas durante dos horas ó un baño, por la mañana abluciones frías volviéndose después a la cama, durante una o dos horas. Contra la exagerada exigencia sexual se pueden emplear baños fríos de asiento antes de acostarse, dormir en una cama dura y si se puede sufrir, la fatiga corporal. También la valeriana y pequeñas dosis de bromuro, no conviene sin embargo, acostumbrarse al uso de los narcóticos. Los ensayos de una terapéutica causal, con el uso de la «Oopehorina» y otros preparados semejantes en general suelen fracasar: puede sin embargo intentarse pero abandonándolos cuando no se ha podido apreciar ningún efecto después de administrar unas 100 tabletas. La obesidad, que suele presentarse en esta época de la vida, se puede contener disponiendo una alimentación pobre en calorías y con un ejercicio activo al aire libre. El empleo de la tiroidina no es en general inofensiva, de todos modos si se prescribe vigílese el corazón.

Entre los síntomas locales, reclaman las hemorragias uterinas de esta época el lugar primero. Pueden presentarse, lo mismo con una matriz grande, dura (metropatía crónica) que en una pequeña y flácida. Pueden ser también, y esto es el punto más interesante, el síntoma primero de un carcinoma de la matriz; en esta época un carcinoma del cuello. No basta aquí el reconocimiento bimanual, es necesario practicar un legrado explorador. Si del análisis resulta que no existe neoplasia, las más de las veces la hemorragia queda curada con la pequeña operación. Vuelven las pérdidas de sangre, prescribese exts. flui. de hidratis canadensis. 20—30 gotas, 3 veces al día, Stipticina, 0,05, tres veces al día o gelatina en forma de puddings. No raras veces ocurre que metrorragias simplemente climatéricas que llegan a comprometer la vida, no se cohíben más que con la histerectomía.

La colpitis senil es otra de las lesiones que con frecuencia hacen acudir a las mujeres a la consulta del médico. Los síntomas son flujo, sensación de ardor y picor; puede llegar a manifestarse como un verdadero prurito de la vulva. En todo caso hay que investigar si se trata de una mujer diabética. En tales casos prestan buenos servicios lavados y baños de salvado, también irrigaciones con pequeñas cantidades de tanino, 1 cucharada de sopa en un litro de agua templada.

Después de cada limpieza se secarán bien las genitales externas y se espolvorearán. Si no desaparecen del todo las molestias, se echa tanino pero en un espejo redondo y se va retirando poco a poco: el sobrante debe recogerse cuidadosamente con torundas de algodón. Es una enfermedad que manifiesta gran tendencia a la recidiva. Lo mismo ocurre con la *cistitis ve-*

tularum. Se tratará administrando una alimentación poco estimulante, grandes cantidades de líquido, urotropina 0,5—1,0 tras veces al día, y localmente con lavados de ácido bórico al 2%, y a veces con soluciones de nitrato de plata al $\frac{1}{2}$ —1%.

Tesis de la Universidad de París

ED. LÉOV: *Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de las hemorragias retroplacentarias*.—El autor ha recopilado 23 observaciones de hemorragias retro-placentarias tratadas quirúrgicamente: las cuales se reparan de esta manera; 7 cesáreas conservadoras, 7 cesáreas seguidas de histerectomía, 9 cesáreas vaginales.

Pocas veces estará indicado el tratamiento quirúrgico para corregir una hemorragia que proceda del prematuro desprendimiento de la placenta. Podrá estar indicado tan radical tratamiento, cuando la hemorragia continúa después de haber roto ampliamente las membranas y el estado del cuello es tal que no permite el vaciamiento rápido de la matriz.

Clínicamente el tratamiento quirúrgico debe ser empleado cuando la aceleración del pulso indica la gravedad de la hemorragia debida al desprendimiento prematuro, y los bordes del útero están poco dilatados o difícilmente dilatables.

Una vez establecida la indicación, la operación se ha de hacer de urgencia.

Parece que la conducta que se debe seguir es la cesárea abdominal seguida de histerectomía.



MAD. TESSIER: *Establecimiento de la menopausia*.—Las mujeres examinadas fueron 170, de ellas el 12'90 por 100 fueron menopáusicas antes de los 45 años; 61'1 por 100 de 45 a 50 años, y 27'3 por 100 después de los 50 años. La edad normal y media de la supresión de las reglas es, pues, entre 45 y 50 años. Las mujeres menopáusicas antes de los 45 años, y sobre todo, las que lo son antes de los 40, no son ordinariamente normales, y puede considerárselas como enfermas. Las reglas que se prolongan más allá de los 50 años, son sospechosas, y conviene examinar cuidadosamente, y *a menudo*, a estas mujeres que conservan las reglas pasada aquella edad.

El cáncer uterino, aunque favorecido por la menopausia, la cual acelera su evolución, no puede llamarse *una enfermedad* de la menopausia. En 47'5 por 100 de los casos, empieza mucho antes de la supresión de las reglas; 23'6 por 100 después de un espacio de tiempo que varía entre 3 y 15 años.

Las mujeres que empiezan jóvenes a reglar, tienen una menopausia precoz: igualmente las que empiezan de más edad tienen una menopausia tardía.

La menopausia precoz es más frecuente entre las mujeres estériles o poco fecundas: la tardía entre las grandes multiparas.

La menopausia se establece bruscamente en 42'6 por 100 de los casos y progresivamente, después de un período de irregularidades en 57'5 por 100. Parece que es brusca en las nulíparas y primíparas y lenta en las multiparas.

Entre 104 mujeres observadas, 5'7 por 100 no han presentado después de la menopausia ningún síntoma de insuficiencia ovárica: en 9'6 por 100 fueron muy ligeras: en todas las otras, 84'7 por 100 fueron muy pronunciadas.

La pérdida o cuando menos la debilitación de la memoria se ha observado en 54'6 por 100 de menopáusicas.

L'embonpoint es notable en 25 por 100 de los casos. El adelgazamiento, sin lesión apreciable y datando de la menopausia, se ha encontrado en un 12 por 100.

J. H. O.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde

DR. EDMUNDO ROSENHAUCH: *Sobre el papiloma del limbo corneal.*— Según Sacmisch, el papiloma asienta rara vez en la conjuntiva. Puede presentarse bajo la forma de pólipo con un pedículo corto o largo o también insertarse en la conjuntiva con una base ancha. Los primeros se localizan comunemente en el fondo de saco, mientras que los segundos lo hacen más frecuentemente en el limbo corneal.

R. presenta varios casos, uno de los cuales era un obrero de 76 años el cual desde hacía dos meses a la fecha del reconocimiento, que veía con el ojo derecho, como si mirara a través de un velo espeso. Presentaba ligera hipereimia de la conjuntiva y una elevación rojiza, del tamaño de un guisante que asentaba en el limbo corneal pasando dos milímetros sobre la córnea pero sin adherirse a ella y surcada por vasos superficiales.

Fué extirpada la tumoración obteniéndose resultados inmejorables. El exámen microscópico, demostró la estructura típica del papiloma.

Se trata en este caso de un papiloma de la conjuntiva que asentando en parte en el limbo recubría la córnea sin adherirse a ella, lo cual hizo posible y fácil su extirpación completa.

Otro caso interesante es el de un niño de 7 años que ofrecía en el ojo derecho dos tumoraciones que asentaban la superior en el limbo córneo cubriendo, sin adherirse parte de la córnea y el inferior, también en el limbo pero sin cubrir la córnea. En el ojo izquierdo presentaba dos elevaciones parecidas a las anteriores pero las dos tomando asiento en la parte superior del limbo córneo y cubriendo la córnea.

Se hizo la extirpación sin reproducción después de un año.

El análisis microscópico dió el mismo resultado que en el primero de los casos.

Este segundo caso era interesante porque había dos papilomas en el mismo ojo.

Estos tumores considerados por Virchow como fibromas papilares son de pronóstico benigno. Sin embargo muestran tendencia a las recidivas y aun a veces a las degeneraciones. También pueden cubrir la córnea y conducir a un trastorno de la visión.

El diagnóstico diferencial de estos tumores con las formaciones pericorneales del catarro primaveral es fácil, más difícil es el diagnóstico con el epiteloma, especialmente si el tumor se encuentra en las primeras fases del desarrollo y asienta en el limbo. Los dos pueden cubrir la córnea aunque solo el epiteloma penetra en ella, no haciendo más que cubrirla el papiloma. Es importante también el estado de los ganglios, que en caso de estar infartados demuestra la existencia del epiteloma.

R. insiste en el exámen microscópico hecho en cuanto se aprecia el tumor.

A. C.

SOCIEDADES Y CONGRESOS

Sociedad médica de Nüremburg

MAINZER: *Comunicación sobre el tratamiento de las neuralgias faciales con las inyecciones de alcohol.*—Las únicas inyecciones de esta clase que importa tener en cuenta son las periféricas en el punto de emergencia del nervio y las profundas en las proximidades del foramen oval y del redondo. Poca ó ninguna acción curativa tienen las inyecciones que se practican en el punto mismo en que el dolor se manifiesta; es preciso que la inyección alcance al tronco del nervio: las inyecciones en los puntos intermedios (punto de bifurcación de las ramas mandibular y lingual, punto de entrada del mandibular ó del palatino mayor) no ofrecen ventaja ninguna sobre las inyecciones profundas y por otra parte su técnica no está libre de algunos inconvenientes: son muy poco empleadas. Cuándo se ha de hacer la inyección superficial, cuándo profunda, no es cosa que de antemano pueda afirmarse. Lo que se debe hacer es no perder mucho tiempo empleando las inyecciones superficiales. No son aptos para este tratamiento más que los casos graves, de naturaleza crónica, en los cuales se ha empleado ya y ha fracasado el tratamiento interno. Las inyecciones deben emplearse antes de intentar el tratamiento quirúrgico. Los casos operados suelen ser rebeldes al tratamiento de las inyecciones: los no operados por regla general obedecen bien a su empleo.



R. KRAUSS: *Sobre heridas penetrantes del torax con la presentación de algunos casos operados y curados de heridas del corazón.*—Desde el mes de julio de 1910 se han asistido en la clínica de K, 13 casos de heridas penetrantes del torax, por disparos de arma de fuego y por instrumentos punzantes: 2 pinchazos del corazón, un balazo en el corazón, 7 de tiro en el pulmón y 3 de pinchazos también en el pulmón. Todos han curado con la excepción de un herido de arma de fuego en el pulmón, que ingresó en estado agónico.

En las heridas del corazón se empleó un tratamiento quirúrgico; en las del pulmón al principio expectante, después en tres de ellas hubo que practicar varias veces la punción a causa del hemotorax y una vez una resección costal y toracotomía contra el empiema.

Presenta dos enfermos curadas, en las que se practicó la sutura cardiaca.

El primero es un muchacho de 19 años que al caerse de una escalera se clavó un cuchillo en el tercer espacio intercostal izquierdo cerca del esternón.

Se le operó por el Dr. Burkhardt en cuanto entró en el hospital, porque estaba en estado de colapso a causa de un hemopneumotorax.

Puesto al descubierto el corazón, se vió que tenía una herida penetrante en la aurícula izquierda; sutura con catgut: hubo que ligar la mamaria interna. Se suturó el pericardio y la herida externa: drenaje de la cavidad pleural izquierda, después de resecar un trozo de costilla de 7 centímetros.

El herido está completamente curado y ha vuelto a ejercer su oficio.

En el segundo caso se trata de un hombre de 64 años, herido de arma de fuego en el cuarto espacio intercostal izquierdo. K. practicó la operación a causa también del colapso que el herido padecía.

La bala había desgarrado el pericardio y rozado la musculatura de la aurícula izquierda: resección de los cartilagos costales 4 y 5 y sutura con catgut del músculo y del pericardio. No se pudo cerrar del todo el pericardio y se dejó una tira de gasa iodofórmica que se sacó por el ángulo inferior de la herida.

Al día siguiente se presentó hemotorax. Después el enfermo curó completamente.

Otro enfermo de 23 años fué tratado y curado en la clínica de K., pero no se ha vuelto a tener noticias de él. Presentaba un pinchazo sobre el quinto cartilago costal del lado izquierdo, que le atravesaba y penetraba en el ventrículo del mismo lado. K., encontrando que el paciente presentaba los síntomas de una gran compresión, propuso la operación inmediata.

Dilatación de la herida hacia arriba y abajo, resección del cuarto y quinto cartilagos costales, abundante hemorragia del mismo corazón, la cual brotaba de detras del esternón, taponamiento con el índice izquierdo mientras pasó un punto de catgut, después sutura completa de la herida cardiaca y del pericardio: en el ángulo inferior de la herida se colocó un pequeño tubo de drenaje: la pleura no fué tocada: no hubo hemotorax.

La curación fué completa a pesar de haberse formado una pericarditis exudativa y una pleuritis de la pleura izquierda: ambas curaron.

Concluye el orador que en la clínica, cuando exista, ó se sospeche una herida del corazón, se debe operar cuanto antes. Sin embargo, reconoce que en ciertos casos está permitida la expectación.

Por lo que hace a la incisión, se debe seguir el trayecto de la herida en general, pero estando dispuestos a cambiar de procedimiento según lo pidan las circunstancias del momento. Cierre completo del pericardio; si hay hemotorax, resección costal y drenaje hacia abajo. Las heridas pulmonares, cuando no está interesado al mismo tiempo el corazón, se tratarán con medios conservadores, naturalmente si una gran hemorragia ó un gran pneumotorax no obligan a intervenir.

Sociedad de ginecología del Noroeste de Alemania

DOCTOR GRAEUPNER BROMBERG: *(a) Herida del útero por un instrumento.*—Se trataba de una enferma en la cual se había practicado un aborto por medio de instrumentos. Cuatro semanas y media más tarde fué dilatado el útero por otro médico, que desconocía la primera intervención, a causa de una hemorragia uterina. La dilatación se efectuó con los dilatadores de Hegar y con la pinza de aborto. Siete horas después, hizo Graeupner una laparotomía a causa de síntomas manifiestos de peritonitis, suturando una gran perforación del fondo del útero.

En la discusión se citan casos análogos, y Schroeder aconseja no manipular con instrumentos en la cavidad uterina si no es con grandes precauciones, porque, especialmente, después de los abortos, y durante largo tiempo, está el útero friable y se deja perforar con suma facilidad.

b) *Cesárea abdominal a causa de placenta previa.*—Se trata de una enferma de 31 años, primípara, cerca del fin del embarazo, con placenta previa central, la cual entró en la clínica de Graeupner en muy mal estado, a causa de las grandes hemorragias. No se oían los ruidos cardíacos del feto. Le operación resultó bien y con escasa pérdida de sangre; el niño acababa de morir.

En los primeros días, después de la operación, apareció fiebre; se presentó francamente la convalecencia.

En la discusión se aprueba, en este caso excepcional, la ejecución de la cesárea abdominal.



DOCTOR KLEIN: *Hematómetra en un útero unicornio.*—El caso recae en una enferma de 23 años, virgen, la cual había tenido, durante la menstruación, fuertes cólicos abdominales de forma espasmódica. El diagnóstico exacto pudo hacerse bajo la acción de la anestesia general. Extirpación del hematómetra por laparotomía. La menstruación se estableció desde entonces, sin molestias de ninguna clase.

Sociedad urológica de Berlin

DR. COHN: *Albuminuria por palpación renal.*—C. encontró en los animales, e igualmente en enfermos, una albuminuria transitoria, después de un fuerte masaje de los riñones, cuya duración era directamente proporcional a la intensidad del masaje. Esta albuminuria aparece, por lo general, pocas horas después del masaje y es independiente de la presencia de sangre en la orina.



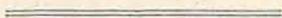
DR. RUMPEL: *Anomalías de los uréteres.*—R. muestra con un aparato de proyecciones, un caso notable de aumento en el número de uréteres: especialmente interesante era un caso de pelvis renal con cuatro uréteres, de los cuales, uno, que tenía un saco hidronefrósico, desembocaba cerca de la uretra. El caso ofreció grandes dificultades clínicas.



DR. KUTNER: *Técnica de las operaciones intravesicales.*—K. muestra un práctico cistoscopio para el tratamiento de los tumores benignos de la vejiga: el instrumento permite tratar los tumores con el galvano-cauterio, así como también con las corrientes de alta frecuencia. Además, habla Kutner del tratamiento de los cálculos de los uréteres por medio de las inyecciones de aceite por la vejiga.

En la discusión se opina que este método tiene muy limitadas indicaciones.

A. C.



BIBLIOGRAFÍA

La obra que con el nombre *Las aguas minerales y las enfermedades* acaba de publicar nuestro compañero don Isaías Bobo-Díez, viene a llenar un vacío que en la mayor parte de la clase médica se sentía, para dar ciertas indicaciones que del momento reclamaban los clientes.

Su trabajo en esta materia no puede ser más completo; pues empieza haciendo una breve historia acerca de la hidrología y en sucesivos capítulos en que resaltan la concisión y la claridad estudia el origen y formación de las aguas minerales; su clasificación con arreglo a su composición en sulfurosas, bicarbonatadas, cloruradas, sulfatadas, ferruginosas, nitrogenadas, arsenicales, litínicas y de cada uno de estos distintos grupos estudia su acción fisiológica y sus principales indicaciones.

Las clasifica también desde el punto de vista de su temperatura, enumerando los distintos manantiales que existen en España y dividiéndolas en muy calientes, calientes, templadas, frescas y frías, exponiendo además el grado de temperatura que cada uno de ellos tiene; pasa por último a clasificar por aparatos las distintas enfermedades y en cada uno de ellos sienta las principales indicaciones de la cura hidrotéapica

Termina con un bien estudiado capítulo acerca de la radio-actividad y punto crioscópico de las aguas; asuntos hoy de palpitante actualidad en el interesante capítulo de hidrología médica.

Sinceramente felicitamos a su autor por su utilísima obra, que no dudamos obtendrá una favorabilísima acogida entre la clase médica que en asuntos de esta índole anda escasa de buena literatura.

C. R. C.

Nociones de Cinemática aplicada a las articulaciones humanas por el Dr. Manuel Bastos Ausart.

Este es el título de un libro muy bien escrito y muy interesante que ha publicado hace poco tiempo el joven Dr. y distinguido médico militar don Manuel Bastos Ausart. Merece por su importancia científica y originalidad, más de las cuatro líneas que la vamos a dedicar, pero sentimos no disponer de más espacio.

Empezamos para que sirva de guía a nuestros lectores dándolas con arreglo a lo que dice el autor, la definición de lo que es cinemática «una parte de la Mecánica que estudia el movimiento de los cuerpos, sin ocuparse de las cau-

sas que lo producen». Se extiende después en profundos y detallados conocimientos de la mecánica en general y haciendo aplicación de estos especiales conocimientos a la ciencia médica, y bien pertrechado con una vastísima erudición acerca de lo que en este asunto se ha escrito, particularmente en Alemania, estudia bajo este aspecto científico de la pura mecánica los movimientos de las articulaciones humanas en general y de cada una en particular.

De esta manera trata de establecer en esta parte de los conocimientos médicos una base nueva más científica y racional, que creemos hará salir a la terapéutica ortopédica del empirismo en que se halla en la actualidad, por lo menos en lo que hace referencia a nuestro país.

Hemos recibido el «Boletín de la Sociedad Barcelonesa de Oto-rino-laringología», dando las más expresivas gracias a esa Sociedad por la atención, doblemente cuando su lectura es de gran interés y provecho para los médicos que dedican actividad científica a esta clase de estudios.

Empieza el mencionado «Boletín» por publicar los estatutos y reglamento por los que ha de regirse la Sociedad, y a continuación da cuenta de la constitución de la misma. Dando solamente una ojeada por sus páginas se ve los numerosos e interesantes temas tratados y discutidos en las sesiones del primer año de su existencia. Los autores de tales trabajos son los doctores Boly, Dalgar, Gay de Montellá, Martín, Marín, Oller Rabasa, Santiña, Serra de Martínez, Sojo y Torrents.

Felicitemos cordialmente a los oto-rino-laringólogos de Barcelona, por la constitución de la mencionada Sociedad científica, demostrando que hacen honra y van a la cabeza del gran progreso y laboriosidad de la región catalana.

J. S.

Estado actual de la cuestión del radio en Terapéutica, por el Dr. S. Velázquez de Castro: Granada-1912.—Interesante monografía de 35 páginas, en la que el docto catedrático de la Universidad granadina expone la historia del descubrimiento de la radioactividad y los caracteres químicos, físicos, fisiológicos y terapéuticos del cuerpo radioactivo por excelencia; el radio. La mayor parte de la memoria está dedicada al estudio de las *indicaciones* y *contraindicaciones* del radio y a la *técnica* de su aplicación. Al final se inserta un artículo sobre la *radioactividad de las aguas minero-medicinales*.

Es obra de síntesis, compendiada, clara y de gran utilidad para quien quiera adquirir rápida y exacta noticia de estas materias.

J. H. O.

NOTICIAS

El renombrado otorino-laringólogo madrileño Dr. Gereda ha publicado en el número del 18 de agosto de «La Correspondencia de España» los siguientes comentarios a propósito de la labor quirúrgica del Dr. Quintana durante el año de 1911.

Copiamos del periódico dicho:

“El doctor Quintana, de Santander

La gran figura quirúrgica de Quintana, de quien nos hemos de ocupar más adelante con la amplitud que su personalidad requiere, se comenta estos días de boca en boca con motivo de las estadísticas publicadas por la Dirección del Hospital de la capital montañesa.

El doctor Quintana, clínico hecho al lado del ilustre doctor Madrazo, y discípulo además de varias clínicas extranjeras, es sin disputa alguna el cirujano español que más opera.

En un solo año ha realizado 704 intervenciones quirúrgicas nada más que en el mencionado hospital, pues en este número no van indicadas las practicadas en el sanatorio Madrazo, donde ocupa el quirófano casi todos los días.

De las 704 intervenciones, 86 fueron de cabeza, 29 de cuello, 10 de espalda y hombro, 42 de espalda y tórax, 39 de vientre, 127 de paredes abdominales, 45 de aparato génitourinario del hombre, 75 del aparato génitourinario de la mujer, 35 de recto, 52 del miembro superior, 18 de la cadera y 150 del miembro inferior.

El valer y laboriosidad del simpático profesor montañés, de modestia exagerada, que sin bombos ni platillos se pasa todas las mañanas prodigando su ciencia entre los enfermos menesterosos, cuando sus grandes medios de fortuna le permitían vivir sin inquietudes ni sobresaltos, merecen darse a la publicidad para que la sociedad comente tales ejemplos de vocación científica y de altruismo.»

En los pasados días del mes de Agosto, hemos tenido el honor de saludar en esta casa, al insigne oculista de Burdeos, Dr. Lagrange, una de las primeras figuras de la oftalmología francesa.

El ilustre colega, que permaneció dos días entre nosotros, partió con dirección a Bilbao y otras poblaciones del Norte.

El XXVº Congreso de Cirugía Francés empezará sus tareas el 7 de octubre de 1912.

Presidente, E. Delorme y Secretario general, M. Walther, rue de Bellechase, 68, París a quien deben dirigirse las comunicaciones.

Sesión de clausura el 12 de octubre.

Las cuestiones siguientes serán puestas a la orden del día:

1.º Diagnóstico y tratamiento de las estrecheces cicatriciales del esófago. Ponente Dr. Maure, de Burdeos.

2.º Indicaciones que proporciona la radiología en las afecciones quirúrgicas del estómago y del intestino. Ponente, Beclere, de París.

3.º La coxa-vara; sus relaciones con las fracturas, etc. etc. Ponente, Kirmisson, de París.

Las sesiones se celebrarán en la Facultad de Medicina de París, en cuyo amplio vestíbulo se instalará una exposición de objetos de cirugía, de apósitos y de aparatos para electricidad médica, que promete ser muy concurrida.

A todos nuestros compañeros que, solicitándolo, nos envíen su dirección, se les remitirá el BOLETÍN DE CIRUGÍA.

Toda la correspondencia al director: Doctor Herrera Oria.—Santander.

*Su uso facilita la digestión y
evita las enfermedades que se
adquieren por el consumo de
aguas impuras.*



*Reconocida como
la mejor
agua de mesa*



AGUA DE HOZNAJO



*Analizada por
el Dr. Cajal*



*Recomendada fre-
cuentemente
por la clase médica.*

DEPÓSITOS EN SANTANDER

Farmacia del doctor Hontañón.
Droguería de Pérez del Molino y C.^a

CONSERVA
LA DENTADURA LIMPÍSIMA
EL DENTÍFRICO

HOKA

CREMA

ELIXIR

POLVOS

**Elaborado á base de produc-
tos purísimos**

—w—
PÍDASE EN TODAS PARTES



El mejor tónico

VINO PINEDO

Coca, Kola, Guarana, Cacao y Fósforo orgánico asimilable

Indispensable á las señoras embarazadas, jóvenes débiles, niños y ancianos.

No es amargo ni produce estreñimiento, por eso es el MEJOR TÓNICO.

PREMIADO EN LAS EXPOSICIONES
DE
PARIS, MARSELLA, ANGERS, LONDRES, MURCIA Y BUENOS AIRES
MEMBRE DU JURY (Hors Concours) PARIS

PINEDO

CRUZ, 6 Y GRAN VÍA, 8

BILBAO



AGUA
DE
VALDELAZURA

Reconocida sin rival para las
afecciones de

ESTÓMAGO

HÍGADO

ARTRITISMO

DIABETES

PÍDASE EN TODAS PARTES

DEPÓSITO EN SANTANDER

Farmacia de García Gavilán

MÉNDEZ NÚÑEZ, 1

REVISTA DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

Suplemento al número 10 del año 1954

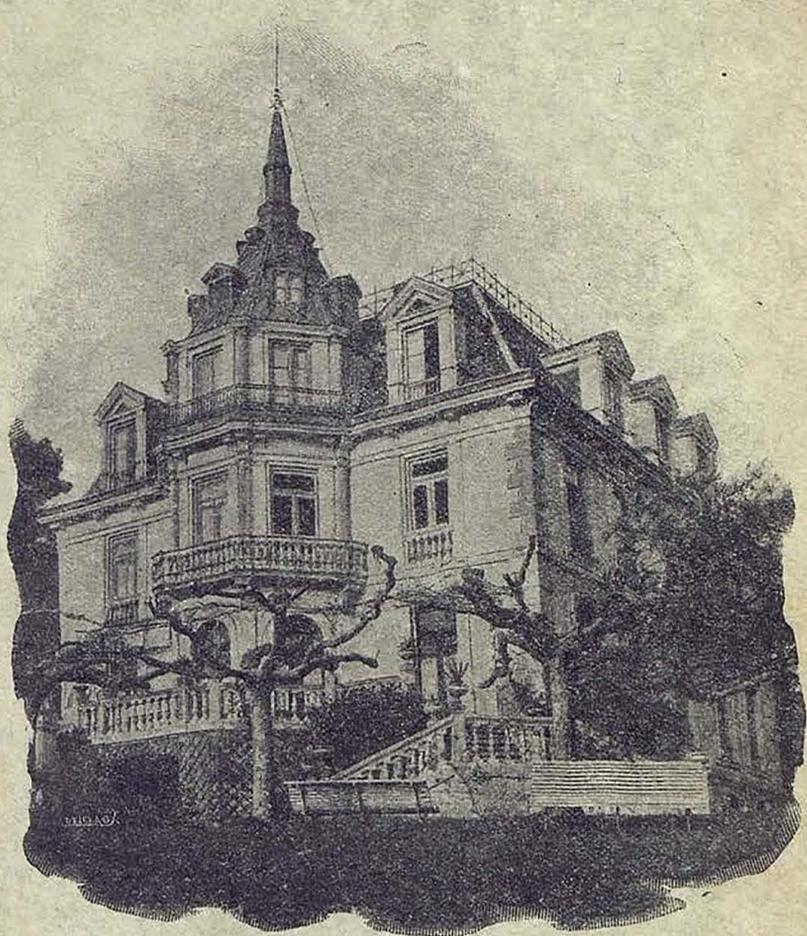


El presente suplemento de la Revista del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, número 10 del año 1954, contiene los trabajos de los autores que se enlistan a continuación. Los trabajos de los autores venezolanos están precedidos por el signo & y los de los autores extranjeros por el signo X. Los trabajos de los autores extranjeros que se enlistan a continuación, han sido traducidos al español por el personal de la Oficina de Traducción y Publicación de la Revista. Los trabajos de los autores venezolanos que se enlistan a continuación, han sido traducidos al español por el personal de la Oficina de Traducción y Publicación de la Revista. Los trabajos de los autores extranjeros que se enlistan a continuación, han sido traducidos al español por el personal de la Oficina de Traducción y Publicación de la Revista.

INDICE MEMORIAS AL DIRECTOR

PEÑACASTILLO-SANTANDER

Sanatorio médico del DR. MORALES



Esta villa magnífica, hoy transformada en casa de curación, es una de las más bellas y suntuosas del Norte de España. Dispone de un parque de cinco hectáreas, cubierto de pinos, naranjos, cedros y palmeras.

Esta clínica es limitada, de 16 a 20 enfermos. Las habitaciones amplias, higiénicas y cómodas en general, son decoradas con lujo, porque no admitiendo enfermos infecciosos, nada se opone a que disfruten de las comodidades que el arte proporciona.

Dispone de instalaciones de hidroterapia, mecanoterapia y electricidad médica y rayos X.

La cocina se dirige por el Director y se ejecuta por un cocinero que ha hecho sus prácticas en hoteles dietéticos de Suiza.

Cuenta con un laboratorio para las necesidades de la clínica, y personal competente en el trabajo.

Enfermedades del estómago: Dispepsias, úlceras, dilatación, etc.

Intestino: Catarros intestinales, diarreas, intoxicación intestinal, etc.

Hígado: Congestiones, cirrosis y cálculos.

Circulación: Arterio-esclorosis y consecuencias de las enfermedades del corazón.

Sistema nervioso: Neuralgias, neuritis y neurastenia.

Gota, obesidad, diabetes y clorosis.

Intoxicaciones crónicas.

Convalecencia de las enfermedades de la infancia y afecciones que necesitan el reposo y sobrealimentación.

PÍDANSE MEMORIAS AL DIRECTOR