

QUINTA SESIÓN, CELEBRADA EL DÍA 31 DE JULIO DE 1891.

PRESIDENCIA DEL DR. OSÍO

Principió la sesión á las diez de la mañana, y después de leída el acta de la anterior leyó el Dr. Sanchez Santana la siguiente Memoria del Dr. Manero (de Alicante).

HISTORIA DE UN RESTO PLACENTARIO RETENIDO EN EL ÚTERO MAS DE TRES AÑOS

SEÑORES:

El caso clínico que en estos momentos voy á tener el honor de referiros, ha dado lugar á que eminentes ginecólogos, cuyos nombres citaré en oportuno lugar, desconociesen por completo la índole ó concepto diagnóstico del proceso, dada la rara sintomatología y la evolución del curso morboso tan ostensiblemente contradictorios.

D.^a Luisa B. de Ch. es una joven de veintiseis años de edad, de temperamento nervioso, de buena constitución y de costumbres sedentarias. En la infancia tuvo algunas de las enfermedades propias de dicha edad, y al llegar á la pubertad sufrió de metrorragias, para dejar restablecida la función menstrual desde los doce años, sin interrupción y con la más completa regularidad, excepto en la época de los embarazos. Ha tenido tres partos y ninguno distócico ni laborioso.

La enfermedad actual, que cuenta una existencia de algo más de tres años y medio, tiene su punto de partida en el último de los expresados partos. Desde el mismo momento en que terminó este importante trabajo, dice la enferma que comprendió no haberse quedado tan bien como en los partos anteriores. Pero debido, por una parte, á su natural carácter bondadoso y sufrido, y por otra, á que el puerperio corrió el curso sin más trastornos manifiestos que los puramente subjetivos, y que la enferma soportó en el más resignado silencio, nada pudo colegirse que hiciera presagiar posteriores males. Cinco ó seis días bastaron á su animosa jovialidad para creerse bien y dejar la cama, porque los loquios fueron regulares y la crisis láctea evolucionó en tiempo oportuno y en cantidad abundante.

Esta señora, modelo de madres cariñosas, amamantaba á su hijo rollizo bajo el peso del sacrificio que le imponía una dulce ternura

venciendo los solapados tormentos de dolores, que ocultaba á los ojos de todos con la santa abnegación de una mártir. Y así transcurrieron los días y pasaron los meses, hasta que al fin, habiendo apurado hasta las heces del amargo cáliz que bebía en aras del más sublime amor filial, la mártir se declaró víctima del noble egoísmo que arrullaba su corazón y fué vencida y abrumada por cruel desfallecimiento.

Cerca de dos años habian transcurrido, y D.^a Luisa manifestó tener dolores peripélvicos, desplegándose una noche violenta fiebre precedida de intensos calofríos.

Aquí empieza la verdadera representación del drama patológico, en cuya labor se han invertido veintidos meses de misteriosos y solapados trabajos, alcanzando una duración su desarrollo hasta el desenlace de veinte meses más.

Voy á limitarme, señores, en obsequio de la mayor brevedad, á bosquejar los síntomas culminantes de esta, si no rara enfermedad, al menos de no frecuente acceso, sin detenerme á hacer otro estudio analítico y sintético que el indispensable para dar la necesaria validez al juicio diagnóstico.

La fiebre inicial desapareció al siguiente día, dejando de un modo permanente dolor gravativo al hipogastrio, dolores más intensos transitorios con marcadas intermitencias, que comprendian la región lumbar hasta el pubis, y metrorragia abundantísima que exigió el empleo del taponamiento para ser contenida, ya que no pudo definitivamente cohibirse. Ni la multitud de remedios farmacológicos que al efecto se recomiendan, ya interiores, exteriores y subcutáneos, así como ni los agentes mecánicos, ni la aplicación del frío, alcanzaron á triunfar de dicho peligroso accidente. En tal estado, el reconocimiento digital por la vagina denotaba anteversión del útero, y en la cara anterior del conducto cervical se percibía un nódulo indurado oblongo, del tamaño de un grano de judía. Intenté repetidas veces la exploración intrauterina, y en distintos días, con el histerómetro de Valleix, modificando la curvatura del instrumento, con los dilatadores de Hegar y con sondas ordinarias de caucho, y jamás pude penetrar en el interior de este claustro, donde á mi modo de ver debía guarecerse el cuerpo del delito. La dilatación de este expresado conducto con la laminaria, con las esponjas y con las bolitas de algodón yodofórmico, según procedimiento de cierto especialista que siento no recordar, me fué también imposible.

El cuello uterino, al campo visual del espéculum, se veía siempre cubierto de sangre, por más exfuerzos de limpieza que se hacian. Y en la palpación hipogástrica, fijando la matriz con un dedo por la va-

gina, se tocaba una masa tumoral que correspondía al sitio de aquella entraña, aparentando el volumen del huevo de paloma. Pero la adquisición de este síntoma objetivo requería manipulaciones forzadas, porque de otro modo no se apreciaba.

Preciso era obrar con energía ante las exigencias del peligro que amenazaba á la enferma, y suponiendo que alguna neoplasia implantada en las paredes uterinas ocasionase tales desastres, me propuse bajar la entraña hasta la vulva, si era posible, con objeto de darle la dirección rectilínea que había perdido el conducto cervical por la anteversión citada, y poder penetrar entonces en esa cavidad infranqueable, escudriñar su seno, examinar más de cerca el antedicho nódulo y proceder á su extirpación, si sólo él fuese el causante de tanto trastorno. Pensé asimismo en la coexistencia de un huevo de Nabot hipertrofiado y de un infarto uterino. Puse en práctica el plan manual con la inteligente ayuda del malogrado compañero D. Vicente Navarro, que creía de una manera resuelta que la enferma padecía de cáncer, y sin grandes dificultades, á beneficio del depresor de Sims y con pinzas de Mouseux, logré descender la víscera hasta muy cerca de la vulva. No pude menos de asombrarme cuando iba, digámoslo así, á tomar posesión de aquel maldito nódulo, al ver que éste se había borrado y sólo tocaba con el pulpejo del dedo las rugosidades del árbol de vida, á la sazón un tanto exageradas por la irritación de esta entraña.

Introduje la sonda de Valleix fácilmente, midiendo la cavidad del claustro uterino una longitud de 10 centímetros, y en aquel momento pasó por mi mente, como ráfaga veloz, la idea de que este órgano podía contener algún resto placentario. Dilatar la cerviz uterina, para penetrar con uno ó dos dedos en esta cavidad, habría sido lo más cómodo, pero no lo más fácil, porque el labio anterior, donde había hecho presa con la pinza erina, se desgarraba y precisaba terminar la operación con brevedad. Al efecto, introduje una cucharilla mediana y procedí al legrado de toda la superficie interna, deteniéndome en el lado izquierdo, donde me pareció encontrar alguna desigualdad. La sangre corrió en abundancia mezclada con el detritus efectuado por el raspamiento, y procedí á taponar la vagina, después de practicar una perfecta antisepsia con la sonda de Bowman. La enferma pasó mejor la noche, y, al quitar el taponamiento, la metrorragia dejó por algunos días de ser tan abundante. Quise luego, cuando el flujo aumentó de nuevo, volver á sondar la matriz, y me encontré otra vez con igual imposibilidad, y por ende imposibilitado también de dirigir medicaciones tópicas sobre la mucosa uterina.

Apurados todos los recursos de mis modestísimos conocimientos

en este proceso morbosó, decidí que la enferma consultara con especialistas insignes, y al efecto se resolvió su viaje á Valencia con este objeto.

El estado sintomatológico de D.^a Luisa al emprender el viaje, era el siguiente: palidez general del tegumento, como el más ostensible atributo de una verdadera anemia, gran emaciación, fatiga muscular consiguiente, fiebres intermitentes precedidas de calofríos sin periodicidad determinada, anorexia, timpanismo gastrointestinal y diarreas, alternando con la astricción. Cefalalgia localizada en las eminencias parietales, insomnios y abatimiento moral. Dolor gravativo constante al hipogastrio y dolores pungitivos intermitentes alrededor de la cintura desde los lomos. La palpación del abdomen, combinada con la dactiloscopia vaginal, denotaba el tumor anteriormente mencionado, y por la tactación del recto, así como por la precedente, se apreciaba la anteversión.

Al espéculum veíase el labio anterior partido en el sentido transversal (rasgadura producida por las tracciones con las pinzas erinas), pero cicatrizado, y el posterior con alguna eversión y erosionado. Continuaba la metrorragia, y la micción de la orina, en circunstancias era defectuosa y doliente.

Los notables clínicos Sres. D. Francisco Campá y D. Miguel Mas vieron la enferma, y ambos juzgaron el padecimiento de igual suerte, y luego de una corta permanencia de dicha señora en la ciudad del Cid, donde fué varias veces observada por los mencionados profesores, volvióse á Alicante con un memorandum terapéutico que me hizo el honor de enviarme el referido Sr. Campá, en cuyo texto me inspiré literalmente para continuar el tratamiento de tan impertinente mal.

El diagnóstico formulado en él era de endometritis, y suponiendo el Sr. Campá, con atinado criterio, que esta matriz se hallaba muy fatigada por las múltiples agresiones operatorias de que había sido víctima, aconsejaba por de pronto un plan apropiado; pero de medios muy suaves.

Yo, señores, antes de esto vime obligado por la más imperiosa necesidad á obrar como obré, y si, como entonces, abrigué una mera sospecha del concepto diagnóstico, me hubiese hallado en posesión de la realidad posteriormente declarada, el procedimiento quirúrgico á la sazón empleado, lo hubiese dirigido con más fe, y acaso, acaso, la curación por este medio no habría sido difícil. Tampoco tengo por qué reivindicar mi conducta á la faz de las leyes correctas de la más pura crítica clinicológica. El legrado proporcionó notable alivio en las metrorragias, extirpando las superficies mamelonadas de mayor acción

hemorragnígena, de la misma manera que nos condujimos en la terapéutica del cáncer, revolucionando las fungosidades salientes que amenazan sangrar con facilidad.

Vuelvo á la interrumpida ilación de los hechos, sin apartarme ni un ápice del orden cronológico.

El tratamiento aconsejado por el catedrático de la escuela valenciana fué seguido por mí al pié de la letra, y al cabo de cierto tiempo, prefijado por él en su nota clínica sin el menor resultado satisfactorio, volvió nuevamente la enferma á ser observada por este señor, quien insistió en el mismo diagnóstico y en la misma terapéutica.

Me estaba reservado sólo á mí el tener que apurar las maquinaciones de la razón, y D.^a Luisa declaróse desde luego resuelta á morir ó sanar bajo mi exclusiva dirección facultativa.

Sin perder el aspecto semeyótico que tenía el padecimiento desde su remoto origen, he de consignar que las metrorragias dejaron de ser continuas, y que á lo mejor eran substituídas por abundantes derrames de pus fétido que fluían de la cavidad cervical. Los labios de este órgano sufrieron la regresión atrófica, borrándose su conducto, y la enferma solía ser presa de accidentes histeroepilépticos, que se presentaban repetidas veces al día, pero con la más estricta periodicidad. Era el 12 de Octubre de 1888 cuando comenzaron estas novedades sintomatológicas que acabo de apuntar.

Los derrames de pus por la vagina pueden ser comparados, por su accesión, abundancia é intermitencias, á los de las vómicas perineumónicas, y las crisis histeroepilépticas sobrevenían de repente, coincidiendo las más de las veces con algún dolor, caracterizándose por pérdida del sentido y tetanismo de todo el sistema muscular.

Hace próximamente un año, contando con la excesiva bondad de un ilustre compañero muy competente en esta materia, hube de escribirle una carta, esbozándole á la ligera el estado actual de esta historia clínica y demandándole los sanos consejos que yo había de menester y que su buen talento me podía suministrar. Entre otras conclusiones diagnósticas, me permití consignarle á la manera de hipótesis: ¿Podrá tratarse de algún absceso fraguado en el parénquima de las paredes uterinas, ó de la retención en esta cavidad de restos placentarios? El referido doctor tuvo la galantería de enviarme su opinión en otra epistolar consulta, bastante extensa, y á la cual confieso paladinamente que siento ruborizarme por el grosero hecho de no haberle contestado cual merecía su atenta fineza, y entre otras muchas cosas, pero refiriéndose á los interrogativos asertos mencionados arriba, me decía: «No puede suponerse la detención de restos placentarios al cabo del tiempo del parto (más de un año). Su estan-

cia hubiese determinado mucho antes metritis intensa, sepsis y septicemia. Hubiéranse evacuado también antes los detritus ó se hubiese experimentado en ellos una regresión y absorción consiguientes sin consecuencias. Flemón y absceso del parénquima de la matriz yo no lo he leído nunca, y aunque esto no es motivo para que no lo haya, los libros que de matriz tratan y yo tengo no dicen nada de ello.»

Difícil es, en efecto, admitir una retención placentaria en período de tiempo tan largo, como muy acertadamente acaba de decir el ilustrado doctor, pero no imposible; porque si en los anales de la ginecología se registran ejemplos de esta clase de retenciones de seis, nueve y hasta trece meses, según he podido leer, también cabe el hecho en período más dilatado, como sucede al presente caso.

Los síntomas de la septicemia no faltaban, aunque no fueran los propios de una infección intensísima, como acontece en el puerperismo, y en cuanto al absceso parenquimatoso del útero, de cuya posible existencia duda este notable cirujano, me permito insinuar que el Sr. Scanzoni los admite, si bien advierte su rareza, describiéndolos brevemente en su compendioso *Tratado de enfermedades de la mujer*.

Los meses de verano del pasado último año fueron un tormento inquisitorial para la desdichada enferma. Dolores que hacían retorcer su demacrado cuerpo, el síncope que la privaba del sentido nadando en abundante hemorragia, las pérdidas purulentas que parecían manar de un cuerpo en descomposición por lo fétidas, el tetanismo que agarrotaba en rígida convulsión aquellos miembros débiles, y por último, el trastorno intelectual que privaba de la razón á un cerebro de inteligencia hábilmente clara. El mal tomó proporciones tan desatinadas como insólitas, y encerrado yo en la hipótesis de creer clausurado un resto placentario, puse en práctica la electroterapia, sirviéndome de corrientes farádicas y dirigiendo el polo positivo al orificio externo cervical y el negativo recorriendo el tegumento de las regiones hipogástrica é inguinales.

El Dr. D. Alvaro Esquerdo, preclaro cirujano de la escuela de Barcelona, fué consultado por entonces, y previo el reconocimiento más detenido de la enferma, en que no pudo sonar su cavidad uterina, formuló el diagnóstico de endometritis con anteversión notable. Indicó las irrigaciones vaginales de agua á alta temperatura, que se pusieron en uso enseguida, suspendiendo las corrientes farádicas.

Como este procedimiento tampoco le proporcionaba alivio, hube de volver al eléctrico, dándole tres sesiones diarias de cinco minutos, con el cual, y sin abandonar las inyecciones hipodérmicas que

desde el comienzo de la enfermedad venía empleando, encontraba notables mejorías durante algunas horas.

A los quince ó veinte días de esto, el 21 de Octubre del pasado último año, sintió D.^a Luisa el dolor más acerbo hasta entonces experimentado, que le obligó á incorporarse en la cama, encontrándose entre sus muslos una masa carnosa del tamaño de un puño, pestilente y cubierta de grandes coágulos de sangre. Con lo sucedido, la enferma quedó descansada, se le suspendieron las metrorragias y le desapareció la leucorrea purulenta y fétida.

Desde ese momento hasta la fecha las menstruaciones suceden con la periodicidad fisiológica; pero la enferma, en quien las leyes del hábito imperan como la mayor necesidad, siente reproducir sus dolores y sus crisis histeroepilépticas si en determinadas horas no se le administra la morfina y la electricidad. Los períodos menstruales que, como antes he dicho, están perfectamente regularizados, soliviantan, no obstante, su estado, exacerbando los dolores y los accidentes histeroepileptiformes.

Me he propuesto, señores, llamaros la atención sobre el agente terapéutico electricidad aplicado en la práctica ginecológica, agente que tuvo su boga en no remota época; pero que fué injustamente relegado al olvido, para ser de nuevo considerado como medio poderoso que obliga á un estudio detenido.

Yo os confieso que desconozco esta ciencia en los detalles de la especialidad; tan sólo tengo estudiada esa noción general indispensable á todo terapeuta, y recordando la acción estimulante que poseen las corrientes farádicas, hube de recurrir á ellas en el presente caso clínico como recurso supremo, después de haber agotado todo su repertorio extensísimo, cuya enumeración sería tan prolija como monótona y pesada. Creo que la electricidad está llamada á substituir muchas veces con ventajosa inocuidad á operaciones de suyo más ó menos peligrosas, y sin ir muy lejos del asunto que me ocupa, á suplantar el legrado de la matriz en las retenciones placentarias.

El empleo de la faradización contra la inercia uterina merece generalizarse. Aplicando el polo positivo al hocico de ténca dentro de su conducto, aseguramos la contractilidad muscular de esta entraña, por la cual separa y arroja los elementos de tejido placentario que tiene pegados, á la vez que con sus contracciones oblitera las boquillas de la red vascular que sangra; obra también como hemostático, coagulando la sangre, y en fin, contribuye á la antisepsia local, si se ha de dar crédito á los estudios practicados por el Dr. Frij.

Síntesis de lo expuesto: endometritis hemorrágica con antever-

sión, ocasionadas por la retención de un trozo de placenta expulsada á los tres años y medio á beneficio de corrientes farádicas. Suspendidas las metrorragias y flujos purulentos, continúan los dolores hipogástricos y accidentes histeroepilépticos en determinadas horas del día, que sólo se combaten con las inyecciones hipodérmicas de morfina y con las corrientes eléctricas, ambas cosas á la vez, porque las unas sin las otras resultan ineficaces.

Os he hablado anteriormente del poder del hábito en esta enferma, y no he de concluir sin recordároslo de nuevo. Quizás en ninguna entraña se ciñe tanto esta ley como en la uterina, y bastará, para aseverar la aserción, el que consigne de paso la frecuencia de abortos repetidos en una misma mujer al llegar á determinado período del embarazo. Pues bien; la enferma objeto de esta historia ofrece el ejemplo más patente: primero, porque se le reproducen los fenómenos sintomáticos con periodicidad sin causa conocida; y segundo, porque los medios que han ido sumándose con resultado satisfactorio para combatir la enfermedad, no han podido cercenarse sin experimentar durante algún tiempo una agravación de los dolores, hasta que la enferma se ha llegado á habituar á su falta.

Y en efecto, me he propuesto últimamente utilizar la sugestión hipnótica, esperanzado en triunfar de tales accidentes, y algunos efectos favorables he obtenido, no tantos como preconizan los entusiasmas del hipnotismo, y me encuentro hoy obligado á repetir diariamente el procedimiento de sugestión hipnótica, pues que al suspenderle se agrava el estado de la enferma.

Doy por terminada esta sucinta exposición de un caso clínico, y que bastaría por sí solo, á ser otras las circunstancias que permitiera darle mayores proporciones, para escribir un libro extenso lleno de extraños y curiosos detalles, que en su principal parte son del dominio de los centros inervativos, y declaro hallarme tan perplejo é impotente ante la obstinada perseverancia de los que merecen llamarse fenómenos póstumos de una retención placentaria, que me permito rogar á los señores congresistas que tomen en consideración este hecho é ilustren la terapéutica que el caso humanamente reclama.—HE DICHO.

EXTRACTO DE LA DISCUSION

El Dr. Ferri entiende que es en extremo curioso el caso expuesto por el distinguido ginecólogo Dr. Manero, y que los detalles en la evolución del hecho clínico

patentizan la solidaridad recíproca de los afectos uterinos, y según su modo de entender, tanta importancia tiene la retención placentaria, que acabó determinando una mola y la ectopia con la endometritis, como la tuvo el estado del cuello uterino, determinando la infección de los vasos linfáticos con perimetritis supurada, sin duda alguna, é induración post-flogística en otros puntos. Respecto de lo excepcional de la retención placentaria, dice que, en primer lugar, si no hay condiciones para la sépsis, puede muy bien tolerarse en el útero un resto placentario, y más si en este existían ya indicios de una organización fibrino-plástica.

Aprueba lo hecho por el Dr. Manero valiéndose de la electrización farádica en este caso, que al fin produjo la expulsión del contenido del útero, y entiende que en el actual estado de la enferma, y para corregir el estado morbozo de aquel útero, y parámetro debiera emplearse esa otra clase de electricidad, que más que excitante, es modificadora de la nutrición íntima en los tejidos que influencia, la galvánica.

Por lo demás, felicita al Dr. Manero, que en la actual Memoria ha justificado una vez más su fama de buen ginecópata.

Por el Secretario de la Sección se lee la siguiente comunicación del Dr. D. Alvaro Esquerdo (de Barcelona).

DOS OPERACIONES DE HISTEROPEXIA

SEÑORES:

He visto entre las cuestiones puestas á discusión en este Congreso la de la histeropexia, y deseoso de aportar también mi grano de arena, contando con dos de estas operaciones, me he decidido á comunicáros las.

La primera recayó en una enferma de 32 años de edad, viuda, natural y procedente de Mataró, que ingresó en mi clínica del Hospital de Santa Cruz el 20 de Julio de 1890. Vino esta enferma con un prolapso completo, que en su descenso había arrastrado á las paredes vaginal anterior y posterior, en cuyos fondos podían apreciarse perfectamente la vejiga y recto. La enferma, tejedora de oficio, hacía mucho tiempo que no podía dedicarse al trabajo por los fuertes dolores que el prolapso le ocasionaba, por la facilidad de escoriarse el cuello del útero y las frecuentes hemorragias que tenía. Había tenido dos partos, y hacía datar el prolapso del primero. Había hecho uso de los pesarios sin ningún resultado.

Era sumamente difícil verificar la reducción del prolapso, por la congestión uterina, y en cambio la salida era inmediata.

Dada la laxitud de los ligamentos uterinos y la relajación de las paredes vaginales, creí que esta mujer no sacaría gran partido de la elitrorrafia anterior y posterior, ni de la colpoperineorrafia que algunas veces practico con resultados muy satisfactorios. Por ello decidí practicarle la ventro-fijación del útero.

El día 25 de Julio procedí á operarla. Puesta en la posición de la

talla, reduje el útero, é introduje en su cavidad una sonda uterina, de la que había de servirme para dirigir y fijar el cuerpo. Practiqué una incisión de seis centímetros de la línea media, hasta incindir el peritoneo. Una vez abierto éste, con la sonda intrauterina dirigí el cuerpo del útero á la pared abdominal tan bajo como me fué posible, para ir remontándolo después rozando la pared hasta llevarlo á la abertura. Cuando tuve el fondo del útero en la herida, pasé al través de su tejido un hilo por medio de una aguja de sutura ordinaria, cuyo hilo, anudado y sacado fuera de la herida, había de servirme para sostener el útero en ella. Teniendo la cara del útero al descubierto, incindí la cubierta peritoneal del mismo en una extensión de dos centímetros para limitar una porción de esta cubierta y extirparle por disección. De este modo dejé desprovista de peritoneo una porción de la cara anterior del útero. Después me cercioré de que no había ningún asa intestinal entre el útero y la pared abdominal, y procedí á fijar el útero. Para esta fijación, introduje una aguja enhebrada con seda de fuera adentro al través de la pared abdominal, muy cerca del borde de la herida, de modo que comprendiera también el peritoneo parietal; esta misma aguja la introduje en la pared uterina de derecha á izquierda, penetrando por la inmediación de la parte no denudada, pasando por debajo de ésta y yendo á salir al otro lado de ella, para atravesar el borde opuesto de la herida de la pared abdominal. Del mismo modo apliqué otro punto de fijación. Introduje un pequeño tubo en la parte más baja de la herida entre la pared abdominal y uterina, apreté las suturas y apliqué la cura. En la denudación del útero se produjo una hemorragia capilar que entretuvo un poco la operación, y sin embargo no duró ésta mas que 40 minutos.

La enferma siguió bien después de operada, pues no hubo vómitos, reacción febril ni meteorismo. Sólo fuertes dolores lumbares que yo atribuí á la distensión que sufrían los ligamentos útero-sacros.

A los cuatro días se levantó el apósito, hallándose que por el tubo inferior había fluido sangre el primer día de la operación; pero nada de pus ni tumefacción en la herida. Se quitó el tubo. A los doce días se quitaron los puntos de sutura, quedando sólo una pequeña porción de herida por cicatrizar.

En este tiempo marché yo de Barcelona, y poco después se puso enfermo el ayudante de la visita. Esto hizo que se descuidasen las curaciones y que se formase una úlcera en la porción de herida que no había cicatrizado. Cuando á últimos de Agosto volví á Barcelona todavía no había cicatrizado la herida, pero con nuevos cuidados cicatrizó en quince ó veinte días. Salió la enferma del Hospital á últimos de Octubre completamente curada.

Cuando se marchó la enferma no experimentaba ningún sufrimiento. Apenas podía alcanzarse el cuello del útero con el dedo, y quedaban reducidos el cistocele y el rectocele. Después he sabido noticias suyas. Se encuentra bien y menstrúa con regularidad. Sólo cuando tenía que trabajar mucho rato estando de pie, es cuando experimentaba algún dolor lumbar.

La otra enferma la operé en el mes de Febrero de este año.

Es una mujer de 39 años, viuda también, que ha tenido varios partos, cuyo último data de 9 años, y que se dedica á fregar pisos.

Ingresó en la visita con un prolapso completo de difícil reducción, por no estar muy distendida la vulva. El prolapso había arrastrado también la pared posterior de la vejiga y anterior del recto. Tenía además esta mujer una hernia crural izquierda. Había llevado pesarios sin resultado.

Créí que no reportando beneficio los pesarios, no sacaría tampoco ningún provecho de las elitrorrafias ni de la colpoperineorrafia, ya que siendo la vulva relativamente estrecha, no podía contenerse el prolapso, y como éste le molestaba mucho y no le dejaba ganarse el sustento, decidí practicarle la histeropexia. Procedí como en la enferma anterior.

La operación no tuvo consecuencias porque no hubo reacción febril inmediata á la operación ni meteorismo. Hubo vómitos, debidos al cloroformo, y fuertes dolores lumbares, que atribuyo también á la tirantez de los ligamentos útero-sacros, para calmar los cuales fué necesario acudir á las inyecciones subcutáneas de morfina. A los doce días se quitó el tubo de la parte baja de la herida, y á los quince los puntos de la sutura. Al mes estaba cicatrizada la herida.

Esta enferma, que no tuvo complicaciones abdominales, las tuvo graves en otra parte, sin que sepa todavía á qué atribuir las. A los ocho días de operada apareció una sinovitis en ambas muñecas y tendones anteriores del antebrazo, que la hizo sufrir considerablemente y ha costado mucho de dominar. Hoy está curada, pero todavía permanece en la clínica, porque sus manos no le permitirían dedicarse al trabajo con que se gana la vida; pero se levanta y trabaja en el Hospital, sin que acuse sufrimiento alguno uterino. Menstrúa bien. Apenas puede alcanzarse el cuello del útero, y no hay cistocele ni rectocele.

Como puede verse, el resultado ha sido satisfactorio en estas operadas. Hay en estas operaciones la innovación de fijar el útero con la sonda para conducirlo á la herida, y de denudar la pared anterior para obtener una amplia adhesión á la pared abdominal. Con esto creo pueden salvarse los inconvenientes de las operaciones de Thomás y de

Olshausen, con tan positivos resultados como en aquellas. Es un procedimiento que no tiene como los de Caneva y el preconizado por el Dr. Candela, el peligro de atravesar un asa intestinal ó dejarla aprisionada entre la parte baja del útero y la pared abdominal y que, por poco cuidado que se tenga, no expone á complicaciones peritoneales.—HE DICHO.

EXTRACTO DE LA DISCUSIÓN

El Dr. Candela se felicita del éxito operatorio obtenido por el ilustrado comunicante y hace notar, que el temor de que al operar como el que dice se enclaven asas intestinales, es tan ilusorio que todavía no se ha dado el primer caso, siendo bastantes veces las que se ha empleado el procedimiento Candela.

Trata después del uso de los pesarios, en los que reconoce servicios muy recomendables, y analizándoles en particular, señala sus indicaciones. Laméntase finalmente de que el Dr. Mas tanto les despreciara en su comunicación anterior sobre "Colporrafias é hysteropexias," porque llegó á hacerles poco menos que perjudiciales.

El Dr. Cantó felicita asimismo al Dr. Ezquerdo, aunque con el Dr. Candela cree que el empleo de los pesarios está justificado por los hechos. A propósito de la comunicación citada por el Dr. Candela sobre "Colporrafias é hysteropexias," elogia el proceder franco y sincero del Dr. Mas exponiendo sus fracasos como sus triunfos, relatando como se creyó primero en la hidropesia como cuando se vió que era un quiste, aunque lamenta que no diera aquel doctor más antecedentes sobre el caso para explicarse cómo y por qué murió la enferma.

El Dr. Mas elogia los procederes hysteropéxicos en general y sostiene su opinión de que poco á poco irá desapareciendo de la ciencia el empleo de los pesarios, tanto por los cuidados que necesitan de limpieza y de colocación inteligente, como por los perjuicios que causan. Resérvalos para aquellas señoras que, temerosas de una intervención quirúrgica, tengan vida sedentaria; pero insiste en que las que lleven una vida activa y de trabajo más ó menos rudo, no defenderán su ectopia con pesarios y deberán acudir precisamente á la operación.

Dice no dió á la nota clínica de su operada de hysteropexia toda la extensión deseada por el Sr. Cantó, en lo que se refiere al punto de vista de los quistes ováricos y al modo de morir, porque ambos extremos le parecieron ajenos al asunto de su trabajo.

Confiesa, porque dice confiesa siempre y en todo caso la verdad, que sufrió un error en el diagnóstico y que así lo expuso á los que le rodeaban antes de abrir el peritórneo, é insiste en que este error, disimulable en los grandes cirujanos y sufrido por ellos, desde Spencer Wells á Federico Rubio, era más excusable en el que dice modesto cirujano de un rincón de España.

Pero insiste en que ese error lo hubiera cometido cualquiera. Cuando el quiste llena todo el vientre,—cuando los intestinos no le encuadran—cuando no se puede diferenciar su curva superior convexa á la percusión de la cóncava de la ascitis, no hay medio de hacer un diagnóstico seguro. Evacuado el líquido por completo, nada encontró anormal en el vientre. Este error, dice, le ha servido después para conocer se trataba de un

quiste en otros dos casos, el uno operado y curado y el otro por operar aún. En el segundo caso, disimulada ascitis, no hizo la evacuación completa y pudo después coger la bolsa semillena en el vientre. El análisis químico practicado á la ligera (calor, ácidos) como uno lo hace, no diferencia siempre el líquido ascítico del quístico seroso y esto ayudó al error.

En cuanto al modo de morir la enferma, cree lo fué por peritonismo nervioso, sin negar que éste se originase en una peritonitis séptica. La autopsia dió únicamente la vascularización peritoneal exagerada que ya notó durante la operación; ¿qué sucedió después? Había peritonitis al operar, pero crónica, por la presencia del huésped tantos años en el vientre, y esa peritonitis debió originar la muerte, pues no se encontró otro motivo, y al originarla, dos pudieron ser los caminos seguidos, vascular y nervioso. El primero le parece imposible, la infección la hubiera marcado el termómetro, y éste no llegó á 38° en los tres días que vivió la enferma, y si es verdad que hay infecciones sin pasar la temperatura natural y aún con temperaturas más bajas, van siempre acompañadas de modificaciones profundas en los sistemas nervioso, circulatorio y aparato respiratorio que aquí no se notaron. Más explicable le parece la muerte por la vía nerviosa. La lesión era local y de allí arrancaría la causa. Se sabe, dice, que en toda inflamación de serosa el peligro, más bien que de ella, proviene de que la afección llegue á interesar los órganos que envuelve, y de ahí resulta que análogas en textura todas las serosas, sean de distinta significación pronóstica una pleuresia y una meningitis.

No muere el pleurítico porque se junten por adherencias ó se separen por un derrame las paredes de la pleura, sino que se compromete su vida cuando sobreviene una neuritis del plexo cardíaco ó del simpático abdominal. En la peritonitis séptica ordinaria, con la infección local, tiene lugar la general, y á las manifestaciones de ésta, se unen las de aquella, formando un cuadro sindrónico tipo: mas en el caso presente han fallado las generales, quedando reducida la cosa á la lesión peritoneal y al simpático. En resumen, dice, proceso flogístico antiguo en el peritoneo, recrudescencia de éste por la intervención, acción sobre los plexos nerviosos en especial, sobre los ganglios del centro solar, neurólitis, sideración y muerte.

El Sr. Presidente autoriza al Dr. Clemente Ramón para que lea el trabajo que sigue:

DOS CASOS DE LOCURA PUERPERAL CURADOS POR LA HIDROTERAPIA

SEÑORES:

Voy á bosquejar ligeramente dos casos de locura puerperal, ocurridos en mi visita particular, y francamente, por cuestión del tiempo transcurrido, no podré citároslos con todos los detalles que debiera, pero en fin, como mi único objetivo es llevar un dato, una nota á ese Congreso, supongo que me dispensareis de que presente estos simples bosquejos.

D.^a N. N., de 40 años de edad, de temperamento linfo-nervioso y bien conformada, cuyo quinto parto se verificó como los anteriores, es decir, de la manera más normal en su marcha y terminación, si se excluye el fallecimiento del niño á los pocos días de su

nacimiento, estando ya en el período puerperal pierde el uso de la razón; es atacada de delirio, y en este estado de locura, pasa dos años sin someterse á tratamiento alguno.

Cuando fui llamado para asistirle en su sexto parto, la encontré en un estado tan completamente satisfactorio respecto á sus facultades intelectuales, que era imposible sospechar que aquella mujer, que tan bien discurría, no hubiese tenido razón por espacio de tanto tiempo.

El parto se verificó, como todos los anteriores, sin ningún accidente; el niño, á los tres días de su nacimiento, es atacado de viruela y muere; su madre se impresiona de una manera extraordinaria, es presa de una gran agitación nerviosa con locuacidad extrema, viene más tarde la incoherencia en las ideas, el delirio de acción y palabra, alternando con postración y silencio, insomnio é indiferencia por las personas y cosas; estas crisis maníacas hicieron necesario el empleo de medios coercitivos, y su resistencia á tomar alimento alguno, hacen indispensable el uso de la sonda esofágica para atender á su alimentación. Así continuaron las cosas por espacio de algún tiempo, durante el cual, tomé ó hicimos tomar á la enferma toda la serie de antiespasmódicos sedantes y anestésicos aconsejados en esta enfermedad. Todo inútil, la enferma continuaba en el mismo estado, y hacía un mes que nada adelantábamos.

Procuró un compañero hipnotizar á la enferma, pero fueron inútiles sus esfuerzos, pues no consiguió sugestionarla. En estas circunstancias, nos decidimos á emplear la hidroterapia; empezamos, como es consiguiente, dado el estado de debilidad de la enferma, por lo más sencillo, lociones y afusiones frías á la cabeza y columna vertebral; así estuvimos ocho días, al cabo de los cuales, la enferma, que se resistía á tomar alimento alguno y que todo le era indiferente, pedía la esponja y ella misma se tiraba el agua; quince días y la enferma ya pedía alimento, y las crisis eran menores en número é intensidad; después ya pudimos hacer que le llevasen á un establecimiento hidroterápico, continuando el alivio, hasta que por fin, le dimos el alta á los cuatro meses después del parto.

D.^a J. C., de 26 años, de temperamento nervioso y bien constituida, dió á luz el día 1.^o de Noviembre del 81 un niño; esta mujer primeriza no se quejaba de cosa alguna, y decía no haber padecido mas que las enfermedades propias de la infancia, menstruando después con regularidad.

A los cuatro ó cinco días de verificado el parto, fui llamado y la encontré en una situación que con ligeras variantes era igual á la anterior, pues presentaba el mismo cuadro sintomático; aquí no me en-

tretuve mas que lo exstrictamente necesario para que aquella mujer recobrase unas pocas fuerzas perdidas por el parto. A los tres meses del uso de la hidroterapia, le dimos el alta.

EXTRACTO DE LA DISCUSIÓN

El Dr. Sanchis Bergón rectifica, diciendo que las observaciones expuestas por el Dr. Ramón, manifiestan una vez más la razón patogénica de las locuras puerperales y de las pasajeras, producidas por una infección ó viciación sanguínea; así, nó es extraño que con los hipnóticos, congestivos del cerebro, no obtuviese ningún resultado, por lo mismo que en las fiebres, si hay congestión cefálica, viene el delirio.

De tal modo, nó es de extrañar que tonificando al organismo, regulando sus actividades, haciendo que la infección fuese aminorando, muy especialmente por la actividad provocada en la piel, se lograra la curación.

El Sr. Clemente Ramón agradece el elogio del Dr. Sanchis y acepta la idea patogénica por él aquí expuesta, y hace constar que una de las cosas que en su concepto contribuyeron á la curación de sus enfermas, fué la irrigación intrauterina anti-séptica.

El Dr. Sánchez Santana (de Alicante) dá lectura á la siguiente comunicación:

LOS TUBERCULOSOS Y LA TEMPERATURA EN ALICANTE

SEÑORES:

Al pretender ocuparme ante vuestra ilustración del clima de Alicante y de su influencia en los tuberculosos del aparato respiratorio, no creais que pretendo deciros nada nuevo; sólo aspiro á daros á conocer las cualidades excepcionales de aquel país, que algo participa de esta hermosa región, en lo que á su temperatura se refiere, elemento de entre los que constituyen un clima, el más digno de estudio por su influencia más inmediata y general sobre el individuo, por sus frecuentes y grandes oscilaciones, así como por la elevación que alguna vez y en algunos países suele alcanzar.

Cada pueblo, cada país, encierra en sí especiales condiciones, que, influyendo de una manera directa en la constitución de su clima, determinan su temperatura; y por lo que respecta á las de Alicante, son tan particularísimas, como tendreis ocasión de ver en el curso de este mi insignificante trabajo.

No es mi propósito estudiar la temperatura anual de la indicada población: bastará á mi objeto referirme á la de los meses comprendi-

dos entre Noviembre y Marzo, ambos inclusive, que son los que en aquel país constituyen la temperatura invernal, así como los más crudos, para el tuberculoso, en todas partes.

Del quinquenio comprendido entre los años 1884 y 1888, que es el más próximo que á nosotros se puede ofrecer á nuestro estudio, deducimos las siguientes temperaturas:

Máxima del año 1884: 20'1. Mínima 4'9. Media 12'5.

Máxima del año 1885: 21'7. Mínima 3'5. Media 12'6.

Máxima del año 1886: 21'4. Mínima 4'3. Media 13'9.

Máxima del año 1887: 19'5. Mínima 3'2. Media 11'4.

Máxima del año 1888: 22'2. Mínima 1'8. Media 12'0.

Máxima media de las cinco temporadas invernales reunidas, 22'2; mínima media, 1'8; media de estas dos observaciones, 12'.

No presumo negar que, si recorriésemos una por una todas las observaciones que nos han servido de base para el estudio de la temperatura, habíamos de encontrar oscilaciones, algunas de ellas mayores de cinco grados, así como entre sus mínimas absolutas hallaríamos alguna por debajo de cero. Pero, como más tarde vereis, existen poderosos motivos para no considerar aquellas oscilaciones ni estas rarísimas temperaturas extremas, con poder capaz de alterar la constancia de la que durante la temperatura invernal se disfruta en aquella población.

En Alicante la temperatura tiene una constancia regular, regularidad sostenida por la falta de hielos y nieves en sus cercanías; por esa cordillera de montañas que, empezando en la llamada Font-Calent y corriéndose hacia el Este, viene á terminar en forma de anfiteatro; por la gran masa de agua que se extiende á su vista, hasta perderse en el horizonte; por su situación, colocada en gran parte al abrigo de los vientos del Norte; por su exposición al Mediodía y al Oeste; por la configuración de su costa; por su implantación en las mismas orillas del mar; por los ardores de un sol brillante y eterno; por la humedad del aire, que llega á los tres quintos de saturación, etc., etc. Todo contribuye á dulcificar su temperatura y templar, haciéndolas insensibles, las oscilaciones de este importantísimo elemento.

A nadie se oculta que el hombre puede resistir grandes variaciones de temperatura y vivir en los más opuestos extremos; pero es el hombre que siente dentro de sí todo el vigor de la salud y la robustez, no el tuberculoso; este tiene su más constante enemigo en esas variaciones de temperatura, y aún en esas mismas temperaturas extremas.

En Alicante el tuberculoso se vé raras veces expuesto á los accidentes que son consecuencia de estos fenómenos, y no es infrecuente

que el invernante sienta húmeda la piel y note un aumento de transpiración cutánea, impropia de la estación, que dura lo que dura su paseo; hecho notabilísimo que llama la atención, y que, aunque en otro sitio nos hemos ocupado de este fenómeno, no podemos resistir á la tentación de repetir aquí.

Yo decía y repito, que son dos los medios que tenemos para apreciar la temperatura; el uno es el que todo el mundo conoce, el ordinario, el oficial, el científico, y que consiste en medirla por medio de la columna mercurial; el otro es menos científico, pero más racional; menos oficial, pero más fisiológico; se siente frío y se dice que lo hace, se siente calor y se busca el aire fresco; es la temperatura que se siente.

Nos encontramos, pues, enfrente de dos temperaturas, la marcada en el termómetro y la *sentida* por nosotros, que para diferenciarla de la anterior, la llamaremos temperatura *sensible*.

Anteriormente hemos dicho que durante el invierno, en Alicante algunos individuos, muchos, sientan una notable transpiración cutánea al más pequeño ejercicio; simplemente durante el paseo; y llama mucho la atención que con los 6.º ó 8.º que marca el termómetro en el Observatorio (temperatura oficial), sientan realmente menos frío, (temperatura sensible), que el que corresponde á aquellos grados. Y este hecho tiene una sencilla explicación científica tan racional, que la vamos á exponer en cuatro palabras.

Nadie ignora que el estado higrométrico de la atmósfera está determinado por la temperatura y la cantidad de vapor acuoso que en aquella existe. Para que el agua, de su estado, ordinariamente líquido, pase al de vapor, es necesario el empleo de gran cantidad de calor, que en estado latente marchará en parte á la atmósfera, aprisionado en las moléculas gaseosas; esta gran cantidad de calor, robada á la atmósfera, puede serle devuelta con gran facilidad; para ello bastará que la influencia de una baja temperatura, de una corriente de aire frío, provoque la condensación de aquellos vapores.

Estudiemos la cuestión bajo otro aspecto. El hombre, según el estado higrométrico de la atmósfera que habita, y fuera de otras influencias, evaporará en mayor ó en menor cantidad y con más ó menos rapidez; y como para que esta función tenga lugar se necesita el desarrollo, ó mejor dicho, el gasto de cierto número de calorías ó empleo de fuerzas vivas, la cantidad empleada de estas calorías, la pérdida de calor que experimenta, ó sea la sensación de frío que sienta, estará en relación con la cantidad y rapidez de la evaporación. Ahora bien; el tuberculoso que viva en una atmósfera como la de Alicante, cuyo grado de humedad durante la temporada invernal es de $\frac{3}{5}$ de

saturación podrá sostener en perfecto estado fisiológico todas aquellas funciones que, no influenciadas directamente por el tubérculo, pudieran serlo por los agentes exteriores, entre los cuales las variaciones de temperatura ocupan indudablemente el primer lugar. Allí se evitarán siempre esos cambios bruscos de temperatura por la existencia en la atmósfera de ese calórico latente de que antes nos ocupamos; ni exagerándose la evaporación, por no respirar en una atmósfera seca, perderá el enfermo grandes cantidades de calor, con cuyo ahorro se opondrá seguramente á la influencia de la temperatura exterior; tampoco tendrá que luchar contra el exceso de humedad, que entorpeciendo aquella notable función, retendría los materiales de desecho que con ella se eliminan del organismo, y provocaría esas autointoxicaciones que por alteraciones en la función de otros órganos solemos observar en nuestra práctica.

Ved, pues, que de causas tan complejas, si bien todas en armonía, previene el que los enfermos que invernan en Alicante experimenten aquel fenómeno de que me ocupé al principio de este mal hilvanado escrito.

Observad también por qué decía al comenzar este trabajo, que existían poderosas razones para no considerar las oscilaciones de temperatura y las mínimas extremas de la atmósfera de Alicante con poder suficiente para alterar la constancia de la que durante la temporada invernal se disfruta en la indicada población.

Y bien, señores; en una temperatura media de 12° y en medio de un clima suave, ozónico, constante, húmedo y de presión igual, vive el tuberculoso como el pez en el agua y el ave en el espacio, es decir, en el único elemento donde le es posible la vida sin esos graves trastornos que suelen provocar los cambios de temperatura y de presión; sin esos terribles accidentes que suelen acompañar ó ser consecuencia de las variaciones atmosféricas; y si á esto añadimos que allí el día es largo, lleno de luz y de calor, y el sol espléndido y la atmósfera serena, siendo muy contados los días que por la lluvia ó el viento no pueda el tuberculoso salir de casa, convendréis conmigo en que Alicante debe considerarse como una de las mejores residencias invernales, en donde los enfermos del pecho, si no encuentran la salud, hallarán, por lo menos, un lenitivo á sus constantes sufrimientos.—HE DICHO.

EXTRACTO DE LA DISCUSIÓN

El Dr. Guillén y Marco comienza felicitando al Dr. Sánchez Santana por el trabajo que acaba de leer y aprovecha la ocasión para felicitarle también por la Memoria que ha publicado sobre el mismo tema.

Dice el Dr. Guillén que tanto aquel como ésta, demuestran que en nuestro país se vá reconociendo más y más cada día la importancia de esta clase de estudios, y por consiguiente, el valor que tienen, tanto en el concepto terapéutico como en el higiénico, las estaciones invernales. Que realmente Alicante merece ser una de las mejores de la península, como lo es Málaga en la costa meridional, como pueden serlo otras de esta costa de Levante. Pruebas de ello son, respecto á Valencia, los datos que muy por extenso pueden leerse en su Memoria agraciada en el último concurso extraordinario de nuestra Sociedad, con el premio ofrecido por el Excmo. Ayuntamiento, y que pueden resumirse de la siguiente manera:

Presión barométrica: la normal á orillas del mar con oscilaciones de poca intensidad.

Temperatura: Durante los 20 años comprendidos entre 1864 á 1883 y en los meses de invierno.

	Noviembre.	Diciembre.	Enero.	Febrero.	Marzo.
Máxima media.. .	19'48°	15'68°	15'94°	17'60°	18'38°
Mínima media. . .	9'14°	5'39°	5'09°	6'15°	7'50°

De lo que resulta un promedio de máxima invernal de 17'41° y un promedio de mínimas de 6'65° en los referidos 20 años.

Y esto puede decirse de casi toda la zona litoral, pues si bien no se han publicado observaciones, es casi seguro que en la Marina de Alicante, así como en Gandía, Sagunto y sus Valles, y otras localidades de estas provincias y de la de Castellón, han de gozar de condiciones climatológicas muy parecidas, y por lo tanto, abonadas para el objeto.

En cuanto á la humedad, los datos obtenidos en el observatorio de esta capital no difieren de los que relativos á Alicante ha dado el Sr. Sánchez, y aún cuando parezca que, dadas las condiciones de la vega de Valencia, deba ser mayor el estado higrométrico, no es así por efecto del predominio que en invierno tienen los vientos del interior, que siempre son de una sequedad extrema, y además por la escasez de lluvias en dicha estación.

De todo ello resulta, en concepto del Dr. Guillén y así lo tiene consignado en la Memoria antes citada, que Valencia y sus alrededores deben considerarse como una buena estación invernal, cuya característica es: Presión barométrica normal, temperatura diurna cálida y en conjunto templada, de aire puro y renovado con frecuencia, de ligera humedad, lluvias escasas y de atmósfera limpia muy brillante y diáfana, siendo sus efectos sobre el organismo, como tónica y poco excitante.

A continuación dá lectura el Dr. Simó al siguiente trabajo:

CONTRIBUCION A UN NUEVO PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCION DE LA CATARATA LENTICULAR SENIL

SEÑORES:

Al exponer las consideraciones respecto al procedimiento que empleo durante siete años, no me ha impulsado el espíritu de escuela, sino el deseo de contribuir á la resolución de tan debatido problema.

¿La iridectomía debe practicarse siempre en la operación que nos ocupa? A mi entender casi nunca, por ser las escepciones sumamente raras.

Yo no tengo inconveniente en afirmar que muchos de sus partidarios sacrifican sus convicciones en aras del espíritu de escuela y que persisten en la iridectomía, para dar más fácil salida al cristalino. Esto, mecánicamente considerado, resulta muy cómodo, pero científicamente insostenible, en la mayoría de los casos.

Me podreis objetar que practicando gran colgajo ó la iridectomía, se facilita la extracción de la catarata y se evitan los magullamientos irídeos y salidas del vítreo, accidentes propios de una abertura estrecha, pero este detalle físico-mecánico se resuelve con suma sencillez dilatando previamente la pupila al máximo. Esto me dá campo suficiente, y de aquí la solución al problema, fácil salida del cristalino sin excisión del iris; llenando con ello las prescripciones de la cirujía conservadora de no inutilizar, sino en casos indispensables, órganos que sirven.

ABERTURA DE LA CÓRNEA. Según De-Graefe: *«Los obstáculos para la curación de una herida corneana están en razón directa de la altura del colgajo.»* En efecto; la práctica constante nos lo demuestra, y á esto me atengo haciendo un colgajo periférico superior de 3 mm. en el limbo de la córnea, sin interesar la conjuntiva. Esto nos resuelve otro de los puntos tan discutidos de que el colgajo sea lo más pequeño posible sin ser deficiente.

Dicha operación la practico en esta forma: El día anterior del designado para verificarla, instilo la atropina cuatro ó cinco veces para dilatar la pupila al máximo, lo cual se consigue siempre que el iris se encuentra en estado normal. Dilatada la pupila, lociono el globo del ojo, fondos de saco y bordes palpebrales, con una disolución de sublimado al $\frac{1}{2000}$, y no al $\frac{1}{1000}$ como empleaba al principio, porque á tal concentración determinaba congestiones activas, dolores,

lagrimeo y alguna secreción conjuntival, entorpeciendo, en su consecuencia, la marcha de la cicatrización, y con más la opacidad que generalmente producía en los labios de la herida.

Las vías lagrimales las libero de los elementos nocivos que pudiesen aportar al ojo mediante inyecciones de la misma disolución, ó de ácido bórico al 3 % para precaver la absorción del sublimado; y, cuando compruebo afecciones en el saco lagrimal, en particular dacriocistitis, las combato antes de practicar la operación.

Libro el ojo y adyacentes de cuantos microorganismos pudiesen tener, por medio de este lavado minucioso y detenido, procedo á la asepsia de los instrumentos con alcohol absoluto, ácido bórico al 4 %, etc., etc., y llevo á efecto la operación en esta forma. Acostado el enfermo, le aplico el blefarostato de resorte, cuando no tengo confianza en su docilidad; porque á tenerla, como quiera que el colgajo es tan pequeño, opero á ojo libre; pero esto es la escepción. Sujeto el globo con las pinzas y en la línea horizontal que corresponde al cuarto superior de la córnea, introduzco perpendicularmente el cuchillete De-Graefe en la cámara anterior, disciendo la cápsula describiendo con la punta del mismo una circunferencia lo más completa posible alrededor del ecuador del cristalino, lo cual es fácil por la dilatación de la pupila, y con esto se obtiene que en el centro del cristalino quede la mayor porción de cápsula, para en el caso de que á la primera sección no se haya retraído del todo, discindirla en pequeñas porciones, evitando que al retraerse, arrastrando hacia atrás capas corticales, origine cataratas secundarias de importancia.

Esto ocurrirá siempre que tratemos cápsulas reacias, pues en las que tienen normal elasticidad se retraen por completo á la primera discisión.

Efectuada ésta, se levanta la hoja del cuchillete suavemente, para no entreabrir la herida de la córnea, y dar salida al humor acuoso; practicando la contrapunción por el sitio opuesto al de entrada, y con pocos movimientos de sierra, se termina el colgajo, siguiendo el limbo de la córnea. De este modo se evita el colgajo conjuntival, que, por la sangre que dá pasando á la cámara anterior, difiere la operación; y porque á veces, cayendo demasiado alto, lesiona el canal de Schlemm y entorpece la libre filtración ocular.

Hecha la contrapunción, empieza á contraerse la pupila con la salida del humor acuoso, y se acentúa al concluir el colgajo; pero esto nunca motiva la propulsión del iris, ni el que se interponga al filo del instrumento antes de terminar la sección de la córnea; hecho muy frecuente en los demás procedimientos simples.

Quitado el blefarostato, basta una ligera presión en el segmento

inferior de la córnea para dar fácil salida al cristalino; y muchas veces, con sólo hacer mirar al enfermo hacia abajo, entreábrese el colgajo y salta al exterior.

Después de la salida de la catarata, al descender tan rápidamente la tensión ocular, se contrae instantáneamente la pupila, y tanto se contrae que muchas veces queda más pequeña que en su estado normal, no habiendo necesidad de la espátula de caucho mas que alguna vez, para regularizar su circunferencia.

Extraída la catarata, desembarazo la cámara anterior de todos sus restos, inyectando inmediatamente agua hervida bien filtrada y á una temperatura de 25° por medio de la jeringuilla de Pravaz y con cánula obtusa, y no con la de Panás, porque el mayor volumen de su cánula, al entreabrir demasiado el colgajo, suele determinar accidentes que comprometen el éxito de la operación.

Este lavado ha de practicarse más minuciosamente en las cataratas lenticulares semisólidas y blandas, con el fin de que el líquido inyectado arrastre á su salida las capas corticales existentes en ambas cámaras, pues la práctica me ha demostrado que la naturaleza es insuficiente para reabsorberlas.

En las cataratas duras bastan ligeras inyecciones, porque á la salida del cristalino quedan limpias ambas cámaras por la consistencia y adhesión de todas las capas que le constituyen.

El objeto de este lavado es puramente mecánico; porque como antiséptico no es posible, dada la corta permanencia del líquido inyectado; y además, por cuanto su concentración nunca es suficiente á matar los nuevos organismos introducidos, si se tiene en cuenta la delicada textura del ojo. Produce también la contracción de la pupila, por el estímulo que sobre el iris determina la inyección; disipando con esto los temores que pudiésemos tener á los enclavamientos del mismo.

La curación post-operatoria, como asimismo sus cuidados, son sumamente sencillos: dos ó tres compresas de algodón, y una venda aséptica en forma de binóculo, empapadas de la disolución de sublimado antedicha, bastan para que cicatrize la herida por primera intención á las veinticuatro ó treinta y seis horas en los sugetos bien constituidos, siempre que permanezcan en cama á media luz, y con una quietud lo más absoluta posible, al menos en las primeras veinticuatro horas.

No quito el vendaje en tres días, á no ser que el enfermo sienta molestia en el ojo; pues cuando por complacencia lo he levantado antes de este tiempo, se han presentado algunas veces, al mirar los enfermos hacia abajo, hemorragias, por ruptura de alguna venita de

la cicatriz corneana aún no consolidada, que, llenando la cámara anterior, han dejado en el centro pupilar restos sólidos de la misma que entorpecen la buena visión, á pesar de que el humor acuoso haya reabsorbido la mayor parte de la sangre extravasada. Lo cual ha de tenerse muy en cuenta, especialmente tratándose de enfermos que se encuentren reunidos en local reducido y padeciendo distintas afecciones, como he podido comprobarlo durante mi práctica en los hospitales provinciales de Alicante y Valencia.

En los hospitales, y sobre todo en los nuestros, es donde más debe observarse dicha prescripción; en el de nuestra ciudad he visto, hasta hace poco, tener al lado de mis operados, enfermos por accidentes, con gangrena, supuraciones abundantes, venéreos y sífilíticos, constituyendo una atmósfera sumamente perniciosa.

Quitado el vendaje, transcurrido dicho término, encuentro la pupila redonda, del tamaño natural y negra; muy pocas veces he tenido necesidad de instilar la *eserina*, *que solamente empleo cuando aquella está dilatada é irregular*, con el fin de evitar enclavamientos irídeos. Levanto el enfermo, y le vendo los ojos, instilándole antes, si está la pupila demasiado contraída, atropina aseptizada. Dos días después, si antes no se presenta algún accidente, le quito el vendaje definitivamente, haciéndole llevar sólo una pantalla para evitar el exceso de luz.

Las ventajas de este procedimiento sobre los demás, lo comprueban mis estadísticas presentadas á las Diputaciones de Alicante y Valencia, y las de mi práctica particular, que me dan un 96 % de resultados favorables, incluyendo en estos á aquellos en quienes quedan pequeñísimas cataratas secundarias, los cuales obtienen buena visión discindiendo dichos restos.

Los casos desgraciados deben su origen á violencias sobre el globo del ojo; á quitarse el vendaje antes del tiempo prefijado, á los accesos fuertes de tos dentro del tercero día, etc., etc., los cuales determinan enclavamientos extensos del iris, hérnias grandes del mismo, causa de iridocoroiditis, é iritis plásticas, que han obstruido el campo pupilar; pero aún en estos casos, dominadas dichas afecciones, y transcurrido tiempo, han conseguido alguna visión por medio de una iridectomía.

Salidas de vítreo son tan raras, que sólo cuento cuatro y en poca cantidad, en las 310 cataratas que llevo practicadas con este procedimiento; y sin más consecuencias desagradables que enclavamientos del gran círculo del iris á la cicatriz, pues los enfermos alcanzaron buena visión; y tampoco he tenido ningún caso de supuración del colgajo desde que sigo el procedimiento espuesto.

Siguiendo dichas prescripciones, no se presentan las hernias de iris, no tan sólo por la pequeñez del colgajo, que hace que la córnea resista la tensión ocular, dificultando se entreabra su herida; sino porque la pupila, después del lavado queda casi contraída y sin tendencia á dilatarse ni á que el iris se enclave ni se hernie; y tanto es así, que me veo precisado á instilar la atropina, en la mayoría de los casos, cuando quito el vendaje.

No registro en mis estadísticas procesos flogísticos infecciosos, no tan sólo por la asepsia rigurosa y pronta cicatrización de la herida; sino porque no introduzco en la cámara anterior otro instrumento que el cuchillete de Graefe y el agua del lavado.

Prescindo de la iridectomía, y solamente la reservo para los casos extremos de grandes prolapsos irídeos, difíciles de reducir, ó para cuando á la salida de la catarata ha habido fuerte contusión ó heridas del iris; pues desde el momento que no le sacrifico, evito el trastorno estético que esto origina, los círculos de difusión sobre la retina, los deslumbramientos, puesto que el iris es el moderador de la luz, y al quedar incompleto, no pudiéndonos acomodar al medio lumínico que nos rodea, precisamente ha de resultar la visión defectuosa.

No llevando al efecto dicha operación, disminuyen las probabilidades de las cataratas secundarias, por ser menor el tejido lesionado, evitando con ello también las hemorragias en la cámara anterior, y los enclavamientos de los ángulos de la herida irídea con la cicatriz corneana, que constituyen las cicatrices cistoides de Wecker; hecho de mucha importancia, que, interrumpiendo la buena filtración ocular, determina, á plazo largo, iritis ó iridocoroiditis de marcha insidiosa y sin, apenas, cortejo flogístico.

Como dejamos expuesto, solamente perjuicios produce la iridectomía, salvo en los casos extremos ya indicados.

Nunca he observado como en los demás procedimientos, tanto simples como combinados, esos enclavamientos, esos pellizcamientos múltiples del gran círculo del iris con la cicatriz, no pudiendo resultar ésta tan sólida y limpia como empleando dicho método operatorio; porque en éste, la zona de filtración del gran círculo irídeo la encuentro siempre libre, constituyendo la garantía más segura para la vida ulterior del ojo, pues ya habreis observado que la acción de la atropina cesa verificada la extracción de la catarata.

Una larga experimentación, no el amor propio ni el cariño á mi sistema, háme decidido tenazmente á evitar la iridectomía; y digo esto, porque durante mi práctica, particularmente en nuestro Hospital Provincial, he comprobado las ventajas de mi procedimiento, operando en una misma sesión de ambas maneras, ya á un mismo en-

fermo con cataratas dobles, ya á distintos, como lo tengo consignado en las memorias estadísticas antes mencionadas; resultando de las mismas que, en aquellos en quienes había practicado la iridectomía con la misma altura de colgajo, observé pupilas más irregulares, pequeñas y múltiples adherencias de los ángulos del iris á la cicatriz de la córnea, que son las de peores consecuencias, y más heridas de cápsula opaca, y por lo tanto, menos visión.

El día en que pueda con facilidad extraer la cápsula, lo que me dará siempre pupilas limpias, desapareciendo, por lo tanto, esas pequeñas opacidades de restos capsulares, que aparecen en algún punto del campo pupilar, aunque raras veces, entonces con mi procedimiento habré contribuido á resolver el árduo problema que preocupa á todos los oculistas, llevando á la práctica el ideal de la operación de la catarata, como método general y que consiste en la extracción de la catarata lenticular senil, sin iridectomía y á pequeño colgajo.—HE DICHO.

EXTRACTO DE LA DISCUSION

El Dr. Blanco dice no ha visto ninguna novedad en el procedimiento que el doctor Simó llama nuevo y suyo; ni la incisión, ni su negativa á practicar en todos los casos la iridectomía, ni la manera de seccionar la cápsula, ni nada, en fin. Cree peligroso el empleo previo de la atropina, porque paraliza el iris, acumulándole en el ángulo irídeo, facilitando los enclavamientos; cree, además, que el huir del ángulo irídeo en la incisión, por temor á que ésta dificulte la filtración ocular, es una heregía en el terreno científico, pues precisamente practicamos por este punto la incisión en la esclerotomía, porque favorece el desagüe, razón por la que la esclerotomía ha ganado terreno sobre la iridectomía hasta suplantarla casi en absoluto en el tratamiento del glaucoma, en el que la iridectomía era el recurso soberano.

El Dr. Aguilar dice que, como el Sr. Blanco, nada de original ha encontrado en el procedimiento que llama *suyo* el Dr. Simó.

La queratotomía periférica de tres milímetros de altura, es el colgajo de Wecker; la discisión con la punta del cuchillo empezó por practicarla Nélaton y la generalizó Galezowski, haciéndola actualmente también algunos de sus discípulos, entre cuyo número se cuenta. El no practicar iridectomía es justamente en su colgajo un inconveniente, pues su autor, Wecker, que sabe mejor lo que se hace, practica la iridectomía esfinteriana para evitar la fácil hernia del iris y la salida del cristalino por un colgajo tan pequeño. Dice tuvo ocasión de criticar las irrigaciones de la cámara anterior en la Memoria que presentó al Congreso de Barcelona. Dice que, como acción antiséptica, no tienen aplicación, por los trastornos que provocan en los elementos anatómicos, y como objeto de limpieza tampoco, pues todo el contenido de la cápsula replegada, y aún de la cámara posterior, quedan en el propio sitio. Dice le quedará de original tal vez al procedimiento del Dr. Simó la no infección del contenido ocular por los instrumentos; pero justamente esta idea era la originalidad del procedimiento operatorio de la catarata consignado en la Memoria dicha de Barcelona. Esto tampoco lo consigue el señor

Simó, pues desde el momento en que después de la salida del cristalino introduce el irrigador, deja necesariamente entreabiertos los labios de la herida y por lo tanto, en contacto con el humor acuoso el ambiente y la secreción lagrimal del ojo.

Dice, además, que operando cuando el enfermo es dócil, á ojo libre, es la verdad que necesitaba gran docilidad en sus 306 enfermos operados para poder practicar la discisión con la punta del cuchillo de Graefe, sin producir trastornos.

El Dr. Osio dice: "Dos palabras no mas. Respecto á practicar ó no la iredectomía en la operación de la catarata, debo confesar que considero como el ideal de esa brillante operación el conservar el iris y esto por diferentes razones; y cuando veo que hoy se evitan *casi* del todo las supuraciones, se pierden los ojos por enclavamientos é irido-ciclitis. Además, no hay duda alguna que, practicando la iridectomía, se observan menos cataratas secundarias en que exige una segunda operación.,,

El Dr. Simó rectifica, diciendo que el peligro de que la atropina pliega el círculo mayor del iris, es una de aquellas teorías que no tienen comprobación en la práctica; y que los enclavamientos por ese motivo no existen.

El lavado con el sublimado al 1 p. 5000, con el poco tiempo que permanece en la cámara anterior, es suficiente para impedir la reproducción de los micro-organismos que allí puedan existir.

Que no tenga miedo de hacer el colgajo alto, dice el Dr. Blanco; precisamente eso es lo que hoy todos los oculistas evitan, porque en la región trabecular, de que nos habla, las cicatrices no son tan sólidas y por lo tanto en mejores condiciones para la inyección. Que no ha leído que ningún oftalmólogo emplee mi procedimiento en todas sus partes, al menos que lo haya publicado antes que yo que lo hice en *El Siglo Médico* el año 1890. Dice que los enclavamientos de que me habla el Dr. Osio, no los tiene mas que cuando han existido violencias en el ojo. Y de lo que dice que las capas corticales salen mejor habiendo iridectomía, ha de contestar que salen aún mejor haciendo un pequeño lavado, y al evitar dicho traumatismo, que tantos inconvenientes consigo lleva, en todos sentidos, tanto respecto á la incisión, que será defectuosa, como por ofrecer terreno abonado para que se desarrollen los procesos infecciosos si han entrado micro-organismos en las cámaras del ojo.

El Dr. Mas lee la siguiente comunicación:

SOBRE UNA PRIMERA SERIE DE ONCE OVARIECTOMIAS

SEÑORES:

Otro cirujano más celoso del buen nombre de operador afortunado, se hubiera muy bien guardado de traer nada de su desacertada práctica; pero yo soy de los que creen el que un caso desgraciado enseña más que cien afortunados, y el que esa enseñanza aumenta en progresión aritmética, cuando son varios los casos que le sirven de fuente de conocimiento. Si á esto añadís el que al someter á nuestro juicio los resultados de mi práctica, espero que las observaciones que me hareis han de ser motivo para mí de modificaciones en mi modo de proceder, es decir, de nueva enseñanza, comprendereis

por qué os traigo este estudio sobre las primeras ovariectomías que he practicado.

Son éstas en número de once, según resulta de mis apuntes.

I. Mujer de 38 años de edad, casada, de Liria (Valencia), sanguínea, buena constitución. Regla á los 13 años, sin ninguna alteración hasta los 36, mas que las propias de dos embarazos que ha tenido. Notóse el tumor en el vientre hacía 30 meses, siendo del tamaño de una naranja. Desde entonces, el aumento de volumen fué continuo hasta llegar al momento de la operación. Diagnosticada antes de venir á mis manos de hepatitis, preñez extrauterina, ascitis y *ventosidades*. A mediados de Junio de 1882 ví por vez primera á la enferma, y al descubrirle el vientre y encontrarlo deformado por un gran abultamiento, se me ocurrió la idea del quiste ovárico, idea que confirmé después por un minucioso reconocimiento.

En 29 de Julio, habiendo alquilado una casa de buenas condiciones higiénicas en Godella para practicar la operación; desinfectada la habitación con cuantas precauciones sobre instrumental, medios antisépticos, anestesia combinada con el cloroformo y la morfina; uso por vez primera del nitrato de amilo, de las inyecciones hipodérmicas de éter; prevenido por las intravenosas de amoníaco si hubieran sido necesarias, y ayudado por una docena de compañeros que me hicieron el favor de prestarme sus conocimientos para este primer paso de la cirugía abdominal en la provincia valenciana, practiqué la operación siguiendo el proceder ordinario con alguna ligera modificación de que después hablaré.

El quiste radicaba en el ovario izquierdo; carecía de adherencia; era multilocular; encerraba 8 kilogramos de líquido gelatinoso, blanco en unas células; moreno negruzco en otras; pesando sus paredes, después de evacuado el contenido, 2 kilogramos y medio. Pedículo de 3 centímetros de diámetro, ligado con seda, cortado con la cadena del magullador; cauterizado con el termo-cauterio de Paquelin y abandonado en el interior de la cavidad abdominal. Limpieza del peritoneo con esponjas y toallas asépticas. Cura de Lister. Duración de la operación: una hora. Temperatura máxima en los primeros días, 38,5. Alta, completamente curada, á los 19 días. El retraso es debido á un pequeño flegmón extra-peritoneal originado por uno de los puntos de sutura profundos.

II. Mujer de 36 años, casada, de Monóvar (Alicante), linfática, constitución empobrecida. Reglada á los 14 años. Empezaron las alteraciones menstruales propias de la neoplasia, á la edad de 29 años, después de haber tenido varios hijos. El tumor se hizo visible para la enferma hacía ya tres años. Presentóse en mi clínica en Octubre

del 82. Aconsejada la operación, difirióse ésta indeterminadamente. En Febrero del 83 se le practica por otro cirujano una punción exploradora, que fué seguida de fenómenos inflamatorios en el peritoneo y tumor.

En 1.º de Mayo del 83, en una de las salas del Hospital de Monóvar, previamente fumigada y con las precauciones asépticas ordinarias, se practicó la operación. Abierto el vientre, el quiste se encuentra adherido al peritoneo parietal en toda la extensión de la incisión de la pared. La cubierta engrosada, se raja á la introducción del trocar, derramándose por fuera de la cánula gran cantidad del líquido sero-purulento que llena el quiste. Vaciado éste, no hay un centímetro cuadrado de su superficie que no tenga una adherencia; pedículo grueso y carnoso, correspondiendo al ovario izquierdo abandonado también después de tratado, como en el caso anterior, en la cavidad abdominal. El quiste era del tamaño de dos cabezas de adulto. La operación duró dos horas, comprendida la anestesia. Habíase operado por la tarde, y al terminar la operación eran las cinco. La enferma tenía 35'6 al acabar el acto operatorio. Subió 37'5 á las ocho de la noche, en virtud de la administración constante de excitantes, y sucumbió á las siete de la mañana, catorce horas después de la operación, sin haber podido reaccionarla por completo. La muerte fué debida al choque traumático, pues las adherencias del quiste hicieron se evitara el derrame de su contenido en la cavidad peritoneal.

III. Mujer de 42 años, casada, de Valencia, linfática. Sin trastornos menstruales fuera de la época de los partos hasta cinco años antes de la fecha de la operación. Diagnosticado por mí y algunos otros compañeros (Ferrando, Gómez Reig, Campá) de quiste multilocular del ovario izquierdo.

Operación en 1.º de Marzo, de 1884, previas las precauciones ordinarias, en una casa *ad hoc* recién construida en el ensanche de esta capital. Quiste bilobulado; el lóbulo mayor ocupa el vientre, el menor llena la pelvis; adherencias escasas; líquido gelatinoso claro; pedículo ancho fibroso que se deja perdido en el interior de la cavidad, después de ligado y cauterizado; limpieza con esponjas y tohallas. Operación que duró dos horas; cura de Lister; temperatura máxima después de la operación 38'3. Alta en 17 días por flegmón de uno de los puntos de sutura.

IV. Mujer de 40 años, casada, de Burjasot, linfática. Trastornos menstruales que databan de siete años. Diagnóstico después de la punción exploradora de quiste piloso del ovario izquierdo. Operación en un porche de malísimas condiciones, que se había desembarazado en parte de los trastos que contenía y se había limpiado y fumigado

un poco antes de la operación. Esta se practicó en 2 de Agosto de 1886.

El quiste presentaba numerosísimas adherencias; sus paredes friables se rompían al menor contacto; la operación fué laboriosa; el pedículo grueso y carnoso; el contenido del quiste sero-purulento con multitud de pelos; en las paredes del mismo núcleos de osificación. Al terminar la operación (diez de la mañana), la temperatura de la enferma sobrepasa algunas décimas de la normal. Vá aumentando progresivamente durante las primeras horas de la tarde, hasta pasar de 40°, acompañándose de un delirio alegre que ya se inició al poco rato de la operación, y falleciendo la enferma á la madrugada siguiente, por septicemia sobreaguda, á las diez y seis horas de ser operada.

V. Señora de 32 años, casada, de Valencia, sanguínea, buena constitución. Trastornos menstruales, que datan desde su casamiento á los 24 años. No ha tenido hijos. El tumor empieza á hacerse visible dos años antes de presentarse en mi consulta. Diagnóstico: quiste unilocular del ovario izquierdo. Operación en 20 de Enero de 1887. El quiste no presenta ninguna adherencia: el contenido es claro como una solución gomosa: pedículo pequeño; volumen del quiste mayor que una cabeza de adulto. Cura al yodoformo. La temperatura después de la operación, no pasa de 37,7. A los seis días la enferma ha abandonado su cama y sale al balcón á esperarme. Alta á los siete días de la operación.

VI. Mujer de 42 años, casada, de Liria, linfática. Regla á los 15 años; casó á los 19. Ha tenido tres hijos, de los cuales el más pequeño cuenta ya 19 años de edad. Los trastornos menstruales y el aumento de volumen del vientre se iniciaron hace dos años. Diagnostico con el Dr. Gómez y Reig, quiste sencillo del ovario izquierdo. La punción exploratoria dá un líquido filante, claro, ligeramente gomoso. En 4 de Febrero de 1889, en mi casa de curación, previas las precauciones ordinarias, se practica la operación. El quiste tiene unas paredes tan duras que no se deja puncionar por el trocar de Péan, y hay que abrirlo con un bisturí; contra lo diagnosticado, el quiste presenta numerosas adherencias; es multilocular y sus células están llenas de pus, de materia coloide y de una serosidad teiforme llena de grumos purulentos; pedículo sentado en la aleta posterior del ligamento ancho izquierdo. Operación laboriosísima. Al terminar la enferma tiene 35,4, sin que durante las primeras horas de la tarde los vómitos consientan hacer subir la temperatura. Al día siguiente, llega ésta á 36,9 y á 37,1 á las 48 horas de la operación. Al tercer día se inicia dolor en el vientre; por la vagina se nota aumentado de volumen y pastoso el sitio del pedículo; sobreviene una ligera diarrea; un poco de subdelirio; cae

la enferma en una gran postración y muere á las dos de la tarde del día 7 por el colapso más bien que por la peritonitis, que no ha tenido tiempo de evolucionar desde que se inició.

VII. Mujer de 42 años, casada, de Foyos (Valencia). Empieza á notarse el tumor dos años antes de la operación. Diagnostico de cistosarcoma del ovario izquierdo. Operación en 13 de Febrero de 1889 en mi casa de curación. El quiste es multilocular, de paredes gruesas, y tiene una parte sólida del volumen de dos puños en el sitio de implantación. Esta parte sólida, en la que se notan algunos alveolos, tiene el aspecto sarcomatoso; no presenta grandes adherencias; pedículo grueso y sentado, difícil de formar y de ligar. Tubo de desagüe empleado por mí por vez primera desde el fondo de Douglas á la parte inferior de la herida; irrigación continua, como en el caso anterior, durante la operación de la solución de sublimado al $1 \frac{10000}{10000}$. Cura al yodoformo. Temperatura máxima después de la operación, 38'2: sepárase el tubo, que ha dado exudación abundante, diez días después de operada. Alta el 5 de Marzo, completamente curada á los 20 días de la operación.

VIII. Mujer de 48 años, casada, de Alcácer (Valencia). Regla á los 14 años; casó joven y ha tenido once hijos, de los cuales el último, nacido antes de tiempo por una impresión moral, tiene 7 años. Desde este parto empiezan los trastornos menstruales, hasta hace cuatro años que desapareció la regla; también desde aquella fecha empieza á notarse el aumento de volumen del vientre. Diagnostico de quiste unilocular del ovario izquierdo. Operación en mi casa de curación en 30 de Mayo de 1889. El quiste es voluminoso, pues la circunferencia umbilical medía un metro 50 centímetros. No tiene adherencias; el pedículo mide más de 10 centímetros de ancho y se practica en él la ligadura entrelazada. Desagüe; cura con gasa esterilizada y al yodoformo. Temperatura máxima después de la operación, 38,8. Pequeños flegmones de los puntos de sutura retrasan la curación cerca de dos meses, si bien la enferma ha abandonado la casa de curación á los diez ó doce días de operada.

IX. Mujer de 40 años, casada, de Valencia, carnícera, sanguínea. Regla á los 17 años; ha tenido once hijos; después de su último parto, ovaritis en el lado izquierdo; las alteraciones menstruales principiaron á los 38 años, nueve meses después del parto. En 25 de Julio de 1889, operación en mi casa de curación. Al abrir el vientre, derrame ascítico, epiploon adherido á la pared del quiste; evacuación imposible por la inspisitud del líquido; al atraerlo á la herida para evacuarlo, las paredes se rompen bajo los garfios de la erina. Ligadura entrelazada del pedículo, excisión de la mitad del epiploon, limpieza con torundas

de gasa yodofórmica, como viene haciéndose en las dos últimas operaciones; lavado por vez primera con el agua de sal hervida y filtrada. Desagüe. La operación duró dos horas. Temperatura al terminar el acto operatorio, 35, 4. Llega á 37,3 como máximo á las cuatro de la tarde, conserva esta temperatura hasta la madrugada, que viene el aplastamiento, y se inicia á las cinco de la mañana el período agónico con una falsa ascendente que sube á 37,8, y sucumbe á las nueve. El tumor pesa 18 libras y es de la misma naturaleza coloide que el de la enferma de la observación 6.^a, estando implantado en el ovario izquierdo y siendo multilocular.

X. Mujer de 33 años, viuda, de Burriana (Castellón), linfática. Regla á los 14 años, casa á los 19 y ha tenido tres hijos, de los cuales el último ha tenido 9 años. Los trastornos menstruales y el abultamiento del vientre los refiere á un año antes de la fecha de la operación. La circunferencia umbilical mide 112 centímetros, el tumor pesa enormemente y la enferma cuenta algunos fenómenos peritoneales. Todo esto, junto con la rapidez del crecimiento, hacen sospechar la existencia de un quiste coloideo multilocular. En 4 de Diciembre de 1889, adherencias del quiste á la pared anterior del omento mayor; evacuación difícil; pedículo grueso; ligaduras entrecruzadas al mismo y al epiploon; hay bastante pérdida de sangre durante la operación. Se extirpa el ovario derecho, también poliquístico. Lavado con el agua de sal. Desagüe. Al terminar la operación, temperatura 36,7; no hay pulso en la radial; al anochecer sube á 37,7, pero sin salir el pulso. En vista de este estado, causado en parte por la pérdida de sangre, se le hace la inyección intravenosa de agua de sal con el aparato del lavado de la sangre del Dr. Moliner, introduciéndosele 500 gramos de agua; sobreviene el escalofrío consiguiente á esta operación; pero la reacción que le sigue es incompleta y sucumbe á las once de la noche.

XI. Mujer de 22 años, soltera, de Madrigueras (Albacete). Regla á los 14 años. Hace un año se iniciaron los trastornos menstruales y el abultamiento en el lado derecho. El vientre mide un metro 21 centímetros en su circunferencia umbilical y 61 centímetros desde el pubis al apéndice xifoides. Operación en 25 de Diciembre de 1889. Adherencia completa del quiste á la pared anterior. El trocar no dá líquido por ser éste coloideo; la adherencia permite vaciarlo sin que caiga en el peritoneo; evacuado, se aísla y extrae, después de ligar y cortar numerosas adherencias; pedículo relativamente delgado; el ovario izquierdo está poliquístico y se extirpa también. Lavado con el agua de sal, cloruro de zinc á la herida, que ha estado en contacto con el líquido. Desagüe. Cura al yodoformo. Temperatura al acabar la

operación, 37,4; máxima en los días siguientes, 38,5. Alta á mediados de Enero.*

La extensión que impensadamente han alcanzado las anteriores notas clínicas, me hará abreviar, contra mi gusto, las consideraciones á que se prestan. Opero siempre colocándome al lado izquierdo de la enferma, para poder seguir, sin que la sangre lo estorbe, en la incisión la línea blanca; miro como indiferente cortar ó no el anillo umbilical; he abolido las esponjas en mis operaciones desde la observación 7.^a; he cambiado el lavado, que en un principio hice con el agua fenicada, por la solución de sublimado al $1^{1000}/1000$ y más adelante por el agua de sal al $6^{1000}/1000$; pues he notado los efectos tóxicos de los dos primeros en algunas enfermas, especialmente en la que lleva el núm. 8.^o; he adoptado el desagüe, ya con el tubo doble de goma, ya con el saquillo de gasa yodofórmica, y le creo útil, pues la exudación abundante que sale, al absorberla el peritoneo, por aséptica que se la considere, se ha de traducir en movimiento febril; he abandonado desde los primeros casos la cura de Lister, simplificándola y haciendo la cura al yodoformo; uso, según las necesidades después de la operación, el calor, champagne, hielo, café, cafeína, oxígeno, inyecciones de éter, etc.

De los once casos citados hay cinco muertos y seis curaciones; lo que dice claramente que voy casi á partir con la muerte; los casos curados lo han sido en un término de siete á doce días, pues los que se han prolongado más de este tiempo lo debían á lesiones secundarias de los puntos de sutura y no á la herida operatoria. Todos los quistes en que se ha alcanzado la curación eran de aquellos cuyo contenido líquido facilitaba el desagüe, siendo escasas las adherencias que presentaban, menos el último de la observación 11.^a, en que siendo coloideo, la adherencia á la pared abdominal evitó el derrame del quiste en el interior de la cavidad peritoneal.

Los quistes en los que la operación ha terminado fatalmente, han sido: uno piloso, otro purulento y tres coloideos; cuya malignidad clínica está admitida por todos los cirujanos y han dado lugar, por sus numerosas adherencias, á operaciones laboriosas y á derrames del contenido quístico, que por más minuciosidades del lavado, nunca es fácil recoger por completo ni está uno seguro de no haber dejado elementos sépticos en los repliegues peritoneales; salvo dos de ellos, en que la marcha fué rápida y por los accidentes experimentados durante la vida podía suponerse la existencia de adherencias, nada había en los otros tres que pudiera hacer pensar en ellos y sin embargo, las tenían numerosísimas, hasta llegar alguno de ellos (observación 2.^a) á estar verdaderamente empotrado entre los órganos vecinos. La enferma de la observación 6.^a fué elegida como un caso escogidísimo que asegu-

raba un triunfo seguro para inaugurar los trabajos de mi casa de curación, y resultó el caso más desdichado de todos los que he tenido. El choque traumático se ha manifestado claramente en las enfermas segunda, sexta, novena y décima; si bien la peritonitis séptica pudo en la enferma de la 6.^a observación haberse iniciado desde el primer día de un modo obscuro y no revelarse hasta el tercero, por los síntomas locales, viniendo desde un principio la septicemia á complicar el colapso. La enferma de la observación 4.^a murió verdaderamente de septicemia aguda, pero no se olvide en qué condiciones fué operada, ni la naturaleza maligna de los quistes pilosos; cosa notable, todos los quistes, menos el de la observación 11.^a, son del lado izquierdo, y aún en esta el ovario izquierdo es poliquístico y hay que hacer la ovariectomía doble, como en la enferma de la observación 10.^a

Mi estadística, como la de todos los cirujanos que principian, es desdichada; quistes que cuentan de ordinario muchos años de duración, sin que hayan encontrado quien los diagnostique y aconseje su extirpación hasta que el volumen desmesurado del vientre obliga á la enferma á buscar la operación como último recurso, y llegan á manos del cirujano después de alteraciones numerosas del quiste; cuando los sufrimientos han depauperado á la enferma y la han convertido en un semicadáver ambulante. La casualidad de encontrar en la mitad de mis quistes neoplasias de mala naturaleza y con múltiples adherencias, han ayudado, por lo laboriosa de la operación que necesitaron, á la venida del colapso. En cuanto á lo que al cirujano se debe exigir, sólo en un caso, el de septicemia aguda, podría culpárseme; pero no se olvide que se trataba de un quiste piloso y se operaba en un porche.

Cuando lee uno las hermosas estadísticas que los extranjeros publican, y encuentra que la mortalidad por la ovariectomía ha ido descendiendo desde el 50 al 35, al 20, al 10, al 5 y hasta el 2 por ciento, no puede menos de admirarse profundamente si compara tan brillantes resultados con los propios; pero cuando se estudian detalladamente los casos sintetizados en esas estadísticas y se vé que más de las tres cuartas partes de las operaciones se practican para extirpar quistes que ninguno de ellos es del grosor de una cabeza de feto, que no han tenido en su desarrollo tiempo suficiente para inflamarse, para adherirse, para supurar, para hacerse hemorrágicos y los compara con los que uno ha operado, siempre grandes, monstruosos, alterados, con adherencias, con supuraciones, con hemorragias, ya entonces la admiración por los bellos resultados que del extranjero nos vienen, cede en parte y si la modestia no sentase tan bien en todos los cirujanos, aún en los más afortunados, casi acabaría uno por exclamar: «eso lo hace cualquiera.» No bastan los conocimientos diagnósticos, ni la

habilidad operatoria ni los más cuidadosos medios de asepsia y antisepsia cuando tiene uno que operar enfermas de ordinario pobres, mal alimentadas, gastadas sus fuerzas por los padecimientos y por los numerosos partos; con una robustez más bien aparente que real, que es el tipo de nuestras mujeres de la clase proletaria y aún de las demás clases sociales, pues poniendo el cirujano cuanto de su parte está para obtener un triunfo, el choque, es decir, las malas condiciones de la enferma, vienen á arrebatársela.

En resumen, es indispensable para obtener una bella estadística ser un gran cirujano (y yo no soy más que un aprendiz), y emplear con fe todos los recursos que informan la cirugía moderna; pero es también indispensable su diagnóstico pronto cuando apenas se inicia el tumor, y una operación y pronta cuando apenas ha empezado su desarrollo; y lo primero no está desgraciadamente al alcance de todos los médicos, y lo segundo no ha entrado aún á reinar en las conciencias de los médicos y de los enfermos.

Terminada la lectura, el propio Dr. Mas dá á conocer dos extensas Memorias, cuyos extractos son como sigue:

SOBRE UNA PRIMERA SERIE DE TRES OOFOMIOMECTOMIAS

I OBSERVACIÓN.—*Fibroma de la matriz.—Ovario izquierdo hipertrofiado y adherente al tumor.—Ovario derecho poliquístico.*

Mujer de 28 años, casada, sin hijos. Metrorragias y dolores intensos desde hacía siete años. Aumento de volumen del vientre, que alcanzaba 1^m 05 en su circunferencia umbilical, y 0^m 50 desde el pubis al apéndice xifoides. Cavidad de la matriz 0^m 06. En 19 de Febrero de 1891: Oofomiomectomía. El tumor, que pesa 11.500 gramos, se implanta en el cuerno izquierdo de la matriz. El ovario izquierdo, íntimamente adherido á aquel, tiene un volumen ocho veces mayor que el normal. El derecho, tan grande como el izquierdo, está plagado por multitud de pequeños quistes. La operación se hizo cubriendo el muñón de la matriz con el peritoneo (Freund). Desagüe desde el fondo de Douglas á la herida abdominal.

Temperatura al terminar la operación, 35°5. Vómitos que aumentan el colapso y colocan á la enferma en trance de muerte durante los tres primeros días, á pesar de haberse normalizado la temperatura. Alta, curada, á primeros de Marzo.

II OBSERVACIÓN.—*Mioma sarcomatoso de la matriz.—Ascitis.—(Se diagnosticó de sarcóma quístico del ovario derecho).*

Mujer de 37 años, casada, sin hijos. La enfermedad databa de ocho meses antes de la operación, que se practicó en 23 de Febrero de 1891. El tumor es como una cabeza de feto; está implantado en el cuerno derecho de la matriz, y se hace el pedículo para extirparle, abrazando en él el ovario derecho, que está muy adherido, la trompa y parte de la matriz. En el lado izquierdo hay una piosalpingitis que obliga á separar todo el ligamento ancho de este lado. El peritoneo, tanto visceral como parietal, está engrosado hasta haber sitios que mide más de un centímetro de espesor.

Durante la operación se ha abierto el vértice de la vejiga, que se cierra con doble sutura.

Al terminar la operación, la temperatura de la enferma es de 36°. Reacciona fácilmente, y sin la herida de la vejiga, que tardó en cerrarse más de seis meses, por el engrosamiento peritoneal, ocho días después de la operación la enferma hubiera estado de alta.

III OBSERVACIÓN.—*Mioma uterino subperitoneal.—Piosalpingitis del lado izquierdo.—Adherencias múltiples.*

Mujer de 36 años, casada, sin hijos. La enfermedad cuenta dos años de existencia. Operación en 5 de Marzo de 1891. El tumor, del volumen de una cabeza de feto de término, se implanta en el cuerno derecho de la matriz. En el lado izquierdo hay un aumento de volumen de la trompa como una naranja mandarina. El ligamento ancho forma un cuerpo común con la S. iliaca del colon, la vejiga y el recto. El ureter izquierdo se halla empotrado en la masa antedicha. Durante el minucioso aislamiento del tumor, se abre la bolsa purulenta y es tal el olor estercoráceo que desprende el pus, que por un momento se cree que se ha herido el recto. Lavado peritoneal metuculoso. Desagüe desde el fondo de Douglás.

La enferma, cuyas fuerzas han ido decayendo durante la operación, tiene al terminar ésta 35°5 y está sin pulso, en el más completo colapso. Poco después se inician los vómitos y sucumbe á las catorce horas de operada, sin lograr reaccionarla.

Resumen: Los tres tumores han sido pediculados; el pedículo, de 4 á 5 centímetros de grosor, se formó en todos ellos con el magullador, y después de cortado, se cubrió con el peritoneo.

La enferma de la tercera observación falleció del choque traumático ó quizás de una de esas septicemias rápidas que producen el descenso de la temperatura con preferencia á su elevación. Recuérdese el accidente operatorio del derrame del pus encerrado en la trompa y sus condiciones, y aunque se acudió rápidamente á cerrar la abertura y lavar el campo operatorio, todo el mundo sabe la rapidez de la absorción peritoneal.

SOBRE UNA PRIMERA SÉRIE DE CUATRO HISTERECTOMIAS VAGINALES

I OBSERVACIÓN.—*Escirro ulcerado del cuello de la matriz.*

(*Diagnóstico micrográfico del Dr. Barberá.*)

Mujer de 37 años, casada. En 26 de Julio del 89, extirpación de un hongo canceroso y de su sitio de implantación en el cuello (Histerectomía parcial). En 7 de Febrero de 1890, histerectomía total, proceder de Richelot; operación aséptica. La matriz es movable, la neoplasia no invade mas que el labio posterior, los fondos de saco vaginales están libres.

Vómitos reflejos los dos días siguientes á la operación. Quitanse las pinzas Doléris á las 36 horas. Temperatura máxima después de la operación, 37°5. Alta curada, 19 días después.

En 25 de Julio de 1890. Se ha reproducido la neoplasia en la cicatriz vaginal, formando un nódulo como una nuez. El ligamento ancho derecho se encuentra también invadido. Nueva operación que consiste en extirpar los órganos enfermos. Alta el 18 de Agosto, curada.

De esta enferma se sabe que, habiendo recidivado la afección otra vez, se entregó en manos de un señor extranjero que prometió curarla y murió durante la asistencia de éste, á últimos de Diciembre.

II OBSERVACIÓN.—*Epitelioma del cuello de la matriz.*

Mujer de 35 años, casada, con hijos. Aborto en Noviembre del 90: metrorragia persistente durante cuatro meses. En 2 de Abril de 1891, histerectomía vaginal (Richelot). La neoplasia, del tamaño de una avellana, ocupa la pared posterior de la cavidad cervical y apenas se vé la entrada del orificio extenso. Hay endometritis fungosa, y más bien que á la neoplasia, á ella hay que atribuir la metrorragia.

Quitanse las pinzas á las 30 horas. No hay vómitos ni reacción fe-

bril alguna en los dos primeros días. La enferma pide de comer al tercer día, y al quinto abandona la casa de curación para trasladarse á la suya, marchando por su pie. No hay recidiva cuando esto se escribe (15 Julio 91).

III OBSERVACIÓN.—*Epitelioma del labio posterior y cuerpo de la matriz.*

Mujer de 54 años, casada. Habiendo cesado sus reglas á los 51 años, á los 53 tiene leucorrea sanguinolenta. En 13 de abril de 1891 hysterectomía vaginal (Richelot). La neoplasia ocupa el labio dicho, la pared posterior é indura un poco el ligamento ancho izquierdo que se extirpa en su mayor parte. Hemorragia bastante notable al separar el indicado ligamento, por resbalar la pinza Doléris que le sujetaba.

Temperatura al terminar la operación, 36.º Vómitos que aumentan el colapso. Reacción completa 20 horas después. Temperatura máxima, 38.º Alta en 30 de Abril, quedando una pequeña herida que luego acaba por cerrarse.

No hay recidiva al escribirse esta Memoria.

IV OBSERVACIÓN.—*Epitelioma del cuello de la matriz.*

Mujer de 32 años, casada, con hijos; el último tiene 18 meses cuando la madre llega á la operación, que se practica en 9 de Junio de 1891. El epitelioma invade todo el cuello, formando una coliflor que emerge en la vagina, los fondos de saco están íntegros, así como los anexos.

Quitáronse las pinzas á las 30 horas; temperatura máxima 37º5. A los cuatro días la enferma puede ser trasladada á su casa. Alta, curada, en 28 del mismo mes.

CONCLUSIONES.

1.^a Debe hacerse siempre la hysterectomía total, á pesar de la opinión de algunos grandes maestros (Verneuil, Péan, Schröder).

2.^a Las operaciones parciales é incompletas son inútiles ó casi inútiles. Sólo la hysterectomía total puede dar garantías contra la recidiva.

3.^a La hysterectomía debe hacerse en los casos de cáncer perfectamente limitado al cuello, al cuerpo ó á ambos á la vez, pero estan-

do libres los anexos, los órganos vecinos intactos, la vagina limpia y la matriz movable ó sujeta á lo más por adherencias inflamatorias.

4.^a En todos los demás casos es preferible el legrado á las operaciones incompletas.

5.^a Llegando las enfermas casi siempre tarde á manos del operador, deben tener en cuenta los jóvenes prácticos que toda metrorragia ó leucorrea fétida es síntoma casi seguro de cáncer de la matriz, y esparcir este conocimiento práctico entre las mujeres para que acudan á tiempo á remediar su mal.

Terminada la exposición, el Sr. Presidente, Dr. Osío, cierra las sesiones, congratulándose de las gallardas muestras de laboriosidad que ha dado la clase médica congregada en esta Sección, y dando las gracias más expresivas á cuantos han tomado parte en las discusiones.

Diose cuenta después por el Secreterio Sr. Ferri de haberse recibido un ejemplar de las *Lecciones sobre Dermatología*, del Dr. D. Enrique Slocquer, dedicadas al Congreso, y, haciendo constar al propio tiempo los grandes conocimientos que en dicho libro revela el autor, le propone para un voto de gracias.

Se acuerda así.

A propuesta del Dr. Cantó se acuerda por unanimidad un voto de gracias para la Mesa de la Sección.

Por lo avanzado de la hora se levanta la sesión.



Por acuerdo de la Sección de especialidades, se imprime esta comunicación que no pudo leerse.

VALOR SEMEYOTICO DE LAS MANCHAS HEMORRAGICAS RETINIANAS

Poco hay más importante en los estudios de Oftalmología como las afecciones profundas del ojo, ni nada menos asequible para el no especialista, por las dificultades en el manejo del oftalmoscopio; sin embargo, pocos son, tal vez ninguno, los medios explorativos que aporten más datos para el esclarecimiento de algunos diagnósticos en enfermedades del dominio de las patologías.

Y esto es tanto más cierto cuanto más fija uno la atención en la anatomía del órgano visual, principalmente en su circulación sanguínea y más bien en la de la retina y nervio óptico y sus conexiones con los vasos del cerebro.

Escuso hablaros de la nutrición del nervio óptico á beneficio de la red vascular de sus tónicas vaginales; red formada en la superficie de la vaina pial por numerosas anastómosis, y de la cual sus más finas ramas penetran á través de dicha túnica vaginal en el nervio, así como nada os diré tampoco del círculo escleral formado en las inmediaciones de la inserción ocular del nervio á expensas de dos ó tres ciliares cortas y de ramas procedentes de las vainas pial y dural, ni hay que mentar siquiera los vasos centrales de la retina y su topografía con el nervio, aunque sea muy de notar que vena y arteria corran por el eje de aquel solamente un corto trayecto inmediato al ojo, abandonando la vena al nervio antes que la arteria sinónima penetre en él, con una diferencia de $5^m/m$ puesto que esta última lo perfora á $15^m/m$ de su inserción, y la vena á $10^m/m$. Son datos anatómicos perfectamente conocidos de todos vosotros, y que la premura del tiempo me impide recordar; pero lo que no puedo dejar de hacer constar es la comunicación directa que, en el paso del nervio por el agujero óptico y en el primer recorrido, después de su penetración en la órbita, tienen los vasos del nervio con los de la cavidad craneana. En las inmediaciones de su inserción ocular, hay una gran riqueza en vascularización, por concurrir á su nutrición tres órdenes de vasos, procedentes, unos de la red vaginal, otros de los centrales de la retina, que en el recorrido por el interior del nervio dan finas ramas que se distribuyen en él, y los de la misma esclerótica, que al encontrarse con los vaginales, contribuyen á formar el círculo escleral.

Leber, Stelwag, Donders, Memorksy, Berthold, Schultén, de Hip-

pel, Grünhagen y otros, han hecho estudios experimentales sobre las relaciones de circulación del ojo y del cerebro.

A continuación damos el resumen de los concienzudos trabajos de Schultén, á saber:

1.º El contenido del ojo y del cerebro se encuentra en una dependencia directa de la presión de la sangre en los vasos.

2.º Cada aumento de la presión sanguínea ocasionada ya por un acrecentamiento del aflujo de sangre, ó más bién por un obstáculo en el curso venoso, produce instantáneamente un aumento del contenido de la sangre en el ojo y en el cerebro.

3.º Cada disminución de la presión sanguínea, dependiente de una dificultad en el aflujo (ligadura de la carótida), de una disminución en la cantidad general de la sangre ó en una debilitación de la acción cardíaca, produce inmediatamente una disminución en la cantidad de la sangre que contiene el ojo y el cerebro.

4.º Los vasos del ojo y los del cerebro se encuentran bajo la influencia de los nervios vaso-motores que concurren en parte en la región del simpático cervical, en parte en el cráneo mismo. Estos nervios ejercen una activa influencia sobre el contenido sanguíneo de los vasos oculares y cerebrales.

5.º Por una contracción de los vasos, el contenido de los del ojo y del cerebro se encuentra disminuído. En el momento de un aumento de la presión sanguínea, dependiente de un calambre vascular generalizado, producido por una irritación directa ó refleja de los centros vaso-motores, esta presión ejerce primeramente en el ojo sus efectos, pero se encuentra aquí enseguida anulada por la constricción vascular que se extiende al globo ocular. Lo que pasa en la caja del cráneo es irresoluble.

6.º El tono de los vasos oculares y cerebrales se encuentra reducido ó aniquilado por todas las causas locales que producen también esta acción en otras partes del organismo, tales como una anemia temporal y la supresión del soporte exterior que los vasos poseen en el estado normal. La consecuencia es un aumento de la cantidad de sangre en circulación en el ojo y el cerebro.

7.º El tono vascular en el ojo se disminuye, es verdad, reduciendo ó anulando la impulsión vaso-motriz que emana del centro vaso-motor, pero esta acción es enseguida anulada por la reducción general en la presión sanguínea. La interrupción de la impulsión vaso-motriz, propagada por el simpático cerebral, no es tampoco suficiente para disminuir el tono vascular en el ojo. Lo que pasa respecto á este particular en el cerebro es desconocido.

8.º La presencia de fibras nerviosas gozan probablemente de una

acción dilatante para los vasos del ojo; para los del cerebro es desconocida.

9.º Los líquidos del ojo (humor acuoso y cuerpo vítreo) mantienen en el globo ocular una tensión que, en el estado normal, equivale próximamente á $8-12^m/m$ Hg. La influencia que los cambios de secreción y de escreción (filtración) de los líquidos del ojo ejercen aquí, es todavía poco conocida. El líquido cerebro-espinal no llena para el cerebro este papel en este sentido, manteniendo una tensión positiva; la que existe depende exclusivamente de la cantidad de sangre que el cerebro encierra; un aumento ó una reducción de causa patológica de esta tensión ejerce, por el contrario, una influencia sobre el contenido sanguíneo del cerebro.

10.º Una presión exterior ejerce influencia sobre el contenido sanguíneo del ojo, la presión normal resultante de la acción muscular, no es probablemente mas que de un efecto transitorio. Para el cerebro, una acción directa de presión sobre la dura-madre, no debe observarse mas que en condiciones patológicas.

11.º A pesar de las variaciones bastante importantes en el contenido sanguíneo de los vasos del ojo, su calibre, principalmente el de las arterias, tal como se las puede observar en la retina y la coroides, no sufre mas que variaciones poco notables. La disminución del tono se revela, por el contrario, de una manera manifiesta por un cambio de amplitud de las arterias acusado en un grado menor para las venas. En el cerebro se pueden experimentalmente estudiar directamente las variaciones del contenido sanguíneo de los vasos de la pia-madre; éstas son, sobre todo, notables cuando el tono vascular ha sufrido modificaciones.

12.º Después de la muerte, persiste en los vasos del ojo cierta cantidad de sangre; el cerebro retiene una masa notable de ella.

Como se vé, la circulación del ojo y del encéfalo está en íntima conexión, pudiendo decirse en general, que las alteraciones circulatorias cerebrales tienen una notable repercusión en el ojo, del cual puede considerarse como una dependencia.

¿Qué, pues, viene á indicar una mancha hemorrágica retiniana?

Por lo menos hace suponer un trastorno en la circulación del ojo, y esto no cabe dudarlo, porque el derrame sanguíneo constituye aquí el cuerpo del delito.

Si hay alteración funcional en la circulación del ojo y ésta está tan en íntima relación con la de la caja encefálica, lógico es deducir que en ella ha de verificarse también algún fenómeno anormal similar á lo que en el ojo se presente, y por lo tanto, hay que admitir forzosamente que la circulación encefálica se encuentra asimismo alterada.

Para que una hemorragia retiniana se verifique, es necesario que uno ó varios vasos de esta membrana sufran una ruptura, y para que esto pueda suceder, es preciso que obedezca á dos causas: ó al cambio en la tensión del ojo, ó al estado anatómico de las paredes vasculares.

Según Schultén, los factores que regulan la cantidad de sangre que encierra el ojo y que determinan la presión intraocular son: la presión lateral en los vasos del ojo, su tono y su elasticidad, la cantidad de líquido que el bulbo contiene, y la presión que pesa sobre él.

La solidez de las paredes de los vasos de la retina, responde á la de los del organismo en general, y de los centros nerviosos en particular, cuando la circulación intraocular y el estado sano de la retina no explican la presencia de estas hemorragias.

Según esto, pues, las hemorragias retinianas obedecen á causas ya locales, ya generales; en el primer caso, son consecuencia de procesos patológicos inflamatorios de la retina y de la papila que consecutivamente acarrear la degeneración de los vasos de esta membrana, ó son producidas por disminución súbita de la presión intraocular; entonces, no expresan nada, es una manifestación local que encuentra explicación satisfactoria y fácil en el estado de la misma retina; en el segundo caso, son la manifestación remota de afecciones serias habidas en el círculo sanguíneo general ó en los centros nerviosos; encuéntrase en tales circunstancias la retina en apariencia sana; no podemos sacar una explicación racional del fenómeno hemorrágico; es preciso buscarla en origen más lejano.

Cuando la afección es local, una causa determinante nos inicia en la vereda que hemos de seguir, y su patogenia aparece á nuestra vista diáfana y sin vacilaciones. No sucede lo propio cuando es oriunda de apartados ámbitos del organismo. En tal caso, hay que someter al enfermo á un minucioso examen, hay que hacer un detenido reconocimiento y hacer una historia completa por un procedimiento anatomo-fisiológico rigorista. Cualquier detalle descuidado, cualquiera omisión, cualquier olvido involuntario, pueden conducirnos al error.

Lo primero que, por cierto, nos ocurre en presencia de una ó varias manchas hemorrágicas retinianas, es pensar en un ateroma generalizado con hipertrofia del ventrículo izquierdo, particularmente en cierta edad y en los descensos de presión atmosférica. Fácil sería, entonces su patogenia. Faltas las arterias de su elasticidad, dejarían llegar la oleada sanguínea hasta la última trabécula de los tejidos, sin contrapulsar el ímpetu de su corriente, la cual buscaría una

salida en la fragilidad de algunos de los vasos degenerados, favorecida por la mayor impulsión cardíaca y la menor presión atmosférica.

Parécenos al recordar estos datos nosográficos estar viendo, entre otros casos, el muy notable de este género habido en D. Joaquín Viguer Perez, del comercio de esta capital, hombre robusto, sanguíneo, aunque sexagenario, con buena conformación de sus cavidades esplágnicas, que se presentó á nuestra consulta en el año 1884, aquejando una alteración visual monocular, consistente en un escotoma fijo central, que el oftalmoscopio comprobó en manchas hemorrágicas perimaculares oblongas en las trayectorias vasculares. Los gruesos troncos arteriales periféricos asequibles al tacto en varias regiones, puso de manifiesto la atheromasia de las paredes vasculares y la auscultación una hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo. Dado de alta, mejorado de su alteración visual, fué requerido por mí para no descuidar un plan higiénico y preventivo, dígase así, con lo que consiguió un notabilísimo alivio, hasta que en la estación primavera siguiente fué víctima de una aplopegía encefálica fulminante, de cuyo peligro estaba advertido previamente, y á pesar de lo cual, descuidó las prescripciones facultativas.

Doña Isabel Bartrina Royo, tía de nuestro querido y aventajado compañero en la profesión que lleva el mismo apellido, de 66 años, viuda, de esta capital, habitante en Nules, vino á consultarnos, acompañada de dicho señor, el día 4 de Marzo de 1890, á los cuatro días de enfermedad, sobre la alteración visual que aquejaba en su ojo izquierdo, en el cual comenzó por notarse un escotoma central con fotopsias y centelleos. Al oftalmoscopio, la papila óptica presenta sus bordes borrados difundiéndose en las partes contiguas; la retina, perdida su transparencia, por edema en la región peripapilar y de la mácula; el centro de la papila rubicunda con dos manchas hemorrágicas, una infero-externa y otra supero-interna, aquella mayor que ésta, estando la primera emplazada en el trayecto de la rama nasal superior de la arteria central de la retina, y la segunda en un ramillo de la macular (imagen invertida); arterias isquemiadas; venas ingurgitadas; papila tumefacta subintrándose en el vítreo; medida la agudeza visual para el ojo enfermo, resultaba sólo referencia de luz, alcanzando con el ojo sano sólo dos décimas. Como se vé nos encontramos en presencia de una neuritis óptica apoplética descendente con papila extranqueada. Por el conmemorativo de su árbol cronológico se viene en conocimiento de haber existido otros individuos en su familia apopléticos.

En la segunda visita el primero del mes siguiente, á beneficio del

tratamiento establecido, medía de agudeza visual en el ojo derecho 25 centésimas y con el izquierdo contaba los dedos de soslayo, pues de frente impedíalo el escotoma central. Reconocido este último nuevamente al oftalmoscopio, se nos presenta la papila óptica con bordes perfectamente limitados en vez de la difusión que existía; la retina continúa con la pérdida de su transparencia en la región peripapilar; pero permitiendo distinguir confusamente los vasos coroidianos; las dos manchas hemorrágicas han desaparecido, los vasos centrales continúan lo mismo; pero más disminuida la ingurgitación venosa, siendo menos pronunciada la procidencia que la papila formaba en el vítreo.

El 29 del mes consecutivo, el color rubicundo de la papila ha caído á sonrosado pálido y sus bordes aparecen perfectamente limitados; la circulación central normalizada. El escotoma central se ha reducido, permitiendo la visión más de frente por haberse circuncrito el edema retiniano.

La conexión de la circulación del nervio óptico con la del encéfalo, me hizo suponer un estado congestivo de éste deducido de la afección ocular existente, como así lo manifesté á mi amigo Bartrina. Posteriormente he sabido por boca de nuestro compañero el fin fatal de la enferma, que fué víctima poco tiempo después de una apoplejía encefálica, tal vez ligada á un ateroma generalizado.

Encontrámonos, pues, con manchas hemorrágicas retinianas que no son signos patognomónicos, ni aún característicos; pero que tienen un valor importante en la ateromasia y que son un factor de primera fuerza para su diagnóstico, vengan estas exentas de inflamación ó sea una retinitis apoplectiforme, la manifestación del ateroma en el ojo, el cual viene precedido, por lo regular, del de los gruesos troncos (carótida, femoral, braquial, temporal, etc.), concordando con una hipertrofia del ventrículo izquierdo, siendo la señal de alteraciones graves, pues más que los peligros que pueda correr la visión, expresa disturbios profundos en la circulación general y particularmente encefálica.

Si no podemos referir las hemorragias al ateroma, hay que pensar en una nosohemia, ya nefrítica ó no.

En efecto: vienen acompañadas de focos hemorrágicos las retinitis oxalúrica, leucémica, de la anemia perniciosa, ictérica, albuminúrica, diabética.

Primero Bouchardat, después Mackenzie y últimamente Leber, nos dan á conocer una rara clase de retinitis en que el análisis de las orinas daba un gran aumento de fosfatos terrosos, gran cantidad de sales calcáreas, vestigios de carbonato de amoníaco y en sedimento mucho oxalato de cal. Yo no puedo referir ningún caso práctico de ella, y

debe ser rara por cierto cuando tan á la ligera es tratada por estos autores. Todos comprueban en ella abundantes hemorragias.

Con la leucemia ha observado Liebreich el primero una retinitis á la cual denomina leucémica, caracterizada por edema retiniano con extravasaciones sanguíneas que forman eminencia en el vítreo y toman asiento preferentemente en la región perimacular.

Con la anemia perniciosa coincide á veces una retinitis hemorrágica con muy poco edema retiniano, cuyos focos hemorrágicos, numerosos y redondeados, toman asiento en las capas internas de la retina en las inmediaciones de las venas. ¿No será esta la misma enfermedad tan bien descrita por Poncet de Cluny en 1878, en el tomo 79, página 201 de los *Anales de Oculística* con el título de retino-coroiditis palúdica con sus células gigantes? Si es así, poco queda que estudiar de esta afección. Poseemos su patogenia, basada en detenidos estudios de dicho autor; no hay mas que consultar las láminas 59, 60 y 61 del *Atlas de Perrin et Poncet* para comprender lo acabado de sus trabajos sobre el particular. Según él, la alteración de la sangre, la presencia de excesivo número de glóbulos blancos, mezclados con las células gigantes que se desarrollan en el interior de los vasos, producen obstrucciones en los capilares que los dilata y altera en su nutrición, llegando por fin á romperse, dejando correr la sangre, que viene á formar focos hemorrágicos.

Respecto á la retinitis ictérica, no conocemos otro caso que el citado por Junge, en el cual encontró una pequeña extravasación sanguínea en la retina.

En la retinitis albuminúrica, en cierto período, se presentan, después de desaparecer ó disminuir el estado congestivo, focos apopléticos y placas blanquecinas entremezclados; placas de un reflejo blanco brillante ó amarillento, preferentemente emplazadas á lo largo de los vasos y en la confluencia de sus bifurcaciones, dejando íntegra la mácula donde se hacen radiadas convergentes á la *fovea centralis*, formando á su alrededor una estrella ya completa ya bosquejada por plazas y aún sólo indicada por dos ó tres rayos. Asimismo, no es asiento la mácula de focos hemorrágicos.

En la diabética, los focos de degeneración no alcanzan nunca una extensión tan considerable. Hállanse constantemente entremezclados con apoplegias; unos y otras diseminados alternativamente en el fondo del ojo.

Este último carácter hace suponer la existencia de una enfermedad nefrítica, aún sin poseer otro antecedente del padecimiento, el cual ignora hasta el mismo enfermo. Hágase el análisis de las orinas, y pocas veces dejará de comprobarse el origen renal de la afección retiniana.

El día 25 de Septiembre de 1889, presentóse en nuestra consulta la enferma D.^a Angela Illueca Ayora, de 49 años, casada, de Cuart de les Valls, habitante en Valencia, aquejando hacía dos meses un enturbiamiento en la visión, perdiendo progresivamente ésta, hasta no alcanzar mas que á contar los dedos con el ojo derecho y una agudeza visual de 3 décimas en el izquierdo, comprobándose al oftalmoscopio en el fondo del ojo las placas de degeneración, de formas irregulares en las partes ecuatoriales de la retina, de color blanco, algunas de aspecto nacarado, y entre ellas, focos hemorrágicos difusos y pequeños. La región peripapilar edematosa y la papila con sus bordes diseminados en las partes contiguas en ambos ojos; pero más en el derecho. Sospechando la enfermedad nefrítica, se sometió la orina al análisis, y resultó contener ésta abundante cantidad de glucosa. Por ser esta enferma cliente de D. Adolfo Gil y Morte, y habiéndole este señor aconsejado consultar á un especialista, se sometió á reconocimiento en mi clínica, no habiendo vuelto ya á saber de ella por haberle yo aconsejado se pusiera en tratamiento al cuidado de su médico, cumpliendo de este modo un deber de compañerismo.

D. Antonio Marín, de 60 años, viudo, de Molina, provincia de Murcia, habitante en Valencia, dentista, al mes y medio de enfermedad se nos presentó aquejando alterada su visión, distinguiendo los objetos como á través de una niebla y no alcanzando más agudeza visual que una décima para el ojo derecho y ocho centésimas para el izquierdo, sin más síntomas oftalmoscópicos que la papila de bordes difusos, perdiéndose en la región peripapilar edematosa, alcanzando hasta la mácula. Al mes de enfermedad, la imagen oftalmoscópica, daba placas blanquecinas diseminadas entre pequeños focos hemorrágicos. El análisis de las orinas dió la presencia de glucosa (1'1 por ciento); á los seis meses de tratamiento, las orinas no acusaban ni vestigios de azúcar, la diabetes se había corregido y de la retinitis no quedaba mas que un ligero edema retiniano peripapilar que nublaba un poco la visión.

En resumen: los focos hemorrágicos retinianos, ya sean por causa local, ya general, indican una degeneración de los vasos; en el primer caso, se trata de una alteración vascular limitada al ojo; en el segundo, responde á una enfermedad similar de los gruesos troncos y principalmente encefálicos, por lo que deben tenerse muy en cuenta para el pronóstico. No queremos decirlo en general, porque puede haber excepciones; pero la presencia de manchas hemorrágicas retinianas tiene, por lo regular, un pronóstico fatal y deben mirarse siempre seriamente haciendo un escrupuloso examen general.—HE DICHO.