

BIBLIOGRAFÍA

J. M. RUIZ CONTRERAS.—MATERNIDAD; GENERACIÓN Y CRIANZA. Tipografía La Educación. Barcelona, 1926.

Escribir un libro dedicado a contribuir a la gran obra educativa higiénica del público, misión a la que todo médico tiene el deber de participar, es tarea muy difícil si se tiene en cuenta la violencia que para el médico representa el expresarse en lenguaje inteligible para el público sin separarse del terreno rigurosamente científico. Hermanar en un mismo libro en expresión y conceptos lo que puedan comprender personas de mediana cultura y un fondo de ciencia en el que puedan bucear y aprender los médicos prácticos, es obra digna de todo elogio: esto es el libro de RUIZ CONTRERAS.

Después de una introducción o prólogo destinado a ensalzar la maternidad fruto de "un amor racional, espiritual, humano, estabilizado por un vínculo dulce e inquebrantable como el matrimonio", el autor estudia en los trece capítulos de la primera parte de su libro todo lo substancial y práctico de la generación: fecundación, gestación y su higiene, el parto, la intervención del tocólogo y la comadrona en la gestación, parto y puerperio. De gran valor educativo, profundamente científico y de notable sabor práctico es el capítulo dedicado a la infección puerperal.

En la segunda parte trata de los cuidados e higiene general del recién nacido, dedicando especial atención a la lactancia materna, mixta, mercenaria y artificial.

El autor dedica una tercera parte con un solo capítulo que titula "Los enemigos de la generación humana", estudiando la vida moderna, el egoísmo de los generadores, el malthusianismo, el fraude conyugal, el aborto criminal y el llamado aborto terapéutico.

Todas estas escabrosas cuestiones son tratadas con tacto y valentía y bien podríamos decir que el día en que la humanidad admitiera como axioma moral el contenido del libro de RUIZ CONTRERAS, el problema de la natalidad, que tanto preocupa a muchas naciones, quedaría definitivamente resuelto.

COMAS CAMPS.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Un nuevo Procedimiento de neumotorax artificial. FREIXAS I FREIXAS.

Tres son las indicaciones que justifican el neumotorax artificial: a) atenuar o suprimir la transmisión de los ruidos pulmonares del lado enfermo al lado sano; b) tratar las hemoptisis abundantes o persistentes; c) utilizar la colapsoterapia contra la tuberculosis pulmonar.

La transmisión de los ruidos respiratorios hace difíciles las interpretaciones y puede impedir determinar exactamente el sitio de las lesiones, creando confusiones que es preciso evitar. Desgraciadamente, en la mayoría de casos, los ruidos son producidos por lesiones destructivas hiliares, sólo insuficientemente reveladas por la radiografía o la radioscopia. Es preciso verificar cuidadosamente la auscultación de las partes afectas y de las vecinas; auscultar el corazón a través de los puntos sospechosos, apreciar la transmisión de los ruidos de percusión y del ruido hidroaéreo esofágico, para obtener los indicios capaces de ilustrarnos sobre el punto exacto de localización de las lesiones que provocan tales ruidos. Si, apesar de todas estas precauciones, subsiste una duda todavía, precisa, siguiendo le consejo de R. DUVAL y ARNOULD, practicar un neumotorax artificial de oxígeno, gas rápidamente reabsorbible que, inyectado en el lado enfermo, suprimiría de golpe los ruidos transmi-

tidos. Esto es lo que hemos realizado, con éxito, en algunos casos excepcionales.

La segunda indicación es la de combatir las hemoptisis graves o repetidas. Contra las hemoptisis abundantes, precisa obrar rápidamente, pero la intervención no es, en este caso, inofensiva; he visto, algunas veces, producirse vastos infartos en el pulmón libre, accidente que ha podido precipitar el fin de algún enfermo. Prefiero siempre el empleo del oxígeno. En los casos de hemoptisis repetidas, pueden introducirse bajo presiones de + 6 a + 7, 250 cm. c. y a veces hasta 300 cm. c., y repetir las inyecciones cada dos o tres días. Así he obtenido maravillosos resultados.

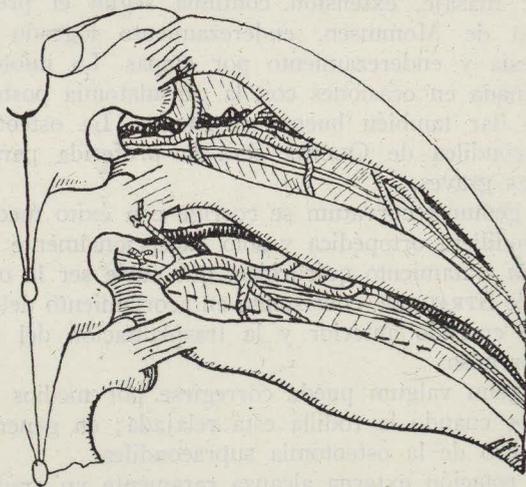
Todos los que se ocupan del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, están convencidos, hoy día, de las ventajas que aporta la aplicación concienzuda del neumotorax terapéutico.

La colapsoterapia es uno de los mejores elementos de tratamiento. Las indicaciones, limitadas desde luego, al tratamiento de las lesiones unilaterales, están hoy mucho más extendidas.

La práctica del neumotorax a pesar de su simplicidad, es susceptible de provocar accidentes peligrosos. La operación del neumotorax ha puesto muchas veces en juego reflejos pleurales; ha sido la causa de embolias gaseosas, cuyos efectos son harto conocidos ante la necesidad de insistir.

La justificación de estas complicaciones ha conducido a dos opiniones extremas: ciertos médicos han abandonado el neumotorax; otros han propuesto y practicado una incisión completa del espacio intercostal.

Para facilitar la práctica de este procedimiento curativo y para obviar los peligros que acabamos de mencionar, practico un nuevo procedimiento operatorio que someto a la atención de todos los que utilizan este importante medio terapéutico.



Una figura demostrativa tomada de la obra de SAUERBRUCH bastará para dar una idea clara de este proceder original y nos evitará entrar en detalles enojosos.

El punto elegido para practicar la punción (con una aguja simple de platino de 7 cm. de longitud y de 1 mm. de diámetro, de punta roma) debe ser fijado por el índice de la mano izquierda, previamente mojado con tintura de iodo, sobre la región convenientemente lavada. Está esta sobre el octavo espacio intercostal, al empezar el canal costo-vertebral hacia afuera de la tuberosidad costal, al nivel donde la costilla se hace casi plana y se inclina hacia afuera de la brusca curvatura del arco costal; en este punto, después de haber palpado el borde superior de la novena costilla, se aplica la aguja oblicuamente, con decisión se introduce lo más profundo posible, a fin de darle, en tanto que lo permitan las resistencias que deba vencer, una dirección paralela a la superficie interna de la costilla y contigua a la misma. Así, se llega dulcemente, y con facilidad, junto al espacio pleural virtual posterior; después de haber verificado la inmovilización de la aguja y verificado en el manómetro del FORLANINI las oscilaciones características determinadas por los movimientos respiratorios se procede a la insuflación de oxígeno, siguiendo con atención las oscilaciones manométricas y conformándose a las indicaciones prácticas que ellas nos proporcionan.

Jamás habrá necesidad de practicar la insuflación de ensayo recomendada por muchos autores; nunca se producen accidentes ni reflejos pleurales, ni trastornos que puedan repercutir sobre el estado general.

He aquí, pues, un procedimiento simple y fácil, aplicable a todos los casos en que sea posible escoger el sitio de elección. Posee sobre los demás métodos usados la doble ventaja de no provocar complicaciones por el paso de la aguja a través del espacio intercostal y de ofrecer las más grandes probabilidades de éxito bajo el punto de vista del emplazamiento de la aguja entre las dos hojas de la pleura, objeto principal de nuestras pesquisas. (*La Presse Médicale*. 6 Octubre 1926).

Tratamiento de la dilatación brónquica por la vacunoterapia atóxica. GIRBAL.

El a. no pretende curar la dilatación bronquial, sino solamente atenuar los síntomas penosos de la dilatación, tales, como la tos, expectoración y temperatura. Fundamentalmente su método en el hecho de que en el origen de toda dilatación bronquial hay una infección microbiana; después, nuevas infecciones secundarias causan lesiones anatómicas y difunden toxinas, modificando los signos clínicos de la enfermedad.

El autor utiliza una vacuna atóxica que contiene 25 millones de neumococos, estreptococos, estafilococos y enterococos, por centímetro cúbico. Tales bacterias son las que habitualmente encuentra en los esputos examinados. Las inyecciones son practicadas cada cuatro días, en series de 10 inyecciones, en la región supra-escapular y a dosis variables entre 1/10 de cm. c. y 1'5 cm. c.

Las inyecciones pueden ser reanudadas después de tres o cuatro meses de reposo. (*Bulletin Médical*. Mayo 1926).

Tratamiento del tífus exantemático y de las enfermedades infecciosas en general, por las inyecciones de líquido céfalo-raquídeo (autoliquidoterapia). ZIELINSKI.

El autor establece dos conclusiones:

1.^a La autoliquidoterapia debe ser empleada en todos los casos graves de tífus exantemático, en el octavo o noveno día de la enfermedad.

2.^a Es preciso someter al mismo tratamiento los enfermos de meningitis y de encefalitis letárgica, pero en el período inicial de la enfermedad, pues en los casos avanzados el líquido céfalo-raquídeo está infectado de una manera igual en toda la altura del canal raquídeo y su empleo, sólo raramente da buenos resultados. (*Paris Médical*. 18 Septiembre 1926).

N. BATTISTINI

Relación de una siringomielia. W. S. HEDLEY.

Hace treinta años que tiene en observación continua un caso, el cual por su reciente aparición, sus efectos destructivos, su progreso lento y su enorme duración, merece los honores de ser relatado.

Vió a la paciente, por primera vez, en 1896, tenía 35 años de edad. Hasta cinco o seis años atrás había sido una mujer de costumbres activas, cuando sintió una mal definida sensación de hormigueo en ambos brazos y espaldas. Este síntoma desapareció; pero pronto fué substituído por una debilidad de los brazos que avanzó rápidamente.

Más tarde atrofia de los músculos del hombro con reacción degenerativa. Le era posible efectuar a voluntad, un ligero movimiento de codo. Los movimientos de la muñeca muy débiles. Conservaba la flexión y la extensión de los dedos pero existía parálisis de los interóseos. La sensibilidad al tacto no estaba muy perjudicada con cierto entorpecimiento para sensaciones de dolor y una pequeña falta de distinción del calor y del frío y en algunos casos una inversión de estas impresiones.

Era evidente que el caso era siringomielia y que el plexo cervical era como de ordinario el primer perjudicado.

Se quejaba también de cierta debilidad en las piernas, pero podía andar tres o cuatro millas sin fatigarse mucho.

No había seguido tratamiento en Inglaterra; pero desde

hacia algunos años había ido a unos baños de Alemania bajo la dirección de un médico alemán y éste doctor que en aquel momento se encontraba en Inglaterra la acompañó al visitar al autor. Comunicole éste sus impresiones y estuvieron de acuerdo. Más tarde supo el autor que la paciente antes de casarse había sido llevada por su futuro esposo a consultar al doctor GOWERS en vista del proyectado matrimonio. Sir William GOWERS explicó al hombre la clase de enfermedad—siringomielia—y le aconsejó que abandonara toda idea de casamiento. El resultado fué el de siempre: literalmente pasaron del consultorio a la vicaría.

Desde entonces el caso ha presentado un regular, si bien muy lento progreso. La respiración es poco profunda. Apenas se percibe la respiración costal. El diafragma se contrae en forma muy inferior a su fuerza normal. La flexión y extensión de la muñeca, aunque débiles; subsisten, pero la garra está plenamente establecida. Ahora existe una gran pérdida de fuerza en las piernas, y un cuarto de hora de paseo apoyada del brazo de alguien es el máximo esfuerzo que puede realizar. Sentada puede mover las piernas débilmente, a voluntad, pero haciendo un esfuerzo. De pié o andando le es difícil sostener el equilibrio y a veces imposible. (*The Lancet*. 30 Enero de 1926).

L. BARRAQUER FERRÉ.

Anemia mielopática infecciosa. LUTEMBACHER.

El autor cita el interesante caso de un enfermo de 50 años afecto de un estado infectivo febril concomitante con un síndrome progresivo de anemia grave caracterizado por vértigos, zumbidos de oídos, disnea al menor modimiento, lipotomias y gran palidez cutánea.

El número de glóbulos rojos descendió rápidamente en pocos días a la cifra de 2.000.000 y se comprobaba a la vez una ausencia de reacción medular pues no existían formas globulares jóvenes, normoblastos, ni poiquilocitosis, ni anisocitosis. La cifra también sumamente baja de glóbulos blancos en particular de los polinucleares añadía un nuevo dato a favor del origen medular de la anemia.

A la sexta semana el proceso infectivo revistió su máxima gravedad por la elevación de la fiebre (entre 39° y 40°), el gran estado de adinamia y por el carácter aplásico de la anemia.

Hacia la séptima semana se acentúa la anisocitosis y la poiquilocitosis y la cifra de glóbulos rojos aumenta a 2.660.000 paralelamente a la de los glóbulos blancos.

El estado adinámico y febril cede lentamente hasta la curación que tiene lugar a los cuatro meses próximamente y en cuya fecha la cifra de glóbulos rojos es de 4.150.000.

El tratamiento consistió en la opoterapia medular combinada a la medicación marcial por el protoxalato de hierro y en inyecciones masivas de suero hemopoiético.

El origen mielopático de esta anemia aguda debía tener una nueva confirmación gracias a una tumefacción difusa roja y dolorosa aparecida en la cara interna de ambas tibias por encima del maleolo, aparecida hacia la octava semana del proceso general. Esta tumefacción ósea se resolvió por una osteomielitis.

Esta observación que acabamos de describir en sus trazos fundamentales sugiere al autor interesantes ideas de orden práctico.

Sabido es que las anemias infecciosas pueden ser determinadas por un proceso esencialmente de destrucción globular, "anemia hemopática", o bien por la inhibición de las funciones eritropoyéticas de la médula ósea "anemia mielopática."

La anemia mielopática que resulta de la localización sobre la médula ósea de un proceso infectivo es a juicio del autor la forma más grave, por la importante desglobulización que determina y por la debilidad de las funciones de renovación medular que hacen de ella una anemia de forma verdaderamente aplásica.

La observación antes citada pone de manifiesto que estas graves formas de anemia no implican necesariamente un pronóstico tan fatal como suele ser el de ciertas anemias perniciosas criptogenéticas.

En las anemias infecciosas, la fórmula hemática tiene un valor clínico semejante al de las cifras de urea en las nefritis agudas. La importancia de la anemia, la débil renovación medular no comportan el mismo pronóstico fatal que en los

procesos crónicos de evolución progresiva; del mismo modo que una tasa elevada de urea en una nefritis aguda señala un peligro inmediato pero que no tiene, sin embargo, la significación de las cifras equivalentes en las lesiones renales crónicas e irremediables. (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*. Mayo de 1926.)

L. TRIAS DE BES.

Cirugía

Del valor diagnóstico de los dolores torácicos en las úlceras perforadas del duodeno. E. DESMAREST.

Insiste el autor sobre este síntoma de capital importancia en las úlceras perforadas del duodeno por la negligencia con que es estudiado este elemento de diagnóstico en los tratados clásicos y por la importancia que tiene un diagnóstico precoz de estas afecciones, del que depende muchas veces la vida del enfermo.

Dos son los signos capitales de la perforación: *el dolor y la contractura generalizada de los músculos del abdomen*. Puede decirse que no hay otro en las primeras horas.

El dolor, atroz, delirante, sincopal, al principio mal localizado, más tarde generalizado en todo el abdomen es el signo de la perforación de un órgano hueco. Aparece en plena salud. Si en este estado se quiere palpar el abdomen se encuentra una gran contracción de los músculos abdominales que no puede vencer la mano que palpa.

Durante este primer período el pulso se conserva normal, la temperatura casi normal, 37°2, 37°7, 37°8, ligera hipertermia.

Si la facies está pálida, alterada, fatigosa, es que el enfermo sufre terriblemente y que toda irritación violenta del simpático abdominal se traduce por una profunda alteración de los rasgos, que no tiene nada de común con la fascies de un peritonítico.

La agitación y los sudores son consecuencia del dolor.

Ningún síntoma tiene pues la importancia de los dos que ha señalado como característicos.

Si existen en el enfermo antecedentes gástricos o duodenales, puede orientarse el diagnóstico de la perforación hacia el sitio crónicamente afecto.

En tres casos, de los cinco que estudia el autor, notó que el dolor inicial, *irradiaba hacia el tórax*. Los dolores iniciales son dolores torácicos, dolores altos con irradiaciones hacia atrás y a la derecha al nivel de la punta del homoplato.

En otra observación notó de una manera precisa que el dolor brutal epigástrico se acompañaba de irradiaciones hacia el tórax y hasta la región subclavicular derecha; los mismos dolores al nivel de la base del tórax con irradiaciones posteriores en otro caso.

Cree el A. que es preciso buscar con cuidado en el curso del interrogatorio los dolores de localización torácica y escapular, buscar los puntos dolorosos sub-claviculares y el del muñón de la espalda, pues su existencia, es poder afirmar el sitio de la perforación al nivel de la cara anterior del duodeno, bajo la cara anterior del hígado. Son estos dolores, expresión clínica de la irritación del peritoneo sub-hepático semejantes a los de los procesos inflamatorios sub-hepáticos secundarios a una inflamación de la vesícula.

Termina preconizando en la terapéutica quirúrgica de esta afección una operación la más simple. Buscar la perforación. Cerrarla aunque groseramente acercando por algunos puntos adosantes las partes del duodeno que limitan a distancia el orificio. Por arriba conducir el estómago delante de la úlcera y unirlo al duodeno. Rápida toilette de la pared derecha de la cavidad peritoneal y cerrar sin drenaje.

El diagnóstico rápido y preciso de la úlcera del duodeno, la operación precoz y limitada, son a juicio del A. los dos grandes elementos de éxito en las perforaciones de esta úlcera. (*La Presse Médicale*. 25 septiembre 1926.)

J. SALARICH.

¿Una arteria completamente obliterada puede volverse permeable? R. LERICHE.

Admitido el hecho, clínicamente, por algunos autores, parece

que no ha tenido demostración: los clásicos no hacen a ello ninguna alusión.

La cuestión no ha tenido hasta hoy más que un interés especulativo.

Los nuevos métodos de tratamiento de las obliteraciones arteriales le dan un interés insupuesto hasta ahora. Si una arteria obliterada puede permeabilizarse, ya espontáneamente, ya después de la supresión de la causa de la obturación, no es necesario practicar la resección del fragmento tromboseado como el mismo A. ha propuesto y realizado frecuentemente.

Luis PORTA ha demostrado *experimentalmente* en 1845 que al nivel de una arteria ligada, vasos de nueva formación pueden aparecer en el callo organizado e ir de un extremo al otro de la zona obliterada. En 1922, ha encontrado estas tunelizaciones del callo por vasos de neoformación, que tienden a restablecer la continuidad arterial.

Histológicamente, no es raro encontrar en la cúpula de una arteria, obliterada en largo trayecto, una pequeña arteria bien formada, incluso en el centro del callo organizado. Con POLICARD y STRICKER el A. lo ha justificado con frecuencia. Probablemente se trata de una arteria neoformada del tipo Luis PORTA.

Acompaña al trabajo un esquema de una pieza que establece la repermeabilización de un callo. Se trata de un hombre que había sido amputado por una gangrena del miembro inferior y quince años más tarde la otra pierna por la misma causa.

En la autopsia encontró la iliaca primitiva de un lado obliterada sobre 8 centímetros y la zona de obliteración atravesada por un canal tortuoso de un extremo a otro.

Esta observación aunque incompleta por efecto de autopsia y de examen microscópico de la pieza, permite responder con precisión a la cuestión enunciada.

Más ¿el neocanal intra-arterial tiene real utilidad bajo el punto de vista fisiológico? El A. ha observado que después de ligaduras arteriales, sea en los animales sea en el hombre, las anastómosis directas no juegan prácticamente ningún papel en la circulación suplementaria y que toda la circulación útil se hace por anastómosis indirectas, anastómosis intramusculares sobretodo y arterias adosadas a lo largo de los troncos nerviosos. La repermeabilización, tardía del callo, no se hace más que en una época en que el régimen suplementario está ya del todo instalado. En la observación del A. diez y nueve años después de la amputación del pie izquierdo y cuatro años después de la amputación del derecho, una nueva gangrena apareció en la extremidad del muñón izquierdo, es decir justamente al del lado donde la iliaca trombosada habíase repermeabilizado. En efecto, se trataba mejor de un trastorno trófico que de una gangrena isquémica. Nada autoriza a pensar que la gangrena del muñón fuera de origen embólico. Al nivel del neo-canal, no había nada que permitiera pensar y así lo cree el autor, en un trastorno vaso-motor aparecido en un terreno mal nutrido. En todo caso el hecho es este: con un trombosis arterial bilateral los accidentes aparecen del lado donde la circulación parece mejor asegurada.

No cree el A. que la posibilidad de una repermeabilización ulterior pueda impedir practicar una arteriectomía, cuando ésta esté indicada para aliviar el dolor. Tendrá lugar en las gangrenas que la surrenalectomía mejore (*Lyon Chirurgical*. Julio-Agosto 1926).

J. SALARICH

Obstetricia

Protección a la madre durante el embarazo. I. DE LA VILLA

En su ponencia presentada al X Congreso internacional de protección a la infancia, el Prof. DE LA VILLA, llega a las siguientes conclusiones, que transcribimos:

1.^a Como antecedente indispensable para la buena salud de la mujer, futura madre, se debe vigilar el exacto cumplimiento de las leyes que prohíben el trabajo de la menor de edad en las industrias insalubres y peligrosas. En las naciones donde no existan estas leyes deben ser promulgadas.

2.^a El aprendizaje de la higiene de la mujer y del hogar debe ser obligatorio en los distintos grados de enseñanza, llegando en los superiores a conocimientos concretos y prácticos de maternología y puericultura.

3.^a Se procurará organizar lo más prácticamente posible la

enseñanza de Obstetricia en las Facultades de Medicina y en cursos para practicantes y matronas, abriendo las maternidades a la enseñanza, sin perjuicio del secreto, y creando cursillos de maternología.

4.^a Todas las mujeres embarazadas necesitan consejos y cuidados, que recibirán las pudientes de sus médicos, después de haber adquirido la necesaria cultura higiénica en los colegios donde concurren.

5.^a Las mujeres pobres necesitan, además, asistencia y protección. La asistencia se realizará:

a) Por medio de consultas gratuitas sostenidas por los ayuntamientos, maternidades, Facultades de Medicina y juntas de protección. En ellas se reconocerá periódicamente a la embarazada y se le proveerá de una ficha o carnet obstétrico.

b) Por las maternidades o refugios maternos a cargo de las beneficencias oficiales o privadas—en este caso con la vigilancia del Estado—, donde se hospitalizarán las mujeres que deseen el secreto y aquellas otras que no puedan, o no deban ser asistidas a domicilio.

c) Por la asistencia a domicilio, gratuita, a cargo de los médicos o matronas de las beneficencias, y con el auxilio de los medios económicos servidos por las juntas de protección.

6.^a La protección se realizará por juntas o comisiones organizadas en cada localidad en relación con la que exista en la cabeza de la provincia, departamento o región y dedicadas exclusivamente a este objeto. Estas juntas coordinarán todos los organismos de asistencia y protección, realizarán la propaganda la colecta y administración de fondos y crearán y sostendrán las convenientes enseñanzas de cultura materno-infantil. No faltarán en ellas cierto número de señoras útiles para sus fines. Será también cometido de las juntas alentar y vigilar las obras privadas que se orienten en el mismo sentido y concertarse con las beneficencias públicas.

7.^a Las madres solteras tendrán los mismos derechos hasta que se legisle la investigación de la paternidad.

8.^a Es indispensable perfeccionar la protección a la mujer obrera. Las medidas necesarias son las siguientes:

a) Separar de la fábrica a la mujer embarazada durante el mayor tiempo posible.

b) Conseguir que no trabaje más de cuatro o cinco horas a partir del quinto mes, y que no acuda a la fábrica durante las ocho o diez semanas últimas, según el oficio que desempeñe.

c) Garantizarla un reposo de cinco a seis semanas después del parto.

d) La mujer será indemnizada con su jornal cuando menos. Recibirá, además, asistencia durante parto y puerperio.

9.^a Las indemnizaciones se conseguirán:

a) Estimulando y organizando el subsidio familiar, que se implantará primero en los establecimientos del Estado y en las empresas que le sirvan y en el que se incluya a la embarazada como una carga a partir del quinto mes.

b) Declarando obligatorio el seguro de maternidad para las obreras que deben descansar y procurando que ingresen voluntariamente las demás. Estimulando y organizando las mutualidades maternas.

c) Creando talleres especiales para las mujeres embarazadas.

d) Reglamentando las condiciones en que la mujer en gestación debe trabajar en la fábrica: silla, higiene, auxilio, etc.

10. Corresponde al Estado organizar todos estos servicios de protección, valiéndose de las corporaciones oficiales y alentando las obras benéficas particulares y las patronales.

11. Se deben celebrar congresos anuales de maternología y puericultura, con asistencia obligatoria de las representaciones provinciales o regionales.

12. Convendría, asimismo, acordar una organización internacional de maternología y puericultura, con unas bases mínimas de protección, aplicables a todos los países, quedando cada uno en libertad de darles forma según sus costumbres, medios económicos, etc. (*Revista Española de Obstetricia y Ginecología*. Núm. 125. 1926).

J. VANRELL.

Ginecología

Sobre la curieterapia del carcinoma uterino. F. GENTIL y B. GUEDES.

Presentan los autores una estadística de 173 casos de car-

cinoma tratados desde 1920 a 1924 mediante aplicaciones de radio, todos ellos confirmados histológicamente y en muchos de los cuales existía contraindicación operatoria. 168 eran absolutamente inoperables y el desenlace se hubiera presentado en ellos en un período máximo de 15 a 18 meses.

A propósito de ello insisten en la escasez de carcinomas uterinos en período de operabilidad (2'6 %) que acuden a su consulta hospitalaria.

En la serie estudiada sólo cinco casos pudieron ser intervenidos después de la cura curieterápica. Otros catorce eran de dudosa operabilidad.

La técnica curieterápica utilizada ha variado desde 1920 al compás de los perfeccionamiento de la radioterapia y en el último año (1924-1925) han utilizado cantidades menores de radium (35 a 45 mgrs. de Ra. El.) durante el espacio de tiempo necesario para obtener dosis de 35-50 milicurios destruidos, según el grado de la lesión o el tipo del carcinoma. En alguna ocasión se ha asociado la Roentgen a la curieterapia.

En los primeros casos las dosis de radio utilizadas fueron masivas (100 mgrs. Ra. El.; 24 a 40 mgrs. intracervicales durante 24 a 48 horas como máximo, o sea de 18 a 36 milicurios destruidos.

La clasificación de los tumores irradiados fué la siguiente:

Carcinomas de cuello, con extensa invasión e inmovilidad uterina (inoperables)	125 (72'3 %)
Carcinoma de cuello, con movilidad uterina relativa (operabilidad dudosa)	26 (15'7 %)
Carcinomas de cuello en condiciones de operabilidad (tratados por el Wertheim después de irradiados)	5 (2'8 %)
Carcinomas con recidiva post-operatoria	10 (5'6 %)
Carcinomas de cuerpo	7 (4'2 %)

De ellos: 45 casos son recientes o no han podido ser seguidos con asiduidad.

5 sufrieron posteriormente intervención quirúrgica (dos curaciones, una de cuatro años, otra de dos).

6 murieron de enfermedades intercurrentes.

De las restantes 117: 26 viven sin presentar señales de reproducción.

7, sin hallarse curadas, han obtenido resultados apreciables.

18 sobreviven al tratamiento más de 2 años.

66 murieron al año de irradiación.

lo que representa 21'4 % de resultados buenos, 6'8 % de resultados mediocres y 71'8 % de resultados nulos.

Cuatro pacientes sobreviven curadas con más de cuatro años y dos con más de cinco años.

He aquí finalmente los resultados conseguidos con arreglo a la edad de las enfermas:

4 enfermas de 24 a 30 años (3'5 % del total), ninguna curación clínica.

25 enf. de 31 a 40 años (21'3 %) con 16 % de curaciones

46 enf. de 41 a 50 años (39'3 %) con 31'5 % de curaciones

30 enf. de 51 a 60 años (25'6 %) con 10'0 % de curaciones

12 enf. de 61 a 70 años (0'3 %) con 42'5 % de curaciones

(*Lisboa Médica*. septiembre 1925).

J. VANRELL.

Diez observaciones de operación sobre el simpático pélvico en la mujer. L. MICHON.

El papel que juega el sistema nervioso simpático en las diferentes manifestaciones del aparato genital de la mujer, es muy complejo y poco conocido.

El autor expone 10 observaciones de intervenciones practicadas sobre el simpático pélvico divididas como sigue:

- 6 veces la simpatectomía hipogástrica bilateral;
- 1 vez la simpatectomía hipogástrica unilateral;
- 1 vez la sección del nervio presacro;
- 1 vez la sección unilateral de los rami-comunicantes sacros;
- 1 vez la simpatectomía del pedículo útero-ovárico.

En 2 casos la operación sobre el simpático fué el único acto quirúrgico; en los otros 8 casos complementaba o era complementada por otra intervención:

- 4 ligamentopexias;
- 2 dilataciones y legrados uterinos;
- 2 apendicectomías;
- 1 resección de varicocele pélvico;

- 1 salpingostomía bilateral;
 - 1 extirpación de anejo;
 - 1 resección de adenoma tubárico.
- Estas intervenciones se practicaron para tratar:
- 5 veces una dismenorrea dolorosa;
 - 2 veces una neuralgia pélvica;
 - 1 vez por dolores uterinos y útero infartado;
 - 1 vez por dolores consecutivos a un flemón del ligamento ancho;
 - 1 vez por insuficiencia ovárica.

Los resultados fueron excelentes. En cuanto a la técnica, el autor la considera sencillísima, ya se trate de la simpatectomía hipogástrica o del nervio presacro. No ocurre lo mismo con la simpatectomía del pedículo útero-ovárico que parece prácticamente irrealizable. MICHON nos promete en un próximo trabajo precisar la técnica de la sección de los ramificantes sacros por vía transperitoneal.

Ha observado que la simpatectomía favorece la micción y la travesía intestinal. Sin que podamos precisar la acción del simpático sobre la circulación uterina, parece evidente la acción de la intervención sobre el elemento dolor. El flujo menstrual es más abundante después de la operación y dura más días.

Examinando la estadística del doctor MICHON, vemos que de los 10 casos intervenidos, sólo en 2 se limitó la operación a la simpatectomía, en 8 fué sólo una parte del acto quirúrgico y cabe preguntarse qué participación tuvieron en el éxito las intervenciones practicadas a la par que la simpatectomía.

Solamente la influencia sobre la menstruación, si fué idéntica en los 10 casos, tiene un valor; pero mientras la intervención sobre el simpático no se base en una indicación precisa y sea la única operación practicada, no podemos dar a sus resultados otro alcance que el de jalones de cirugía experimental que nos permitirán ir limitando el campo de la cirugía de indicación sobre el simpático pélvico. (N. del T.) (*Lyon Chirurgical*, Julio-Agosto 1926).

COMAS CAMPS.

Fisioterapia

Uniformización de las lámparas ultravioletas para uso clínico. POHLE.

Discutiremos en esta serie de artículos, problemas suscitados en nuestro departamento al usar lámparas ultravioletas en el tratamiento de varios estados agudos y crónicos, y presentaremos los resultados de nuestras investigaciones. Ha llegado la hora de uniformar la helioterapia para efectuarla con bases menos empíricas y más científicas.

La cuestión de dosaje debe ser una de las consideraciones principales al administrar un medicamento a un ser humano. No cabe duda de que ha de hacerse mucho en este respecto en el campo de la helioterapia. Por tanto tocaremos primero este tema.

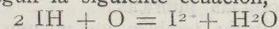
El tipo de lámpara usada más comúnmente es la lámpara de vapor de mercurio que emite el bien conocido discontinuo espectro de mercurio entre 14.000 y 2.000 voltios. En nuestros experimentos, hemos empleado este modelo con 110 voltios A. C. Su parte ultravioleta que nos interesa en la terapia cubre un alcance de 4.000 a 2.000 Å, mientras que la longitud de onda más corta en el espectro solar alcanza solo un poco menos de 3.000 Å. Cuando se expone la piel humana a esta radiación, a las pocas horas aparece un marcado eritema, si la dosis aplicada es suficiente. Para decidir cual longitud de onda es del mayor efecto biológico, HAUSER y VAHLE han realizado un detenido y cuidadoso estudio del tiempo eritema para varias longitudes de onda usando un espectrógrafo de cuarzo con muy alta potencia de difracción. Llegan a la conclusión de que el "máximo de eritema" se halla a 2.970 Å.

De estos resultados podría deducirse que un dosímetro para radiación ultravioleta debería tener su sensibilidad óptima alrededor de 3.000 Å. No obstante, esto es aplicable solamente a los mecheros de cuarzo-mercurio nuevos por que estos mecheros sufren un proceso de envejecimiento: se de-

terioran (COBLENTZ) pero no paralelamente, las ondas ultravioletas más cortas disminuyen más y primeramente. Un medidor de la propiedad mencionada no siempre dará, por esta razón, una verdadera indicación de la intensidad total (KELLER, SCHALL y ALIUS). Estos AA. han trabajado con el método filtro, insertando cristal de transparencia y composición varia, pero DORNO ha llamado la atención al hecho de que usando este procedimiento puede introducirse error considerable en los resultados. Tampoco llenará todos los requisitos un dosímetro no-selectivo (como una pila termo-eléctrica), porque hay una longitud de onda de eficacia biológica óptima. No obstante, todos los investigadores están de acuerdo en que lo ideal sería un aparato de medir cuya sensibilidad fuese paralela a la de la piel. Según nuestros conocimientos actuales, hemos de declarar que no hay tal aparato posible y que ninguno de los dosímetros existentes es exacto física o químicamente.

Son obvias las razones para demostrar la necesidad de estandarizar las lámparas ultravioletas. No solo es de interés científico sino también beneficioso a los pacientes. También es deseable, si no es imperativo, que las dosis que demos sean reproducibles; al comparar la enorme literatura sobre helioterapia se hace imposible comparar los resultados a causa de la carencia de una dosis bien definida. Es esencial controlar la producción de estas lámparas con regularidad porque se deterioran hasta cierto punto de un modo variable y así administramos una dosis completamente diferente con un mechero después de 500 horas de uso, comparado con uno nuevo.

El primer método práctico lo publicaron BERING y MEYER, en 1912, quienes usaron la oxidación fotoquímica del ácido iodhídrico disuelto en agua destilada. Bajo la influencia de la radiación de luz (ligera?), el oxígeno del aire forma agua con el hidrógeno del ácido iodhídrico y liberando iodo al mismo tiempo, según la siguiente ecuación,



Siguiendo la indicación de PINNOW, se escogió una solución ácida de yoduro potasio porque se formará ácido iodhídrico si se añade cualquier ácido mineral a una solución de yoduro potasio en agua. El iodo liberado bajo la influencia de rayos de luz puede medirse cuantitativamente por titulación con tiosulfato. Una serie de pruebas dió como resultado adoptar como procedimiento corriente la mezcla de 25 cc. de ácido sulfúrico al 5.3 por 100 y 25 cc. de 1 por 100 de solución ioduro potasio y su exposición a la radiación ultravioleta en un cilindro de cristal con ventana de cuarzo. Como indicador, se añaden a tal mezcla irradiada de 3 a 5 gotas de 1 por 100 de solución de almidón. Se formará inmediatamente un color azul como en la bien conocida prueba de almidón-iodo. La cantidad de iodo liberado se titula ahora con una solución de tiosulfato sódico N/400.

BERING y MEYER llamaron dosis normal a la cantidad de radiación ultravioleta que libera una cantidad de iodo equivalente a 10 cc. de una solución de tiosulfato de sodio, N 400 titulada. Se llamó la unidad un Finsen.

HACKRADT modificó este método. Usó un colorímetro para comparar la intensidad de la decoloración a fin de facilitar la titulación. KELLER simplificó aun más la prueba. A la mezcla de ioduro potasio y ácido sulfúrico añadió unas cuantas gotas de solución de almidón y 1 cc. de solución de tiosulfato de sodio N/400, antes de exponer la mezcla a la radiación ultravioleta. La coloración de toda la solución en azul marcó el final de la reacción. Escogió como unidad la cantidad de radiación ultravioleta productora de la reacción acabada de explicar, llamándola una *unidad ultravioleta* (1 U. V. U.). Cuando se aplica a la piel, debe tomarse doble la distancia usada en la prueba entre mechero y superficie de la solución. Halló que esta unidad representaba la dosis eritema media para la piel humana normal y pretende que la reacción fotoquímica corre paralela al eritema visible de la piel. SCHALL y ALIUS criticaron su trabajo, y observaron que debe tomarse un cierto número de precauciones para reducir el error en la prueba. También exponen que no corre paralela a la eritema, pero que es muy sensible a la radiación ultravioleta de corta longitud de onda. ANDERSON y ROBINSON han publicado recientemente otra reacción fotoquímica para medir la radiación ultravioleta; su método requiere titulaciones adecuadas y precisas en la técnica.

Ya que buscábamos una prueba fácil para todos los médicos, en general, decidimos estudiar la modificación de KELLER de la reacción almidón iodo, teniendo en cuenta las críticas hechas,

EXPERIMENTOS

Al realizar los primeros experimentos, seguimos las indicaciones de los fabricantes de nuestras lámparas; todas las luces ardían de 5 a 10 minutos antes de someterse a la primera prueba. Nuestra experiencia resultó muy parecida a la de SCHALL y ALIUS. Hallamos variaciones de 15 a 26 % en las lecturas (indicaciones) en una luz bajo las mismas condiciones en días diferentes. Una investigación concienzuda de las condiciones eléctricas reveló algunos hechos interesantes explicables solamente por ciertas propiedades inherentes a un aparato eléctrico de tal construcción. El mechero a mercurio está basado en el principio del bien conocido rectificador de mercurio teniendo dos anodos conectados con los extremos de los arrollamientos secundarios del transformador, mientras que el cátodo está en su centro. Por tanto, tenemos el potencial pleno entre anodo 1 y anodo 2, una mitad del potencial entre anodo 1 y cátodo o anodo 2 y cátodo. De unas curvas que el autor muestra en el artículo original se saca la conclusión de que es práctico disponer adecuadamente de voltímetros y amperímetros con un reostato para equilibrar pequeñas variaciones en la corriente en el circuito de utilización. El voltímetro lee, así, la caída de potencial sobre el amperímetro, que es despreciable en este caso. Registramos de esta manera los cambios de potencial y corriente cada minuto desde el tiempo de encender el mechero hasta el punto de constancia, es evidente que se necesitan unos 25 a 30 minutos hasta alcanzar el equilibrio eléctrico. Después que la lámpara ha ardido una hora, cerramos la capota o cúpula que se usa para los llamados tratamientos locales. El efecto sobre las condiciones eléctricas se expresa por una corta caída seguida de un considerable alza del potencial y una caída de la corriente. También transcurren unos 20 a 30 minutos después de que ha sido reabierto la capota para recuperar las condiciones normales. Esta fluctuación es, con toda probabilidad, debida a diferencias de temperatura en el aire que rodea al mechero (SCHALL y ALIUS). Por tanto, siempre dejamos la capota abierta a fin de mantener la lámpara constantemente ardiendo.

La mayoría de los transformadores que vienen con las lámparas ultravioletas tienen un dispositivo que permitirá elevar la fuerza en vatios y se supone aumenta la intensidad del espectro total un 30 %. La temperatura en el mechero es, desde luego, mucho más alta cuando se usa el dispositivo intensificador (que, en sí, es una característica muy indeseable). La radiación emitida presenta un aumento de intensidad de 20 a 30 %, según nuestras pruebas. No creemos que esto reduzca bastante el tiempo de tratamiento para justificar la mucha más rápida depreciación del mechero.

Ha de practicarse la prueba con ciertas precauciones. Debe prepararse una considerable cantidad de ácido sulfúrico a 5'3 % para que dure un número grande de pruebas. El ácido no cambia apreciablemente y al mismo tiempo se garantiza una solución de composición constante.

Debe prepararse fresca para cada prueba la solución de ioduro potasio. Hallamos muy conveniente conservar la sal en polvo en botellas oscuras, protegidas contra la luz del día, en cantidades de 250 miligramos cada una. Antes de usarla, disolvíamos esa cantidad en 250 c. c. de agua destilada.

La solución de almidón ha de ser fresca. Al principio de nuestros experimentos hallamos dificultades que pudieron atribuirse a un deterioro de la solución de almidón. El mejor medio de prepararla es disolver un gramo de almidón químicamente puro en 5 cc. de agua fría, después remuévase esta pasta en 95 cc. de agua hirviendo.

La única solución que presenta alguna dificultad es la solución de tiosulfato de sodio N/400. Es aconsejable componerla en N/10 disolviendo 24'83 grms. de la sal en forma de cristal en 100 cc. de agua destilada. Para fines científicos puede hacerse la solución N/400 de esta solución de stock, y puede controlarse por titulación. No obstante, hallamos, en pruebas comparativas, que para fines prácticos es permitible mezclar 1 cc. de la solución N/10 con 39 cc. de agua destilada.

Como KELLER ha señalado ya en su primer artículo, existen relaciones definidas entre la superficie y el volumen de la solución prueba; pequeñas variaciones del diámetro del recipiente de cristal en que se irradia la mezcla, produjo con-

siderable diferencia en las lecturas o indicaciones. Por tanto, hemos elegido un vaso de 100 cc. y de 5 cm. de diámetro interno. Estos recipientes son fáciles de conseguir en el mercado americano, y si siempre se tiene una serie del mismo tamaño se elimina este error.

Como todas las otras reacciones químicas, la prueba del almidón-yodo está influenciada por la temperatura. El factor para 10°C es 2. 0-3. 5 (SCHADE). En mediciones exactas es necesario corregir o mantener la solución prueba a una temperatura constante. Para este fin hemos usado un aparato enfriador muy simple colocando el vaso de prueba en recipiente con pico, lleno de agua por lo que pasaba un espiral de cobre, que lleva una corriente de agua fría. El A. indica en cuadro la influencia de la temperatura entre 10° y 25° C, el error es despreciable en la práctica. No obstante puede hacerse una corrección midiendo la temperatura en la solución prueba, antes y después de la irradiación, calculando el valor medio y corrigiendo el resultado. Se hicieron controles exponiendo la solución a la luz del día; no pudo observarse ninguna decoloración después de 24 horas. Para poder practicar la prueba convenientemente, mandamos hacer una caja con ventana de cristal en la pared delantera y una abertura en un lado. La pared trasera empapelada de blanco, y puede colocarse un cartón blanco bajo el cristal (o vaso) de prueba para facilitar la observación del cambio de color. Después procedimos como sigue:

1) La lámpara arde con capota o cúpula abierta 30 minutos y se ajusta sobre el centro de la caja a 25 cm. de distancia del mechero a la superficie de la solución prueba. Es deseable poseer un voltímetro y un amperímetro en el circuito mechero para controlar la fuerza en vatios. No obstante debe recordarse que para corriente alterna el producto de volts y amperios no es igual al número de vatios; un vatímetro especial ha de usarse si se ha de medir la fuerza en vatios exactamente. Lo hemos hecho, y variando la fuerza en vatios hemos hallado que existe una relación simple entre ella y la intensidad del espectro (COBLENTZ, SCHALL y ALIUS).

2) 25 cc. 1 % KI más 25 cc. de 5'3 % H₂ SO₃, 5 gotas de 1 % almidón solución, 1 % solución Na₂ S₂O₃ N/400 en un recipiente de contenido de 100 cc. y de 5 cm. de diámetro, se coloca bajo el centro del mechero a 25 cm. de distancia.

3) Después de uno o dos minutos empiezan a formarse nubes azules en la solución, que entonces deben removerse con una varilla de cristal. Después de un cierto tiempo toda la solución se volverá azul y se mide el tiempo necesario mediante un cronómetro. Es necesario solo un poco de práctica para aprender a conocer el fin de la reacción. KELLER ha elaborado la prueba en esta forma, y define la unidad ultravioleta (1 U. V. U.) diciendo que es esa cantidad de radiación ultravioleta que produce la anterior reacción fotoquímica. Cuando se aplica a la piel debe tomarse doble la distancia que se usa en la prueba.

Al probar varias lámparas con mecheros de diferentes edades, hallamos, naturalmente, como era de esperar, variación considerable en el tiempo necesario para producir una *unidad ultravioleta*. Tomando la prueba a varias distancias, parece que la ley del cuadrado de la distancia, no es válida para este tipo de luz (COBLENTZ, KELLER).

Puede explicarse esto por varios hechos; la ley del cuadrado está basada en un punto de emisión de luz, mientras que el mechero mercurio cuarzo tiene considerable superficie. También hay una cierta cantidad de radiación reflejada que viene de la capota o cúpula de la lámpara y esto depende algo de la forma de la capota y posición del mechero. Teníamos dos formas de capotas, una de forma parabólica y la otra cilíndrica. Hallamos que el exponente para la lámpara de capota parabólica es más cerca de uno que para el de la lámpara de capota redonda. El A. representa en una curva los resultados de estas mediciones a 22° C. Pasa cuatro lámparas llamadas A, B, C, V. Lámpara V (capota cilíndrica) sigue más de cerca la ley del cuadrado de la distancia, o en otras palabras, el exponente llega cerca de 2. Es considerable la discrepancia en la producción calculada y la medida de una lámpara.

En todas nuestras pruebas, hemos aplicado la unidad medida a varios individuos normales. Podemos decir que 100 % de la dosis definida por esta prueba fotoquímica, producirá, en casi todos los casos, una eritema débil que aparece después de 2 a 5 horas, durando de 24 a 72 horas y presentando un ligero

curtimiento que usualmente desaparece de 10 días a dos semanas. 25 % de la unidad producirá un enrojecimiento justamente visible en cerca de la mitad de los casos, 150 % produce un eritema rojo obscuro, mientras que 200 % de la unidad cuando se da como primera exposición usualmente ocasiona una sensación ardiente. El grado de eritema depende, desde luego, también de la parte del cuerpo irradiado. Es bien sabido que las partes ordinariamente cubiertas del cuerpo superior son más sensitivas que las extremidades y la cabeza. Hemos escogido usualmente el muslo anterior superior o el lado flexible superior de un brazo para la exposición.

Desde luego, comprendemos que esta prueba no es exacta física ni químicamente, pero nuestra impresión, basada en la experiencia de varios meses al tratar 20 a 30 pacientes diariamente con radiación ultravioleta, es de que este método, cuando se le usa con cuidado, nos llevará ciertamente un paso más adelante hacia la aplicación científica de la helioterapia.

El siguiente problema que se presenta apunta a dos direcciones; una consistirá en desarrollar un método práctico para definir el grado de eritema y pigmentación después de la exposición; en otras palabras, idear un tintómetro. Parece que el sistema MUNSSELL de análisis de color ofrece el principio necesario, y animados por una publicación reciente de la Clínica Mayo, hemos comenzado este trabajo. Al mismo tiempo se hará una tentativa para definir la longitud de onda óptima para la prueba fotoquímica descrita en este comunicado. Ha de recordarse que anteriores investigadores exponen que la prueba es más sensitiva hacia la radiación ultravioleta de longitud de onda corta. Si el mechero presenta señales de envejecimiento, que significa pérdida de intensidad en las ondas más cortas, el método no dará una verdadera lectura o indicación de la intensidad total. Por lo tanto, podría ser necesario, usar un cierto factor de corrección al probar luces ultravioletas después de un cierto tiempo de uso. Emplearemos una célula fotoeléctrica como aparato de control siguiendo la indicación de DORNO; esta investigación se está practicando en cooperación con el Departamento de Física, Universidad de Michigan. (*Amer. Journ. of Roentg. and Rad. Therapy*. Marzo 1926. Vol. XV, núm. 3, pág. 193-200).

V. CARULLA.

Oftalmología

Resección del orbicular y de ambos tendones de los párpados en un caso de lagofalmo paralítico. FRIEDE.

El autor expone el caso clínico de un paciente que fué a consultarle después de haber sufrido una operación muy importante en la oreja. Ese señor presentaba una paresia total del facial, se quejaba de que le escocía el ojo al cambiar la temperatura. No había ectropión, pero cerrados los ojos quedaba aproximadamente entre los párpados una separación de un centímetro.

No estando el Dr. FRIEDE, lo suficientemente satisfecho de la tarsorrafia en casos de lagofalmo, después de un detenido estudio, practicó una resección amplia del orbicular de los dos lados, al mismo tiempo que una sutura alta de ambos tendones.

Este procedimiento según dice le dió y le sigue dando muy buenos resultados. (*Zeitschrift für Augenheilkunde*. 1925).

Contribución al conocimiento de la anatomía patológica de la atrofia del segundo par por tabes dorsal y parálisis progresiva. KENZO FUJIWARA (Japón).

Dice el autor que las opiniones sobre la tabes y la parálisis progresiva, han cambiado mucho con los conocimientos actuales de la lues. Expone infinidad de casos clínicos examinados por él mismo y por otros colegas de la Facultad, de cuyos exámenes deduce lo siguiente:

Todos los casos de tabes con atrofia del 2.º par, presentan infiltración celular en la pía madre y en muchos casos también en la aracnoides. Desde luego, coincidieron la acumulación celular exterior y la degeneración interior de la substancia nerviosa. Por lo que es de suponer que existe una simultaneidad causal entre esos dos hechos patológicos.

En algunos casos la degeneración se demostró solamente por un aumento de la glía marginal. En tal caso, del cuadro histológico solo, no se puede decidir si se trata de un proceso tábico o solamente de un fenómeno de la vejez. Por otra parte se podría explicar la hipertrofia de la substancia de la glía en jóvenes como un síntoma tábico concomitante.

Los cuerpos amiláceos no tienen nada de específico para la tabes y parálisis; aparecen siempre donde se deshace la substancia cerebral. (*Archiv. für Ophthalmology*. 1925).

Método preparatorio para la operación del glaucoma. H. A. GOSLICH.

GOSLICH que no es partidario de las inyecciones de suprarenina recomienda el uso de la solución de cloruro sódico según HERTEL.

Cita a 19 pacientes, con 29 ojos glaucomatosos, 4 con glaucoma simple, 13 crónico, 4 subagudo, 2 agudo, 2 absoluto, 2 secundario y 2 hemorrágico.

Tratamiento: Por vía bucal o intravenosa.

Dosis para vía bucal: 25 grs. de cloruro sódico disuelto en 200 grs. de agua.

Dosis para intravenosa: Cloruro sódico al 10 por 100, inyectar de 130 a 200 c. c.

Los enfermos afectos de glucosa secundario tenían de 20 a 47 años, los demás tenían de 47 a 71. Los efectos fueron igualmente buenos. La experiencia demuestra que este procedimiento no tiene ningún peligro. El efecto es rápido en casi todos los casos. La hipertensión ocular una vez se redujo 21 mm. pero habitualmente la disminución oscila entre 7 y 20 mm. El autor prefiere el procedimiento bucal por ser su efecto igual que el intravenoso y más agradable para el paciente. El tratamiento recomendado fracasó una sola vez, en un caso de glaucoma hemorrágico.

El autor termina diciendo que no conociéndose ninguna desventaja sobre este procedimiento, cree que es el más acertado a emplear para bajar la tensión antes de practicar una operación de glaucoma. (*Zeitschrift für Augenheilkunde* 1925).

I. BARRAQUER