



BOLETIN MENSUAL

CLÍNICA OBSTÉTRICA

I

Un caso de Hidroamnios

C. P. de 26 años, primipara, sin antecedentes patológicos personales ni tampoco por parte de su marido; se hace embarazada, la gestación normal en los cinco primeros meses, al final del sexto nota que el vientre se abulta extraordinariamente, a últimos del séptimo las molestias se hacen insoportables, peridistensión del vientre, inchazón de las piernas, dificultad en la deambulacion, imposibilidad de estar acostada por serle molestos todos los decubitos especialmente el del lado derecho, donde por la palpación se halla el útero asimetricamente aumentado. Desde hace tres dias no percibe movimiento alguno fetal; frente tales anormalidades la enferma vino a consultarme. Por la exploración que hice pude recoger los siguientes datos: Estado general bueno, el vientre considerablemente aumentado de volumen, tal como correspondería a un embarazo gemelar a término, no habia edema supra púbico pero si en las piernas, la orina normal en cantidad y cualidad, regularidad en las deposiciones.

Al reconocer el vientre ví que este contenia una tumoración normal que lo llenaba por completo, tumoración renitente, mate a la per-

cusión y que sobresalía del ombligo unos quince centímetros. La tiorantez de las paredes era tal que hacía imposible determinar la presencia de parte fetal alguna; por el tacto vaginal hallóse con facilidad el peloteo pero sin poder precisar parte fetal alguna. La auscultación no dejaba percibir ningún latido del corazón del feto, me fué igualmente imposible percibir movimientos activos de este.

En presencia de tales datos diagnosticué, caso de hidroamnios, augurando para antes del parto la posibilidad de una intervención y la obtención de un feto muerto. El tiempo confirmó totalmente mis pronósticos.

Por los días en que tuvo lugar el reconocimiento el vientre dejó de aumentar, matriz y vientre se adaptaron al nuevo estado, minoraron las molestias, se desincharon un poco las piernas y la paciente pudo descansar. Pasaron quince días y se presentaron síntomas de parto, fuí llamado para asistirlo pues sí bien hacía horas que se había iniciado con dolores subintrantes, este no adelantaba gran cosa, hallé el horificio del útero bien dilatado, la bolsa de las aguas, dura, prominente, detrás de esta, alta aun, la presentación fetal indignanticable. Con la ayuda de una pinza pellizqué la bolsa de las aguas cuidando en lo posible que la salida del líquido amniótico (que no fué abundante, la mitad de un litro), no fuese rápida, a fin de evitar prociencias; pasado esto, el descenso de la presentación se acentuó hallando facilmente las suturas y fontanelas para orientarme. La presentación era buena O. P. que bien poco importaba, ya que dadas las escasas dimensiones del feto, las leyes del encaje sobraban. Una hora mas tarde tuvo lugar la expulsión del feto, saliendo tras él una oleada de líquido amniótico de color achocolatado, que no bajaría de 6 litros, el feto tenía las dimensiones de un sietemesino, presentando ampollas de maceración, la placenta tuvo que ser extraída manualmente, pues la contracción del orificio uterino la engatilló impidiendo la salida espontánea, por mas que estuviese toda ella desprendida; (supe después que la comadrona había horas antes administrado a la parturienta una cantidad de connezuelo de centeno, lo que me dió razón de los dolores subintrantes y a la retención de la placenta) el examen de la placenta ofrecia el diámetro normal y de poco espesor, la inserción del cordón era marginal. El cordón si bien de longitud normal, por su modo de ser daba la explicación de este embarazo patológico, pues era seco con escasa *gelatina de Warthon*, los vasos estaban fuertemente retorcidos al rededor de uno de ellos que servía de eje y entre sus puntos de torcedura ha-

bia dilataciones sacciformes llenas de sangre.

El puerperio fué largo, debido a una ligera infección puerperal endométrica, con temperaturas que no pasaron de 38° que se venció a los 10 días con lavados vaginales y reposo en cama.

Patogenia de este caso clínico.—De entre las teorías potogénicas del hidrámnios, la que se adapta mejor al presente caso, pues da explicación de todos los epifenómeno que en el se notaron es la teoría mecánica de *Sœlniguer* según la cual, dificultades circulatorias en el hígado (fetos sífilíticos), estenosis de la vena umbilical, torcedura de los vasos etc., determinan aumentos de la presión funicular y como consecuencia trasudaciones serosas dentro la cavidad amniótica.

En el presente caso la dificultad circulatoria sobrevino por la disminución gradual del calibre de los vasos a consecuencia de la torsión de los mismos, llegando a suprimirse del todo la corriente sanguínea, determinando en aquel momento la detención de crecimiento del hidrámnios y la muerte del feto como lo corroboran la suspensión de los movimientos fetales y la expulsión del feto macerado, concidiendo con el momento en que la hinchazón del vientre se hizo tolerable y la madre dejó de percibir los movimientos fetales.

V. TEXIDOR

Llars. febrero 1913.

Acompañaba a la anterior «Nota clínica» la adjunta carta:

«Car amic: Aquí va aquest modest trevall, no se si mereix interesar l'atenció dels llegidors del BUTLLETÍ, potser, si no m' hagués fet passar tota la nit de Nadal en vetlla, no li hagera concedit els honors de recullir-lo en mon llibre de memòries, de modo que 'l seu valor tal volta no sigui mes que extrínsec.

Vosté que ab paternal bonhomia es mira tot lo dels companys ne decidirá la seva sort, ja sab que 'l seu fallo per sever que sigui sempre per mi será just.

Se complau en saludarlo son affm.»

Y perdone el amigo V. Texidor si la publico, ya que con ello ofendo su modestia, pero contiene una enseñanza que deberían tener presente todos los médicos, la de llevar un libro de memorias donde anotar los casos clínicos que salen del vulgar visiteo. Si todos recogiéramos datos, acumulásemos materiales de observación y los publicásemos sería fácil a los maestros hacer deducciones, sintetizar los hechos y evidenciar que nos preocupamos de la ciencia.

Otra indiscreción he cometido con el amigo Texidor y es la de haberme

permitido traducir al castellano su «Nota» me ha impulsado ha·ello el entender, tal vez equivocadamente, que si la labor de los médicos catalanes han de conocerla solo los que en catalán hablamos, no seremos ni tan solo una *voz en el desierto*, y cuantos elementos de estudio publiquen, servirán si quereis para llenar estantes de una lujosa biblioteca, pero ésta solo la visitarán escaso número de iniciados y la labor que realicen será del todo estéril, ya que no figurará en los anales de la medicina.

J. P.

II (*)

La maniobra de Thorn

Multipara, XII partos; el último asistido por mí, presentación de nalgas; parto espontáneo.

Primeros dolores, ocho de la mañana.

Rotura de la bolsa, once de la mañana.

Llegué a la casa de la parturienta a las dos de la tarde.

Mujer muy obesa, robusta.

Dolores fuertes y seguidos.

Pulso: 98.

Temperatura: 37.

Salía por la vulva un asa del cordón umbilical como de 20 centímetros: cordón grueso, edematoso, con latidos normales, 142 al minuto. El cordón se había presentado al poco tiempo de romperse la bolsa.

Al explorarla por la vagina se vió que se trataba de una presentación de cara, mentón atrás y a la derecha, procidencia de la mano derecha y del cordón.

En resolución presentación de cara con procidencia del cordón y de la mano derecha, en una mujer de pelvis muy grande (no se midieron los diámetros), bolsa rota hacia tres horas y media y feto vivo.

La circulación fetal no se había alterado, prueba de que el cordón, protegido por el brazo, no estaba comprimido.

Tratamiento: reducción del brazo procidente, maniobra que no ofreció ninguna dificultad. Intenté luego la transformación de la pre-

(*) Boletín de Cirugía.—Año III, núm. 2, febrero 1913.—Santander.—Sanatorio Madrazo.

sentación de cara en presentación de vértice (maniobra de Thorn), y lo conseguí también con mucha facilidad; dejé luego la expulsión encomendada a los esfuerzos de la mujer, teniendo el forceps preparado para intervenir rápidamente si el caso lo requería y la expulsión no era tan rápida como yo había previsto. No fue necesario emplearle, y en menos de dos minutos salió un feto vivo muy grande, con síntomas de ligera asfixia.

Elegí este tratamiento porqué a pesar de la aparente complicación y gravedad de esta distocia, todo hacía esperar que el parto había de ser rápido en cuanto desaparecieran los obstáculos que se oponían a la expulsión del feto, es decir, la presentación de cara y sobre todo la prociencia del brazo derecho: por otra parte, el feto hasta entonces no había sufrido, y en último término tenía a mano el forceps, con el que hubiera terminado rápidamente la expulsión, si por cualquier causa imprevista se hubiera detenido.

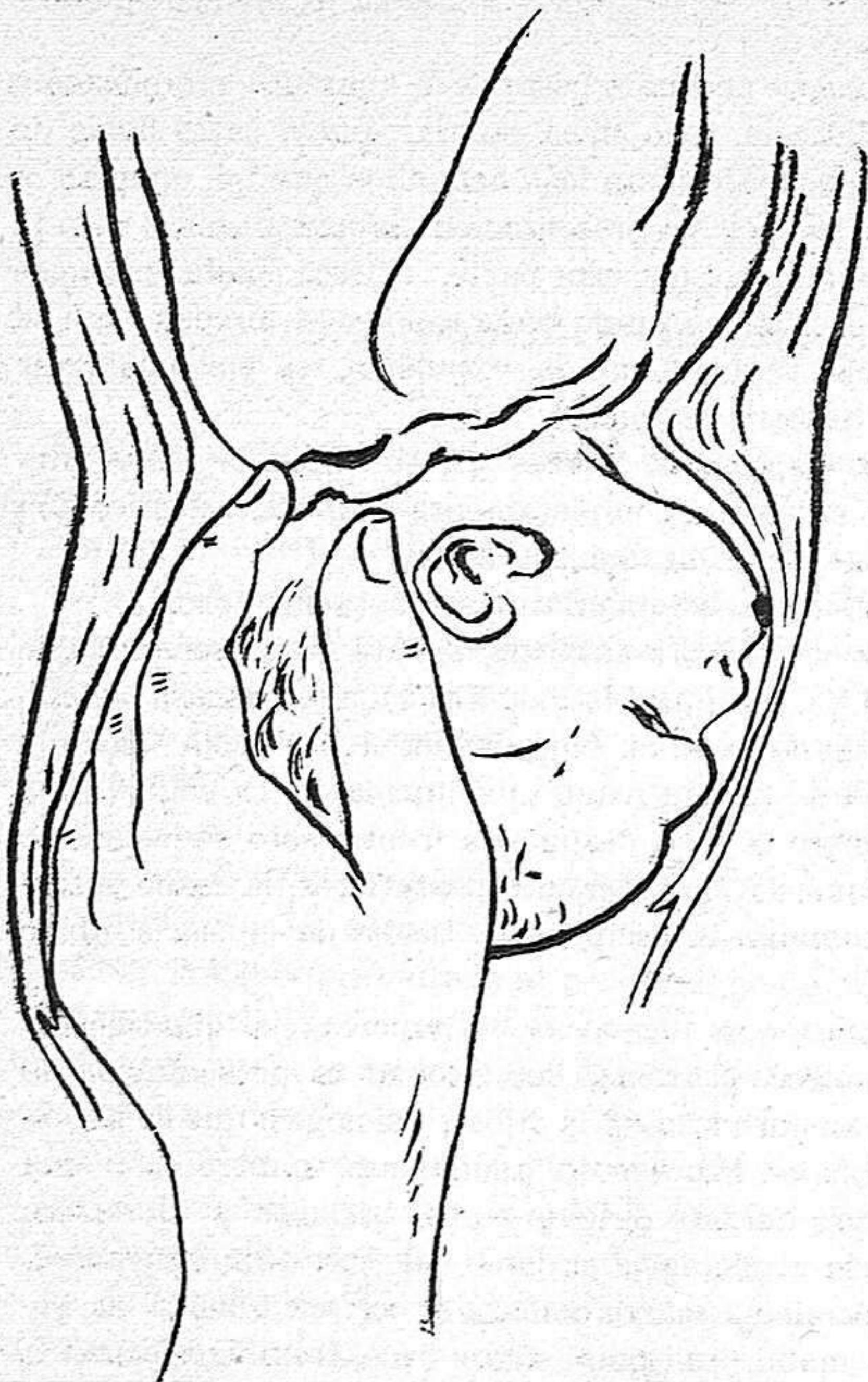
La mujer robusta, los dolores fuertes y frecuentes, la pelvis muy amplia, el cuello, por supuesto, completamente dilatado... todo estaba preparado para una terminación rápida y feliz.

Expulsión espontánea de las membranas. Puerperio normal.

La transformación de una presentación de cara en presentación de vértice fué propuesta ya por *Baudelocque*. El cirujano francés combinaba la acción de la mano externa, empujando el occipucio hacia la pequeña pelvis, con la de la otra mano introducida en la vagina, con la que rechazaba primero la cara, después la frente; esto en las mento anteriores (*Baudelocque*, I). En las mento posteriores, la mano interna enganchaba directamente el occipucio y tiraba de él hacia abajo (*Baudelocque*, II).

Schatz fué el primero que reconoció la importancia que tiene la lordosis anormal que ofrece el tronco del feto en la presentación de cara, y se propuso transformarla en la cifosis fisiológica que en la presentación de vértice ofrece. Procede de la siguiente manera; con una mano levanta el hombro del feto dirigido hacia adelante y al mismo tiempo le empuja hacia atrás, hacia el dorso del feto; simultáneamente, con los dedos de la misma mano, rechaza el occipucio hacia la pequeña pelvis. La otra mano, colocada sobre la extremidad podálica del feto, es atraída hacia la cara ventral, pero no hacia abajo, sino hacia arriba. Tal maniobra exige: integridad de la bolsa, cabeza movable y que la dilatación no pase de tres a cuatro centímetros. Clorofor- mo si los dolores son muy fuertes o el vientre muy tenso.

Mann y Ziegenspeck y Thorn cambiaron las dos maniobras, externa e interna, la cual lleva ahora el nombre de este último autor. Exige: cabeza movable y dilatación, por lo menos como la palma de la mano. Narcosis conveniente. Se introduce la mano correspondiente al dorso del feto, con ella se rechaza la cara, y en caso de necesidad se engan-



cha el occipucio y se tira de él hacia abajo; con la otra mano se empuja el hombro hacia afuera y arriba; finalmente, mientras un ayudante fija el hombro, se atrae la extremidad podálica hacia adelante.

Tal fué lo que hice con mi enferma; el grabado muestra el primer tiempo.

Esta maniobra ofrece dificultades y peligros en manos que no estén habituadas a la operatoria obstétrica. En general, es preferible para la madre y para el feto, en presentaciones de cara no complicadas, tener paciencia y esperar a la expulsión natural. Si hay que intervenir, es más

segura y más inocua la versión por maniobras internas.

III (*)

Soplos del cordón umbilical

Al reconocer a una embarazada por primera vez, durante su segunda gestación, pude diagnosticar que el embarazo era gemelar. Estaba en el séptimo mes de su embarazo. El diagnóstico resultaba facilísimo, ambos fetos se delimitaban perfectamente, situados el uno a la izquierda y el otro a la derecha, éste en presentación de nalgas y aquél de vertice. La auscultación confirmó el diagnóstico de embarazo gemelar, de presentación y de posición.

Quince días antes del parto se presentaron síntomas prodrómicos de eclampsia. Dolor agudo en la región gástrica, dolor de cabeza, trastornos visuales, pulsiones 98, pulso tenso. La orina, que dos días antes había analizado yo mismo y no contenía albúmina, acusaba ahora cerca de un gramo por litro, densidad 1,010.

La enferma fué sometida a un régimen y tratamiento adecuado; desaparecieron todos los fenómenos, aumentó la cantidad de orina y no volvió a presentarse albuminuria.

Este accidente hizo que desde entonces hasta el día del parto visitara todos los días a mi enferma y que la reconociera muchos de ellos. Las cosas estaban como meses atrás; sobre todo se oían perfectamente los tonos cardiacos de los dos fetos. Ambos focos estaban situados a los dos lados de la línea media: el de la izquierda sobre la línea que va desde el ombligo a la espina iliaca del mismo lado, el de la derecha al nivel del ombligo.

Un día percibí claramente un soplo en el lado derecho, algo por debajo del foco que muchas veces había auscultado y percibido en aquel lado. El tal soplo era seguramente fetal, muy claro, no sufría modificación alguna cambiando de postura a la enferma y se percibía muy bien en una zona como de diez centímetros de diámetro. No volví a oír los tonos cardiacos de aquel lado. Los del izquierdo no subieron ningún cambio.

Duró este fenómeno tres días, durante los cuales muchas veces repetí la observación, siempre con el mismo resultado.

Al cuarto día habían desaparecido todos los síntomas estetoscópi-

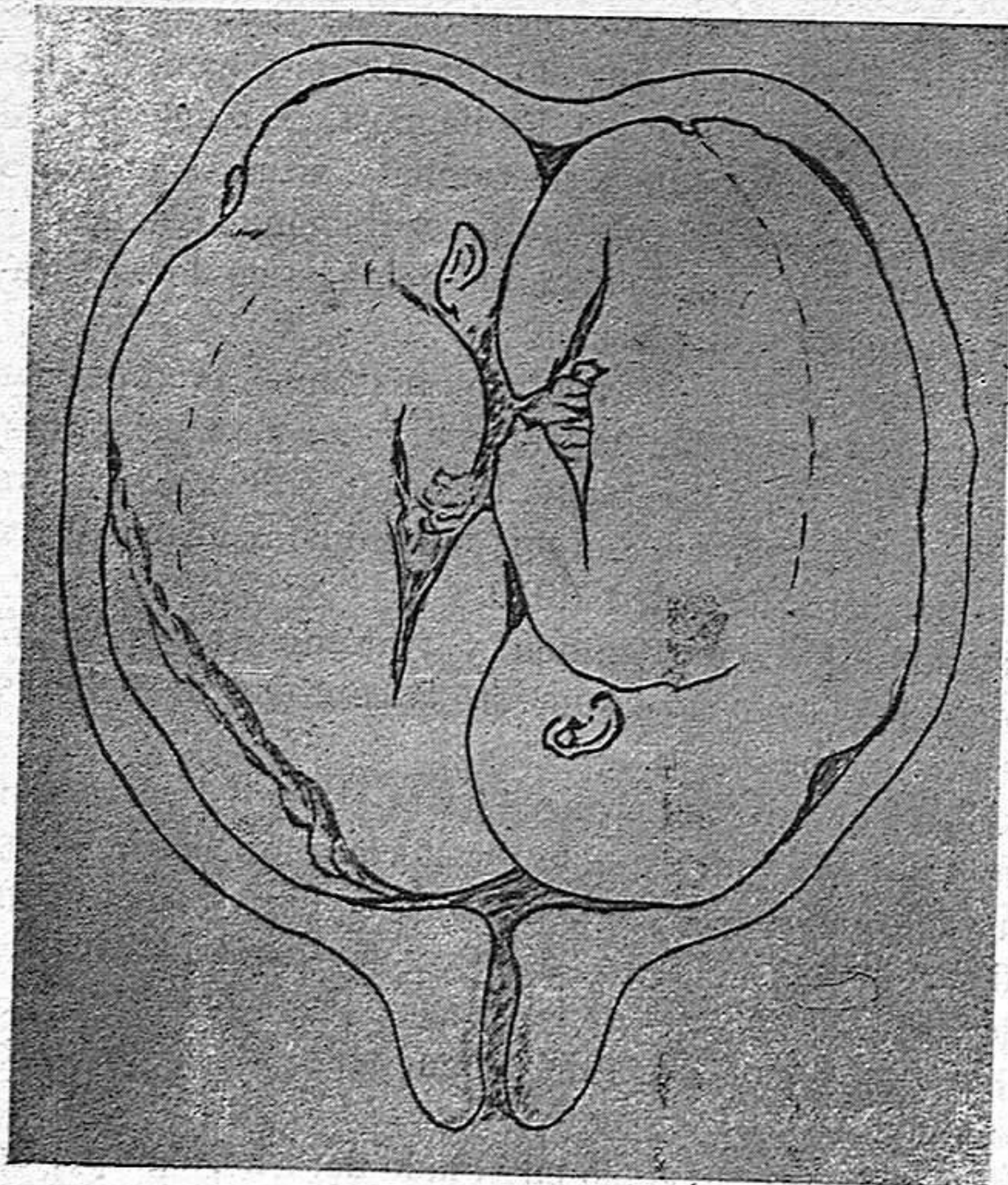
Ibidem.

(*) Boletín de Cirugía, etc.

cos del lado derecho y en todo el vientre no se escuchaban más que los tonos cardiacos del feto situado a la izquierda.

Diagnostiqué la muerte de uno de los dos fetos.

Tres días después se verificó el parto (forceps para el primer feto,



por haberse detenido la expulsión, feto del lado izquierdo, vivo, y extracción del otro, feto muerto), confirmando el diagnóstico.

Se trataba de un huevo monocorio, biamniótico; en tales casos los fetos son siempre del mismo sexo; aquí del sexo femenino.

El que nació muerto era mucho menor que el otro,

que no era grande: 2.900 gramos.

El cordón umbilical, como se vé en la adjunta figura, estaba arrollado al tronco, cruzando oblicuamente la espalda.

* * *

Kenneüy (1833) describió por primera vez los soplos funiculares.

Las causas que según *Winckel* pueden dar lugar a los soplos del cordón son: aumento de la presión sanguínea o de la velocidad de la sangre; la cortedad, la largura o el estiramiento del cordón; las torsiones, las vueltas del mismo o sus nudos falsos o verdaderos; también las procidencias. En último término, todas estas causas sólo lo son mientras dan lugar a estenosis de los vasos funiculares.

Añade *Winchel* que en los casos en que el soplo es fuerte y se escucha durante algún tiempo, puede sobrevenir la muerte del feto antes del parto. Tal nuestro caso. Y *Seitz* ha demostrado que cuando el cordón cruza la espalda del feto, como ocurre con gran frecuencia, está expuesto a compresiones entre el feto y la pared uterina.

Como síntoma pronóstico, según *Seitz*, sólo son graves los soplos de tono alto permanentes hasta el momento del parto, y especialmente los que van aumentando en intensidad. La mortalidad fetal se eleva a 10 por 100. Con todo, por sí solo el soplo fetal no constituye nunca causa de intervención.

El mismo autor clasifica los 125 casos por él observados en los tres grupos siguientes: Primer grupo: 30 veces = 24 por 100 el soplo apreciado durante el embarazo o durante el parto desapareció por sí mismo después de un tiempo más o menos largo de existencia; sólo en tres de estos casos hubo peligro para el feto. Segundo grupo: el soplo funicular se pudo escuchar durante todo el tiempo del parto, pero muy débil, presentando rápidos aumentos y disminuciones en su tonalidad: 47 casos = 37 y medio por 100. De éstos, en nueve = 19 por 100 hubo peligro para el feto, tres nacieron con fenómenos de asfixia. El tercer grupo comprende 39 casos, en todos los cuales, durante el parto o al menos durante el periodo de expulsión, se escuchó el soplo continuo y alto: 35 fetos = 90 por 100 presentaron síntomas más o menos graves; en 23 casos = 58 por 100 hubo que intervenir: por síntomas de primer grado de muerte aparente, 13; segundo grado, 12, muerto 1 = 0,8 por 100. En 17 casos = 43,5 por 100 existían circulares del cordón.

JUAN HERRERA ORIA

CIRUGIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR:

Estudio de los procedimientos directos

(Continuación)

Pero eso, así descrito por ambos cirujanos, que parece tan sencillo, en la práctica tropieza con una infinidad de detalles que representan escollos infranqueables. Bajo este punto de vista, es mucho mejor, más preci-

sa y simple, la técnica que proponían Poirier y Jonnesco, y que con pocas variantes han puesto en práctica en una colección de casos que han podido reunir. Según estos autores, se puede llegar a las cavernas pulmonares por dos vías distintas, la anterior y la posterior. Siguiendo la primera, la incisión, hecha con el termocauterio, comienza sobre el esternon, a 4 cms. por debajo de la interlínea esterno-clavicular, y sigue por el primer espacio intercostal hasta una extensión de 9 cms., que se incinden sin peligro, puesto que de una parte el paquete vasculo-nervioso subclavio es extratoracico tan solo en los dos tercios externos de la clavícula, y de otra los vasos torácicos anteriores quedarán en el ángulo externo de la incisión, y los mamarios internos debajo de su ángulo interno, después de haber incindido la parte más interna de pectoral mayor dejando, al descubierto los músculos del primer espacio intercostal; al decir de los autores, la parte media de la incisión queda libre en una extensión de 6 cms.; se incinden los músculos intercostales, y aparece la pleura, que puede o no estar adherida; en el primer caso se abre ampliamente la caverna con el termocauterio; en el segundo, cuando no hay adherencias, se hará la intervención en dos tiempos, para provocar su formación; o se suturarán las dos pleuras, si quiere intervenir en un solo tiempo, terminando la intervención como en el caso anterior.

La otra vía, la vía posterior, puede emplearse cuando las cavernas estén situadas en el vértice extremo del pulmón. Entonces, la incisión va de la opófisis espinosa de la séptima vértebra cervical, al ángulo superior e interno de la escápula, comprendiendo la piel y el trapecio; separando entonces las fibras musculares del romboides se descubre ya inmediatamente por debajo el tercio posterior de la segunda costilla, la que debe resecarse en una extensión de 4 cms., para lo cual conviene haber separado previamente el paquete vasculo-nervioso subyacente; y en adelante estamos ya frente a la pleura para seguir tal y como hemos señalado anteriormente.

Falta advertir que, naturalmente, de estas dos vías reconocen como a más práctica y sencilla la anterior. en lo que puede suprimirse la resección costal para abreviar el tiempo.

El obstáculo principal estriba en la abertura de la pleura, si hay adherencias el problema queda reducido a conocerlas: para este caso buen cuidado se llevan Jonnesco y Poirier en señalar los medios, ya valiéndose de la inspección, que descubre una plerua gruesa, resistente, mate y no trasparente, y por tanto que no permite ver el pulmón subyacente, caso de que haya adherencias, o ya de medios mecánicos, enclavando una

aguja, que permanecerá inmóvil en este mismo caso, y seguirá los movimientos respiratorios del pulmón caso de que las adherencias no existan. Cuando no hay adherencias, el caso se complica más: puédesse en primer lugar provocar su formación dejando el resto de la intervención para más adelante, o se puede también suturar las dos pleuras como recomiendan algunos para los casos de operación por gangrena pulmonar, en vista de los resultados del primer procedimiento. Aunque el problema parece resuelto, en estas condiciones, no disminuyen sin embargo lo más mínimo los peligros de este indispensable tiempo operatorio.

Poirier y Jonnesco dicen haber abierto, con estos procedimientos, y con facilidad, las cavernas pulmonares de 20 enfermos, y consignan también los resultados obtenidos en los 29 casos que han logrado reunir, entre los cuales hay 15 mejorías, 4 curaciones, 9 resultados nulos y 1 resultado desconocido.

De todos modos, conviene saber prescindir un algo de su optimismo, y considerar friamente la realidad de los hechos, con lo cual, y si hemos de ser siempre eclécticos y en consecuencia ahora empíricos, no podemos menos que reconocer los pocos resultados obtenidos de esta terapéutica.

Probablemente será debido en gran parte al poco beneficio que en general se lleva en las tuberculosis, siempre que se acude al raspado, la cauterización, la incisión y el drenaje; indudablemente es tal vez uná más justa y laudable técnica el proceder directamente a la extirpación, y así parece por lo menos demostrarlo la estadística de Mildendorph, quien algún tiempo atrás, encontraba entre los operados por tuberculosis, un 16^o/_o de fallecidos en casos de amputación, un 14^o/_o en casos de escisión y un 30^o/_o en los casos de raspado de los depósitos caseosos.

Finalmente, Tuffier, el más entusiasta de la cirugía de la tuberculosis pulmonar ha reconocido el concepto que ha merecido a los cirujanos la pneumotomía, abandonada hoy casi por completo, y ha reconocido también que si de vez en cuando era aun practicada, ha sido involuntariamente, interviniendo un absceso frío de la pared torácica, y siguiendo las lesiones tuberculosas retrocostales, que han llevado hasta una caverna pulmonar, que se ha abierto y drenado.

Y puesto que mi caso, no fué otro que el de una pneumotomía superficial practicada así accidentalmente, conviene hacer aquí algunos comentarios.

En primer lugar, debo confesar que fuí afortunado; las adherencias pleurales habían limitado al mínimun aquella pleuresia purulenta que vióse obligada a atravesar el espacio intercostal y a dar fé de vida e intere-

sar más a mi enferma a la recuperación de su perdida salud; es el caso completo de aquellos abscesos frios de la pared torácica, que describía Vidal de Cassis, señalando que a veces su origen radicaba en una enfermedad del pulmón: « esta segunda terminación se ha observado muchas veces en los tísicos que llegan a un período muy adelantado de la dolencia. El pus de una caverna pulmonar ha ulcerado las dos hojas de la pleura, que se hallan reunidas y adherentes en el punto que corresponde a la caverna, y no pudiendo derramarse el liquido en la cavidad de la membrana serosa se dirige al exterior ». La superficialidad de la lesión pulmonar fué otra ventaja con que no debía contar; y, tal vez el ser única esta lesión tuberculosa, o el estar acompañada de otras que respondieron pronto al tratamiento médico, ha sido otra garantía fortuita de mi enferma, quien como he dicho anteriormente, no tose, come con mucho apetito, ha engordado aumentando en 17 kgrs. su peso, y ni tiene escalofríos, ni sudores nocturnos, y trabaja otra vez, hace más de un año. Bien es verdad que la cicatriz se abre de nuevo de vez en cuando para dar salida a dos o tres gotas de pus, y cerrarse luego otra vez inmediatamente; bien es verdad en consecuencia que el caso no puede calificarse pues de curación absoluta; pero han sido bien evidentes los beneficios que de ello ha reportado la enferma, y no tengo ninguna duda en afirmar que en ella he obtenido una mejoría franca.

En su consecuencia, sin dejar de reconocer los pocos resultados que ha dado la pneumotomía, estoy convencido no obstante de que en casos semejantes, en identidad de condiciones, en tuberculosos pulmonares de poco tiempo, cuyas lesiones sean superficiales y facilmente accesibles, y representen un escollo que ha de entorpecer el tratamiento médico, debería intervenir, practicando una pneumotomía, que tan solo representa algunas veces una anticipación a lo que naturalmente hubiera sucedido, como en mi enferma, y que sería una intervención lógica y justa, cuyos resultados probablemente serían tambien satisfactorios.

La dificultad estriba, como en la pneumectomía, en encontrar y diagnosticar bien y con seguridad este enfermo, hay que reconocerlo, por lo cual tenemos derecho tan solo ahora a aguardar que la técnica semeiológica nos presente esta nueva perfección, que de momento parece estar representada también por los Rayos Röntgen. Las cavernas pulmonares, algunas veces, aunque pocas, se han hecho visibles por medio de los Rayos X. Pförringer y Bunz, las han diagnosticado así en 9 casos, de los que tan solo en 4 las había podido demostrar el examen clínico.

Y antes de deducir las lógicas consecuencias de cuanto llevamos dicho sobre estos procedimientos directos, es preciso dar una hojeada comparativa entre ellos y los que se han propuesto más modernamente, de los cuales hemos hecho ya mención en otro lugar.

Las inyecciones intrapulmonares están ya abandonadas por completo y han sido siempre inútiles e infructuosas.

Los únicos procedimientos que por tanto han de interesarnos más aquí, son los tres más modernos, a que hemos hecho referencia.

Hagamos constar desde luego que el proceder de Freund y la colapsterapia se hallan en evidente contradicción y que para curar una misma enfermedad emplean principios diametralmente opuestos, dilema que aun queda a resolver.

El proceder de Freund se basa en la creencia, demostrada en una infinidad de autopsias, de que la tuberculosis pulmonar se desarrolla en los individuos con movilización y ventilación insuficiente o nulas de los vértices pulmonares, por cuyo motivo se ha creído necesario tratar a los enfermos en que estas lesiones sean bien manifiestas, por la resección de la primera costilla o por la creación quirúrgica de una pseudartrosis en las primeras costillas o en los primeros cartilagos costales. Borgherini, Kansch y Seidel han practicado esta intervención. Hofbauer, aparte en lo que hace referencia a los enfermos con inmovilidad absoluta del extremo superior del tórax, ha objetado a la operación de Freund, que los mismos beneficios se obtendrían por medio de la gimnasia respiratoria, lo que es muy lógico puesto que todo el mundo ha reconocido las ventajas de la gimnasia higiénica, practicada en las escuelas. Lenormant y Lew han dado de los enfermos en los cuales se ha practicado esta intervención, los suficientes datos para hacer un juicio aproximado: de cinco operados, en uno solo se habla de curación completa, y aun este fué tratado al mismo tiempo por la residencia en un sanatorio; los demás, han sido mejorías, pero todos conservaron la submatidez y los estertores y uno de ellos tres meses después presentaba aun los bacilos en sus esputos. Hay que reconocer en primer lugar que la operación no es peligrosa ni temeraria; pero tambien es evidente que los resultados no son del todo satisfactorios, y la mejor prueba consiste en lo poco que ha hecho época esta intervención entre los cirujanos.

En la actualidad hay mas tendencia a dirigir las pruebas en el sentido de la colapsterapia. Este proceder quirúrgico ha nacido por analogía con lo que sucede en otras tuberculosis, y muy principalmente en el tumor blanco de la rodilla, Efectivamente, es en esta afección donde mejor se

ha comprobado el beneficio reportado por el reposo y la inmovilización. De aquí que Friederich y Forlanini con distintos procedimientos, se hayan propuesto poner en estas mismas condiciones a los pulmones tuberculosos. Friederich lo consigue por medio de una aparatosa operación, la pleuropneumolisis, y Forlanini por medio de una sencilla inyección intrapleural de nitrógeno, repetida hasta conseguir el reposo absoluto del pulmón.

Analicemos con más detalles estos procederes:

En el de Friederich hay que practicar una extensa resección costal, desde la segunda a la décima costillas, completas, tanto así que en el caso III de las observaciones del autor del procedimiento, se resecaron 163 centímetros de costillas; la intervención es extrapleural, y al decir del autor se hace en muy pocos minutos. En una estadística de 14 casos, de Friederich, se consignan 6 de alivios y curaciones, 2 de resultados nulos, 2 de resultados negativos y 4 defunciones consecutivas a tuberculosis óseas, intestinales; etc, preexistentes.

El de Forlanini, inaugurado en 1882, se reduce a simples punciones pleurales, con inyección gaseosa, y ejecutadas en ciertas condiciones en previsión de los accidentes, y repetidas a intervalos hasta conseguir la absoluta desaparición del murmullo vesicular. Para la técnica a seguir y demás condiciones que hay que llenar, es preciso sujetarse a una porción de detalles. La operación tampoco es tan sencilla como parece y no deja de estar expuesta a algunos peligros de consideración y causales de algunos fracasos. Forlanini lleva hechas ya de este modo más de 1500 inyecciones, con más o menos éxito con mejorías casi siempre y con muy pocos fracasos; los hay sin embargo, y los cirujanos que las han probado, no han dejado de reconocer los peligros que representan la dispnea, la eclampsia pleurítica señalada por Dumarest, la embolia de aire, la infección del pulmón sano y la infección de la pleura. El concepto que merece este procedimiento, no aparece todavía bien claro. Por ser menos peligroso se ha aplicado en muchos más casos que los demás. Hánse publicado todavía pocas observaciones, y de aquí el que quede aun pendiente de fallo, si bien se puede adelantar que las mejorías son mucho más probables y por de pronto bien patentes en la mayoría de las observaciones conocidas. Yo mismo he tenido, aunque accidentalmente, ocasión de convencerme de la bondad del método, en un enfermo al que practiqué una resección por caries costal y en el que fatalmente se produjo el pneumotórax operatorio, con el que desapareció rapidísimamente una tos muy frecuente y molesta que antes de la operación tenía mi enfermo.

Pero tanto el método de Freund, como el de Friederich y el de Forlanini, tienen sus objeciones y son aplicables, tan solo en determinados casos. La operación de Freund, por ejemplo, podrá tantearse en los enfermos de vértice torácico inmóvil, pero ni todos los tuberculosos lo son constantemente del vértice pulmonar, ni tienen todos inmóvil el vértice torácico. Naturalmente que el descubrir en un crecido tanto por ciento de autopsias lesiones tuberculosas curadas al lado de una pseudartrosis del primer cartílago costal, es un hallazgo de valor, pero conviene tener presente que hay otro tanto por ciento, si bien no tan crecido, en que habían lesiones tuberculosas en evolución al lado de esta misma pseudartrosis.

DR. JOAQUIN DANÉS Y TORRAS

(Continuará)

PROFILAXIS

Desinfección de las habitaciones por el amoníaco.— Los procedimientos usuales de desinfección de las habitaciones (fumigaciones con formol, azufre, etc.), pueden ser sustituidos con ventaja por la evaporación del amoníaco, del comercio, vertido en platos colocados en el suelo del cuarto o local habitado.

El Dr. Riegler, en el Instituto de Higiene de Budapest, desinfectó por tal proceder una sala de 100 metros cúbicos, con solo 1 kilogramo de amoníaco: al cabo de una hora se había evaporado 200 gramos, a las dos horas 250 gramos, a las tres horas 300 gramos, a las cuatro horas 350, a las cinco horas 390 y a las ocho horas 450. Por sentado que la habitación que se ha de desinfectar, ha de estar herméticamente cerrada.

En las condiciones apuntadas, examinados los tejidos imprognados de antemano con microbios diversos, se comprobó que los bacilos del cólera y de la tifoidea, mueren a las dos horas; la bacteria y los esporos del carbunco, en menos de tres horas; el bacilo de la difteria, después de ocho horas. Ello demuestra que el procedimiento es eficaz, tiene la ventaja de ser poco costoso, y no altera ni los muebles, colgaduras ni tapicerías.

(*Centralblatt für Bakteriologie*)

Desinfección de los instrumentos de filo.— Todos sabeis que para evitar el contagio de ciertas enfermedades, los higienistas han

recomendado la desinfección de los útiles que usan los barberos y peluqueros y que para ello se utiliza la inmersión de navajas y tijeras en soluciones antisépticas a base de ácido fénico o de microbicidas metálicos diversos.

Perier preconiza el uso de un líquido compuesto

Exencia de Wintergreen.	30 gramos
Tintura de quillaria saponaria.	6 id.
Agua.	1 litro.

solución que tal vez sea un poco mas costosa que las soluciones ordinarias de ácido fénico y sublimado, pero su olor agradable y el no ser tóxico ni irritante, la hacen muy superior a ellas.

Tal proceder resulta eficaz para la esterilización de los instrumentos de uso corriente en la práctica quirúrgica.

(Journal d' Hygiene)

AVISO IMPORTANTE

Contestando a varias consultas que nos han hecho, algunos médicos que han de practicar el reconocimiento de los mozos del actual reemplazo les diremos que por R. O. circular de 2 marzo de 1912 se publicaron las

“Instrucciones provisionales para la aplicación de la Ley de Reclutamiento y Reemplazo del Ejército.

y entre ellas hay una que dice:

“Cap. II, artículo 7.º — Como regla de carácter general aplicable a todos los funcionarios, autoridades y médicos civiles que forman parte de los Municipios, Juntas y Comisiones mixtas de Reclutamiento y para todas las operaciones del mismo no podrán concurrir a las sesiones los que sean parientes por consanguinidad o afinidad hasta el 4.º grado civil inclusive de alguno de los mozos sujetos al llamamiento.”

Lo que deben tener muy presente para no incurrir en responsabilidad.

Gerona, 22 febrero 1912.