

La reacción pupilar en el diagnóstico del embarazo

CONCLUSIONES

1° La oftalmorreacción de Bercovicz es completamente inocua para el ojo u ojos en los cuales se efectúa.

2° Cualquier médico práctico o general puede y debe verificarla en los casos dudosos de preñez, tomando en cuenta su sencillez.

3° La oftalmorreacción de Bercovicz es positiva desde la segunda o tercera semana después del principio de la última menstruación.

4° La reacción de Bercovicz es positiva en el 79 % de los casos de embarazo intrauterino o de embarazo ectópico.

5° Es negativa en las mujeres bien regladas o no embarazadas, y en el hombre.

6° Como corolario de las anteriores se desprende ésta: la oftalmorreacción de Bercovicz es un nuevo medio que se pone en manos del médico práctico para que le ayude en los casos dudosos de preñez; es, a la par que sencilla, bastante precisa.

RESUMEN DE LA TÉCNICA

Suero obtenido por coagulación de la sangre y retracción del coágulo. Es el mejor producto de que se puede disponer en caso de no tener centrífuga, pues se obtiene un suero limpio que no provoca ninguna molestia.

Una vez obtenido el producto excitante escogido, se toma un poco de dicho suero (de la san-

gre de la paciente supuesta embarazada) con una pipeta o gotero estériles y se depositan unas cuantas gotas, las suficientes para bañar toda la conjuntiva, ya sea en un solo ojo o en ambos, se procede a la observación que dará los siguientes datos:

En caso de ser *positiva*, entre los 50 y los 90 segundos empiezan a aparecer movimientos de oleaje, diafragmación u ondulación de la pupila excitada, movimientos que se efectúan sin seguir un ritmo determinado y tendiendo a llevar a la pupila a la miosis o a la midriasis. La reacción persiste por espacio de 5 minutos por término medio y es bastante fácil de observar aun para personas no experimentadas, siempre que se observen las condiciones antes citadas (paciente en ayunas, tranquila, acostada cómodamente sin almohada, en una habitación bien iluminada y sin que ésta varíe).

En caso de que la reacción sea *negativa*, las pupilas permanecerán en el mismo estado *que* guardaban antes que se efectuase la excitación. No se presentan movimientos ni cambios de tamaño.

Cuando la instilación se haga solamente en uno de los fondos de saco conjuntivales, solo se presentará la reacción en el lado excitado, permaneciendo el opuesto en absoluta quietud. Es de recomendarse que las personas no acostumbradas a obser-

var pupilas o a verificar esta reacción, hagan la experimentación instilando un solo ojo con objeto de que conserven el otro como índice de comparación.

Una vez terminada la observación, y como exceso de precaución, se hace una instilación de solución de argirol al cinco por ciento en los ojos que han

servido para la observación siguiendo la técnica (esbozaba) anterior, que como se ve es bastante sencilla, se obtiene una observación fácil, una ausencia total de fenómenos morbosos en las conjuntivas usadas para hacer la reacción.

Francisco A. Morones Alba
Tesis de México.

Reflexiones sobre treinta y ocho casos de pleuresía purulenta

Por el Doctor VIGNARD,
Cirujano Honorario de los
Hospitales Estos casos se

distribuyen de las del procedimiento. la manera siguiente, según la edad:

Enfermos mayores de 18 años, hasta 65: nueve.

Enfermos menores de 3 años: siete.

Enfermos mayores de 3 años y menores de 18: veintidós.

Manual operatorio. — Todos estos enfermos se han operado y drenado según el procedimiento por mí descrito en un opúsculo publicado en 1908 en colaboración con mi ayudante el doctor Monod con el título *La pleuresía purulenta en el niño* y editado por Maloine. Este procedimiento, que tiene por base el drenaje por aspiración continua, se realiza por un dispositivo que he descrito varias veces y que, aparte los honores del plagio, ha merecido los de perfeccionamientos algo complicados cuya necesidad no se me alcanza. Continuo prefiriendo su cómoda sencillez a las innovaciones algo embarazosas, costosas, y que no aumentan poco ni mucho la seguridad y venta-

Contrariamente a una práctica corriente y que me parece inútil, si no peligrosa, nunca he practicado ninguna resección costal, causa de fístulas con frecuencia difíciles de cerrar y también causa de un drenaje demasiado ancho, que deja rezumarse el pus y favorece la infección secundaria de la herida y de la pleura. Sin embargo, excepcionalmente he tenido que hacer una resección para extraer de un fondo de saco pleural dos drenes que entretenían una supuración inagotable en un niño que había sido operado en un hospital, en el que omitieron fijarlos y vigilarlos.

Ciertos autores creen que si en el niño puede prescindirse de la resección costal, ésta es indispensable en el adulto. No veo razón anatómica que justifique esta práctica, la cual no ha sido necesaria en ninguno de los nueve adultos de esta estadística.

Complicaciones. — Si el modo de abertura y drenaje tiene

una influencia feliz sobre la evolución de la pleuresía purulenta y sobre la rapidez de su cicatrización, es impotente respecto de ciertas complicaciones inmediatas o tardías que dependen de la propia causa de la infección, de su repercusión sobre otros órganos o sobre el estado general. Así nos lo demuestra el análisis rápido de las siete muertes que hemos registrado y que se distribuyen como sigue, según la edad de los sujetos:

- 1 muerte a 30 meses;
- 3 muertes en niños de 5 años;
- 1 muerte en un niño de 8 años;
- 1 muerte en un enfermo de 19 años;
- 1 muerte en un enfermo de 30 años.

El mecanismo de la muerte ha sido el siguiente:

Tres veces ha sobrevenido bruscamente un síncope sin hemorragia, siete, ocho y quince horas después de la operación.

En los tres casos el derrame era considerable, el corazón estaba fuertemente desplazado hacia la derecha, y creo que en esta eventualidad sería preferible, antes de proceder a la pleurotomía, que sin embargo se practicó bajo anestesia local, hacer una o varias punciones prudentemente distanciadas.

En una cuarta observación en el enfermito se hallaba en estado de septicemia grave, pues había padecido sucesiva y casi simultáneamente el sarampión, la escarlatina, una neumonía y una otitis supurada.

El caso quinto se refiere a un niño de cinco años que junto con

la pleuresía tenía a la vez síntomas de peritonitis neumocócica que acarrearón la muerte once días después de haber abierto la pleura.

En fin, dos veces la muerte tuvo por causa una meningitis o fenómenos meníngeos que no ne presenciado, pues el funesto desenlace se produjo después de cerrada la pleura, una vez al cabo de mes y medio y la otra dos meses después.

Como se ve, de estas siete muertes hay cuatro que no son imputables ni a la operación ni al procedimiento operatorio, pero que muestran bien a las claras el peligro que hace correr a los enfermos la impregnación **neumocócica**.

En efecto, tanto en estos enfermos como en los que han curado, el neumococo fue siempre el agente causal, salvo en un joven de veinticinco años cuya pleuresía parece debida al estafilococo. En efecto, **fue** operado en un estado de septicemia grave, con un enorme ántrax labial y adenitis Submaxilar. Meses después de su curación tuvo, por lo demás, signos de osteomielitis subaguda, pero supurada, del fémur.

En todos los demás el derrame pleural había ido precedido de neumonía franca y la curación se produjo en los términos habituales, es decir, se retiró el tubo entre los veinte y veintiocho días, substituyéndolo o no por un dren pequeño, destinado a mantener abierto el orificio hasta el agotamiento total y definitivo de la supuración.

El número de las curas no excede de ordinario de dos o tres

antes de la ablación del tubo, lo que no deja de ser una gran ventaja, así para la comodidad del enfermo, que nunca queda bañado de pus, como porque disminuye los riesgos de infección secundaria. Además, si se atiende a la pusilanimidad y a la indosilidad de los niños, que son los más numerosos, se apreciará en su justo valor un modo de drenaje que reduce a tan mínimas proporciones la necesidad de las curas.

Sólo una vez he observado una recidiva en una niña de cuatro años, diecisiete días después de la cicatrización de la pleura.

Fue preciso un nuevo drenaje, que se dejó *in situ* por espacio de veinte días.

Caso raro. — De propósito he reservado para el final uno de los casos más extraordinarios que me haya sido dado observar en cuestión de pleuresías purulentas. Trátase de un niño de veintidós meses que me fue traído de un pueblo que distaba más de 200 kilómetros, en el estado más lamentable que pueda ofrecer un ser humano, a tal extremo que su propia madre avergonzábale casi de aquella pobre piltrafa: "No es un niño, me dijo, sino un esqueleto viviente." Ciertamente, nunca vi emaciación semejante.

Su pleuresía databa de casi dos meses, y la radioscopia, muy difusa y difícil de interpretar, mostraba, en medio de adherencias, un derrame alto y como suspendido de la axila izquierda. Pleurotomía rápida y alta bajo el omóplato y hacia afuera, sin anestesia; tubo de drenaje. El niño sale de la sala

moribundo.

En los días siguientes, signos de peritonitis y oclusión intestinal, vómitos e hinchazón del vientre. La escasa cantidad de pus hallada en la operación, la insignificancia del derrame ulterior, la molestia infligida por el tubo sobre el que descansa de continuo el niño, me incitan a quitarlo. Al extraerlo, se escapan por la herida abundantes materias fecales. Vamos a reconstituir la génesis: Este niño, a causa de la larga duración de su derrame, ha tenido dehiscencia del diafragma, hernia transdiafragmática, perforación intestinal e invasión estercoral de la pleura.

La situación es desesperada. El niño está bañado en sus propios excrementos y no se alimenta absolutamente nada. Aconsejo a los padres que se lo lleven para que no muera lejos de ellos. El día de la partida está extenuado, envuelto en una toalla, al parecer próximo a su fin, cuando con un quejido tan sólo inteligible por su madre pide pan. Se introduce entre sus labios un poco de líquido, y decidimos aguardar. En los días siguientes asistimos a una resurrección lenta, y al cabo de tres semanas, sin que nada se haya hecho ni intentado, la fístula intestinal y pleural se ha cerrado por completo. La radioscopia no demuestra ya nada anormal, y en la actualidad es un niño de seis años, robusto y lleno de vida.

Si se me pidiese una definición del milagro, no haría más que citar este caso.

—De *VAvenir Medical*—