

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.^a

(7) Véase carta 2.^a

(8) Véase carta 3.^a

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 supracalcánea se halla reemplazada por un reborde saliente, con desaparición de las canales retromoleolares y ligera hinchazón de los tegumentos, acompañada de equimosis y flictenas.

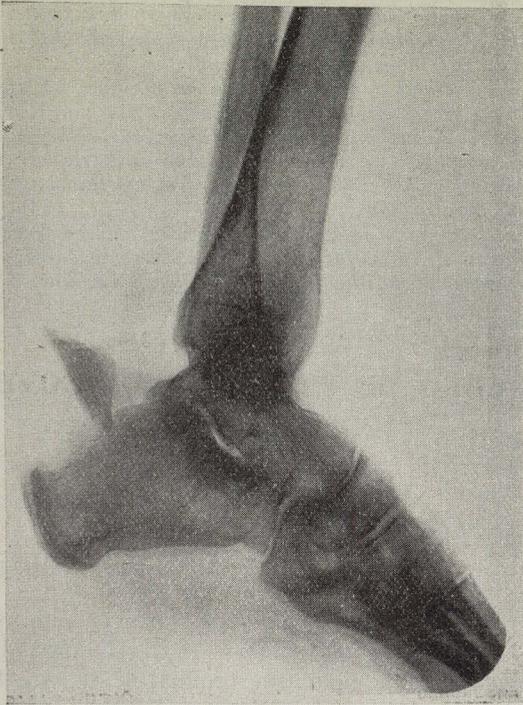
Por palpación confirmase el borde agudo de dicha prominencia que amenaza perforar los tegumentos, con movimientos en sentido horizontal y vertical y ligera crepitación. Entre esta y el fragmento inferior del calcáneo *in situ* se nota una excavación en la que se hunde fácilmente el dedo. El pie parece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

hacia arriba a los maleolos por el tendón de Aquiles, de manera que su cara posterior se hace superior, solidarizado en su extremo anterior con el hueso, por el periostio formando charnela, y separados los dos fragmentos en su parte posterior por una distancia de unos 4 centímetros. (Radio núm. 1).



Radio núm. 1

En las fracturas del ángulo postero-superior del calcáneo, abandonadas o tratadas por medios imperfectos, el enfermo conserva de su traumatismo una deformación más o menos marcada del talón. En ciertos casos, el callo engloba la extremidad inferior del tendón de Aquiles acarreando una aquilodinia persistente. (TANTON).

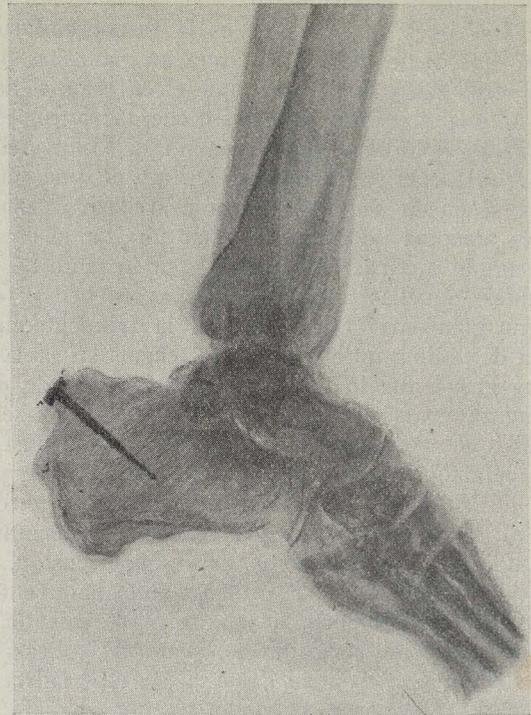
WITECK y posteriormente GIBNEY y TAYLOR, confirman, que después de una fractura del ángulo postero-superior del calcáneo, los músculos y ligamentos plantares, no sufriendo la acción antagónica del tendón de Aquiles, tienden a acercar sus inserciones y determinan una exageración de la bóveda plantar, con acortamiento más o menos considerable del pie, que es lo que ha hecho afirmar a WITECK la denominación de *pie hueco traumático*. En su consecuencia, la prolongación del eje tibial cae en la tuberosidad posterior del calcáneo, anormalmente desviada hacia adelante.

Algunos cirujanos tratan estas fracturas incruentamente, intentando la reducción del fragmento desplazado por maniobras adecuadas y colocando luego un vendaje enyesado.

EISENDRATH preconiza el tratamiento cruento manteniendo en posición reducida al fragmento superior por medio de una sutura practicada con material absorbible (tendón de canguro) previo taladro de los dos fragmentos. En uno de sus casos practicó directamente la unión del tendón de Aquiles con el segmento inferior del calcáneo, procedimiento seguido por PETT

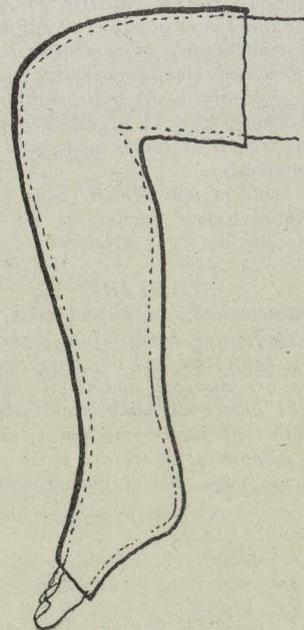
DE LA VILLEON en un caso de fractura de BOYER (comunicación a la Sociedad Nacional de Cirugía de París, 1925), previa extirpación del fragmento superior.

El tratamiento seguido en el presente caso fué el siguiente: previa anestesia raquídea e incisión longitudinal de los tegumentos de la región aquiliana, practico la reducción del fragmento superior que mantengo sostenida por la acción de un tornillo. (Radio núm. 2).



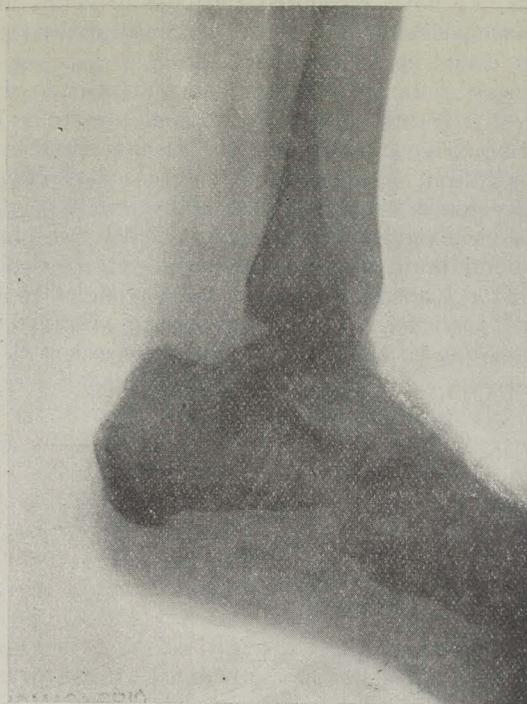
Radio núm. 2

Una vez suturada la herida, procedo a la colocación de un apósito de yeso en posición de extensión forzada del pie y flexión en ángulo agudo de la pierna sobre el muslo, al extremo de relajar al máximo el tríceps sural. (V. esquema).



Esquema

A los 40 días se quitó el apósito escayolado y a los 50 procedo a la extracción del tornillo, empezando la movilización 10 días más tarde, saliendo la enferma a los 74 días de su ingreso, completamente curada, sin acreditar el menor trastorno funcional. (Radio núm. 3).



Radio núm. 5

PRÁCTICA MÉDICA

ACERCA DE LA TÉCNICA DEL RASPADO DIGITAL

por el doctor

S. DEXEUS FONT

antiguo médico-interno de la Maternidad de Barcelona

Las indicaciones del raspado digital son menos numerosas desde que no se practica sistemáticamente la ablación de los restos ovulares retenidos en caso de aborto séptico. Guarda empero, todavía numerosas indicaciones, nacidas de la persistencia de fragmentos placentarios dentro de la cavidad uterina; indicación que implicará una realización inmediata del vaciado cuando aquellos ocasionen una hemorragia copiosa y un menor apresuramiento, naturalmente, cuando se lleve a cabo como profiláctica de una sepsis puerperal.

Omitimos en este artículo la extracción manual de la placenta en el parto de término o prematuro, operación conocida con el nombre de alumbramiento artificial.

A juzgar por la relación que del raspado digital hacen la mayoría de los autores, sería esta una operación sencilla, al alcance de todos y sin la más pequeña dificultad técnica. He visto, a consecuencia de aquél, numerosos fracasos y ello me ha inducido a precisar ciertas reglas para la eficaz y correcta realización de esta

pequeña operación obstétrica que todo médico práctico se verá más de una vez precisado a llevar a cabo.

¿Qué se propone el raspado digital? Llegar a todos los ámbitos de la cavidad uterina, explorar sus dos caras, el fondo, los dos ángulos; reconocer la existencia de restos ovulares y en el caso de hallazgo positivo, provocar su salida. El secreto del éxito del raspado consiste en poder reseguir toda la cavidad de la matriz. No debe limitarse nunca el médico a explorar hasta donde lleguen sus dedos. Debe, por el contrario, lograr que aquellos alcancen fácilmente todas las partes de la cavidad corporal y puedan actuar con plena libertad. Toda intervención intra-uterina estará solamente bien completada cuando se haya recorrido toda la cavidad. Para llegar a este objetivo son precisas dos condiciones: 1.º *anestesia*; 2.º *introducción de la mano entera dentro de la vagina*.

Gracias a la anestesia, puede el médico aproximar con la mano que actúa por vía abdominal, el útero a la mano vaginal. Gracias a la introducción de toda la mano dentro de la vagina, será factible que los dedos índice y medio introducidos a través del orificio externo, puedan llegar hasta el fondo de la matriz.

Si dejan de cumplirse ambas condiciones o una de ellas tan solo, el fracaso puede ser completo por la imposibilidad de reconocer toda la cavidad y el olvido de restos en su interior. Sin anestesia, la enferma no está quieta, se defiende. El dolor que las manipulaciones provoca, origina una contractura de defensa de la musculatura abdominal. No es posible entonces deprimir profundamente la pared ventral, asir el fondo uterino y mantenerle fijo para una revisión. Esta dificultad hácese más ostensible en las primíparas y en general en las mujeres de poca musculatura abdominal.

Sin la introducción de toda la mano dentro de la vagina, es completamente ilusorio el suponer que los dedos del médico puedan alcanzar el fondo de una matriz grávida. Sobrado es decir que aumentarán los escollos con los meses de la preñez y que un aborto de cuarto o quinto mes requerirá una mayor pulcritud de tecnicismo que uno de pocas semanas.

Las adjuntas figuras dan una idea clara de mi razonamiento.

Con anestesia profunda introdúzcase, pues, toda la mano, en general la derecha, dentro de la vagina; es preferible que esté enguantada. La izquierda, actuando por vía supra-púbica, acerca el útero a la mano que actúa por *vías naturales*. Los dedos índice y medio van en busca del cuello y penetran sucesivamente dentro de la cavidad cérvico-corporeal. El pulgar estará replegado en el fondo de saco anterior y los dos restantes en el posterior. Veremos entonces la mano del médico adoptar la misma actitud que para el tacto vaginal con la sola diferencia de que el pulgar en lugar de colocarse en extensión, se flexionará para distender menos el fondo de saco anterior.

Los dedos que operan van en busca de la placenta, reconocen si está total o parcialmente insertada y procuran su liberación de la pared uterina.

Para obtener ésta, es menester practicar una especie