



# ADDENDA

AL BOLETÍN MENSUAL N.º 233

correspondiente a Mayo de 1915

**AUMENTO DE LA BIBLIOTECA.**—Catalogados los libros procedentes del difunto R. Martí, de Port-Bou resulta que hemos recibido 193 tomos obras de:

Alarcón, Armangue, Arnould, Aviles, Baginsky, Baldivieso, Barrier Bartels, Baudot, Beaunis, Bouchardat, Bouchout, Budd, Burger, Cardenal, Carreras Arago, Castillo Domper, Courrent, Cuyet, Chacot, Delfau, Desmarres, Després, Donné, Dragendorff, Dujardin Beaumets, Durand Fardel, Erichssen, Erb, Espina y Capo, Fabre, Fabre y D' Uch, Finger, Flugge, Fonsagrives, Fourquet, Fraenkel, Frerichs, Friedreich, Fuchs, Gloner, González Valledor, Graves, Hegar, Husemann, Jaccoud, Jamain, Joulin, Kaltenbach, Kirmisson, Kunze, Labbé, Laurent, Lebert, Löbker, Luys, Malgaine, Marco, Marin y Sancho, Melgosa Olachca, Mendoza, Morue, Moynac, Neumann, de Niemeyer, Oliveira Castro, Ortel, Palmberg, Petroz, Pidoux, Pizá, Playfair, Politzer, Reboles Campos, Rosenthal, Santero, Spillmann, Stein, Strumpell, Tardieu, Taylor, Tillaux, Trousseau, Ulecia, Viura, Vogl, Walshe, Wecker y Zeissl.

6 tomos, obras truncadas de Botey, Eichhorst, Galet y Pulido,

43 tomos sueltos, de Periódicos y Revistas, Archivos de Terapéutica médica y quirúrgica, Tomo 1.º Barcelona 1882-84 *Boletín de Clínica y Terapéutica*, (suplemento de la *Gac. Med. Catalana*), Tomos II-III-XII y XIII, Barcelona (años 1886-87-95 y 97). *Gaceta Médica Catalana* tomos II-III-VIII-IX-X y XX, Barcelona años 1879-80-85-86-87 y 97. *La Higiene* Tomos I-III y IV, (Madrid 1892-84 y 85). *Revista Clínica Médica* Tomo I Barcelona 1882, *Revista de Medicina Dosimétrica* tomos VIII-IX-X y XIV, (Madrid 1887-88-89 y 94). *Siglo Médico* tomos 26 á 44 (Madrid 1879 á 97). *Semaine Medical* tomos XII-XIII-XV-XVI y XVII, (Paris 1892-95-96 y 97) y 20 números del *Paris Medical* de los años 1913-14.

Y 12 tomos de *Medicina homeopática*, obras de Espanet, Furest, Hartmann, Hughes, Jahr, Ruddoch y Criterio médico *Revista homeopática* tomo XX (Madrid 1879).

Reiteramos públicamente a D.ª Dolores Pou, viuda de Martí la expresión de nuestro reconocimiento por el donativo hecho al Colegio.

**¿HAY QUE RECTIFICAR?.**—Cuando en 1903 publicamos en este Boletín fiados en lo que decía la *Gaceta* de Madrid de 6 enero de 1801 que el médico de Puigcerdá Dr. F. Piguillém había sido el primero que en España practicó la vacunación Jenneriana (\*) creíamos estar en lo cierto, pero hoy al hojear un folleto hallado entre los libros que a este Colegio regaló el Sr. Alabern, se nos ha ocurrido la duda de si tal primacia debía sostenerse ya que en el folleto a que hacemos referencia cuyo título es OBSERVACIONES HISTÓRICAS DEL ORIGEN, PROGRESO Y ESTADO ACTUAL de la VACUNA EN MENORCA, POR EL DR. D. RAFAEL HERNÁNDEZ, MÉDICO, MIEMBRO DE VARIAS ACADEMIAS DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA.—MAHON 1814 IMPRENTA DE FABREGUES, CALLE DEL CASTILLO NUM. 64. (53 pag. 9'53 X 16) en su página 9 se lee.

*«El año de 1800 será siempre para los menorquines la época de su mayor felicidad, por haber dignado S. A. R. el Duque de Yorck destinar a sus espensas los médicos Marshall y Watker a vacunar en el Mediterráneo todos los individuos de mar y tierra al servicio de S. M. B. que no habían pasado las viruelas.»*

*«Llegados a esta isla de Menorca en septiembre de dicho año se presentaron al gobierno británico (que entonces la dominaba) para cumplir su encargo con respecto a la tropa y marinería inglesa; y después a los jurados (ahora regidores) de Mahón, para lo que conducía a sus habitantes...»*

Los jurados consultaron en 7 septiembre al cuerpo médico quirúrgico de sanidad de Mahón y al día siguiente a los otros médicos y cirujanos existentes en aquella ciudad.

Los facultativos menorquinos que cita el libro son D. Joaquín Carreras, Bartolomé Ramis, Francisco Siquier, médicos; Pedro Roca, Felipe Camps, Julián Eymar, cirujanos y sigue en la página 11.

*«En vista de los pareceres antecedentes permitieron los jurados que para el bien comun se ejecutase por primera vez la vacunación en los huérfanos de la casa de Misericordia, antes de practicarla con ninguno de los demás individuos de la isla.»* (10 septiembre de 1800).

*«En consecuencia los Sres. Marshall y Watker verificaron la operación con los citados huérfanos, concurrieron todos los demás facultativos ingleses, menorquinos y forasteros para tener el gusto de instruirse e imponerse del preservador de la humanidad.»*

En el folleto del Dr. Hernández no se cita a ningún médico de Menorca como vacunador y se dice que habiendo resultado «la vacuna espúrea o falsa» el Dr. Marshall pasó a Gibraltar para traer nueva materia y repetir otras experiencias al intento» lo que debió retardar la práctica de la vacunación y si consideramos que en aquel entonces Mahón era desde el 7 noviembre de 1798 dominio inglés y siguió siéndolo hasta junio de 1902:

(\*) Boletín mensual del Colegio de médicos de la provincia de Gerona año VIII, septiembre de 1903, pag. 156.

podemos considerar desvanecida la duda y seguir afirmando que nuestro Piguillém fué el primero que vacunó en España y en el supuesto de que Piguillem no fuese el primer médico español que vacunó, aun puede asegurarse que nadie puede arrebatarle lá gloria de haber sido el primero en divulgar en España los beneficios de la vacuna escribiendo con amenidad y galanura de estilo las observaciones de su práctica personal en asunto de tanta importancia como es la profilaxis de la viruela.

**EJEMPLO QUE IMITAR.**—D.<sup>a</sup> Matilde Sureda y Oliveras, natural de esta ciudad de Gerona dispuso en su testamento otorgado en 12 julio de 1913, que de sus bienes se destinasen 40000 pesetas y que la renta que produzcan sea repartida en premios anuales, por un Patronato formado por el que fuere Alcalde Constitucional de la ciudad de Gerona y los que fueren o en todo tiempo sean Cura-Párracos, Ecónomos o Regentes de las Parroquias de la Catedral y San Félix de dicha ciudad de Gerona.

Los herederos, cumpliendo lo que dicha señora les tenía mandado, por escritura pública de 30 mayo de 1914 constituyeron el Patronato *Premios Matilde Sureda*, éstos vienen divididos en cinco series, que irán turnando por el orden que señaló la fundadora

El de la serie C queda constituido en lá siguiente forma:

«El día 29 de octubre de 1917 se adjudicará premio de mil pesetas efectivas, a un natural de la provincia de Gerona que tuviese aprobadas todas las asignaturas del periodo de la Licenciatura en Medicina, con nota de sobresaliente en la mitad por lo menos de ellas».

Este premio se repetirá en 1921, en 1925, en 1929 y sucesivamente cada cuatro años, en igual día y condiciones idénticas a las enumeradas.

El generoso legado de D.<sup>a</sup> Matilde Sureda indudablemente ha de servir de acicate a los que cursan los estudios universitarios, más que por la cuantía del premio, por el público reconocimiento de su laboriosidad justificada al presentar hoja de estudios para alcanzarlo.

Nada dice la Escritura de fundación de los *Premios Matilde Sureda*, de la forma en que serán entregados, y si hoy somos los primeros en hacer pública la generosidad de la donante, tambien nos toca manifestar que al adjudicarse en 1917 el premio al que estudió medicina, procurará este Colegio revestir el acto de su entrega de aquella solemnidad lejana de aparatosa exhibición pero que honre la memoria de la fundadora y enaltezca al agraciado.

**UN TOQUE DE ATENCIÓN.**—Tal nos ha parecido lo que el respetable *Siglo Médico*, publica en su «Boletín» de la semana, núm. 3202 correspondiente a 24 de abril próximo pasado y que copiado dice: «Ha oparecido ya en la *Gaceta*, el nuevo Real decreto de Gracia y Justicia dando otra orga-

nización a los médicos forenses, que en lo sucesivo constituirán un Cuerpo con el nombre de «médicos forenses y de las prisiones preventivas».

«Habrá médicos de entrada, de ascenso y de término según la categoría del Juzgado a que pertenezcan y disfrutarán del sueldo anual de 1.000, 1.500 y 2.000 pesetas respectivamente. El ingreso en el Cuerpo será siempre por oposición y por la categoría de entrada.»

«Muy bien hablado o muy bien escrito, pero tanta belleza, ¿cuándo se realizará?... Cuando se consigne en los próximos presupuestos carcelarios (*que forman los Ayuntamientos*) el crédito correspondiente, advirtiéndole que no serán aprobados esos presupuestos si no consta en ellos la cantidad necesaria para cubrir este servicio.»

«Veremos que resulta de todo ello.»

Como síntoma favorable a la implantación del Cuerpo de médicos forenses debemos señalar el que, en la *Gaceta* del día 24 de abril último se ha publicado el Reglamento que ha de regir para la práctica de los cuatro ejercicios de las oposiciones a las plazas de médicos forenses (no contiene preguntas ni señala temas) que por su extensión no publicamos pero que merece ser consultado por los que pretendan alcanzar un puesto en el nuevo Cuerpo.

**OTRA PREBENDA.**—En la *Gaceta* de Madrid del día 25 de abril próximo pasado viene inserto el Reglamento orgánico del Cuerpo de Inspectores Médico-escolares, por el se crean plazas de Inspectores provinciales, Inspectores de zona (cada zona ha de comprender cien escuelas y tendrán el sueldo que se señale en los presupuestos del Estado, y Médicos supernumerarios sin sueldo con solo lo que quieran darles los Ayuntamientos. El ingreso se verificará por dos turnos uno de oposición libre entre Licenciados en Medicina y otro oposición entre médicos escolares supernumerarios.

En Madrid, capitales de provincia y poblaciones de importancia podrán nombrarse médicos especialistas en oto-rino-laringología, oftalmología, psiquiatría, dermatología, ortopedia y también odontólogos. Los especialistas no dice si tendrán sueldo ni como han de proveerse.

El Reglamento añade que por ahora solo se proveerá la tercera parte de las plazas.

Los que pretendan un puesto remunerado en el nuevo cuerpo tienen que aguardar a que se publique el Programa de las oposiciones y en su vista especializar sus estudios, los que se presten a desempeñar (gratis) plazas de supernumerario no descuiden de poner en movimiento sus influencias y compadrazgos que el saber ya se lo infundirá el nombramiento.



## BOLETIN MENSUAL

### ROTURAS DE ÚTERO EN EL PARTO (\*)

El turno establecido por esta *Agrupación* comarcal ha hecho que hoy venga a ocupar vuestra atención siquiera sea por breves momentos.

Todos vosotros sabéis prácticamente lo que es el ejercicio de la profesión en pueblos rurales, donde si bien en casos normales el exceso trabajo (entendiendo por tal el número de enfermos a ver diariamente) no hace pesada la profesión, en cambio, las distancias a recorrer para ponernos en contacto con ellos, hace que no quede tiempo para estudiar lo que uno deseara, y menos recopilar hechos que tienen importancia por ser opuestos a lo que dicen los libros y que por su divulgación entre nosotros podría ser fuente de mucha ilustración. Por eso no es de extrañar que hoy al tener que hablaros, me quede perplejo, porqué la falta de hábito, hace que por más que haga un esfuerzo para presentaros un trabajo digno de vosotros, persuadido estoy de que no he de lograrlo, por otra parte vosotros que estais convencidos de lo que acabo de exponer, creo aceptaréis mi sacrificio tal cual sea.

Voy a hablaros de

#### ROTURAS UTERINAS EN EL PARTO,

ya que de todos los casos vistos por mi en el ejercicio de la profesión en pueblos rurales, ninguno me ha impresionado tanto, como uno que

(\*) Comunicación leída en la Reunión de Médicos del partido de Olot el día 16 abril último.

observé de rotura completa con paso de feto a la cavidad abdominal y cosa rara, con supervivencia prolongada de feto y sin hemorragia interna, circunstancias que hacían posible en otras condiciones salvar la vida a ambos, pero que yo nada pude oponer para evitar el fatal desenlace. Y si bien de la exposición de este caso, ningún principio terapéutico se deduce ni nada nuevo aporta a la ciencia, en cambio para esa *Agrupación* se desprenden enseñanzas prácticas, como sería la creación de una casa de curación, como hace mucho tiempo se propuso, modesta, pero con las debidas condiciones para poder practicar a lo menos las intervenciones de urgencia y evitar así, el que por falta de medios sucumban muchos enfermos. Ya se que entre nosotros hay algun atrevido cirujano que nada le arredra y que ha obtenido éxitos en muchas operaciones que ha llevado a cabo, pero no me negará que sin duda él hubiera obtenido muchísimos más, pudiendo intervenir en mejores condiciones, y muchos enfermos que mueren despues de una operación, no mal practicada, sinó realizada en malas condiciones, se salvarían, además esos fracasos a la par que desacreditan al cirujano, hace que aumente el horror que las gentes de esta comarca tienen a las operaciones en general. Tal vez mañana, si logramos la creación de un centro quirúrgico podríamos garantizar a los pacientes y sus familias buen número de intervenciones, seguros del éxito de la operación, al paso que hoy, dudosos muchísimas veces del resultado de intervenciones practicadas en malas condiciones, no tenemos valor suficiente para imponerlas; porque el desastre se nos achacaría a nosotros.

Vamos ahora a la exposición del caso. Se trataba de una mujer de unos 35 años de edad, múltipara (2 partos anteriores) estos partos habían sido difíciles, el primero con aplicación de forceps, y el segundo muy prolongado pero terminado espontaneamente. Los volúmenes de ambos fetos, era normal. Los puerperios fueron apirecticos. La pelvis era plana, causa que motivó las distocias.

El tercer parto o sea el que determinó la rotura, era tempestivo, la última menstruación tuvo lugar a últimos de diciembre, el embarazo según lo familia, había sido normal y digo según la familia, porque como vosotros sabeis, son excepcionales en esta comarca, las embarazadas que consultan al médico para cerciorarse de la marcha normal del embarazo y solamente acuden a él, cuando alguna cosa de importancia les sucede, como hemorragias, dolores, edemas considerables, etc., y lo mismo que ocurre con el embarazo sucede con el parto, solo piden el auxilio facultativo, cuando el enjambre de mujeres que rodean a la parturienta, creen que existe verdadera necesidad, a primera vis-

ta parece que esas gentes ignorantes debieran verse pronto apuradas y llamar enseguida al médico, pero desgraciadamente no sucede así en la mayor parte de casos, y yo extraño sobremanera como no son más abundantes, las fístulas urinarias sobretodo; ya que he tenido que hacer aplicaciones de forceps por detención de la cabeza, en el estrecho inferior, en cuyo sitio habían permanecido más de doce horas. No es de extrañar por eso que no tenga los datos para hacer una historia detallada del caso. Según la mujer que asistió siempre a la parturienta, el parto comenzó el día anterior en que se produjo la rotura, 24 horas antes, que esta, no supo decirme la hora de rotura de las membranas, ni cuando se llegó a dilatación completa, solo pudo decirme, que los dolores al principio eran poco intensos, pero que dos horas antes de ocurrir el accidente, los dolores se acrecentaron de tal modo que se hacían insoportables, cuando de repente en un acceso de dolor, notó la parturienta un fuerte escozor en el lado derecho del vientre y creyó ella que se había quebrado. enseguida se puso todo el vientre doloroso. Esto tenía lugar a las cuatro de la tarde y a las 7 fui llamado; cuando llegué la mujer, quejándose de fuertes dolores en el vientre, había fatiga respiratoria, vómitos, pulso pequeño y frecuente, hipotermia, piel fría y sudurosa, anuria. La exploración abdominal es por demás decir que era difícilísima por el dolor que ocasionaba a la mujer y por la contractura de los músculos abdominales, no obstante pude comprobar que el útero estaba inclinado hacia el lado izquierdo y en la parte baja del lado derecho se reconocía una extremidad libre en el abdómen.

El feto estaba vivo, se percibían los latidos fetales aunque con dificultad. No había hemorragia externa; por el tacto reconocí la cabeza fetal, que no era exageradamente voluminosa, por encima del estrecho superior, en posición transversal derecha. Intenté enseguida hacer una aplicación de forceps, pero al colocar la segunda rama y en una tentativa de vómito, la mujer hizo un esfuerzo y entonces todo el feto pasó a la cavidad abdominal yendo la cabeza a colocarse detrás del pubis. Tampoco hubo hemorragia externa. El feto continuó con vida y los latidos del mismo se hicieron mucho más perceptibles.

Entonces indiqué a los interesados la necesidad de laparatomizar a la mujer y aún así era muy difícil poder salvarla por cuyo motivo se opusieron. Por fin les convencí de que la viera otro médico y fué llamado el Dr. Danés, que les propuso la laparatomía la cual no fué aceptada.

El feto vivió fuera del útero unas 8 horas. La madre falleció a las 30 horas del accidente.

*Causas de las roturas.*—Vamos ahora a ver cuales son las causas que determinan la rotura del útero en trance de parto y cuales fueron las que determinaron el desgarro en nuestro caso.

En primer lugar como causa predisponente, tenemos la multiparidad, por las alteraciones que determinan en el útero el embarazo y parto, como son las degeneraciones grasosa, vitrea, etc., que sufren las fibras uterinas y tambien por la facilidad con que un útero puerperal es susceptible de infectar. Las estadísticas tambien lo confirman, dando solo de un 3 a 4 por ciento las primiparas que tienen rotura de útero.

Las causas determinantes podemos agruparlas en tres secciones: 1.º Roturas producidas por alteraciones de las paredes uterinas. 2.º Por obstáculos a la salida del feto y que producen una distensión exagerada de las paredes del órgano. 3.º Las traumáticas. Entre las primeras tenemos los tumores uterinos como cánceres, miomas, molas hidatiformes, etc., que obran destruyendo las paredes uterinas los primeros, además sobre todo los miomas, obstruyendo o disminuyendo los diámetros pelvianos cuando se desarrollan en la parte baja de la matriz. Ciertas infecciones puerperales que producen pérdidas de substancia del útero a consecuencia de las cuales quedan adelgazamientos de la totalidad o parte de las paredes. Ciertas intervenciones practidas en el útero como miomectomías, operaciones cesareas anteriores, ciertos desgarros del cuello que al cicatrizar se retraen, incluyendo tejido celular del ligamento ancho y en partos sucesivos al aumentar el desgarro, facilmente se extiende al resto del útero. En todos estos casos el tejido de cicatriz puramente de fibras conjuntivas sin ninguna fibra elástica, se presta muy mal a la extensión y por poco intensas que sean las fuerzas expulsivas, facilmente se llega al límite de extensibilidad y traspasado este, viene enseguida el desgarro.

En el mismo grupo de causas debe incluirse, las alteraciones de la pared, consecutives a la inserción placentaria. Los trastornos que experimenta el útero por la gestación son mucho más acentuados en el sitio de unión de la placenta con el útero, ya que los trofoblastos profundizan en el interior de la pared. Cuando aquella se inserta en la parte alta del órgano gestador, de paredes gruesas y resistentes poca influencia ejerce, pero cuando se inserta en la parte baja adelgazada, las alteraciones sufridas por estas paredes son mucho más acentuadas y cualquier causa que motive un exceso en la distensión de esta parte puede facilmente producir la rotura.

Al segundo grupo de causas corresponden las más importantes y a

las cuales deben atribuirse la mayor parte, sinó todos los desgarros del útero, es más, las causas anteriormente expuestas necesitan muchas veces del concurso de las de este grupo para producir los efectos que estudiamos. La existencia de un obstáculo a la expulsión del feto, es causa suficiente para exaltar la potencia contractil del útero hasta tal punto que, o logra expulsar al producto de la concepción o se desgarrará a sí mismo.

Entre estas causas se cuentan las presentaciones transversales, el exceso de volumen fetal, estrecheces pélvicas, tumores de la excavación, rigidez del cuello, etc.

También debemos incluir en este grupo las direcciones y adherencias anormales del órgano, sean estas patológicas o terapéuticas; por eso las histeropexias tanto abdominales como vaginales, sobre todo estas, no se efectúan en el periodo activo de la vida genital por el peligro que entrañarían si la mujer quedase embarazada posteriormente.

Si como hemos dicho antes, la exaltación espontánea del poder contractil del útero en casos de distocia es capaz de producir una rotura de dicho órgano, con mucha más razón se producirá esta, si se emplean en estos trances medicamentos occitócicos que aumentan dicha potencia, como el cornezuelo de centeno que es el más activo de todos; este medicamento produce un tetanismo del útero que entorpece la circulación útero-placentaria y pone en peligro la vida del feto, y si existe desproporción entre el volúmen de este y la hilera genital, conduce al desgarro del órgano gestador, por lo que debe considerarse contra-indicado no estando este órgano vacío.

Desgraciadamente hay mujeres que ejercen de comadrona y que sin escrúpulos de ninguna clase y desconociendo en absoluto sus efectos, administran a las parturientas esta peligrosa droga, a la cual deben atribuirse algunos accidentes, afortunadamente pocos por cierto; debido en parte a que el cornezuelo que usan no data de la última cosecha por lo que sus efectos son casi nulos.

Las causas traumáticas pueden ser externas e internas. Las primeras como se comprenden dependen de fuertes traumatismos, contusiones, heridas, etc, y son raras en el parto; las segundas son más frecuentes y son producidas por instrumentos como rompe-membranas, embriotomos y en general por todos los instrumentos empleados para la extracción del feto; pero las dos causas más importantes son la aplicación de forceps y la versión. En casos de distensión exagerada del segmento inferior, la aplicación de forceps aún aplicada de una mane-

ra irreprochable, puede conducir a la rotura. Es por demás decir que la aplicación de dicho instrumento de una manera torpe y con desconocimiento de las indicaciones y manera de aplicarlo, conduce también al mismo resultado.

Pero la intervención que más desgarros causa, es sin duda la versión podálica; el accidente puede ocurrir en los tres tiempos de que consta; en la prehensión de los pies por la introducción demasiado brusca de la mano, entre la parte fetal y la pared hiperdistendida del segmento inferior o por introducirle con el cuello no dilatado del todo durante la evolución: o bien cuando hay falta de líquido amniótico, las paredes uterinas están aplicadas sobre el feto e impiden que gire este dentro del útero, si se obra en este caso con fuerza, es fácil producirla y en el tercer tiempo por salida demasiado rápida no estando bien dilatado el cuello.

*Mecanismo de la rotura.*—Bandl, cree que la rotura del útero es debida a la hiper-extensibilidad del segmento inferior y a la tracción de las fibras longitudinales, el feto comprime el cuello contra el área del estrecho, e impide que las fibras longitudinales puedan ascender y estando este segmento sometido a dos fuerzas opuestas, se rompe en el punto de unión de la parte activa con la parte pasiva del órgano.

Recaséns, cree que no es necesario el enclavamiento del cuello para explicar la rotura, sinó que la sola distensión exagerada del segmento inferior es capaz de llegar a igual resultado, ya que las contracciones del segmento superior determinan una presión fetal que se trasmite al segmento inferior el cual se deja distender, disminuyendo en cambio su grosor; cuánto más esta adelgaza, más se engruesa y aumenta su potencia la parte superior; si existe un obstáculo a la salida del feto, como que la parte activa del útero disminuye su capacidad, el feto se aloja en una porción cada vez mayor del segmento cervico-uterino y distiende mas y mas, ya que la delgadez de sus paredes no le permite oponer la resistencia necesaria para contrarrestar la mayor potencia contractil de la porción superior del útero.

Expuestas así a grandes rasgos las causas de las roturas del útero en el parto; vamos a ver cuales pueden ser en nuestro caso las causas determinantes del mismo. La mujer era multípara, de pelvis aplanaada y con el antecedente de partos distocicos y con esto hay bastante para creer que la estrechez pelvica, fué la causa del accidente que mató a dicha parturienta, por lo que debemos incluir este caso en el segundo grupo de causas que hemos estudiado como productoras

de desgarros. Añádese a título de predisponentes la multiparidad y los partos distocicos anteriores; por las alteraciones a que pudieran haber expuesto al útero; estos partos prolongados y seguidos de extracción instrumental, pueden determinar roturas incompletas que afectan solo a la mucosa o a la capa muscular, curadas las cuales quedan cicatrices que como hemos dicho exponen a roturas. También es frecuente observar en estos casos infecciones debidas a la rotura prematura de membranas, a los tactos repetidos verificados siempre con las manos no muy limpias.

Alguno de vosotros podría preguntarse porqué siendo un defecto pélvico anterior a los otros partos el que motivó el desgarro, no se presentó este accidente en los otros, máximo no siendo excesivo el volumen del último feto, ni muy pequeño el de los otros: ¿dos? Todos los tocólogos han observado que de varios hijos de una misma mujer, los nacidos en último lugar son mas voluminosos en el instante de ser expulsados del claustro materno que los que han nacido primero, hecho que nos explicaría que teniendo un volumen normal los primeros fetos, la cabeza hubiera podido salvar el estrecho, al paso que el último teniendo mayor volumen que los primeros no hubiera podido salvarlo.

¿Podría haber jugado en este caso algún papel el cornezuelo de centeno? Eso me pregunté en el instante y casi estoy en la creencia de que así fué y por mas que me aseguró la familia no se había administrado substancia alguna a la parturienta, me quedé en la duda.

*Profilaxia.*— Esta depende en gran parte del reconocimiento de las condiciones que determinan la rotura; conocidas estas tenemos medios seguros para evitarlas, mientras que una vez presentado el accidente, su tratamiento es de resultados dudosos. Cuando las contracciones uterinas son enérgicas y la parte fetal no logra encajarse y descender, es de temer la rotura uterina, pero antes de llegar a este resultado puede reconocerse la superdistensión del segmento inferior por cierto número de signos que reconocidos denotan la inminencia de la rotura. En estos casos a más de las contracciones enérgicas sin efecto sobre la progresión del feto, el útero se inclina hacia un lado, está elevado y toma una forma especial, pareciéndose más o menos a un *brioche*; el segmento inferior distendido en exceso, en altura y anchura, se moldeo sobre la mayor parte del feto que está por encima del estrecho superior, es además blando, circunstancia que contrasta con la parte superior retraída, dura por consiguiente. En el punto de unión de

las dos partes se aprecia un surco. es el anillo de contracción o de Bandl, a los lados del segmento superior puede apreciarse también un cordón duro y rígido que son los ligamentos redondos puestos en tensión por la ascensión del útero.

La existencia del surco antes descrito y de estos cordones, es lo que constituye el signo de Bandl-Frommet, y su perfecta comprobación indica la inminencia de la rotura. Ahora bien, desde el momento que se reconoce el peligro de una rotura del útero, debe terminarse rápidamente el parto.

En las presentaciones de vértice y de cara con feto vivo, es la aplicación de forceps quien debe resolver el problema, sobre todo si está encajado. Si está por encima del estrecho superior, la aplicación no es de aconsejar ya que la mayor parte de esas aplicaciones, son feticidas, pero cuando no se encuentre en condiciones apropiadas a falta de otros recursos debe apelarse a éstos, máxime si el grado de estrechez pélvica no es muy acentuado. Cuando esta es más acentuada y aún en el caso anterior, en condiciones apropiadas puede practicarse la cesárea o la pubiotomía. Si el feto está muerto hay que reducir los diámetros de la cabeza facilitándose así la extracción.

En casos de presentación transversal, el problema es más complejo si la criatura está viva ya que al practicar la versión es casi seguro de producir lo que queríamos evitar. Autores hay que en tales casos han practicado la histerotomía, pero nosotros debemos apelar a la versión a pesar de sus peligros, porque de esta manera si bien hacemos correr un riesgo a la mujer existe no obstante posibilidad de salvar a ambos. Cuando el feto esté muerto se practicará la embriotomía cervical.

Cuando se ha producido la rotura las indicaciones varían según que el feto haya permanecido en el útero o haya franqueado este órgano. En el primer caso estando vivo y en las presentaciones de vértice la aplicación de forceps es de rigor si está encajado, si no lo está y el obstáculo pélvico no es muy acentuado, puede emplearse el forceps. Si el obstáculo es muy grande e imposibilita la extracción, se impone la laparatomía. Si el feto ha muerto se disminuyen sus diámetros con el fin de facilitar la extracción a menos que el obstáculo pélvico sea tan acentuado que imposibilite la operación y en ese caso se impone la laparatomía.

Si es transversal la presentación, la versión está altamente contraindicada, porque aumentaría el desgarramiento y en ese caso debe practicarse la fetotomía si el feto está muerto y la laparatomía si está vivo.

Una vez extraído el feto en las roturas totales, que son de las que me ocupo, la mayor parte de casos nos veremos obligados a practicar un taponamiento del útero que evitará la hemorragia y servirá de drenaje, tratamiento que si bien puede ser de buenos resultados inmediatos, pero la cicatriz irregular que dejará en el útero lo expone a nueva rotura en partos sucesivos. La laparatomía en estos casos permite observar las alteraciones sufridas, el estado de los bordes de la herida, si es conveniente la conservación de la matriz y en tal caso practicar la sutura en condiciones de que no exponga a nuevas roturas.

Si la criatura ha pasado a la cavidad abdominal, es de rigor la laparatomía, siendo en este caso doble su finalidad: en primer lugar extraer el feto y en segundo lugar reparar la herida uterina, si los bordes están en condiciones de ser saturados y una infección u otra circunstancia no impide la conservación de la cavidad gestora.

En mi caso no cabía otro tratamiento que el que seguí, dadas las circunstancias en que me encontraba y confieso que del mismo modo obraría, si me encontrara en algún caso semejante, ya que en pueblos aislados, sin instrumental, sin ayudantes, y porqué no confesarlo, sin aptitudes para practicar ciertas intervenciones que realizan los que se dedican a la especialidad y tienen medios de practicarlas.

¿Qué se deduce de todo lo expuesto? Como he dicho antes, la necesidad de construir una sala de operaciones, modesta pero con condiciones de poder practicar a lo menos las intervenciones de urgencia, sin inconveniente de poder en unión de todos nosotros utilizarla para otras de sencillas que están al alcance de todos y que no practicamos por falta de medios. De esta manera muchos enfermos que vemos sucumbir por no poderles practicar una intervención de urgencia, sin duda lograríamos salvar muchos de ellos y a los que no, podríamos estar satisfechos de haber hecho en favor de ellos algo superior a nuestras fuerzas; y en las que no urgentes nos aportaría más ilustración a la par que sería fuente de ingresos.—He terminado

J. GENOVER Y CARRERAS.

## Consideraciones sobre las heridas por arma de fuego (\*)

(Conclusión)

Le fué extraída con el sacabalas de Charriere, previo ámplio lavado se saturó aprovechando los tejidos posibles y a los dos meses volvía al batallón con la voz gangosa y ectropion inferior apodándole sus camaradas *cap de mort*. Choca la curación de este enfermo si se tiene en consideración los escasos conocimientos de antisépsia que poseíamos en aquellas fechas a que se refiere el caso.

Cuando las heridas radican en el pecho o abdomen pueden igualmente ser penetrantes o no. Si lo primero, cabe sospechar con fundamento, que está dentro el proyectil si solo presentan entrada; y si lo segundo podremos estar un tanto más tranquilos, toda vez que habrá un factor de menos para obtener la curación. En ambos casos hay que examinar detenidamente el plano anatómico afecto, fijándonos en la dirección que llevaba el proyectil al penetrar, y ver *in mente*, los órganos interesados, en particular los vasos que en la cavidad que me ocupa, se traducirá por hemoptisis, disnea y expulsión de aire y sangre por la lesión interna.

De las heridas del corazón, no tengo que hablaros puesto que no tendremos que tratar ninguna por ser mortales *ut plúrimum*.

En cambio de la de la pléura, puedo citaros un caso que podría añadirse a los mentados por Bidlío y otros, de nuestro malogrado Dr. Creus y Manso, en que quedó alojada la bala en el mediastino. Formóse al poco tiempo un absceso, se practicó la abertura de este, y junto con el pús vino al exterior la bala, quedando el enfermo curado completamente. El plomo entró en la cavidad fracturando antes una

(\*) Véase el número anterior.

costilla. Era este un francés herido en San Andrés del Coll en la acción del día de Ramos en que se me ordenó fuera de ambulancia. En las heridas del abdomen que presentan abertura de entrada y salida o entrada solamente, hay que reconocer primero, si se traducen síntomas de hemorragia interna que no tengo que describirlos y ver los órganos interesados al objeto de intervenir si hay tiempo y lugar, practicando la alta cirugía al objeto de salvar al enfermo. En las cavidades pecho o abdomen, cuando la lesión no es penetrante, presenta la sintomatología de las contusas y se portan en un todo como a tales, y como a tales se las trata. Cuando las lesiones que vienen ocupándose tienen asiento en las extremidades o en las articulaciones, lo que observaremos primero á más de ver si presentan una o dos aberturas, si hay o no fractura y si la bala u otro cuerpo extraño ha quedado implantado en los tejidos. A propósito de cuerpos extraños permitídmeme benévolo compañeros, dos palabras acerca un caso particular. Tratábase de un comandante del 2.º batallón de Gerona, hoy P. Superior y director de las misiones de los Andes G. V. herido de Remington en el tercio medio del muslo, exactamente donde caía el fondo del bolsillo que contenía unas monedas y las cuentas del rosario yendo a parar el proyectil en el fondo de la nalga cerca la región isquiática. En presencia de una sola abertura, le aplicamos el explorador eléctrico de Trouvé, é inmediatamente desvió el galvanómetro indicándonos el estilete que le acompañaba que estaba en contacto de metal. Se introdujo el Neaton de bola de porcelana y salió después de la maniobra sin acusar el plomo, pero el Trouvé no mentía cuidando de justificarle la pinza de Thomassin, extrayendo un moneda de dos cuartos, tres granos de rosario con sus asas de alambre y parte las ropas que habían sido arrastradas al penetrar la bala. Esta fué extraída por contra abertura al día siguiente. El enfermo curó entonces muy en breve.

El diagnóstico de las fracturas por arma de fuego, lo encontraremos casi siempre muy fácil si tenemos en cuenta que las balas sean de la clase y forma que quieran, jamás fracturan de manera limpia siendo la crepitación de fragmentos muy notoria.

Después de las consideraciones apuntadas, interesa esponer los medios de que disponemos para la extracción de los cuerpos extraños ya que no siempre son balas lo que nos acusan los instrumentos exploradores antiguos. De consiguiente hay que asegurar su naturaleza, su profundidad y si están libres o implantados en tejidos semiblandos o duros. A este efecto poseemos hoy el gran recurso que aclara por completo el obscuro diagnóstico de aquellos tiempos a que se refieren los

casos que he citado anteriormente. Ese recurso como sabeis, son los rayos X, que verdaderamente parecen bajados del cielo para darnos la clave de lo que debemos practicar, pues á más de sus propiedades terapéuticas en determinados casos, nos señalan la posición, relaciones que guardan con los órganos y forma de las porciones metálicas más diminutas, ofreciéndonos además las sombras, aunque pálidas de los no metálicos, en la región en que operan. Pero al médico rural le está vedado muchas veces este gran adelanto explorador, ya sea por la gravedad del enfermo que no puede trasladar, dado la distancia a que tiene el electroterapa su instalación, ya sea por oponerse el enfermo o su familia, o la autoridad judicial, si se trata de criminalidad, tiene que contentarse con la exploración antigua.

Confío en que, día vendrá en que los rayos Röntgen podremos ponerlos en práctica con más facilidad, en cualquier momento y lugar con el aparato ensayado por nuestros mártires compañeros que actúan en la campaña de Africa, pues si es verdad que con él, solo obtienen negativas, para asegurar el diagnóstico de metales en los tejidos, basta tan solo imaginar las sombras al revés.

El instrumental necesario para la extracción de balas, es muy sencillo cuando son aseguibles como por ejemplo en las extremidades. Siendo libres aunque estén deformadas por haber chocado antes con otro cuerpo duro o por variedad de calibre del arma á que se acomodan, basta simplemente la pinza de curación, el sacabalas de Charriere o la pinza de Thomassin.

Como entre los proyectiles debemos incluir los perdigones, os diré que si el disparo ha sido a quema ropa o a poca de ella, resultan en los varios casos que he visto, cuerpos libres por dos razones; primera porque arrastran ante sí parte de la ropa del enfermo constituyendo junto con el taco, una verdadera funda en la cual se alojan en tanto que tirando de ella con suavidad son extraídos con facilidad y segunda, porque los disparos a corta distancia con proyectiles esféricos pequeños tienen no solamente menos alcance y penetración si que también menos fuerza expansiva; esto es, se hallan más reunidos. Este es uno de los principios de la balística moderna. Cuando la bala se halla implantada en un hueso o una articulación, prestará buen servicio, el tirafondo con cánula de Perey y en el caso de tratarse de perdigones podremos valernos del estilete de cucharilla o la sonda acanalada auxiliada del bisturí. Cuando habrá necesidad de intervenir por detención de cuerpos extraños metálicos en las cavidades, abdominal, torácica o craneana, la técnica ya comprendéis que resulta aproximadamente la

misma de las laparatomías, toracotomías o trepanotómicas y de consiguiente el instrumental quirúrgico ya no resulta el elemental anteriormente apuntado, sino el propio de las operaciones de alta cirugía, amen de que ha de ir adjunto el de la anestesia ya general con el cloroformo o el éter o limitado a las regiones inferiores con la raquianestesia que es como sabeis otra de las conquistas de la moderna cirugía. Pocos por fortuna serán los casos que tendremos que tratar, los que ejercemos en pueblos rurales ya que por nuestra condición de policlínicos, solo podremos servir de ayudantes al especialista de alta cirugía y por otra parte serán enfermos que por su gravedad ofrecen poca garantía de éxito operándoles en sus domicilios. Recuerdo que durante la guerra civil, solo ví intervenir en el abdomen dos veces por heridas de arma de fuego y se perdieron los dos. En cambio fueron varias las intervenciones de cráneo y pecho dándonos una cifra de mortalidad muy exígua.

Permitidme queridos compañeros que al hablaros de grandes operaciones, ensarte unas líneas explicando el como procedían los jefes de hospital de mis tiempos en presencia de fracturas conminutas aunque radicarán cerca las grandes articulaciones presentando tejidos casi inaprovechables. ¿Creeis que veían inmediatamente la indicación de amputar, al objeto de abreviar la curación y poner el enfermo al abrigo de complicaciones? Pues no; aguardaban supuraciones que arrastraran esquirlas secuestros, y demás cuerpos extraños facilitando la salida con inyecciones deterativas a base de nitrato de plata y los extraían una vez podían ser alcanzados por la pinza. Apesar de que casi todos los enfermos quedaban con algo de deformidad, restaban satisfechos por haber salvado el miembro o parte de él. Era un verdadero horror el que tenían a la amputación y una voluntad tal vez desmesurada a la cirugía conservadora, debida sin duda a las enseñanzas que me consta habían recibido los personajes a que me refiero, de los profesores del Real Colegio de Cirugía doctores Puig médico cirujano militar y Mendoza.

Por otra parte en aquella época se tenía una idea muy rudimentaria de la antisepsia y a buen seguro no caían en la cuenta de que un vaso roto, lo mismo resulta una boquilla exhalante que absorbente y se perdieron algunos enfermos de infección purulenta. Así es que en 32 meses de prestar servicio como practicante en nuestra provincia solo se practicaron tres amputaciones. Dos de ellas por desgarros causados por casco de granada y otrá producido por el Berdán. Por fortuna curaron los tres sin duda debido, primero a la pericia del operador

y luego al haber empleado como ensayo las curas de Lister. (\*)

El curso que siguen las heridas tantas veces mentadas, está sujeto a tres factores principales. 1.º al resultar complicadas o no, de momento. 2.º a las complicaciones que pueden sobrevenir por la condición de ser puertas de entrada de especies microbianas de naturaleza específica y 3.º según el método empleado en la curación. En general podemos decir que son raras las que curan de primera intención ya que supuran la mayoría de ellas eliminando así los tejidos mortificados por el paso del proyectil. Así es que en cuanto tengamos que intervenir en la administración de justicia en que se nos pregunta con frecuencia cuanto tiempo quedará el herido imposibilitado para el trabajo, siempre he procurado señalar un tanto más de fechas que en las inferidas por arma blanca. En las simplemente contusas, el curso acostumbra ser rápido. La terminación, por lo regular es la curación a menos que sobrevengan complicaciones siendo las más frecuentes las celulitis y erisipela, el esfacelo y la gangrena, las angiopleucitis y flebitis, las caries y necrosis; y de modo especial el tétanos si el arma ha sido cargada con perdigones. En todos estos casos, pueden terminar con la muerte. Si la lesión externa va acompañada de fractura o el disparo ha penetrado en articulaciones de importancia, casi siempre terminan con anquilosis y cortedad del miembro más o menos acentuada, defectos físicos, que se encargan de paliar la hidroterapia o mecanoterapia. ¿Qué pronóstico formularemos en presencia de una herida por arma de fuego?... Resulta una equivocación, decir que todas son graves; idea tal vez nacida del temor a las complicaciones a que están expuestas, más que de ninguna otra clase. Yo creo de acuerdo con los doctores Creus, Poggio, Lejars y Morales, que el pronóstico ha de variar en cada caso particular según las circunstancias que concurren tanto en el individuo, como en la herida en sí misma.

Son tantas las anomalías y rarezas que se notan en los heridos por arma de fuego, que lesiones hay, al parecer gravísimas se ven curar rápidamente; en cambio otras reputadas muy leves, se complican con el tétanos por circunstancia de localidad donde asienta sus reales, el mortífero pascinia de Nicolaïer. Otras relativamente leves que recaen en individuos alcohólicos, diabéticos o sifilíticos, que en poco tiempo presentan gangrenas o esfacelos que terminan con la vida del enfermo.

(\*) Es de loar que en 1873-75 en los improvisados Hospitales que utilizaron los Carlistas ya se ensayase la cura de Lister. (Nota de L. D.)

Así es que hablando en términos generales, calificaremos de mortales, las penetrantes del encéfalo, corazón y grandes vasos. De graves las penetrantes en cualquier cavidad esplágnica, las complicadas con fracturas conminutas y todas las que presenten grandes destrozos ya sean en las articulaciones o en las partes blandas; y de pronóstico leve, las contusas o no penetrantes que no alcanzan los 15 días de inpedimento para el trabajo, que reza el artículo 433 modificado, de nuestro código penal.

Aunque sea a trueque de abusar un ratito más de la paciente atención con que me habeis escuchado y al objeto de comprender más bien, como actúan los proyectiles lanzados por los explosivos, encuentro del caso, exponeros suscintamente, los siguientes principios de balística. Primero: cuerpos esféricos disparados con cañón liso, sea el arma corta o larga, tienen dos movimientos. El de avance y el parabólico y a más el expansivo si hay más de dos proyectiles. Segundo: cuerpos cónicos o cilindro-cónicos disparados con cañón rayado, obedecen a tres movimientos; avance, parabólico y helicoidal. Tercero: cuanto más largo y estrecho es el proyectil, tanto mayor es su alcance y penetración. A esto último obedece el cartucho Lebel de origen belga.

En la confección de los proyectiles, generalmente solo entran el plomo hierro o antimonio y el níquel solo en los blindados, No es mi ánimo molestaros con la nota histórica del cartucho, que encuadraría aquí por encontrarla 1.º de poco provecho para nosotros, 2.º por ser tanta la variedad, que si solo recordamos, el puesto en práctica en 1800, cargado con lingotes hasta el criminal Dúm-Dúm empleado ya por los ingleses en el Sudan y el Transval y actualmente según nos cuenta la prensa, por alguno de los ejércitos que actúan en la guerra que eu estos momentos aflige casi toda Europa, resultaría la tal nota, pesada, inútil y fastidiosa.

Llegado a este punto el presente trabajo, cabe preguntar ¿cuál es el méto de curación más rápido de las heridas por arma de fuego? A buen seguro contestaremos unánimes; el que se oponga a las complicaciones o sepa conjurarlas en sus comienzos.

¿Cuál es el que cumple esas indicaciones? Sin duda el ideado por Lister y perfeccionado por los que han continuado su escuela.

Todo lo demás, es cuestión de arte operatorio ya que la naturaleza llámose a ésta, fuerza medicatriz, defensa orgánica, función fagocitósica, proceso cicatricial, etc.. se encarga de completar la curación.

Nada tengo que deciros sobre el material que integra esa clase de curas, pues de sobras lo sabeis por haberlo empleado cien veces en

vuestros enfermos. Desde el agua hervida u oxigenada hasta el sublimado corrosivo pasando por los alcoholes ensayados ya en épocas de Nelaton y Dupuytren, los fenoles, timoles, los yodos y aristoles y demás fármacos microbicidas, de todos los cuales está provisto nuestro arsenal. Tampoco tengo que encomiarnos el valor antiestreptocócico de ciertos fermentos, llámense estafilasas, micolicinas, etc., como igualmente la manera casi instantánea de preparación de suero normal para salir del apuro en la graves hemorrágias. De vendajes, apósitos y aparatos ortopédicos, igualmente me creo relevado de hablar de ellos, toda vez que me consta vuestro grado de ilustración, pues no solo conocéis sus nombres si que también su manejo con perfección.

Permitidme en estos momentos con el poeta que describía las fases de la mujer, exclamé: ¡Cuánto vá de ayer a hoy! Han pasado a la historia aquellos célebres balsamos y aceites vulnerarios llamados samaritanos, Malatz, Arceos y Fioravanto lo mismo que los unguentos y ceratos corriendo a la par la misma suerte las planchuelas, parches y trapos, para ser traducidos por los algodones y gasas empapadas sencillamente con vehículos esterilizados. ¿Se curaban los enfermos en aquellas épocas? Sí; se curaban cuando estaban agotadas las supuraciones que se hacían interminables y si alguno se perdía, era debido al haber caído en un estado caqnético o alguna complicación de las mentadas anteriormente. ¿Se curan hoy con los nuevos métodos de tratamiento? Sí; con más rapidez, menos deformidades y rara vez se complican. ¿Dónde está el secreto? Si el individuo se halla en buenas condiciones fisiológicas al ser alcanzado por el proyectil, puede el secreto condensarse en estas tres palabras: limpieza, limpieza y... más limpieza.

Compañeros: solamente la palabra guerra, me horripila. Quiera Dios que en día no lejano podamos borrar de los cuadros nosológicos, el capítulo que trata de las heridas por arma de fuego, aplacando el orgullo y ambición de los hombres que rigen los destinos de la tierra é infundándoles más temor al Criador que para ello les puso al mundo.

Si el presente trabajo ha sido de vuestro agrado, conservadlo en la memoria solamente como una de mis notas biográficas; que no? Echadle al olvido si así os place ya que os lo perdono desde este momento.

MIGUEL BOSCH MIR

San Felin de Pallarols 5 noviembre 1914.