

AÑO II

ENERO-FEBRERO

NÚM. 7

ANALES

DE LA

Academia de Ciencias Médicas

DE

Córdoba (España)

REVISTA BIMESTRAL



COMITÉ DE REDACCIÓN

DIRECTOR

DR. J. NAVARRO MORENO
(Presidente de la Academia)

REDACTOR JEFE

DR. R. HOMBRÍA ÍÑIGUEZ
(Académico de número)

SECRETARIO DE REDACCIÓN

DR. F. BERJILLOS DEL RÍO
(Secretario de la Academia)

ADMINISTRADOR

DR. J. NAVAS GONZÁLEZ
(Tesorero de la Academia)

ANALES

DE LA

Academia de Ciencias Médicas

DE

Córdoba (España)

SUMARIO

	Página
Anestesia raquidiana, por el <i>Dr. Emilio Luque</i>	3
Infecciones locales y diabetcs, por el <i>Dr. Julián de Cabo Morales</i>	19

CASOS CLÍNICOS

Un caso de útero bicorne, por el <i>Dr. Diego Canals</i>	29
Cuerpo extraño uretral, por el <i>Dr. Jacinto Navas</i>	33

ANÁLISIS

Investigaciones sobre las quemaduras, por <i>Nicolau y Poincloux</i>	37
Sobre el método de investigación del espiroqueta pálido, por <i>Constantino Igeusky</i>	39
Sifilis decapitada por transfusión sanguínea, por <i>P. Carnot, Caroli y Maisón</i>	39
Un antídoto contra el envenenamiento agudo por el mercurio, por <i>Rosenthal</i>	40
Sobre la presencia de rearginas anti-cerebro en el líquido céfalo raquídeo de los paralíticos generales y los tabéticos, por <i>R. Demarche</i>	40
Tratamiento de las escaras de décubito por el tamino, por <i>Latimer</i>	41
Los abscesos osifluentes crónicos de estafilococos, por <i>I. Monlonguet y J. Rousset</i>	41
El valor de la diastasa urinaria en la necrosis pancreas, por <i>J. Rost</i>	42
Diagnóstico de la trombosis de la vena porta después de las operaciones por litiasis biliar, por <i>Rost</i>	42
La atelectasia pulmonar post-operatoria, por <i>H. Llucia</i>	42
Sobre la luxación-fractura del cuello del astrágalo, por <i>Peter</i>	43
La inyección paravertebral en la pancreatitis, por <i>Popper</i>	44

ANNALES

Académie des Sciences Médicales

(1844-1845)

REVUE

de la Médecine et de la Chirurgie

par M. J. B. B. B.

et de la Pharmacie

par M. J. B. B. B.

et de la Botanique

par M. J. B. B. B.

et de la Zoologie

par M. J. B. B. B.

et de la Géologie

par M. J. B. B. B.

et de la Minéralogie

par M. J. B. B. B.

ANESTESIA RAQUIDIANA

POR EL

DR. EMILIO LUQUE

Cirujano del Hospital Provincial

Este proceder anestésico ideado por el neuro-patólogo americano Corniug, y que el alemán Bier llevó a la práctica quirúrgica valiéndose de la cocaína, hubiera quedado detenido si los Laboratorios, con el estudio de los cuerpos sintéticos, no diera a la ciencia productos como la stovaina, novocaína, tutocaina, percaina, delcaina o pseudo cocaína destrogira.

Los progresos técnicos y clínicos de los métodos de Pitkin y Yones, empleando disoluciones hipotónicas para alcanzar con ellos la mayor altura anestésica, evitando los peligros de la impregnación bulbar, hacen que siga este procedimiento anestésico victorioso, apesar de los progresos de la narcosis y los perfeccionamientos de la local y regional.

Se suma a estos perfeccionamientos el empleo de la efedrina, evitando y curando la acción hipotensiva de la analgesia raquídea.

Las indicaciones de este procedimiento son generales para algunos cirujanos. En la actualidad se puede asegurar que salvo un número muy reducido de operadores se considera contraindicada en las intervenciones sobre la cabeza, cuello y miembro superior.

En la cirugía del tórax sería un verdadero triunfo lograr un perfeccionamiento de este método. Los enfermos que tosen, expectoran, tienen vómica y cianosis, soportan mal los anestésicos generales, pero todos los cirujanos han abandonado la analgesia raquídea por temor de impregnar los centros respiratorios y cardiacos; desde luego los casos que han podido anesthesiarse por el método local o regional, o en los que la narcosis puede ser usada, han quedado siempre fuera del procedimiento raquídeo.

En la cirugía de la región alta del abdomen, especialmente estómago y vías biliares, es un punto de gran discusión entre los cirujanos el empleo de este método anestésico. Los que sin temores practican la punción en la región dosal, alta, la analgesia es completa, sin las molestias de los vómitos, los esfuerzos del enfermo y la inocuidad del método para las vías respiratorias, hígado y riñón. Los que practicamos la punción en la zona lumbar, no conseguimos casi nunca una analgesia completa de esta zona. En las operaciones de larga duración, como las resecciones gástricas, el efecto anestésico se agota antes de concluir la intervención.

En los momentos actuales la narcosis en los enfermos que no están agotados, y la loco regional en estos últimos, las consideramos superiores a la analgesia raquídea sin abandonar por completo este procedimiento en algunos casos.

La inmensa mayoría de los cirujanos ponen el límite a la raqui-anestesia en la región umbilical; por debajo de esta región se encuentra el verdadero dominio útil y seguro de ella. Con cuatro centigramos de novocaína para la región ano-perineal, cinco para el miembro inferior, seis para el hipogastrio y de ocho a diez para las pelvi-abdominales, se consigue una analgesia completa, tranquila, de una hora.

Hay que tener muy presente el hecho real comprobado clínica y experimentalmente, que la analgesia raquidiana tiene una acción excitatriz sobre la contractilidad intestinal, paralizando al simpático y por tanto dejando al vago ejercer su acción hipermotora. En las hictereetomías hay que taponar bien para evitar la contaminación estercorácea, y al operar una hernia estrangulada se corre el peligro de perder el intestino estrangulado antes de llegar al saco con el bisturís. En cambio puede ser útil en todo ileo paralítico, porque puede resolverlo cuando no es de causa mecánica sin intervención, aunque sí debemos decir que este siempre colocado el enfermo en la mesa de operaciones, y como tiempo primero para intervenir si la inyección ha fracasado.

Este procedimiento repetimos, es el que mejor respeta hígado y riñón; el menos perjudicial al pulmón; el que da más silencio abdo-

minal, tan necesario en las técnicas laboriosas, y el que simplifica más las complicaciones post-operatorias.

Sus contraindicaciones y peligros son evidentes. Su acción hipotensiva por disminución del tono vascular, debida a la impregnación de los centros medulares y el peligro de la acción tóxica sobre los bulbares, es muy de tener en cuenta. El shock traumático y los procesos septicémicos graves, contraindican el procedimiento que estudiamos.

En los tuberculosos y avariósicos debemos tener siempre muy en cuenta las reacciones meníngeas, y por tanto, al retirar el líquido céfalo-raquídeo, enviarlo para su análisis a los Laboratorios bien capacitados. También se encuentra contraindicada en los hiperazotémicos con retención clorurada. Nosotros no la empleamos en niños menores de doce años, y en los ancianos debe ser muy vigilada en caso de ser empleada, por no poder ser utilizados los demás medios.

Después de su empleo deben vigilarse mucho los procedimientos de calorificación usados corrientemente, por el peligro de las quemaduras.

Para su práctica debemos colocar sobre una mesa una bandeja aséptica, sobre la cual pondremos las agujas trocares finas de 8, 10 y 12 centímetros, de bisel corto, que evita quede sobre él a caballo la meninge, con su mandril, que tendrá el corte exactamente igual al de la aguja, jeringas de dos, cinco y diez cc. de ajuste perfecto, deslizamiento dulce, y cuyo pistón se adapte perfectamente a la aguja. Agujas para tónicos cardíacos, endovenosas y para intracardiaca; ampollas de alcanfor, cafeína efedrina adrenalina y una o dos limas para abrirlas. Tintura de yodo, alcohol, pinza y porta-algodones, compresas y algodón asépticos, colodion y una goma para la compresión en caso de tener que practicar una inyección endovenosa.

Los anestésicos que en la actualidad se emplean son: novocaína (en Francia tiene diferentes nombres, según la fábrica), tropacocaína, percaína y la pseudococaína detrogira. La novocaína es, entre todos los productos, el más usado por su poca toxicidad y rápida eliminación. La tropacocaína es muy buena, pero suele dar anestias en blanco. Estos productos los presentan en ampollas ya disueltas o en

polvo para disolverlos en el líquido céfalo raquídeo. Las disoluciones deben ser recientes, nunca más de tres semanas, y en la proporción de 1, 4, 5, 8 y 10 por 100.

Las mezclas de stovaina-estrignina, novocaína-adrenalina, novocaína-cafeína, etc., está completamente probado ser perjudiciales.

Entre los cuidados preanestésicos debemos indicar que se usa la mezcla de morfina-escopolamina en inyección. El Profesor Daniel, estimando que todos los trastornos raqui-anestésicos son debidos a un desequilibrio vago-simpático seguido de una crisis humoral, para evitarla inyecta por vía endoneurotica una cantidad del líquido c. r. del mismo sujeto. Daniel cree que este líquido, introducido en la sangre, desensibiliza al organismo, eleva la presión y aumenta la función excito-secretora del plexo-coroideas. No tenemos experiencia de este proceder.

Los tónico-cardiacos no tienen gran eficacia como preventivos, porque el colapso es vascular.

Nosotros empleamos la efedrina natural y el alcanfor soluble quince minutos antes de practicar la punción anestésica. La efedrina es un progreso real como preventiva y curativa, y muchos cirujanos la usan mezclada con la adrenalina. En los individuos con presión máxima superior a dieciseis, la efedrina no debe emplearse. El sitio de elección debe ser entre los dos puntos límites del cono aragnoideo, o sea entre la segunda lumbar y segunda sacra, puesto que la analgesia de la región es de orden radicular. En el espacio comprendido entre estos límites la aguja no encontrará nada más que los fascículos de las raíces lumbares y sacras. Un estudio anatomo-topográfico demuestra que en la primera lumbar la médula está abrazada al cuerpo vertebral; en la segunda lumbar se aplican los fascículos a las láminas vertebrales, y así siguen sobre la tercera y cuarta, y en la parte inferior de la quinta lumbar estos fascículos se aplican nuevamente al cuerpo de las vértebras. Por estas consideraciones anatómicas puede asegurarse que la punción en la línea media en los intervalos lumbares 2.º, 3.º y 4.º, no puede herir ningún fascículo. Para la mayoría de los cirujanos la punción se realiza en los puntos indicados, y puede llamarse método de Tuffier-Forgue. Esta punción se puede

practicar siguiendo a Jonnesco en todos los puntos de la columna vertebral, y siguiendo a Filliatre entre la quinta lumbar y primera sacra.

Estos tres métodos tienen sus características, no sólo por el punto de punción, sino por anestésico, empleando novocaína Forgue, esto vaína estrignina Jonnesco, cocaína Filliatre; por la cantidad de líquido céfalo raquídeo evacuado, Forgue siempre poco, nunca superior de 10 c. c., y dependiendo esta cantidad de la zona de anestesia; Jonnesco que no evacua ninguno sólo el preciso para saber que estamos en el espacio subaragnoídeo, y Filliatre que llega a expoliar hasta 30 c. c. para una anestesia general.

Los métodos modernos de disoluciones hipotónicas según los procederes de Pitkin y Jones, de que más adelante hablaremos, permiten elevar el nivel de la anestesia, según ellos, sin los peligros de los de Jonnesco y Filliatre.

De un modo general puede decirse que para elevar el nivel de la anestesia es necesario aumentar la cantidad del anestésico, practicar barbotaje y evacuar mayor cantidad de líquido céfalo raquídeo si se emplea el método de Tuffier-Forgue.

Posición del sujeto: La mayoría de los cirujanos practican la punción estando el sujeto sentado, los miembros inferiores fuera de la mesa y los brazos sobre los muslos y el torso bien encorvado; otros ordenan cruzar los brazos, y el ayudante con una mano sujeta la cabeza y el otro brazo lo apoya sobre los del enfermo, obligando al sujeto a encorvar el cuerpo e impedir sus movimientos; otros prefieren que el enfermo apoye sus codos en los muslos y con las manos sostenga la barba, y otros operadores lo ponen sentado y brazos y piernas colgando. Depende ésto de el estado de nerviosismo del sujeto y de la habilidad del ayudante. Puede sintetizarse todo lo dicho en dos palabras: «encorvado y quieto».

Como en la posición sentada la tensión del líquido céfalo raquídeo es mayor, hay muchos cirujanos que prefieren la posición tendida en decúbito lateral izquierdo. En ella el enfermo debe ponerse en gatillo de escopeta. Para el cirujano esta posición es más incómoda. Su ventaja es la menor posible salida de líquido céfalo raquídeo por el ori-

ficio de punción, debido a la menor tensión del líquido al retirar la aguja. En cirugía abdominal y pélvica que se necesita la posición de Trendelenburg, no se debe implantar hasta pasados diez minutos de la inyección, y siempre de modo progresivo y dulce, colocando una almohada que doble la cabeza y no la eleve, para impedir así la hipoxemia cerebral, y en cambio tienda a mantener la solución en la curva dorsal, zona más declive.

El punto de punción es en la línea media, si no queremos herir los fascículos nerviosos, si recurrimos al método de Forgue; otros prefieren practicar la punción en región lateralizada. Yo estimo es indiferente y depende del hábito de cada cirujano.

La introducción del líquido anestésico debe ser muy lenta. Antes de hablar de los incidentes, accidentes y secuelas de la anestesia raquídana, será necesario tratar de los efectos resultantes de la punción raquídana sin la introducción en el espacio subaragnoideo de ninguna substancia.

Verificada la punción meníngea, el pequeño orificio puede quedar abierto, dada la estructura rígida de la dura madre, formada por tejido fibroso poco elástico y escapar por él gota a gota líquido c. r., esparciéndose en los espacios epidurales. De esta fuga más o menos persistente resulta una hipotensión que da lugar a una hiperemia meníngea que explica: cefálea, vértigos, raquialgia, náuseas, vómitos y que puede llegar al colapso y al síncope. Esta hipotensión ha sido perfectamente observada por Leriche y otros en operaciones sobre columna vertebral. De aquí el consejo de emplear agujas muy finas. Este hecho es cierto pero no extraordinariamente frecuente, apreciándose otras veces hipertensión del líquido por la superproducción del de reemplazo. Estos cambios obligan a tener presente que por el sólo hecho de la punción se aprecian desequilibrios más o menos prolongados de la presión cerebro-espinal, oscilaciones tensionales del líquido c. r., que provocan trastornos análogos, a los que siguen después de la inyección intradural de agentes anestésicos.

También tiene cierta importancia en la fisiología de la raquianalgia la cantidad retirada de líquido c. r., porque está demostrado que una de las condiciones favorables para la difusión, es la dismi-

nución de la presión en la masa donde se hace la inyección. La altura de la zona de analgesia es inversamente proporcional a la resistencia de esta masa. Es cierto, aunque no tenga el valor de una ley, que una gran evacuación de líquido c. r. facilita la ascensión de la solución inyectada. Puede señalarse que nunca debe extraerse más de diez c. c., y siempre teniendo en cuenta la presión del líquido c. r. medida por el aparato de Claude. En la práctica el ritmo de salida debe inspirar nuestra conducta, teniendo presente el calibre de la aguja.

La fisiología nos indica que la cantidad de líquido c. r. es pequeña de 125 a 150 gramos, y por lo tanto que toda cantidad restada a esta cifra disminuye su presión.

Todo cirujano acostumbrado a este método conoce muy bien que la incertidumbre de él reside en la indeterminación del nivel superior de la zona de analgesia. En igualdad de dosis, de substancia y de técnica, no podemos pregonar nuestra maestría, para graduar la altura de difusión. Dice el maestro Forgue, y éste es el punto nodal del problema, precisar las condiciones físicas y vitales que determinan la progresión de altura del agente anestésico, y deducir reglas técnicas para su control.

La extensión y la progresión del medicamento se producen según cuatro mecanismos perfectamente estudiados: disolución, gravitación, traslado en masa por la corriente del líquido c. r. y neotropismo.

Disolución: Dos líquidos misibles puestos en contacto se penetran, se disuelven el uno en el otro. La droga disuelta se reparte poco a poco en el excedente del disolvente. Pero las leyes físicas no son aquí íntegramente aplicables, porque uno de los líquidos es viviente, y por lo tanto sus condiciones físico-químicas son especiales, y la prueba está en que el agente anestésico no llega a los centros bulbares, esto es, no se reparte como lo hacen dos líquidos libres misibles.

Gravitación: El anestésico se desplaza según la posición del sujeto, y de otra parte según la densidad de la solución, y teniendo muy en cuenta el centro de gravedad variable por las curvas de la columna vertebral, asunto éste de gran importancia en la cirugía pelvi-abdominal.

Pitkin y Jones han precisado el factor diferencia de peso especí-

fico, fundamento de técnicas nuevas. Por su relación con el líquido c. r., las disoluciones son hipotónicas, isotónicas e hipertónicas, o sea inferiores, iguales y superiores a la densidad del líquido c. r.

Los físicos, y Graham a la cabeza, han estudiado la gran importancia de la densidad de las disoluciones y su concentración, es decir, el peso de la substancia disuelta en la unidad de volumen. Cuando la disolución es hipertónica, el peligro de la disolución por diferencia de peso específico en posición de Trendelenburg depende del volumen de la disolución inyectada. Este peligro es poco evidente si la cantidad es poco voluminosa; si es grande y forma una columna, puede alcanzar las segundas y terceras raíces dorsales, creando una disolución peligrosa. Si el líquido es hipotónico como las disoluciones de la percaína en cloruro sódico a 0'9 por 100, empleada por Jones, o la disolución de Pitkin, introducidos dulcemente, sobronada en el líquido c. r., y tiende a ganar los puntos culminantes. En la posición de Trendelenburg, cuanto más acentuada es, más sube hacia la región lumbo-sacra. En el decúbito ventral la capa anestésica flotante baña las raíces posteriores, y en el dorsal las anteriores.

Movimientos y corrientes del líquido c. r.: ¿Los desplazamientos del líquido c. r. influyen en el transporte del anestésico? Si existe una corriente desde la médula al ventrículo, se explica el por qué sube el anestésico desde la zona lumbar, pero no se explica el por qué queda limitada la ascensión a la zona media. Hoy se sabe que el líquido c. r. tiene su origen en los plexos-coroídes, sale de los ventrículos por rebosamiento, gana la cisterna cerebro-medular y lagos de la base, y desde allí va a los espacios subaragnoídeos espinales hasta los de reservorio final lumbo-sacro, gracias a los movimientos de expansión vascular del cerebro. Además, encontrándose en estado de continua reformación y desagüe por vía vascular o linfática, este drenaje lo moviliza igualmente. Los espacios subaragnoídeos son masas líquidas renovables y agitadas por débiles oscilaciones en relación con las variaciones de volumen del encéfalo, que hasta cierto punto favorece la disolución de la disolución anestésica.

Neotropismo: ¿Porqué en igualdad de dosis y técnica se observa desigualdad de altura en la zona de analgesia? ¿Porqué si el agente

se mezcla hasta la homogeneidad, no se extiende por todo el líquido c. r.? ¿Qué fuerzas vitales intervienen o qué acciones bio-físicas, que no permiten que se cumpla la ley de las mezclas o las condiciones hidrostáticas o hidrodinámicas del fluido cerebro-espinal? Seguramente, acción neurótropa, a igual que la toxina tetánica que ejerce su influencia segmento por segmento. El agente anestésico va fijándose hasta que se agota en los elementos que le son afines. Hoy está probado que esta fijación se hace en los fascículos que forman la cola de caballo, y por lo tanto la analgesia se produce con la misma simplicidad de una impregnación local.

A medida que el agente anestésico se eleva diluido en el líquido c. r., va bañándose el cono medular, la médula lumbar y los segmentos bajos de la dorsal. En estos segmentos la substancia analgésica se fija sobre las raíces raquidianas, y por esta razón se dice, y con razón, que la anestesia espiral es ante todo una anestesia radicular. Los segmentos radiculares intrameningeos están protegidos por el saco aragnoideo lleno de líquido c. r., y como en él va el agente anestésico, ejerce sobre ellos su acción, interceptando la conducción radicular de modo temporal. La acción sobre la médula es muy superficial, y tanto éstas como la ejercida sobre las raíces, han sido muy bien estudiadas por Lapieque y Legendre, careciendo de importancias, por ser rápidamente pasajeras. La función se restablece con las dosis corrientes de ocho o diez centigramos entre tres cuartos de hora y hora y media, empezando por la motilidad, después la sensibilidad, y por último los reflejos. La tropacocaína está a las tres horas en el saco lumbar, a las seis horas en la sangre, y a las veinte horas se ha eliminado por completo. La novocaína tarda cuarenta horas en eliminarse, y aún más la estovaína y la percaína, siendo este retardo muy ventajoso en esta última, por no ser nociva.

Fracasos e insuficiencias de esta anestesia: A los tres o cinco minutos la analgesia es evidente, y en raras ocasiones tarda diez minutos en presentarse. Si pasados quince minutos la anestesia no se aprecia, el fracaso puede ser relativo o absoluto. Lo más frecuente es el efecto insuficiente, no cubriendo el campo operatorio o bien siendo su duración muy fugaz. En ocasiones el efecto es nulo, y surge la

duda de repetir o no la inyección. En mi opinión, si se tiene la seguridad de haber practicado la primera inyección de modo perfecto, no debe repetirse. Las disoluciones con más de tres semanas de fecha son las que fracasan con alguna frecuencia.

Accidentes inmediatos: A los cinco minutos de la inyección, pero corrientemente a los quince o veinte, el sugeto palidece, se pone angustioso, con sed de aire, gran malestar, sudores, náuseas, vómitos con tendencia sincopal. La tensión arterial baja bruscamente, es la crisis hipotensiva. Si antes se empleó la efedrina, la crisis es breve y ligera. El ayudante, siempre vigilante, inyecta dos centigramos de efedrina y un cuarto de milígramo de adrenalina.

Hay dos tipos de hipotensión, los dos graves: uno que resulta de la disminución del tono vascular (por parálisis vaso constrictora simpática), y cuyo mecanismo es comparable al choc nervioso quirúrgico, que según la hipótesis de Chisle, se produce por una vaso dilatación profunda, ocasionando la vaso dilatación visceral la anemia de los centros nerviosos superiores, lo que obliga, además de efedro-adrenalina anteriormente indicada, a la aplicación de calor a la cabeza, a la posición de Trendelembug dulcemente llevada, y a la respiración de ácido carbónico.

La otra forma mucho más grave y por fortuna rara, es debida a la impregnación de los centros bulbares por el anestésico empleado. La dosis fuerte ha sido casi seguramente la causa. Pulso muy débil y rápido, vómitos prolongados, baja de presión arterial, colapso cardíaco, desaparición de la respiración torácica, ápnica y síncope. Todos los medios anteriormente indicados resultan inútiles. Inyección endovenosa de un milígramo de adrenalina y respiración artificial, y si apesar de ello nada se consigue, inyección intracardiaca de adrenalina.

Accidentes secundarios: Cefálea. Aparece después de unas cuantas horas de la inyección, y otras veces a los tres o cuatro días. Es de tipo fronto-occipital, que se aumenta al levantar la cabeza con náuseas, vómitos, raquialgia y tirantez de la nuca. Se alivia con aspirina, piramidón y efedrina. Existe un tipo que no se alivia por los medios anteriores, dando un cuadro su sintomatología, que algunos denomi-

nan meningismo y meningitis tóxica, dándose el caso curioso que en ocasiones pasan todos los trastornos con hipotónicos, y otras veces con disoluciones hipertónicas. Teóricamente, midiendo la tensión del líquido c. r., se sabe si es debida a hipo o hipertensión. Prácticamente la cefálea tipo hipopresión se distingue por no tener signos meníngeos (vómitos, tirantez de nuca, Kerny), y por curar con las inyecciones de 30 ó 40 c. c. de agua destilada en las venas, suero Hayen subcutáneamente y efedrina. El tipo debido a hiperpresión tiene, además de la cefálea, los signos meníngeos y la ineficacia de los medios anteriores. La punción raquidiana evacuando 10 ó 15 c. c. de líquido c. r., o más simplemente la inyección endovenosa hipertónica de cloruro sódico que reduce el volumen del cerebro y hace bajar la tensión del líquido a la dosis de 40 a 80 c. c. al 10 por 100; o con 100 c. c. de una solución concentrada de glucosa a 40 ó 50 por 100, y al mismo tiempo administrando azúcar al 60 por 100 a cucharaditas de quince en quince minutos por vía oral.

Parálisis del motor ocular externo: Es complicación que se presenta a los doce días y en ocasiones al mes, y a veces a los tres meses. El ojo se desvía hacia adentro, la deplopía no aparece hasta que el objeto ha franqueado la línea media y entra en la esfera del músculo paralizado; la abducción extrema es imposible. La evolución de esta parálisis es favorable y la curación se verifica entre uno y cuatro meses. Las causas del porqué es sólo el VI par el que se paraliza, han sido atribuidas a formar saliente su núcleo en el suelo del 4.º ventrículo; el ser de trayecto largo extramedularmente y por reacciones meníngeas.

Accidentes tardíos: Los trastornos motores y las alteraciones tróficas que algunos autores dicen haber observado, no han sido vistas en nuestra larga experiencia.

Las reacciones meníngeas, si las reglas asépticas son observadas y el sugeto no es avariósico ni tiene poliserositis tubércula, son despreciables. La mortalidad de la raquis ha sido señalada en uno por dos mil.

MÉTODO DE PITKIN

La anestesia raquídea se encuentra en continua evolución. La clínica y el laboratorio colaboran para su perfeccionamiento. Los cirujanos trabajan para suprimir la impregnación de los centros bulbares y determinar con exactitud el límite superior de la anestesia sin este peligro, y los químicos creando cuerpos sin toxicidad.

El método de Pitkin y el de Jones con las soluciones hipotónicas visan el control de altura, y la percaína y la pseudo-cocaína son dos productos nuevos de escasa toxicidad, dado su gran poder anestésico.

Pitkin, cirujano fisiologista de Teanek (New Jersey), hace cinco años que ideó su método, y en América se difundió rápidamente e igualmente en Europa, donde el mismo Pitkin en persona lo presentó.

La idea fundamental del procedimiento consiste en emplear disoluciones anestésicas no difusibles, que formando masa, localizan su acción a voluntad del operador. Esta disolución no difusible es a la vez hipotónica (1), o sea de un peso específico inferior al del líquido c. r. Su peso es 1,001, y el del líquido c. r. 1,005 (peso medio entre 1,003 y 1,009). Inyectada esta disolución viscosa e hipotónica lentamente y sin barbotaje, sobrenada (como el aceite en el agua) en el líquido c. r., y según la inclinación del raquis se desplazará flotando como la burbuja de aire en el nivel de alcohol, y ganará el punto culminante.

Para resolver la parte viscosa, Pitkin recurrió al empleo de una substancia mucilaginosa contenida en el almidón de trigo, llamada amyloprelamina. Previamente había experimentado que la pasta de almidón podía retardar la difusión de la novocaína durante cuarenta y ocho horas. Unida la novocaína a la amiloprolamina producto gelatinoso estable y no fermentacible, se constituye un producto anestésico con el nombre de spinocaína. Para conseguir el segundo punto, o sea la densidad de la disolución para poder movilizarla a voluntad, Pitkin adicionó alcohol etílico en la proporción de 14,5 por 100, asegurando así un peso superior al del líquido c. r. Se ve por tanto lo original e interesante del trabajo del autor.

(1) Su autor las nombra hipobares.

Colocando al sugeto en posesión de Trendelembug, la masa anestésica se desplaza a las regiones bajas del raquis, evitándose el peligro de la impregnación bulbar, congestionando el cerebro la postura del sugeto y suprimiéndose la anemia cerebral, las náuseas, vómitos y sobre todo el choc.

Pitkin mide con un aparato especial la posición de la masa, y por tanto la altura de la anestesia. Las demás partes del método no son originales.

LA RAQUI-PERCAINIZACIÓN

Una nueva substancia entra en acción como agente anestésico, la percaína, descubierta por Miesches, soluble en el agua y alcohol e insoluble en el éter y los aceites. Sus soluciones acuosas son esterilizadas por el calor, son neutras, pero el menor vestigio de alcalí precipita su base insoluble. Se preparan en cristal neutro y con agua bidestilada.

Es un derivado de la quinoleína, y por tanto de constitución muy diferente de la cocaína. Su intensidad de acción y su efecto anastésico es de duración superior a todos los productos empleados hasta el día.

Para su empleo hay dos métodos: primero el Howard Jones y segundo el de Quarella.

Las características del primero son: Empleo de disoluciones débiles muy diluídas (1 por 1,500) en ampollas de 20 c. c. hipotónicas por la adición de cloruro sódico a 0,50; por no evacuar líquido c. r.; por no hacer barbotaje; por colocar al enfermo después de la inyección en decúbito prono, y por inyección de 10 a 18 c. c., según peso y talla del sugeto.

El segundo método (Quarella), sus características son: Empleo de disoluciones fuertes, concentradas a 0,5 por 100, en ampollas de 2 c. c.; evacuación de 5 a 10 c. c. de líquido c. r.; barbotaje, una o dos veces; posición dorsal; mesa con ligera inclinación para las anestias altas y cantidad a inyectar de la disolución 1 ó 2 c. c.

Los que han empleado estas técnicas aseguran que jamás han observado fracasos, las cefáleas raras y de poca intensidad y duración,

nada de vómitos y náuseas, las caídas de presión sanguínea muy leves, los trastornos respiratorios más acentuados en las anestésias altas, que obligan al empleo de la lobelina, y nulos los trastornos del nervio motor.

ANESTESIA RAQUIDIANA POR LA PSEUDO-COCAINA DESTROGIRA

La cocaína, que aún no ha dicho la última palabra, se presenta ahora con el nombre de tartrato o clorhidrato de pseudococaína derecha sintética. El tartrato con el nombre de psicaína y el clorhidrato de delcaína.

Es un producto sumamente importante por su intensidad y rapidez de acción anestésica y de toxicidad dos veces y media inferior a la de la cocaína. En la actualidad se fabrica por transformación directa de la coca.

Su acción anestésica dura hora y media, y la relajación muscular que produce es completa. Con la dosis de 4 c. c. de la disolución al 2 por 100 (8 centigramos), y con barbotaje se obtiene la anestesia completa de todo el cuerpo, quedando normal pulso, respiración y calor. No hay choc. No se presenta la cefálea. Este cuadro merece su ensayo.

Técnica.—Jeringa grande para poder mezclar 7 u 8 c. c. de líquido c. r. a la disolución anestésica. Copa graduada para recoger cinco o diez c. c. de líquido c. r. antes de la introducción del anestésico. Aplicación de la jeringa con la disolución anestésica a la aguja, y en ella mezclar 7 u 8 c. c. de líquido c. r. con el producto e inyectado en el espacio subaragnoideo. Antes de la anestesia se inyecta en un musio medio milígramo de adrenalina, y en el otro una dosis fuerte de alcanfor soluble.

Sobre este proceder nuestra experiencia es nula, pero desde luego todo método anestésico intraraquídeo que tenga un límite analgésico por encima del diafragma lo miramos con respeto, y por ahora no lo empleamos.

En la actualidad nosotros empleamos la novocaína alemana en disolución en agua destilada al 1 y 10 por 100. En las operaciones

por bajo de la cicatriz umbilical, después de la punción dejamos salir de 5 a 8 c. c. de líquido c. r. e inyectamos muy lentamente los mismos c. c. de la disolución al 1 por 100.

Sin barbotaje.—Los resultados son: el día de la operación, malestar y ligero dolor de cabeza; desde el día siguiente ninguna molestia. El efecto analgésico durante la operación, completo. Quince minutos antes de la operación una inyección de canfolic con efedrina o cardiazol efedrina.

En las operaciones sobre estómago y vías biliares empleamos la disolución al 10 por 100; dejamos salir solamente el líquido c. r. necesario para asegurarnos estamos en el espacio subaragnoídeo e inyectamos un c. c. de la disolución al 10 por 100, con una sola vez barbotaje.

Las punciones en el primer caso las practicamos en cualquiera de los espacios vertebrales lumbares, y en el segundo caso en el último interdorsal o entre la última dorsal y primera lumbar. Nunca más alto. Los resultados anastésicos no son tan seguros como en el procedimiento anterior, y las molestias potoperatorias más acentuadas. Mortalidad hasta el momento actual, nula.

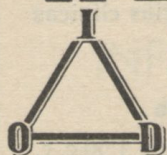


por parte de la ciencia (trabaja) después de la función de los días 23 y 24 de 5 a 8 c.c. de líquido de R. e invenciones muy ventajosas. Los días 25 y 26 de la operación el por 100. Los días 27 y 28 de la operación, muy sin paréntesis. Los resultados son: el día de la operación, muy fat y negro dolor de cabeza; desde el día siguiente ninguna molestia. El efecto anestésico durante la operación, completo. Cabeza normal antes de la operación una inyección de cafeína con cloruro o cafeína eléctrica. Los días 29 y 30 de la operación, muy sin paréntesis. En las operaciones, según razones y vías biliares, en las operaciones, muy sin paréntesis. Los días 31 y 32 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 33 y 34 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 35 y 36 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 37 y 38 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 39 y 40 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 41 y 42 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 43 y 44 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 45 y 46 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 47 y 48 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 49 y 50 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 51 y 52 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 53 y 54 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 55 y 56 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 57 y 58 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 59 y 60 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 61 y 62 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 63 y 64 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 65 y 66 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 67 y 68 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 69 y 70 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 71 y 72 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 73 y 74 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 75 y 76 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 77 y 78 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 79 y 80 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 81 y 82 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 83 y 84 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 85 y 86 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 87 y 88 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 89 y 90 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 91 y 92 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 93 y 94 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 95 y 96 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 97 y 98 de la operación, muy sin paréntesis. Los días 99 y 100 de la operación, muy sin paréntesis.



VACUNAS I.O.D.

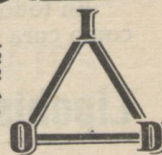
ANASMIL



NEUMO ESTREPTO POLIVALENTE / TIPO DELBET ENTERO-FILAXINA BUCAL
COQUELUCHOIDEA POLIVALENTE // ANEOROBIO ENTERO-COLIBACILAR
MELITOCOCICA POLIVALENTE /// ANTICATARRAL COLIBACILAR
ESTAFILOCOCCICA POLIVALENTE // URINARIA GONOCOCCICA
TIFICA T.A.B. POLIVALENTE LOCALES PYO-FILAXINAS

P.R. DE MADINHAC

AVENIDA 14 ABRIL. 327-BARCELONA



JOSÉ CANO ORTEGA - Apartado 65 - CÓRDOBA

Sanatorio Quirúrgico de Ansorena

GRAN CAPITAN, 17 - TELEFONO 2-4-8-5

CÓRDOBA

◆ Pensiones desde 15 Pesetas diarias ◆

En este Centro se dispone de un servicio completo para la práctica de la transfusión de sangre

Habitaciones independientes para parturientas

Equipo transportable de Rayos X para Radio-
: diagnóstico en el domicilio del enfermo :

No se admiten enfermos de pecho ni mentales

A. G.^a-PANTALEÓN CANIS MÉDICO

Del Instituto Provincial de Higiene

Jefe del Laboratorio del HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

(sangre, orina, esputos, líquido céfalo-raquídeo, jugo gástrico, heces, pus, etc.)

Mariana Pineda, 1
(esquina a Plaza de la República)

CÓRDOBA Teléfono núm. 1543

Bismuto Pons A base de PROTÓXIDO de BISMUTO alcanforado
Riqueza de Bi-meral 0'20 gr. por ampolla de 2 c. c.

En todos los períodos de la lúes y particularmente en las latencias clínicas como cura esterilizante

Lipobismuto Pons A base de Canfo-Carbonato de Bismuto
Riqueza en Bi-metal 0'06 gr. por amp. 1'50 c. c.
BISMUTO LIPOSOLUBLE indicado en tratamientos de ataque, embarazo y niños.

Iodobismuto Pons A base de Iodobismutato de Quinina
Riqueza en Bi-metal, 0'071 gr. por amp. de 3 c.c.
Sífilis nerviosa, ganglionar, formas vasculares y óseas y estados anémicos.

Argol Pons Solución de ARGIROL BARNES al 5 %.
Bienorragia aguda y crónica, complicaciones y profiláctico. Inyecciones uretrales.

VELERIANATO AMONICO PONS (Desodorizado)

LABORATORIO PONS - MAYOR, 31 - LÉRIDA

DOCTOR: Como alimento dietético vegetariano, prescriba siempre

GRA - MIL

quedará satisfecho de sus resultados

LABORATORIO F. VILLARROYA. — VALENCIA

Representante en Córdoba: **EDUARDO MARFIL LEIVA.**—P. de la República, 2

INFECCIONES LOCALES Y DIABETES

POR EL

DR. JULIÁN DE CABO MORALES
(DIABETÓLOGO)

Médico Director del Balneario de Fuente Agria

El insigne Doctor Marañón, en una conferencia que pronunció en Córdoba, hizo resaltar la frecuencia del diabetes en enfermos de nuestra provincia. Creemos que su impresión puede hacerse extensiva a toda Andalucía.

Quizá la climatología de nuestra región, unida al hábito de sedentarismo y exceso de alimentación preferentemente hidrocarbonada, sobre todo entre las clases acomodadas, sean sus causas.

Por nuestros casos personales y las referencias que poseemos, tenemos la impresión de que la diabetes abunda especialmente en las provincias de Jaén, Sevilla, Córdoba y Málaga. Por lo que respecta a nuestra provincia, tenemos que hacer notar que en los registros del Balneario de Fuente Agria, de cuya dirección médica estamos encargados en la actualidad, y cuyo censo de enfermos es casi exclusivamente de diabetes, existen muchos casos de enfermos de Málaga y su provincia. Por esta causa suponemos que os pueda interesar cuanto se relacione con la diabetes.

Los conocimientos de dietética y el uso de la insulina, único tratamiento actual de la diabetes, han modificado completamente el pronóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Queremos hacer resaltar la afirmación categórica y rotunda de la ineficacia antidiabética de un sin fin de específicos y drogas, que gracias a activas y sugestivas propagandas, tanto en prensa científica como profana, son usados para combatir esta enfermedad.

Hemos de hacer la salvedad de la Sintalina, que es utilizable en los casos benignos y en los de mediana gravedad, en sustitución de alguna de las dosis de insulina.

Otra causa que ha influido poderosamente en el progreso de su estudio ha sido la adquisición de procedimientos sencillos y rápidos para análisis de glucosa en orina, y la aplicación de los micrométodos a la determinación del azúcar en sangre. Estos últimos han tenido tal importancia, que ellos son los poderosos medios auxiliares de que se valieron Banting y Best para llegar a descubrir y valorar los efectos de la insulina.

Los métodos de Benedict para orina y Hagedorn-Jensen para análisis de azúcar en sangre, que nosotros utilizamos, reúnen todas las exigencias apetecidas en el estado actual de nuestros conocimientos.

Estos métodos nos permiten hacer el estudio de las curvas de Hiperglucemia provocada, haciendo determinaciones simultáneas de la eliminación de glucosa en orina, que nos dan noticia bastante exacta del trastorno del metabolismo hidrocarbonado en nuestros enfermos.

De todos los progresos hechos en el tratamiento de la diabetes, pueden beneficiarse los enfermos asistidos por cualquier médico con medianos conocimientos sobre dietética e insulina.

Gracias a ellos, la mortalidad por diabetes ha descendido, en estos últimos años, de una manera acentuadísima. Este descenso sería mucho más acusado si se divulgara como merece el tratamiento de la diabetes y sobre todo, el de sus complicaciones.

Entre las causas de mortalidad por diabetes hay una que, por su frecuencia, merece toda atención: la septicemia.

La septicemia, que en cualquier enfermo es de mal pronóstico, lo es casi fatal en el diabético, aún en los tratados correctamente de su diabetes.

Estas septicemias muchas veces tienen por origen una infección local, que si se hubiera tratado en sus comienzos de manera adecuada, no hubiera dado lugar en muchos casos a su generalización con sus terribles consecuencias. Por esta razón suponemos de interés abordar el tema del tratamiento de las infecciones locales en los diabéticos.

A falta de nuestro prestigio científico personal, invocaremos los de los maestros Joslin y Carrasco Formiguera, haciendo referencia de sus opiniones y experiencia en este asunto, con las que están de acuerdo las primeras figuras mundiales en diabetología.

Como final, haremos de una manera detallada la exposición de uno de nuestros casos de infección local y diabetes, que pueda dar una pauta para el tratamiento de esta complicación.

Joslin, la primera figura americana en cuestiones de diabetes, dice en su libro «Tratamiento de la diabetes sacarina (pág. 589): *Infecciones locales*.—Estas pueden ser graves, y cualquiera que sea su localización, tanto si se trata, por ejemplo, de una apendicitis, como de un absceso en la región paranefrítica, o de dientes cariados con los peligros concomitantes de la extracción. Las infecciones locales se estudian de manera más completa al tratar de las complicaciones quirúrgicas, encomendándose la efectiva necesidad de la intervención quirúrgica, lo mismo que en los casos no diabéticos. Las infecciones locales entrañan suma gravedad, porque no es raro que determinen una septicemia general. De hecho, la septicemia es una causa mucho más común de muerte en el Deaconess Hospital, que la neumonía. De ahí que en todas las infecciones locales de los diabéticos sea necesaria una pronta intervención quirúrgica.

Nuestro maestro Carrasco Formiguera, traductor del libro a que hacemos referencia, pone la siguiente nota a este capítulo: De 42 defunciones de que tengo noticia entre los 465 casos de mi serie, tres han sido debidas a neumonía y cuatro a septicemia con una infección local. En uno de los casos de neumonía se comprobó la septicemia neumococina.

Posteriormente al hablar de cirugía y diabetes a que se refiere el capítulo de «Infecciones Locales», dice Joslin (pág. 641): Los factores que favorecen el éxito quirúrgico en la diabetes son ante todo un diagnóstico precoz y una pronta decisión para operar. Si la demora en las intervenciones quirúrgicas es peligrosa en circunstancias ordinarias en la diabetes es desastrosa. El médico que haga comprender a su paciente la realidad de la situación, de tal modo que reconozca la necesidad de ser operado al punto, contribuye a disminuir la mortalidad quirúrgica tanto como el cirujano que opera con delicadeza, rapidez y habilidad.

Al releer estas frases de Joslin no podemos olvidar nuestro fracaso moral al no poder convencer para ser intervenido y sometido a

tratamiento necesario a nuestro enfermo caso núm. 113 de nuestra serie. Este enfermo con diabetes grave. (Curva de glucemia 1'86—2'48—3'48). Método de Hagedorn y Jensen. Ingestión de un gramo de glucosa Merk por kilo de peso teórico y tomas de sangre en ayunas a la media hora, a la hora y a las dos horas de la ingestión de la glucosa. Durante este tiempo eliminó 80 c. c. de orina con 22 por 1.000 de glucosa a la media hora, y 115 c. c. de orina con 45 por 1.000 de glucosa a la hora cincuenta minutos). Tuvo un flemón en el brazo izquierdo a consecuencia de infección en el sitio de una inyección. Fuimos requeridos en nuestra residencia el día 26 de Diciembre del año pasado por un familiar del paciente, quien nos informó de que su deudo tenía 38° y décimas de temperatura y un flemón en el brazo. Vista su ficha clínica hicimos presente a su pariente la necesidad de una inmediata intervención quirúrgica, para cuya realización nos hicimos acompañar por un compañero excelente cirujano, trasladándonos al lugar de la residencia del enfermo.

Encontramos al enfermo en cama con 38'2 de temperatura. En la orina emitida en aquel momento tenía 30 por 1.000 de glucosa, y la reacción de Imbert acusaba una cruz de cetona. Le hicimos extracción de sangre que dió por resultado 2'45 por 1.000. Tenía un flemón en el brazo izquierdo sin puntos de fluctuación. Su estado general era bueno, así como su sensorio. Aconsejamos la inmediata intervención, a lo que se opuso rotundamente el enfermo. Hicimos presente a sus familiares la gravedad de su estado y las malas consecuencias que podría acarrear el no someterse a tratamiento adecuado, haciendo resaltar nuestro sombrío pronóstico si aquel mismo día o al siguiente no se trasladaba a Córdoba para ser intervenido y sometido a tratamiento escrupuloso de su diabetes, imposible de realizar en la localidad de su residencia. No volvimos a ser consultados.

Al poco tiempo el mismo familiar que nos requirió en consulta nos dió la noticia de que posteriormente a nuestra visita, se encargó del enfermo otro compañero, quien sin duda, no dió a su estado la importancia y el pronóstico que nosotros.

El enfermo murió el día 11 de Enero siguiente, de una sépticemia, o sea, quince días después de nuestra consulta.

En las varias publicaciones que sobre Cirugía y Diabetes ha hecho nuestro ilustre maestro Carrasco Formiguera, una de las primeras autoridades europeas en la especialidad, haremos mención de sus monografías «La insulina en las afecciones quirúrgicas de los diabéticos» y «La Diabetis, complicaciones y apendixs» (número 33 de Monografías Mediques, 1929).

En la primera dice (página 3): «...Es relativamente frecuente que una diabetes que ha sido bastante leve para quedar ignorada hasta el momento de que el curso tórpido o maligno de una infección local lo ha hecho sospechar, adquiere rápidamente una gravedad tal que determine una acidosis que puede ser mortal. Los casos números 155 y 157 de mi serie, ignoraron en absoluto que fueran diabéticos, hasta que hubieron adquirido gravedad inexplicable los respectivos procesos de infección local, y cuando yo los ví por primera vez a pesar de una alimentación muy discreta, presentaban acidosis grave que constituía un peligro próximo para sus vidas. Con mayor motivo en una diabetes que ya de sí sea grave, se puede llegar rápidamente a una acidosis peligrosa como resultado de la agravación determinada por el proceso infeccioso. Así ocurrió en el caso número 71 de mi serie.

La acción agravante de la infección sobre la diabetes tiene tal importancia que aunque muchas veces es más o menos comprobable por medidas dietéticas adecuadas, otras pueden conducir a la acidosis grave y al coma, a pesar de tratamiento dietético mejor conducido, lo cual es muy digno de tenerse en cuenta por constituir una excepción única en la etiología de la acidosis diabética grave. Nunca se repetirá bastante que, como regla general el coma diabético es siempre un accidente evitable, determinado por errores dietéticos, del cual, por tanto, alguien es responsable, algunas veces el enfermo y muchas veces el Médico. Tan solo el coma determinado por procesos infecciosos, con carácter de excepción única, algunas veces, no siempre, es debido a causas relacionadas tan solo con las circunstancias patógenas del caso...»

En su monografía citada en segundo lugar dice (página 12): *Infecciones locales*: La diabetes aumenta en gran manera las probabilidades de producción de infecciones locales. Es de la mayor impor-

tancia obrar con rapidez y energía en el tratamiento local de la infección. El tratamiento diabético debe ser simultáneo y ulterior al tratamiento local, y mejor naturalmente, si también ha sido anterior al mismo, pero es un error que puede ser muy grave, creer que una infección local no puede ser intervenida quirúrgicamente mientras haya azúcar en la orina.

El preciso emprender desde el primer momento el tratamiento anti-diabético, pero al mismo tiempo es necesario tratar la infección local de la misma manera que se haría si el enfermo no fuese diabético, o en todo caso con rapidez y energía aún mayores...

En la página 15, hablando de las infecciones locales, tales como forúnculos, ántrax y celulitis, dice:—y es cosa que queremos hacer resaltar—En los casos de celulitis o flemón difuso no hay que esperar a tener la certeza, ni tan solo signos de probabilidad de que haya una colección de pus, que a veces no llega a formarse, sino que es necesario realizar muy precozmente un buen desbridamiento con incisiones bastantes numerosas, extensas y profundas para cubrir en extensión y en profundidad, toda la zona más o menos necrosada y la simplemente infiltrada.

En todos los casos son indispensables la mayor asiduidad y la mayor escrupulosidad en la asistencia postoperatoria Médica y quirúrgica. Estas consideraciones del maestro, inspiraron nuestra conducta en nuestro caso 113 antes citado.

A continuación exponemos nuestro caso número 105 a que antes aludimos.

Historia clínica.—Caso número 105: Srta. T. M. G. de cuarenta años, 1,50 m. de estatura. Peso 59 kilos. Hace siete años se sabe diabética. Madre murió diabética. Más familiares diabéticos. Tiene polifagia, polidipsia y poliuria. Dice, elimina unos cuatro o cinco litros de orina diarios. Astenia. Le vemos por primera vez el día 21 de agosto del año pasado. En la orina emitida en nuestra consulta tiene 40 por mil de glucosa, con indicios de cetona. Tensión arterial 12,5-8,5.

Se le pone un régimen de prueba, consistente en 63 gramos de hidratos de carbono, 90 de proteínas y 133 de grasas.

Volvemos a verla el día 3 de septiembre en ayunas, para hacerle una curva de glucemia. En las 24 horas anteriores, ha eliminado 1200 c. c. de orina con 1,50 por mil de glucosa, indicios de cetona. Se encuentra bastante mejorada. Densidad de orina 1.034. Sin albúmina. Curva de glucemia: 1.39-2, 38-3, 38-2, 38. (Procedimiento de Hagedorn-Jensen. Dobles determinaciones. Ingestión en ayunas de un grano de glucosa Merk por kilo de peso teórico, y tomas de sangre en ayunas, a la media hora, a la hora y a las dos horas de la ingestión de la glucosa).

Se le hace una pequeña modificación de régimen, y se le prescriben 12 unidades de insulina media hora antes del desayuno, y 8 unidades un cuarto de hora antes de la cena.

Vuelve a nuestra consulta el día 10 del mismo mes con un flemón en la cara palmar de la primera falange del dedo medio de la mano izquierda.

Inmediatamente es enviada a un compañero cirujano con una nota nuestra para que le hiciera las incisiones que creyera convenientes sin tener en cuenta su cualidad de diabética.

Al día siguiente se le incinde el flemón. Ha eliminado en las últimas 24 horas 1070 c. c. de orina con un total de 8 gramos de glucosa (se le hizo estudio de la glucosuria fraccionada de las orinas de la mañana, tarde y noche). Se le prescribe un régimen compuesto de 62 gr. de h. de c. 58 de p. y 38 de g. Insulina 12 unidades media hora antes de la comida de la mañana, 8 unidades un cuarto de hora antes de la comida de la noche.

Día 12. Temperatura 37,5.º Régimen 50+50+52. Insulina 14+8+8. Todas las omisiones de orina sin azúcar ni cetona. Glucemia en ayunas 1.41 por mil.

Día 13. Igual régimen. Sin fiebre. Glucosa total 2.25 gr. Sin cetona en la orina de la mañana. Insulina 16+8+10.

Día 14. Igual régimen. Glucosa total en 24 horas 1.25 grams Insulina 18+10+12.

Día 15. Régimen 50+56+74 Glucosa total 4 gr. Sin cetona. Insulina 20+16+16.

Día 16. Régimen igual, En la orina de la mañana 20 por mil de

glucosa, en la de la tarde y en la de la noche 5 por mil. Indicios de cetona. Insulina 24+20+20.

Día 17. Régimen 72+57+70 Sin glucosa ni cetona. Por la noche prescinde en la cena de los hidrocarbonados. La vemos a las once y media de la noche con su ataque de hipoglucemia: Sudores, temblor, taquicardia. Se le administran dos cucharaditas de azúcar en un poco de agua y desaparecen todos los síntomas. Insulina 24+24+24. (haremos observar que por haber aparecido el día anterior indicios de cetona, se le aumentan los hidrocarbonados del régimen con el consiguiente aumento de insulina).

Día 18. Régimen 80+45+59. Temperatura 37,2°. En la orina de la tarde, elimina 3 gramos de glucosa. Glucemia en ayunas 1.28 por mil. Insulina 22+18+24.

Día 19. Régimen 80+45+59. Sin glucosa ni cetona, Insulina 20+18+18.

Día 20. Hasta el día 28, Igual régimen y la misma insulina. Sin glucosa y sin cetona.

Día 28. Indicios de glucosa en la orina de la noche. Insulina 22+20+22.

Día 29. Igual régimen. Indicios de glucosa en las orinas de la mañana y tarde. Insulina 24+22+22.

Día 30. Régimen igual. Indicios de glucosa en orina de la noche. Insulina 24+22+24.

Durante todo el mes de octubre, y primeros días de noviembre hasta el 5, sin glucosa ni cetona en sus orinas, y sometida al mismo régimen y las mismas dosis de insulina. Durante este periodo, se le han hecho varias incisiones en el dedo y la palma de la mano.

El día 5 de noviembre, comienza mejoría de su proceso local. Comenzamos a disminuirle la insulina en la siguiente forma: (con el mismo régimen dietético).

Día 5. 22+22+20.

Día 7. 22+20×20.

Día 9. 20+18+18.

Día 12. 18+18+18.

Día 14. 18+16+16.

Día 15. Glucemia en ayunas 1.21 por mil.

Día 29. 18+14+14.

Día uno de diciembre. 16+12+14.

Día 4. 16+8+12.

Día 6. 14+5+10.

Día 9. Viene a nuestra consulta, peso, 65 kilos.

Día 13. 14+8 (la primera antes del desayuno, y la segunda antes de la cena).

Día 16. 12+8. (Dosis iguales que se le habían prescrito antes de este accidente).

Día 18. Cantidad de orina en las veinticuatro horas anteriores, 1200 c. c. sin glucosa ni cetona. Glucemia en ayunas, 1.28 por 1.000.

En la actualidad sigue sin glucosa en sus orinas, ni cetona, con su régimen primitivo y 12 unidades de insulina antes del desayuno y dos pastillas de cinco miligramos de sintalina en la cena.

Como se ve en el caso clínico que hemos expuesto, la insulina y la dietética hay que acomodarlas a las circunstancias del momento, teniendo en cuenta respecto al régimen que en los casos, que son bastante frecuentes de infecciones de curso lento, hay que hacerlo suficiente a las necesidades nutritivas del paciente, para no depauperarlo.

Respecto a la cantidad de insulina que hay que suministrar es variable en cada enfermo, como se ha visto en el caso descrito. En general, depende de la gravedad de su estado diabético y de la importancia de su infección.

A nuestro caso 107, con una gangrena del dedo índice, que se le hubo de amputar, tan sólo le fueron administradas cinco unidades de insulina durante pocos días, estando durante el período de infección local, sus orinas sin glucosa ni cetona y su glucemia normal. Se trata de una enfermedad de diabetes leve.

En cambio a nuestra enferma caso número 186, con una celulitis en la pierna derecha se le han estado inyectando más de cien unidades de insulina en cuatro dosis, para conseguir tenerla a cero, sin cetona y con su glucemia normalizada.

Después de hechas las consideraciones que anteceden, podemos llegar a las siguientes

CONCLUSIONES

- 1.^a En las infecciones locales de los diabéticos hay que intervenir quirúrgicamente lo antes posible y con toda amplitud.
- 2.^a En esos momentos necesitan estos enfermos ser tratados con toda escrupulosidad por lo que respecta a su trastorno del metabolismo hidrocarbonado, haciendo frecuentes análisis tanto en orina como en sangre, hasta llegar a regularizar, en lo posible, su trastorno diabético.
- 3.^a El tratamiento médico tanto dietético como insulínico, hay que acomodarlo en cada enfermo a las exigencias del momento.



3
PRODUCTOS
 NETAMENTE NACIONALES
CONTRA EL



LABORATORIOS JUSTE - MADRID
 APARTADO DE CORREOS 9030

SALIVENAL
 AMPOLLAS

SALICILATO DE SOSA AL 10% EN SOLUCIÓN GLUCOSADA ISOHIDROGENIÓNICAS PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA
 AMPOLLAS DE 5 Y 10 CC. - CAJAS DE 5 AMP.

Salicentro
 SOLUCIÓN

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA
 FRASCOS DE 250 GRs.
 2 GRs. DE SALICILATO DE SOSA POR CUCHARADA SOPERA

AToFTiRO
 COMPRIMIDOS

ACIDO FENIL-QUINOLIN-CARBÓNICO Y TIROIDINA
 TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS

TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES

DOCTOR:

Necesita Vd. un coche para su trabajo?

Está Vd. satisfecho de la marca que tiene?

Le permite su situación disfrutar de un
automóvil de gran "confort"?

Pruebe Vd. un

RENAULT

Grande o pequeño, con carrocerías de
todos los tipos, siempre con línea mo-
derna y siempre rápido, agradable y
económico

REPRESENTANTE

JOSE GIMENEZ MORENO

GARAGE CERVANTES

Avenida de Cervantes, 16. - CORDOBA

DIURESINOL

INYECTABLES

UN DIURÉTICO TOTALMENTE OPOTERÁPICO de extraordinaria eficacia en las Uremias, Nefritis agudas y crónicas, Disfunción cardiorrenal, Cirrosis, Pleuresía, etc.

IODHEMOGLOBINA

JARABE, COMPRIMIDOS E INYECTABLES

Medicación diafiláctica de las enfermedades de tipo gripal, eficaz depurativo de la sangre y regenerador del organismo que LOGRA REDUCIR LA PRESIÓN ARTERIAL a pesar de la Hemoglobina que contiene, por su perfecta asociación con el Yodo.

Indicada en las Arterioesclerosis, Afecciones del corazón y de los vasos, Bronconeumonias, Artritis, Gripes infecciosas, etc.

POLIFOSFORINA

POLVO, COMPRIMIDOS E INYECTABLES

Preparación integrada por tres fósforos orgánicos de efectos maravillosos en la Neurastenia, Surmenaje, Impotencia, Mielititis, Neuralgias, Tuberculosis, Agotamiento intelectual, Convalecencias, etc.

PRODUCTOS ORGÁNICOS PREPARADOS POR
LABORATORIOS FEBUS

DIRECTOR TÉCNICO: DOCTOR GARRETA

WAGNER, 51

BARCELONA

Muestras y Literatura al Representante para Córdoba y su provincia

JUAN DEL RÍO

MENÉNDEZ PELAYO, 7

CÓRDOBA

Casos Clínicos

Un caso de Útero Bicorne

POR EL

DR. DIEGO CANALS

De la Casa de Maternidad

Historia clínica.

Rosario García, de Pozoblanco. Casada. 32 años.

Sin antecedentes hereditarios dignos de mención.

Enfermedades propias de la infancia. Menarquía a los 15 años, períodos abundantes, con dismenorrea, tipo menstrual 28/5. De soltera, leucorrea post-menstrual ligera.

Se casó a los 23 años, cinco partos normales, sin más intervención que en el primer parto episiotomía. Todos los fetos vivos y todos los partos de un solo feto.

De entre todas las cosas que cuenta de sus embarazos y partos, merecen referirse dos detalles, en cuya importancia insistimos, dice que los tres primeros embarazos los tenía en el lado izquierdo y los dos últimos por el contrario en el lado derecho, que éstos dos últimos fueron peores embarazos, con muchas molestias y que los dos fetos, que eran varones, nacieron en malas condiciones y murieron a los pocos días de nacer y por el contrario los tres fetos, cuyos embarazos tuvo hacia el lado izquierdo, eran hembras y nacieron a término y le viven.

El otro detalle que cuenta de importancia, es que en todos los partos y al tercero o cuarto día de puerperio, expulsaba una especie de bola carnosa (la enferma le llama, un bicho) cuya expulsión la hacía a costa de bastantes dolores.

Después de éstos cinco embarazos y con el intervalo de seis me-

ses entre uno y otro, tiene dos abortos de tres a cinco meses. A partir de este último, tres meses antes de nuestro primer reconocimiento, aqueja la enferma fuertes dolores en fosa ilíaca derecha, metrorragias, leucorrea abundante y entonces nos consulta la primera vez en Octubre de 1934.

Exploración.—Genitales externos normales, vagina amplia como de gran múltipara, sin nada anormal, cuello uterino con el orificio externo en ectropión, ligero desgarro izquierdo. Por tacto combinado, se aprecia útero ligeramente desviado hacia la izquierda, normal de tamaño y en fosa iliaca derecha, ocupando todo el fondo de saco lateral de ese lado, se toca una tumoración movable, del tamaño de una naranja, que parece fija al borde derecho de lo que consideramos como útero único. Diagnóstico: fibroma uterino subseroso.

Con este diagnóstico se propone la intervención por vía abdominal, que no es aceptada por la enferma hasta este mes de Diciembre que ingresa en la clínica.

Intervención: laparotomía infraumbilical media.

Nos encontramos: un útero bicorne típico pero completamente separadas las dos matrices digásmoslo así, sin más unión que en el mismo cuello uterino, que desde luego es único, y apreciándose admirablemente el llamado ligamento vésico-rectal, exclusivo de estos casos.

El útero derecho (que nosotros habíamos interpretado como fibroma subseroso del izquierdo en la exploración) con el ligamento redondo, trompa y ovario derechos, se encontraban completamente echados sobre la pared derecha de la pelvis, fijos al peritóneo parietal, por ligeras adherencias laxas, que fueron despegadas fácilmente. El útero izquierdo se encontraba completamente retorcido sobre su eje, así como la trompa y ovario izquierdos que le acompañaban en esa anomalía de posición. El ovario derecho normal, pero el izquierdo atrófico. Ambos úteros con evidentes señales de gestaciones anteriores.

Se nos planteaba un problema de orden terapéutico, que lo resolvimos ateniéndonos a las siguientes consideraciones: mujer de más de treinta años, múltipara, con varios hijos vivos, con un útero en

fosa iliaca derecha que produce molestias evidentes que obligan a la intervención, y un útero izquierdo con un ovario atrófico y con una desviación tan grande de su posición normal, que hubiera sido muy difícil dejarlo en condiciones de buen funcionamiento ulterior, sin ocasionar peligros y molestias a la enferma. Por otro lado la posición social de esta mujer que tiene que trabajar para vivir, nos decidió a practicar una extirpación del cuerno derecho al ras del cuello, dejando el ovario derecho para conservar la función endocrina y una histerectomía subtotal de la porción uterina izquierda, con la trompa y el ovario izquierdos, dejando la suficiente cantidad de este útero para conservar algo de la función menstrual. Peritoneización perfecta y cierre del abdomen. Hasta el día de hoy lleva la enferma seis días de operada; curso post-operatorio excelente.

Comentarios:

Pertenece este caso al grupo primero de la clasificación que hizo Wertheim de estas anomalías, cuyo grupo es el que comprende las formas más acentuadas, en las que ambas cavidades uterinas están completamente separadas. El segundo grupo es aquél en las que el tabique separador no alcanza completamente hasta el orificio uterino interno, por lo que las cavidades comunican entre sí en una extensión mayor o menor en el territorio inferior; y en el tercer grupo la cavidad es sencilla en el territorio de la parte superior del cuerpo, pero son dobles las partes del tractus genital situadas por debajo.

Aparte de estos tres grupos, tenemos el llamado cuerno uterino suplementario y el útero en forma de corazón de naipes franceses.

Todos estos últimos son bastante frecuentes y han sido observados por todos los ginecólogos, pero el caso nuestro de dos úteros completamente independientes en su cuerpo y tan sólo unidos por un cuello común con dos orificios internos, es bastante raro, y por eso hemos querido someterlo a la consideración de la Academia.

Con respecto a la terapéutica, ya hicimos constar antes que, dadas las condiciones especiales del caso, optamos por un tratamiento radical. En otro caso, hubiéramos quizás extirpado solamente un cuerpo uterino, el perteneciente al sitio donde más molestias aquejase la enferma, y hubiéramos dejado el otro por medio de alguna opera-

ción plástica en buenas condiciones para un funcionamiento ulterior.

Es curioso también el desenvolvimiento normal de los partos en esta mujer, que gestaba indistintamente con cada uno de los úteros, sin que se observasen en sus embarazos y partos las complicaciones, de grandes hemorragias, desgarros, distocias etc. que citan en sus casos Meer, Halban y Borinski, entre otros.

Y por último confirma también nuestro caso, el hecho de que el cuerpo uterino no gestante, participa siempre de los fenómenos de hiperplasia, formación de la caduca y demás fenómenos propios de la gestación que se desarrollaba normalmente en el otro, como lo prueba, el que la enferma al cuarto día de sus puepeperios, expulsaba la caduca del útero no grávido, ya que no otra cosa, era la bola carnosa, que la mujer y sus familiares, suponían en su incultura que era un bicho.



Cuerpo extraño uretral

POR EL

DR. JACINTO NAVAS

Del Hospital Provincial.—De la Casa de Socorro

El día 3 de Septiembre de este año ingresó de urgencia en el servicio de Cirugía del Dr. Navarro el enfermo Miguel Muñoz Cantador, de cuarenta y ocho años, natural de Villanueva de Córdoba, el cual manifestó que se había introducido un alfiler grande en la uretra, porque tenía una sensación de picor, y que en varias ocasiones se le había calmado el escozor que tenía, introduciéndose el mismo alfiler, y que haciéndose movimientos a todo lo largo de la uretra, peneana se le calmaba.

Dice que siempre se introducía el alfiler con la cabeza para adentro.

En su historia contaba que desde hacía veintidós años tenía esas molestias, unas veces en la vejiga y otras irradiado el dolor a la uretra hasta la punta del pene. No había tenido nunca hematurias, y en algunas ocasiones había echado algunas arenillas.

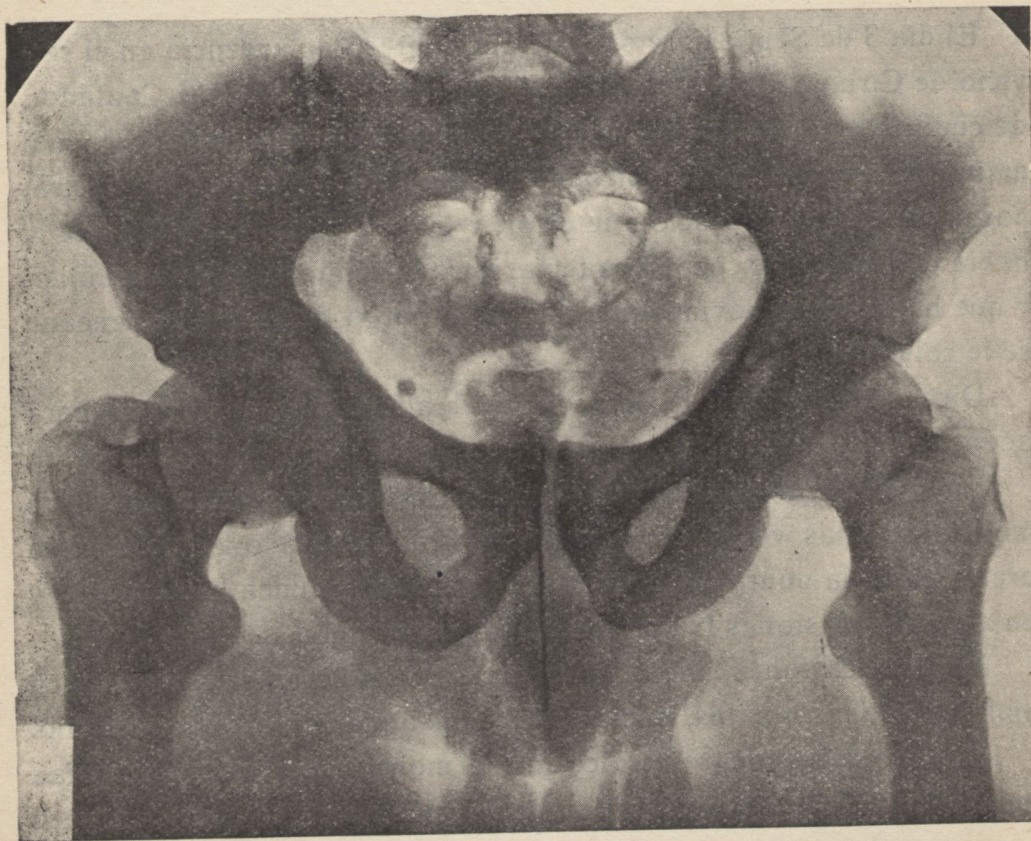
En dos ocasiones había tenido unas crisis dolorosas intensas en ambas regiones renales, siendo más constantes en el lado derecho.

El día antes de ingresar dice que las molestias uretrales se habían intensificado, por cuyo motivo utilizó el alfiler para calmárselas, pero con tan mala suerte que se le escapó y se le introdujo en la uretra. Desde ese momento siempre que orinaba el escozor aumentó y en dos ocasiones echó unas gotas de sangre.

Explorado, se le apreciaba en región perineal profunda, correspondiendo a uretra membranosa, una sensación de dureza, que al presionar indicaba que la punta del alfiler se clavaba en la pared de la uretra, llegando a percibir la punta en la profundidad de la región.

Con el explorador olivar se apreciaba un obstáculo en la uretra posterior, impidiendo el paso del explorador a vejiga.

Haciendo gran presión sobre perine, intenté que la punta del alfiler se clavara en la pared uretral, para poder conseguir que saliera por la piel de la región perineal, con el objeto de hacer la maniobra de *Boinet* para su extracción; pero como la cabeza del alfiler no tenía detrás un plano de resistencia para que al presionar la punta pudiera atravesar todos los tejidos del perine hasta la superficie, desistí de seguir haciendo más presiones, y se mandó hacer una radiografía, que fué practicada en el servicio de Radiología del Hospital.



En la placa radiográfica se aprecia la situación profunda del alfiler, estando la cabeza cerca del cuello de vejiga; además se aprecian dos pequeños cálculos ureterales situados muy cerca del orificio, en la porción intramural. A ellos era debido la sensación de escozor que sentía en la uretra (reflejo uretral), y por cuya causa se introducía el alfiler, pues siempre encontraba alivio.

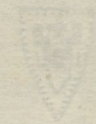
Yo pensaba, antes de hacerle la Radiografía, que el introducirse el alfiler era con fines masturbadores, por tener esa aberración de sensibilidad genital

El alfiler fué extraído de la forma siguiente: con anestesia local hice una pequeña incisión perineal, un poco lateralizada a la izquierda, profundicé un poco con el bisturí, y después, introduciendo un dedo, llegué a notar la punta, incluso pincharme; con unas pinzas de Peán hice presión en la punta del alfiler y tiré hacia fuera, salió todo el alfiler, quedando sujeto por la cabeza aplicada sobre la pared interna de la uretra. Entonces hice la maniobra de Boinet, saliendo la cabeza por el meato y haciendo la extracción del alfiler. Puse unos ágrafes sobre la incisión perineal, y el enfermo siguió un curso postoperatorio normal, sin molestias algunas, hasta que a los siete días se quitaron los ágrafes y fué dado de alta, advirtiéndole que volviera a la clínica para tratar sus cálculos ureterales (pues en aquellos días no podía quedarse).

La perforación insignificante hecha en la uretra no tiene ninguna importancia, se repara por sí misma y sin incidentes.



El alfiler fue extraído de la forma siguiente: con anestesia local
 hice una pequeña incisión perineal, un poco inclinada a la izquierda
 de profundida en poco con el bisturí y después, introduciendo un
 dedo, llegué a notar la punta del alfiler y me hice cargo de él.
 Fui haciendo presión en la punta del alfiler y me hice cargo de él.
 el alfiler, quedando sujeto por la cabeza apéndice sobre la pared in-
 terna de la uretra. Entonces hice la maniobra de Bonet, sacando la
 cabeza por el meato y haciendo la extracción del alfiler. Después
 giré sobre la incisión perineal y el enfermo siguió un curso posi-
 operatorio normal, sin molestias, algunas, hasta que a los siete días
 se quitaron los apósitos y fue dado de alta. El enfermo que volvió a
 a la clínica para tener sus cuidados médicos (ver en capítulo diez
 no pudo quitarlos).
 La extracción intracavitaria, por vía vaginal, es una maniobra
 importante, se repite por sí misma y en algunas



En los casos en que el alfiler se encuentra en la uretra
 se debe tener en cuenta que el alfiler puede estar en posición
 horizontal o vertical. En el primer caso se debe tener en cuenta
 que el alfiler puede estar en posición horizontal o vertical.
 En el segundo caso se debe tener en cuenta que el alfiler
 puede estar en posición horizontal o vertical. En el tercer caso
 se debe tener en cuenta que el alfiler puede estar en posición
 horizontal o vertical. En el cuarto caso se debe tener en cuenta
 que el alfiler puede estar en posición horizontal o vertical.

MEDICACIÓN CLÁSICA DE

linfatismo, escrófula, heredosifilis, convalecencias post-infecciosas, enfermedades de las serosas y de los huesos, etcétera : : :

IODARSOLO

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO 300 GRAMOS DE CONTENIDO

AGLICOLO

diabetes y glucosurias; gotas y comprimidos

MIOSAL

extracto de músculo; gotas, inyectables

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable

ZIMEMA

hemostático fisiológico; inyectable 1 1/2, 3 y 5 cc., y gotas

CASEAL CÁLCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

SURRETAL

extracto total suprarrenal; inyectables

CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; gotas e inyectables

ERGAL

extracto medular suprarrenal; gotas e inyectables

GONEAL

quimioproteínoterapia; inyectables

LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; inyectables;

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables

OVARIAL

jugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables

MASTAL

extracto de mama funcionante; gotas e inyectables.

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCIO - PISA

Agente: M. VIALE - Provenza, 427. Barcelona - Delicias, 13. Madrid

B I S A S M Y L

es el ANTIASMÁTICO IDEAL

de efectos rápidos. Los magníficos efectos del medicamento son debidos a la acción de dos preparados orgánicos, los principios activos químicamente puros, de las cápsulas suprarrenales y de la hipófisis.

Aplicación: Ampollas 1 cm.² para inyecciones

P O S T E R I S A N

Medicamento de acción específica contra las

HEMORROIDES (Almorranas)

y todas las enfermedades debidas a coli-infecciones, como eczemas, prurito, fisura anal.

Aplicación: en forma de pomada o en supositorios. Muestras y literatura gratis

DR. KADE, Chemische Fabrick, BERLIN, SO 36

Unico Representante en España: SOCIEDAD ANÓNIMA DE ABONOS MEDEM
O'Donell, 7 - Teléfono 56155 - Apartado 995 - MADRID - Secc.: Productos Farmacéuticos

Laboratorios GALOFRE-PASCUAL y C.^a

PREPARADORES DE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS

AUROSAL, Tiosulfato doble de Oro y Sodio.—AUROCAL, Tiosulfato doble de Oro y Sodio y Gluconato cálcico.—AUROSAL o (Intramuscular), Tiosulfato de Oro y Sodio en suspensión oleosa.—TIOCOLINA, Tiosulfato de calcio y colina.—BILIHEPAT, Estimulante hepático.—URICOSAN, Específico de los Estados Uricémicos.—VICAL, Vitamina D. Calcio Fósforo.—TIOCALCIN, Tiosulfato Cálcico químicamente puro.—EFECODENAL, (ASMA).—FERROFOSFAL, Inyectable reconstituyente.—YODOSEPTAN, Solución acuosa de yodo al 6 por %.—SEDIONIN, (Sedante inofensivo que no produce hábito).

Literatura y
Muestras a

G. FELIPE TOLEDO

MAESE LUIS, 7

CORDOBA

TELÉFONO 1073

O R O S A N I L

(Nombre Registrado)

Aurotiosulfato de quinina

para auroterapia intravenosa en dosificación progresiva. Cada dosis va acompañada de una ampolla de agua bidestilada para su disolución.

O R O S A N I L - B

(Nombre registrado)

Hiposulfito doble de oro y sodio en suspensión oleosa para auroterapia intramuscular inocua e indolora.

NIÑOS: { Caja de 10 ampollas de 1 C. C.
" 2 " 1 C. C.
Adultos: { Cajas de 10 ampollas de 2 C. C.
" 2 " 2 C. C.

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos ABELLO

AGENTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

Hijos de Honorio Riesgo, S. A. - Mayor, 7. - Madrid

Análisis

de los más recientes trabajos médicos, nacionales y
extranjeros, de interés práctico

Investigaciones sobre las quemaduras, por Nicolau y Poincloux.—(Anales del Institut Pasteur).—Febrero 1934.

La producción de quemaduras con agua hirviendo en un lote de conejos, del que murieron los que sufrieron quemaduras más extensas y profundas, llevó a los autores a emprender una serie de investigaciones a fin de poner de manifiesto el principio tóxico que suponían existente en los organismos afectados de quemaduras extensas.

Vieron desde el primer momento que a las quemaduras sigue la aparición de una mononucleosis especial, y que la inyección de sangre de los conejos quemados a otros sanos, producía la muerte de estos últimos.

En la sangre de los conejos con quemaduras aumentan de número los grandes polinucleares, adoptando formas distintas. Esta monocitosis es precoz, intensa y duradera. También se observa la aparición de células primordiales, pero inferior esta reacción a la precedente en intensidad, precocidad y duración.

Células de Rieder típicas aparecen en la sangre de los conejos quemados, muy poco después de sufrir las lesiones, descendiendo rápidamente su número para persistir durante mucho tiempo. También se observa un ligero aumento de las células de Türk.

A estas cuatro modificaciones existentes en la fórmula leucocitaria de los conejos con quemaduras, le dan los autores el nombre de *megamonucleosis*. Siendo esta reacción particular el reflejo leucocitario constante de las intoxicaciones, no tiene nada de particular que la presenten los quemados, ya que realmente se encuentran sometidos a una intoxicación. Las demás modificaciones de la fórmula leucocitaria son ligeras y sin importancia.

La existencia de un principio tóxico en la sangre de los conejos quemados, ha sido puesta en claro, inyectando sangre de estos animales por vía peritoneal

a conejos normales, previa citratación de la sangre para facilitar las manipulaciones, muriendo o no los conejos inyectados, según la cantidad de sangre inyectada y la extensión y profundidad de las quemaduras que padecían los conejos de donde procedía la sangre inyectada.

La riqueza en principio tóxico es mayor del 5.^o al 25 día a partir de la fecha de las quemaduras, precisamente en el período en que la megamononucleosis es más intensa.

En cuatro hombres afectos de quemaduras, los autores encontraron en sus fórmulas leucocitarias una megamononucleosis idéntica a la encontrada en los conejos.

Para eliminar el sufrimiento a los conejos de experimentación, los autores los sometieron a una anestesia por inyecciones de una solución de percaína, viendo que en igualdad de condiciones, sobrevivieron sólo un 15,3 por 100 de los no anestesiados, en contra del 61,9 por 100 de los anestesiados. Pensando que uno de los factores más importantes en la muerte precoz por grandes quemaduras, es el choc nervioso, se preguntaron si la anestesia profunda, duradera y repetida, no sería en las grandes quemaduras humanas el tratamiento de urgencia recomendable.

De sus trabajos sacan los autores las siguientes conclusiones:

1.^a En la sangre de los quemados (conejos y hombres) se produce una reacción leucocitaria especial caracterizada por: A) la multiplicación de los grandes mononucleares. B) El desarrollo de células jóvenes primordiales. C) La aparición de células de Rieder. D) El aumento ligero de las células de Türk. Esta reacción, a la que damos el nombre de *megamononucleosis*, es precoz, intensa y duradera; es proporcional a la intensidad y a la extensión de las quemaduras; traduciendo, según nosotros, la defensa del organismo contra la intoxicación a que se encuentra sometido.

2.^a Los quemados se encuentran realmente sometidos a una intoxicación que puede ser puesta en evidencia por inyección intra-abdominal de sangre a ratones, lo que entraña frecuentemente la muerte de estos roedores.

El principio tóxico para los ratones es más abundante en la sangre total que en el suero, existiendo en el hígado una cantidad importante. La sangre de los quemados o de los animales muertos por la inyección de su sangre, provoca la floculación del caldo ordinario.

3.^a La anestesia ejerce una acción protectora clara contra el peligro de una muerte rápida, a la que se encuentran expuestos los animales sometidos a la acción del calor.

R. HOMBRÍA.

Sobre el método de investigación del espiroqueta pálido, por *Constantino Igeusky* (de Moscou).—«*Il Dermosifilógrafo*».—Turín. Marzo 1934.

Expone primero el autor ruso las dificultades para encontrar el espiroqueta de la sífilis en la superficie de las lesiones infectadas o previamente cauterizadas.

El procedimiento por él utilizado, con gran resultado, es el siguiente:

Toca la lesión con un asa de platino incandescente, lo que provoca en la superficie de la lesión un aflujo de serosidad pura sin eritrocitos, leucocitos ni gérmenes asociados; pero en el que con el ultramicroscopio se encuentran abundantes treponemas, aún en casos en que por investigadores anteriores no se han encontrado, utilizando los métodos usuales.

F. BERJILLOS.

Sífilis decapitada por transfusión sanguínea, por *P. Carnot, Caroli y Maisón*.—*Bulletins et Memoires de la Societé Medicale des Hospitaure de París*.—Marzo 1934.

En un enfermo muy deprimido a consecuencia de abundantes hemorragias del tubo digestivo, producidas por una tifoidea, se le han hecho numerosas transfusiones sanguíneas, procurando siempre buscar un donante indemne.

En la cuarta transfusión, por tratarse de un momento de urgencia, hubo necesidad de utilizar un donante ocasional, en el cual, después de la transfusión, se encontró un Wassermán fuertemente positivo.

Después de un período de transtornos diversos y no bien más sensibles a la influencia del tratamiento, que las reacciones con extracto de corazón.

En las otras formas de sífilis nerviosa, el líquido c. r. no reacciona con el extracto de cerebro, ni en la sífilis cerebro-espinal propiamente dicha, ni en el curso de las localizaciones meníngeas de la sífilis secundaria, ni en la sífilis latente, aun que en todos estos casos, el antígeno de corazón, dé resultados positivos. Tampoco hay reacciones positivas en las afecciones nerviosas no sífilíticas.

Respecto al suero sanguíneo, puede decirse que por regla general da siempre un resultado negativo con el extracto de cerebro, aun que en algunos casos raros de sífilis primaria o secundaria pueda verse algún resultado positivo. Estos resultados varían según el modo de preparar el antígeno.

En definitiva, sólo reaccionan con el extracto de cerebro los líquidos c. r. de los enfermos con afecciones parenquimatosas del neuro-eje que forman el grupo de las parasífilis.

Este carácter diferencial es tan neto, que sobre él puede fundamentarse una diferenciación diagnóstica biológica de estas afecciones.

F. BERJILLOS.

Un antídoto contra el envenenamiento agudo por el mercurio, por Rosenthal.—(The Journal of the American Medical Association).—Abril de 1934.

El autor utiliza el Formol-sulfoscilato de sosa que da con las sales de mercurio un precipitado gris negrusco muy poco tóxico.

Ha tratado diez intoxicaciones por sublimado, practicando lavados de estómago con soluciones al 5 por 100 en agua, y dejando parte de la solución en el estómago. Pone además una inyección intravenosa de 10 gramos de producto disuelta en 100 ó 200 c. c. de agua. En los casos de rectitis practica lavados con solución al 1 por 1.000.

En todos los casos tratados oportunamente los síntomas tóxicos han desaparecido rápidamente, aun en aquellos en que por haber absorbido grandes cantidades de tóxico (de 50 centigramos a 2 gramos), los síntomas de las primeras horas han sido muy alarmantes.

F. BERJILLOS.

Sobre la presencia de rearginas anti-cerebro en el líquido céfalo raquídeo de los paralíticos generales y los tabéticos, por R. Demarche. (Annales de Dermato, logie et de Seyphiliografie).—París, Julio 1934.

El autor, después de un documentadísimo estudio experimental con diversos líquidos c. r., en los que verifica diversas reacciones, utilizando antígenos diversos (extracto de cerebro y extracto de corazón), llega a establecer las siguientes conclusiones:

Los líquidos c. r. de paralíticos generales y tabéticos, dan de manera casi constante, durante los períodos de actividad de la enfermedad, mucho o poco, reacciones de fijación positivas con los extractos de cerebro. Estas reacciones son definidas, apareció a los ochenta días una roseola generalizada con placas mucosas y Wassermán positivo en sangre y en líquido c. r.

F. BERJILLOS.

Tratamiento de las escaras de decúbito por el tamino, por *Latimer*.—
(The Journal of the American Medical Association).—Chicago. Marzo 1934.

El autor utiliza el tratamiento que mediante baños y pulverizaciones con solución de tamino, se recomienda para tratar las quemaduras en la cura de las escaras de decúbito.

Pulveriza cada hora la escara con una solución de tamino al 5 por 100, y después seca la región con un secador de aire caliente. A las veinticuatro o cuarenta y ocho horas se ha formado una costra protectora seca que cubre con gasa estéril.

La infección no es una contraindicación, siempre que antes se limpie la región con un desinfectante débil.

Los resultados conseguidos por este procedimiento son superiores a todos los conseguidos hasta hoy.

F. BERJILLOS.

I. Monlonguet y J. Rousset.—**Los abscesos osifluentes crónicos de estafilococos**.—«Journal de Chirurgie»—Tomo XLIV, núm. 2.—Agosto 1934.

Se establece muy fácilmente la ecuación absceso crónico osifluente, absceso tuberculoso, que no es siempre exacta. Existen infecciones oteomelíticas de evolución tórpida, que son la causa de formación de verdaderos abscesos fríos osifluentes, debidos a gérmenes diversos y especialmente al estafilococo, descritos con el nombre de periostitis albuminosa por Poncet, bajo la inspiración de Ollier (1878).

Su contenido es un pus loable, sero albuminoso, con falsas membranas.

En niños o adolescentes, después de un traumatismo, aparece un episodio febril más o menos neto, dolor y tumefacción local, muchas veces yuta epifisaria. Rápidamente el dolor se atenúa y solo persiste la tumefacción, que paulatinamente va creciendo sin ir acompañada de fenómenos generales ni locales, hasta alcanzar un volumen considerable. En una palabra, con todo el aspecto de una lesión tuberculosa.

La lesión asienta en los mismos sitios preferidos por la infección estafilocócica aguda; fémur, tibia, cúbito, coxal, etc.

El punto de partida de la lesión ha sido ya precisado por Poncet, que distingue 3 formas: subperiostica, extraperiostica y mixta.

De ellas, la extraperiostica por su evolución, es la que realiza con más exactitud el cuadro de un absceso osifluente, dada la carencia de síntomas.

Tanto en la forma subperiostica como en la mixta se encuentran lesiones óseas y su principio suele revestir más agudeza. Pero de una forma o de otra siempre con el tipo de un absceso por congestión.

El conocimiento es útil, puesto que su diagnóstico clínico y bacteriológico lleva aparejado la curación simple y rápida por extirpación de la membrana.

J. Rost.—El valor de la diastasa urinaria en la necrosis pancreas.—*Münchener Medizinische Wochenschrift*.—Año LXXX, núm. 50.—15 Diciembre 1933.

El aumento de la diastasa urinaria es un buen signo para reconocer la pancreatitis necrosante y para eliminar igualmente los cuadros que pueden simularla.

Wohlgemuth, Baumann y Bernhard entre otros muchos, insisten de nuevo acerca del valor de esta prueba y los dos primeros autores proponen métodos propios para ejecutar con rapidez esta determinación. Rost ha encontrado positividad en 10 casos de 13 en que lo investigó.

Rost.—Diagnóstico de la trombosis de la vena porta después de las operaciones por litiasis biliar.—*Zentralblatt für Chirurgie*.—Tomo LXI, núm. 3.—20 Enero 1934.

La trombosis de la vena porta, es una de las más graves complicaciones sobrevenidas a consecuencia de operaciones en las vías biliares.

En dos síntomas fundamentales se apoya Rost, para pensar en la posibilidad de su existencia. Uno, la debilidad y frecuencia del pulso después de un período de calma que puede oscilar de 10 a 12 días; estado de pulso que no va acompañado de cianosis, ni disnea, ni dolor, contractura o defensa abdominal, presentando además el carácter de no ser influenciado por los tonicardiacos.

El otro síntoma es un estado estuporoso, somnoliento, con torpeza cerebral, inapetencia, que llega hasta inclusive rechazar el alimento. Estado psíquico al que dá gran valor Rost y que lo cree, dependiente de la intoxicación engendrada por la absorción de los productos tóxicos elaborados en la célula hepática.

H. Lucía.—La atelectasia pulmonar post-operatoria.—«*Gazette des Hôpitaux*».—1933, núm. 19.

El autor valiéndose de un caso hace un estudio prolijo de esta complicación, pesadilla de los cirujanos y siempre nueva, dada la elevada cifra de presenta-

ción en operados y más concretamente del sector abdominal. La cifra de un 3 a 5 por 100, esta condicionada por una serie de factores ajenos por completo en su mayoría a los cuidados del cirujano, pero si influye poderosamente en su presentación el uso de la raquianestesia.

La atelectasia inmediata solo podría explicarse por un factor inhibitorio nervioso. Pero la más frecuente es la sobrevenida a los 24 o 48 de la intervención, con todos los caracteres de un proceso agudo; disnea intensa, constricción torácica, taquicardia, fiebre, silencio absoluto en la zona atelectatica con disminución o abolición de las vibraciones vocales, densa sombra radiológica, etc. La localización suele ser lóbulo inferior derecho y su extensión es variable; lobular, lobulillar, etc. El mecanismo productor, debe estar relacionado con la inmovilidad respiratoria que el dolor determina en los intervenidos por raqui. Este factor secundariamente mecánico, actuaría impidiendo la expulsión de las mucosidades bronquiales y este tapón mucoso, bloquearía los bronquios de un territorio pulmonar más o menos extenso.

La evolución suele ser benigna, resolviéndose al 3.^{er} o 4 día. Los casos más prolongados por virulencia o por un extenso bloqueo, tardan más en resalarse y ponen en peligro la vida del operado.

Para el tratamiento recomienda el autor, luchar contra la inmovilidad respiratoria, contra la inhibición respiratoria dolorosa, por cambios de posición, las inhalaciones por anhídrido carbonico o por la hiperventilación de Cutler. Igualmente, puede recurrirse a la aspiración broncoscópica del obstáculo bronquial correspondiente, que ha proporcionado excelentes resultados o Chevalier Jackson.

El trabajo bien documentado y con extensa bibliografía es muy interesante especialmente para los cirujanos.

Peter.—Sobre la luxación-fractura del cuello del astrágalo.—*Zeitschrift für Chirurgie.*—Mayo 1933.

El autor cita el caso de un grave traumatismo de tarso posterior a consecuencia de una caída de ochenta metros, donde se ponen de manifiesto los excelentes resultados de la reducción cruenta.

La actitud del pie derecho era en pronación y flexión dorsal, demostrando la radiografía el astrágalo fracturado transversalmente, con rotación de 90.^o de fragmento anterior, con la cara superior hacia dentro y la inferior hacia fuera; el pie estaba luxado hacia fuera por bajo del astrágalo, Existía además luxación del pie hacia delante y fractura cuneiforme del rebolde tibiar anterior, con enclavamiento de este fragmento entre los dos del astrágalo.

La reducción bajo anestesia general no dió resultado alguno, y por el estado de shock del enfermo no se practicó hasta el quinto día del accidente. Mediante dos incisiones prolongación de maléolo interno una y externo la otra; la reducción se obtuvo y anatómicamente perfecta. Un vendaje escayolado durante un mes inmovilizó la región y la marcha se reanudó a los dos meses. A los cinco meses del accidente la movilidad de la articulación tibio-tarsiana, quedaba sólo reducida a la mitad, y la marcha era perfecta.

Popper.—**La inyección paravertebral en la pancreatitis.**—«Zentralblatt für Chirurgie».—Septiembre 1933.

Este autor vienés hace un estudio de la doble utilidad diagnóstica y terapéutica de la inyección paravertebral de novocaína entre la octava y décima vértebras dorsales en los casos de pancreatitis agudas, insistiendo en los puntos por él establecidos en el año 1931.

La inyección a la izquierda hace cesar el dolor cuando se trata de una pancreatitis. Ejecutada a la derecha no determina modificación alguna en los procesos pancreaticos y, si en cambio, cuando se trata de una litiasis biliar.

LUQUE RUIZ.

