

GACETA MÉDICA DEL NORCE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXI

Bilbao Noviembre—1915

Núm. 251

SUMARIO

- Inyección epidural*, traducción del Dr. W. L. Albo.
Conducta que debe seguirse en las retenciones placentarias, por el Dr. Alvarez Esquerdo (Conclusión).
Diagnóstico precoz de la insuficiencia del corazón, por el Dr. D. Antonio Mut (Conclusión).
Ventajas del análisis del quimismo gástrico para el tratamiento de la auto intoxicación gravídica, por M. Portaceli.
Tratamiento de la vulvovaginitis.
Revista de Revistas.
Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.
Decálogo higiénico.
Libros.

Inyección epidural

(Epidurale Injektion.) Dr. W. Enderle, D. m. W., núm. 33, 1915.

TRADUCCIÓN DEL DR. W. L. ALBO

Ahora hace doce años que recibimos de Francia la comunicación sobre un nuevo tratamiento de la ciática. Chatelin y Siccard fueron quienes al ensayar un procedimiento nuevo de anestesia de las extremidades inferiores en el conducto sacro, hicieron el descubrimiento de que el territorio correspondiente no se hacía verdaderamente anestésico sino hipostésico por largo tiempo, y á la vez apreciaron que eran influídas favorablemente las funciones de la vejiga y del recto, deduciendo de aquí inmediatamente su empleo útil en terapéutica y realizando la inyección en los trastornos de los territorios citados.

Este método encontró al princpio poca aplicación y acogida en Alemania. Su primera difusión entre nosotros se debió al trabajo de Blum, aparecido en el año 1910, y á una disertación de Wierler en el mismo año. En los últimos años se han publicado más trabajos sobre este procedimiento por Strauss, Langbein y v. Frie-

drich, quien ensayó el método en ginecología, aunque ya había sido empleado en esta especialidad por Stöckel y Albrecht. Asimismo Laudon refiere ensayos en las afecciones ginecológicas, y Heile sobre su influencia en las enfermedades consecutivas á deformidades de la columna vertebral. Lo dicho es lo más importante respecto á los autores alemanes durante los últimos años. Entre los médicos extranjeros debemos citar á Le Du y á Mello Leitão; éste informó acerca del valor terapéutico ya conocido en los casos de enuresis nocturna infantil.

Si bien el método fué conocido por ese medio por mayor número de médicos, sin embargo no halló hasta ahora la correspondiente aplicación á que era merecedor en vista de su valor terapéutico, en el dominio de los médicos prácticos.

Me parece por consiguiente oportuno referir una serie de casos que fueron influidos favorablemente por este tratamiento, y también diré algo sobre las particularidades de su técnica, por lo demás fácilmente practicable, ya que en estos últimos años se han extendido mucho sus aplicaciones, que aún no se encuentran hoy agotadas.

Primeramente expondré algunas consideraciones anatómicas. El sitio para practicar la inyección es la escotadura sacro-coxígea—el hiatus sacralis, de los anatómicos alemanes,—la cual yace en el límite inferior de la región sacra y constituye el acceso más inferior al canal lumbar. Tiene la forma de un ángulo abierto hacia abajo, figurando una V (Δ) invertida; el punto de intersección de ambos lados está formado por la última eminencia de la cresta sacra media, y los lados se hallan constituidos por las astas sacras que toman á menudo la forma descrita. Todo ese ángulo está recubierto por el ligamento sacro-coxígeo posterior superficial. La entrada entre las astas sacras es prácticamente reconocible, pues éstas se elevan en el hombre en forma de una eminencia más ó menos clara á medio centímetro de la línea media y circunscriben un espacio triangular equilátero en cuyo punto central debe introducirse la aguja. Palpando de arriba hacia abajo la columna vertebral, se aprecia la escavación cuyos límites acabamos de describir, inmediatamente después de la última apófisis espinal; muy frecuentemente en individuos flacos se tacta una superficie elástica al comprimir verticalmente, que no es otra cosa sino el ligamento extendido á modo de teja sobre el hiatus. Recordaré también otro procedimiento de orientación que fué diversamente recomendado: «A partir del final del pliegue glúteo ir 2 cm, hacia arriba y tocar ambas eminencias» de la manera siguiente: pálpese

de abajo hacia arriba, y se estará expuesto á confundir con facilidad el asta coxígea con el asta sacra cuando no se está habituado, y entonces se introducirá la aguja muy abajo, errando, por consiguiente, la introducción; esta equivocación tuvo ocasión de observarla á menudo.

Recomiendo como instrumental una aguja de punción lumbar á la cual se adapta una jeringa. Se han inyectado tantas soluciones como autores trabajaron sobre este asunto. La mayoría—Chatelin, Siccard, Blum y otros—recomiendan una solución de novocaina de más ó menos tanto por ciento; Langebein aconseja una combinación con bicarbonato de sosa; Le Du, cocaina ó también mera solución de cloruro de sodio que recomienda Strauss especialmente.

En vista de tal disparidad de pareceres nos debemos preguntar *cómo obran finalmente las substancias inyectadas en el espacio epidural*. En la actualidad existen dos teorías una frente de otra. Recordaré previamente que cuantas soluciones se inyectaron hasta ahora, fueron sin excepción salinas. La primera teoría es la de la pura compresión, es decir, que el líquido inyectado en el espacio epidural obra por presión puramente mecánica sobre los nervios raquídeos, anestesiándolos. La segunda interpretación se fundamenta en consideraciones químico-biológicas: las soluciones llevadas á los nervios raquídeos originan la influencia ya conocida en la anestesia subcutánea y lumbar. Por la primera suposición habla la eficacia de las soluciones de cloruro de sodio, las cuales, aun siendo isotónicas, no tiene en general efectos calmantes del dolor sobre los nervios, y, por consiguiente, sólo pueden actuar mecánicamente en nuestro caso. Por la segunda conjetura habla la análoga conclusión que aquí puede deducirse como en la anestesia lumbar: para lograr el efecto deseado bastan cantidades muy pequeñas de líquido. Como antes recordé, sólo fueron empleadas hasta hoy soluciones cristalinas, y me inclino á creer, por lo tanto, que se trata de un efecto combinado, primeramente de una influencia compresora por la cual abogan las exacerbaciones muy frecuentes de los dolores tanto en el mismo lugar de salida de los nervios, es decir, dentro del canal sacro, como en las ramas de distribución, y que consisten en sensaciones desagradables y hormigueos en los territorios enfermos enseguida de la inyección. La influencia ulterior, que va unida á la distribución del líquido en el espacio epidural, es en los anestésicos una acción química tóxica, es decir, tóxica al final; en la solución salina esta acción segunda es, según mi parecer, igual, y depende de la presión osmótica. Una prueba infalible para una y otra teoría sería inyectar una so-

lución coloidal, donde no puede hablarse de ninguna influencia osmótica y sí sólo de una acción puramente compresiva. Sobre esto trataré otra vez.

Yo utilizo ahora sin excepción la solución salina fisiológica y con ella obtengo el efecto deseado en el 90 % de los casos. Por lo que respecta á la posición del enfermo, prefiero la posición lateral de Simss con las rodillas fuertemente flexionadas, la cual fué varias veces recomendada por muchos conceptos. El lugar de la intervención es accesible clara y fácilmente; el sitio de la inyección se encuentra con facilidad; el líquido se distribuye proporcionalmente en ambos lados, lo cual es de importancia, pues yo no puedo compartir, fundándome en los resultados de las autopsias y en las experiencias, la opinión de que el canal sacro está dividido en su extremo inferior en una mitad derecha y otra izquierda, y en consecuencia sean necesarias inyecciones especiales en uno y otro lado, y por lo tanto aconsejo también la inyección en la línea media.

Al practicar la inyección hay que tener en cuenta—una vez situado el paciente en la dicha postura y encontrado en sitio para la punción—que la aguja debe introducirse en el centro del ángulo, á través de la pequeña resistencia ofrecida por el ligamento y con una inclinación de 45°, tanto como sea posible—por lo general de 4 á 6 cm.,—é inyectar á continuación con lentitud la solución, que deberá estar á la temperatura del cuerpo. Por lo que se refiere á la cantidad, yo empleé siempre al principio sólo 10 c.c., pero ahora inyecto casi siempre el doble—en mjueres débiles algo menos; en los niños según su edad, pero nunca más de 10 c.c.— El efecto es seguro. El dolor de cabeza que á veces aparece cuando se han inyectado grandes cantidades, y que es debido á la elevación de la presión sanguínea, desaparece después de poco tiempo. Luego de la inyección descanso absoluto por uno ó dos días.

Casos:

1.º V. K. obrero, de 59 años. Dolores en la extremidad inferior izquierda, desde hacía ya algunos años, que se hicieron insupportables en los últimos tiempos. Diagnóstico: Ciática crónica con todos los síntomas típicos. Inyección de 20 c.c. de suero fisiológico. En las primeras 24 horas aumentaron los dolores; después mejoría. Salíó curado.

2.º J. B. obrero, de 66 años. Padece desde hace 4 años dolores permanentes en la extremidad inferior izquierda, que periódicamente se exacerban en primavera y que habían afrontado todos los métodos de tratamiento. Diagnóstico: Ciática crónica recidi-

vante. Dos inyecciones de 20 c.c. cada una: después de la primera, mejoría, especialmente en el muslo; luego de la segunda, mejoría general. Marchó curado.

3.º J. R. obrero, de 34 años. Hacía tres semanas había sufrido por primera vez, estando trabajando mucho tiempo dentro del agua, fuertes dolores en ambas extremidades, los cuales habíanse resistido á todos los tratamientos. Diagnóstico: Ciática aguda doble. Inmediata mejoría después de una sola inyección de 20 c.c. de solución salina. Salió curado.

4.º R. R. obrero, de 32 años. Padece desde hace 5 años reumatismo en ambos miembros inferiores, que desde hace siete semanas se ha localizado en la pierna con predilección y que asciende hasta la cadera. Presenta pie plano en ambos lados. Diagnóstico: Neuralgias á consecuencia de los pies planos—descritas por Oppenheim y Ehrmann.— La inyección de 20 c.c., le libró por completo de los dolores, lo cual no se había logrado antes con ningún tratamiento.

5.º K. H. obrero, de 43 años. Hace dos años tuvo dolores, que ahora aumentaron en ambos miembros inferiores, especialmente en el izquierdo. Diagnóstico: Tabes dorsal. (Parestesias.) R. W. + + +, acompañada de los demás síntomas de la afección. Dos veces inyección de 20 c.c. Cesaron los dolores. El paciente puede andar de nuevo. Marchó mejorado.

6.º Médico. Los primeros síntomas los tuvo hace 10 años, y se repetían en cada primavera; en esta última fueron especialmente fuertes. Diagnóstico: Ciática crónica recidivante. Inyección de 15 c.c. Lenta desaparición de los dolores después de 18 horas. Aumentaron por montar tres días á caballo. Le quedaron ligeras sensaciones sin importancia, que desaparecieron.

7.º W. Médico. Adquirió su ciática al guiar un automóvil durante un tiempo frío. Todas las medidas terapéuticas fracasaron. Inyección de 15 c.c. de solución. Al empezar la inyección, dolores; durante ella é inmediatamente después lenta mejoría, de modo que el enfermo se encontró libre de molestias á los 10 días y abandonó la clínica curado.

8.º O. S. comerciante, de 45 años. Padece dolores agudos desde hace 6 meses, á consecuencia de una fractura de la extremidad inferior del fémur en su parte externa, en la pierna (región del peroneo.) Diagnóstico: neuralgia traumática. Después de dos inyecciones de 15 c.c. de cloruro de sodio, apareció importante mejoría. Marchó sin dolores.

9.º A. E. El enfermo estuvo con nosotros hace dos años á

causa de la misma enfermedad; desde entonces se encontraba bien, pero desde hace unos días presenta los mismos dolores agudos en el lado derecho. Diagnóstico: Ciática derecha recidivada. 20 c.c. de inyección intradural de solución fisiológica. Inmediata mejoría. Salió curado.

10.º A. L. El paciente, que nunca había estado enfermo, tiene desde hace unos días fuertes dolores en la región lumbar que se propagan hacia abajo y se muestran especialmente al incorporarse activa ó pasivamente en el lecho. Diagnóstico: Ciática doble aguda, con todos los restantes síntomas. 20 c.c. epiduralmente. El enfermo se niega á ulterior tratamiento y se fuga durante la noche escalando el muro del hospital, de 3 1/2 metros, lo cual dió una prueba experimental del efecto terapéutico.

Resumen.—Este tratamiento está indicado en todos los casos de ciática antigua y recidivante que se han resistido á los demás métodos, y mi opinión es que constituye la terapéutica de elección en todos los casos de neuralgias de las extremidades inferiores, sin desatender las demás medidas terapéuticas; también es un ensayo formal de valor en las crisis gástricas, en la eneuresis de los niños y principalmente en los trastornos funcionales del aparato urogenital. (En los pocos casos de la última clase que tuve ocasión de tratar, ví un influjo favorable en casi la mitad de ellos)

La técnica es, como se ha detallado, simple y está exenta de peligros si se hace con las precauciones corrientes. Se inyectan 20 c.c. de solución salina fisiológica estéril, en la posición lateral con las rodillas flexionadas, á través del hiato sacro, con tal de no puncionar demasiado profundamente, es decir, demasiado adentro. Con dicha intervención no he observado jamás trastorno alguno del paciente. Yo espero que estas líneas, procedentes de experiencias prácticas, cooperen á hacer conocer á todos los médicos el valor terapéutico de la inyección epidural.

CONDUCTA QUE DEBE SEGUIRSE EN LAS RETENCIONES PLACENTARIAS

POR EL

Dr. Alvaro Esquerdo.

(CONCLUSIÓN)

Hay casos en que á pesar de haber retención placentaria durante días, semanas ó meses, ni el útero ni los anexos sufren alteraciones anatómicas perjudiciales; pero en mi larga práctica gine-

cológica estoy cansado de ver endometritis fungosas, metritis parenquimatosas, salpingitis adhesivas, salpingitis supuradas y salpingo-ovaritis que unas veces he podido atribuir con seguridad á la retención placentaria y en las otras era probable las hubiesen producido.

Creo que nadie osará afirmar que la retención placentaria puede ser beneficiosa para la mujer, ni para la integridad sexual. Luego no debiéramos discutir la conveniencia de proceder á la extracción lo más pronto posible, pues no es científico ni clínico esperar con los brazos cruzados que se expela un cuerpo extraño que en cualquier momento puede determinar complicaciones graves, si disponemos de recursos para extraerlo. Sólo se comprende la espera y abstención como criterio clínico por las dificultades con que puede tropezar quien tenga que hacerla, y los peligros que resultan por no poder asegurar la limpieza y el desagüe del útero.

El que haya intervencionistas y abstencionistas tratándose de retenciones placentarias depende del concepto que se tenga de la intervención, de la manera de practicarla y de los resultados que se obtienen interviniendo y sin intervenir. Así que comprendo que puede haber intervencionistas circunstanciales. Por ejemplo, una serie de casos en que no se ha intervenido y que han terminado sin complicaciones puede hacer á uno anti-intervencionista, mientras que otra serie de casos en que por no haber intervenido han sobrevenido complicaciones graves ó han muerto las enfermas nos induce á la intervención. Sin duda la expectación es el proceder más cómodo, más prudente y más sencillo, porque esta conducta no lleva en sí ningún compromiso inmediato y es la que se aviene mejor al deseo de la mujer y al de la familia; pero el médico que tiene que bregar con la fiebre séptica, con los dolores uterinos, con las hemorragias, con las leucorreas, con las salpingitis y las salpingo-peritonitis, que ve morir rápidamente á las enfermas de septicemia ó de peritonitis, por fuerza tiene que pensar en la intervención oportuna para prevenir ó combatir estas contingencias, y la oportunidad está en intervenir cuanto más pronto mejor.

Cuando se acude á las estadísticas para resolver estas cuestiones cada cual se arregla á su gusto. Se toma, por ejemplo, un lote de enfermas que comprende los casos más sencillos y benignos, y en que por lo tanto se ha podido pasar sin intervenir y se coloca delante de otro en que las complicaciones y el estado de gravedad de las enfermas han obligado á la intervención y se dice: del primero no falleció ninguna y del segundo han muerto algunas ó la mayor parte. Es claro, la estadística de la intervención resulta desastrosa, pero es porque no se tiene en cuenta que cuando se intervino es porque había peligro de muerte ó se habían presentado

complicaciones. Muchas de estas enfermas habrían muerto también sin la intervención y habrían quedado dañadas de los anexos; probablemente alguna se salva que no se habría salvado sin la intervención. La buena manera de hacer la estadística consistiría en agrupar casos de una clínica en que no se interviniera nunca para colocarlos delante de los de otra clínica en la que se interviniese sistemáticamente desde el principio: ó bien contar el número de enfermas graves salvadas por la intervención y las que hubieran empeorado por la intervención. Así se vería, como demuestra nuestra estadística del Hospital, que la intervención en casos benignos que no tenían todavía complicaciones no las ha determinado y se han curado todos rápidamente: que en muchos casos operados con complicaciones se han dominado éstas; que por el hecho de la intervención, no se han agravado las salpingitis iniciadas sino que algunas veces se han dominado; y que si no han podido evitarse las salpingitis supuradas ó la muerte por septicemia y por peritonitis es porque éstas existían ya en estado de gravedad en el momento de la intervención. Se ha intervenido en estos casos con poca esperanza de éxito, esperando que pudiese haber una equivocación en la manera de apreciar la extensión y gravedad de las lesiones.

Lo malo para sentar criterio en estos casos es creer que la intervención puede dominar todos los accidentes y complicaciones, y que la enferma que muere á pesar de la intervención, muere por la intervención. Hay hechos en los que la intervención no puede dominarlos y que por lo tanto el ginecólogo no tiene que hacerse la ilusión de dominarlos: por ejemplo, la linfagitis que da el flemón del ligamento ancho; la pelvicolitis que sobreviene á consecuencia de la metritis; la flegmasía albadolens que sobreviene á consecuencia de la flebitis ya en evolución; la salpingitis que ha invadido ya la parte media de la trompa; la pyohemia ó la septicemia. Contra estos hechos que están ya fuera de la cavidad uterina, la intervención lo más que puede conseguir es reducir la absorción de productos sépticos, atenuar la inflamación del tejido uterino ó facilitar el desagüe de la porción uterina de las trompas. Bastante es que sacando el cuerpo extraño y los productos de putrefacción, que facilitando la salida de los líquidos y lavando con amplitud la cavidad uterina lleguemos á atenuar y dominar la infección, reduciendo la absorción de productos sépticos y facilitando la involución uterina.

Si bien es verdad que toda intervención intrauterina produce un trastorno en la vida del útero, y que los trastornos siempre son

temibles en tejidos congestionados, inflamados é infectados porque inmediatamente aumenta la congestión, agudizan la inflamación y exaltan la virulencia de los gérmenes sépticos, también lo es que, la mayor parte de las veces, si se provoca este trastorno es para evitar males mayores. Lo que debemos hacer es preparar la defensa y aminorar las contingencias procediendo con cautela, rodeándonos de todas las precauciones necesarias y dejando después el útero en condiciones de que se verifique un buen desagüe, sin necesidad de acudir á nuevas manipulaciones. Por eso deben escogerse bien los procedimientos á seguir.

Regularmente, cuando se habla de intervención en las retenciones placentarias, es para hablar del raspado del útero, llegando hasta aconsejarse para las septicemias postpartum. Comprendo que cuando las paredes del útero tienen consistencia, y cuando la cavidad es uniforme se pueda practicar un buen raspado sin resultar perjudicial; pero en paredes reblandecidas por el cansancio uterino, por la distensión de las manipulaciones y por la atonía ó por la inflamación séptica el raspado no puede ser de ninguna eficacia, y en cambio, puede ser muy peligroso. Es imposible conducir la cucharilla á todos los recodos. las paredes uterinas no ofrecen consistencia para apoyarla, y no puede fiarse en la sensación de la cucharilla para saber que se raspa sobre tejido sano. He visto dejar placentas enteras después de un raspado, porque la cucharilla se insinuaba con facilidad entre la placenta y las paredes uterinas. De consiguiente no es el raspado lo que debe preconizarse.

Debe distinguirse entre raspado y exploración intrauterina; y la exploración debe practicarse con los dedos, cuando pueden introducirse dentro de la cavidad, ó con las cucharillas romas si los dedos no pueden alcanzar los fondos.

En muchos abortos recientes y particularmente en los partos pueden introducirse los dos dedos ó cuando menos uno; y en algunos partos hasta la mano. Fijando bien el cuello con los dedos de una mano introducidos dentro, y el cuerpo del útero con la otra mano aplicada sobre el hipogastrio pueden ir siguiéndose metódicamente las paredes anterior y posterior, los ángulos de los lados y el fondo para saber si queda algo retenido. Con los dedos pueden desprenderse las placentas retenidas ó los restos de membranas, y con la mano del hipogastrio puede favorecerse la expulsión de los trozos desprendidos. Así á la vez que se desprenden los restos retenidos se provocan contracciones para contener la hemorragia. Lo que no es fácil es coger con los dedos los trozos desprendidos, para lo cual se necesita muchas veces recurrir á las

pinzas de cuerpos extraños consistentes en pinzas articuladas de bocados anchos y dentados, ó las cucharillas de boca ancha y bordes romos, lisos ó dentados. Pueden servir las pinzas de curación uterina ó las pinzas de Pólipos de Dnplay; pero es preferible emplear pinzas y cucharillas de boca muy ancha con objeto de que no se pueda producir perforaciones ni pellizcar las paredes del útero. La exploración tiene que practicarse por tanteo siguiendo las paredes, abriendo y cerrando las pinzas en varias direcciones ó siguiendo toda la superficie de las paredes con la cucharilla. No debe emplearse nunca la violencia á no ser que se tenga la seguridad de haber cogido el cuerpo retenido y aun así, al tirar de las pinzas debe prestarse atención á la resistencia.

Para una exploración bien hecha, si se fija bien el cuello de la matriz con unas pinzas de garfio en el labio anterior y otras en el posterior, aproximando el cuello tanto como se pueda á la vulva, no se tiene que maltratar el útero. Con una exploración puede extraerse todo lo que haya retenido sin producir lesiones ni en el cuello ni en la cavidad. Por lo tanto, no puede resultar perjudicial como acto operatorio. No obstante, puede ocurrir que no se destruya todo lo infectado y entonces, á pesar de la exploración puede persistir la infección, cosa que de ningún modo debe atribuirse al acto operatorio. Si después se puede establecer un buen desagüe, se puede tener la seguridad de que el acto no ha sido perjudicial y la esperanza de que sea beneficioso.

No siempre podemos tener la seguridad de haber hecho la extracción completa, ni debemos empeñarnos en conseguirla cuando las paredes son blandas y la cavidad no se ha reducido, porque nos exponemos á perforaciones por presión ó por arrancamiento. En este caso el desagüe bien hecho y sostenido puede darnos un tiempo de espera, hasta que el útero haya adquirido consistencia para poder practicar el raspado. Un caso que tuvimos que intervenir este año demuestra la utilidad de esta conducta. Se presentó á la visita una mujer que había tenido varios partos y decía estar embarazada de cuatro meses con una hemorragia alarmante, diciéndonos que el día anterior había abortado. Nos aseguró que había expulsado el feto y que no había expulsado la placenta. Procedimos inmediatamente á la exploración y encontramos la placenta encajada en el cuello. Cogimos la placenta con unas pinzas de bocados anchos y la sacamos; pero nos pareció que el útero no quedaba limpio; volvimos á introducir las pinzas haciendo presión en un cuerpo extraño. Tirando de él salió el brazo de otro feto. Entonces procuramos sacar todo el feto y placenta, pero como esta

última placenta estaba todavía adherida, no quedamos convencidos de haberla sacado toda. Se colocó el desagüe y esperamos el resultado. Durante cinco días las temperaturas fueron normales, y al sexto día cayeron los tubos. Del séptimo al octavo día subió la temperatura y se presentó leucorrea sanguinolenta. Sospechando que quedaría algún trozo de placenta volvimos á practicar la exploración, esta vez practicando raspado y sacamos dos ó tres trozos pequeños. Se volvieron á colocar los tubos y no hubo nada más de particular. La enferma marchó á su casa á los quince días de haber ingresado.

En otros dos casos en que se practicó el raspado con cucharilla estrecha, y á pesar de esto quedó la placenta retenida, mientras las enfermas llevaron los tubos puestos se mantuvo bien la temperatura, pero así que cayeron subió la temperatura y apareció la hemorragia. Un nuevo raspado con aplicación de los tubos de desagüe hizo bajar la temperatura y cesar la hemorragia, saliendo las enfermas curadas ocho días después de la segunda intervención.

El raspado uterino debe dejarse para cuando la cavidad uterina está reducida, cuando las paredes del útero tienen consistencia y sobre todo para cuando hay endometritis fungosa, porque con el raspado siempre se aviva la herida ó se produce herida nueva. Por esto los que hablan del raspado como intervención sistemática en las retenciones placentarias han de temer tanto la intervención. Al raspado tiene que acudirse como manipulación de último recurso, sólo necesaria en las endometritis crónicas y cuando haya cotiledones muy adheridos.

Practicamos la intervención sin miedo porque procuramos hacer el menor daño posible en el útero, porque nos esmeramos en colocar los tubos para desaguar bien el fondo del útero y porque fijamos bien los tubos para que no caigan hasta que esté dominada la infección y reducida la cavidad. Si en algún caso por estar mal fijados caen antes de los ocho días, los volvemos á colocar y si no caen á los ocho días y está dominada la infección los retiramos.

En los casos en que hay elevación de temperatura antes de intervenir ó se nota mal olor en los líquidos que salen, damos una irrigación abundante de suero fisiológico con una pequeña cantidad de aceite esencial de trementina ó de tintura de yodo, lo cual á la vez que sirve como desinfectante es hemostático. Regularmente se practica una irrigación abundante de agua hervida bien caliente hasta que salga clara para asegurarnos de la completa limpieza y de la hemostasia.

Los hechos repetidos durante varios años demuestran que la conducta que seguimos es buena y que debiera estudiarse para imitarla; pues, casi semanalmente, ingresan en la visita enfermas con hemorragias ó con infecciones graves por retenciones placentarias y nunca discutimos lo que tiene que hacerse. El primer médico que llega á la visita practica la intervención, y gracias á este modo de proceder casi todas las enfermedades salen curadas antes de los quince días; algunas se marchan á los ocho días.

Suponiendo que en estas enfermas no se hubiese intervenido, es seguro que no habrían salido curadas tan pronto, es probable que en las infectadas la infección hubiese ido en aumento y que las no infectadas se hubiesen infectado. Tenemos la satisfacción de haber curado enfermas con infecciones graves, y la seguridad de no haber agravado la infección en ningún caso.

Lo que debe estar fuera de duda es que, aparte de los peligros que en sí lleva la retención de un cuerpo extraño en el útero, la mujer no gana nada en conservarlo, pues además de la incertidumbre del tiempo que tardará en expelerlo, ni puede entregarse á la vida sexual, ni puede quedar embarazada, ni puede saber si se encontrará bien al día siguiente para cumplir sus obligaciones ó para emprender un viaje.

Es verdad que algunas veces hemos visto fracasos de la intervención; pero ¿cuándo? Hemos intervenido en casos de septicemias graves; en casos de peritonitis; en casos de salpingoperitonitis con temperaturas por encima de 39°, y enfermas agotadas por las hemorragias, y hemos visto sucumbir á la mayor parte de las enfermas; pero algunas que se han salvado deben la vida á nuestra intervención, porque de no hacerlo habrían muerto. Ha habido enfermas á las que no hemos podido evitar la supuración anexial, y hemos tenido que recurrir después á la extirpación de los anexos ó á la histerectomía; pero hemos sacado á las enfermas del apuro inmediato para ponerlas en condiciones de ser operadas. En algunas enfermas podía preguntarse si era prudente proceder á la intervención dado su estado de gravedad; pero como de no intervenir, la muerte era segura, hemos intervenido para probar fortuna y por si nos equivocábamos en la apreciación de su estado. Gracias á esta decisión podemos contar algún éxito notable. Teníamos la convicción de que procediendo con cautela y no haciendo más de lo que debíamos hacer, con asegurar el drenaje intrauterino para dar abundantes y frecuentes irrigaciones, no hacíamos ningún mal á la enferma y en cambio le dábamos medios de salvación.

No tememos el desagüe intrauterino, á pesar de la observación que nos hacen algunos tocólogos. Una vez que yo me empeñé en colocarlo á una púérpera que tuvo repetidos escalofríos, y que no podían evitarlos ni con las irrigaciones ni con el taponamiento, me decía el tocólogo, persona muy inteligente y reputada: «¿No le da á usted miedo que por los tubos penetre el aire dentro del útero y agrave la infección?» A lo cual contesté yo que mientras el cuello de la matriz se mantuviese bien abierto y se corrigiese la retroflexión no me daba miedo la penetración del aire, porque la matriz, con sus contracciones, se basta para expeler lo que hay en su cavidad, y por lo tanto, si hay colocados tubos de alguna consistencia y están bien puestos, no penetra aire mientras haya líquidos, y cuando el útero está limpio no penetra más aire que el que cabe en los tubos, y el aire sólo es peligroso cuando penetra y es retenido, pero no cuando entra y sale, que es lo que puede ocurrir con los tubos. Los hechos se encargaron de demostrar mi aserto, pues ya no volvieron á repetir los escalofríos, bajó la temperatura y la enferma quedó curada para levantarse y poder criar á su hijo antes de los ocho días. Por esto cuando después de la extracción de una placenta retenida, de coágulos ó de detritus podemos colocar los tubos de desagüe, quedamos satisfechos de haber hecho algo bueno.

Se teme que una intervención para extraer restos placentarios pueda provocar la salpingitis ó exacerbarla si está iniciada, llegando á provocar la peritonitis por el conducto de las trompas, y por esto se desecha la intervención cuando hay salpingitis. No digo que la intervención para limpiar el útero y establecer el desagüe detenga la salpingitis, porque cuando hay infección tubárica, como no puede limpiarse ni desaguarse directamente la trompa, no puede dominarse la infección de la trompa ni evitarse la supuración. Antes, cuando acudíamos á las irrigaciones intrauterinas ó practicábamos el taponamiento, sí que temíamos provocar la salpingitis ó exacerbarla, porque en toda intervención sobre tejidos inflamados y con supuración la intervención va seguida de hipermia y se exalta la virulencia. Por efecto de la hipermia se cierra la abertura de las trompas, se aumentan las tortuosidades y se dificulta el desagüe del conducto tubárico. Si de paso se exalta la virulencia de los gérmenes, si no se da fácil salida á los líquidos de trasudación, que fácilmente se convierten en sépticos, hay muchas probabilidades de que se produzca ó se exacerbe la salpingitis. Pero desde que empleamos el desagüe vemos que las más de las veces dominamos las salpingitis nuevas. Por esto procedemos

con tanta decisión á la exploración uterina, á la extracción de cuerpos extraños y hasta el raspado si conviene.

Para los enfermos de hospital ó de clínica tenemos criterio firme y decidido para ir á la intervención tan pronto como sabemos ó hasta presumimos que hay retención, pero confesamos que no puede aplicarse el mismo criterio para todos los casos que se presentan en la clientela privada. La intervención supone una operación en que muchas veces hay necesidad de anestesiar á la enferma, sobre todo si tiene que hacerse la dilatación forzada del cuello, y tanto las enfermas como las familias miran con repugnancia y hasta con temor una cosa y otra. Además, la intervención no puede hacerse bien en todas las casas y supone el pago de honorarios de más importancia. Como la enferma y familia saben que comúnmente la placenta se expulsa sin necesidad de intervención, sin que haya ocurrido ningún percance á las enfermas, se resisten todo lo que pueden á la intervención. Pocas veces tienen en cuenta los casos desgraciados, las consecuencias desagradables que tiene para la vida sexual y buena conservación del aparato, y los casos en que después de muchas molestias y sufrimientos ha sido necesario recurrir á la intervención. Como en todas las cosas de la vida se recurre al número de probabilidades, y como efectivamente son los más de los casos los que terminan bien que los se complican, van ganando tiempo y resistiéndose á la intervención. Si el médico se empeña ó insiste demasiado ven una ignorancia de medicación ó una codicia de dinero y acaban por ir en busca de otro que sea más tolerante. Nunca se tiene en cuenta que entre resolver un asunto de salud en pocos días y con seguridad ó ir pasando tiempo con molestias, sufrimientos y peligros de contingencias no debiera discutirse. Por esto en las casas particulares el médico ha de ser contemporizador.

No obstante, el médico tiene obligación de ser previsor. Debe indicar lo que puede hacerse sin peligro; las ventajas que tiene el intervenir pronto y los azares y peligros que corre por esperar. Puede tolerar la espera vigilando, aconsejando cuidados y medicaciones para ver si puede favorecer la expulsión, pero siempre atento á lo que ocurre en el útero, á las hemorragias, á las leucorreas, á la reacción febril y á los dolores. Tan pronto como note que la enferma en lugar de mejorar empeora, ó así que vea presentarse una complicación que puede ser grave debe volver á insistir. Y si viese en peligro la vida de la enferma; debe obligar á la intervención buscando persona apta y convencida para que la practique.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INSUFICIENCIA DEL CORAZÓN

POR EL DR. D. ANTONIO MUT

(CONCLUSIÓN)

Tenemos, por consiguiente, aclarado un primer punto, á saber: que los fenómenos de condensación pulmonar pueden coexistir con lesiones cardiacas, ya como causa, ya como efecto de las mismas; pero que en ningún caso deben ser aquellos considerados cual un signo verdaderamente precoz de la insuficiencia del corazón. En los primeros estados de debilidad cardiaca, la auscultación sólo demuestra la presencia de estertores más ó menos finos, que desaparecen cuando el enfermo verifica una serie de profundas inspiraciones ó toses repetidas veces.

Ofrecen la característica de no ser constantes, no tienen carácter metálico ó timbre argentino. Tan sólo en dos circunstancias pueden presentarse estos estertores: en la atelectasia pulmonar y en la trasudación serosa alveolar. A juzgar sólo por sus caracteres físicos acústicos, no negaré que tal vez sea imposible hacer un diagnóstico diferencial entre estos dos estados; pero si nos atenemos á la etiología, fácil nos será distinguir la atelectasia de los recién nacidos, la debida á la cifo-escoliosis ó la que se desarrolla en enfermos graves que permanecen mucho tiempo en una misma posición. Fuera de este caso, siempre que se noten en la base de los pulmones finos estertores, no metálicos, y movibles por el décúbito ó por los actos mecánicos de la respiración, debemos pensar en la insuficiencia cardiaca incipiente. En efecto; los estertores que se presentan en la hipóstasis pulmonar van, como no puede por menos de suceder, acompañados de fenómenos pleximétricos y de ingurgitación pulmonar claros y evidentes; no se modifican fácilmente por los esfuerzos respiratorios ó los simples cambios de actitud y se presentan á consecuencia de una permanencia excesivamente prolongada del cuerpo en posición supina y de una progresiva debilidad cardiaca evidente á todos los medios de investigación.

Más sencillo resulta todavía diferenciar los estertores propios del edema pulmonar coetáneos de estados patológicos, siempre gravísimos. Mi experiencia en este punto confirma estas sentenciosas palabras de Conheim: «Los hombres no mueren por ser atacados de edema pulmonar, sino que son atacados de edema cuando están á la puerta de la muerte.»

En consecuencia, *la presencia de estertores de chisporroteo no metálicos, perceptibles en las partes postero-inferiores del pulmón, que aparecen más frecuentemente por las mañanas antes de que el enfermo se levante de la cama, que disminuye notablemente ó desaparecen cuando el enfermo tose ó respira profundamente, y que no van acompañados de fenómenos de condensación pulmonar, son el signo físico más seguro y más precoz de la insuficiencia del corazón.*

* * *

Sin salirnos del aparato respiratorio, tenemos todavía dos síntomas más muy importantes, que son: la disnea al decúbito y la disnea del esfuerzo.

La *disnea de esfuerzo* indica, de la manera más cierta y concluyente, que el corazón ha perdido su fuerza de reserva. En este caso, el corazón se comporta como un acumulador eléctrico cuya capacidad ha disminuído. La duración de la descarga es menor y el rendimiento está en perjuicio de la energía eléctrica restituída. En buen romance, ello significa que el corazón no dispone de más energía que la necesaria para mantener la circulación en estado de reposo ó de los pequeños movimientos que exige una vida tranquila y reposada. Mas así que el sujeto verifica cualquier ejercicio más violento de los acostumbrados, el corazón no tiene medios para atender á este exceso de trabajo; ha dado ya todo lo que tenía que dar; se encuentra exahusto, agotado, y la disnea, que obra aquí como un elemento de defensa, de salvaguardia contra peores males, se presenta; el enfermo no puede continuar aquel ejercicio, y se rinde, cae vencido. A lo primero, se necesita que el esfuerzo sea de alguna consideración para que el enfermo lo note; pero, poco á poco, los movimientos corporales van siendo más limitados, y llega un momento en que el pobre paciente no puede calzarse, ni vestirse, ni incorporarse en la cama, sin ahogarse materialmente. ¡Pobres enfermos! ¡Qué situación más angustiosa!

La disnea de esfuerzo no constituye, según mi experiencia, un signo muy precoz de la insuficiencia cardiaca, porque, generalmente, cuando se presenta este síntoma existen ya otros físicos por parte del corazón, que nos demuestran su consentimiento patológico. Tiene, sin embargo, una considerable importancia, porque señala de un modo seguro la falta de energía potencial del miocardio, y porque es posible que sea éste el único fenómeno observado por el enfermo, y que les ponga en guardia.

Cuando se sigue de cerca, sin prejuicios ni apasionamientos, la marcha que llevan los enfermos cuya potencia cardiaca está dismi-

nuda, aparecen en toda su desnudez los peligros claros y evidentes de una de las mayores tonterías terapéuticas que se le pueden ocurrir al humano entendimiento: la cura de los enfermos del corazón por el ejercicio. La anabasiterapia, kiseniterapia, ejercicios gimnásticos, ascensiones progresivas y demás planes llamados de vigorización del miocardio, son de lo más absurdo y contraproducente. Evidentemente hay aquí errores de diagnóstico á granel. Algunos comilones, hipertensos, palpitantes, neurasténicos, cuyo corazón dispone de una energía normal, pueden beneficiarse de estos métodos gimnásticos; pero los cardiacos, sólo consiguen mejorarse con la disminución de los movimientos corporales y, á veces, con el reposo más absoluto.

Este precepto, esta idea general que tengo acerca de la energía potencial del miocardio, es lo que me hace ser muy parco en la administración de los medicamentos cardio-tónicos, temeroso siempre de agitar dichas reservas antes de tiempo. Yo sé, yo estoy convencido, cual el primero, de la acción verdaderamente heroica de la digital; pero también me consta que cada espolazo que se da al corazón trae, como consecuencia, una vez que ha pasado esta acción tónica estimulante, un mayor decaimiento en las formaciones propias de este órgano. Pasa lo mismo, si queremos valernos de un ejemplo vulgar, que si á un caballo, en una larga carrera, le aplicamos las espuelas á los primeros síntomas de cansancio. Cuanto más pronto empecemos á hacer uso de este castigo, más pronto dejará de producir sus efectos. Lo lógico, lo natural, lo de Pero Grullo, es poner el animal al paso en cuanto se inicia la fatiga. Pues lo mismo debemos hacer con el corazón en cuanto empieza á fatigarse: ponerle al paso, ya que no es posible el reposo, el descanso absoluto de este órgano, si no es el eterno.

* * *

La *disnea del decúbito* permite siempre afirmar un cierto grado de debilidad del miocardio. Pero esta disnea, para que podamos considerarla como un signo verdaderamente precoz, hay que saber buscarla. No se trata de esa fatiga que impide á los enfermos adoptar la posición horizontal, obligándoles á dormir medio recostados, con la cabeza sostenida por varias almohadas, no. Esta disnea es ya un fenómeno grave, que indica que el período funcional ó curable de la cardiopatía ha pasado. *La disnea que revela las primeras fases de la insuficiencia cardíaca se manifiesta sólo en los primeros momentos en que el enfermo adopta la posición supina.* Cuando se invita á un paciente á que adopta el decúbito horizontal, si es un insuficiente cardiaco, se podrá observar que su

respiración se hace frecuente, difícil, anhelante, suspirosa, pero pasan unos minutos, vuelve la tranquilidad, y el número de respiraciones es el normal. Si se pregunta sobre este extremo á los enfermos, suelen contestar: «Al acostarme, únicamente tengo un momento de fatiga; pero después se pasa, y duermo toda la noche perfectamente.» Es muy interesante fijar bien este signo tan preciso. La disnea es en estos casos, indudablemente, debida á la rápida distensión que sufren las cavidades cardiacas por el aflujo de sangre venosa; es una momentánea sobrecarga que, en el primer instante, el corazón hipotónico no puede vencer; pero que, transcurrido un breve tiempo, llega á dominar utilizando el resto de fuerza que aun posee. De aquí, que la fatiga no continúe como cuando la debilidad ventricular es más acentuada.

Muy relacionados con el síntoma que acabo de indicar están otros fenómenos de interpretación más delicada, pero que no por eso deben pasar olvidados ó desapercibidos. Mi convivencia con varios cardiacos me ha permitido descubrir un hecho, que después he visto repetido en muchas ocasiones, y es el siguiente: Sujetos en los que nada hace sospechar un próximo decaimiento del corazón, experimentan *en las primeras horas de la noche una intranquilidad y desasosiego, acompañado de palpitaciones, que les impide conciliar el sueño.* No existe dolor alguno, ni disnea propiamente dicha, y sí sólo, como digo, una excitación ó inquietud que se atribuye á los nervios, á la temperatura, á diferentes causas, en fin. Esta crisis dura algunas horas, hasta que, por último, cesan las palpitaciones y el malestar general, del cual apenas los enfermos guardan recuerdo al día siguiente. Los accesos se presentan con seguridad, sobre todo, después de un día en que se ha hecho mucho ejercicio, ó después de una cena abundante. Ambas causas entorpecen la función cardiaca, cuando el músculo no conserva toda su integridad anatomo-fisiológica por diferente mecanismo. En el primero, trátase seguramente de un cansancio del órgano, provocado por el ejercicio y aumentado por el decúbito. La segunda causa obra por la repleción y distensión gástrica, que, aumentando la combadura del diafragma, dificulta el funcionamiento cardiaco. El resultado es, que dichos motivos no son bastantes á interrumpir el sueño en los sujetos perfectamente sanos de corazón y por consiguiente, la presencia de este síntoma debe llamarnos siempre la atención, haciéndonos sospechar un ligero grado de debilidad miocárdica.

* * *

Estudio del pulso.—Después del aparato respiratorio, la conducta del pulso es la que debemos estudiar más detenidamente al objeto que nos ocupa. Nos fijaremos en su frecuencia, y la aceleración del mismo al decúbito y al esfuerzo.

La *aceleración persistente del pulso*, cuando es apirética y no obedece á un origen neuropático ó vagal, indica siempre, constantemente, un corazón infectado ó intoxicado, de contextura débil. Esta taquicardia, como se sabe, puede presentarse al principio de la tuberculosis, y es, en efecto, uno de los síntomas llamados precoces de dicha enfermedad; pero no quiere decir esto que la patogenia sea diferente. En la tuberculosis existen dos especies de taquicardías: una precoz, de origen mecánico; es, según expresión feliz del Dr. Huchard, «el nervio vago que divaga»; otra, tardía, de origen tóxico, muy grave.

Cuando se ofrece como síntoma de la insuficiencia cardiaca incipiente, suele hacerlo en la edad media de la vida, y va acompañado, generalmente, de fenómenos hipertensivos y disneicos, y entonces se puede asegurar que el riñón es impermeable, que existe tal vez retensión de productos ureicos, y que el corazón protesta, en fin, de una intoxicación hemática.

* * *

La *taquicardia al esfuerzo* es un signo práctico y seguro de insuficiencia cardiaca. En los sujetos normales, claro está que también un ejercicio moderado determina un aumento en el número de pulsaciones, pero nunca en tan gran escala como en los efectos de desfallecimiento cardiaco, y, sobre todo—y en este dato hay que fijar mucho la atención,—en un individuo sano el pulso recobra su normalidad inmediatamente después del esfuerzo, en tanto que en un inminente de meiopragia *la aceleración persiste más ó meos tiempo*.

En la clínica acostumbramos á provocar el fenómeno ordenando al enfermo practique seis ú ocho flexiones de rodillas, como se hace en gimnasia, ó, si el sujeto está en cama, que haga igual número de flexiones del tronco. Tan pequeño esfuerzo es muy bastante en los insuficientes para determinar un aumento de diez, veinte ó más pulsaciones al minuto.

* * *

La *taquicardia al decúbito* es también un signo de alta importancia, repentinamente se pasa desde la posición vertical al decúbito supino, y viceversa. En la insuficiencia cardiaca puede ocurrir todo lo contrario; al pasar el sujeto desde la posición de pie á la horizontal, el corazón, que se encuentra entonces con un aflujo

mayor desangre, y que no puede vencer por una mayor energía en sus tracciones, tiene que aumentar el número de éstas; de aquí la aceleración del pulso. Si dicha aceleración coincide con la disnea por idéntico motivo, se puede asegurar terminantemente el desfallecimiento cardiaco, aun en ausencia de toda otra signo.

Y nada más, señores. Me he propuesto hablar del *diagnóstico precoz*, y no de las pruebas de la funcionalidad cardiaca en extenso. En su consecuencia, nada he de decir respecto á éstas, así como tampoco de lo que hace referencia al diagnóstico precoz por los métodos gráficos; porque, primeramente, ya en varias ocasiones he tenido el honor, en este mismo sitio, de hablar sobre estas cuestiones hasta cansar su atención, refiriéndoles lo que hay sobre el particular; y después, porque ya que esta conversación no puede proporcionarles á ustedes mayor provecho, por lo menos deseo que les deje, á falta de otro mérito, el buen recuerdo de su brevedad.

(De «Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas».)

TRATAMIENTO DE LA VULVOVAGINITIS

Al principio debemos oponernos al proceso flegmático, y para ello aconsejar baños de almidón, lavados frecuentes de la vulva con cocimiento de malvavisco y adormidera, y el reposo de la región.

Una vez calmados los fenómenos inflamatorios, debemos apelar á un tratamiento más activo: inyecciones de alumbre ó de tanino (una cucharada sopera por litro); ó sulfato de cobre (20 gramos por litro); aplicación de tapones empapados en glicerolado de almidón.

Tres son las substancias que prestan excelentes servicios en el tratamiento de las vulvovaginitis: el tanino, el yodoformo y el ictiol. He aquí cierto número de fórmulas sacadas de la *Revue Gynécologique*:

Tanino	10 gr.
Glicerina.	50 grs.

(Uso externo.)

Yodoformo	5 gr.
Glicerina.	50 gr.

El ictiol es un medicamento resolutivo de primer orden.

Ictiol.	5 grs.
Glicerina.	50 grs.

Trataremos enérgicamente la vulvovaginitis gangrenosa por medio de la cauterización con el hierro candente ó los cáusticos.

En las mujeres embarazadas cuya vaginitis es pasajera, emplear un tratamiento suave y anodino.

Alumbre.	} aa. 30 gr.
Borato de sosa.	
Sulfato de quinina.	1 gr.
Esencia de tomillo.	}aa. xxx gotas.
Acido fénico.	
Glicerina.	200 gr.

Una cucharada sopera por litro de agua caliente. Dos ó tres lavados diarios.

Contra el prurito vulvar de las mujeres embarazadas podemos emplear la pomada de ictiol al 10 por 100.

Si se trata de una afección blenorragica, he aquí la conducta que debemos seguir: combatir los fenómenos inflamatorios por los emolientes y el reposo; prohibir toda relación sexual; una vez ha desaparecido la inflamación, inyecciones con permanganato potásico al 1 por 1,000; si es necesario, toques con nitrato de plata al 1 por 50; curas con glicerina y retinol. ó con ictiol ó cloruro de cinc. Al interior tres ó seis cápsulas de *Arhéol* al día. Finalmente, podemos ensayar el suero de *Nicole*, de Túnez.

Nalbec ha aconsejado el tratamiento siguiente:

1.º Tres veces al día inyección de 1 litro de agua hervida, en la cual se hará disolver uno de los siguientes papeles:

Sublimado	0 gr. 50
Acido tartárico.	1 gr.

2.º Insuflar un poco del polvo siguiente:

Alumbre.	30 gr.
Tanino	20 gr.

3.º Introducir por la noche en la vagina un óvulo de glicerina solidificada conteniendo 1 gramo de resorcina. Puédesse también practicar una cura con vaselina incorporada al producto, cuya fórmula, algo complicada, es la siguiente:

Pepsina	50 gr.
Mentol	} aa. 0 gr. 50
Eucaliptol	
Aceite Wintergreen	
Alcohol	10 gr.
Glicerina	50 gr.
Acido clorhídrico diluído.	20 gr.
Talco.	50 gr.
Agua destilada. c.s. para 1,000 .c.c	

En las diabéticas es necesario cepillar y lavar con jabón Delabarre las partes afectas, y loccionarlas con una solución fenicada al 2 por 100, de la que dejaremos aplicada una compresa durante la noche. Durante el día emplear la pomada de Lassar.

Acido fénico	1 gr.
Sulfuro de mercurio	1 gr.
Azufre sublimado.	26 gr.
Vaselina.	100 gr.

Si esta pomada resulta irritante á causa del ácido fénico, emplear la siguiente:

Sulfofenato de sosa.. 9 á 10 gr.
 Vaselina } aa. 10 gr.
 Lanolina. . . . }

El prurito vulvar puede ser tan violento que se haga indispensable calmarlo. En estos casos *Chéron* aconsejaba las inyecciones subcutáneas de ácido fénico.

Acido fénico cristalizado. . . . 1 gr.
 Agua destiiada esterilizada. . . 100 gr.

Cada dos días inyectaremos 5 centímetros cúbicos en la región retrocánterea. Este procedimiento presenta algunas dificultades de aplicación. Podemos también emplear la preparación siguiente:

Bicloruro de mercurio. } aa. 0 gr. 25
 Cloruro amónico . . . }
 Leche de almendras. . . 500 gr.

O también la pomada siguiente:

Veratrina 0 gr. 15
 Manteca 30 gr.

(*Lutaud.*)

Tratar las pequeñas ulceraciones vulvares con la siguiente mezcla:

Peróxido de calcio. . . . 1 gr.
 Polvo de talco. . . . 5 gr.

Extirpar las vegetaciones con la cucharilla ó con el galvanocauterio. ó tocarlas prudentemente con nitrato ácido de mercurio ó ácido crómico,

Trataremos la vulvovaginitis de las niñas por medio de inyecciones con permanganato potásico al 1 por 1,000, nitrato de plata al 1 por 3,000, resorcina al 1 por 100.

En caso de bartolinitis, incisión al igual que si se tratase de un absceso. Si hay vaginismo, baños, tratamiento general, abstinencia sexual, antiespasmódicos y calmantes Proscribir una alimentación demasiado excitante. El tratamiento local será médico ó quirúrgico.

Localmente, inyecciones vaginales templadas, adicionadas de láudano ó cloral; por la noche, introducción de óvulos conteniendo calmantes:

Clorhidrato de cocaína. . . 0 gr 05 á 0 gr. 10
 Manteca de cacao 5 gr. por óvulo

O también:

Polvo de opio 0 gr. 03
 Extracto de belladona. . . 0 gr. 03
 Manteca de cacao. 5 gr. por óvulo

O asimismo:

Clorhidrato de morfina. . . 0 gr. 02 á 0 gr. 05
 Manteca de cacao 5 gr. por óvulo

Hanse también ensayado las cauterizaciones con nitrato de plata, la dilatación rápida ó progresiva. Algunos autores aconsejan la sección del esfínter vaginal.

En caso de leucorrea escrofulosa, seguir la práctica de *Dauchez*. Durante cuatro días inyecciones con:

Cocimiento de rosas. . . . } aa. 500 gr.
 Cocimiento de malvavisco . . . }
 Alumbre en potvo. 5 gr.

Durante otros cuatro días:

Extracto de Saturno. . . 15 gr.
 Agua hervida. 1 lit.

Si al cabo de cuatro días de reposo reaparece la leucorrea, modificar el tratamiento del modo siguiente.

En las formas moderadas:

Sulfuro de potasio . . . } aa. 10 gr.
 Tintura de benjuí . . . }
 Carbonato de potasa. . . 5 gr.
 Agua destilada 1,000 gr.

Cuando la leucorrea es abundante:

Nitrato de plata cristalizado. 3 gr.
 Agua destilada 150 gr.

Inyectar de 40 á 50 gramos de esta solución.

Al mismo tiempo instituir un tratamiento general: tónicos, aceite de hígado de bacalao, preparados ferruginosos y arsenicales, *Quina As-tier*, buena alimentación, aire libre, baños salados cada semana.

La levadura de cerveza ha dado también buenos resultados contra la vaginitis. Empléase la levadura fresca de consistencia de pomada, de la que se introducen 20 á 30 c.c., ó en la cual se empapan torundas en la vagina.

El aniodol ha sido empleado por *Sedan* á la dosis de 1 por 2,000, de 1 por 4,000, con buenos resultados.

Si á pesar de las tentativas indicadas fracasamos, recurriremos al airol en pincelaciones ó curas.

Airol 10 gr.
 Glicerina. 70 gr.
 Agua destilada 30 gr.

Será raro que con todos estos medios no logremos la curación, con tal que el médico sepa hacer de ellos un empleo juicioso y razonable.

(De «Le Monde Médical», núm. 491, pág. 220).

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Ventajas del análisis del quimismo gástrico, para el tratamiento de la auto-intoxicación gravídica.—A. LARA. (*Rev. Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, Abril 1915.)

Ya el autor en otro trabajo anterior, decía que la mujer en embarazo, si éste ha de ser *fisiológico*, no debe imprimir á su organismo ningún trastorno; la madre y el feto son dos entidades que viven juntas en armonía, la una á expensas de la otra, formando un todo, que hasta llegar á término no debe producir más cambios en el organismo de la madre que la falta de reglas ó los transtor-

nos mecánicos dependientes del aumento de volumen de su vientre, pudiendo compararse su estado al de otra mujer con ascitis moderada, tumor abdominal benigno ó quiste ovárico; pero si durante el curso de la gestación la embarazada sufre trastornos funcionales con asiento en el aparato gastro-intestinal y anejos, así como en el urinario, es porque padece, porque su organismo protesta, efecto de la llamada intoxicación gravídica en sus variadas formas, dando lugar por lo que respecta al aparato digestivo, á náuseas, vómitos, ardores gástricos, estreñimiento, diarrea, dolores gástricos ó de asiento intestinal, colemia, ptialismo, hemorroides, pruritos y dermatosis, ya aislados ó combinados.

Si se tiene en cuenta que hoy se considera la intoxicación gravídica como consecuencia de una insuficiencia hepática, con relación á las toxinas ó venenos del organismo de origen diverso, *pero casi siempre alimenticio*, favorecida, precedida ó complicada con hechos patológicos anteriores ó concomitantes del hígado ó de otros órganos, particularmente el riñón, fácilmente se comprende que ante una mujer embarazada que vomita ó sufre las alteraciones citadas, el médico no debe descuidarla; pero desgraciadamente, no siempre dispone la embarazada de tan poderosa ayuda, y se la deja á merced de la tan socorrida frase «cosas del embarazo».

A continuación expone el autor cuatro casos de su práctica, y deduce las siguientes conclusiones:

1.^a En todo embarazo patológico, originario de trastornos funcionales con asiento en el aparato digestivo, será muy útil, y en la mayoría necesario, el empleo de la sonda gástrica, para imponer de modo científico un tratamiento alimenticio-farmacológico en armonía con el resultado que nos dé el quimismo perturbado, aunque así no piensen especialistas tan eminentes como el gran Boas, para quien el embarazo contraindica el empleo de la sonda, según consta en su excelente obra de *Enfermedades del estómago*.

2.^a Nuestro modo de pensar *no sistematiza el empleo de la sonda*, puesto que no haremos uso de ella en enfermas hipertensas, ya que el aumento de tensión vascular, producido por los esfuerzos del vómito, podría acarrear lamentable incidente hemorrágico durante su paso, tampoco en neuróticas muy acentuadas, ni en ulcerosas en fase de actividad, ni en tuberculosas acentuadas, ni en las que sufran síntomas de asistolia moderada aunque sea incidental ó gravídica, ni en las que sufran molestias de poca

ntensidad ó en aquellas cuyos síntomas sean claros, para formar juicio diagnóstico.

3.^a El embarazo patológico puede dar lugar á todos los tipos de quimismo gástrico alterado.

4.^a Esta variabilidad de quimismo lleva consigo la necesidad de manejo de la sonda, con las restricciones y contraindicaciones ya apuntadas.

5.^a Creemos que el tipo más frecuente, sea el hiperclorhídrico y la *dispepsia neuromotriz*, consecuencia muy frecuente en la autointoxicación gravídica, y

6.^a Al dar poca importancia á los trastornos digestivos en el curso del embarazo, *implica ateísmo, mereciendo la embarazada algo más que consuelo.*

M. PORTACELI.

REVISTA DE REVISTAS

POR EL DR. W. L. ALBO

Punción lumbar en las hemorragias submeningeaes de etiología traumática.—(Lumbal punktion bei submeningealen Blutungen traumatischer Aetiologie). V. Podmaniezky (Budapest). B. kl. W., núm. 35.

En las heridas de la médula espinal ó de la columna vertebral, sea la herida directa ó indirecta, está indicada siempre una punción lumbar orientadora. La terapéutica de las hemorragias submeningeaes es la punción lumbar reiterada. Esta debe repetirse hasta que no son visibles en el líquido más eritrocitos y los síntomas objetivos y subjetivos desaparezcan.

Clática como síntoma de apendicitis.—(Sciatica a symptom of appendicitis). B. M. Randolph, Journ. Amer. Med. Assoc., 1915.

Un hombre de 48 años enfermó con fiebre y síntomas de clática. Se diagnosticó clática reumática. Desde entonces continuó mal su salud y se presentó un ataque agudo abdominal que fué diagnosticado de apendicitis. Se extirpó el apéndice, que descansaba sobre la parte superior del nervio lumbo-sacro. Se encontró un absceso en la extremidad del apéndice. En realidad el primer ataque de clática reumática fué un ataque de apendicitis aguda con dolor periférico en el nervio ciático, debido á la proximidad del foco inflamatorio con las fibras de origen del ciático.

Polineuritis alcohólica con parálisis unilateral del diafragma y cuerda vocal.—(Polyneuritis alcoholica mit einseitiger Zwerchfell—und Stimmbandlähmung). W. Löffler. D. m. W. núm. 44, 1915.

El autor describe un caso de polineuritis con rara localización de la parálisis, predominando en la mitad izquierda superior del cuerpo y en el frénico izquierdo. Hace una detallada exposición del caso. En el enfermo fué de especial interés el curso favorable de todos los trastornos polineuríticos y sobre todo la desaparición de las alteraciones del vago y del frénico que tienen un pronóstico muy desfavorable por su fatal terminación debida, en el último, á la parálisis del diafragma.

Sueroterapia de la poliomiélitis.—(Sérothérapie de la poliomyélite). Señor Arnold Netter. (Academia de Medicina, París, sesión del 12 de Octubre). La Presse Médicale, núm. 49, 1915.

En 32 sujetos afectados de poliomiélitis, hemos recurrido á las inyecciones intrarraquídeas de suero procedente de individuos que habían padecido una parálisis infantil.

Hemos obtenido 6 curaciones completas; 3 mejorías próximas á la curación; 7 mejorías muy sensibles; 7 mejorías menos importantes, pero manifiestamente ayudadas por mejorías dudosas.

La rapidez con la cual han aparecido los progresos, su acentuación durante el tratamiento, su detención ó regresión después de la interrupción demasiado precoz, no permiten poner en duda la influencia de la medicación empleada.

La seroterapia es susceptible de detener la marcha invasora de la enfermedad y de hacer desaparecer las lesiones ya constituidas.

Los resultados podrán ser obtenidos con la condición de que el tratamiento se comience en un período muy aproximado al principio de la enfermedad: del primero al cuarto día de la parálisis.

Los resultados son más probables cuanto más pronto se instituya el tratamiento.

Se podrá prevenir la aparición de las parálisis si las inyecciones son practicadas antes del período preparalítico. Sólo tenemos un caso de este género; pero él no está destinado á permanecer único. Se puede, en efecto, en ciertas condiciones sobre las cuales hemos insistido á menudo, sospechar la intervención del virus de la poliomiélitis fuera de toda manifestación paralítica.

El suero de los sujetos que han tenido la parálisis infantil conserva su eficacia durante más de 30 años. Parece preferible el suero de los sujetos cuya parálisis remonte á menos de 5 años.

La inyección debe hacerse en el canal raquídeano, renovada por término medio durante ocho días consecutivos. Las dosis empleadas por nosotros han variado entre 5 y 13 c.c.

El suero humano es mejor tolerado que el de caballo. El provoca á veces una reacción inflamatoria de las meninges. Esta, habitualmente reducida á un cambio de la composición celular del líquido céfalo-raquídeo, se puede traducir por fiebre, dolores; ella es raramente intensa, y su posibilidad no debe hacernos temer mucho para recurrir á una inyección.

Sección de la médula espinal con separación de los dos fragmentos. (Section de la moelle épinière avec écartement des deux segments). Señores Lortat-Jacob, E. Giron y Ferrand. (Academia de Medicina, París, sesión del 12 de Octubre). La Presse Médicale, núm. 49, 1915.

Comunicaron la observación de un enfermo afecto de sección total de la médula, operado por E. Giron, que extrajo un casco de obús que ocupaba toda la anchura del canal vertebral, y practicó una sutura de esta médula totalmente seccionada. La operación, hecha en condiciones desastrosas, sobre un enfermo moribundo, fué seguida de un resultado que jamás se hubiera podido esperar: el enfermo hace ahora movimientos con los dos miembros inferiores; su sensibilidad reapareció progresivamente; una escara enorme, que, normalmente, hubiera arrebatado al enfermo en pocos días, está en buenas vías de cicatrización. La fiebre ha desaparecido después de la operación y el herido no está ya caquético. Este resultado obtenido por sutura de la médula, merece la atención, en razón de la novedad de la intervención: es el primer caso de restauración quirúrgica de la médula espinal conocido por los autores.

La reacción meióstágmica en los tumores malignos.—(Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten). B. Kl. W., núm. 38, 1915. Wining. (Copenague).

La meióstagmo-reacción se funda en la medida de la disminución de la presión superficial que aparece al agregar el antígeno á propósito en el suero del enfermo del tumor. La reacción puede ser utilizada para diagnosticar tumores malignos. Dan reacción positiva todos los estados febriles; casi todas las embarazadas en los últimos tres ó cuatro meses; afecciones cardiacas descompensadas; cirrosis hepáticas é ictericia grave; algunas tuberculosis pulmonares extensas y afebriles; aislados casos de fuerte diabetes sacarina; aislados casos de poliartritis crónica-reumática y aislados casos de pronunciada nefritis crónica y de anemia.

Ademona de la próstata.—(Ademone der Prostata). H. Ribbert. (Bonn). Zieglers Beitrage. 61, c. 1.

Es de notar como el más importante resultado de las investigaciones de Ribbert, que el nombre de hipertrofia de la próstata es inapropiado. No hay realmente una hipertrofia de la próstata en el sentido de un proporcionado aumento del órgano completo. Se trata más bien, de la formación de adenomas en determinadas partes del órgano. La formación típica de estos adenomas es descrita en este trabajo.

Decálogo higiénico

DEL DR. ROYO VILLANOVA

I

Amarás la luz sobre todas las cosas.—La luz del sol es el símbolo de Dios.—Todos los beneficios proceden de ella.

II

Jurarás no probar los licóres, ni asistir á los espectáculos en lugares cerrados.

III

Higienizarás las fiestas.—Lo que la confesión para el espíritu es el baño para el cuerpo.—Las prácticas religiosas y las higiénicas son el mejor medio de aprovechar el tiempo cuando no se trabaja.

IV

Honrarás al aire y al agua corriente.—Son el padre y la madre de nuestra salud, que necesita para engendrarse y sostenerse de la ventilación y de la limpieza.

V

No beberás: quien bebe se mata ó puede matar á su prójimo.

VI

No fumarás: quien fuma respira humo en vez de aire y causa molestias á los demás.

VII

No escupirás: quien escupe roba la salud á sus semejantes.

IX

No desearás nada que venga del azar ó por el albur: quien juega no trabaja, engaña ó es engañado, si alguna vez gana dinero, pierde la tranquilidad, que es salud del alma y la salud, que es la paz del cuerpo.

X

No gastarás dinero más que en alimento sano, ropa limpia y cama pura, para conseguir lo cual no se necesita codiciar los bienes ajenos.

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

En la sesión celebrada por esta Academia el día 5 del actual, quedó elegida la siguiente Junta de Gobierno para el curso de 1915 á 1916.

PRESIDENTE: Don Julio Laguna y Azorín.

VICEPRESIDENTE: Don Martín Ciga y Lecuna.

SECRETARIO GENERAL: Don Carlos Mendaza.

BIBLIOTECARIO: Don Mario Musatadi.

SECRETARIO DE ACTAS: Don Ignacio Herráiz.

VOCALES: Don José Crende.

» Don Alejandro Guerricabeitia.

» Don Antonio Eguiluz.

Acta de la sesión celebrada el día 11 de Noviembre de 1915

El señor Presidente don Julio Laguna, dió cuenta del fallecimiento de los señores Académicos don José Ramón Núñez y don César Brey; pronunció breves y sentidas palabras, enalteciendo la memoria de dichos señores, propuso que se oficiara á sus respectivas familias dando cuenta del sentimiento de la Academia y se acordó que constara en acta este sentimiento, asimismo que se levantase la sesión en señal de duelo, como se hizo.

El Secretario General,

CARLOS MENDAZA.

LIBROS

Fermentos defensivos del Organismo animal.—

E. Abderhalden. Traducción española por M. Dalmau de la 3.^a edición alemana. Precio: 6 pesetas.

Conocidos son los profundos estudios químico biológicos del fisiólogo de la Universidad de Halle a. S. Según su teoría de los fermentos, en el plasma, al cual se incorpora una albumina extraña, aparecen fermentos defensivos que son específicos para la albumina introducida. En este principio descansan todas sus investi-

gaciones. Pero esta especificidad la extiende también á los fermentos celulares, la cual será diversa en cada célula según la construcción específica de sus proteínas.

En sus primeras páginas hace el autor una exposición detallada de los fermentos en su relación con los procesos íntimos de la actividad celular y habla de una función no estrictamente específica, merced á la cual ciertos organismos inferiores morfológicamente, pueden asegurarse sus necesidades nutritivas no obstante la diversidad de los materiales alimenticios de que disponen. Parte, pues, del organismo unicelular, de la célula, para explicar allí la acción de los fermentos en sus íntimos procesos del recambio nutritivo. Si la célula no pudiera utilizar la energía encerrada en el material alimenticio, moriría, pues las sustancias nutritivas precisan sufrir antes de penetrar en ella una previa desintegración en partes más sencillas, la cual es lograda precisamente por los fermentos en la complicada molécula nutricia que por si sola no podría formar parte integrante de la extractora celular. Según Abderhalden los fermentos pueden ya cumplir esta función fuera de la célula—fuera de los leucocitos habría una fagocitosis—mientras ella absorbe la sustancia y también á veces en el interior de la célula, pero no por primera vez.

Al tratar de la especificidad de ciertas sustancias para alimentar á determinados organismos, adelanta la intuición siguiente: «Es indudable que un estudio profundo del material nitrogenado necesario para todo organismo aislado, atendiendo, además, á las sustancias alimenticias y condiciones, debe conducir á determinar métodos exactos para cultivar en el laboratorio células aisladas.... si no se conoce el alimento nitrogenado apropiado para un microorganismo, podríamos obtener acaso un medio de cultivo desintegrando la sustancia de las células en cuestión».

«Sin duda alguna, en el mundo organizado, unas especies labran el terreno para otras, y de este modo un organismo sirve de peón á los demás » Así, por ejemplo, los fermentos de las glándulas intestinales serían ayudados preparatoriamente por las bacterias en la desintegración de la celulosa como asimismo las plantas se procuran el nitrógeno por mediación de los microorganismos.

El organismo animal desintegra hasta compuestos más sencillos las extractoras alimenticias, para reidificarlas luego, según nuevas combinaciones, en la otra parte de la pared intestinal. Considera los fermentos como los obreros constructores de la célula. Defiende la idea de que cada clase de elemento orgánico, toda célula, dispone de una extractora netamente específica de la cual

dependen sus funciones. Habla de substancias órgano-propias, célula-propias, sanguino-propias.

Para fundamentar su opinión de que los materiales que integran cada especie celular son distintos de los de las otras, recuerda las observaciones de Friedrich Miescher en el salmón, según las cuales «le es posible al organismo la formación de un material celular determinado, á expensas de partes constitutivas de células completamente diferentes.» Sabemos que F. Miescher apreció microscópicamente que los fascículos musculares del salmón—cuando vive en agua dulce—se iban descomponiendo progresivamente é ingresando en la sangre. Ahora bien; estos materiales de desintegración muscular se trasladaban á las glándulas sexuales que crecían progresivamente, *pero no por aquellos mismos materiales* procedentes de los fascículos musculares, sino por albuminoides de índole completamente nueva, por *histonas*, albuminoides básicos. De este modo, sin necesidad de que el animal se alimente, se desarrollan en el agua dulce sus glándulas sexuales á expensas de los albuminoides de su sistema muscular: un grupo celular cede, pues, sus materiales á otro.

Relacionando el organismo unicelular con el pluricelular, indica que las células del último no pueden emprender la lucha contra las substancias extrañas, pues están especializadas cada cual para su función, y si el organismo pluricelular fuera invadido por materiales extraños se encontraría constantemente expuesto á sorpresas y perturbaciones, y esto dificultaría el peculiar trabajo de cada célula, pues en el organismo pluricelular cada cual está especializada para su función, mientras que una sola célula cumple todas las funciones en el organismo unicelular.

Igualmente relaciona los fenómenos de la hipersensibilidad con el poder proteolítico del plasma, y cree que tal vez exista «cierta conexión entre la facultad desintegrante del plasma respecto á la albumina y la aparición del golpe anafiláctico», pues quizá al desintegrarse la albumina inyectada por segunda vez, los fermentos hayan adquirido propiedades especiales y originen productos de disociación también especiales que ejercen una acción específica. Según Abderhalden, «el problema de la hipersensibilidad no debe mirarse exclusivamente desde el punto de vista puramente químico cuando intentemos resolverlo». La alteración del equilibrio osmótico, ó las acciones de iones especiales, tendrá tal vez su importancia.

Afinando más en su concepción de la especificidad más ó menos neta de los fermentos, se ocupa asimismo de la formación de los

fermentos defensivos no sólo contra las proteínas, sino también de la aparición en el plasma de fermentos desintegradores de los nucleo-proteidos, de las nucleinas y de los ácidos nucleicos si estas sustancias albuminoides se han inyectado por vía parenteral. Por último trata de la aparición de fermentos defensivos contra otros principios inmediatos: polisacáridos y grasas.

Ya es sabido que la aplicación práctica del método de Abderhalden se funda en la posibilidad de descubrir sustancias extrañas al cuerpo ó á la sangre mediante los fermentos cuya aparición provocan. Para ello empleáse el método óptico y el método de la diálisis.

Se ocupa brevemente del diagnóstico biológico del embarazo, explicando su mecanismo, y termina su interesantísimo estudio explicando detalladamente ambos procederes de investigación: el procedimiento de dialización y el método óptico.

Cita toda la bibliografía referente á estos estudios, hasta el año 1913. Ulteriormente ha aparecido una nueva edición de esta obra: «Abwehrfermente», 4.^a edición, 1914, y otros trabajos, entre los cuales citaremos: Zur Frage der Spezifität bei der A. R. (Sobre la cuestión de la especialidad de la reacción de Abderhalden). E. Herzfel. D. m. W. núm. 39, 1915; un trabajo del autor en: Biochem. Zschr. 59. P. 249. 1914; un artículo de Lindstedt «Abwehrfermente», en Hygica, cuad. 77. 15; otro de G. H. von Waasbergen: «Abderhaldensche Fermentreaktion bei Nichtschwangeren. (Reacción de los fermentos de Abderhalden, en las no embarazadas). Mschr. f. Geburtsh, cuad. 42, 3.; otro de Erwin Baumman: «Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsdiagnostik im Frauenspital Basel» (Experiencias sobre el diagnóstico del embarazo por el proceder de Abderhalden, en la Maternidad de Basel). Mschr. f. Geburtsh. cuad. 42. 3.; otro de Kleiter y Lindner: «Abderhaldensche Dialysiermethode, (Método de la diálisis de Abderhalden); W. kl. W. núm. 21, 1915.

La obra está excelentemente vertida al castellano y forma un volumen de 200 páginas que leerán con provecho aún los que no se dediquen á estas investigaciones.

DR. W. L. ALBO.