

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXII }

LIMA, 30 DE JUNIO DE 1905

} N.º 396

TRABAJOS NACIONALES

Algunos procedimientos prácticos para la hematimetría

NOTAS TOMADAS EN EL LABORATORIO DEL DR. M. A. VELÁSQUEZ POR UNO DE SUS DISCÍPULOS.

I

MÉTODO DE STENDEL PARA CONTAR LOS GLOBULOS SANGUINEOS

El procedimiento usual para contar los hemocitos en las células métricas, toma como unidad superficial de referencia el cuadrado de $\frac{1}{10}$ de mm.², ó, lo que es igual, 0 mm. 05. Esta unidad demasiado pequeña, se reemplaza, en el método de Stengel, llamado también del campo, por otra más extensa que es el círculo de la preparación abrazado por la lente, ó sea, el campo microscópico; sustituyéndose así, en el orden de las capacidades, al paralelepípedo producido por la primera, una area circular más amplia, dada por el campo microscópico. En este método, el término de referencia (campo ó círculo) es variable á voluntad, según la combinación de lentes empleadas, que dan lugar á un campo microscópico diferente para cada uno de ellos,

siendo por esto necesario, fijar su valor, determinando el area circular del campo elegido.

La geometría elemental nos ofrece para ello, la fórmula, ηR^2 que da el valor de cualquier círculo. Siendo η (*) factor constante, desde que expresa la relación entre dos elementos estrechamente dependientes, el diámetro y la circunferencia (se le representa numéricamente por la fracción $\frac{2}{\pi}$), tenemos que en el producto citado necesitamos conocer el radio, único de los factores sujeto á cambios, para encontrar el area buscada.

La longitud de esta línea geométrica se puede medir por dos procedimientos; el más fácil, consiste en apreciar de *visu* el diámetro del campo microscópico, para lo cual se dispone la célula de tal modo que cualquiera de sus líneas horizontales coincida con la posición juzgada diametral. Constituida esta línea por los laditos bases de los pequeños cuadrados que sobre ella reposan y conocida la dimensión (0,005 de mm.) de cada ladito, si lo contamos, sabremos su longitud y de consiguiente la mitad de la medida, corresponde al radio.

El otro procedimiento utiliza una expresión que conduce á resultados más exactos, pero es mucho menos

(*) Relación de circunferencia al diámetro.

sencillo. La geometría plana al estudiar los polígonos llamados regulares expone una serie de fórmulas destinadas á estimar los lados de tales figuras, y todos los valores se obtienen, como se dice en las ciencias exactas, en función del radio (radio de la circunferencia en la cual se inscriben polígonos regulares). La fórmula del lado del cuadrado regular $a = R\sqrt{2}$ no es directamente aprovechable, pero sabemos que en estos casos, la trasposición es un útil recurso, con ella se disponen los términos, satisfaciendo la resolución de cualquier fórmula en el sentido que se desee, agrupando los mismos elementos en combinaciones que la siguiente regla normaliza: todo término pasará de un miembro al otro con signo opuesto.

Obedeciendo á esta regla de trasposición acomodamos $a = R\sqrt{2}$ para que nos dé el valor del radio

$$R = \frac{a}{\sqrt{2}}$$

y ya en posesión de la fórmula conveniente, podemos buscar el cuadrado cuyo lado sea fácil de calcular. La célula métrica de *Toma Zeiss* tiene unos cuadrados grandes que contienen 16 y fracción de los pequeños, uno de ellos servirá para inscribirlo; como su lado nos es conocido por el hecho de comprender, cantidad cabal de los más chicos, es una superficie que nos facilita el aplicar la expresión arriba mencionada. Cada lado mide en efecto $0,05 \times 5 = 0,25$ mm. Sustituyendo en la fórmula este valor, adquirimos el del radio (teniendo en cuenta que $\sqrt{2}$ es 1.41 entonces $\frac{0,25}{1,41} = 0,177$ y de seguido llevando el dato á la fórmula (1) ηR^2 tenemos $(0.177)^2 = 0,01368$. $0,01368 \times \frac{1}{27} = 0,0257$ mm² es decir nuestro campo tiene una superficie tal que si el mm se toma como unidad,

ella representa 0,0257 del dicho mm².

Hemos hallado el area del círculo sirviéndonos de una apreciación directa de la longitud del radio y de una indirecta mediante el cuadrado inscripto (cuadrado del lado conocido por la construcción misma del Thoma Zeiss). Ahora bien esta superficie medida es la base de un cilindro que tiene por altura la excavación de la célula ó espesor de la capa sanguínea contenida en ella, en el Thoma-Zeiss es de $\frac{1}{10}$ de mm, como el volumen de este cuerpo se obtiene multiplicando cualquiera de sus bases por la distancia que media entre ellas, haciendo esto hallamos sólo el volumen por relación al mm³ desde que todos los números que han intervenido en nuestros cálculos han sido fracciones de mm. Como generalmente los cilindros son más pequeños que dicho mm. es necesario, multiplicarle á su vez por la fracción invertida que los relaciona. Un ej. aclarará: el diámetro suma 20 laditos, el radio será $\frac{1}{2}$; aplicando la fórmula (1).

$$\left(\frac{1}{2}\right)^2 \times 22 = \frac{22}{7} \text{ mm}^2, \frac{22}{28}$$

area circular.

$$\frac{22}{28} \times \frac{1}{280} = \frac{22}{280 \times 280} \text{ mm.}^5 = \frac{11}{190} \text{ mm.}^3$$

La dilución de la sangre al $\frac{1}{100}$

Número de campos vistos 30

„ „ glóbulos contados 850

$$X = \frac{850}{30} \times 100 \times \frac{190}{11}$$

En el método de Stengel podemos fijar al antojo las dimensiones de nuestro círculo combinando los objetivos y oculares del microscopio, ventaja inmensa que permite producir capacidades determinadas; desde luego, la comodidad aconseja servirse siempre de fracciones enteras de mm³ porque con ellas las reducciones se simplifican:

II

SIMPLIFICACIÓN DE ERNEST JONES

Para la numeración de los glóbulos rojos, cualquiera que sea el procedimiento adoptado, se requiere la intervención de los siguientes factores: dilución de la sangre, capacidad del espacio elegido (éste siempre representa una fracción de mm^3) y cantidad media de glóbulos contenida en cada espacio. Ernest Jones, simplifica las operaciones, suprimiendo ingeniosamente todos los factores de la siguiente manera: con la facilidad ofrecida por el método de Stengel, de producir capacidades arbitrarias (dentro de ciertos límites), Jones forma un cilindro cuyo volumen mida $\frac{1}{125}$ de mm^3 y emplea una dilución convencional al $\frac{1}{20}$. De este modo, la cifra de corpúsculos habida en dicho espacio será de $\frac{1}{20} \times \frac{1}{125} = \frac{1}{2500}$, con relación á 1mm. Ahora bien, si contamos los eritrocitos existentes en 25 campos tendremos solamente que añadir dos ceros para saber la cifra exacta de glóbulos rojos en la unidad de volumen.

Como vemos, el proceder de Jones es una feliz aplicación del de Stengel, usando un campo y una dilución adecuados para simplificar los cálculos.

III

APLICACIÓN DEL DOCTOR VELÁSQUEZ

Nuestro maestro el doctor Velásquez ha hecho, á su vez, una aplicación ingeniosa del método eritrocitométrico de Stengel Jones á la leucocitometría, sustituyendo ventajosamente la célula de Thoma-Zeiss, por la de Hayem.

En esta célula métrica cada cuadrado pequeño es de $\frac{1}{125}$ de mm^3 , es decir, precisamente la fracción cómoda usada por Jones y que el Dr. Velásquez aprovecha para contar los glóbulos blancos. Con el empleo

de dos pipetas, la una de capacidad de 7 cc. y la segunda de 1 cc., se absorbe por medio de la más grande una solución de ácido acético al 6%, y con la menor se aspira la sangre, por analizar, mezclándose bien llenas, el contenido de ambas. La solución sanguínea al $\frac{1}{8}$ así obtenida carece de hemafíes, pues el ácido acético los desorganiza.

Con tan simple maniobra, median-do esta solución al $\frac{1}{8}$ y la capacidad $\frac{1}{125}$ de cada cuadrado, toda numeración en uno de ellos dará una cantidad de glóbulos mil veces menor de los habidos en el mm^3 en efecto, $8 \times 125 = 1000$. Por consiguiente, para contar por el procedimiento del doctor Velásquez, basta apreciar la media de leucocitos encontrada por cuadrado, de la célula Hayem y añadir á este número tres ceros.

IV

VALOR GLOBULAR Ó COLOR ÍNDICE

A guisa de apéndice, es quizá útil completar estas ligeras notas concernientes á la numeración globular, indicandó la variable riqueza de los eritrocitos en hemoglobina, mediante una fórmula que exprese las alteraciones sufridas por la proporción fija que normalmente debe guardar el peso de la dicha materia colorante con respecto al número de glóbulos.

Suponiendo hipotéticamente una regularidad ideal en las dimensiones de los glóbulos, conformados igualmente para recibir la misma dosis de hemoglobina, un incremento n de elementos sería á la par un incremento na de materia oxidable, y en general, hallar el número de hemafíes implicaría otra adquisición, la cantidad de materia colorante. Claro es que tal concepción resulta del todo esquemática tratándose de unidades biológicas (organismos), ajenas por su esencia misma á toda rigurosa uniformidad

agregándose á esta razón, que brota de la misma naturaleza de las cosas, otra accesoria de no menor influencia: en la sangre, en cualquier momento que se le observe, no todos los elementos figurados tienen la misma edad; en la renovación incesante y continuada que de ellos se efectúa, su conjunto no resulta homogéneo sino constituido por elementos en diverso grado de desarrollo.

Así, se nos presentan en todas las etapas de ascenso y decadencia y de consiguiente, con diversas y desiguales cantidades de material hemoglobínico.

En efecto, la sangre puede contener fuerte cantidad de hematias y sin embargo, ser pobre en hemoglobina; la inversa, también se observa. Normalmente, como en la composición de cada glóbulo rojo adulto entra una parte fija de hemoglobina, es natural suponer que á mayor número de ellos, corresponden mayor cantidad de tal sustancia, pero hemos visto que el paralelismo estos dos valores, número de corpúsculos rojos y cantidad de hemoglobina, no siempre se realiza; de ahí la necesidad de fijar la relación que en ellos exista y esta relación se denomina color índice ó también valor globular.

Como punto de partida para determinar el valor globular, decimos que toda sangre de 5.000.000 de glóbulos por mm³ debe tener 100 de hemoglobina, y, por proporciones, con esta cifra fijamos las cantidades que corresponden á las sangres de 4.500.000, 3.000.000, 3.100.000, etc. Ejemplo.

$$\frac{5.000.000}{100} = \frac{3.000.000}{X} = 60$$

Ahora bien, si después de haber contado los glóbulos y dosado la hemoglobina, notamos que la cantidad de esta última no es la teórica normal correspondiente al nú-

mero de corpúsculos contados, las comparamos formando un quebrado cuyo cociente representa el valor globular. Ejemplo:

Una muestra contiene 4.000.000. Su valor de hemoglobina debe ser 80 y hallamos 25.

$$\frac{25}{80} = 0'3125, \text{ valor globular}$$

Como consecuencia se deduce que cuando se halla la unidad como color índice, la composición hemoglobica del glóbulo es normal. Cualquier valor que se separe por exceso ó diferencia de ella prueba que los corpúsculos tienen una dotación superior é inferior de la sustancia colorante.

M. O. T.

Junio de 1905

Medicina legal militar

Reconocimiento de conscripto

Señor Cirujano jefe de la Sección Técnica:

Es la segunda vez que el conscripto N. N. del contingente de la provincia del Callao, comparece para ser reconocido en esta oficina.

Como consecuencia del examen efectuado por uno de los infrascritos, el día 8 del mes en curso, se le declaró inútil para el servicio, por estar afectado de tuberculosis pulmonar.

Así consta de la anotación puesta en la hoja respectiva, que original se conserva en esta dependencia, en la que no se consigna detalle alguno, ni de los síntomas de la enfermedad indicada, ni de la pretendida hernia que ha querido simular N. N. como causa de excepción.

Se procedió así en conformidad con la práctica establecida de limitar la declaración al simple enunciado de la enfermedad, dolencia ó defecto que inhabilita á un sujeto dado para el servicio militar.

El resultado del segundo reconocimiento practicado en los días 16 y 17 del presente mes es el siguiente:—

N. N. es un hombre de 20 años de edad, nacido en Lima, de raza blanca, soltero, empleado, de temperamento nervioso, constitución débil, que tiene 1 m. 61 cm. de talla y 52 k. 500 gr. de peso.

Su aspecto físico, aunque bueno, revela un sujeto de pobre naturaleza, con mucosas decoloridas, pániculo adiposo escaso, enflaquecimiento notable y masas musculares flojas y de desarrollo deficiente.

Dice que su padre murió, ignorando la causa del fallecimiento, y que su madre vive aún; que en su infancia ha padecido de ataques al cerebro, que los titula perniciosos, y en la adolescencia de paludismo y hemoptisis; y finalmente asegura que ha sido curado con remedios caseros, de una hernia que supone haber tenido en la región inguinal derecha.

En los órganos de los aparatos digestivo, génito-urinario, locomotor y del sistema nervioso no se observa lesión alguna, pues aun cuando el sujeto lleva constantemente un braguero, no hay indicio de la existencia actual ó anterior de una hernia.

El pulso es amplio y blando, y por la auscultación del corazón se nota una taquicardia notable que se aprecia también á la simple inspección.

En los órganos del aparato respiratorio se comprueba: á la inspección, tórax poco desarrollado que se ensancha mal en los movimientos de inspiración y expiración; á la percusión, ligero sonido á macizo y disminución de la elasticidad en la zona correspondiente al vértice del

pulmón derecho; y á la auscultación, respiración áspera y resonancia de la voz en la misma región.

Con el cuadro sintomático descrito, ha podido diagnosticarse una tuberculosis pulmonar?: nó, desde el punto de vista clínico; si mirando la cuestión únicamente bajo su aspecto higiénico. Porque si al clínico para pronunciarse sobre la naturaleza de un proceso morboso, le es menester descubrir, comprobar y verificar todos los síntomas inequívocos que corresponden á tal enfermedad, datos de los que en modo alguno puede prescindir, porque del diagnóstico establecido se desprende precisamente el tratamiento adecuado para la curación del mal; al higienista le es suficiente encontrar en el hombre alguna circunstancia favorable para la adquisición de una enfermedad evitable, para considerar al sujeto como enfermo y aplicarle en todo su rigor las severas reglas de la profilaxis individual.

La clínica actúa en el restringido campo del hombre enfermo, á cuya curación encamina sus esfuerzos; mientras que la higiene, cuyos dominios son vastísimos, se preocupa de conservar la salud de los buenos y en poner á los débiles á cubierto de la nefasta acción de los agentes patógenos.

Y como quiera que el médico militar cuando examina á un conscripto antes de su ingreso al ejército, procede como higienista y no como clínico, es claro que está obligado, en ciertos casos á, considerar en el rango de elementos de gran valer á los simples signos presuntivos.

Y esta obligación sube de punto tratándose de la tuberculosis, enfermedad fatalmente contagiosa, de marcha invasora, sólo dominable mediante la rigurosa aplicación del régimen higiénico-dietético, imposible de practicar en la vida militar.

Un individuo en potencia de te-

rreno tuberculizable que se deje ingresar á las milicias, es un sujeto á quien conscientemente se condena á contraer una dolencia de término casi siempre fatal.

De consiguiente, para pronunciarse por la excepción, basta descubrir en el postulante los signos de la inminencia tuberculosa.

Hay algo más: el cirujano militar debe tener siempre presente el precepto capital que domina su labor en el acto solemne del reconocimiento de los conscriptos, precepto que los más notables tratadistas formulan así: "Todo hombre para reaccionar con eficacia contra las viscosidades inherentes á la vida militar, debe ser sano, de constitución fuerte, estar en el pleno goce de sus facultades físicas é intelectuales, y, finalmente no tener vicio alguno de conformación, dolencia ó enfermedad tal que lo haga inapto para el servicio del ejército."

Y de igual modo debe recordar que la primera causa que figura en la nomenclatura de las enfermedades, dolencias y deformidades que inhabiliten, para el servicio activo, es: "la debilidad de constitución caracterizada por un desarrollo insuficiente de los sistemas óseo y muscular, que persiste terminado el período de crecimiento y acompañado de aspecto enfermizo."

Ahora bien: N. N. como queda dicho, es un sujeto débil, casi se diría raquítico, con un pasado patológico nada tranquilizador, desde el punto de vista de los órganos de su aparato respiratorio, y que hoy ofrece signos (respiración áspera, resonancia de la voz, taquicardia, diferencia notable entre la talla y el peso, con detrimento del último, débil irrigación sanguínea y poca firmeza del sistema muscular) para considerarlo, si no como un tuberculoso declarado, sí en estado de inminencia tuberculosa: enfermedad que estamos seguros estallaría á los pocos meses de su permanencia en un cuartel.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto formulamos la siguiente conclusión:

El conscripto N. N. es inapto para el servicio militar.

Es cuanto podemos decir á US. en conformidad con los preceptos de la ciencia y según nuestro leal saber y entender

Lima, julio 19 de 1904

L. AVENDAÑO

M. ZAVALA Y ZAVALA

OBSTETRICIA

Un caso de Mola hidatiforme con embarazo de 6 meses

El 17 de mayo del presente año, ingresó al servicio del doctor Samuel García, la enferma Ignacia A..... natural de Lima, casada, de 31 años de edad, y de oficio ama de llaves.

Como antecedente patológico, señala en su niñez el sarampión, viruela y tos convulsiva que como se ve, no tienen importancia en obstetricia. Como antecedente fisiológico, señalaremos que menstruó á los 14 años, siendo dismenorreica hasta la época actual; de padres sanos, ha tenido varios hermanos todos tan bien constituídos como ella; señala como una cosa digna de notarse el que tanto en su familia paterna como materna hayan habido embarazos gemelares.

Múltipara, ha tenido 8 niños todos de término y por partos perfectamente fisiológicos; ha tenido tres abortos siendo todos de tres meses y habiéndose realizado el último en octubre del año pasado.

Sometida á un interrogatorio minucioso, después de su ingreso á la Sala de San Antonio, pudimos averiguar que ha sido bien reglada,

que sus catamenios eran de 5 días habiendo sido el último el 8 de noviembre del año pasado. Haciendo pues un cálculo aproximado según éste dato, estamos en presencia de una mujer en el 6º mes del embarazo,

En el primer trimestre de la gestación, ha sentido todos los reflejos propios de este estado, en el 2º trimestre no ha observado malestar de ninguna especie hasta el 8 de mayo en que de una manera súbita, comenzó á hincharse sintiendo fuertes dolores de cintura, palpitations violentas y fatiga fuerte que la obligó á trasladarse al hospital.

Hecho este interrogatorio se procedió al examen de la orina encontrándose como elemento anormal la albumina en la proporción de 2 por 1000. Con este antecedente se procedió al examen obstétrico de la enferma que dió el siguiente resultado:

Inspección. Por este medio de exploración nos encontramos en presencia de un vientre voluminoso, irregular; línea bruna quebrada á nivel del ombligo, que se encontraba aplanado; mamas desarrolladas, areola suplementaria bien manifiesta, tubérculo Montgomery y calostro á la presión.

Palpación. Explorando la excavación la encontramos perfectamente vacía y lo mismo nos sucedió en el área del estrecho superior, donde nos fue imposible comprobar polo fetal alguno. Fondo uterino al nivel de las falsas costillas, extendiéndose trasversalmente de un flanco al otro.

Haciendo la palpación minuciosa para comprobar la existencia fetal llegamos á percibir algo que á la palpación daba la sensación de parte pequeña por valoteo, pues, era grande la fluctuación á consecuencia de la gran cantidad de líquido cuyo oleaje se percibía claramente.

En un útero tan voluminoso y de

forma tan irregular fue imposible por este medio de exploración obtener datos exactos que pudieran servir para hacer el diagnóstico.

Auscultación. Por la auscultación nos fue imposible percibir ruidos fetales ni soplos placentarios; este medio de exploración fue el que menos nos sirvió para el diagnóstico.

Nos abstuvimos de hacer la percusión por considerarla en este caso completamente inútil.

Tacto. Tampoco fue de gran utilidad para el diagnóstico este medio de exploración, en el presente caso solo pudimos obtener por él, los siguientes datos: vagina húmeda, cuello entreabierto de múltipara, y sensación de fluctuación á través del segmento inferior.

Procediendo ahora á hacer un examen complementario de los demás aparatos encontramos que el respiratorio estaba en perfectas condiciones; tampoco había nada de anormal en el digestivo y sus anexos; en el aparato circulatorio pudimos comprobar la existencia del ruido del galope. El aparato renal funcionaba bien siendo la cantidad de orina emitida en 24 horas de 1.200 gramos y ligeramente albuminosa.

Como se ve nada claro ni correcto ha podido obtenerse para hacer el diagnóstico obstétrico.

Diagnóstico.—Si tenemos en cuenta la suspensión catamenial, la presencia de todos los síntomas reflejos del embarazo durante el primer trimestre de la gestación y sobre todo el señalar la madre que es múltipara haber sentido los *movimientos del feto*, se debe suponer de una manera probable un embarazo. De otro lado, el no suministrar dato alguno los medios de exploración empleados y agregarse á esto la forma irregular de la matriz y su volumen exagerado, no en relación con la época del embarazo, 6º mes, pues alcanzaba el fondo

hasta las falsas costillas, hicieron bastante oscuro el diagnóstico que ya había sido estudiado por el Dr. Samuel García, Jefe del servicio, quien me invitó á reconocerla.

Como en estos casos es mejor hacer el diagnóstico por exclusión se hizo en ese sentido diferenciando del hidramnios en el que por mayor cantidad de líquido que haya es fácil percibir partes pequeñas. Además por palpación ó tacto llega á tenerse la sensación de parte que huye.

En esta enferma había edema casi general y como hemos dicho nada podía apreciarse. La presencia de una Mola ya sea hidatiforme ó embrionada podría dar lugar á ese volumen del útero tan desproporcionado con la época del embarazo; pero si se tiene en cuenta que la citada enferma no acusaba haber perdido una sola gota de sangre desde el 8 de noviembre y que éste es uno de los síntomas fundamentales para hacer el diagnóstico de Mola se podrá comprender lo poco que sospechaba más su presencia.

Por otra parte nada hacía presumir la presencia de una Mola dadas las buenas condiciones de la enferma y la ausencia absoluta de datos que la manifestaran.

No haremos sino mencionar el error posible que pudiera cometerse con la diferenciación de un quiste del ovario; de un tumor voluminoso del abdomen, en una palabra, de todo aquello que pudiera confundirse con el caso presente porque teníamos plena convicción de estar en presencia de un útero ocupado.

En este sentido precisé el diagnóstico después de haber procedido al examen más minucioso sin obtener dato alguno que me permitiera hacerlo á firme.

Como se ve era necesaria la evacuación del útero para darse cuenta exacta del caso, ya que el examen por minucioso que fuera no había podido dar idea plena de él.

El 18 de mayo, á las 8 a. m., los

dolores de la lumbares aumentaron en la enferma presentando al mismo tiempo contracciones uterinas dolorosas y frecuentes, cosa que obligó al Dr. García á reconocer á la enferma, encontrando al tacto la vagina húmeda y una dilatación de más de un sol plata que permitía recorrer un amplio espacio de las membranas ovulares que estaban turgentes, razón por la que no permitían orientarse en su contenido.

A las 9 a. m. del día ya indicado, se hizo completa la dilatación rompiéndose inmediatamente las membranas, ruptura que dió lugar á la salida de una gran cantidad de líquido amniótico que fue seguida de la expulsión de un feto de 180 días más ó menos, no viable é incompletamente desarrollado pues las paredes ventrales dejaban ver claramente las vísceras abdominales.

A pesar de la expulsión fetal, la matriz quedaba bastante voluminosa, volumen que desde luego no podía ser debido á la placenta que como se sabe siempre está en relación con el desarrollo fetal.

Momentos después de la expulsión del feto se verificó el alumbramiento dando lugar á la salida de la placenta que se presentó por su cara uterina; estaba bien desarrollada y con cordón central. Adherida á uno de los bordes de la placenta venía una gran masa carnosa perfectamente limitada de la placenta que al salir se desgarró dando lugar á la eliminación de una cantidad de líquido que llevaba en suspensión gran cantidad de cuerpos perlados que de hecho ponían de manifiesto el tratarse de una Mola hidatiforme. A no dudarlo esta era la causa pues del volumen considerable del útero y también de la expulsión prematura del huevo que casi siempre se produce en este caso.

Ahora, en presencia de un caso de esta naturaleza podíamos pregun-

tarnos ¿cuál ha sido su patogenia?

Es un hecho averiguado que la hidropesía de las vellosidades coriales es la que da lugar á la Mola cualquiera que sea su variedad. Se ha tratado ya en otro lugar de esta historia sobre la naturaleza de la Mola y ha quedado sentado también que se trataba de la variedad hidatiforme. Pasando por alto la variedad carnosa nos queda por estudiar la Mola embrionada que indudablemente es la que más semejanza tiene con el caso que historiamos.

Para diferenciar el presente caso del de una Mola embrionada nos basta señalar que aquí se trataba de un feto desarrollado con membranas ovulares y placenta propia, bien distinta por lo tanto de la Mola de la que estaba separada por un zurco bien perceptible.

En la Mola embrionada no habría habido este caracter distintivo, ni habría llegado á alcanzar ese desarrollo el feto pues sabido es que la suspensión del embarazo se verifica desde el momento en que las vellosidades se hipertrofian.

Es pues indudable que la salida del feto se debe aquí á la Mola y que el desarrollo que ha tenido el feto manifiesta que en el presente caso se ha tratado de un embarazo y de una Mola hidatiforme desarrollados independientemente ó mejor dicho, que se ha tratado en el presente caso de dos huevos fecundados y de los cuales uno había llegado á adquirir completo desarrollo y el otro sufrió la de transformación en Mola.

Este es á grandes rasgos, la historia interesante del caso que acabamos de describir, y es también la teoría de la doble fecundación ovular la que aceptamos como única capaz de poder explicar el caso que reseñamos. Esta ha sido nuestra manera de ver las cosas y contamos como apoyo para sustentar esta teoría con la ilustrada opinión del Catedrático de Clínica Obstétrica,

Dr. Rafael Benavides, que tuvo ocasión, de un modo incidental, de examinar ambos huevos haciendo el caso objeto de una lección importantísima de clínica que servirá á no dudarle para ilustrar el criterio profesional.

Lima, junio de 1905.

Cuarto Congreso Médico Pan-americano

REUNIDO EN PANAMÁ, EN ENERO
DE 1905

Reseña de los trabajos científicos presentados

En la sesión de apertura celebrada la noche del 3 de enero de 1905, y presidida por el Sr. Dr. D. Miguel Amador, Presidente de la República de Panamá, después del discurso de bienvenida y de la declaración solemne de apertura hecha por dicho señor, tomó la palabra el ingeniero en jefe de las obras del canal Sr. Wallace y habló extensamente sobre el plan y la organización de los colosales trabajos que se están llevando á cabo bajo su dirección.

El Sr. Dr. W. C. Gorgas, Médico en jefe de Sanidad, hizo un amplio informe sobre las medidas sanitarias que se observarán durante los trabajos para precaverse de las enfermedades reinantes en el país. El Sr. Dr. D. José Calvo, Secretario General del Congreso, leyó un minucioso informe sobre los trabajos de organización del certamen científico.

El Sr. Dr. Robinson, pronunció un discurso sobre el canal y las cuestiones de higiene, relacionadas con su apertura.

En la sesión del día 4, que se verificó en la tarde, y que fue presidida por el Sr. Dr. Carter, Médico en

jefe de los Hospitales de Marina en Panamá, habló el doctor Frank (de Chicago), sobre cirugía hepática y muy especialmente sobre las hemorragias que suelen sobrevenir en el curso de las operaciones que se practican en el hígado, proponiendo para evitarlas practicar cortes muy limpios, y en caso de ablación, que ésta se haga por porciones geométricas, á fin de poder afrontar los colgajos con toda precisión y suturarlos de una manera perfecta.

El Sr. Dr. de Senn (de Chicago), usó de la palabra con motivo de ese trabajo, citando algunas observaciones.

El Sr. Dr. Crile (de Ohio), habló de cirugía en general en sus relaciones con ciertos fenómenos de fisiología patológica, muy especialmente los llamados *reflejos inhibitorios* que suelen ser de consecuencias terribles en las operaciones que se practican en ciertos órganos, como la laringe, el estómago, la vejiga, el recto.

El Sr. Dr. D. Emilio Martínez (de la Habana), refirió á este propósito, algunos casos de inhibición glótica, provocados por la intubación de la laringe.

El Sr. Dr. Risley (de Filadelfia), habló de la extracción de la catarata, y de algunos accidentes consecutivos á dicha operación, entre otros la catarata secundaria.

La Sra. Dra. Waite, disertó sobre las adherencias consecutivas á aquellas intervenciones quirúrgicas.

En la sesión del día 5, presidida por el Sr. Dr. W. C. Gorgas pronunció un discurso el Sr. Dr. Senn (de Chicago), sobre *coxo-vara* de naturaleza distrófica, y sobre su diagnóstico diferencial con la forma de naturaleza tuberculosa.

El Sr. Dr. D. Emilio Martínez (de la Habana) leyó un importante trabajo del Sr. Dr. D. Carlos J. Finley (de la misma ciudad), acerca de los resultados que se han obtenido en Cuba con las medidas sanitarias

dictadas en ese país desde la proclamación de la República.

El Sr. Dr. Purnell (de Memphis), usó de la palabra á propósito de ese trabajo, y dijo que él cree que hay otros medios de propagación de la fiebre amarilla, independientemente de los mosquitos, como lo prueba, según él, la reaparición en ciertos lugares de aquella enfermedad; sin que haya habido nueva importación de mucho tiempo atrás. Citó con este motivo lo que ha observado en tal sentido en varias poblaciones de los Estados Unidos, y especialmente en Memphis (Tennessee).

El Sr. Dr. Carter, habló extensamente sobre la materia, declarándose partidario de la transmisión exclusiva por el mosquito, y negándola por el material infectado.

El Sr. Dr. Tomas (de New Orleans), concedió grande importancia al saneamiento general para evitar la fiebre amarilla, y citó como ejemplo en apoyo de su opinión, los excelentes resultados que con dicho saneamiento se han obtenido en la ciudad de Santos (Brasil). Interpeló al Sr. Dr. Baloke, jefe del local de sanidad en Panamá sobre el valor que debe concederse al *pyretrum* (pelitre) como insecticida, y sobre todo, como destructor de mosquitos. El interpelado contestó que creía, que dos libras de *pyretrum* quemados durante dos horas, bastan para matar todos los mosquitos en un espacio de 1,000 varas cúbicas de capacidad. El Sr. Dr. Thomas dijo que el no concede mayor importancia al *pyretrum*, como agente destructor de los mosquitos.

El Sr. Dr. Chassaingnac (de New Orleans), propuso la siguiente resolución: estando demostrado que los mosquitos no sólo son molestos sino también nocivos para la salud debían ponerse de acuerdo los Gobiernos á fin de adoptar medidas encaminadas á la destrucción de aquellos insectos.

El Sr. Dr. Echeverría (de Costa Rica), insistió sobre la grande importancia de los mosquitos como agentes trasmisores de la fiebre amarilla, creyendo que la ausencia de esa plaga de la ciudad de San José, se debe á la falta de dichos insectos aun cuando haya importación repetida de casos de la enfermedad, que son llevados de las costas á la capital de la República de Costa Rica. Consideró de gran valor el hecho de que debe trascurrir un período de incubación en el mosquito para que pueda propagar la enfermedad (se sabe que nunca la trasmite en los primeros días que siguen á su infección, necesitando siempre, para que el fenómeno se verifique, un período de 12 días ó más).

El Sr. Dr. Gorgas negó rotundamente la propagación por mercancías contaminadas, citando el hecho de que constantemente se importan á otros lugares mercancías que provienen de puertos infectados, sin que se transmita la infección.

El Sr. Dr. D. Emilio Martínez contestó al señor Dr. Purell, que él se explicaba la llamada reaparición espontánea de la fiebre amarilla en una localidad, por la existencia de casos benignos no diagnosticados, especialmente en niños nacidos en la localidad cuyos casos seguirían conteniendo la epidemia. Dijo que á su entender, en el saneamiento general está comprendida la destrucción de los mosquitos y que en el caso particular de la ciudad de Santos, anteriormente citado, se ha obtenido un éxito excelente, porque la ciudad de Río Janeiro, en comunicación frecuente con la primera, ha sido expurgada de mosquitos con maravilloso resultado. Aceptó como de gran valor científico el argumento del Sr. Dr. Echeverría, referente al período de incubación en el mosquito, fenómeno análogo al que se observa en el caso de todos los parásitos que necesitan un organis-

mo intermedio para transmitirse. Terminó diciendo, que por encima de todas las teorías está el hecho práctico de que en la Habana todos los esfuerzos se han dirigido á la destrucción de los mosquitos con tan buen resultado, que desde hace tres años la epidemia no se presenta allí.

En la sesión verificada el día 6, bajo la presidencia del Sr. Dr. D. Julio Icaza, Presidente General del Congreso, pronunciaron discursos de cortesía dirigidos á la República de Panamá que recibió á los miembros del certamen científico, los delegados oficiales previamente designados en la orden del día y que fueron los siguientes: Sres. Dres. Emilio Martínez (por Cuba), W. Keen (por Estados Unidos), José Ramos (por Méjico), Domingo Azurdia (por Guatemala), Ugo Biffi (por el Perú), Dr. Echeverría (por Costa Rica) y Dr. Baires (por Honduras).

A continuación el Sr. Dr. Hughes, distinguido especialista de St. Louis Missouri, habló extensamente sobre el tratamiento de la epilepsia, diciendo entre otras cosas, que en su concepto esa neurosis es curable en gran número de casos, sobre todo en los recientes, siendo indispensable, además del empleo de fuertes dosis de bromuro, instituir un tratamiento general é higiénico, sobre todo del tubo digestivo, mantener el cerebro del paciente en reposo y vigilar el estado de todo el organismo.

El Sr. Dr. Ugo Biffi, ilustrado bacteriológico de Bolonia y representante del Perú refirió sus experimentos hechos en Lima, con la colaboración del Sr. O. Razzeto, estudiante de medicina, sobre el paso por filtración de los protozoarios de las aguas. Dijo haber encontrado que el cocimiento de lechuga común (*lactuca sativa*), es un buen medio de cultivo de aquellos microorganismos, que después de sembrar en ese medio aguas estancadas ó nó, pudo observar en el cultivo el

desarrollo de protozoarios bajo sus diversas formas (amibas, flagelados, ciliados y esporozoarios, como coccideas). Estudió su paso á través de distintas clases de filtros; algunos de bujías con poros muy finos, como los de porcelana, que se usan en los filtros Pasteur, Chamberland y Kitassato, empleó en los filtros Chamberland, desde las bujías A, que como se sabe, son las de poros más finos y dan un rendimiento menor hasta las bujías F, cuyos poros son más amplios y dejan filtrar con mayor rapidez. Empleó también en sus experiencias, filtros mucho menos apretadas, como los de papel comprimido, y los de Berxefeld (hechos de una substancia cretácica). En un primer grupo de experiencias, notó que en media hora nunca pasan los protozoarios por las bujías más condensadas, pero si pasan á través de las otras. En un tiempo más largo, (de 4 horas en adelante, hasta días y meses) pasan todos los protozoarios pero no con igual rapidez, siendo las amibas las primeras en filtrar, tal vez cambiando de forma en virtud de sus propiedades especiales, y por un mecanismo análogo al del paso de los leucocitos á través de las paredes vasales (diapedesis). La propiedad que tienen los protozoarios, de filtrar con mayor ó menor facilidad, empleando según su clase un tiempo variable, puede utilizarse, como método de aislamiento en un medio que contiene diversas formas de aquellos micro-organismos. El resultado de estos estudios puede utilizarse también para la elección de los filtros, debiendo desecharse aquellos que en pocas horas dejan filtrar protozoarios. Añadió el Dr. Biffi, que tal vez sus conclusiones pudieran aplicarse á algunos de los microbios llamados ultra-microscópicos, ó mejor invisibles, como los de la fiebre amarilla, los de la rabia, etc.

A continuación el Dr. J. Ramos usó de la palabra para referir en

una comunicación oral, que duró media hora, la historia médica de la peste bubónica de Mazatlan á fines de 1902 y principios de 1903, refiriendo con minuciosidad las medidas que se emplearon para combatirla victoriosamente, haciendo ver que el éxito obtenido fue un verdadero triunfo científico que honra al Gobierno y al Consejo S. de Salubridad de la República Mejicana. Ya se dice en otro lugar la impresión tan favorable que causó esa narración; no se hace una reseña minuciosa de su discurso, por ser muy conocidos en los anales científicos de Méjico, los pormenores que se refieren á la epidemia bubónica de Mazatlán.

Con eso terminó la sesión, y habría terminado el Congreso, pero en consideración al retardo con que llegaron los representantes de Méjico, se acordó que el siguiente día hubiera nueva sesión científica, y otra económica para discutir las resoluciones del Comité Ejecutivo. Reunidos por la mañana en el salón destinado al efecto, se abrió la sesión concediéndosele luego la palabra al Dr. Ramos para que leyese su trabajo inédito preparado en Méjico, y especialmente destinado al Congreso. Acompañó á este informe una copia íntegra de ese trabajo que intituló "El Tracoma en Méjico". Ya se dijo en el anexo número 1, que sus ideas merecieron el beneplácito del Congreso. El distinguido oftalmólogo de Panamá Dr. Obarria aseguró que por sus observaciones clínicas, acepta también la dualidad morbose del Tracoma, y de la juntivitis folicular, siendo la primera verdaderamente rara en su país.

Después de la lectura de ese trabajo, se procedió á designar el país en que debe verificarse el quinto Congreso Médico Panamericano. Los representantes de Guatemala, de acuerdo con su Gobierno, propusieron la Capital de la República Guatemalteca, y los delegados america-

nos, también de acuerdo con el Gobierno de los Estados Unidos, propusieron la ciudad de Washington. Como tuvieron la prioridad en su propuesta los representantes de Guatemala é insistieron en su oferta, después de breve discusión se aprobó que el proximo certamen se celebre en la Capital de su país.

En seguida fueron discutidas y aprobadas las proposiciones siguientes, como temas de estudio para el Congreso venidero, habiendo sido propuestas las tres primeras, por el representante del Perú, y las restantes por la Delegación de Guatemala:

Saneamiento de los puertos de América y establecimientos de estaciones sanitarias en los principales.

Uniformidad de las medidas sanitarias en los puertos del Continente Americano.

Facultad de informaciones *directa*, de las autoridades sanitarias de América entre sí.

Proyecto de una Farmacopea Internacional Americana.

Proyecto de uniformación de la Medicina Legal en los países del Nuevo Continente.

Medidas internacionales de propaganda de temperancia en el Nuevo Mundo.

Institución de la Orden de la Cruz Roja en todos los países americanos, así en el orden militar como en el civil.

Aprobadas estas cuestiones, el Presidente declaró de un modo solemne, que se daban por terminadas las labores del cuarto Congreso Médico Pan Americano, y que daba las más cumplidas gracias á todos los que habían tomado parte en el Concurso, contribuyendo al éxito que se había obtenido.

Como el Congreso se prorrogó un día más debido á la deferencia de sus funcionarios, en consideración á los que llegaron retardados, se pudo recuperar el tiempo perdido y desempeñar las comisiones respectivas. La víspera se aprobó

una proposición en virtud de la cual los trabajos leídos á bordo durante el viaje, se considerarían como propiedad del Congreso y serían publicados en sus transacciones. Esta es la oportunidad de mencionar esos trabajos y sus autores.

En la sesión del día 4, el Sr. Dr. Séneca Egbert, leyó un erudito estudio sobre la distribución de la fiebre tifoidea en los Estados Unidos, cuyo estudio, lo mismo que los demás leídos á bordo, se sometió á discusión.

El Sr. Dr. W. W. Keen, Profesor de Clínica Quirúrgica, en la Universidad de Filadelfia, hizo una interesante comunicación sobre un caso de necrosis extensa de la bóveda craneana de un niño. La necrosis fue debida á una quemadura profunda, causada por el fuego, viéndose obligado el autor de la comunicación á quitar una gran porción de los huesos del cráneo, comprendiendo partes del frontal, parietales y occipital; mostró las piezas anatómicas y refirió que la compresión determinada por la cicatriz consecutiva, le sugirió el pensamiento de hacer una incisión meníngea para evitar dicha compresión en el encéfalo, que determinaba accesos epileptiformes.

Ignoraba el resultado de la segunda intervención quirúrgica, pues pocos días después de practicarla salió de Filadelfia para concurrir al Congreso.

El Sr. Dr. James W. Putnam, Profesor de enfermedades nerviosas en la Universidad de Búfalo (N. Y.), leyó un importante trabajo sobre la "doranosis", en sus relaciones con el homicidio, insistiendo en lo peligrosos que son los enfermos de aquella afección mental, que á causa de su trastorno psíquico, tienen notable y tenaz tendencia el homicidio.

El Sr. Dr. Etevens, presentó dos aparatos de su invención; el primero sirve para inmovilizar al paciente en determinadas posturas y sin

causarle molestia en el curso de las operaciones quirúrgicas. El segundo es un atomizador perfeccionado.

Por último, el Sr. Dr. Chase (de Boston), presentó un estetoscopio bi-auricular de su invención.

En la sesión celebrada el día 5, el Sr. Dr. Shires (del Canadá), leyó un interesante trabajo referente á una herida de la médula espinal por arma de fuego, teniendo de notable el hecho que las lesiones anatómicas de la medula se repararon en parte como lo indicó la sucesión de los fenómenos clínicos, y según quedó demostrado por la autopsia, habiendo muerto el paciente á consecuencia de neumonía.

El Profesor Keen, leyó un notable trabajo sobre un caso de úlcera gástrica, que por la cicatrización consecutiva imprimió al estómago una forma en bisaco, que impedía el funcionamiento normal de la víscera. El autor de la memoria tuvo la feliz idea de practicar una gastro-estomía para comunicar ampliamente las dos partes en que se hallaba dividido el ventrículo, obteniendo un éxito completo, pues el paciente quedó enteramente curado.

Por último, el inteligente aurista de New-York, Sr. Dr. Bryant, presentó un aparato de su invención y designado por él con el nombre de "fonógrafo acumétrico". Se compone de un fonógrafo aislado de tal modo, que sólo por el audífono se pueden percibir los sonidos que produce; por medio de un mecanismo sencillo é ingenioso se va disminuyendo poco á poco la intensidad de esos sonidos hasta que deja de oírlos la persona observada. Una escala recorrida por una aguja, marca al alcanzar á ese límite la agudez acústica del observado.

Los trabajos leídos á bordo así como los que se presentaron en el Congreso, serán publicados en su oportunidad en las transacciones de dicho Congreso, y no hemos creído

necesario hablar de ellos con más extensión, poniendo aquí fin á esta reseña ya larga y cansada.

(SEMANA MÉDICA, de Buenos Aires)

MEDICINA PRACTICA

Tratamiento de la fiebre tifoidea por medio del aceite esencial de eucaliptus

Hall

Según este autor, esta substancia obraría como antiséptico intestinal y su acción sería tan favorable como la de los baños fríos. Se administran cada cuatro horas 10 gotas del medicamento diluídas en un mucílago. Debe emplearse el aceite ozonizado, para lo cual se le expone durante largo tiempo á la acción de la luz solar. La disminución de la fiebre se produce rápidamente y los fenómenos nerviosos se calman. Son raras las enterorragias, pues el aceite de eucaliptus obra como un astringente, gracias á los abundantes terpenos que contiene.—(*Australasian Med. Gazette*; extracto de la *Münch. Med. Wochenschr.*)

Anestesia local

Kuester

La adrenalina inyectada en los tejidos ejerce dos acciones, una isquemante y otra estimulante de los fenómenos de reabsorción. La primera, como es sabido, permite operar en seco en órganos bastante vascularizados sin hemorragia alguna, sin más que ir ligando los vasos más gruesos fácilmente perceptibles en el seno del tejido exangué, lo cual ha permitido abordar órganos hasta ahora peligrosos por

las hemorragias que en ellos se producen. Gracias á estas dos propiedades pueden obtenerse por medio de la asociación de la adrenalina y de soluciones débiles de cocaína efectos que exigirían soluciones más concentradas de esta substancia si á ella sola se recurriera. Así Braun ha demostrado que la adición de 3-5 gotas de adrenalina al 1 por 1,000 á 100 gramos de una solución de cocaína á 0'01 por 100, empleando el procedimiento de la infiltración del territorio operatorio produce una acción más intensa que una solución de cocaína á 0'1-2 por 100. Si en vez de inyectar la solución en la zona operatoria se la inyecta junto á los nervios correspondientes se empleará una solución de cocaína á 0'05 por 100, con igual proporción de adrenalina que en el caso anterior. Braun recomienda para las extracciones de dientes disolver 1-1½ centigramos de cocaína en 1-2 centímetros cúbicos de solución de sal marina y añadir 2-3 gotas de adrenalina é inyectar la mitad de este líquido por delante y por detrás respectivamente del diente tan cerca del periostio como sea posible. A los cinco minutos puede extraerse el diente sin dolor. Heidenhain ha empleado también soluciones de este género en dos trepanaciones craneales, y cree que podrían ser utilizadas en muchas otras operaciones intra-craneales. Según Thies no es tan favorable la acción de la eucaína asociada á la adrenalina porque hay más tendencia al colapso que si se emplea la cocaína, bien que este peligro es negado por Langaard, que ha empleado el lactato de eucaína. En cambio no parece que sea conveniente el empleo de la adrenalina en el procedimiento de Schleich por la tendencia á que en tal caso se produzcan hemorragias y gangrenas. Este último inconveniente procede tal vez de la impureza de la solución empleada (presencia de cloretona).

Se ha pensado en el empleo de estas soluciones mixtas para la anestesia subdural y se han practicado experimentos en animales que han demostrado la supresión de los fenómenos de intoxicación, pues esta no se produce sino con soluciones mucho más concentradas de cocaína, si ésta está asociada con adrenalina, hasta el punto de que parece que la acción tóxica de la cocaína se reduce entonces á una décima parte según unos autores y á la cuarta ó tercera parte según otros. Otros experimentos hechos por Zeigan parecen demostrar que si en vez de inyectar un miligramo de adrenalina disuelto en 1 centímetro cúbico de vehículo, se le inyecta diluído en 5 centímetros cúbicos, se observa no una anestesia de la mitad posterior del cuerpo de ocho ó doce minutos de duración como en el primer caso, sino una anestesia completa con supresión absoluta de la sensibilidad que empezaba ya al cabo de un minuto y persistía hasta treinta ó cincuenta minutos. Es de creer que la adrenalina disuelta en mayor cantidad de vehículo puede esparcirse á mayor distancia y llegar desde la medula al bulbo y al cerebro mismo, y así parece comprobarlo la inyección de las mismas soluciones adicionadas con azul de metileno, tras la cual se puede observar la mayor difusión de esta substancia cuando el vehículo es más abundante. Todos estos experimentos practicados en animales han dado lugar al empleo de las soluciones mixtas en la forma siguiente: El enfermo es colocado sobre la mesa con la parte superior del cuerpo elevada y se practica la punción lumbar entre la segunda y la tercera vértebra lumbares. Si el líquido cerebro-espinal sale con fuerza, se dejan salir un par de centímetros cúbicos de él. Luego se ajusta á la cánula una jeringa de Pravaz con un centímetro cúbico de una solución de adrenalina ó de suprarenina á 0'005 por 100 y se inyecta es-

te líquido. Se guardan cinco minutos dejando aplicada la jeringa para que no salgan nuevas cantidades de líquido cerebro-espinal y luego se substituye la jeringa por otra catguta con una solución de cocaína al 1 por 100 en cantidad bastante para inyectar de 5 á 20 miligramos del medicamento. Al cabo de diez minutos se empieza la operación. Este procedimiento fue aplicado en 109 casos (amputaciones y resecciones de las extremidades inferiores, herniotomías, uretrotomías, operaciones rectales, etc.); 56 de ellos fueron anestesiados con adrenalina, pero en 5 dejó de presentarse la anestesia y en 25 se presentaron sudores, vómitos, temblores musculares durante la operación ó vómitos, fiebre, retención de orina, rigidez de la nuca y cefalalgia intensa y persistente después de ella. De todos modos nunca se presentaron manifestaciones peligrosas. Con el empleo de la suprarenina (nombre de la preparación alemana de cápsulas supra-renales, así como el de adrenalina pertenece á la inglesa), la dosis de cocaína que debió emplearse llegó por lo menos á 1-2 centigramos y los fenómenos mencionados se presentaron igualmente, bien que no parecieron tan pronunciados. La anestesia dejó de presentarse tres veces en los 52 casos en que se empleó la supra renina. Bier y Dönitz, á quien se deben estos ensayos, creen que practicado de este modo la raqui-anestesia ha perdido sus peligros y que está indicada en los individuos débiles, viejos afectos de miocarditis, nefritis, etc.—(Extractado de la *Zeitschrift für arztliche Fortbildung*).

Tratamiento de los miomas uterinos

Martin

Este autor se propone la pregunta de si el método operatorio conservador en aquella enfermedad tiene fundamento científico. Los bri-

llantes resultados que ha obtenido le inducen á defender el método vaginal y tan conservador como sea posible. La conservación de la menstruación después de la operación es una ventaja del procedimiento conservador. La producción de recidivas después de la enucleación en 6-7 por 100 de los casos no constituye un fracaso absoluto. Tiene gran importancia á favor de la enucleación, el hecho de que por medio de ella se conserva mucho tejido muscular. En cambio, sin embargo, hay que reconocer que pueden presentarse recidivas con trastornos locales. Es imposible dejar á la mujer que decida si quiere ser operada por el método radical ó por el conservador, que tan solo en el momento de la operación puede resolverse este punto. Al principio de ella Martín practica un raspado explorador, y muchas veces reseca una gran porción de la mucosa asiento de un desarrollo anormal, para disminuir la superficie exudante. No puede admitir que procediendo por la vía vaginal, sea difícil reconocer la superficie de implantación del tumor ni que por esta razón deba practicarse la operación radical. Para él, los límites de la intervención por la vía vaginal están tan sólo en las dimensiones del tumor. Cuando la dislocación de éste en la pelvis es difícil, la incisión de Schuchard presta grandes servicios. Tan sólo cuando existen afecciones supuradas de los anexos es preferible, hasta en los miomas pequeños, la vía abdominal. El agrandamiento de la vía vaginal ideado por Mackenrodt no carece de peligros por razón de las alteraciones tróficas del ovario, que pueden presentarse. Martín practica siempre la resección de la cápsula del mioma con arreglo á lo propuesto por Henkel y sutura y luego con catgut la superficie de implantación del tumor.—(*Monatschr. f. Geburtshilfe und Gynakologie*; extracto en la *Munch. Med. Wochenschr.*)