



BOLETIN MENSUAL

¿ÉTICA?

Un médico de pueblo, con servicio activo bastante duro por lo extenso de su demarcación y lo heterogéneo de su clientela, mitad fabril y mitad rural, tiene el vicio de leer todo lo profesional que le viene a mano, afecto a su vez de una monomanía, la de redimir a la clase médica, buscando una fórmula que realice el milagro de convertirnos a todos en buenos, sabios y ricos.

Un día, ve en un periódico una crítica dura, especie de anécdota picante, sobre la conducta pública de un colega de lejanas tierras y sin documentarse mayormente, tal vez impulsado por la premura de tiempo y de compromiso de enviar algo para el BOLETÍN, aun posiblemente con la buena intención de lanzar un dardo inofensivo por la distancia y que se convirtiera en saludable revulsivo para los que dormimos acá. coge la pluma y subraya el shaksperiano episodio del médico enterrador.

Mala intención? Hemos quedado en que no la hubo, ligereza si en comentar a latigazos sobre livianos fundamentos de información, pero aun mas hubo imprudencia en estampar señas y localidad del acusado objeto de su filípica.

En junto nada recomendable el artículo, que aun salvando la buena intención pierde su mérito, quedando archivado en el negociado de *planchas periodísticas*.

Y así debía quedar la cosa en buena lógica con lo que seguramen-

te no se hubiera enterado de la ofensa el ofendido, ni nos hubiéramos enterado todos de lo que vino después.

Y vino, que a otro médico de los nuestros se le contagió el sistema de desfacer entuertos dejando a todo el mundo torcido y con tan oportuna ocasión enristra también la pluma, que en pala convertida queda en sus manos para exhumar el muerto de allá y todas las miseriucas que creyó endosar, no solo al firmante del artículo de marras, sino a un nutrido acompañamiento, puesto que estacazos había incluso para colectividades oficiales.

Por supuesto también puso nombres y señas.

Tampoco en este caso se ve clara la mala intención ni mucho menos, ¿pero que sentido moral es este que para recoger un grano de daño, allá muy lejos, imprudentemente lanzado, precise sembrarlo a manos llenas dentro de casa?

Que nos importaba a todos saber precisamente donde y que compañero había cometido una falta (en el supuesto afirmativo) cuando de fustigar la falta se trataba y no de imponer castigo al culpable?

Nada; hubiéramos comentado el hecho y celebrado el artículo y si por obra del diablo se enterara el aludido y viene la rectificación con nobleza y alegría la hubiéramos coreado.

Entiendo que con este sencillo criterio por norma. es fácil el libre comentario de hechos y la crítica hasta caustica si se quiere de faltas y defectos porque no peligra jamás el caer dentro el escándalo y la injusticia.

Pensemos que queramos o no, los que coivivimos en una comarca tenemos para los vecinos la casa de cristal, quiero decir que nos conocemos mutuamente con nuestros méritos, virtudes y defectos, por tanto el ataque o defensa personal, de poco sirven y la viva discusión sobre un caso concreto, pocas veces, casi nunca, llegara variar el concepto que nos merece un compañero o simplemente un colega; no escribo un amigo, porque entiendo que debe prohibirse el usar esta palabra entre galenos convecinos en pro de nuestra sinceridad, para no complicar demasiado estas cuestiones de ética profesional.

¿Ética o *garbanzos*, amigo Vidal? dispensadme; se me escapó la palabra, pero vivimos fuera del radio de ataque y mis sentimientos me trahicionan muchas veces.

E. BARNADAS.

SOBRE LA RECONSTITUCIÓN DE LA URETRA

Nuevo procedimiento de Marión. — Un caso de observación personal.

Una de las afecciones o mejor dicho de los accidentes en que desde los primeros momentos se decide la suerte próxima o remota del enfermo es la rotura de uretra.

Bœckel en 1868 decía: toda rotura de uretra es una estrechez en germen.

Y esta afirmación emitida en fecha tan remota quedaba aun confirmada por la Clínica y la experimentación no solamente para los casos abandonados a su evolución espontánea, sino para los tratados clásicamente, que solo llevaban a los primeros la ventaja del sostenimiento del calibre uretral mediante un periódico y perpetuo cateterismo.

Son contadas las observaciones en que la reconstitución de la uretra por los diversos procedimientos empleados, diera por resultado el mantenimiento indefinido de su calibre. Y aun hay que aceptarlos a beneficio de inventario si se tiene en cuenta que la mayoría hacen referencia a enfermos salidos de los hospitales, perdidos de vista, y que no han dado de consiguiente lugar a un plazo lo suficiente largo para comprobar la falta de coartación del canal.

En toda rotura traumática de uretra hay dos cuestiones a resolver: la primera, preservar al enfermo de los accidentes locales o generales que ordinariamente acompañan a este traumatismo; la segunda ya va mas lejos, y es el porvenir del canal con todas sus consecuencias. Las dos son altamente importantes y reclaman casi por igual una solución urgente; la primera la solventa una simple uretro-tomia externa, pero no así la segunda, y he aquí el caballo de batalla de la cuestión motivo de este pequeño trabajo.

Siendo el sitio mas complicado y frecuente del traumatismo uretral su porción bulbo-perineal, cuantas consideraciones se hagan, harán referencia a la misma.

No me detendré en las rupturas intersticiales ni parciales, que si bien pueden tener consecuencias remotas gravísimas como se verá por el caso que describiré, raras veces obligan al médico de cabecera a in-

tervenir, sino de rupturas totales ya bien denominadas graves en que la sección de la uretra alcanza la mucosa, el bulbo y su oponeurosis de envoltura.

En esta clase de roturas, tanto si son completas como incompletas es decir tanto si abarcan todo el segmento uretral, como la pared inferior solamente, la triada sintomática de la lesión se ofrece a los ojos del médico con toda su esplendidez, obligándole, así por los sufrimientos siempre crecientes del paciente como por los fenómenos locales y generales que en el mismo se observan a tomar una determinación cuyas consecuencias pueden ser funestísimas si no es oportuna.

¿Qué partido hay que tomar pues ante un individuo que después de un traumatismo sobre el periné, está con retención absoluta de orina, hemorragia uretral más o menos cuantiosa y tumoración equimótica del periné? lo primero y principalísimo alejar toda idea de introducir la sonda que es la primera que suele ocurrir a todo práctico frente a un caso semejante; su condenación definitiva ya fué pronunciada por Guyón en 1876 en la Sociedad de Cirugía de París.

El cateterismo fracasa la mayoría de las veces, sobretudo si la rotura ha sido completa, pues los extremos tienen por una parte la contigüidad destruida y la mucosa está arrollada. Pero aun en el caso de triunfar, no quepa ninguna duda que será el mejor y mas seguro vehículo para llevar la infección, primero, al foco traumático cerrado lleno coágulos y tejidos en vías de esfacelo, y mas tarde al riñón mas o menos apto según lo que haya durado la retención, y según el estado cardio-arterial del lesionado.

La uretrotomía externa, la abertura del foco traumático es indiscutiblemente el soberano recurso para triunfar de una vez de todas las molestias, accidentes y peligros tanto locales como generales que pueden presentarse: Acaba con la retención vesico renal, hace cesar la distensión del foco traumático producida por el esfuerzo muscular de la vejiga que luchando en vano para librarse de la retención determina un segundo traumatismo; abre amplio drenaje, facilita una buena circulación a los tejidos afectados de estupor y aleja los peligros de uremia.

Pero como decía mas arriba no está aquí todo el problema; hay que pensar en la suerte definitiva de nuestro enfermo; procurar que no se cumpla la afirmación de Bœckel; que no sea mas o menos tarde un estricturado.

Desde que Guyón en 1876 condenando la sonda permanente proclamó la supremacía de la uretrotomía externa y la colocación inmediata

de la sonda para moldear el futuro canal, han venido sucediéndose diversos procedimientos: Guyón se concretaba a buscar el extremo del fragmento posterior para introducir en él la sonda pasada ya por el anterior, y proseguir la curación con dilataciones periódicas y graduadas con el Beniqué.

Apesar de que este gran urologo citaba algún caso en que la uretra se mantuvo al través de largos años, sin disminuir de calibre, había que considerarlos como debidos a la casualidad o a que no había separación de fragmentos, pues en el caso de haberla, el segmento de tejidos vivos comprendido entre estos tenía que producir una cicatriz irregular y proliferante que en tiempo mas a menos remoto había de determinar la coartación del canal.

El procedimiento de Guyón pues, a pesar de dar un gran paso, no resolvía el porvenir uretral del paciente ni satisfacía el ideal de la cirugía moderna: la cicatrización por 1.^a intención, la cicatriz linear, sin tejido inodular, y sin engrosamiento periuretral; y de aquí nacieron los procedimientos de sutura uretral, que iniciados con experiencias en el perro por Kauffucan (1) y Haglez (2), fué ensayado por primera vez en el enfermo por Birkett en 1866; mas tarde por Savariaud (3) y Nougés (4) quien en 1892 cita 17 casos operados por sutura circular de la uretra, y de los demás planos del periné.

Pasteau et Yselin presentaron en la misma fecha 18 casos mas operados por igual procedimiento. En todos ellos la derivación de la orina se verificó mediante la sonda uretral permanente.

El caso de Savariaud a pesar de la precaución de drenar el periné por un tubo que partía de la uretra fué seguido de accidentes infecciosos que obligaron a romper la sutura perineal dando lugar a fístula que hubo de curarse laboriosamente por 2.^a intención, con toda la secuela de infiltración embrionaria y formación fibrosa consecutiva.

No fueron mucho mas afortunados los casos de Nougés y de Pasteau; en casi todos ellos hubo extravasación de la orina por el periné, señal evidente del fracaso de la sutura uretral, engrosamientos e inducciones de la cicatriz y estrecheces consecutivas.

Walther Peyrot (5) y Delaunay en sus comunicaciones acerca la

(1) Kauffmann—Deutsche Chirurgie 1886 p. 50.

(2) Haglez—Deutsche Zeit für Chirurgie Bd. XXIX. H. f. t. 4.

(3) Savariaud—Presse medical. 12 fevrier 1893.

(4) Nougés—These de Paris 1892.

(5) Walther—Société de Chirurgie 26 juni 1901.

Peyrot " " " " "

Delaunay—These de Paris 1894.

sutura uretral, demuestran con hechos de observación personal lo anteriormente confirmado, es decir que muy raramente puede considerarse como profiláctica de la estrechez consecutiva.

En este estado las cosas, en 1906 Pasteau et Yselin jefes de Clínica del Hospital Necker de París publicaron una notabilísima memoria premiada por la Academia de Medicina con el premio Argenteuil titulada: «La reparación de la uretra perineal en los traumatismos graves del periné, en las estrecheces consecutivas a traumatismos y en ciertos casos de estrecheces blenorragicas consideradas incurables.»

En esta rica memoria, después de un espléndido estudio histórico de la lesión, de los procedimientos curativos en la misma empleados, y de su poco menos que completo fracaso; exponen un nuevo procedimiento cuyo fundamento reasunian con este principio: *Para que la reconstitución de la uretra tenga éxito y duracion, no debe ser intentada hasta que sus condiciones favorables hayan sido preparadas mediante otra operación preliminar.*

El procedimiento de Pasteau et Yselin para restaurar la uretra con carácter definitivo, como ya lo dice el enunciado de la memoria no solo es para los casos recientes de rotura grave sino para los casos antiguos de estrechez ya formada y aun para los de estrechez blenorragica complicada de fistulas perineales o perineo-escrotales, o en los que la resección uretral pueden proporcionarnos la cura radical de la estrechez.

La operación constaba de dos tiempos: el primero consistia en fistulizar anchamente la uretra, en una verdadera uretostomia que se lleva a cabo sencillamente suturando, los dos extremos resultantes de su rotura o de su resección, en el periné por cuatro puntos de sutura. Y el segundo, llevado a cabo después de la perfecta cicatrización, en la obturación de la fistula mediante una sencilla antoplastia a doble colgajo, invertido el primero y por deslizamiento el segundo. De manera que el nuevo segmento uretral resulta formado de una parte de tejido uretral y otra de tejido tegumentario.

Teniendo en cuenta que es un procedimiento en cuyo primer tiempo o de cicatrización uretral la uretra y el periné quedan abiertos oponiéndose a la infiltración de los alrededores de la uretra, a la retención de los productos sépticos en la línea de la sutura que cuando menos han de ser acarreados por la misma sonda desde la uretra anterior, quedan sentadas y admitidas sus grandísimas ventajas, en la seguridad casi absoluta de que no quedará zona de peri-uretritis crónica, que es la que en fecha mas o menos remota nos llevaría la estrechez.

Encantado ante fundamentos tan racionales no dudé en llevar este procedimiento a la práctica tan pronto tuviera ocasión.

Y efectivamente cuento con once casos de observación personal repartidos en tres de rotura grave de uretra, y ocho de estrechez blenorragica graves (cinco con fistulización perineo-escrotal y tres simples).

De los tres primeros cuyos resultados inmediatos fueron buenos, solo tengo noticias de uno cuya operación data de cinco años, y acusan su perfecto estado urinario del que no obstante no respondo sin explorar al individuo. Todos sabemos con cuanta frecuencia se oculta una estrechez filiforme en un individuo que a su decir orina perfectamente.

De los ocho últimos, dos operados hace mas de cinco años han quedado voluntariamente fistulosos es decir solo se sujetaron a la primera operación que consistía en resección de uretra y abocamiento de sus extremos (suturados mutuamente por su pared superior) el perine, y ha prescindido de la obturación de la fistula. Orinan perfectamente, tienen el canal de gran calibre, y como antes de la operación sufrían mucho y estaban en pésimas condiciones, se dan ya por muy satisfechos apesar del achaque de una fistula perineal.

A otro operado hace seis años tuve que practicarle un año después la uretrotomia interna por haberse reproducido la estrechez en el mismo sitio resecado. Hay que advertir que tenía la región perineo-escrotal llena de fistulas y absesos, y de una peri uretra crónicamente infiltrada, mucho hay que desconfiar apesar de hacer una amplia resección de tejidos.

De los cinco restantes, solo tengo noticias de uno, operado siete años atrás que apesar de no haberse sujetado a dilataciones de ningún género, orina perfectamente sin que su calibre uretral 56 Benique haya retrogradado lo mas mínimo según pude comprobar hace mas de dos meses.

Hace dos años que (1) Marión profesor agregado de la facultad de Medicina de París y eminente urologo del Hospital Lariboisiere, dió a conocer un nuevo procedimiento de reconstitución uretral por uretrotomia circular, que a mi entender salva todos los inconvenientes de los procedimientos de sutura uretral empleados hasta hoy y únicamente salvados con el ya citado de Pasteau et Yselin, sin caer en los lunares de este último, pero que por la sencilla razón de ser el menos malo pasaban casi voluntariamente desapercibidos.

J. MASSA.

Continuará

(1) Marión—Journal d'urologie 15 Abril 1912.

SOBRE LA NEURITIS ÓPTICA OXICEFÁLICA

La frecuencia con que a las deformidades craneales, ya raras de sí, se añadían trastornos visuales caracterizados en casi todos los casos por una afección del nervio óptico de naturaleza neurítica que terminaba, naturalmente, por una atrofia mas o menos completa de dicho par craneal, hizo aceptar la existencia de una estrecha relación entre ambos procesos, pues, no podía admitirse fuera la coexistencia de las dos lesiones un hecho puramente fortuito, dada, sobre todo, la constancia de caracteres que ofrecía la evolución combinada del proceso craneal con el trastorno óptico. De todas las deformidades craneales, la que con mayor frecuencia va unida a trastornos visuales es



la oxicefalia, acrocefalia o pirgocefalia, llamada por los franceses *crâne en pain de sucre* y *Turmschädel* por los alemanes. A partir de la primera observación publicada por Michel en 1873, el número de ellas se ha multiplicado cada vez más y hoy son pocos los oftalmólogos que durante el ejercicio de su profesión no hayan tenido ocasión de examinar a alguno de esos enfermos.

El aspecto de los individuos afectos de neuritis óptica oxicefálica no puede ser mas característico. Esencialmente la deformidad craneal se caracteriza por un alargamiento del cráneo en el sentido de su altura con estrechez de la frente. En los casos mas típicos el cráneo parece haber sufrido un aplastamiento tanto en sentido lateral como en el ántero posterior. La frente huyente en su parte inferior se eleva después verticalmente de modo que su perfil en lugar de mostrar la convexidad de las abolladuras frontales forma más bien un ángulo entrante, aunque muy abierto. La región occipital está poco desarro-

llada. Lo propio ocurre con los arcos superciliares, lo que, unido a la poca profundidad de la órbita, explica la exoftalmía que en mayor o menor grado suelen presentar esta clase de enfermos. Las fotografías que acompaño pertenecen a un caso típico de la afección que nos ocupa, aunque no de los más exagerados, creo darán a mis colegas una idea mucho más exacta de la deformidad craneal, que toda descripción anatómica.



Trátase de un muchacho de 13 años de edad, natural de Llagostera. Sus padres gozan de buena salud. La madre tuvo cuatro hijos siendo el primero de ellos nuestro paciente. El segundo fué una niña, completamente normal. El tercero, varón, murió a los 6 meses, no recuerda la madre de que enfermedad. Finalmente, el cuarto, también varón, cuenta hoy 3 años de edad y no ha presentado manifestación patológica notable que pueda interesarnos. La rusticidad de la madre no permitía hacer *filigranas* en el interrogatorio del cual ningún dato (positivo) pude sacar que fuera digno de tenerse en cuenta. Los conmemorativos personales del paciente no ofrecen tampoco nada que merezca consignarse. La deformidad craneal se inició y evolucionó en los primeros años y cuando los padres se apercibieron de la deficiencia visual de su hijo, la agudeza de éste había ya sufrido una merma considerable.

Un especialista fué consultado, el cual hizo un pronóstico muy sombrío de la afección y ordenó al enfermo un tratamiento reconstituyente. Posteriormente la disminución de la agudeza visual se detuvo y ha permanecido estacionario hasta la fecha.

Nuestro enfermo presenta, además de la deformidad craneal característica, un ligero grado de exoftalmía, los globos oculares en estrabismo divergente y animados de un nistagmus oscilatorio, atribuible, como el estrabismo divergente, a la exigua agudeza visual. Los medios oculares son perfectamente transparentes. Las pupilas reaccionan a la incitación lumínica directa si bien algo perezosamente, siendo la derecha la que con más lentitud se contrae y quedando un poco más dilatada que la del lado opuesto en su fase de contracción máxima. La reacción consensual está también conservada, ocurriendo por lo que a la contracción pupilar se refiere un fenómeno inverso al descrito en la reacción directa. No pude formarme idea exacta de la refracción del globo por las dificultades que ofrecía el examen

objetivo por la esquiascopia en un sujeto afecto de nistagmus. Desgraciadamente tampoco podía obtener datos mediante el examen subjetivo, ya que el método de Donders no tiene aplicación a los casos en los que solo existe visión cuantitativa.

El fondo del ojo ofrecía el aspecto de atrofia simple de la papila del nervio óptico. Esta presentaba un color blanco nacarado, muy brillante que contrastaba singularmente con la fuerte pigmentación que ofrecían las demás regiones del fondo del ojo. Los desplazamientos paralácticos permitían apreciar la existencia de una excavación papilar bastante acentuada tal como suele presentarse en las atrofonas simples, sin que los vasos formaran esas acodaduras tan pronunciadas en los casos en que la atrofia óptica se ha producido secundariamente a un proceso de hipertonia. Las arterias y venas retinianas ofrecían un aspecto normal tanto en lo referente a su calibre como en lo tocante a su color, trayecto, integridad de su túnica externa, pues no pude descubrir ningún resto de perivasculitis. La región macular y la periferia retiniana eran completamente normales.

El examen de la agudeza visual dió el siguiente resultado:

$$V. = \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D. Percibe los movimientos de la mano} \\ \text{a 0'50 metros.} \\ \text{O. I. Percibe los movimientos de la mano} \\ \text{a 0'20 metros.} \end{array} \right.$$

La motilidad ocular era sensiblemente normal. Lo mismo puede decirse de la tensión intraocular. Interrogado por la madre acerca del porvenir visual de su hijo, dijela que ningún tratamiento era capaz de devolverle la visión perdida, pues las lesiones eran irremediables y no susceptibles de retrogradación, pero tranquilicela al mismo tiempo en sus temores de que sobreviniera la ceguera completa con el transcurso del tiempo, ya que la atrofia consecutiva a un proceso neurítico está siempre en relación con la intensidad del mismo y cuando el proceso atrófico ha llegado a estacionarse por haber ya alcanzado el grado que según la importancia e intensidad de las lesiones primitivas le correspondía, suele siempre mantenerse el *statu quo*. Por esta razón desaconsejé todo tratamiento, que en este período resultaría con seguridad completamente inútil.

Descrito el caso que antecede y que considero muy típico de la afección que nos ocupa voy a hacer, antes de concluir, algunas consideraciones generales sobre la misma.

En primer lugar: ¿Cuál es la causa que origina la deformación craneal? La mayor parte de las investigaciones realizadas en este sentido han dado un resultado negativo. El factor etiológico sigue envuelto en

la bruma a causa de la inconstancia de los hallazgos anatómicos. No puede encontrarse un solo antecedente hereditario que sea lo suficientemente constante para que pueda sacarse de él una conclusión. Algunas veces, aunque raras, la herencia se ha manifestado por la existencia de la misma deformidad craneal en dos individuos de una misma familia. En cuanto a los antecedentes personales se encuentran limitados a la existencia de una cefalea anterior y en algunos casos, de convulsiones. Virchow y Hirschberg han considerado a la neuritis óptica como dependiente de una inflamación meníngea a la cual se ha atribuido también la deformación craneal. Krauss invoca al raquitismo. Aun cuando en ciertas autopsias dicen haber encontrado los nervios ópticos muy adelgazados y como comprimidos dentro de un agujero óptico demasiado estrecho, las mensuraciones practicadas en muchas otras autopsias de casos de oxicefalia no han podido demostrar estrechez ninguna de los agujeros ópticos. Virchow opina que la causa de la deformidad reside en una afección de la dura madre que tiene por consecuencia una soldadura demasiado precoz de los huesos del cráneo. En realidad la opinión de Virchow explica satisfactoriamente la patogenia de las lesiones, puesto que, al soldarse prematuramente los huesos del cráneo debe producirse un aumento pasajero de la tensión intracraneal, que se manifiesta por el éxtasis papilar y que parecen confirmar las cefaleas y las convulsiones.

Quizás pueda parecer extraño que siendo como es el proceso óptico un extasis papilar o neuritis edematosa, los enfermos ofrezcan a menudo el aspecto de atrofia simple del nervio óptico en lugar del de atrofia postneurítica. Esto depende de que, al iniciarse el desarrollo de la deformidad craneal y paralelamente al mismo el de la neuritis óptica, el niño es todavía demasiado pequeño para darse cuenta de su alteración visual, y como, por otra parte, el extasis papilar es compatible en muchos casos, por lo menos al principio, con una agudeza visual relativamente buena, resulta de ello que cuando los padres notan que el niño da muestras de una visión defectuosa, ha transcurrido ya bastante tiempo, el necesario casi siempre, para que al aspecto de extasis papilar haya sucedido el de atrofia postneurítica, caracterizado, además del color blanco mate o blanco grisáceo que presenta la papila, por una cierta irregularidad de sus bordes que aparecen difusos o bien presentan finos dentellones, pudiendo los vasos, en particular las venas, ofrecer un ligero grado de dilatación o de flexuosidad. Pero, con el transcurso del tiempo, puede tener lugar un *restitutio ad integrum* más o menos completo y entonces no es raro que esos exudados

papilares y peripapilares desaparezcan hasta el último resto y los vasos vuelvan a recobrar su aspecto normal, en cual caso el cuadro que ofrece la atrófia papilar se asemeja mucho mas al de una atrófia simple o genuina del nervio óptico que al de una atrofia postneurítica, que es lo que precisamente ha ocurrido en nuestro enfermo.

Respecto al estado de la función visual después de la evolución del proceso óptico, pueden encontrarse todos los grados intermedios entre una visión casi normal (a pesar del marcado aspecto atrófico que puede presentar la papila aun en estos casos) y la ceguera completa. A veces, uno de los ojos conserva una agudeza visual relativamente buena, mientras su congénere está completamente amaurótico. Esta desigualdad en el grado de alteración visual de los dos ojos es muy frecuente. De un modo análogo, el campo visual, en los casos en que es posible investigarlo, puede presentar muchas variantes. A veces muestra una extensión normal; en otros casos, reducciones periféricas más o menos acentuadas.

Un dato digno de tenerse en cuenta es que, a pesar del aspecto de imbecilidad que las más de las veces presentan los oxicefálicos, el desarrollo intelectual no sufre generalmente menoscabo y hasta, seguramente por un efecto de contraste, parecen mejor dotados, que los demás niños de la misma edad, como ocurría, por ejemplo, en nuestro caso.

Quédanos únicamente a considerar la cuestión del tratamiento. Es un asunto bastante árduo dada la oscuridad en que se halla envuelto el factor etiológico. Lo que sí, debe recordarse es que, únicamente puede intentarse algo en el período de desarrollo de las lesiones, ya que una vez llegado el período atrófico, es inútil cuanto se haga.

Como son pocos los casos en los que el médico ha sido consultado en tiempo oportuno, la experiencia es también poca para que pueda preconizarse con fundados motivos una terapéutica determinada. Algunos autores aconsejan instituir desde el principio un tratamiento mercurial (Morax).

Séame permitido exponer a propósito del tratamiento de esta afección, una opinión personal.

Desde el momento que se trata de una neuritis edematosa o sea un éxtasis papilar, para cuya patogénia se invoca un aumento de la tensión intracraneal, resultado de una soldadura precoz de la suturas, que reconocería como causa una efeción de la duramadre, según Virchow, y no encontrándonos en manera alguna en estado de poder combatir esta afección meníngea por desconocer su etiología, no nos

queda otro recurso que luchar contra la hipertensión craneal que es la que, según parece, origina la neuritis edematosa. Por este motivo creo yo indicados en estos casos de neuritis oxicefálica, las mismas intervenciones paliativas que se practican en los enfermos afectos de extasis papilar bajo la dependencia de neoplasia intracraneal, que obra elevando la tensión del líquido céfaloraquídeo gracias a su aumento progresivo de volumen, y en este sentido opino podrían emplearse: la punción lumbar, la trepanación craneal y la punción del cuerpo calloso o *Balkenstich* de los alemanes, que tan buenos resultados ha dado en casos de éxtasis papilar, sobre todo en el período inicial.

Como no dispongo de literatura médica, sobre la afección que me ocupa, ignoro si alguna prueba se ha hecho en estos últimos tiempos en el sentido que acabo de indicar. En todo caso, dada la relativa rareza de la afección, es preciso aguardar algún tiempo para que el número de experiencias practicadas, permitan adoptar una orientación precisa en lo que a la terapéutica se refiere.

DR. B. CARRERAS.

Abril 1914.

Consideraciones sobre el hidrocele vaginal y su tratamiento

(Continuación)

V. N. N. de Las Presas, no consta en las notas; ni la edad, ni las condiciones del hidrocele, ni el lado que ocupaba. Operado radical 30 Septiembre 1881, inyecciones vinosas, resultando curado sin contratiempo, pero sin fijar la duración.

VI. J. C. de 50 años, hidrocele derecho mediano. Herniado del propio lado desde 11 años atrás aplicandose vendaje sin salir más la hernia. (En 15 Julio 1881 se le puncionó saliendo líquido citrino, pero en poca cantidad, o por escape de la cánula o por ser multilobular, por cuyo motivo no se practicaron las inyecciones). Operado radical 30 Septiembre 1881, líquido citrino, 2 inyecciones vinosas, adicionando la 2.^a con tintura de iodo. Al marchar a su casa en 23 Octubre tenía el testículo abultado todavía, el 29 del propio mes lo tenía bastante menos abultado, disponiendo, fomentos de clorhidrato amónico con agua, pero no dejaba de tener el tumor la mitad de las dimensiones de antes de operar. No he vuelto a ver al enfermo.

VII. J. C. de 50 años de edad, hidrocele izquierdo mediano. (Operación, paliativa el 28 Diciembre 1881). Operado radical 1 Junio 1882, líquido

citrino, 2 inyecciones vinosas calientes, dolores vivos después de la intervención, alguna reacción al siguiente día, eritema de la piel al 10º suspendiendo unturas. Curado completamente el 28 del propio mes.

VIII. C. R. de 47 años de edad, hidrocele derecho, bastante voluminoso. Operado radical 26 Marzo 1883, líquido citrino, 2 inyecciones vinosas. El 12 Abril renueva el trabajo, hallándose completamente curado el 15 del mismo mes.

IX. J. O. 30 años de edad, hidrocele lado derecho, pequeño. Operado radical 23 Abril 1883, líquido citrino, 2 inyecciones vinosas, reacción al siguiente día, el 6 Mayo sale a paseo hallándose completamente reabsorbido el líquido el 14 del propio mes. Curación muy rápida.

X. F. T. no está anotada la edad, pero pasa de los 50 años, hidrocele del lado izquierdo, mediano. Operado radical 15 Mayo 1884, líquido citrino, 2 inyecciones vinosas y curado sin contratiempo. Tampoco consta en las notas la duración.

XI. I. M. no consta la edad, hidrocele izquierdo, poco voluminoso. Operación radical 3 Febrero 1886, líquido citrino, inyecciones vinosas, resolución rápida, casi completa el 16 del propio mes.

XII. J. O. 33 años de edad, hidrocele izquierdo pequeño. Operación radical 4 Octubre 1886, líquido citrino, inyecciones vinosas, curación rápida.

XIII. I. S. 41 años de edad, hidrocele lado izquierdo, voluminoso. Operación radical Casa Curación 17 Marzo 1890, líquido citrino 3 inyecciones vinosas adicionado con tintura de iodo la 3.ª por no haberse despertado dolores en las primeras. En 2 Junio inmediato sale de la Casa Curación casi completamente resuelto. Este es uno de los enfermos a quien 11 años más tarde se intentó hacer una operación radical en el lado derecho, pero habiendo salido solamente unos 30 gramas de líquido citrino y encontrado muy abultado el testículo, no se hicieron las inyecciones vinosas, contentándose con la paliativa solamente, por miedo a consecuencias.

XIV. J. C. 28 años de edad, hidrocele vaginal doble, voluminoso el derecho y pequeño el izquierdo, orquitis crónica de este lado. Operación radical el 23 Febrero 1891, Casa Curación. En una misma sesión se operó sin incidente el lado derecho, líquido citrino, inyecciones vinosas, teniendo después el enfermo un ligero estado sincopal. Se puncionó el lado izquierdo (contra la voluntad del paciente) pues él quería aplazar la operación del lado izquierdo, penetrando al trocar en un tejido duro, no saliendo líquido al retirar el trocar; nueva punción y al retirar el trocar salió a gran chorro líquido citrino, pero en pequeña cantidad, se quiso hacer inyección vinosa y no entró ni poca ni mucha, se retiró la canula y salió por la herida una gota de sangre. — 24 Febrero. Dolores en ambos riñones, algo de fiebre, vómito alimenticio. Se dispusieron inmediatamente las unturas mercuriales belladonizadas con opio yalconfor en el lado izquierdo, abrigando la región con

cataplasmas emolientes. — 25 Febrero. Menos dolores, señales de catarro gástrico, un vómito y algo de fiebre. Se dispuso una limonada purgante de citrato magnesia, fomentos vinosos lado derecho y unturas y cataplasmas lado izquierdo. — 26 Febrero, mañana. Dolores trayecto cordón izquierdo, timpanismo, algo de hipo, deposición por la mañana, no hay dolores en los riñones, lengua saburrosa y continúa un algo de fiebre. El lado derecho inchándose, el izquierdo muy inchado menos dolorosos los testículos. Caldo flojo, substancia de pan, gaseosa, lavativas, fomentos vinosos lado derecho, unturas y cataplasmas lado izquierdo. — 26 noche. Sin fiebre, lengua algo espurca, ligeras deyecciones con las lavativas, poca sed, dolor sobre la ingle izquierda y, trayecto cordón, orina sedimentora y escasa. El lado derecho poco abultado. Se dispone una gomosa landanizada. — 27 Febrero. Los dolores han continuado en el vientre a pesar de la medicación hasta la madrugada, las orinas más abundantes, poco sufrimiento, sin fiebre ni sed, menos timpanismo sin vómitos ni hipo, siendo igual el estado local. — 28 Febrero. Algún dolor de vientre de vez en cuando, borborignos, algo de timpanismo, eructos, alguna ventosidad, sin fiebre y orinas claras. Poción gomosa nitrada y landanizada, unturas y cataplasmas lado derecho, paños calientes lado izquierdo. Igual alimentación. — 1 Marzo. Pocos síntomas generales, inchazón subida lado derecho y muy disminuido lado izquierdo.

Entre los días 3, 4, 5 y 6, Marzo desaparecen todos los síntomas generales, quedando localmente muy rebajado el testículo derecho que está completamente indolente y en el izquierdo se aplican nuevamente unturas y cataplasmas. Se aumenta la alimentación.

10 Marzo. Empieza a levantarse, pero se halla flacucho, pálido, teniendo algo de abultamiento en el lado izquierdo.

14 Marzo. Sale de la Casa Curación resuelto el hidrocele del lado derecho, muy rebajado el izquierdo pero con neuralgia del testículo de este lado. Se le aconseja el uso del yoduro potásico al interior y llevar suspensorio constantemente. Con posterioridad supe que la neuralgia desapareció completamente hallándose muy bien el enfermo.

Esta historia se presta a consideraciones: 1.º por tener hidrocele doble, voluminoso el derecho y pequeño el izquierdo con orquitis crónica, 2.º por haber operado ambos lados en una misma sesión habiendo tenido dificultad para extraer el líquido del hidrocele izquierdo y no haber sido posible hacer inyección vinosa en este lado, 3.º por haber salido una gota de sangre al retirar el trocar, pudiendo significar aquello la punción del testículo hipertrofiado, 4.º la imposibilidad de hacer inyección vinosa en este lado a pesar de haber extraído líquido citrino, 5.º la aparición inmediata de fuerte neuralgia del cordón, 6.º la aparición de signos de peritonismo acompañados de fiebre, que no dejaron de inspirar serios cuidados y 7.º la normalidad en el curso posoperatorio del lado derecho.

XV. B. M. de 50 años de edad, hidrocele derecho, mediano, dimensiones. Operación radical 2 Enero 1892, líquido algo oscuro, inyecciones vinosas, curado.

XVI. J. B. la edad no está anotada, hidrocele izquierdo, mediano. Operación radical 11 Octubre 1893, líquido citrino, inyecciones vinosas, curado.

XVII. P. J. D. no está anotada la edad, hidrocele izquierdo, mediano. Operación radical 11 Diciembre 1894, líquido citrino, inyecciones vinosas, curado.

XVIII. I. F. no está anotada la edad, hidrocele izquierdo, voluminoso. Operación radical 12 Mayo 1895, líquido citrino, inyecciones vinosas, curado.

XIX. M. V. edad no anotada, hidrocele izquierdo voluminoso. Operación radical 13 Marzo 1895, líquido citrino, inyecciones vinosas, curado.

XX. J. P. no está anotada la edad, hidrocele izquierdo pequeño. Operación radical 3 Abril 1895, líquido citrino, inyecciones vinosas, curado.

XXI. J. B. edad 50 años, hidrocele (no dice el lado) más que mediano. Operación radical 2 Marzo 1897, líquido acafetado, inyecciones vinosas, curado el 28 del propio mes, pero tenía algo abultado el testículo.

XXII. M. R. edad 66 años, hidrocele izquierdo, mediano. Operación radical 17 Marzo 1903, líquido citrino, inyecciones vinosas, curado.

XXIII. S. B. edad 25 años, hidrocele (no dice el lado) voluminoso. Operación radical 17 Marzo 1903, líquido citrino, inyecciones vinosas, curado.

XXIV. R. C. edad 22 años, hidrocele izquierdo, mediano. Operación radical 9 Junio 1904, líquido citrino, inyecciones vinosas, curado.

XXV. A. O. bastante joven, hidrocele izquierdo, mediano. Operación radical 4 Abril 1905, líquido citrino, inyecciones vinosas, curado.

XXVI. R. P. edad 55 años, hidrocele izquierdo, más que mediano. Operación radical 23 Marzo 1909, líquido citrino, inyecciones vinosas, resuelto el 13 Mayo. Curación retardada.

XXVII. J. R. joven todavía, hidrocele doble, voluminoso el derecho y pequeño el izquierdo. Operación radical 2 Abril 1909 en una misma sesión, líquido citrino, 3 inyecciones vino caliente en el derecho y dos inyecciones en el izquierdo, a los 20 días resuelto el izquierdo y en el derecho reabsorción derrame más prolongado, curado.

JUAN DANÉS

(Continuará)