

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVII

Bilbao—Abril—1911

Núm. 196

Sumario

Artículos originales: I) **Dr. Mario de Orive.** Epitelioma laríngeo operado por tirotomía.—II) **Dr. Carrasco.** Quistosarcoma del ovario izquierdo. Ovariectomía. Curación.—III) **Dr. Mario de Orive.** Un caso de hemorragia secundaria en una intervención de vegetaciones adenóideas.

Revista de Revistas: 1) **René Cruchet.** Reglas generales de la educación en los niños.—2) **Dr. Meige.** Una forma de convulsión facial bilateral.—3) **Dr. Chavigny.** Un procedimiento para contener la epixtasis.—4) **Dres. Dupré y Logrés.** Los delirios de la imaginación.—5) Contra la alopecia.

Bibliografía: Importantes obras de actualidad.
Sección profesional.

I.

EPITELIOMA LARÍNGEO OPERADO POR TIROTOMÍA

por el

Dr. Mario de Orive

Angel Cámara, de 43 años de edad, casado, profesión laminador en la fábrica la Basconia, domiciliado en Dos Caminos, se presentó en mi consulta el día 8 de Mayo de 1910.

Antecedentes familiares sin importancia y los personales se reducen algunos catarros laríngeos y á la pérdida de nueve kilos de peso en algunos meses y sin causa justificada para él.

Los síntomas subjetivos son: ligera ronquera, algo de tos y sensación de estorbo en la parte derecha de la laringe, acompañado de picor ó cosquilleo laríngeo.

La imagen laringoscópica nos demuestra como síntomas objetivos la presencia de una tumuración del tamaño de un garbanzo de color blanquecino é implantada en la mitad anterior de la banda ventricular derecha é invadiendo el ventrículo de Morgagni,

Mando al enfermo retirarse, ordenándole vuelva al siguiente día con objeto de extraer un trocito de la tumuración y mandarla analizar, por sospechar se tratara de una tumuración maligna.

El día 9 de Mayo, previa anestesia cocaínica al 10 por % y con unas pinzas laríngeas de nódulos vocales de Botey, extraje un trocito de la tumuración, el cual remití á mi amigo el doctor don Angel López para que lo analizara. El 14 de Mayo me envió el Dr. López una preparación microscópica del trocito de la tumuración acompañada del informe que á continuación copio:

«Análisis de un tejido laríngeo de D. Angel Cámara remitido por indicación del Dr. Orive. Examen microscópico. Previos los métodos técnicos apropiados, se han practicado cortes en dicho tejido, los que revelan la estructura siguiente: Nódulos de células epiteliales constituyen la mayor parte del tumor, de forma redondeada y núcleo evóideo; separadas con claridad del tejido conjuntivo ambiente; en algunos puntos afectan la disposición tubulada y ofrecen en algunos sitios globos epidérmicos imperfectos.

Deducción final: Por lo que se puede concluir que el tejido estudiado pertenece á una neoplasia que puede definirse histológicamente como un epiteloma pavimentoso mucoso en tránsito hacia la forma tubulada desarrollado también á espensas de las glándulas.»

No necesitaba saber más; se trataba, por tanto, como yo me lo figuraba, de una neoplasia maligna de laringe, de un cáncer, según los alemanes, quienes llaman cáncer á todos los tumores epiteliales y de un epiteloma de los más malignos, según el doctor Cajal, quien afirma que la variedad tubulada es la más maligna de todos los epiteliomas, tanto, que dice es difícil diferenciarla del carcinoma jenuino al cual le unen, entre otras cosas, la carencia de filamentos anastomóticos entre las células; por lo tanto había que pensar en una intervención radical y así se lo propuse á mi enfermo. No podía pensarse en un tratamiento médico, pues conocida es ya su ineficacia y había que decidirse por uno de los seis tratamientos quirúrgicos que pueden emplearse en estos casos, y son: método intralaríngeo, tirotomía laringectomía parcial ó hemilaringectomía, laringetomía total, faringotomía subhióidea y traqueotomía.

El método intra-laríngeo, á mi juicio, debe desecharse en absoluto, á no ser que se emplee como paleativo para labrar una

permeabilidad laríngea cuando por el tamaño de la neoplasia se encuentra comprometida la respiración del enfermo; pero como método curativo no puede admitirse ni científica ni prácticamente, pues es casi imposible que por este medio pueda extraerse todo el tejido neoformado, y por lo tanto, la reproducción es inevitable aun en los casos más favorables, es decir, cuando el tumor está perfectamente limitado en una cuerda vocal y aun más cuando está pediculado; la práctica nos ha demostrado la ineficacia de este proceder y sirva de ejemplo los cinco casos del doctor Botey: el primero de sarcoma se reprodujo tres veces después de otras tantas extirpaciones, falleciendo el enfermo sin otra intervención; el segundo de epiteloma pediculado é implantado en una cuerda vocal, extirpó no solo la tumoración, sino además toda la cuerda y sin embargo se reprodujo; y en los otros tres casos restantes, de los cuales uno también era perfectamente limitado y pediculado; las extirpaciones por el método intra-laríngeo fueron seguidas de otras tantas reproducciones; por lo tanto insisto en que este proceder debe desecharse en absoluto y por eso no pensé en aplicarlo á mi enfermo.

La tirotomía ha sido y es combatida duramente, sobre todo por los cirujanos generales á quienes suele dar malos resultados, no por faltas de técnica ni por ella en sí, sino porque los casos en que algunos la aplican no son tributarios de esta intervención que no debe emplearse más que en los casos incipientes y éstos no suelen poseer los cirujanos á quienes no suelen acudir más que enfermos avanzados, pues lo general es que los incipientes los diagnostiquen los laringólogos. De ahí resulta la campaña entre laringetomistas y tirotomistas, la cual no tiene razón de ser, pues cada intervención tiene sus indicaciones y de ahí resulta también el descrédito de la tirotomía, por emplearla en casos en los cuales debe hacerse laringetomía parcial ó total; en cambio hay otros que abusan de la tirotomía hasta el extremo de emplearla para la extirpación de unos pólipos laríngeos, cosa verdaderamente absurda y á la que no estamos autorizados jamás mientras existan espejillos y pinzas laríngeas; es más, aun cuando los pólipos por su tamaño considerable ocasionen disnea, aun cuando se trate de niños en los cuales por condiciones excepcionales no pueda hacerse la laringoscopia refleja, no por eso estamos autorizados á tirotomizarlos empleando una intervención que produce como mínimum un seis por ciento de mortalidad, pues

nos queda siempre el recurso de la laringoscopia directa, con la cual pueden operarse todos, absolutamente todos los pólipos laríngeos, aun cuando se presenten en las condiciones más excepcionales.

La tirotomía seguida ó no de extirpación de pequeños trozos de laringe, es, á mi juicio, un tratamiento excelente, eficazísimo en todas aquellas neoplasias malignas poco adelantadas, bien localizadas y sobre todo de implantación intralaríngea y en las cuales no hay infección ganglionar, pues el interior de la laringe posee escasísima red linfática y además el armazón óseo de ésta es una coraza que dificulta la infección de los ganglios de la región; como en el caso presente el diagnóstico era precoz, el epiteloma intralaríngeo, bien localizado y sin infartos ganglionares al menos perceptibles, era un caso indicadísimo, á mi parecer, de tirotomía y fué por la intervención que me decidí y la que propuse á mi enfermo.

Respecto de la laringetomía parcial, está indicada en todas aquellas neoplasias malignas en que no habiéndose hecho el diagnóstico lo suficientemente precoz, se encuentra la tumuración algo difundida y no es suficiente una tirotomía; de todos modos siempre que nos decidimos á tirotomizar á un enfermo por cáncer laríngeo, debemos ir preparados á hacer laringetomía parcial si fuera necesario, pues generalmente al abrir la laringe nos encontramos con que la tumuración es mucho mayor de lo que nos indicaba la imagen laringoscópica.

La laringetomía total está indicada en todos los cánceres, en los cuales por la extensión del tumor no sean suficientes las anteriores intervenciones, pero apesar de reconocer sus indicaciones, yo tengo cierta antipatía hacia esta operación y me fundo en que tengo la creencia de que cuando una de estas neoplasias se encuentra tan avanzada que tenemos la recidiva operándola por tirotomía ó laringetomía parcial, se reproducirá también apesar de la laringetomía total, pues si existen infartos ganglionares apesar de la extirpación total se reproducirá, y si no los hay extirpando todos los tejidos enfermos y próximos, no recidivará aunque dejemos parte de la laringe. Aparte de esto, la laringetomía total no ha dado en la práctica los resultados que se soñaron en un principio y aun suponiendo que el enfermo salga bien librado de tan cruenta intervención, no es nada envidiable su existencia, pues arrastra una vida miserable incapaz de comunicarse con sns

semejantes y con fístulas faríngeas repugnantes por donde sale la saliva y el alimento que pretende deglutir; en cambio el tirotomizado y hemilaringetomizado, hablan y degluten perfectamente, y al retirarles la cánula traqueal al cabo de unos meses, quedan tan perfectamente como si ninguna operación se les hubiera practicado; añádase á todo esto que la mortalidad operatoria es muy superior en la laringetomía total que en la tirotomía y hemilaringetomía y que según las estadísticas, la exposición á las recidivas es la misma en estas intervenciones; ahora juzguen mis lectores si tengo ó no tengo razón para tener la antipatía que digo anteriormente hacia esta operación.

La faringotomía subhiódea se emplea en aquellos casos en los cuales la tumuración está localizada en las partes superiores de la laringe, como la epiglotis, repliegues aritenoepiglóticos, etcétera; esta operación suele proporcionar pocos éxitos, pues las neoplasias localizadas en las antedichas regiones, suelen reproducirse casi siempre porque en estos sitios hay gran cantidad de linfáticos y sus ganglios se infartan desde los primeros momentos de la enfermedad.

Por último la traquetomía se emplea con muchísima frecuencia, no como intervención radical, sino como paleativa con la que únicamente se consigue á lo sumo el alargar algo la vida del enfermo, pero á la que con frecuencia hay que acudir por encontrarse ya la tumuración muy avanzada ó por negarse el enfermo á otra clase de intervenciones.

Después de esta ligera crítica de las intervenciones quirúrgicas en el cáncer laríngeo, continuaré mi historia diciendo que me decidí por la tirotomía y se la propuse á mi enfermo, el cual después de oír una ligera explicación de la operación que pensaba hacerle, pues él me la exigió, parece ser que se asustó algo y se retiró diciéndome que lo pensaría y me contestaría; á los dos días se presentó en mi casa diciéndome que deseaba le viera otro médico con objeto de tener una consulta; le contesté que no tenía inconveniente alguno y le indiqué como compañero el doctor Gáldiz; se disculpó diciendo que no, que con quien él quería celebrar la consulta era con el Sr. Landín; acepté y nos reunimos en casa de este señor el mismo día, quedando conformes en todo.

Conforme también el enfermo decidí operarle el día 27 de Mayo de 1910, á las diez de la mañana, operación que tuve el gusto fuera presenciada por mi amigo y compañero de especiali-

dad el Dr. Gáldiz y el médico de Dos Caminos, Sr. Landa, y ayudada por los Sres. Celada, Villasante y Albízua.

Purgado el enfermo la víspera, comencé la operación en una habitación blanqueada y bien ventilada del domicilio del operado, con buena luz y una temperatura de unos 18 á 22 grados, la que conseguimos con el vapor de agua de las esterilizadoras del instrumental X, el alcohol que se quemó para esterilizar las palan-ganas, etc. Afeitada y desinfectada la región anterior del cuello, se tendió al enfermo en la mesa de operaciones en la posición de Trendelemburg combinada con la de Rose-Maas, con un rrollo de serrín bajo la nuca y la cabeza en extensión forzada y sujeta da por el Sr. Albízua, quien comenzó la anestesia clorofórmica que se llevó á cabo sin ningún contratiempo; una vez anestesiado, tracé en la línea media del cuello una incisión que partiendo un poco por bajo del hueso hioides llegaba hasta la fosita supra-external seccionando capa por capa y secando llegué pronto á caer sobre el tiróides, que por cierto se encontraba algo hipertrofiado, muy poco, y con un istmo tan ancho que parecía un lóbulo, pues tendrí a unos dos y medio centímetros ó más de anchura. Con la aguja de Cooper, pasé dos hilos de seda por debajo del istmo y dí dos fuertes ligaduras por entre las cuales seccioné el tiroides sin que se produjera hemorragia alguna; una vez hecho esto con la sonda acanalada, separo á ambos lados el tiroides y tejidos petra-queales, consiguiendo denudar los primeros anillos de la tráquea; convencido de que la hemostasia era completa y segura, abro la tráquea seccionando los tres primeros anillos, meto por la aver-tura traqueal un porta-algodón empapado en una solución de co-caina al 10° con objeto de anestesiar la mucosa traqueal para evitar que el roce de la cánula con la mucosa produzca el calap-so tan frecuente como peligroso en este momento de la interven-ción, pero en el instante de hacerlo el enfermo sufre un ligero co-lapso del que afortunadamente reacciona pronto y francamente; introduzco la cánula de Botey obturadora, que es muy parecida á la cánula de Hahn, pues las dos se reducen á uua traqueal de pequeño pabellón, lo que tiene la gran ventaja de que ocultan muy poco en el campo operatorio; estas cánulas están revestidas de una capa de esponja preparada, que al ser introducida en la trá-quea, con la humedad de ésta se dilata la esponja no permitiendo de este modo el paso ni de una gota de sangre al arbol aéreo por entre la cánula y las paredes traqueales, subsanando el inconve-

niente de la tan conocida cánula de Trendelemburg, en la cual á los pocos minutos de aplicada se desinfla algo la pelota de goma obturadora y puede permitir el paso de alguna cantidad de sangre. Como digo, una vez seccionados los tres primeros anillos traqueales y tocada la mucosa con la solución cocaínica, introduje la cánula obturadora de Botey, por cierto con gran trabajo, pues la cánula era de mucho tamaño y con la esponja resultaba ya de un diámetro muy grande. «A proposito de esto quiero hacer constar mi agradecimiento hacia el Dr. Botey, pues no encontrando en Bilbao la cánula de Hahn ni la de Botey, ni siquiera la de Trendelemburg, telegrafíé á Madrid á los Bazares quirúrgicos de Torcida y al de Clauselles de donde me contestaron que tampoco las tenían por el momento; entonces telegrafíé á Barcelona diciendo que en último caso y si no tenían se dirigieran en mi nombre al Dr. Botey, rogándole me facilitara alguna si tenía, y efectivamente mi distinguido é ilustre compañero me entregó una cánula que tenía para trabajo particular lo que agradezco muchísimo.»

Traqueotomizado y colocada la cánula de Botey, suspendo la operación y la anestesia algunos minutos, al cabo de los cuales el enfermo comienza á despertarse, se incorpora un poco y ayudado por nosotros, consigue sentarse en la mesa de operaciones; le mando toser, lo hace ligeramente arrojando por la cánula algunas mucosidades teñidas con sangre; le volvemos á echar en la posición anterior ó sea en la de Trendelemburgo combinada con la de Roose-Maas y continúa la operación: ordeno al Sr. Albízuza se coloque á la izquierda del operado y continué la anestesia colocando una pequeña compresa de gasa sobre la cánula traqueal, en la cual echaba con gran precaución pequeñas porciones de cloroformo, pues administrado en esta forma es más poligroso; á los pocos momentos la narcosis volvió á ser completa, entonces comencé á diseccionar la parte anterior de la laringe separando á ambos lados de la incisión que hice en un principio todos los tejidos blandos y al poco tiempo tenía delante el ángulo saliente del cartílago tiróides formado por la unión de sus dos láminas, la membrana crico-tiróidea y la tiro-hióidea seccionó la membrana crico-tiroidea é introduciendo por la incisión en el interior de la laringe una rama de una fuerte cizalla y colocando la otra en el ángulo saliente del tiróides, una vez convencido de que el corte sería exactamente en la línea media, detalle interesantísimo en las tirotomías, oprimo con fuerza las dos ramas pero no consigo seccionar, vuelvo á

oprimir con todas mis fuerzas y tampoco, entonces pido el auxilio de uno de mis ayudantes, el Sr. Villasante, que es hombre de grandes fuerzas, y consigue seccionarlo con gran trabajo; separo las dos láminas del tiróides é inmediatamente se presenta á mi vista el epiteloma exactamente en el mismo sitio en que yo lo había ya indicado ó sea en el tercio anterior de la banda ventricular derecha y parte superior del ventrículo de Morgagni del tamaño de un garbanzo y coloración blanquecina.

Coloco en la parte más inferior de la laringe á nivel del anillo cricóideo un tapón constituido por gasa aséptica formando una pelotita y fuertemente atada con un cordoncito de seda que sirve de fiador con objeto de tener mayores seguridades de que la sangre no penetre en el árbol aéreo. Inmediatamente procedo á tocar repetidas veces toda la mucosa laríngea con una solución de cocaína al 10° y adrenalina al milésimo á partes iguales con el doble objeto de producir una hemostasia preventiva y evitar el tan frecuente colapso de origen laríngeo. Hecho esto trato de disecar el tumor pero se desgarró en pequeños fragmentos; lo extirpo á punta de tijera él y todos los tejidos sospechosos; después raspo el punto de implantación con toda energía con una cucharilla cortante, y finalmente cauterizo aun con mayor energía con el termocauterio, tanto que el Dr. Gáldiz que estaba presenciándolo me dijo: si este epiteloma se reproduce, se reproducen todos.

Convencido de que no queda nada de la tumoración ni siquiera de tejido que pueda infundir la menor sospecha y de que la hemostasia es completa, tiro del cordoncito que sirve de fiador y extraigo la pelotita de gasa que me sirvió para taponar la parte inferior de la laringe; uno las dos láminas del cartílago tiróides aproximándolas hasta que coaptan bien pero sin sutura alguna, suture con catgut las partes blandas profundas y con cinco puntos dados con seda toda la encisión de la piel hasta el nivel de la cánula y un punto por la parte interior de ésta, cubro la parte anterior del cuello con unas capas de gasa yodofórmica, coloco la seda protectora alrededor de la cánula y con un vendaje de cuello queda terminada la operación.

Coloco al enfermo en su cama, despierta del cloroformo sin contratiempo alguno y nos retiramos, dejándolo con muy buen pulso y en un estado satisfactorio; ordeno que no le den alimen-

to alguno, ni siquiera le hablen hasta que yo regrese; si tuviera vómitos un poco de agua carbónica con hielo.

A la tarde continúa muy bien, no ha tenido vómitos; la habitación la tiene desde que se le colocó en ella con una temperatura constante de unos 18° y saturada de vapor de agua, pues continuamente tengo ordenado estén colocando cubos de agua hirviendo; esta precaución es muy importante si se quiere evitar la tan frecuente bronco-neumonía después de estas intervenciones. El día siguiente le hago la primera cura con objeto de extraer la cánula obturadora de Botey y sustituirla por una ordinaria, por cierto con gran trabajo, pues la esponja preparada se había dilatado tanto que tuve que hacer grandes esfuerzos para extraerla, y para no ser tan extenso diré que el curso pos-operatorio fué excelente, como se verá por las siguientes cifras:

Día 27 de Mayo de 1910

4 tarde: temperatura, 36,5; pulso, 80.

8 y media noche: temperatura, 37,5; pulso, 80.

Día 28.—3 mañana: temperatura, 37,3; pulso, 84.

9 » » » 37,3; » 84.

4 tarde: » » 37,7; » 94.

6 » » » 37,5; » 88.

8 noche: » » 38,-; » 88.

12 » » » 37,9; » 78.

Día 29.—5 mañana: temperatura, 37,7; pulso, 80.

8 » » » 37,3; » 80.

11 » » » 38,-; » 82.

4 tarde: » » 38,1; » 90.

10 noche: » » 38,-; » 84.

Día 30.—9 mañana: temperatura, 37,8; pulso, 80.

1 tarde: » » 37,9; » 82.

6 » » » 37,6; » 80.

10 noche: » » 37,6; » 78.

Día 31.—9 mañana: temperatura, 37,4; pulso, 76.

11 » » » 37,5; » 80.

6 tarde: » » 37,3; » 70.

10 noche: » » 37,-; » 72.

Día 1.º de Junio

	10 mañana:	temperatura,	37,-;	pulso,	70.
	5 tarde:	»	37,-;	»	76.
	10 noche:	»	36,8;	»	72.
Día 2. —	9 mañana:	temperatura,	37,-;	pulso,	80.
	12 mañana:	»	37,-;	»	70.
	8 noche:	»	37,5;	»	88.
Día 3. —	10 mañana:	temperatura,	36,7;	pulso,	64.
	5 tarde:	»	37,-;	»	60.
Día 4. —	9 mañana:	temperatura,	36,-;	pulso,	56.
	5 tarde:	»	36,8;	»	60.

En resumen: la máxima de temperatura 38,1 y de pulso 94, el estado general excelente. A los cuatro días de la operación le ocluí la cánula con el dedo y le mandé hablar, pero el enfermo me contestó por señas que no podía; aquello me contrarió un poco pero no insistí; á los ocho días volví á ordenarle que hablara y ya contestó á mis preguntas con voz muy ronca; indudablemente el primer día no lo hizo por un efecto de autosugestión, pues se conoce que había oído decir á algunos de mis compañeros que quedaría mudo después de la operación, tanto que el primer día que oyó su voz quedó profundamente emocionado.

Al siguiente día de la operación se le dió unas cucharadas de leche y se quejó de dolor al deglutir; en los días siguientes fué aumentándose la dosis disminuyendo el dolor al tragar; á los doce días de la operación se levantó de la cama y ya tomaba alimento sin dificultad y hablaba con voz menos ronca.

A últimos de Junio ó sea un mes después de la operación, como el enfermo se encontraba en excelente estado, respiraba muy bien por la laringe cuando se le ocluía la cánula, y con objeto de evitar el que el enfermo se habituara á respirar por ella y que pudiera hablar cuando quisiera sin necesidad de tener la molestia de ocluir la cánula con el dedo, se me ocurrió la idea (é ignoro si seré el primero en dicha ocurrencia), de fabricar un taponcito de cauchú con el que tapé la cánula, el cual lo tenía y ha tenido continuamente taponándola; con este procedimiento he conseguido las inmensas ventajas de que el operado hablara perfectamente sin la molestia de tener que estar continuamente con el dedo sobre su cánula y que se habituara á respirar por la boca; es decir, que el traqueotomizado se encuentra como si no lo estu-

viera y como en estos casos la cánula no se conserva colocada con más objeto que el de evitar otra traqueotomía en el caso de recidiva, conseguimos el ideal, es decir, el evitar otra traqueotomía y el de que el enfermo se encuentre también como si no estuviera traqueotomizado.

A últimos de Diciembre, ó sea á los siete meses de operado, á instancias del enfermo y como su laringe se encontraba perfectamente, retiré definitivamente la cánula traqueal, refresqué las paredes del trayecto ó conducto que ocupaba raspando éstas con una cucharilla cortante, pues á consecuencia del tiempo se hallaba algo cutificadas y ocluí el orificio con unas compresas de gasa y un bendaje de cuello. Siete días después estaba completamente cicatrizada la herida traqueal y respirando perfectamente por vías naturales.

Actualmente se encuentra el operado en buen estado, su laringe funciona perfectamente y la imagen laringoscópica nos demuestra que la banda ventricular derecha ha desaparecido casi por completo, la cuerda vocal del mismo lado un poco más que la del opuesto no por pérdida de sustancia, pues no toqué dicha cuerda en el acto operatorio, sino indudablemente debido á que la retracción cicatricial de los tejidos próximos tiran de ella hacia adentro no permitiendo que en el momento de la aducción la cuerda vocal derecha salga tanto como la izquierda, pero esto no produce trastorno funcional alguno, por que á pesar de ello las dos cuerdas se unen lo suficiente en el momento de la aducción tanto que habla sin que se note la más ligera disfonía.

Y por último terminaré diciendo que no espero se reproduzca este epitelioma, pues hace ya diez meses que se ha operado.

Bilbao 10 de Marzo de 1911

II.

Quistosarcoma del ovario izquierdo Ovariectomía.—Curación

por el
Doctor Cárрасco

El día 2 de Noviembre del 1909 ingresó en la clínica de Ginecología, ocupando la cama letra C, la enferma V. M., soltera, de 18 años de edad, de buena salud hasta hacía un año en que

había empezado á sentir algunas molestias en el vientre, al mismo tiempo que la faltaban las reglas. No dijo nada á nadie hasta que observó que el vientre aumentaba de volumen y que los dolores y molestias la atormentaban cada día más. Llamaron al médico del Hospital, don Vicente San Sebastián, el cual, diagnosticando una ascitis á frigore, pues le dijeron que el vientre había crecido rápidamente después de tomar la enferma un baño de mar, y observando que tenía gran edema en las extremidades inferiores y que la orina era muy escasa, dispuso dieta de leche y unos sellos de teobromina, con el fin de ver si aumentando la diuresis bajaba la ascitis.

A los dos días, en vista de que la enferma no mejoraba y que el más pequeño movimiento la causaba gran fatiga, la hizo la peracentesis abdominal, extrayendo unos siete litros de líquido de aspecto ascítico. Observó entonces la presencia de un tumor voluminoso, que parecía flotar libremente en la cavidad abdominal. Creyendo que la causa de todo, de la ascitis, de los edemas, de la oliguria, podía ser el tumor aquel, mandó analizar la orina para ver si tenía albúmina.

Como del análisis resultase que no la había, y convencido de que no existía lesión renal, aconsejó la operación como único recurso.

Ingresó en el Hospital en un estado verdaderamente alarmante. En los pocos días transcurridos desde la paracentesis se había vuelto á llenar el vientre y era tan grande la disnea, que al menor movimiento parecía que iba á ser el último.

De cintura arriba estaba casi esquelética; el vientre más abultado que en un embarazo de término, y un gran edema, que alcanzaba hasta la vulva, había convertido sus extremidades inferiores en dos cilindros que la enferma podía apenas mover.

El pulso era pequeño y muy frecuente; la orina escasa; la inapetencia absoluta; la intranquilidad grande, pues no podía dormir ni descansar un momento.

En presencia de este estado, me pareció que solo operando podría intentarse salvar á la enferma.

Ella también pedía con insistencia algún alivio á sus tormentos, fuese como fuese, pues comprendía que en aquella situación la vida era imposible.

Y sin preparación previa de ninguna clase, sin purgarla, y sin darla ni un baño de limpieza, pues el más pequeño movi-

miento la ponía tan fatigosa que parecía que iba á morir, la operé á los cinco días de su ingreso.

OPERACIÓN

Limpieza del abdomen y rasurado del pubis.

Anestesia clorofórmica.

Incisión desde el ombligo al pubis. Aparece el peritoneo, tan engrosado, que á primera vista semejaba la superficie del tumor.

Abierto el peritoneo sale en abundancia líquido ascítico y se presenta á la vista el tumor.

Le aplico contra la herida abdominal y le punciono con un trocar grueso.

Viendo que no sale líquido ninguno, hago con el bisturí una pequeña incisión, y aparece una sustancia densa, como mielicé-rica, con un entramado conectivo, que daba al conjunto consistencia de tumor sólido.

Prolongada la incisión abdominal hasta más allá del ombligo, entro la mano en el vientre y la paseo alrededor del tumor, despegando algunas adherencias con las paredes y con el omento. Apalancándole con las manos, le extraje fuera del vientre y confiándosele al ayudante, procedí á empapar con paños grandes el líquido ascítico que aún quedaba, líquido que en aquél momento era fuertemente sanguinolento por la rotura de los vasos de las adherencias.

Hecho esto, examiné el pedículo, y ví que estaba formado por el ligamento ancho izquierdo, y que era menos grueso de lo que debía de ser, tratándose de un tumor tan grande.

Aplicadas en el pedículo dos fuertes pinzas de presión, le secciono entre ambas, y entrego el tumor á un ayudante.

Por bajo de la pinza que queda, ligo el pedículo con catgut fuerte, primero en varias porciones, después en masa, luego de quitar la pinza, para asegurar la hemostasia.

Con paños asépticos seco bien la cavidad abdominal y extraigo varios coágulos de fibrina que había en el fondo de Douglas, y con compresas de gasa iodofórmica seco y limpio los intestinos.

El peritoneo estaba muy engrosado y de color rojo vivo. Páreciéndome que por esta circunstancia era posible que hubiera abundante exudado; dudé un momento si cerrar el vientre ó dejar desagüe; pero me decidí por poner desagüe, en vista de que el doctor Cantero y el señor San Sebastián, encargado este de la

anestesia, y ayudándome aquél en el acto operatorio, me aconsejan que le ponga.

Hice, pues, una gruesa mecha con gasas asépticas, envueltas en gasa iodofórmica, y llevándola hasta el fondo del Donglas, dejé el otro extremo en la parte inferior de la herida abdominal.

Sutura del peritoneo con catgut fino y con crin de Florencia las paredes del vientre hasta la mecha de desagüe.

Apósito de gasa iodofórmica, gasas secas y algodón en rama, sujeto todo con vendas de gasa.

Sonda permanente en la vegiga.

Un litro de suero de Hayen antes de trasladarla á la cama.

Fué hecha toda la operación estando la enferma en posición horizontal.

Tardé una hora, incluyendo el tiempo empleado en la asepsia preoperatoria y en la colocación del apósito.

Se gastaron 27 gramos de cloroformo y de éter, empleando la mascarilla ordinaria.

Prescripción: Dieta absoluta; terrones de hielo.

Por la tarde otra inyección de un litro de suero.

Diario de observación:

Día 9.—Ha pasado buena noche, á pesar de haber tenido algún vómito; se la ha puesto una inyección de un centígramo de morfina. Temperatura 37,9. Pulso á 124.

Leche helada á pequeñas porciones, agua de limón con agua de Seltz; dos inyecciones de morfina, una á la mañana y otra á la noche.

Día 10.—Segundo de la operación. Sigue bien. Temperatura 37,2 y 37: pulso á 120, lleno y desenvuelto. Está muy animada y no ha vuelto á vomitar. Orina abundante.

Encontrando el apósito muy manchado de serosidad sangui-nolenta, filtrada á través del desagüe, renuevo todo menos el desagüe y la gasa aplicada directamente á la herida.

Día 11.—Continúa el pulso frecuente, pero la temperatura es normal. El edema de las piernas ha disminuído mucho, especialmente en la derecha. Toma con gusto café con leche y vino rancio con bizcochos.

Día 14.—Nada ha ocurrido digno de mención. La enferma no parece la misma. Está alegre y animada. Cambió de apósito. La herida está aséptica. La hago una embrocación de tintura de oído y glicerina, y coloco otro apósito seco. Quito la sonda vesical.

Ración de gallina, dos cuartillos de leche y vino rancio con biscochos.

Día 18.—Ha desaparecido casi por completo el edema de las extremidades.

Empiezo á quitar el desagüe abdominal, empapándole con agua oxigenada.

Día 22.—Sacada la última gasa del desagüe, la sustituyo con un tubo grueso de goma, relleno flojamente por una mecha de gasa iodofórmica.

Día 25.—Quito el tubo y pongo otro también con gasa.

Día 28.—Quito todos los puntos de sutura, y sustituyo el tubo de desagüe por otro más delgado.

Diciembre 6.—Hace unos días que el desagüe consiste solamente en un tubo delgado, por el que cada dos días se inyecta agua oxigenada. La enferma come, duerme y ejecuta todas sus funciones como en el estado normal.

Finalmente el día 18 de Diciembre abandonó la enferma el hospital, sin quedarle más que una pequeña fístula apenas supurante, y tan repuesta, que nadie hubiera dicho que era la misma que entró moribunda hacía mes y medio.

Hoy, después de cerca de año y medio, la enferma continúa curada, con aspecto de salud floreciente, dedicada á sus labores de modista de taller.

Y como mi objeto no ha sido otro que añadir un caso más á la casuística de las operaciones de vientre por enfermedades de los anejos del aparato genital, y este me ha parecido digno de ser conocido, dejo á cada cual sacar las consecuencias que le sugiera su lectura, y me abstengo de todo comentario.

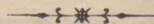
Bilbao 11 de Mayo de 1911

III.

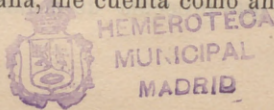
Un caso de hemorragia secundaria en una intervención de vegetaciones adenóideas

por el

Doctor D. Mario de Orive



N. P., de once años de edad, se presentó en mi consulta quejándose de una ligera sordera y dificultad en la respiración nasal. Su madre, que le acompaña, me cuenta como antecedentes



del niño el haber padecido éste cuatro veces anginas catarrales; el notar frecuentes dolores de oídos seguidos de sordera y consecutivos á la menor manifestación catarral y que desaparecen cuando se cura el catarro; sueño intranquilo, duerme con la boca abierta, ronca mucho y se queja por la mañana de gran sequedad en la garganta.

Paso ha reconocerle y encuentro una gran cantidad de vegetaciones adenóideas ocupando casi toda la naso-farínge, especialmente á los lados, ocluyendo la entrada de las trompas y proximidades de las fositas de Resenmüller.

Indiqué á la madre la necesidad de practicar una intervención quirúrgica, la que aceptó después de muchas dudas, indecisiones y preguntas, exigiendo le diera al niño alguna cosa si había, para que no le doliera y perdiera la menor cantidad de sangre.

Conforme ya se retiraron volviendo al siguiente día con objeto de que se le operara al niño é insistiendo en que le diera algo para que sangrara poco: en vista de esto comencé la intervención anestesiando é isquemando la naso-faringe por medio de toques repetidos con una solución de cocaina al décimo y adrenalina al milésimo á partes iguales. Al cabo de unos minutos sujeto el niño y con el abre bocas colocado introduje en la faringe nasal una pinza de Lowenberg extrayendo en trozos y por bocados consecutivos todas las vegetaciones que pude coger, terminando la operación raspando con gran energía con las curetas de Motritz-Schmidt toda la naso-faringe.

La hemorragia fué muy escasa é indudablemente debido á una fuerte acción vaso-constrictora de la adrenalina, pues ha sido este el único caso en que yo la he empleado y puedo afirmar que entre todas las intervenciones iguales á esta que llevo practicadas, en ninguna ha habido tan escasa hemorragia como en esta.

Terminada la operación se retiró á su casa pasando el resto del día y de la noche muy bien; al día siguiente se presentó en mi consulta para que le viera, y cuando ya se marchaba, me dijo si podría sonarse; contesté afirmativamente y lo hizo tres ó cuatro veces con mucha energía, en el mismo momento comenzó á arrojar gran cantidad de sangre por la nariz y á los pocos momentos también por la boca: exploré rápidamente y me hube convencido que procedía de la farínge-nasal, y sospechando que

fuera la causa la persistencia de algún trozo de vegetación á medio desprender y viendo que no se cohibía la hemorragia espontáneamente, introduje la cucharilla y raspé de nuevo toda la naso-faringe, pero no encontré resistencia alguna y la cureta resbalava perfectamente sobre una superficie lisa; como la hemorragia continuaba con la misma intensidad, introduje en la faringe nasal por la boca con unas pinzas largas y acodadas un pelotón de gasa empapado en solución de adrenalina al milésimo y la sostuve colocada apretando un rato, pero tampoco de esta manera se cohibía la hemorragia: así continué un par de minutos, tiempo que tardaron en colocar en el irrigador una solución salina muy caliente (y gracias á que había en casa en aquel momento agua hirviendo) inmediatamente le dí una irrigación nasal tan caliente que el pobre niño no sé como pudo soportarla; pero es el caso que fué un medio efficacísimo, pues la hemorragia cedió en el acto y afortunadamente no volvió á repetirse.

Este caso no lo presento como de interés científico ni clínico, sino únicamente como voz de alerta en el empleo de la adrenalina en esta clase de intervenciones, pues á ella única y exclusivamente atribuyo yo la emorragia secundaria de este caso, el único que he tenido entre todos los que llevo operados y en el único en que la he empleado. Pues es indudable, en mi sentir, que la gran baso-dilatación consecutiva á la enérgica base-constricción de la adrenalina y que suele iniciarse (según llevo observado en los casos en que la he empleado en las intervenciones nasales) á las tres ó cuatro horas de su aplicación, en este caso duró hasta las veinticuatro, y la hemorragia no se presentó antes por falta de causa ocasional, pues como al enfermo le recomendé el reposo y lo cumplió con todo rigor, no hubo motivo para que se presentara hasta que hizo los esfuerzos en mi consulta para sonarse.

Revista de Revistas.-Bibliografía

1). René Cruchet.—Reglas generales de la educación en los niños (1)

La mayoría de los autores que tratan de la educación de los niños no parecen establecer ninguna diferencia entre las edades; al menos,

(1) El presente estudio ha sido desglosado de la obra *Pratique de la maladie des enfants* que, precisamente en estos días, acaba de poner en venta la librería J. B. Bailliére et fils, de Paris.

todos adoptan el sistema de dejar al lector el cuidado de discernir, en sus consideraciones y en sus consejos, lo que se aplica al niño pequeño, al escolar ó al adolescente; de donde resulta con frecuencia una confusión lamentable.

Á nuestro juicio es bastante fácil escindir este estudio educativo tomando como punto de partida la división, muy juiciosa, del niño tal y como la ha puesto Marfán y que es la que de día en día se tiende á adoptar.

Esta clasificación de la infancia, ligeramente modificada por nosotros en lo que concierne á la pubertad, comprende:

1.º La *primera infancia* ó de *párvulos*, que va desde el nacimiento hasta los dos años y comprende, por consecuencia, al recién nacido y al niño de pecho;

2.º La *infancia media* ó *segunda infancia*, que se extiende desde los dos á los seis ó siete, se decir, hasta el momento de la salida de los primeros dientes permanentes, llamados de segunda dentición, y cuya salida coincide precisamente con el periodo escolar;

3.º La *tercera* ó *gran infancia*, que comienza entre los seis y los siete años y dura hasta los doce ó catorce, es decir, hasta el principio de la pubertad;

4.º La *pubertad* que, á nuestro entender, se extiende desde doce á quince años para las niñas y desde los catorce á los dieciocho para los muchachos, es decir, hasta el momento en que la adolescencia comienza.

La educación de los niños debe ser estudiada en estos diversos periodos; sin embargo, prescindiremos completamente de la primera infancia en la cual la educación propiamente dicha, salvo en casos excepcionales, tiene una importancia muy relativa.

La educación desde los dos años hasta los cinco ó los siete.—No basta con conocer las reglas de la educación en el niño: es preciso ante todo ponerlas en práctica, y en ellas una mano fuerte y delicada á la vez, que es lo más difícil. Las reglas de higiene, es decir, de la *disciplina corporal* serán poco más ó menos iguales para todos los niños; se les hará levantar entre seis y media y siete y media de la mañana, y, después que hayan efectuado su aseo personal, tomar su desayuno hacia las siete y media ó las ocho de la mañana, abandonándoles luego á sus juegos fuera ó dentro de casa, según las estaciones; enseguida, hacia las once, vendrá la gran *toilette*, con ó sin baño; después el almuerzo, seguido ó no, según la edad, de la siesta, hasta eso de las dos; en el domicilio ó al aire libre, según las estacio-

nes, reanudará el niño sus juegos interrumpidos por la merienda, de tres y media á cuatro de la tarde; viene luego hacia las seis y media, la hora de la comida, seguida de la *toilette* de la noche, la más importante, y por fin, la hora de acostarse, de siete y media á ocho de la noche. Salvo en caso de fuerza mayor, esta disciplina corporal debe ser cada día idéntica á sí misma, pues en ello va no solamente el porvenir físico del niño, sino que también su porvenir moral, ya que así se habitúa insensiblemente y por su propio bien á una regla general de conducta.

Las reglas con relación al carácter, ó lo que es lo mismo, la *disciplina física ó moral*, exigen bastante paciencia, lógica segura y tacto. Es innegable que cada niño tiene su carácter propio, y, por lo tanto, aun á los dos años ó ménos, sus puntos débiles y sus puntos fuertes; pero estas disposiciones nativas se hallan todavía indecisas y mal dibujadas. Yo creo que á una edad tan tierna y aun hasta los cuatro ó cinco años, es bien difícil plegar las reglas de la educación á cada carácter particular; esto será obra ulterior. En estos primeros años de la vida el educador debe imponer su voluntad, no de una manera brutal y con el látigo en la mano, sino con una amable y dulce fortaleza. En efecto, el niño á esta edad, á pesar de lo que hayan dicho ciertos autores, tiene necesidad de un tutor para ser dirigido, porque sus primeros sentimientos, verdaderos instintos reflejos, son los del egoísmo más perfecto bajo todas sus formas: envidia, glotonería, celos, engaños, etc. ; sostener lo contrario, es imposible cuando se ha vivido entre los niños.

La función del educador es, pues, ayudar al niño á luchar contra estos instintos ó, por lo menos, regularlos, dándole los medios de reprimirlos en lo que tengan de excesivo y de peligroso.

Ahora bien, ¿cómo luchar? ¿Por el razonamiento solo? Es un método bien ingrato á esta edad y con harta frecuencia. Hasta cuando parece que el razonamiento obra, más que éste, obra la autoridad del educador. Esta autoridad del educador es la que debe substituir á la independencia caprichosa é instintiva del niño y, á medida que éste va creciendo, deberá modelarse sobre las modificaciones de su inteligencia: al principio será la simple orden, dada sin más razón ó explicación, toda vez que no serían comprendidas cualesquiera que ellas fueran, más tarde, á partir de los dos años próximamente el «*por qué*» entrará en funciones, y será adoptado al desarrollo de su espíritu.

El uso de esta autoridad exige mucha y atenta paciencia, una lógica inflexible y el manejo diestro y moderado del castigo y de la re-

compensa. Los padres no deben mimar á sus hijos, ni adoptar el aire de que vacilan delante de ellos, ni contradecirse ó neutralizarse; no deben castigar sin antes haberlo advertido, ni corregir sin haber intentado razonar; en cambio, deberán mantener siempre sus promesas, buenas ó malas, con una rígorosa firmeza. Tales son los principios esenciales que es preciso poner en práctica si se quiere verdaderamente formar caracteres y dar á una voluntad incoordinada los medios de irse educando poco á poco.

La educación desde los cinco á los siete años hasta la pubertad.— En lo que concierne á la *disciplina corporal*, se asemeja en sus grandes líneas á la que acabamos de exponer con respeto al niño de dos á cinco años. La entrada en juego de los estudios, al disminuir un tanto las horas de recreo y de paseo, aporta por completo un cambio notable en el empleo del tiempo.

He aquí cuál será la disciplina cotidiana por espacio de cinco días á cinco días y medio de cada semana: Levantarse de seis y media á siete; *toilette* y ligero desayuno; clase (que será potestativa antes de los cinco á los seis años, pero obligatoria después) de ocho y media á once y media, con diez ó quince minutos de reposo por hora en varias veces, y un gran recreo hacia las diez; almorzar á mediodía; clase, á partir de los seis años, de 2 á 4; recreo y paseo hasta las cinco media, una horita de trabajo antes de la comida, que tendrá lugar hacia las siete, y acostarse á eso de las nueve después de cuidadosa *toilette*. Nada de velar hasta los once ó doce años.

La disciplina psíquica exige un cuidado verdaderamente particular. Á parte de los cinco ó seis años cada carácter, exige, aparte de las grandes líneas generales señaladas, un verdadero educador, una dirección apropiada. Es lo que explica el célebre Rollin en su *Tratado de los estudios* de fines del siglo XVIII, y en términos tan elocuentes, que lo mejor es reproducirlos: «El primer cuidado del maestro — dice — es el de estudiar bien y profundizar el carácter de los niños, pues sobre dicho estudio debe regular su conducta. Hay algunos niños que se acobardan y languidecen si no se les estimula; otros, que no pueden sufrir que se les trate con imperio y altivez; tales, á quienes el miedo contiene y tales otros, por el contrario, á los que dicho sentimiento abate y descorazona. Hay muchos de los que no se conseguirá nada como no sea exigiendo de ellos improbo trabajo y perseverancia; otros que no estudiarán más que por arranques é impulsos. Querer ponerlos á todos á nivel y sujetarlos á una misma regla, es querer forzar la naturaleza. La prudencia del maestro consiste en observar un término

medio que se aparte igualmente de los dos extremos, porque en estos casos el mal está muy cerca del bien y es muy fácil tomar el uno por el otro y equivocarse, lo que hace que sea tan difícil conducir á los jóvenes por el buen camino. Demasiada libertad, da lugar á la licencia; demasiada violencia embrutece el espíritu; la alabanza excita y estimula, pero también inspira la vanidad y la presunción. Es preciso, pues, guardar un justo temperamento que balancee y evite estos dos inconvenientes.»

Este estudio del carácter inicia una cuestión del más alto interés social: ¿se puede por la educación modificar los caracteres? Todavía muy recientemente Toulouse y Romme discutían sobre este asunto, tan viejo como el mundo. En pro y en contra han sido producidos argumentos de todo género hasta quedar agotado el debate. Yo me afilio, todavía aquí, á la opinión sabia y mesurada de Rollin, que ha escrito: Los niños llevan en sí los principios, y pudiera decirse que las semillas de todas las virtudes y de todos los vicios; la destreza está en estudiar bien, primero, su genio y su carácter, en dedicarse á reconocer su humor, su inclinación, sus talentos, y, sobre todo, á descubrir sus pasiones y sus inclinaciones dominantes; bien entendido que no con el propósito ni en la esperanza de cambiar por completo su temperamento, de convertir en alegre, por ejemplo, al que es grave y reposado, ó en serio al que es de un natural vivo y regocijado. Hay ciertos caracteres que, como los defectos del talle, pueden ser un poco enderezados, pero nunca cambiados enteramente.

Esta aproximación de lo físico y de lo moral es rigurosamente justa; como lo ha dicho Montaigne, antes que Rollin, no es un alma, no es un cuerpo lo que se eleva, es un hombre; conviene no disociar esos componentes, y, como dice Platón, no hay que amaestrar al uno sin el otro, sino conducirlos igualmente como una pareja de caballos uncida á una misma lanza; y, por lo que se ve, parece que se presta más tiempo y solicitud á los ejercicios del cuerpo, estimando que el espíritu ha de ejercitarse poco á poco, más bien que al contrario.

La idea de conseguir una *buena moral* por medio de un *buen físico* no data, pues, de hoy; por otra parte, no es dudoso que lo físico tiene frecuentemente una repercusión desagradable sobre lo moral. En lo que concierne especialmente á los niños, el médico debe siempre en presencia de sujetos coléricos y violentos investigar con cuidado la histeria, sobre todo la epilepsia larvada, vigilar en todos los casos los diversos aparatos del organismo y asegurarse particularmente de la regularidad de las funciones digestivas; cuando se trate de niños

perezosos y lánguidos habrá de buscar las vegetaciones adenóideas, ó el mixedema fruste, y mirará, en una palabra, si estos sujetos tan frecuentemente calificados de escolares atrasados no son simples retardados por másculas físicas que hasta entonces pasaron inadvertidas.

La educación en el momento de la púbertad.—Si bien las reglas de educación no se diferencian apenas de las que acabamos de indicar en el momento de la gran infancia, exigen, en cambio, en el período de la púbertad una mayor vigilancia y atención. No solamente dichas reglas tienen un valor considerable desde el punto de vista de la disciplina *física*, que está basada sobre las nociones de higiene, tan importantes en esta época, sino que además y principalmente tiene una influencia primordial desde el punto de vista de la disciplina *moral y psíquica*.

El medio familiar, y acaso más en esta época que en ninguna otra de la vida, juega un papel capital. Tan es así, que M^{lle} Francillón ha observado que «en las clases acomodadas ó en los medios relativamente favorecidos de la fortuna, la jovencita sana, sin tara nerviosa especial, educada en familia, sometida á una educación intelectual conveniente y discreta, parece casi insensible á los efectos de la púbertad.» En los medios pobres, por el contrario, donde las tentaciones son más grandes, las seducciones más frecuentes y los padres no siempre tienen tiempo para ocuparse de sus hijas, el tanto por ciento, en lo que significa menoscabo moral, es más elevado. Las mismas reflexiones pueden aplicarse á las jóvenes. Estas demostraciones no impiden el que, de una manera general, se obsérve que hay una especie de relajamiento en la dirección educadora misma. Por una verdadera desviación del sentido educador véase hoy cómo la mayoría de los padres, se consagran á los menudos cuidados de sus hijos y están casi á sus órdenes, hasta la edad de la púbertad; después, y á partir de este momento, poseídos de temor á los primeros efluvios púberes, he aquí que, procediendo brutalmente á contra-máquina, muestran de pronto una autoridad excesiva.

Este cambio deplorable, que tan mal se compadece con su blanda anterior, sorprende y desconcierta á los niños, no dando otro resultado que, ó exagerar la independendencia de éstos, lanzándolos á cualquier desacierto, frecuentemente irremediable, ó enterrar en breve plazo su personalidad naciente.

En otro tiempo, no hace cien años, nuestros antecesores educaban desde la más temprana edad á sus hijos duramente, dictaban su vocación, les imponían sus cuatro voluntades; se enseñaba á obedecer; y

habiendo aprendido á obedecer, se sabía más tarde mandar. De esta suerte, una misma regla de conducta formaba las generaciones. Este sistema ha dado como resultado (ó, al menos, de ello se le acusa) el detener toda iniciativa, extrangular toda independencia, favorecer una inflexible rutina. Pero al hacer á tal sistema la guerra encarnizada bajo la cual ha acabado por sucumbir, háse preparado el reinado del sistema inverso que nos rige actualmente; en efecto, ahora son los niños quienes gobiernan á sus padres, el capricho quien ejerce función de voluntad franca y resuelta; la indecisión y los más vastos *razonar*, los que reemplazan á la firmeza y á los actos netos; hemos vuelto á la sensiblería ciega y tonta de fines del siglo XVIII, al punto que vemos hoy verdaderamente demasiadas gentes, que bajo el pretexto de que es muy débil la naturaleza humana, pasan por todas las fantasías de sus hijos: se compadecen de los «malos» socorren hasta el exceso á los pobres é inútiles, perezosos ó impedidos, excusan las peores faltas é indultan á los culpables.

Evidentemente esto no puede durar; ya una reacción se ha producido, los instintos seculares se despiertan, los gustos de la lucha y de los ejercicios físicos suben á la superficie, el amor al trabajo y la energía moral emergen de nuevo, y bajo los fraternales besos de la paz universal, que con efusión se distribuyen cada día, hierve una sangre nueva activa y joven. De aquí á quince ó veinte años la autoridad reflorece, la disciplina quedará restaurada, los niños, convertidos en niños, obedecerán á sus padres y los padres, convertidos en verdaderos padres, mandarán á sus hijos; la armonía quedará restablecida y el equilibrio reconquistado.

Actualmente estamos en pleno período de transición y se trata de recobrar el terreno perdido, pero la evolución es inevitable. Como lo escribe muy justamente Carlos Wagner en su reciente libro *por la ley hacia la libertad*: «Cada generación, sopena de perecer en el vacío está obligada á encontrar una manera de vivir que esté de acuerdo con su ideal. Todas las condiciones ambientes pueden cambiar, pero hay una cosa que subsiste, la necesidad de organizarse, de gobernarse, de formar una regla de conducta y mantenerse en ella.»

Enseñemos, pues y sin tardar, la obediencia y sus deberes á nuestros jóvenes, á nuestras hijas; su inteligencia, una vez despierta, sabrá comprender si ponemos en nuestros consejos una persuasión dulce, pero firme; obligándoles á escucharnos, formaremos su carácter; que aprendan á no contar más que con ellos mismos para todos sus asuntos; sostengamos su independencia ilustrándoles, hablemos á su

razón de trece ó de quince años, hagamos de ellos nuestros colaboradores, dirijámosle en todo, si bien dejando que su personalidad se afirme y tratando siempre de adivinar su vocación, sus aptitudes.

Esta cuestión de la *vocación* y de las *aptitudes* es una de las más delicadas; á pesar de lo cual parece que ni los padres ni los maestros se preocupan lo suficiente. La mayoría de los padres están hipnotizados por las carreras liberales que conducen al diploma tan deseado del bachillerato: esta tendencia de espíritu es lamentable, y no será nunca lo bastante censurada, puesto que conduce al inerte funcionarismo y con demasiada frecuencia al estado de fruto seco. Por otra parte, como lo hace observar Hanotaux, en toda la enseñanza primaria ó secundaria la indicación de *la aptitud profesional* no figura para nada, lo cual es evidentemente deplorable. Los psicólogos y los fisiólogos, escribe el mismo autor, han estudiado poco esta cuestión «y, sin embargo, sería de la mayor importancia reunir las observaciones y las indicaciones de la ciencia y de la experiencia. Se determina y se desarrolla con el mayor esmero las diversas aptitudes de los animales que ayudan al hombre, pero no las del hombre mismo. En las deliberaciones familiares que hayan de producirse sobre el asunto de la vocación del niño, el padre de familia debiera ocupar el primer puesto, el médico y el profesor el segundo. La aptitud física tiene una gran importancia... Hasta los juegos mismos ofrecen materia de observación la más amplia. Todas las infancias célebres han sido caracterizadas por la naturaleza de sus diversiones. «Determinar todas estas vocaciones es, además, extremadamente difícil en muchos casos; pues si bien se citan ejemplos desgraciados de aptitudes desconocidas ó demasiado tarde reconocidas, igualmente podría citarse un gran número de ellas, diagnosticadas de la manera más irrefutable, que jamás llegaron á verse realizadas. Pero los errores existen en todas las cosas: sólo pensando aún más en su posibilidad es como puede lograrse conjurarlos en cuanto cabe. Se debe, pues, aunque con precaución y prudencia, tratar siempre de descubrir las aptitudes de los jóvenes; mas durante el período ingrato de la pubertad, donde, sobre todo, se las ve germinar, no hay que poner demasiada fe en las primeras inclinaciones exteriorizadas; así pues, se dejará que pase la tormenta antes de deducir definitivamente cuál es la irresistible vocación.

Algunas palabras más á propósito de la *cuestión sexual*. ¿Es preciso dar á la juventud una educación sexual? Recientemente aún, Toulouse decía que sí, y Romme que no. «Nada se opone, decía Toulouse, á que emprendamos racionalmente la educación sexual de los púberes;

es nuestro deber, como médicos, dedicarnos á ello. Consagrémonos á despojar del prejuicio místico esos órganos, esa función, ese acto, colocándolos en el rango de simples funcionamientos de la vida vegetativa—en el hombre la uretra sirve para ambos usos—y entonces no excitarán más que los demás órganos, nuestra curiosidad por el *cuento verde*, sin que por eso dejen de continuar á cubierto lo mismo que ciertos otros. (1)

«Sin duda, replica Romme, esto es perfecto en teoría, pero en la práctica ¡qué de dificultades! Y á seguida muestra cómo, con arreglo al programa de Toulouse «se empezará por informar á los jóvenes acerca de las funciones de los órganos de reproducción. Se les explicará que entre los seres superiores la creación de la vida exige el concurso de dos individuos de sexo diferente. No se les ocultará que, al ejercicio de esta función, acompaña un placer muy vivo, pero se les hará conocer al mismo tiempo los peligros á que conduce todo exceso, toda perversión, todo uso prematuro de dicha función. Enseñárase á los alumnos lo que es la sífilis y la blenorragia. Se le dirá al niño que «si el virus de una ulceración llega á tener contacto con la epidermis de un individuo sano en cualquiera región que esto sea, en la boca, en los dedos, en las partes ocultas, la afección puede transmitirse, resultando entonces el *avarié*. Completárase esta lección señalando otra enfermedad que se caracteriza por una inflamación de las mucosas con destilación contagiosa. Este humor llevado á los ojos determina oftalmías peligrosas; comunicado á otras partes y especialmente á las partes ocultas, determina lesiones inflamatorias con *estrechamiento* de los canales naturales. » Y Romme concluye: « Confieso que no veo las ventajas que los niños habrían de obtener de semejantes enseñanzas (2) » No hay más remedio que ser de su opinión. Personalmente, yo encuentro que se concede demasiada importancia á esta cuestión, ya se trate clandestinamente y con medias palabras, veladas y misteriosas, ya que, por el contrario, queriendo despojarla de toda novelería, se trate de explicarla científicamente. Que se luche contra el sentimiento místico y encubierto en cuestiones de amor, tal y como se le concibe todavía en Francia, que se proceda contra lo pasional hipócrita y lo sentimental al exceso, como lo pide Paul Adam, está bien; pero eso no quiere decir que haga falta llevar la reforma hasta enseñar con detalles á los niños el acto copulador en sí mismo, y con todas sus consecuencias; eso es exhorbitante.

(1) E. TOULOUSE. Faut-il donner á l' enfant une éducation sexuelle (*Presse médicale*, 3 juin 1908, p. 366-367); et-Comment former un esprit (Hachette, 1908).

(2) ROMME. L' éducation sexuelle de l' enfant (*Presse médicale*, 9 mai 1908, p. 322).

La verdad está entre estos dos extremos. Es preciso abandonar definitivamente esas explicaciones engañosas y absurdas del hermanito encontrado bajo una hoja de col, ó de la hermanita traída por una cigüeña en el pico, y responder á todos los niños que interroguen, como es su derecho, y aun su deber: «Tú eres demasiado pequeño todavía para comprender; ya te lo explicaré cuando seas mayor.» Los niños se contentarán con esta respuesta. Después, hacia los siete ú ocho años, y aun antes, ellos mismos observarán que una mujer que tiene un vientre grande, va á tener un niño. ¿Por qué cuando os preguntan sobre este asunto decirles que están en un error? ¿Qué necesidad hay de engañarlos? No lo comprendo.

Con menos razón, todavía, si el niño ha llegado á los diez ú once años. Un vicario al cual unos padres, *vieux style* y muy pudibundos, le quejaban de las preguntas indiscretas que sin cesar les hacía su hija y á quien le pedían les sacara de su compriso, hizo venir á la muchacha y ante los padres aterrados la dijo tranquilamente:—Yo me asombro hija mia, que usted formule á sus padres preguntas de ese genero; ¿De qué la sirve aprender el catecismo? ¿Ha olvidado usted que Jesús fué concebido en el seno de la Santa Virgen María, su madre? Pues así es para todos los niños.» Es evidente que lo que toca al desarrollo en el seno materno exige á su vez algunas aclaraciones para los niños de más edad, pero en vez de anticiparse á estas explicaciones, lo mejor es aprovechar las circunstancias y esperar la ocasión.

Madama Schmid, citada por Forel, indica de qué modo informó ella á sus propios hijos sobre este asunto: un hijo de edad de ocho años, y sus dos hermanas mayores disputaban con viveza á propósito del gallinero. Las dos muchachitas encontraban que el gallo era muy malo y enteramente inútil, puesto que no daba huevos, mientras que el chico, evidentemente herido en su orgullo de macho, tomaba la defensa del gallo y sostenía que era tambien útil para algo sólo que él no sabía para qué. «La cuestión fué llevada ante mí, constituida en tribunal, y mi hijo triunfó visiblemente cuando yo hube de explicarle que sin el gallo, que da la semilla á las gallinas, éstan pondrían siempre huevos, pero esos huevos no podrían desarrollarse, y que sin un papá gallo no habría jamás hijos polluelos. Inmediatamente, con su simple y pura lógica infantil, mi pequeño replicó:—¿No es verdad, mamá, que entre nosotros, también, no habría hijos sin papá?—Yo confirmé, naturalmente, la cosa, con lo cual los niños volvieron satisfechos á sus juegos (1).» Este ejemplo, tomado á lo vivo, puede ser-

(1) Auguste FOREL. La question sexuelle, página 690 (1906).

vir de modelo de esprit y de oportunidad; así es como se debería obrar siempre, aprovechando hábilmente las circunstancias que se presentan y que no son raras, ni mucho menos. De igual manera y con ocasión de la pubertad, sera fácil para un padre de familia hallar motivo para advertir á su hijo en pocas palabras de los peligros vénereos á los cuales puede exponerse; como le será fácil á una madre prevenir á su hija de las nuevas reglas de higiene que ha de necesitar observar en su cuerpo al presentársele el período menstuo.

2) **Dr. Meige.**—Una forma de convulsión facial bilateral.

Generalmente hoy se admiten dos variedades de convulsiones faciales: los tics de la cara y los hemiespasmos pesiféricos que se distinguen bien en clínica.

Los primeros carecen de localización definida y representan actos funcionales ó de expresión mímica más ó menos exagerados ó desfigurados, pudiendo tener asiento en uno ó ambos lados de la cara. Desaparecen con el sueño y ceden á los esfuerzos de la atención y de la voluntad.

Los hemiespasmos, por el contrario, son francamente laterales y se asientan en el dominio del nervio facial: las contracciones son parcelarias y temblorosas; carecen de expresión, y la voluntad y el sueño no ejercen sobre ellas influencia alguna.

Existe además otro tipo de convulsión facial diferente de las anteriores.

Los fenómenos convulsivos tienen en él por caracter esencial el ser bilaterales y predominan en la inmediación de la línea media. Los músculos más comunmente afectados son los orbiculares de los párpados, después siguen los superciliares, los de la nariz, piramidales, triangulares de las alas de la nariz, dilatadores de ésta, los fascículos medios del orbicular de los labios, cuadrados y mentonianos. Rara vez se aprecian en los zigomáticos. Los caracteres objetivos de estas convulsiones pequeñas se aproximan á las del hemiespasmio facial, tanto en las palpitations parcelarias como en las contracturas temblorosas. Las muecas que resultan, no responden á una expresión nímica.

Se distinguen las contracciones musculares del hemiespasmio por ser accesibles á la intervención de la voluntad; pueden ser suspendidas por un esfuerzo de atención, emoción, sorpresa, cesando durante el sueño.

3) **Dr. Chavigny.** Un procedimiento para contener la epistaxis.

En el Boletín Médico del 27 de Abril de 1910 llama la atención este profesor de Val-de-Grace, acerca de la compresión lateral de las narices como medio bueno para cohibir una hemorragia de dicha región, cuando se ejecuta correctamente.

He aquí como debe procederse:

Prácticamente lo único que debe interesar al médico es el diagnosticar el sitio en que tiene lugar la epistaxis: es decir, si su origen es anterior ó profundo.

El grupo de las hemorragias anteriores comprende á todas aquellas que parten de un pequeño ramo vascular situado sobre el tabique nasal y las profundas son las que provienen de los cornetes, senos ó naso-faringe. El 98 por 100 de las hemorragias son anteriores y por tanto los casos corrientes pueden ser tratados por el medio citado.

El punto hemorrágico anterior se halla colocado sobre el tabique exactamente de cara á la porción cartilaginosa de la nariz. Bastará, por consiguiente, aplicar esta parte móvil contra el tabique con el dedo usando una fuerza moderada y sosteniendo la compresión por espacio de 5 á 10 minutos. El dedo que hará presión será el pulgar y se le aplicará con extensión sobre la nariz, de manera que la compresión sobrepase del borde inferior huesoso de ella.

El mismo enfermo puede hacer esta maniobra ó en su defecto un enfermero.

Los resultados de este procedimiento tan sencillo sorprenden á los que por primera vez lo ponen en práctica.

Si la hemorragia se repite, hay que insistir en la compresión empleando en caso extremo á la cauterización.

Cuando ambos medios no dan resultado, es que la hemorragia tiene un origen profundo y hay que especializar el examen para obrar en consonancia.

4) **Dres. Dupré y Logres.** Los delirios de la imaginación.

Bajo este nombre designan los autores ciertos procesos morbosos de la imaginación creadora, es decir, de esta actividad psíquica que por la asociación de imágenes é ideas consigue verificar nuevas combinaciones y sistemas originales de naturaleza objetiva y de carácter autógeno. Estos productos del espíritu expresan por su orientación las tendencias constitucionales de los sujetos.

Los trastornos de la imaginación que juegan evidentemente un papel en la constitución de todos los delirios, representan en su origen y mecanismo de ciertos entre nosotros, el elemento patológico principal, y confieren al síndrome caracteres que distinguen los delirios imaginativos de los confusionales, alucinatorios é interpretativos.

En los delirios de imaginación la idea mórbida aparece, ora con ocasión de un hecho objetivo, ora espontáneamente, por invención, intuición directa ó sugestión autógena. El delirio no es secundario á los trastornos de la perfección ni á un vicio del razonamiento, sino que se improvisa y se desarrolla por una fabulación extensa más ó menos rica y coherente.

El delirio de imaginación se encuentra á título de síndrome asociado en el curso de varios estados morbosos, depresión y sobre todo de excitación, compresión mental subaguda ó crónica, en la cual al sueño alucinatorio verdadero sucede un despertar fabuloso, demencias en las cuales asociado á la amnesia de fijación, la fabulación crea el síndrome presbiofrénico; parálisis general, en la que el delirio imaginativo alcanza proporciones las más fantásticas.

El delirio de imaginación se observa en estado de aislamiento en los débiles como episodio ó en el curso de psicosis crónicas con evolución demencial.

Se manifiesta á veces bajo la forma de ideas de persecución hipochondria y sobre todo de grandezas: principalmente en los inventores, reformistas, fundadores de religiones y sistemas políticos, etc., etc. Se le observa en los enfermos á la vez imaginativos é intérpretes, persecutores familiares, grandes personajes falsos, bien estudiados por Sérieux y Capgras.

Finalmente: el delirio de imaginación tiene con la histética afinidades muy estrechas, como quiera que puede considerarse á ésta como una fabulación-simulación de sistemas más ó menos inconscientes é involuntarios imposibles de distinción con la intencionada manera de simularla.

5) Contra la alopecia.

Dpe.

Tintura de cantáridas. 2 gramos

Id. de jaborandi 10 id.

Alcoholaturo de melisa 20 id.

Agua de Colonia 200 id.

Para una loción diaria.

Régimen alimenticio suave y sin alcohol ni café.

Bibliografía

- 6) **Dres. José Coll y Bofill y Estanislao Cabanes**, profesores clínicos de Barcelona.—Primer Congreso español internacional de la tuberculosis.—Influencia de las amígdalas en el desarrollo de la tuberculosis.

Este delicado tema que fué presentado al primer Congreso de la tuberculosis en la ciudad de Barcelona, el cual fué reconocido como uno de los mejores estudios modernos de las amígdalas hipertrofiadas en la tuberculosis, ha sido impreso en un folleto de 22 páginas en 4.º

- 7) **Dres. Bandelier y Roepke**. Tratado del diagnóstico y tratamiento específico de la tuberculosis, con un prólogo del profesor Dr. R. Koch, traducido del alemán por los Dres. D. Francisco Tous Biaggi y D. José Ruiz Contreiras, prefacio del Dr. D. José Verdes Montenegro.

Sólo los nombres de los respetables Directores que encabezan esta selecta obra, es suficiente recomendación sin recurrir á la crítica tan necesaria en otras publicaciones.

Esta obra es de las que se pueden llamar de corte maestro, puesto que en ella sus autores han expuesto clara y sucintamente el valor práctico de las tuberculinas en el tratamiento de la tuberculosis.

Hasta ahora el diagnóstico y tratamiento de las verdaderas enfermedades tuberculosas, se hacía difícil al médico por no tener á mano una obra de consulta para el caso; por eso creemos que esa obra ha venido á llenar un vacío, y es indispensable á todos los médicos prácticos que cultivan con fé los nuevos procedimientos científicos.

Un tomo de 360 páginas una lámina en colores y varias gráficas térmicas y esfigmográficas enriquecen la lectura de este libro.

- 8) **Dr. D. Rodrigo Fernández Rodríguez**. El abuso del tabaco y sus efectos tóxicos.—(Palencia 1911).

En este folleto hace el autor un estudio completísimo de los accidentes á que da lugar el *abuso del tabaco*, no declarándose adversario sistemático del hábito de fumar, sino que su objeto principal es el hacer ver á sus lectores que hay un límite del cual no se puede pasar sin exponerse á una intoxicación grave.

Hace un estudio del tabaco y de su principal alcaloide (nicotina y efectos de ésta sobre el sistema nervioso, muscular y aparato circulatorio) presentando una estadística del consumo del tabaco en el mundo, en la cual ocupa nuestra nación el décimo sexto lugar, con 553 gramos por individuo.

A continuación enumera los efectos locales y generales que se observan en los que fuman habitualmente describiendo con gran claridad la *intoxicación aguda* (desde el simple mareo hasta la muerte) y la *crónica*, en la cual analiza todas las perturbaciones á que dá lugar en el sistema nervioso, órganos de los sentidos, aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo, genital, etc., haciendo ver que no hay ningún órgano en la economía que no experimente la acción tóxica del tabaco.

En otro capítulo recoge la información científica hecha por otros autores acerca de los efectos del tabaco, dando á continuación su opinión, formada por las enseñanzas de esclarecidos maestros y por la propia observación, acerca de la acción nociva del tabaco, explicando de una manera clara y detallada los efectos locales y generales (por él observados) que produce el tabaco, llamando la atención, sobre todo en las lesiones que produce en la mucosa bucal, faríngea y nasal y en el sistema nervioso, las cuales trata con gran lujo de detalles, extrañándonos no haga lo mismo con las del aparato circulatorio, unas de las más manifiestas por ser la nicotina un veneno vaso-constrictor y producir el tabaco por sí sólo una entidad morbosa en dicho aparato, cual es la angina de pecho tabáquica de la que habla al tratar de la intoxicación crónica y que no es infrecuente en los muy fumadores.

A pesar de todo lo puesto en contra del abuso del tabaco, causa de gran número de perturbaciones en todos los órganos, no lo proscribire en absoluto, permitiendo su uso moderado, por lo cual dá atinadas reglas de profilaxia (fáciles de cumplir) que le hagan menos nocivo.

Ahora bien ¿cual es el limite? ¿hasta donde se puede llegar sin exponernos á sufrir sus nocivos efectos? No lo sabemos, puesto que, en los distintos individuos es diferente la tolerancia por el tabaco, viendo todos los días fumadores empedernidos á los cuales no les produce ningún trastorno, mientras que otros que fuman poco tienen alguna de las perturbaciones que produce la intoxicación tabáquica.

Digno de aplauso es el Sr. Fernandez y Rodriguez, que con su bien escrito y concienzudo trabajo, en el cual demuestra sus muchos conocimientos y un gran talento de observación, llama la atención sobre los peligros que acarrea el abuso del tabaco y hará que todo el que lo lea, se de cuenta, si los trastornos que observa (y de los cuales no encuentra la causa) son debidos al tabaco, y procure remediarles, quitando la causa que les motiva.

Demos la enhorabuena al autor por su trabajo, que sólo plácemes merece.

Sección Profesional

A causa de una avería en la máquina de imprimir no hemos podido publicar à tiempo el número del mes de Abril, motivo por lo cual hemos tenido que retirar parte del material compuesto y que por haber pasado la oportunidad no era de interés su publicación. Esto nos ha trastornado la marcha regular de la publicación que hace años venía haciendo la GACETA MÉDICA DEL NORTE y rogamos à nuestros lectores nos dispensen esta falta y procuraremos ponernos al día tan pronto como encaucemos nuestros trabajos.

Estado actual del tratamiento de la placenta previa, por D. Carmelo Gil é Ibargüegoitia.—Ponencia del Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.

Conclusiones—El estado actual del tratamiento de la placenta previa puede resumirse de la siguiente manera:

De un lado está el grupo de los partidarios de los procedimientos clásicos, por estar conformes con sus resultados, son la inmensa mayoría, y emplean de preferencia el balón ó la versión à lo Braxton-Hicks; los otros métodos (tales como el taponamiento ó la ruptura de las membranas), en los casos en que estén indicados. Además, según ellos, las intervenciones en el tratamiento de la distocia que nos ocupa, deben ser intervenciones que puedan estar al alcance del práctico, pues las hemorragias que acompañan à esta complicación sorprenden y obligan al médico à intervenir inmediatamente, y sin pérdida de momento, no habiendo lugar para trasportar estos casos à una Clínica, y entienden que ordenando à las parteras à que llamen al médico à tiempo y enseñando en las Clínicas à los alumnos de un modo práctico la versión combinada ó el empleo del balón, conseguiremos reducir la alta mortalidad materna que la placenta previa alcanza.

De otro lado están los cesaristas ó partidarios de la reforma quirúrgica—desde luego no para todos los casos—sino para casos de elección y en Clínica; y entienden que en los últimos días ó semanas ante terminum, se presentan en las placentas previas hemorragias prodrómicas, que con solo opio y quietud en cama se contienen, que deben, por lo menos, conducir al médico al diagnóstico probable de de placenta previa, y que dan tiempo casi siempre para hacer el traslado de la mujer à una Maternidad. Si hoy día se encuentra lógico el envío de una grávida ó parturiente à una Clínica, una vez diagnosticada una estrechez pélvica, con objeto de conseguir un niño vivo, eso que si se prescinde de los grados de estrechez, en que es de absoluta indicación la operación cesárea, el médico práctico puede, por medio de la perforación del feto vivo y con grandes probabilidades, salvar la vida de la madre, deba igualmente aconsejarse para los casos de placenta previa, se tomen las mismas precauciones, una vez se presente el primer flujo de sangre, y con tanta ó más razón, cuanto que los medios que puede poner el médico general en práctica para cohibir la hemorragia, que en estos casos le dan una probabilidad de un 15 por 100 de que muera la madre y una mucho mayor de que muera el hijo.