

**¿SERÁ UN GLAUCOMA?**

por el doctor

**IGNACIO BARRAQUER**

de Barcelona

Teniendo en cuenta que el glaucoma destruye de una manera irreparable el nervio óptico y con dicha destrucción disminuye progresivamente la visión, fácil es comprender que el tratamiento apropiado ha de ser instituido al comienzo del mal, ya que ni por medios farmacológicos ni quirúrgicos podemos devolver al ojo afecto de glaucoma, la visión perdida, por lo que creo indispensable que todo médico no oculista, especialmente aquellos que ejercen lejos de los grandes centros,

donde el enfermo no puede fácilmente consultar a un oftalmólogo, sepa diagnosticar desde un principio tan maligna afección, evitando así muchas cegueras al año. (1)

Precedido de algunos convincentes ejemplos, expondré de una manera elemental y reducida, las nociones que sobre dicha afección debe conocer todo médico, los sencillos medios de los que puede valerse sin aparato ni práctica alguna en la especialidad, para establecer el citado diagnóstico, clasificando a cual de sus variedades pertenece, así como las indicaciones terapéuticas de urgencia.

TRES EJEMPLOS

Ejemplo núm. I

*Sr. D. Ignacio Barraquer  
Barcelona*

*Muy Sr. mio y distinguido compañero.  
Pláceme presentarle a mi padre político, quien  
hace tres años viene perdiendo en vista a consecuencia  
de unas cataratas y hoy que creo están ya maduras,  
pues solo ve la luz me permito recomendarlo  
para que lo admita en su clínica, suplicándole  
que el día que deba intervenir, se sirva avisarme  
para que yo pueda asistir ya que no he visto porae-  
ficar a V. la faceréis.*

*Con gracias anticipadas le saluda sinceramente  
Su amigo y compañero*

25-1-1922

Contestación a la carta primera.

Distinguido compañero y amigo: Siento mucho tener que comunicar a V. que no es opacidad del cristalino lo que ha disminuido la visión de su Sr. Padre político, sino una glucoma simple, y que en el estado en que se halla hoy día, nada puede hacerse para devolverle la vista perdida, pues contra tan grave enfermedad, no disponemos más que de medios para evitar la marcha progresiva y conservar la visión que tiene el paciente el día que se opera.

Es preciso instilarle diariamente el adjunto colirio para disminuirle la tensión ocular y mantener su moral diciéndole que dicho medicamento contribuirá a acelerar la maduración de sus cataratas.

Atentamente le saluda y queda a sus órdenes su affmo. compañero y amigo,

Barcelona, 23-V-24.

(1) Estas líneas van encaminadas a ilustrar al médico no oculista.

Ejemplo núm. 2

[Redacted]

[Redacted]

Sr. Dr. Don Ignacio Barraquer,  
Barcelona.

Estimado amigo:

La dadora de la presente, doña [Redacted] es clienta mía y vengo tratándola desde hace unos días, una fuerte iritis sin duda reumática, pues en otras ocasiones ha tenido manifestaciones de esta enfermedad.

La he tratado con aspirina y salicilatos y en el ojo enfermo, gotas de atropina y compresas calientes. Como veo que sigue empeorando y las molestias aumentan, se la recomiendo estimando me indique el régimen a seguir.

Favor que le agradezco por anticipado, pues tengo verdadero interés en la enferma.

Mande siempre a su incondicional amigo y compañero

[Handwritten signature]

Contestación a la carta segunda.

Distinguido compañero: He visto a su recomendada Doña ..... afecta de glucoma irritativo y por creerlo de urgencia, después de haber empleado unas curas de miósicos y dionina, una ventosa sajada en la sién y ordenado un purgante salino, le practiqué una esclerotomía a puente, toda vez que aquellos medios farmacológicos no habían disminuído la tensión ocular y era necesario lograrlo pronto si se quería salvar dicho ojo. Mañana le practicaré una amplia iridectomía a dos

tiempos, puesto que, la esclerotomía de efectos pasajeros, la ha mejorado mucho; ya no padece y la tensión del ojo ha disminuído, dejándola en condiciones de sufrir la operación definitiva.

Aprovecho la ocasión para saludarle y reiterarme de V. siempre affmo. amigo.

Barcelona, 5-XII-22.

Ejemplo núm. 3

Señor doctor Barraquer

Muy Sr. mio y distinguido doctor:  
 El motivo de la presente  
 es para pedirle el favor  
 de que me mande alguna res-  
 eta para mi pobre a miela que  
 hace 6 semanas esta acostada  
 en cama con una gastrica y  
 muchos dolores en el ojo y ca-  
 bese y como lo tiene muy enar-  
 mado y no puede ver la luz  
 y las gotas del Medico no le  
 hacen nada, es el motivo  
 porque le pido una reseta.

Sus equiv. cerbidor que  
 queda agra de cido y b. p. p.

~~\_\_\_\_\_~~

Contestación a la carta tercera.

Muy Sr. mio: Me es completamente imposible sin  
 ver a la enferma mandar a V. la receta que me pide,  
 pero creo debo hacerle notar, que sería muy convenien-  
 te que la viese una persona práctica en enfermedades  
 de los ojos, toda vez que podría tratarse con los sín-  
 tomas que V. me explica de un glaucoma agudo, enfer-  
 medad que si no se opera a tiempo deja irremisible-  
 mente ciego al paciente. Probablemente lo que llama V.  
 gástrica, no es más que un síntoma del citado glaucoma  
 agudo.

De V. affm. s. s.

Barcelona, 17-X-25.

Esos tres casos escogidos en mi archivo son ejem-  
 plo de los que por desgracia vemos cada año (2), y  
 a evitar esos lamentables errores diagnósticos de tanta

trascendencia para el paciente van encaminadas estas  
 líneas.

- I.—DEFINICIÓN.
- II.—DIVISIÓN.
- III.—EFECTOS HIPERTENSION.
- IV.—DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.
- V.—ANATOMÍA PATOLÓGICA.
- VI.—TEORÍAS SOBRE SU PATOGENIA.
- VII.—TRATAMIENTO.
- VIII.—CONSEJOS PRÁCTICOS AL MÉDICO NO ESPECIALISTA.

I.—DEFINICIÓN.

Es afección caracterizada por la hipertensión que  
 altera el ojo y sus funciones.

(2) En los años 1920 a 1926, constan en mi archivo 473 glaucoma-  
 tosos, de los cuales 85 se me presentaron en forma parecida a los  
 citados ejemplos.

II.—DIVISIÓN.	Primitivo	Simple.....	{ Sin síntomas irritativos. Excavación. Ambliopía (Escotoma nasal). Disminución cámara anterior Dilatación pupilar.
		(crónico)	
II.—DIVISIÓN.	Inflamatorio.....	Prodómico .....	A
		Agudo .....	B
		Absoluto .....	C
		Fulminante .....	D
		Degeneración glaucomatosa E	
Secundario (3).			

A) Frecuentes ataques de obnubilación, niebla, visión de arco iris, sorda cefalalgia frontal, córnea ligeramente opalina especialmente en el centro, cámara poco profunda, pupila dilatada, ligera hiperemia ciliar, hipertensión. Cura espontáneamente en cuatro horas. Viene periódicamente. El ataque se produce a veces por comidas fuertes, emociones; a veces cada día al levantarse; cesa durmiendo.

En los intermedios de los ataques, todo entra en orden, las funciones vuelven pronto, pero hay menos amplitud de acomodación.

En los casos en que dura mucho o se repite a menudo, se desarrolla el irritativo crónico, caracterizado por hiperemia venosa ciliar, cámara poco profunda, midriasis, excavación papilar, aumento de tensión ocular, escotoma nasal.

B) Después del prodrómico. Producido por emociones, instilación de atropina, ectasis venosa (miocarditis). Caracterizado por dolores violentos en 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> rama del 5.<sup>o</sup> par, anorexia, insomnio, vómitos, fiebre, lengua saburral, ambliopía o amaurosis, edema párpados, hiperemia conjuntival, xemosis; córnea chagrinada, insensible, opaca; cámara disminuida; iris decolorado, estrecho; pupila dilatada, inmovil, verdosa, oval, que no se ilumina; ojo hipertenso. Cesa el ataque. Se hace aparente la excavación papilar. Cesan dolores. Vuelve la visión, pero *queda el hábito glaucomatoso*, singularizado por: Dilatación de las venas ciliares anteriores (interrumpidas bruscamente), cámara disminuida, iris estrecho sobre todo por arriba, reacción pupilar lenta o mala, hipertensión. El segundo ataque como el primero, pero más intenso en dolores e irritación, menos visión y peor campo porque aumenta excavación. Otros ataques, peor.

C) Ojo muy duro como piedra, esclerótica blanco azulada como porcelana, venas ciliares anteriores muy dilatadas; córnea brillante, transparente, insensible; iris replegado y delgado; pupila dilatada verdosa; papila blanca, excavada; amaurosis.

D) A veces después del ataque inicial queda instituido el absoluto, sin dar tiempo a ningún tratamiento y constituye la variedad de glaucoma irritativo conocido con el nombre de fulminante.

E) Después de la amaurosis determinada por el glaucoma absoluto, prosiguiendo los efectos destruc-

(3) No nos ocuparemos de él, toda vez que se presenta en curso de otra enfermedad ocular y el paciente está regularmente en manos de oftalmólogo.

tores de la hipertensión, viene la degeneración glaucomatosa. córnea opaca con depósitos gelatinosos y estafilomas ecuatoriales, sensación de luminosidad, atrofia del ojo, o perforación e iridociclitis, catarata glaucomatosa.

III.—EFECTOS HIPERTENSIÓN	Sobre la totalidad del ojo y sus funciones .....	{	Disminución	}
			cámara.	
			Ambliopía a)	
	Sobre los órganos nerviosos .....	{	Ceguera.	}
			Ectasias.	
			Retina .	
	Papila .	{ Excavación papilar		
	Sobre los vasos		{	Nervios sensitivos
		Nervios motores		{ Midrias...
	Sobre los vasos	{	Hiperemia ...	
Edema córnea				

a) Agudeza disminuída. Reducción campo visual, especialmente parte interna con conservación de los colores y finalmente solo conservación de un sector externo del campo.

b) Papila hacia atrás; en parte decolorada, vese lámina cribada rodeada de anillo atrofia coroides. Agujero escleral bordes en bisel. Vasos trasladados hacia la parte externa con ganchos bruscos y apariencia de falta de continuidad; trozo perpendicular vasos, pareciendo un punto negro.

IV.—DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

De los síntomas anotados en los anteriores cuadros, unos pueden ser recogidos por el simple interrogatorio: *Niebla, visión de arco iris, sorda cefalalgia frontal, anorexia, vómitos, etc.*

Otros como: *Lengua saburral, hiperemia ciliar, edema párpados, xemosis, decoloración y estrechamiento del iris, color de la esclerótica, etc.*, por la simple inspección y comparación del ojo enfermo con otros sanos.

Y por medio de la iluminación oblicua o focal, cuya técnica se explica en el grabado núm. 1, el médico general puede facilmente descubrirlos, siempre por comparación con ojos sanos, sin previo conocimiento oftalmológico: *Disminución de la cámara anterior, dilatación y color de la pupila, opacidad y chagrinamiento de la córnea, etc.*

La ambliopía que, como ya hemos dicho, se caracteriza por *disminución de la agudeza visual y escotoma nasal*, puede reconocerse sencillamente por el interrogatorio en cuanto a la disminución de agudeza, y no poseyendo el médico no oculista, un perimetro para de-

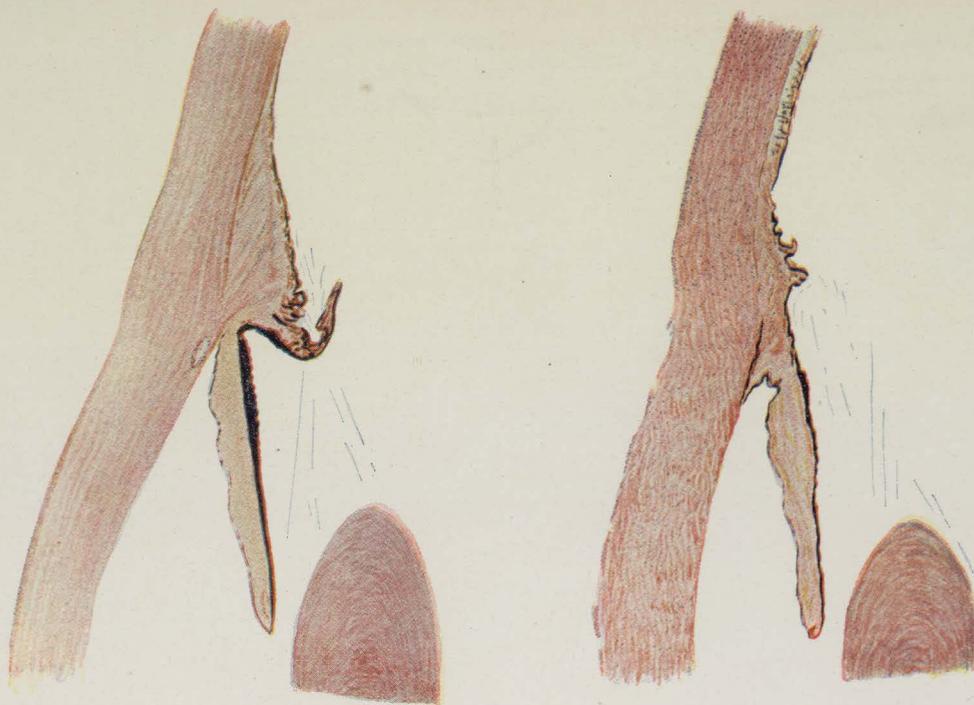


Figura 1.<sup>a</sup>

SEGMENTO ANTERIOR  
EN UN OJO NORMAL Y  
EN OTRO AFECTO DE  
GLAUCOMA ABSOLUTO

Obsérvese el engrosamiento de las láminas de la córnea, la descamación del epitelio, la disminución de la cámara anterior, la desaparición del canal de Schlemm y soldadura del ángulo de la cámara anterior, la atrofia del iris, el ectropion de la úvea, la atrofia y retracción de los procesos ciliares y el edema inflamatorio de la coroides.



Figura 2.<sup>a</sup>

CORTE DEL SEGMENTO  
POSTERIOR DE DOS  
OJOS, UNO NORMAL Y  
OTRO CON GLAUCOMA  
ABSOLUTO.

Nótese el engrosamiento de la coroides, la dilatación de algunas venas retinianas, la discontinuidad de la retina y el nervio óptico a consecuencia de la gran excavación, el desplazamiento hacia atrás de la lámina cribada y los comienzos de formación de la membrana conjuntiva papilar.

terminar los límites del campo visual, puede hacerlo con las manos, como se indica en el grabado núm. 2, cerciorándose así de la *disminución del campo visual* y de la existencia del *escotoma*.

Otros de los síntomas importantes es la *hipertensión*. Para ello los oftalmólogos nos valemos de aparatos que la miden por mm. de Hg., pero el médico general, debe hacerlo por la sola palpación digital, sin valerse de ningún aparato, siguiendo la técnica indicada en el grabado núm. 3, y si es menester comparando la fluctuación del ojo enfermo con la de otros ojos sanos y hasta con la del suyo.



Fig. 1.ª

ILUMINACIÓN OBLICUA O FOCAL

En una cámara oscura, una lámpara situada a un metro de distancia del paciente, nos proporcionará una fuente de luz que con una lupa de aumento cualquiera podremos concentrar ya en la córnea, iris o pupila, con solo variar la distancia que media entre la lente y el ojo, permitiéndonos observar de una manera precisa la profundidad de la cámara anterior, color del iris, dilatación pupilar, estado de la córnea, etc.



Fig. 2.ª

DETERMINACIÓN DE LOS LÍMITES DEL CAMPO VISUAL

Situado el enfermo de espaldas a una ventana y tapado con la mano y un pañuelo al ojo no explorado, debe mantener la mirada del ojo a explorar en un punto fijo, inmóvil, a 60 cm. del ojo, punto que podrá ser la mano del observador, quien con la otra moverá los dedos por arriba, por abajo, por fuera y por dentro, es decir, por toda la extensión de los límites del campo visual, a fin de determinar si existe ceguera en algún punto de su periferia.

Para el que no tiene experiencia es imprescindible comparar el resultado con el de los ojos sanos, colocado en iguales condiciones de luz y distancia.



Fig. 3.ª

EXPLORACIÓN DE LA TENSIÓN OCULAR POR SIMPLE PALPACIÓN DIGITAL

El médico de pie frente al paciente, le invita a mirar abajo. Y con los índices de las dos manos, colocados sobre la parte superior del globo del ojo, por encima de los párpados, debajo del reborde orbitario, hace presiones alternativamente con un dedo y otro, a fin de notar el grado de aplastamiento que produce en el globo ocular, la presión de uno de ellos, mientras que el otro lo aguanta, fijándolo en la órbita, para que sus movimientos no falseen nuestra sensación.

Es indispensable examinar varios ojos a distintas personas para hacerse cargo de los pequeños cambios de tensión ocular.

Excepto en los casos de glaucoma fulminante, si se instituye el tratamiento en los comienzos del mal, el pronóstico no es del todo desfavorable, toda vez que se conserva la agudeza visual de que disfruta el enfermo, en el momento de la intervención; pero si el tratamiento acertado se establece cuando el glaucoma está muy avanzado, frecuentemente la atrofia del segundo par prosigue, acabando con su obra destructora, la amaurosis.

V.—ANATOMÍA PATOLÓGICA	}	Córnea .....	}	Láminas separadas y engrosadas
				Celulas grandes e inflamadas.
				Gotas de grasa entre epitelio y membrana de Bofmann.
		Epitelio descamado.		
		Esclerótica .....	}	Adelgazada.
		Dilatada en ciertos puntos.		
		Degeneración grasosa.		
		Cámara anterior.	}	Disminución poco profunda.
				Humor acuoso cargado de albúmina.

V.—ANATOMÍA PATOLÓGICA

- Uvea .....
  - Iris .....
    - Atrofiado.
    - Ectropión úvea
  - Procesos ciliares.
    - Gruesos adelantados.
    - Atrofiados.
    - Retraídos.
    - Soldadura del ángulo de la cámara anterior.
  - Coroides .....
    - Edema inflamatorio.
    - Líquido coagulado con escasos leucocitos.
- Retina y papila.
  - Atrofia retina.
  - Dilatación de las venas.
  - Atrofia papilar
  - Formación de membranas conjuntivas.
  - Osificación.

VII.—TRATAMIENTO

Quirúrgico (4)..

Esclerotomía.

Iridectomía..

Esclerectomía

Enucleación..

Farmaco  
lógico (5)

Eserina.  
Pilocarpina.  
Dionina.  
Adrenalina.

No cura pero prepara ataque agudo para operación definitiva. Generalmente inferior. Con cuchillo de Graefe, punción muy escleral, contrapunción muy escleral subconjuntival. Retirar el cuchillo cortando en contrapunción la mayor longitud posible, siempre subconjuntivamente.

En las horas siguientes que preceden a la operación definitiva; masajes.

Siempre en inflamatorio agudo pero en frío si es posible, o después de esclerotomía. Incisión escleral con cuchillo de Graefe; coloboma iris amplio hasta la periferia; en dos tiempos; superior si no hay atrofia del iris.

En simple y crónico inflamatorio. En la parte superior del limbo esclero corneal, atravesando todo el espesor de la esclerótica, cuyos bordes deben ser limpiamente cortados. Recubierta de conjuntiva y acompañada de iridectomía periférica, según técnicas de LAGRANGE, ELLIOT o FORONI.

En absoluto doloroso.

Siempre que una persona (generalmente de edad) se queja de disminución lenta y progresiva de la visión, sin molestias ni dolores, aunque veais color opalino en la pupila y aunque verdaderamente tenga principios de catarata, debéis pensar que puede tener un glaucoma

(4) Unicamente mencionaremos los tratamientos quirúrgicos más generalizados. No citaremos otras muchas operaciones que para el mismo fin se han ideado.

(5) Unicamente nos ocuparemos del tratamiento farmacológico local, pero debemos hacer constar que el general es de gran importancia en esta afección.

VI.—TEORÍAS SOBRE SU PATOGENIA

- Graefe.....
  - Coroiditis serosa que trasudando aumenta líquido infiltra vítreo.
- Donders.....
  - Aumento de vítreo debido a trastornos inervación ciliares.
- Stellwag.....
  - Tensión sanguínea aumentada en la úvea por compresión venas vorticosas al atravesar oblicuamente la esclerótica no elástica.
- Knies.....
  - Inflamación ciliar con soldadura del ángulo de la cámara anterior y obstrucción del canal de Schlem.
- Weber.....
  - Congestión de los procesos ciliares que adelantándose tapan el canal de Schlem.
- Priesley-Smith.
  - Crecimiento cristalino reduce espacio perilenticular, dificultando el paso a la cámara anterior de los líquidos retro-lenticulares.

simple y nunca decirle que padece catarata, sin antes haberos cerciorado de que no existen escotoma nasal, ni disminución de la cámara anterior, ni aumento de la tensión ocular, etc., en una palabra, de que no tiene glaucoma, toda vez que al diagnosticar catarata, le inducís tácitamente a que espere la completa madurez de la misma, para ser operado con éxito. Si la supuesta catarata fuese un glaucoma simple, la ceguera sería irreparable al no operar en sus comienzos, antes de ver desaparecer la visión (6).

Ya veis pues cuan grande es la responsabilidad del médico que diagnostica de catarata un glaucoma simple.

En otros casos os parecerá que el enfermo tiene una iritis o una conjuntivitis pues tiene lagrimeo, el ojo encarnado, dolores y quizá cambio de color del iris.

Vais a recetar ya, atropina o sulfato de zinc sin averiguar si puede ser un glaucoma irritativo, en cuyo caso la atropina podría determinar un ataque de glaucoma agudo o quizás fulminante; por lo tanto no diagnosticéis aquellas afecciones sin antes pensar en el maligno glaucoma (7) ni cometáis la frecuente imprudencia de decir a un enfermo que tengais en cama poco o muy grave que lo de su ojo, si se queja de él, ya lo cuidará cuando esté bien y pueda levantarse. No olvidéis que acompañan muchas veces al glaucoma agudo la cefalalgia, vómitos, lengua saburral, fiebre y una serie de síntomas generales de catarro gástrico febril (8). Examinad el ojo y si encontráis disminución de agudeza visual, escotoma nasal, hipertensión, dilatación de la pupila, etc., ordenad inmediatamente un purgante salino, sinapismos en los pies, emisión sanguínea en la sien (sanguijuelas, ventosas) colirios miósicos y dionina, y mandad llamar a un especialista para que opere al paciente, evitando así una ceguera irremediable.

Acordaos oportunamente de la pregunta con que se encabezan estas líneas. ¿Será un glaucoma?

RESUMÉ

*Le glaucome est caractérisé par l'hypertension. Selon la forme comme celle-là s'établit elle se classifie en chronique ou aigue. A elle sont dus les symptomes objectifs et subjectifs. Nos efforts thérapeutiques ne tendent qu'a la combattre.*

*La marche du glaucome étant progressive jusqu'a la cécité par destruction du second pair, il est indispensable de combattre la maladie dès ses débuts, d'où la nécessité que le médecin non oculiste, sache la prévoir à temps afin qu'il puisse conseiller l'opération opportunément.*

*D'ailleurs tout medecin non oculiste sans nulle notion de la spécialité, peut diagnostiquer facilement, en évitant un grand nombre de cécités par an.*

SUMMARY

*Glaucoma is characterised by a hypertension. According to the way this is instituted, it is divided into severe or chronic. To it are due both the subjective and objective symptoms. Our therapeutic measures are directed against it only.*

*The onset of the glaucoma being progressive until blindness occurs by destruction of the second nerve, we must fight the disease from its beginning; therefore it is necessary that he non-oculist physician may find it out promptly to advise the operation in time.*

(6) Véase carta 1.<sup>a</sup>

(7) Véase carta 2.<sup>a</sup>

(8) Véase carta 3.<sup>a</sup>

*Any physician even if he is not an oculist and without the knowledge of the specialty may diagnose it easily, thus avoiding many cases of blindness every year.*

ZUSAMMENFASSUNG

*Das Glycoma ist durch Hypertension charakterisiert. Je nach der Form, in welcher diese sich einstellt, wird sie als chronische oder akute klassifiziert. Ihr verdankt man objektive und subjektive Symptome. Unsere therapeutischen Anstrengungen tendieren nur dahin, sie zu bekämpfen.*

*Da der Verlauf des Glycomas ein progressiver ist, der durch Zerstörung des 2. Auges bis zur Blindheit führt, so ist es unerlässlich, die Krankheit in ihren Anfängen zu bekämpfen, daher die Notwendigkeit, dass der Nicht-Augenarzt sie zur rechten Zeit voranzusehen vermag, damit er die Operation vorteilhafterweise anraten kann.*

*Andrerseits kann jeder Nicht-Augenarzt ohne irgend welche Kenntnis des Spezialfaches diagnostizieren, wodurch er eine grosse Anzahl von Blindheitsfällen jährlich verhütet.*

UN CASO DE FRACTURA DE BOYER (1)

(NOTA CLÍNICA)

por el doctor

JOAQUIN SALARICH

Ayudante de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona

Las fracturas del calcáneo por arrancamiento, o fracturas de BOYER, que antes de MALGAIGNE, habían absorbido toda la patología traumática de este hueso, tomaron un carácter de relativa frecuencia con la descripción por este autor, de las fracturas por aplastamiento, que son las que verdaderamente constituyen el máximum de traumatismos del calcáneo.

Las estadísticas de PETEL, SOUBEYRAN y RIBES, TANTON, WALKER y MOREL (2), vienen a confirmar la escasa frecuencia de esta clase de fracturas, de las que he tenido ocasión de observar el caso objeto de esta nota.

*Historia clínica.*—C. B., natural de Valencia, de 55 años de edad, de profesión sirvienta, domiciliada en Barcelona, sin antecedentes familiares ni personales dignos de mención.

Consecutivamente a una caída sobre la punta de los pies, experimenta la enferma un dolor agudo en la región del talón que le dificulta la marcha.

Apreciase por inspección que la depresión normal supracalcaneana se halla reemplazada por un reborde saliente, con desaparición de las canales retromoleolares y ligera hinchazón de los tegumentos, acompañada de equimosis y flictenas.

Por palpación confirmase el borde agudo de dicha prominencia que amenaza perforar los tegumentos, con movimientos en sentido horizontal y vertical y ligera crepitación. Entre esta y el fragmento inferior del calcáneo *in situ* se nota una excavación en la que se hunde fácilmente el dedo. El pie parece destalonado.

Radiográficamente se observa un arrancamiento del ángulo postero-superior del calcáneo, cuya línea de fractura, oblicua hacia atrás y abajo, siguiendo la dirección de las fibras talámicas, limita un fragmento triangular, atraído y basculado

(1) Observado en la Clínica de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona, a cargo del Profesor Dr. MORALES LLORENS.

(2) PETER logró reunir 6 casos antes del año 1898. SOUBEYRAN y RIBES, 21 casos sobre 137 fracturas de calcáneo (1913). TANTON reunió 36 casos hasta el año 1916. MOREL, 2 veces sobre 91 casos estudiados por radiografía.