

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACEÚTICOS DE VIZCAYA

Año XVI

Bilbao—Febrero—1910

Núm. 182

El segmento inferior del útero

El útero, al sufrir las diversas transformaciones de forma, volumen, posición y resistencia durante el embarazo, descubre en su parte inferior una zona segmentaria adelgazada que debe ser conocida del médico por la importancia fisiológica y patológica que representa en la función del parto y el puerperio. Dada su estructura y relaciones anatómicas, puede asegurarse que en el parto, es la región más peligrosa del órgano uterino, no obstante su habitual y asombrosa resistencia en la mujer bien constituida. En ella tienen lugar las implantaciones viciosas placentarias con sus hemorragias inquietantes, las rasgaduras por el paso del feto ó de maniobras instrumentales y manuales hechas sin el tino y prudencia necesarias y las infecciones del Douglas. Toda precaución es poca, especialmente la de mantener deprimido y sujeto el fondo de la matriz para evitar tiranteces del segmento, cuando haya de introducirse la mano en una versión ó curetaje manual, en mujeres sobre todo débiles, que tanto abundan.

Las discusiones sostenidas acerca de los orígenes cervical ó corporal uterinos, hállanse en el día terminadas por haberse averiguado que el segmento inferior se forma á expensas del cuerpo de la matriz por la acción mecánica progresiva del peso del producto de la concepción.

Fúndase esta manera de ver en demostraciones anatómicas disectoras llevadas á cabo por Waldeyer, Graaf y Taylor; sobre observaciones clínicas que evidencian la conservación constante de la longitud y espesor del cuello uterino, hasta el fin

del embarazo; histológicamente se aprecia que la mucosa de ese segmento inferior tiene carácter decidual como la correspondiente al cuerpo, y finalmente en la anatomía comparada del murciélago, cuyo cuerpo uterino bicornio comunica con un largo canal tapizado de caduca, que es la misma separada del cuello por el orificio uterino.

A mayor abundamiento de análisis, tenemos que el útero puerperal con sus tres zonas denominadas cuerpo, segmento inferior y cuello, corresponde á la matriz fuera de gestación, que la dividimos en cuerpo, istmo y cuello. El segmento inferior, por consiguiente, no viene á ser otra cosa que el istmo dilatado.

Ahora bien: para formarse una idea del conjunto en el segmento inferior, basta ver las láminas de cortes longitudinales hechos en el útero parturiente de mujeres muertas antes de la terminación del parto, por Braune, Waldeyer y otros tocólogos. En ellas el útero presenta su cavidad dividida en dos compartimentos; uno superior, comprensivo de los dos tercios de su altura total, con paredes gruesas, que es el cuerpo uterino, y otro inferior, más pequeño y delgado, formado por la unión del cuello y el segmento inferior; á veces, es posible distinguir, á cuatro ó cinco centímetros del orificio externo de la matriz, un ligero anillo que corresponde al agujero interno del cuello.

El segmento inferior no da apenas señales de formación hasta los cinco primeros meses. El huevo se desarrolla en el cuerpo uterino; pero hacia los seis meses esta región se declara insuficiente á la natural expansión del órgano ovular y empieza la distensión del segmento inferior, que adquiere su magnitud suprema en el término del embarazo.

Visto dicho segmento en una primípara á los nueve meses de la gestación y cuyo feto se halla colocado profundamente de vértice, tiene el aspecto de un solideo de cura con la convexidad inferior y hace de borla el cuello uterino á él unido. Desde el interior de la matriz hace el efecto de un embudo cuya abertura estrecha del vértice es el orificio interno del cuello.

La altura que alcanza al final del embarazo es de 7 á 8 centímetros, término medio; su espesor no pasa de 2 milímetros, mientras que el correspondiente al cuerpo uterino llega á 10 milímetros.

Su límite inferior ya hemos dicho que es el orificio interno del cuello y el superior no es fácil determinarlo fuera del acto del parto. Sin embargo, podrá reconocerse: 1.º Por la progresiva diferencia en el espesor del músculo uterino; 2.º Por la existencia, en plena pared uterina, de una gruesa vena circular, descrita con el nombre de «Kranzvena» por los autores alemanes; 3.º Por la sólida unión del peritóneo, pues esta serosa se une de una manera floja al segmento inferior; 4.º Por la primera rama transversal de la arteria uterina, y finalmente, por la íntima adherencia de las membranas ovulares á la cara interna del útero. Esta sección superior del segmento no se encuentra en un plano horizontal, sino oblicuo de arriba á abajo y de atrás á delante.

De las dos paredes del segmento inferior, la anterior se distingue más por la presentación del feto que la posterior, y es menos gruesa, más ancha y profunda. De aquí resulta que el orificio interno del cuello se encuentra más próximo á la pared posterior, lo cual se prueba con el tacto vaginal. El eje uterino, prolongado imaginariamente hacia abajo, atraviesa la pared anterior, dejando detrás la totalidad del cuello de la matriz.

Las relaciones que el segmento inferior tiene son muy importantes de conocimiento, por los traumatismos que pueden afectar á esa región uterina.

Por delante se encuentra el peritóneo unido débilmente á la matriz, y la zona desprendible es más pronunciada á medida que el embarazo adelanta, si bien la línea de sólida fijación varía en distancia de un mes á otro. Según Hoffmeier y Benks, es de dos centímetros á los dos meses, tres á los tres ó cuatro, cuatro á los seis, cinco al séptimo, y cinco á siete al llegar á los nueve meses. Esta facilidad en la separación de la serosa abdominal de la matriz explica la formación de voluminosos trombus subperitoneales en los desgarramientos de la pared anterior del segmento inferior.

La vejiga, que se halla separada por el peritóneo del útero en toda su porción superior, se encuentra por abajo unida por un tejido celular flojo, lo cual nos hace comprender cuán fácilmente los dos órganos pueden ser apartados, bien por un derrame, bien en el curso de una intervención. Vacía la vejiga, se oculta detrás del pubis, y llena, sube hacia el abdomen ejerciendo tracción sobre la uretra, ó se desarrolla su volumen en la pelvis, abombando la pared vaginal anterior. Hay casos raros en que ocupa, á la vez, el abdomen y la pelvis, adoptando la forma de un doble saco. Además, el reservorio urinario se deforma por el segmento inferior, doblado por la cabeza fetal. Las asas intestinales pueden descender al fondo de saco vevico-uterino durante los primeros meses del embarazo.

Lateralmente, el segmento inferior corresponde á las vainas hipogástricas que contienen la arteria uterina, á un centímetro del borde uterino; el uréter, que puede el feto comprimirlo al nivel del estrecho superior, y las venas uterinas. Las ramas nacidas de cada lado de la arteria uterina forman, por su anastómosis en la línea media, un círculo arterial al nivel del límite superior del segmento inferior. A cierta distancia, finalmente, caminan los nervios sacros y vasos iliacos.

Por detrás, el peritóneo que lo reviste, aunque menos fuertemente adherido á su pared, lo está en grado mayor que en la anterior del segmento. Por eso es menos frecuente el hematoma en este punto que en el anterior.

Dada esta disposición ¿las asas intestinales pueden descender al Douglas? Aunque probable dicho fenómeno, dada la anteversión habitual del útero, no existe demostración cada-
vérica alguna que lo confirme.

Más lejos se encuentran el recto, los nervios sacros y el hueso de este nombre.

La estructura del segmento inferior participa á la vez de la del cuerpo y cuello uterino. La musculosa es menos espesa y decrece en el embarazo, y tiende á rarefactarse hasta el punto de que su capa media plexiforme, que es la más importante, se detiene en el límite inferior del cuerpo uterino, quedando el

segmento inferior reducido á sus capas externa é interna, cuyas fibras laminosas son débiles.

Cerca del tejido muscular del segmento existe una notable cantidad de tejido conjuntivo con predominio de los elementos elásticos, que según Kreitzer, Aceonci y Fieux, constituye casi la totalidad de la pared uterina, y el elemento muscular no persiste más que en la cara externa.

La mucosa uterina ya hemos dicho que es igual á la del resto de la matriz, salvo en la inmediación del cuello, en que parece algo distinta.

Durante la función del parto, la forma del segmento inferior varía con la clase de presentación fetal. ¿Esta le distiende? Desde luego que sí, dándole una forma de gorro esférico. Cuando la presentación queda elevada, ¿qué obstáculo se opone á su descenso? Cualquiera que sea éste, el canal cérvico-segmentario queda colgado á la manera de una boya cilíndrica.

Los cambios más interesantes son los que afectan á las dimensiones del segmento; su espesor disminuye progresivamente y su altura aumenta por el hecho de la ascensión de su límite superior. Este, que al comenzar el parto ocupa un plano paralelo al estrecho superior correspondiente al tercio superior de la sínfisis, se encuentra en el momento de la dilatación completa, á tres traveses de dedo del pubis, es decir, á mitad de distancia de la sínfisis y el ombligo. La distancia que le separa del orificio uterino es entonces de 12 centímetros. En una palabra, hay alargamiento y adelgazado en el segmento inferior.

Cuando el trabajo del parto dura cierto tiempo, y sobre todo si las membranas se han rasgado, la distinción del cuerpo y segmento inferior uterino se hace clara y precisa, merced á la formación de una onda muscular fisiológica, fácil de apreciarse por la introducción de la mano en la matriz parturiente, y que no persiste en el cadáver. Este es el anillo de contracción de «Schroeder», conocido también por el nombre de «Bandl», cuyo papel patológico es considerable.

En el curso del puerperio, el segmento inferior cambia

nuevamente de dimensiones: su altura no pasa de 5 á 7 centímetros, comprendiendo el cuello; su espesor alcanza á 8 ó 10 milímetros, cuando el del cuerpo uterino no tiene más de 3 centímetros. Su aspecto es el de un saco flotante y blando, que algunos también le comparan á un trozo de intestino grueso de cerdo.

Encuétrase además aplanado y como aplastado por el cuerpo uterino que descansa sobre él en anteflexión muy graduada.

La relación más importante es la que contrae con la vejiga. Esta puede ser completamente separada del útero, en cuyo caso el fondo de saco véxico-uterino desciende sobre la vagina.

A los tres días de haber comenzado la involución uterina, se ven en las primíparas los repliegues peritoneales descritos por Ducan, indicando que dicha serosa no ha podido recobrar sus dimensiones tan pronto como el músenlo uterino.

Examinado el interior de la matriz, se distinguen tres zonas: una superior, violácea y tomentosa, que es el cuerpo, con el arca placentaria; otra media, más rosada lisa y unida, perteneciente al segmento inferior, y una tercera, inferior, irregular, negruzca, equimótica, que es la del cuello.

El estudio anatómico expuesto basta para que describamos brevemente el papel que desempeña el segmento inferior en los terrenos fisiológico y patológico. Durante el embarazo, el segmento inferior sirve al desarrollo del huevo y acomodación del feto.

Al finalizar la gestación, atribúyesele ser la causa primordial y misteriosa del parto. Ruge ha notado en ella que la unión de las caducas ovular y parietal es imperfecta; Litzman admite que existe un desprendimiento prematuro del polo inferior del óvulo, dependiente de las alternativas de alargamiento y acortamiento de esa zona del útero, y finalmente, el huevo llegando á ese sitio en concepto de cuerpo extraño ¿excitaría la contractilidad del segmento inferior?

Cualquiera que sea la hipótesis que se siga, es lo cierto que la excitación artificial del segmento inferior, como por

ejemplo, la provocada por un globo de Tarnier, es uno de los medios de iniciar el parto mejor.

Durante el parto, el segmento inferior es un elemento más bien pasivo que activo, y constituye con el cuello la porción relajada ó *paraligsisch de los alemanes*, del útero, en oposición al cuerpo que es la parte activa y contráctil.

Sin embargo, hay muchos casos de mujeres bien constituidas en que todo el útero entra en acción rápidamente y se invierte poco tiempo en todas las fases del parto. Siempre el segmento inferior es el encargado de poner en buena actitud la presentación, al propio tiempo que dirigirla.

Patológicamente considerado el segmento inferior, puede ser asiento de implantación del óvulo al comenzar el embarazo y apreciarse bien el aborto y parto prematuro de pronóstico grave para el feto y su madre. La causa común de los repetidos abortos, deducidas las debidas á la sífilis y metritis artríticas, suele residir en esa adherencia viciosa.

Así mismo, la placenta, insertándose en esa zona, puede ocasionar importantes accidentes hemorrágicos que obliguen á intervenir con prontitud para evitar grandes daños.

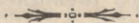
Durante la labor obstétrica suele observarse algunas veces una extrema lentitud en la dilatación del cuello uterino, debida á la adherencia anormal del huevo al segmento inferior, llegando á crear una verdadera sínfisis.

Muchísima mayor importancia tiene el segmento en la patogenia de la rotura ó desgarramiento del útero, por cuanto su delgadez parietal y alargamiento le ponen en condiciones que se pueda temer este gravísimo accidente.

El práctico, pues, debe interesarse con verdadero amor en conocer la semeiología del segmento inferior, para prever si es posible, evitando toda distocia de esta región, y en caso contrario, usar los medios con el tino y suavidad que requiere la situación creada.

DR. BERRIAGAS.

REVISTA EXTRANJERA



Nuevo método de prostatectomía usando las dos vías perineal y abdominal combinadas, por el Dr. Lynn Thomas, de Cardiff.—Las penosas sorpresas que causan los casos perdidos por septicemia en las dos formas de prostatectomías conocidas de todos los médicos, han inducido al autor á examinar fríamente las causas que las determinan.

Según el mismo, el resultado es debido:

1.º A la violación de un principio quirúrgico universalmente admitido. Cuando un drenaje insuficiente se verifica á la inversa de la declividad de la región por una orina séptica que se desborda de una vejiga paralizada, lleva en pos de sí la absorción de materias sépticas para la superficie traumatizada que deja la ablación de la próstata.

2.º A la infección por el paso de microorganismos del recto á la cavidad que la próstata ocupó y en donde se acumula la secreción de los testículos y vexículas seminales mezclados con las exudaciones de reparación de los tejidos.

Por lo tanto, á drenar con eficacia la cavidad prostática y la vejiga en la dirección que sea más útil y racional, tiende el autor con el método que á continuación describimos.

Desde luego, que para hacer la operación de prostatectomía combinada por las vías perineal y abdominal pronto y bien, un solo instrumento particular es necesario. Una pinza larga cuyas dos ramas rectas tengan 22 centímetros y una extremidad encurvada en ángulo recto de 9 centímetros de larga. Los bocados de la pinza tendrán 1 7/2 centímetros, de manera que representen casi el volumen de la extremidad del índice de la mano del cirujano. (Fig. 1.ª)

Antes de comenzar la operación, se le coloca sobre el dorso al paciente en la mesa, de forma que el periné se halle en la extremidad y los miembros inferiores apoyados en dos horquillas sostenedoras de los muslos, de uso ordinario.

Durante toda la operación, el enfermo conservará dicha posición.

El primer tiempo de aquélla es el de una prostatectomía supra-pubiana ordinaria.

Cuando es fácil la enucleación prostática, se desprende el órgano

Prostatectomía combinada por las vías perineal y abdominal

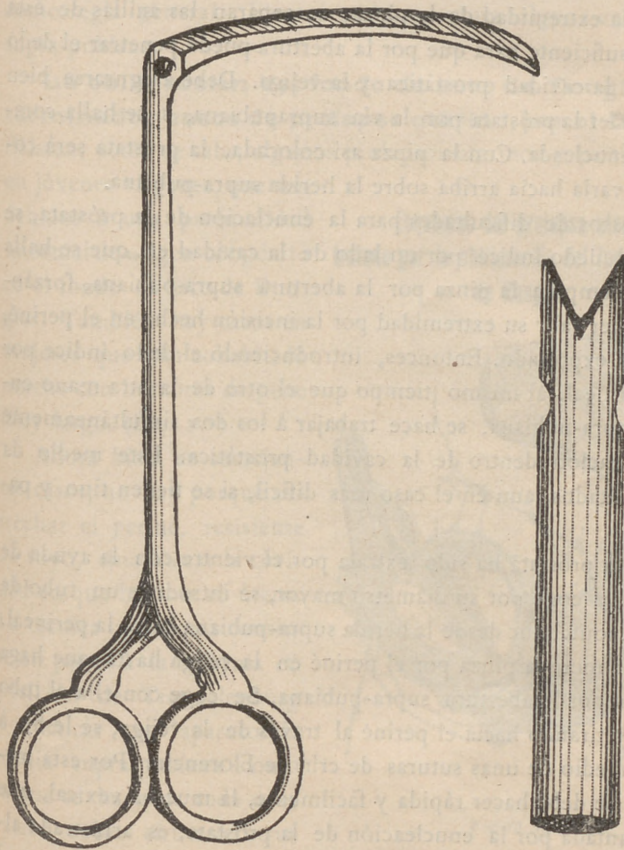


Figura 1.^a

Pinza de prostatectomía del Dr. Lynn Thomas

Figura 2.^a

Zubo de caoutchouc cortado en V en su extremo vexical y agujereado por ambos lados para el drenaje perfecto de la vejiga y cavidad prostática.

de su cavidad por medio del dedo índice del cirujano, mientras que con el puño de su mano izquierda empuja el periné. Tan pronto como

la próstata queda bien libre, la pinza especial debe ser pasada por la vejiga, de arriba hacia abajo, hasta la cavidad prostática, al mismo tiempo que su mano izquierda, con el índice y dedo medio, el operador ejerce presión sobre el periné, de tal suerte que la extremidad de la pinza venga á hacer saliente sobre el periné en un punto situado á 5 centímetros delante del ano. Una incisión hecha en este sitio, para dar salida á la extremidad de la pinza, se separan las anillas de ésta en cantidad suficiente para que por la abertura pueda penetrar el dedo índice hasta la cavidad prostática y la vejiga. Debe asegurarse bien antes de extraer la próstata por la vía suprapubiana, si se halla completamente enucleada. Con la pinza así colocada, la próstata será cogida para llevarla hacia arriba sobre la herida supra-pubiana.

En los casos de dificultades para la enucleación de la próstata, se hace pasar el dedo índice por un lado de la cavidad en que se halla colocada. Se empuja la pinza por la abertura supra-pubiana, forzándola para hacer salir su extremidad por la incisión hecha en el periné, en el sitio ya expresado. Entonces, introduciendo el dedo índice por la herida perineal, al mismo tiempo que el otro de la otra mano entra por la supra-pubiana, se hace trabajar á los dos simultáneamente en la enucleación dentro de la cavidad prostática. Este medio da siempre resultados, aun en el caso más difícil, si se tienen tino y paciencia.

Cuando la próstata ha sido extraída por el vientre con la ayuda de la pinza que la coge por su diámetro mayor, se introduce un tubo de drenaje en caoutchouc desde la herida supra-pubiana hacia la perineal. Para esto, se mete la pinza por el periné en la vejiga hasta que haga prominencia por la abertura supra-pubiana. Se coge con ella el tubo de drenaje y tirando hacia el periné al través de la vejiga, se le fija á la piel por medio de unas suturas de crin de Florencia. Por esta maniobra, que se debe hacer rápida y fácilmente, la mucosa vexical, que ha sido levantada por la enucleación de la próstata, es arrastrada alrededor del tubo de drenaje, hacia la cavidad que fué ocupada por el órgano eliminado.

El Dr. Lynn Thomas emplea un tubo de drenaje de 18 centímetros de largo por $1\frac{1}{2}$ centímetros de diámetro. La extremidad que ha de quedar en la vejiga, debe ser cortada en forma de V y de manera que se formen dos valvas provista cada una de un orificio. De

esta suerte, cuando la vejiga se contrae sobre el tubo, el drenaje continúa. Los dos orificios del tubo sirven especialmente para el drenaje de la cavidad prostática. Dicho tubo debe dejarse en el sitio de 8 á 9 días.

La duración de la operación es poco más ó menos la de una prostatectomía ordinaria supra-pubiana y la convalecencia fácil y rápida, como regla general. El autor no hace sutura alguna en la abertura supra-pubiana.

La obliteración del fondo de saco de Douglas en determinados casos de prolapso uterino, por el Dr. Marión.

Existen, como se sabe, algunos prolapsos uterinos y particularmente, en jóvenes vírgenes, que son debidos á una profundidad anormal de origen congénito en el fondo de saco de Douglas. También hay casos en mujeres que han cohabitado mucho con hombres de pene muy largo. (Fig. 1.^a)

Ahora bien, en semejantes casos, no hay porqué estrechar el periné, resistente de suyo, sino atacar la cavidad en que bascula el útero. La técnica operatoria consiste en poner á la enferma en posición de Trendelenburg y practicar una laparotomía media supra-pubiana como la que se hace en toda operación sobre el útero y sus anejos.

Después de colocada en su sitio una valva separadora y rechazadas todas las asas intestinales hacia la concavidad del diafragma, protegidas por compresas, el útero cuyo fondo se halla muchas veces completamente caído en el Douglas, debe ser levantado, quitándole las adherencias, si las hubiere.

Esquemas del prolapso uterino tratado por la obliteración del fondo de saco de Douglas.

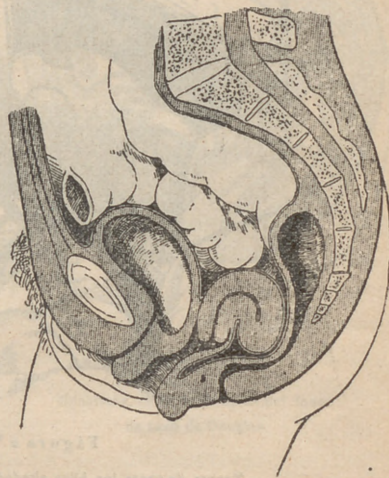


Figura 1.^a

Útero en retroflexión en un fondo de saco anormalmente desarrollado.

Después el útero será cogido, bien por medio de unas pinzas de Mousséux ó mejor por un hilo de catgut pasando al través de su fondo sobre la vertiente posterior.

La obliteración del fondo-saco de Douglas se obtiene con dos hilos

Esquemas del prolapso uterino tratado por la obliteración del fondo de saco de Douglas.

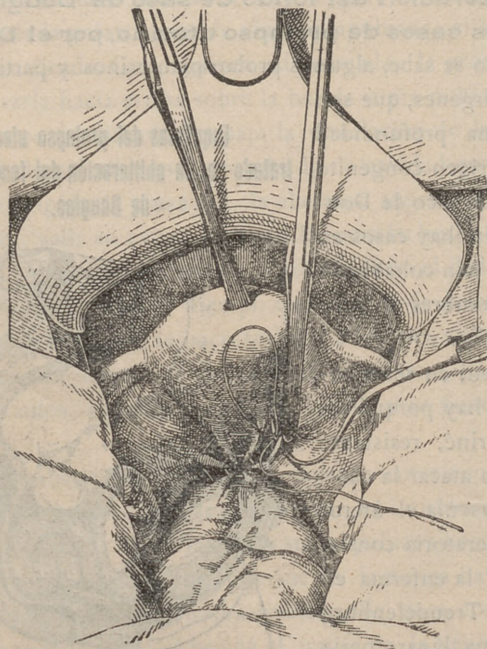


Figura 2.^a

Manera de pasar los hilos alrededor del fondo de saco de Douglas:

pinza cogiendo el perit6neo
y formaci6n del pliegue que atraviesa la aguja.

pasados alrededor del fondo de saco, hilos subperitoneales, abrazando la cara posterior de la vagina y del cuello uterino á la pared anterior del recto. Tres hilos bastan, en general; pero si la profundidad del saco lo exigiera, se colocarían en más número. El acto de pasar estos

hilos es muy delicado, y por tanto aconsejamos el practicarlo en la forma siguiente: (Fig. 2.^a)

Por medio de una pinza larga se cogerá en la profundidad un pliegue del peritóneo á través del cual se pasará la aguja. Un ayudante llevará el hilo para enhebrar en la aguja por medio de otra pinza. Sucesivamente, el mismo hilo será pasado de esta manera, alrededor del fondo de saco, en la parte más profunda; la pinza cogiendo la serosa, plegándola y presentándola así, á la aguja, no hay más que atravesarla. Pasado una vez el hilo alrededor, se le anudará.

En la parte anterior, el hilo coge la cara posterior de la vagina ó del cuello uterino, en los lados el peritóneo parietal que reviste la pared de la pequeña pelvis en este nivel, y por detrás la cara anterior del recto. Los demás hilos se pasarán sucesivamente del mismo modo, los unos por encima de los otros, separados, cada uno, un centímetro poco más ó menos. El hilo superior se colocará muy cerca de la parte media del cuello uterino. (Fig. 3.)

Para este cierre, es necesario emplear hilos no reabsorbibles, prefiriendo los de lino, entre ellos.

Cerrado ya el fondo de saco, el útero se coloca en anteversión y se puede acentuar más esta posición, acortando los ligamentos redondos.

El Dr. Marión prefiere el procedimiento de Dartignes-Caraven en este último punto.

Finalmente: se ejecuta el cierre del abdomen dejando ó no un drenaje, según haya ó no líquido sangriento.

Obliteración del fondo de saco de Douglas

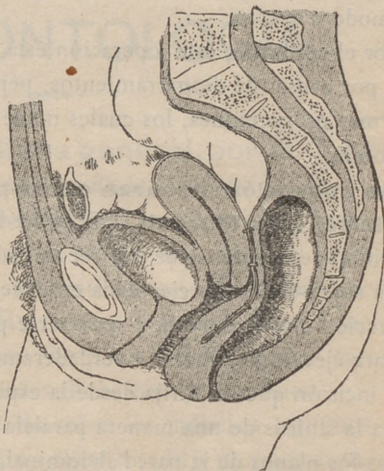


Figura 3.^a

Rosultado de la obliteración del fondo de saco de Douglas.

Los resultados obtenidos han sido satisfactorios, puesto que el procedimiento impide el que los intestinos ejerzan presión sobre la pared posterior de la vagina, por una parte, y se obliga al útero á colocarse en anteversión, con la cual se impide el descenso del mismo.

Sus indicaciones son: 1.º En los prolapsos de las vírgenes, verdaderas hernias vaginales favorecidas por la excesiva profundidad congénita del fondo de saco de Douglas y para los cuales no hay otra manera de proceder. 2.º En aquellos que por una lesión cualquiera, retrodesviación irreductible, en particular, necesitan una laparotomía. En este caso, la obliteración del fondo de saco puede constituir un adyubante verdadero de otros tiempos operatorios. 3.º En los prolapsos que recidivan, después de las operaciones clásicas practicadas de un modo correcto.

Por el contrario, esta operación está contraindicada en los prolapsos por causa de desgarramientos perineales, y en los que tienen enormes proporciones, los cuales no se curan más que por una histerectomía.

La operación cesárea extra-peritoneal, por el doctor Doderlein, de Munich.—El procedimiento que por su sencillez y ventajas evidentes debe ser recomendado, es el de la sección cesariana supra-sínfisaria ejecutada en el segmento inferior del útero. La operación clásica debe hoy rechazarse por peligrosa.

Para ejecutarlo, lateral y verdaderamente extra-peritoneal, se traza una incisión que se dirija desde la espina iliaca anterior y superior, hasta la sínfisis de una manera paralela á la arcada y que comprenda todos los planos de la pared abdominal, hasta el peritoneo. Rechazado éste por despegamiento hacia arriba y adentro, aparece el segmento inferior del útero sobre el cual se hace una incisión vertical que servirá de salida fácil al feto y su placenta. No hay hemorragia y un simple sorjete con catgut fino basta para suturar el segmento herido. La sutura por planos hecha en la pared abdominal sirve, con el apósito corriente, de complemento á la operación.

Las ventajas que se obtienen son: 1.ª Obtener extra-peritonealmente el parto, sin riesgo infeccioso para la gran serosa abdominal. 2.ª Sencillez en su ejecución, pues no se tarda media hora en los distintos actos operatorios. 3.ª Ausencia de hemorragia y lesión vexical. 4.ª Fácil extracción del contenido uterino, y 5.ª Menor riesgo de que

se rompa la cicatriz del órgano gestador en embarazos ulteriores que tenga la mujer.

Diagnóstico diferencial entre el lipoma y sarcoma, por el Dr. Tausini.—Además de la resistencia al tacto, peso, etc., insiste el autor sobre la investigación de la transparencia del mismo modo que en el hidrócele. Constante dicha propiedad en el lipoma, falta por completo en el sarcoma, lo cual constituye un signo diferencial de primer orden, sobre todo cuando al principio de su desarrollo ofrezca dudas. El estetoscopio corrobora el hecho.

DR. ITERATIVO.

DE ODONTOLOGIA

La anestesia raquidiana general, por D. Juan de Otaola.—El profesor Jonnesco, de la Universidad de Bucharest, ha publicado el resultado de sus trabajos sobre la raquis-anestesia dorsal superior, que es mucho más fácil de practicar, tan eficaz é inofensiva que la raquis-anestesia dorsal inferior. Y ahora que ha entrado en la práctica, se puede afirmar que esta anestesia local tiene grandes ventajas sobre las demás para los especialistas de las enfermedades de la cara y el cráneo.

Las ventajas de este método sobre los métodos antiguos son muy importantes. El operado no tiene miedo á una anestesia que le deja toda su conciencia; no hay temor de intoxicación profunda del organismo y el shock operatorio no será en adelante más que una leyenda.

Además el enfermo se puede alimentar mucho más pronto y por lo tanto restablecerse más rápidamente; además tiene la ventaja para el operador, que es de importancia capital, el operado se encuentra en estado de resolución muscular perfecta.

La anestesia raquidiana general tiene dos principios fundamentales: la punción del raquis en todos sus niveles y la asociación de la estrignina al anestésico, estovaina, tropocaina, novocaina, etc.

Se puede decir por el primer punto que la punción del raquis en cualquier nivel es benigna; el temor de la punzada en la médula no tiene razón de ser y es absolutamente inocente. La punción cervical es inútil y casi nociva; la punción dorsal media es difícil é inútil. Las punciones dorsal superiores (entre la 1.^a y 2.^a vértebras dorsales) y la dorso-lumbar (entre la 12.^a vértebra dorsal y 1.^a vértebra lumbar) son fáciles y suficientes para obtener la anestesia de todas las regiones del cuerpo.

Para el segundo punto, la estovaina que el autor ha empleado principalmente y la novocaina parece son los mejores. El sulfato neutro de estrignina añadido á la solución anestésica, al mismo tiempo que le preserva de su acción nociva sobre el bulbo; gracias á ella se puede hacer sin peligro la anestesia superior. Las cantidades de estrignina y estovaina que debe contener la mezcla anestésica varían según el sitio de la inyección, la edad del enfermo y su estado general. La dosis empleada para un adulto en la inyección dorso-lumbar es de un milígramo de estrignina y diez centigramos de estovaina; la inyección se hace con un centímetro cúbico de la solución.

La estrignina y el anestésico no deben ser esterilizados, pues la esterilización disminuye una parte de su cualidad; la preparación de la solución se debe hacer en el momento que se va á usar, porque se altera muy pronto, perdiendo así sus propiedades. Se empleará el agua esterilizada, no destilada.

La técnica es muy simple: jeringa de Pravaz, aguja para punción lumbar de punta corta y cortada, para evitar que no se pierda parte de la solución entre la dura-madre y el canal óseo.

Practicada de este modo la anestesia raquidiana general, resulta absolutamente benigna. No ha causado la muerte ni ha dado lugar á accidentes de alguna importancia inmediatos ó tardíos. No se conoce tampoco ninguna contra-indicación. Si el líquido penetra en el espacio aracnoideo y la dosis del anestésico empleada ha sido suficiente, la anestesia es siempre segura.

Es infinitamente superior á la anestesia por inhalación; por su sencillez puede ser empleado por todos, y como puede ser practicado por el mismo cirujano, no se necesita ayudante. En

las operaciones de la cara y el cuello, donde la anestesia por inhalación es difícil y algunas veces incompleta, es de muy grande utilidad, igualmente en las laparatorias tiene una gran importancia, por el silencio abdominal que determina. (1)

Todos aquellos que han administrado anestésicos con la intención de intervenir en la cavidad bucal, saben lo difícil que es vencer la excitación de los maseteros y pterigoidianos. Muchas veces se aumenta la dificultad, pues por evitar el trismus y no anestesiar completamente, se deja al operado despertar á medias y entonces hay que introducir rápidamente un abre-bocas, rompiendo algunos dientes, y entonces el operador tiene que operar de prisa, más ó menos bien, contento de poder dar una satisfacción por haber operado en tan malas condiciones.

Con el empleo de la anestesia raquidiana sucede todo lo contrario: *el operado en pleno conocimiento abre y cierra la boca según el deseo del operador, durante media hora*, y como la anestesia es perfecta, el operado y el operador se encuentran en un estado de calma completa. Esto ya es muy diferente de lo que hemos conocido hasta ahora.

La anestesia raquidiana es un método nuevo y debido en realidad á los trabajos de Quinche, de Bier, de Tuffier y de Jonnesco. No fué aceptada inmediatamente por todos los cirujanos, habiendo algunos que han tratado de desacreditarlo por todos los medios. A pesar de todo, se impone.

Se pueden hacer todas las operaciones sub-umbilicales y permite hacer todas las intervenciones en el cuello, cráneo y cara. Este progreso es debido, y no se debe dejar de repetir, á los trabajos del profesor Jonnesco.

En las intervenciones de la boca y de los dientes nos dice el Dr. Polle en *Le Laboratoire* (Noviembre, 1909), que la inyección debe hacerse sobre el sujeto *sentado*, el cuello fuertemente plegado *el mentón sobre el esternón*. Una vez hecha la inyección, se le extiende suavemente al sujeto en la posición horizontal, la cabeza ligeramente levantada; después de tres minutos se levanta

(1) *Presse Médicale*, 13 Octubre 909.

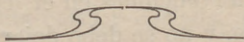
ta al sujeto para colocarle suavemente en la *posición sentada*. Después de *siete minutos* se puede operar.

De este modo se puede intervenir:

- 1.º Sobre un *sujeto sentado*.
- 2.º Sobre un sujeto que puede *abrir la boca*.
- 3.º Sobre un sujeto que está *perfectamente anestesiado*.

Por este método hemos podido extraer á una persona que deseaba colocarse una dentadura once dientes y raíces sin el menor dolor. En una misma sesión, en otra persona, después de haber practicado una amigdalotomía, seis minutos después se le extrajeron tres dientes. A un sujeto que padecía una neuralgia facial, tratado inútilmente por extracciones de dientes y de inyecciones de alcohol, se le practicó la resección del borde del maxilar superior izquierdo con el mismo éxito.

Dice el Dr. Polle que este método es muy difícil ponerlo en práctica en el gabinete de un dentista, pues el operado debe quedar encamado un día por lo menos. Además, esta anestesia no parece practicable más que por un cirujano suficientemente ejercitado, y no debe ser empleado más que para las operaciones ó extracciones de importancia.



Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Sesión celebrada el día 19 de Noviembre de 1909

Preside el Sr. Entrecanales

Asisten los Sres. Camiña, Alonso, Esparza, Alberca, Martín, Unibaso, Landín, Gil é Ibarzüengoitia, Saralegui, Cantero, Orive (M.), Somonte y Otaola.

El Sr. Otaola hace entrega á la Academia de un libro cuyo título es «Actas del IV Congreso dental español». El Sr. Presidente le da las gracias en nombre de la Academia, por semejante donativo.

Sr. Gil é Ibarzüengoitia.—*Un caso de pubiotomía subcutánea: presentación de enferma.*

Primípara, de 21 años, de 1,43 metros de talla; primera regla á los 13 años, reglando siempre bien; la última, el 1.º de Enero de 1909. Embarazo normal.

Diámetro de la pelvis: 25—28,2—33,6—23,2; conjugado diagonal, 1,15; verdadero, de 9,5 á 10.

Comienza el parto el 13 de Octubre á las seis de la madrugada; rompe la bolsa el 18 de tres á cuatro de la tarde, encontrándose ya, á la mañana de ese día, el cuello completamente dilatado. Fué explorada (tacto vaginal) cinco veces antes de ser operada, por un solo médico y en clínica.

El día 20 al mediodía, la cabeza era movable por encima del estrecho superior; la sutura sagital corría transversalmente y se encontraba más próxima al promontorio que á la sínfisis. Temperatura, 37,6; feto vivo.

Operación: Pubiotomía subcutánea practicada según el método de Bumm, en el lado izquierdo; episiotomía en el otro lado; extracción del feto con el forceps Tarnier. Madre y niño vivos.

Se levantó la madre por primera vez el 9 de Noviembre.

Distocia por degeneración poliquística congénita de los riñones fetales; presentación de preparaciones macro y microscópicas.

Relata un caso de esta causa de distocia en que el feto se presentaba transversalmente, siendo preciso para extraerlo practicar la evisceración del mismo.

Presenta una proyección fotográfica de una preparación microscópica referente á dicha degeneración poliquística de ambos riñones fetales, cuya lesión fué causa de distocia; presenta asimismo uno de los riñones, de tamaño monstruoso.

El caso es como sigue: mujer múltipara, que se hallaba de parto cuando él la vió, hacía unas seis horas. La presentación era de vértice, y al ser expulsada la cabeza, la comadrona que asistía al parto hizo tracciones de la misma sin conseguir desprender el feto. Alarmada por lo que ocurría llamó á un médico que no logró otra cosa que decapitar al feto, cosa no muy difícil por hallarse aquél muerto y con los tejidos muy friables y casi macerados.

Personado el Sr. Gil junto á la parturienta, echó de ver el enorme volumen del vientre del feto, diagnosticando el caso y procediendo á practicar un boquete en el abdomen fetal, por el que salió abundante líquido acuoso y por el que se extrajo uno de los riñones del feto.

La expulsión del cuerpo de éste se verificó sin novedad.

Presentó así mismo la fotografía de un feto nacido en presentación transversa y expulsado por evolución espontánea, y cuyo brazo izquierdo ofrece una extensa equimosis.

Así mismo, ofreció á la consideración de los señores académicos un monstruo epignato, monstruosidad que, como se sabe, es doble, y consiste en la implantación del parásito sobre el maxilar superior (apofisis palatina).

Sr. Unibaso.—Fué el uno de los individuos que asistieron al caso de riñones poliquísticos relatado por el Sr. Gil é Ibargüengoitia. Llegó á la cabecera de la enferma cuando se hallaban allí dos compañeros, y el cuadro que vió no podía ser más desagradable.

Una mujer que se hallaba de parto hacía bastantes horas, que había expulsado la cabeza del feto, cuya cabeza fué desprendida por uno de los médicos asistentes, no seguramente por las violentas tracciones que este compañero pudiera ejercer, sino á

causa de la frialdad del tejido fetal, y que, en fin, por cuya vulva salía un líquido sanguíneo. Pudo notar que el vientre de la individuo tenía gran volumen y que existía una considerable inercia uterina; así mismo comprobó que el cuello uterino se hallaba completamente dilatado, que existía procidencia de los dos brazos fetales; tiró de uno de ellos y como no observó movilidad ni descenso alguno en el feto, dedujo la consecuencia de que la distocia era del contenido y no del continente. Por lo demás, la mujer se hallaba tranquila, sana y no presentaba fiebre.

Como la dilatación del cuello uterino era completa, y toda suerte de tracción sobre los brazos no daba resultado alguno, hubo un momento en que pensó en la versión.

Cuando llegó el Sr. Gil, le sorprendió grandemente el diagnóstico rápidamente hecho por este señor, así como la indicación de vaciar el feto, que ejecutó sobre la marcha y en un momento, consiguiendo librar á aquella mujer de aquel feto, causa de todas sus torturas.

Alaba grandemente la labor realizada por el expresado señor, á quien felicita.

Sr. Gil é Iburgüengoitia.—Da las gracias al Sr. Unibaso por su intervención en este asunto y le dice que la versión no se hallaba indicada, entre otras cosas, por el peligro de la rotura del útero por las vértebras cervicales del feto, fracturadas al desprender la cabeza, y sobre todo porque residiendo la causa de la distocia en el plano medio fetal, la versión no hubiera dado resultado alguno.

Además, la eventración del feto se imponía; en feto ya muerto, la embriotomía es de rigor, no existiendo, como no existe practicándola con lógica, peligro alguno para la madre.

Sr. Unibaso.—El problema de la versión se implantó antes de la llegada del Sr. Gil; hecho después el diagnóstico por este señor, ya no quedaba otro problema que el propuesto por él.

El Secretario General,

C. MENDEZA.

Sesión celebrada el día 26 de Noviembre de 1909

Preside el Sr. Entrecanales

Asisten los Sres. Díaz, Orive (M.), Camiña, López, Esparza, Martín, Martínez y Otaola.

Sr. Díaz y Emparanza.—Trátase de un chico de 18 á 20 años, que ingresó en una sala del Hospital en el segundo día de una pneumonía franca, que siguió su curso normal hasta el quinto día, en que, de una manera súbita tuvo un enorme vómito de sangre, seguido al cabo de algunas horas de una evacuación por el ano, de sangre también.

Vió á este enfermo el Sr. Díaz al día siguiente de presentarse semejante fenómeno, encontrando un sujeto anemiado, en muy mal estado, con lipotimias, pulso pequeño, en fin, como el que acaba de tener una gran hemorragia. Diagnosticó el caso de una gastrorragia pero lo raro del asunto es que este individuo no había padecido antes de esto, lesión ni trastorno alguno en el estómago; después de la hemorragia pudo apreciar una ligera sensación dolorosa á la presión en el hueco epigástrico.

Se trató la anemia convenientemente, y el proceso pulmonar curó con rapidez, como si la hemorragia hubiera influido favorablemente en la evolución del mismo.

Opina que en este caso se trataba de un trastorno circulatorio que determinó una variz gástrica, la cual á su vez, rota por la acción de la tos, hubo de producir la hemorragia.

Cita este caso como curioso, pues él no ha visto nunca semejante complicación, ni lo ha leído tampoco.

Sr. Esparza.—El hecho de mejorar el enfermo por la pérdida de sangre, explica los beneficios que reporta la sangría en la pneumonía. Se extiende en consideraciones sobre el particular y que tienden á ensalzar la sangría.

Sr. Entrecanales.—Prueba la beneficiosa acción de la pérdida de sangre en la pneumonía, diciendo que ha visto curaciones coincidiendo con la presencia de hemorragias; tal ocurre, por ejemplo, durante la menstruación.

Respecto á la explicación de las causas de esta hemorragia,

hecha por el Sr. Díaz, la encuentra lógica, pero cree que bien pudiera haber existido algo gástrico anterior, y que pasara desapercibido al enfermo.

El hecho de padecer una enfermedad gástrica é ignorarlo, no deja de ser raro, pero existe, y cita varios casos.

Sr. Díaz.—Le parece muy aceptable la explicación dada por el Sr. Entrecanales, de que aquí pudiera haber existido una lesión gástrica anterior á la hemorragia, y habiendo pasado desapercibida para el enfermo, en este caso no existía ningún antecedente que hiciera sospechar la lesión. En este caso, no cree que existiera alguna ulceración atípica, sino que por el contrario, opina que debió existir trastorno circulatorio, seguido de una variz de alguno de los vasos, que pudo romperse fácilmente,

Sr. Esparza.—*Muerte súbita en una pneumonía.*

Respecto de este asunto cita varios casos que él ha podido observar en los alrededores de Cartagena, donde es bastante frecuente esta dolencia; pero ocurrió casi siempre la muerte, por dispnea, colapso ó trastorno cardíaco. Se creyó que en estos casos de muerte repentina jugaba algún papel el elemento palúdico, y algo había de ello, pues se logró evitar este género de muerte mediante el empleo sistemático de la quinina.

Sr. Entrecanales.—El Sr. Díaz emitió, en su concepto, la idea de lo más probable, como de la muerte súbita en la pneumonía, es decir, la meningitis de pneumococos, pero en el enfermo de que él habló, entiende que no ocurrió nada de eso. Y es que supone que además de la meningitis pneumocócica, puede existir un estado de inhibición cardíaca ó quizás una pericarditis que pueda dar lugar á la muerte repentina. Todo esto, en la pneumonía franca, en individuo sano, pues en la pneumonía asténica ó complicada, ó en sujeto enfermo, la causa de la muerte puede ser muy distinta.

Sr. Díaz.—No quiere sostener la hipótesis de que la muerte rápida en la pneumonía sea exactamente la meningitis de pneumococos; él lo ha visto así en los casos seguidos de autopsia que ha relatado. Por lo demás, la sintomatología es muy pobre, pues apenas iniciados los síntomas, los enfermos sucumbían.

Sr. Martín.—*Envenenamiento por los calomelanos.*

Los calomelanos, cuerpo que suele usarse frecuentemente como purgante, puede producir algunas veces su ingestión en el estómago, salivación, inflamación del canal digestivo, temblores de miembros, convulsiones y la muerte. Hoffman cita el caso en que 0,75 gramos de calomelanos produjeron la muerte á niños de 12 á 15 años.

Pudiera muy bien atribuirse estas intoxicaciones al haber reaccionado los calomelanos con el cloruro sódico y ácido clorhídrico, existentes en el organismo en exceso; sin embargo, teníamos bien clara la explicación de estos fenómenos en el trabajo que el Dr. Carracido publicó en la *Revista de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, en 1906, que dice así: «la composición de los líquidos del organismo es de tal índole, que aquéllos siempre transforman algo de cloruro mercurioso, en mercuríco, pero esta transformación no sólo la efectúa el cloruro sódico, que dichos líquidos contienen, sino también, aunque por modo indirecto, las sales de reacción alcalina, los albuminoides y especialmente la hemoglobina, las oxidasas y otros agentes químicos de origen ya fisiológico, ya patológico »

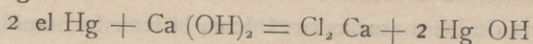
«Todos estos agentes determinan además la separación de una cierta cantidad de mercurio metálico, la cual, aunque pequenísima por su extrema división, penetra en los vasos capilares sanguíneos y convirtiéndose en vapor, puede difundirse por todo el organismo, llegando á ocasionar las perturbaciones consiguientes á la intoxicación mercurial.

Debe ténese presente las dosis á que ha sido administrado el medicamento, puesto que con la mala costumbre de que las recetas puedan repetirse varias veces, ocurrió con bastante frecuencia que el vulgo, creyendo que los calomelanos son inofensivos, da la dosis recetada para un niño de 8 años, á uno de pocos meses.

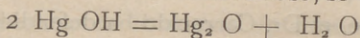
Debido al procedimiento de obtención, suelen los calomelanos venir acompañados de cloruro mercuríco, y muchas veces son adquiridos en establecimientos que no son regidos por persona científica, y por lo tanto no se ha hecho el correspondiente análisis para cerciorarse de la pureza del medicamento.

El año 1872, Vulpius demostró que el azúcar de caña no era

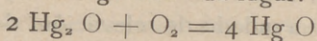
capaz de transformar los calomelanos en sublimado, sino que esta transformación era debida á pequenísimas cantidades de cal que contiene el azúcar del comercio. La reacción puede explicarse en la forma siguiente:



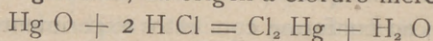
siendo muy inestable el hidrato mercurioso, se desdobla en



cuyo óxido mercurioso en contacto con las oxidadas y demás elementos oxidantes del organismo da lugar.



este óxido mercúrico, en contacto del ácido clorhídrico y cloruro sódico del organismo, da origen á cloruro mercúrico



Con bastante frecuencia se prescriben los calomelanos asociados al cloruro de cocaina, en pomadas, y se ve, si no se observan ciertas precauciones, que en vez de ser blanca la pomada, resulta oscura. Esta descomposición, según Schell, es debida á que se forma una sal doble de cocaina y mercurio, y separación de mercurio metálico, que origina la incompatibilidad. Dessquelle aconseja, que podría obtenerse una pomada completamente blanca, añadiendo el clorhidrato de cocaina, sin haberlo disuelto previamente. Marcelo Jean aconseja, mezclar primeramente los calomelanos con el cuerpo graso, y añadir después la solución de cocaina; de este modo la reducción no tiene lugar inmediatamente, en atención, á que cada partícula de calomelanos se envuelve en grasa y queda protegida de esta manera contra la acción del cloruro de cocaina.

De los dos procedimientos, este último es, á mi juicio, el mejor, puesto que las sustancias muy solubles con agua, deben disolverse antes de añadirles al cuerpo graso.

Paul Adam ha hecho varios experimentos para demostrar que los cloruros alcalinos no son capaces de transformar los calomelanos en sublimado; ha mezclado calomelanos con una disolución de cloruro sódico, el jugo gástrico de un perro, calomelanos y cloruro sódico, extracto de carne de Liebig, y los dos cuerpos antes citados y dice: que calentados estos cuerpos al contacto del aire, se produce cloruro mercúrico, pero repitiendo

este experimento en frascos cerrados no se verifica la transformación; de aquí deduce que en contacto del aire y á elevadas temperaturas, los calomelanos pueden producir sublimado bajo la influencia de los cloruros alcalinos; pero al abrigo del aire y en presencia de las materias orgánicas, la transformación no tiene lugar.

Posteriormente, el Dr. Carracido ha defendido la compatibilidad de los calomelanos con el cloruro sódico, fundándose en varios experimentos, empleando calomelanos y sal común (como reactivo amoniaco), ayudado de elevación de temperatura, y dice, que añadiendo el reactivo rasbalando por las paredes de tubo, obtuvo un anillo que representaba el 1 por 1.000 de cloruro mercúrico; no conforme con estos experimentos, añadió á la solución antes mencionada pulpa de patata, la cual por ser rica en oxidasas, la considero muy apta para determinar acciones oxidantes; lo primero que hizo fué separar todos los cuerpos que pudiesen ser precipitados por amoniaco, para lo cual la depuró, tratando el producto con éter durante dos horas, filtró el líquido, evaporó el éter y disolvió el residuo en agua; á esta disolución que ya no contenía ningún cuerpo precipitable por amoniaco, añadió los calomelanos y la disolución de cloruro sódico, y obtuvo de cloruro mercúrico una concentración inferior á 1 por 1.000.

De todo esto deduce que las disoluciones de sal común, hasta las de mayor concentración que el organismo tolera, y en presencia de un protoplasma rico en oxidasas, sólo transforma en cloruro mercúrico pequenísimas porciones de calomelanos, porciones inferiores á las dosis tóxicas.»

A pesar de todo lo expuesto ligeramente de este brillante trabajo del Dr. Carracido, creo no deben administrarse juntamente estos dos cuerpos, puesto que hemos visto se presentan infinidad de intoxicaciones, producidas por esta asociación, que muy bien donde no existe la incompatibilidad química, pudiera existir la fisiológica, ya que en el laboratorio se opera siempre en condiciones invariables, y como todavía no están bien estudiadas las múltiples reacciones que se verifican en el organismo, debemos procurar no asociar cuerpos que, aunque no den ori-

gen á principios tóxicos en el laboratorio, se sospechase pudieran hacerlo en la economía.

Sr. Entrecanales.—Felicita al Sr. Martín por su luminosa disertación acerca la toxicidad de los calomelanos y dice que ya que al médico práctico le resulta difícilísimo muchas veces formular bien y con exactitud, á causa del trabajo abrumador que constantemente pesa sobre él, sería muy conveniente que los señores Académicos farmacéuticos acudieran á la Academia para ilustrar á los médicos necesitados de ello, en lo que respecta á la dosificación y manera de formular de ciertos medicamentos activos.

La terapéutica es una rama á la que el médico presta muy poca atención, absorbido su tiempo por el estudio de la patología y de la sintomatología, por cuyo motivo pide á los señores farmacéuticos que aporten su concurso en este torneo científico.

Sr. Entrecanales.—*Albuminuria gravídica.*

Entiende que este caso es muy interesante, pero cree que lo importante hubiera sido investigar si en aquella ocasión existía ó no taras patológicas.

Sr López.—Al parecer, la albuminuria en cuestión era pura y simplemente debida al embarazo. La enferma no aportó antecedente alguno de lesión renal; después del parto, salió completamente curada, sin albúmina ni cilindros en la orina.

Sr. Camiña.—El caso es realmente difícil de resolver, y se inclina á creer que antes del embarazo debió existir una albuminuria mínima, que se exacerbó durante la gestación. Lo interesante aquí, es seguir y estudiar á la enferma después del parto.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 3 de Diciembre de 1909

Preside el Sr. Entrecanales

Asisten los Sres. Díaz, Camiña, Orive (M.), Orive (J.), Esparza, Bolívar, Landín, Alberca, Delgado, Somonte y Otaola.

Sr. Orive (M.)—Dice que siendo la primera vez que habla

en la Academia, sus frases han de ir encaminadas á saludar á todos los señores que la forman, suplicándoles que le dispensen si su poca facilidad de palabra hace que lo que diga pueda parecer pesado.

A continuación presenta el siguiente caso de *Otitis media por obstáculo nasal*.

N. L., 32 años de edad, capitán de la marina mercante, vecino de Llodio.

Tiempo del padecimiento, cuatro años. Antecedentes: corizas frecuentes y algunos catarros laríngeos y bronquiales. Síntomas, sordera bastante acentuada y zumbidos en el oído izquierdo. Weber lateralizado hacia la derecha. Rinne negativo en el oído izquierdo, positivo en el derecho. Ring negativo en el izquierdo, positivo en el derecho. Cellé positivo en los dos oídos. La membrana del tímpano, íntegra, algo fundida hacia el promontorio y en su parte inferior muy obscurecida, indicando la presencia de un líquido en la caja, lo que comprobé haciendo mover la cabeza al enfermo, pues la mancha oscura cambiaba de lugar con los movimientos del enfermo, buscando siempre el sitio más declive de la caja.

La trompa obstruida, á pesar del Póltzer no se consigue que entre aire en la caja. El cateterismo no es sumamente difícil, debido á que el enfermo tiene una cresta en el tabique nasal, fosa izquierda; empleo para conseguirlo la solución cocaino-adrenalina y aunque con gran dificultad, consigo sondar; entonces el enfermo mejora instantáneamente de la audición y cesan los ruidos. Instituyo el diagnóstico de *otitis media catarral crónica* y cresta del tabique.

Al día siguiente el enfermo se presenta con la misma sordera y ruidos que anteriormente; vuelvo á sondar, pero por la fosa nasal opuesta, con una sonda de cauchout endurecido, dándole mayor curvatura, y el enfermo mejora rápidamente como el día anterior, pero luego retrocede y queda lo mismo; los días sucesivos sigo empleando el cateterismo, el candelillado, etc., etc., pero viendo que el enfermo no mejora más que en el momento de la cura, le propongo la extirpación de la cresta del tabique con el objeto de facilitar el cateterismo y en la creencia de que mejora-

ría en el catarro naso-faríngeo; acepta, y le opero con el conotomo de Moure; previa anestesia cocaino-adrenalinica, la cresta sale desprendida por su base. Taponamiento nasal con gasa que se renueva á los tres días; seis días después está cicatrizada y curada la lesión nasal. El enfermo me dice que oye mejor y tiene menos ruidos; doce días después doy de alta al enfermo, completamente curado de su afección ótica y nasal.

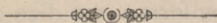
Este es un caso que si no tiene gran importancia clínica, demuestra una vez más la íntima relación que tienen las afecciones óticas con las nasales y sobre todo para tratar todas las otopatías, es indispensable el restablecer una amplia respiración nasal.

Sr. Camiña.—El Sr. Landín parte del supuesto de que el individuo en cuestión no tenía lesiones urinarias; pero él las enumeró como las enumeró cuando presentó el caso. De todas maneras, dice que las lesiones que presentaba el enfermo no le explicaban las causas de la retención.

Con este motivo se extiende en consideraciones acerca de la micción, enumera los trabajos que se han presentado en el reciente Congreso de Medicina de Buda-Pesth, y lee un extenso informe sobre el particular.

El Secretario General,
C. MENDAZA.

La desinfección pre-operatoria de la vagina por la tintura de yodo



La lectura en la *Presse Medicale* de un artículo sobre la desinfección de la vagina por la tintura de yodo, me ha sugerido el escribir estas líneas para dar á conocer al mismo tiempo la técnica de esta desinfección que emplea el Dr. Chevrier.

En muchas ocasiones hemos oído hablar de estos asuntos á nuestro maestro y á él le hemos oído decir que en mujeres sanas la mitad posterior de la vagina puede considerarse aséptica; á nada conduce, pues, como dice muy bien el Dr. Recasens, desinfectar lo que no está infectado, aparte de que el uso de antisépticos contribuye, obrando sobre las células á disminuir su vitalidad y por ende su poder fagocítico.

Mas en la mujer enferma de genitales y sobre todo en aquella en que flujos bien de origen gonocócico ó de cualquier otra naturaleza invaden la vagina, ésta adquiere gran septicidad.

En estos casos, sobre todo, no son suficientes los bacilos de Dæderlein para contrarrestar la acción patógena de todos estos gérmenes y es entonces cuando se impone practicar la asepsia de esta región si se ha de hacer en ella una intervención cualquiera ó en el abdomen por esta vía.

En mujeres en estas condiciones todos creen que es, sino imposible como dicen muchos, muy difícil poder asegurar la asepsia no absoluta ni aun relativa de la vagina.

El procedimiento corriente que es el que usamos en la clínica del Dr. Recasens (Hospital Clínico de San Carlos) del jabonado, agua sublimada y alcohol da buenos resultados para no arrepentirse de usarlo, pero no está de más conocer el procedimiento de desinfección por la tintura de yodo que según su autor el Dr. Chevrier, además de ser rápido, da muy buenos resultados.

La técnica del procedimiento es la siguiente:

Con dos valvas aseptizadas se despliega la vagina hasta ver claramente el cuello uterino; con una pinza se toma una compresa embebida en una pequeña cantidad de éter que se pasa por el cuello y los

fondos de saco; al quitar las valvas se puede pasar el éter por las partes de vagina antes cubiertas por ellas.

Hecho estos con otra compresa impregnada de tintura de yodo, se hace una embrocación de toda la pared vaginal con la precaución de no abandonar en la vagina tintura de yodo líquida.

Esta es la técnica del procedimiento del Dr. Chevrier, cuyos resultados, según él, son muy satisfactorios.

Mr. Guibe, según dice la *Presse Medicale*, se oponía en un artículo que publicó el mismo periódico al empleo del yodo en las mucosas y particularmente en las proximidades de vulva.

Pero como dice la revista citada, no se sabe, porque la mayor parte de las mucosas no soportarían la tintura de yodo.

Los dentistas practican con frecuencia embrocaciones de yodo en las encías, y en Ginecología ¿no se hacen también?

Después de unas molestias pasajeras, los enfermos notan grandes beneficios sin ningún inconveniente.

A este propósito recuerdo un caso que presencié en el que á una enferma se le hizo una columnización con tintura de yodo por confusión con glicerina ictiolada; la enferma acusó algunas molestias que pasaron pronto y á juicio de ella era mejor para curarse antes el yodo que el ictiol.

El Dr. Chevrier, valiéndose de este procedimiento de desinfección que recomienda se emplee, ha practicado histerectomias por distintos procesos sin tener que lamentar incidente alguno consecutivo á la abertura vaginal en lo que se refiere á la asepsia.

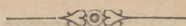
No es, pues, de desdeñar este procedimiento ya que según su autor á más de las garantías de asepsia, por lo breve, economiza tiempo al operador y cloroformo á la operada.

JOSÉ M.^º DE OTAOLA.

Interno de Ginecología del Hospital de San Carlos.

Madrid, 7, XII, 1909.

SECCION PROFESIONAL



Asociación de la Prensa Médica Española. — Esta Sociedad celebrará Junta general el día 16 de Febrero corriente, á las seis de la tarde, en el local del Colegio de Médicos (Mayor, 1), para resolver acerca de la celebración de la Asamblea nacional de la Prensa Médica.

Los periódicos de provincias deberán hacerse representar en la misma, designando, al efecto, la persona en quien deleguen dicha representación.

Comité de organización del III Congreso de Médicos Prácticos, que se celebrará en París del 7 al 10 de Abril de 1910.

Programa del Congreso.—Los asuntos que hasta ahora figuran en la orden del día para el mismo, son los siguientes:

La ley de 1902 sobre la salud pública; ponentes: Dr. Declerq (Lille) y Dr. Wicart (París).

Aumento de los honorarios médicos; ponente: Dr. Bresselle, Le Vésinet (Seine & Oise).

El aborto desde el punto de vista médico-social; ponente: Doctor Bertillon, Maisons Laffitte (Seine & Oise).

Ejercicio ilegal de la medicina. Las sustituciones médicas; ponente: Dr. Levassert (París).

Organización administrativa de los hospitales en el extranjero y Francia; ponente: Dr. Léon Archambault (París).

El hospital y los indigentes; ponente: Dr. Régis (París).

Libre elección del Médico y Sociedades de socorros mutuos; ponente: Dr. Bolliot, Lyon (Rhône).

Libre elección y grandes administraciones; ponente: Dr. Vallat, Joinville (Seine).

¿Debe limitarse ó no el número de los estudiantes en las Escuelas de Medicina?; ponente: Dr. Tourtourat (París).

Consejo médico superior; ponente: Dr. Le Fur (París).

Diríjense las comunicaciones relativas al Congreso al Dr. Loreddo, Secretario, rue de la Bootic, 31, París. Las adhesiones, con un envío de cinco francos, al Dr. Quidet, Tesorero, rue Bonaparte, 51, París.