

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS.

~~~~~

### EXCRECION INTERMITENTE ANUAL

#### DE SALES CALCÁREAS POR EL APARATO URINARIO

POR EL

DR. D. RAFAEL RODRIGUEZ MENDEZ

catedrático de higiene de la Facultad de Barcelona.

D. N. N., natural de Granada, de 45 años, casado; de temperamento linfático-nervioso, é idiosincrasia biliosa, reclamó mi asistencia á principios de Enero de 1871 (día 3).

Desde aquella madrugada presentó todos los síntomas de un cólico nefrítico bastante intenso y que no hay para qué referir. El padecimiento residia en el lado izquierdo y era la vez primera que lo sufría. No habia antecedentes hereditarios. En pleno dolor mantúvose dos dias, sin que bastasen á calmarlo ni los preparados de ópio, ni los de belladona; estos, como los emolientes, sólo servian para producir leves remitencias. A los dos dias menguaron los síntomas y empezó á orinar una materia blanca, como si fuese una papilla de óxido de magnesio, cuyo contacto no molestaba en ningun punto de la uretra. Pocas veces sola, de ordinario iba acompañada de una cantidad variable, pero siempre escasa, de orina rojiza. Este flujo especial persistió durante media semana, disminuyendo de una manera rápida en los últimos momentos. La orina continuó encendida algun tiempo, y al fin cesaron todas las alteraciones sensibles, quedando bien el enfermo.

En el año siguiente (1872) y casi en la misma fecha (día 4) reprodujose el padecimiento, pero con tal violencia, que dosis enormes de narcóticos, sedantes, etc., eran de todo punto ineficaces. Tambien fué en esta ocasion el lado izquierdo el afecto. A los diez dias ofreciéronse iguales alteraciones en el derecho, y la gravísima situacion vino á complicarse con fenómenos de intoxicacion urinosa y con síntomas peritoníticos. Seria penoso, por más que algunos detalles ofrezcan marcado interés, relatar el conjunto de alteraciones que individual y colectivamente se presentó, y donde no se sabia á ciencia cierta, qué era más grave, si la litiasis renal por sí sola, ó las complicaciones y consecuencias que vinieron á sumarse. En tal situa-

cion, casi cruzado de brazos, escuché en días sucesivos el parecer de varios compañeros: todo lo propuesto fué inútil. Médicamente hablando, el caso era de todo punto desesperado, y me limité, despues de concienzudos y estériles esfuerzos, á cumplir indicaciones paliativas.

Calcúlese la sorpresa de todos al ver aparecer, hácia el vigésimo día de enfermedad, un flujo espeso, como en el acceso del año anterior, que corria á lo largo de la uretra. En las primeras horas salió casi continuamente; luego fué rebajando la cantidad y consistencia, y revuelto con orina acabó tras largos días. Hubiera sido curioso, y cúlpese á mi inadvertencia, haber pesado aquella masa que se iba excretando en varios días. Puede, sin embargo, calcularse en más de dos kilogramos la suma total.

Analizada una porcion de aquella sustancia, que tenia el aspecto de una lechada de yeso de escultor, sólo pude averiguar, mediante la persona que comisioné para un análisis en toda regla, que la mayor estaba formada de carbonato y de fosfato cálcicos.

Despues de una penosa convalecencia, en la que, descontadas las lesiones del aparato urinario, el síntoma culminante fué una gran apatía, que contrastaba con su actividad de otros tiempos, el enfermo se repuso y quedó al parecer completamente bueno á fines de Febrero.

La coincidencia de aquellas dos fechas mantenía al sujeto en grande inquietud y llamóme á principios de Diciembre para ver si podia evitarse. Le dispuse el agua de Loeches á dosis alterante, que usó durante un mes.

En Enero de 1873 (día 7), apareció un nuevo ataque, que no alcanzó la gravedad ni la duracion de los primeros, y que fué seguido de la expulsion de materia, igual á la arrojada en los anteriores.

El enfermo estaba muy satisfecho del agua de Loeches y sin consultarme la estuvo empleando, tambien á dosis alterante, en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre.

En Enero de 1874 (día 6), estando yo ausente de Granada, tuvo un nuevo ataque, pero tan leve, que sólo le obligó á estar en cama un dia. Se expulsó igual materia, pero con muy mediana consistencia.

Durante los años 75 y 76 ha estado el enfermo completamente bueno, y hasta la fecha no hay novedad alguna en el corriente.

Si, toda vez que me es fácil, se presentase otra repeticion, me apresuraria á publicarla, para que sirviese de apéndice ó complemento al hecho relatado.

Préstase á detenidas reflexiones este caso clínico, reflexiones que no disiparian seguramente el gran campo de dudas que su narracion despierta.

Prescindiendo del estudio de la litiasis, en el concepto de las condiciones etiológicas, que la preparan ó determinan, hecho hoy sumido casi en completa oscuridad, seguramente que los fenómenos más notables de la observacion que precede son, la intermitencia y la gran cantidad y escasa consistencia del producto vertido.

Es en realidad sorprendente la regular intermitencia con que aparece la afeccion durante cuatro años; casi concuerdan los días. Pensar aquí en una simple coincidencia seria aventurado seguramente, pues, son muchos los años para que á una casualidad sólo deba atribuirse. No ménos vago me parece intentar resolver esta duda por la estacion en que aparecieron: es evidente que durante el invierno hay hiperemia renal fisiológica y frecuentemente nefritis catarrales; pero aparte de que desde estos hechos á la litiasis en general, queda mucho terreno desconocido, para el caso en cuestion hay más vacío, porque en Granada para entónces van ya dos meses de invierno, y ademas porque no se fraguan en tan corto plazo lesiones y productos tan significados. Existe para mí uno de los puntos oscuros de la enfermedad descrita.

A no verlo, casi es increíble la enorme cantidad de productos, cuya expulsion señalaba la terminacion del ataque. Como hay pneumatosis, hidropesías, hemorragias, polisarcia, etc., parecia el padecimiento un flujo calcáreo, que tomaba salida, despues de graves compromisos, por el aparato renal. Es conocido que por esta vía se eliminan parte de las sales calcáreas de la economía; pero que no es ella la única ni la más abonada probablemente. Aun siendo el exclusivo emuntorio, ¿cómo explicar una excrecion tan abundante sin graves trastornos de la nutricion de todos los tejidos, y especialmente de los huesos? Debiera resultar una osteomalacia agudísima en su produccion, que en el enfermo no existia. Todas las alteraciones, muy despacio buscadas, se reducian á las dificultades para la salida: ni ántes ni despues habia huellas de la enfermedad. ¿Podiera pensarse en un acúmulo lento, en una osteomalacia sin reblandecimiento de los huesos, y sólo caracterizada por mengua, pero sin alteracion física apreciable, de los elementos inorgánicos del tejido óseo? Graves objeciones pueden dirigirse á tal creencia; faltaria determinar en qué órganos se hacia el depósito lento de lo que lúego salia casi de una vez, y averiguado esto, explicar con toda razon cómo era tolerable el acúmulo por aparatos que debieran dar paso á otros productos, para lo cual necesitan vacuidad relativa. Por otra parte, la pérdida de sales debiera tener tambien lugar por otras partes, piel, por ejemplo, y nada de esto se hallaba en el paciente.

No hay para qué expresar el íntimo convencimiento que tengo acerca de la inutilidad de los medios empleados en el concepto de curativos. Las prescripciones durante el ataque cumplian sólo la indicacion del momento. El agua de Loeches, que como se sabe es sulfurado-sódica, es decir, alterante, la habia visto usar con buen éxito en dos enfermos que padecian arenillas. Apremiado por la exigencia del enfermo, que pedia un agente profiláctico, y no conociendo ni áun aproximadamente la naturaleza de la enfermedad, recordé la mencionada agua y la puse en práctica. La disminucion del tercer ataque, la pequeña del cuarto, y el mejoramiento posterior, parecen conducir á fiar en su valia. Sin embargo, como el *post hoc*, *ergo propter hoc* ha ocasionado tantos extravíos, cuando la relacion no se

establece con bastantes elementos, me guardaria bien de afirmar la eficacia del agua de Locches, cuya composicion no me lo explica todo, y cuya accion, como la de los alterantes, se presta á todas las elucubraciones posibles. Apunto el hecho, valga por lo que valiere.

---

«Sr. Director de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS.

Muy señor mio y apreciable amigo: Habiendo remitido á *El Siglo Médico* para su insercion las adjuntas aclaraciones al *Juicio Crítico* que el Dr. Sr. Gomez Torres de Granada ha publicado en dicho periódico, relativamente á la observacion clínica de un caso de *atonía uterina constitucional*, etc., inserta en el ilustrado periódico que V. acertadamente dirige, me creo en el deber de remitírselas igualmente, por si V. creyese oportuno que viesen la luz pública en su apreciable periódico.

Debo, sin embargo, advertirle que en ello no tiene el mayor interés el que se reitera suyo afectísimo amigo y seguro servidor Q. B. S. M.

DR. JOSÉ R. BENAVIDES.

Madrid 3 de Enero de 1877.»

## ACLARACIONES

A pesar de que el Dr. Gomez Torres, al hacer la crítica de la observacion clínica que he publicado en el primer número de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, no parece todo lo imparcial que era de esperar de tan distinguido profesor en sus apreciaciones, y en las conclusiones que deduce traspasa los límites de las conveniencias propias de quien, como él, tanto se debe á sí mismo, y de que tampoco podemos prescindir los que nos honramos con un título académico; á pesar tambien de que en dicha observacion habian intervenido los doctores Alonso Rubio, Valdes y Peiro y Rodrigo, y en ella ademas creo no haber faltado á la consideracion debida á todos mis comprofesores, al extremo de consignar que las observaciones que hiciera acerca de la misma *serian pálidas ante su ilustracion*; y por último, á pesar de haber consignado tambien *que el éxito alcanzado fuera debido más bien á la casualidad que á la destreza operatoria*, sin embargo, el Dr. Gomez Torres, á quien no tengo la honra de conocer, cierra conmigo de una manera que no le envidio ni temo, pero que lamento, porque no me parece el mejor medio de contribuir á los progresos de la Medicina y Cirugía prácticas, harto olvidadas desgraciadamente por ésta y parecidas causas.

No obstante me pide aclaraciones, y se las debo, prescindiendo de todo, en consideracion al ilustrado profesor que las desea. Sentiria, sin embargo, *perder el tiempo en hacerlas*, como de antemano me lo anuncia.

Dice el Sr. Gomez Torres *que desconoce la significacion de la palabra*

*constitucional, con que apellido la atonía uterina.* Esto no puede ser más que una modestia ilimitada del Dr. Gomez Torres, porque desde el Diccionario de la Academia hasta los fisiólogos modernos reputan por tal á todo lo perteneciente á la constitucion; y como en este caso se trataba de una señora inglesa, jóven de 24 años, y de temperamento linfático, en cuyos individuos existe cierta indolencia y flojedad, así en el desempeño de las funciones orgánicas, como en el de las de la vida de relacion (*Magaz*, t. II, pág. 452): hé aquí justificada la calificacion de *atonía uterina constitucional*.

Pero es más: el distinguido profesor Sr. Gomez Torres no puede ménos de convenir conmigo, sabiendo, como sabe mejor que yo, lo que, tratando de las causas generales que pueden retrasar el parto, consignan, hablando de la debilidad general de las parturientes, los célebres Moreau, Cazeaux, Scanzoni, Lenoir y Penard, y tanto que hasta describen los caracteres que en tales casos presentan los dolores desde el principio hasta la conclusion del parto.

Llama igualmente la atencion del Dr. Gomez Torres lo de *parto instrumental por atonía uterina constitucional y por estrechez relativa*, y dice: que no se compagina bien la estrechez con la buena formacion de la enferma en cuestion; consigna lo que se entiende por estrechez relativa y el nombre que debe dársele cuando falta la armonía entre el volúmen del feto y las dimensiones de la pélvis de la madre; y por último, extraña que yo, sin expresar el medio exploratorio en el primer reconocimiento practicado durante el período de dilatacion y ántes de rotas las membranas, haya llegado á conocer que existia desproporcion entre el volúmen de la cabeza del feto y las dimensiones de la pélvis, cuyo diagnóstico sólo puede hacerse *a posteriori*, y presumirse *a priori*, dadas ciertas circunstancias que no concurririan, por cierto, en la enferma en cuestion.

Respetando las apreciaciones del crítico, debo decirle: que la atonía uterina por sí sola exige muchas veces la terminacion del parto por medio del fórceps, y mucho más cuando existe lo que yo he llamado estrechez relativa, como la califica Moreau, t. I, pág. 58, y continuaré considerándola del mismo modo siempre que falte la debida armonía, como sucedia en el caso de que nos ocupamos, entre las dimensiones de la cabeza del feto y las de la pélvis. En cuanto á medios de exploracion, no he empleado otros que los en definitiva preferidos por todos los tocólogos; no sé si tambien por el Sr. Gomez Torres.

El tacto vaginal y exploracion por medio de los dedos índice y pulgar me ha sido suficiente para apreciar que el cuello uterino se hallaba flácido y lo suficientemente dilatado para saber que se trataba de un parto en presentacion de vértice, y á la vez el mismo medio pelvimétrico me ha permitido apreciar las dimensiones del estrecho inferior, y comparándolas con las del segmento esférico de la cabeza del feto, deducir la falta de armonia con aquellas, y por consiguiente, pronosticar, con la reserva que en tales

casos puede hacerse, lo que he consignado en mi observacion clínica: *que el parto habia de ser laborioso, no sólo por tratarse de una primípara, sino tambien, y muy particularmente, por la estrechez relativa que existia; todo lo cual me autorizaba para manifestarles que aquel llegaría (condicional) á hacerse instrumental.*

Desgraciadamente los doctores Alonso Rubio y Valdés han venido á comprobar aquel diagnóstico y pronóstico, que sin ser *valicinio*, tampoco tiene el *mérito incontestable* que le atribuye el Sr. Gomez Torres, puesto que se trata de cosas que se tocan y se miden.

Continuando en su propósito el ilustrado crítico, dice: *Llega el momento en que el Dr. Benavides juzga oportuno romper artificialmente las membranas, y la cabeza de la criatura penetra en la escavacion pelviana, á pesar de la inercia uterina, etc.* Esto demuestra evidentemente que, por lo ménos, ha leído muy de pasada la observacion clínica que analiza, porque, de otro modo, hubiera visto que la cabeza del feto se encontraba ya en la escavacion de la pélvis, como lo demuestran los tres párrafos siguientes:

«Manifestando la primípara que sentia hácia la cavidad pelviana una cosa que la molestaba, he practicado un nuevo reconocimiento á cosa de las doce de la noche del 13, y observé, no sólo que el cuello del útero se encontraba bastante dilatado, sino tambien que la bolsa de las aguas empezaba á formar prominencia al través del orificio, á lo cual sin duda eran debidas las molestias que la paciente acusaba, y la obligaban á hacer esfuerzos infructuosos, aunque muy de tarde en tarde, por falta de las contracciones uterinas necesarias.

»En esta disposicion continuó hasta las tres de la madrugada del dia 14 sin que, á pesar de reiterados vahos, caldos y bebidas difusivas calientes, y de hallarse completamente formada y distendida la bolsa de las aguas, se aumentaran las contracciones de la matriz, por cuya razon he roto las membranas, á fin de ver si por este medio las conseguia, etc.

»Como la cabeza del feto se encontrase ya *en la cavidad de la pélvis, tocando el estrecho inferior*, y apareciese el cuello de matriz flácido, delgado y afectando la forma membranosa, etc.»

La cabeza del feto se encontraba, por consiguiente, y no tenia que penetrar, en la cavidad pelviana, cuando la enferma acusaba molestias en dicha region, y yo practiqué el nuevo reconocimiento á las doce de la noche del 13.

A las tres de la madrugada del dia 14, habiendo sido inútiles todos los medios razonables empleados hasta entónces, y encontrándose completamente formada y distendida la bolsa amniótica, la he roto artificialmente, no porque sólo yo lo juzgara oportuno, sino tambien porque me lo aconseja Cazeaux, t. I, páginas 26 y 166.

Le causa tambien extrañeza al Dr. Gomez Torres, y califica de *excesiva condescendencia*, el que yo aceptara el baño general caliente á 30°,

propuesto en consulta por el Dr. Alonso y Rubio: ¿y por qué no habia de aceptarlo, siendo, como lo es, uno de los tantos medios recomendados, por más que lo conceptuara, cuando ménos, ineficaz? Pues qué, ¿no debe ape-larse á todos los recursos de la ciencia ántes de proceder á toda clase de operaciones?

El Dr. Gomez Torres es conmigo, más que severo, cuando hasta en lo que acabo de indicar aparenta desconocer aquel célebre aforismo de Hipócrates: *Quæ medicamenta non curant*, etc., y cuantos preceptos consignan con idéntico objeto los cirujanos de todos los siglos.

Nada, sin embargo, ha sorprendido tanto al Dr. Gomez Torres como lo referente al niño. Verdaderamente así parece debia suceder, porque la observacion no procede de allende los Pirineos, ni en España se puede hacer cosa de provecho. *J. S. Grubb, Arthur, W. Edis, L. W. Evans y J. H. Tylecote* ¿no han establecido, el primero un *meato urinario*, el segundo la *abertura del prepucio*, el tercero estableció *tres centímetros de uretra*, y el cuarto *una porcion de uretra*? ¿Qué inconveniente, pues, encuentra para, creyendo esto, no creer lo consignado en mi observacion? ¿Qué razones pueden servirle de fundamento al Dr. Gomez Torres para creer la falta de tres centímetros de uretra en una de las observaciones que cita, y en la otra una porcion de uretra, y no ha de creer la falta total de uretra y meato-urinario en el niño objeto de mi observacion, cuando el desarrollo de su pene era incompleto? Esto consiste indudablemente en que, como dice, *no ha logrado hacer bien la deglucion* de tan extraño caso, porque no lo ha masticado.

A propósito, pues, de este tan extraño caso, porque indudablemente lo es, á lo menos para mí, y así lo consigno, débole tambien algunas aclaraciones, reducidas á manifestarle que el niño no habia tenido nodriza hasta la tarde del 16, habiéndosele sostenido hasta entónces con cortas cantidades de jarabe de violeta; que aquella noche y la mañana del 17 el niño habia padecido ligeros espasmos clónicos en los miembros torácicos. Reconocido la mañana del dia 17, si bien observé le faltaba el *frenillo, circunferencia inferior del prepucio y meato-urinario*, no se encontraba muy distendida la vejiga de la orina, ni habia embolsamiento, ni tumefaccion alguna en ninguno de los puntos del trayecto en que debiera existir la uretra, ni, por fin, salia la orina por *hipos*, ni *epispadias*, ni mucho menos, extendiéndose al uraco, salia por el ombligo.

He abierto inmediatamente el meato-urinario, y observando que ni la sonda, ni los estiletes, que se usan comunmente, penetraban en ninguna direccion, debo confesarle ingenuamente al Dr. Gomez Torres que me asustó la presencia de semejante caso, y eso que no soy de los más asustadizos.

No constituian, por cierto, el arsenal de instrumentos los que indica el Sr. Gomez Torres, porque sabe que si yo recordaba uno de los preceptos generales de la Medicina Operatoria, deber mio era tener á mi disposicion,

por lo ménos, duplicados los que pudiera necesitar para resolver el problema por cualquiera de los métodos y procedimientos aconsejados en tales casos.

Llaman tanto la atencion del Dr. Gomez Torres los movimientos de palanca ejecutados en diversos sentidos, que subraya la palabra, y hasta la escribe con letra mayúscula, manifestándose partidario de los de rotacion ó de barrena. Creeria ofender la ilustracion del distinguido crítico si le patentizara los inconvenientes de los últimos, y hasta me figuro que si alguna vez pone en práctica los primeros, renunciará á los segundos.

¡Pues no digo nada si no doy una ligera corvadura al estilete al llegar al arco del púbis! Entónces sí que me hubiera separado, no digo una, sino dos ó más líneas del trayecto que debia recorrer.

Créame el Dr. Gomez Torres; los hechos son evidentes y las observaciones exactas; lo que puede haber, y hay indudablemente, es mala, ó por lo menos, desaliñada exposicion.

Por lo tanto espero, ya que á mí no, por lo menos, que crea la veracidad de los respetables é ilustrados comprofesores que han intervenido en dicha observacion clínica.

Madrid 1.º de Febrero de 1877.

---

## PRENSA ESPAÑOLA

---

OPERACION DE LA FÍSTULA VÉXICO-VAGINAL, PRACTICADA POR EL DR. D. NATALIO CANO.—CURACION.

Doña María Agustin, de 29 años de edad, de temperamento nervioso y de buena constitucion, ha tenido cinco partos y un aborto; hace cinco meses tuvo el último parto, y á consecuencia, sin duda, del excesivo volúmen de la cabeza de la criatura, y de la permanencia de ésta algunas horas por encima del estrecho inferior de la pélvis, apoyándose sobre la pared véxico-vaginal por encima del arco pubiano, produjo la mortificacion de gran parte del tabique véxico-vaginal, cayendo la escara consiguiente á los ocho dias, dando por resultado una fístula urinaria, desde cuyo momento no re-tuvo la vejiga una sola gota de orina.

En este estado pasó la enferma cuatro, al cabo de los cuales se presentó al Dr. Cano, quien encargado de su asistencia verificó el 15 de Octubre próximo pasado, un escrupuloso reconocimiento, del que resultó que la enferma tenía una fístula urinaria en el fondo inferior de la vejiga próxima al cuello uterino, de forma elíptica, direccion transversal, y de dos pulgadas de extension, á través de la cual se introducía la mucosa de la vejiga muy engrosada y rojiza, recubriendo sus bordes y presentando la figura de un pequeño tomate por su forma y coloracion, constituyendo una especie de extra-version de la vejiga; el Dr. Cano fué de la opinion de los profesores con quienes habia consultado la enferma, que no creian conveniente practicar operacion alguna; pero los ruegos de la interesada obliga-

ron al Sr. Cano á practicar la operacion, que fué llevada á cabo el 29 de Octubre de 1876.

*Operacion.*—Todo preparado y distribuidas las funciones que habia de desempeñar cada uno de los ayudantes mencionados, se colocó á la enferma en una cama, formada por una mesa alta con dos colchones, en posicion supina como para la operacion de la talla perineal, con las piernas dobladas sobre los muslos y éstos sobre el abdómen, y para mayor seguridad sujetas las manos á las plantas de los piés por medio de vendas; el operador introdujo en la vagina un espéculum de Sims con el que deprimia la pared posterior de la vagina, con retractores ya metálicos, ya de madera; se retraian las paredes vaginales, teniendo tambien necesidad de mantener reducida la mucosa de la vejiga que recubria los bordes de la fístula, por medio de una esponja colocada en un porta-esponjas: con un bisturí largo y acodado, y unas pinzas articuladas, procedió al refrescamiento del labio posterior de la fístula, para dar más amplitud á la superficie cruenta, disecó en forma de bisel de derecha á izquierda, al llegar á la parte media, se interesó una arteria uterina que hubo necesidad de ligar no sin tener que vencer algunas dificultades por la profundidad á que se encontraba, despues de lo que continuó el refrescamiento de sus ángulos redondeados; para el labio anterior reemplazó al bisturí curvo uno recto, con el cual hizo la diseccion como para el labio posterior, con lo que quedó terminado el primer tiempo de la operacion; para practicar la sutura pasó con agujas tubuladas de Simpson ocho hilos metálicos, para otros tantos puntos de sutura, penetrando las agujas á dos líneas de distancia del borde libre de la fístula de fuera á dentro para el labio anterior, y de dentro á fuera para el posterior; cogidas las dos extremidades de cada hilo con unas pinzas largas de Amussat, se hizo con ellas la torsion de cada uno de los hilos metálicos, prévia la coaptacion exacta de los bordes cruentos de la fístula, haciéndose lo mismo con cada uno de los hilos restantes, quedando así colocados ocho puntos que formaban una sutura lineal, á pesar de la gran pérdida de tejidos que existia.

Terminada la operacion en cinco cuartos de hora, se trasladó la enferma á su cama, donde colocada en decúbito supino se la introdujo en la vejiga una sonda de Sims en forma de S, provista de un tubo de goma con el objeto de conducir la orina á un recipiente: de este modo la orina segregada no permanecia en la vejiga distendiéndola; al introducir la sonda salió una corta cantidad de orina, lo que nos probó que la sutura estaba bien hecha; aquella se sujetó por medio de un vendaje de T de ano, que ántes se habia puesto á la enferma.

Algunas cucharadas de mistura antiespasmódica y caldos, cada cuatro horas fué el plan prescrito á la enferma.

Las variaciones y detalles principales de esta operacion son, pues, los que nos van á ocupar, siquiera sea ligeramente, en atencion al gran interés práctico que encierran.

La posicion dada á la enferma por el Dr. Cano, como para la talla, tiene á nuestro juicio, más ventajas que la propuesta por Bozeman sobre los codos y rodillas, y que la de Sims sobre el lado izquierdo ó en semipronacion, por permitir la aplicacion del cloroformo, y principalmente por dejar ver mejor al operador, al mismo tiempo que facilitando la introduccion y sostenimiento del espéculum, ayuda la operacion.

El refrescamiento, que es de la mayor importancia en esta operacion, fué practicado por el Dr. Cano con unas pinzas largas y un bisturí acodado, en forma de visel; lo que le permitió luego afrontar una superficie más extensa y por lo tanto más apta para cicatrizar, que si sólo hubiera avivado

los bordes; pues debe suponerse que refrescar las superficies vaginales inmediatas no era posible por ser muy considerable la pérdida de sustancia para aumentarla, lo que en último extremo entorpecería por lo ménos la cicatrizacion

El segundo tiempo, ó sea la sutura, fué practicada con agujas tubuladas de Simpson, penetrando éstas á dos líneas del borde libre de la fístula, bastándoles unas pinzas de Amusat para coger las extremidades de cada hilo de oro, y prévia la coaptacion de las superficies cruentas, verificar su torsion; dando por resultado una sutura lineal.

La sencillez del procedimiento empleado por el Dr. Cano para la sutura, no podia ménos de producir los resultados que se han observado en esta enferma, sorprendiendo á la verdad cómo una solucion de continuidad tan enorme, situada al lado del cuello de la matriz, pudiera verse reducida á una perfecta cicatriz lineal de direccion transversal y situada en la parte más alta de la pared anterior de la vagina; así como tambien contrasta con la complicacion originada por los cirujanos para dar fijeza á la reunion, sujetando los hilos y las partes avivadas por medio de aparatos especiales, como los fanones metálicos de Simpson, las placas de plomo perforadas, ó los botones de Bozeman, las abrazaderas de Baker Brown, etc., etc., medios todos que complican el manual operatorio, bastante embrollado ya sin ellos.

Por último, el Dr. Cano opinó que debía dejarse una sonda en la vejiga para evitar que la orina distendiéndola ejerciese alguna presion sobre la vagina, por las relaciones anatómicas de estos órganos, perturbando la cicatrizacion, en contra y á pesar de la opinion de Roser y Simon, que no creen necesaria su introduccion.

Las suturas se quitaron á los quince dias, pues como no habia indicio alguno de constriccion en la mucosa vaginal, era prudente esperar á que la cicatrizacion estuviese completamente terminada.»

La enferma recibió el alta á los veintiseis dias.

LUIS GONZALEZ BRAVO.

(*Siglo Médico.*—4 Febrero.)

## REVISTA DE HOSPITALES

Del parte médico-estadístico correspondiente al mes de Noviembre de 1876, dado por el señor decano del Hospital General de Madrid, tomamos lo siguiente:

—Un hombre de 48 años de edad, se presentó en la sala 10.<sup>a</sup> de este hospital herido en la cabeza por un hachazo que recibió en Setiembre último en la region fronto-parietal izquierda. La conmocion cerebral fué inmediata y violenta, durando ocho ó diez horas, en cuyo tiempo siguieron su marcha los fenómenos inflamatorios correspondientes á tan rudo traumatismo, pasados los cuales pudo observarse la existencia de una fractura de los huesos de la bóveda del cráneo. Esto no hizo cambiar el tratamiento sencillo que ya tenia dispuesto, reducido á un apósito conveniente y curas diarias para evitar el curso de la lesion; pues se notaba que el enfermo iba recobrando poco á poco sus facultades intelectuales, si bien con cierto entorpecimiento en la pronunciacion.

Así siguió algunos dias, hasta que sin causa exterior apreciable, ni alte-

racion en el régimen de alimentacion, ni modificacion manifiesta en la herida, empezó á sentir vértigos, desvanecimientos y mayor dificultad en la pronunciacion de algunas palabras, así como para recordar el significado de otras.

Se presentó ademas una parálisis del lado derecho de la cara y de las extremidades del mismo lado, siendo la primera y principalmente afectada la superior.

Treinta dias próximamente duró este estado, despues de los cuales fué desapareciendo la parálisis, y disminuyendo considerablemente la afasia y amnesia ántes observadas.

La repetida revulsion á la piel y al tubo digestivo, los antiespasmódicos y particularmente el bromuro de potasio á altas dosis, han sido los principales medios terapéuticos empleados en este caso, sin contar las repetidas curas de limpieza en la pequeña herida perforante del cráneo, por la que se introducía un estilete hasta una profundidad considerable, cuyo límite no se ha creído prudente traspasar.

El enfermo, no obstante su grave y singular padecimiento, y las fases alarmantes que en su curso ha presentado, se encuentra hoy bastante bien.

Muy difícil nos parece dar una solucion satisfactoria de los extraños é irregulares fenómenos observados en la marcha de este traumatismo; pues si la causa fué tan poderosa que no sólo produjo la conmocion larga y persistente del cerebro con la fractura de los huesos del cráneo, sino que lesionó por bastante tiempo las facultades intelectuales, y muy particularmente la funcion que se cree estar localizada en la tercera circunvolucion del lóbulo izquierdo del cerebro, ocurriendo despues la parálisis del lado derecho, fenómenos todos que hacian con fundamento presumir una lesion de tesitura, un derrame aunque fuese sólo intersticial.

¿Cómo es posible concebir que los síntomas que revelaban lesiones de tal importancia, hayan podido desaparecer por completo en el corto espacio de treinta dias? Sin embargo, el hecho es cierto; pues el enfermo ha restablecido sus funciones cerebrales gravemente comprometidas, y vive.

Un sencillo tratamiento revulsivo y antiespasmódico, con las curas médicas locales, es todo cuanto se ha podido oponer á tan grave mal, y esto hace presumir, que quizá no hayan existido las lesiones anatómicas profundas que con fundamento debían sospecharse y temerse, pues que el resultado pronto y satisfactorio obtenido, parece que las excluye é inclina á pensar más bien en una lesion dinámica del sistema nervioso cerebral, debida á su fuerte y prolongada conmocion.

—Un jóven herido por un arma de fuego, entró en la misma sala en dicho mes. Penetró el proyectil por la region dorsal, al lado derecho del ráquis, entre la décima y undécima costilla, saliendo por entre las mismas en la parte anterior del tórax; se presentó á las pocas horas de su entrada, hematuria y síntomas de peritonitis, que continuando por espacio de ocho dias, hacian temer lesiones importantes del riñon, hígado y peritoneo. Estaba tambien fracturada en menudos fragmentos una costilla, y no obstante tan grave herida con ofensa de órganos importantes, el enfermo se encuentra muy aliviado, y es de esperar su próximo y completo restablecimiento.

El tratamiento local de sus heridas ha consistido únicamente en curas sencillas, y la aplicacion de un tubo de drenaje para facilitar la salida de los líquidos segregados. La debilidad del enfermo ha exigido una diética reparadora y el usode los tónicos.

—Una operacion de la talla por el método bilateral, se ha practicado el dia 15 de Noviembre en la sala de distinguidos de este Hospital, en un an-

ciano de más de 60 años. Sospechada por algunos profesores de fuera del establecimiento la existencia de un cálculo urinario en la vejiga, que desconocido en cuatro años de dolores y sufrimientos del enfermo, con hematuria y otros síntomas característicos de esta dolencia, y despues de haberse sujetado á diferentes tratamientos en relacion con los diversos males que se suponía padecer, recurrió por último á este Hospital, en donde entró el día 11 de Noviembre.

Reconocido por medio del cateterismo, no sólo por el profesor de la sala, sino por otros del establecimiento á quienes convocó en junta, quedó ya completamente confirmada sin ningun género de duda la existencia de un cálculo en la vejiga urinaria. En vista de este unánime juicio diagnóstico, se acordó tambien por todos la necesidad de la operacion para extraerle.

En efecto, el día mencionado, el profesor encargado de su asistencia, auxiliado por sus demas compañeros, practicó la talla perineal, método bilateral, y se extrajo fácilmente un cálculo cuyo volúmen era el de un huevo pequeño de paloma. Aplicado el apósito conveniente, y trasladado el enfermo á su cama, se le dispuso el régimen dietético y medicinal propio de las heridas graves. La fiebre traumática fué muy moderada, el primer apósito pudo levantarse al tercer día, reemplazándolo por otro de hilas empapadas en una disolucion de ácido fénico con bálsamo samaritano.

Todo marchaba bien hasta el día 24, en que se presentó de nuevo la fiebre, á consecuencia de un exceso cometido por el enfermo en la alimentacion. Corregido este incidente y evacuándose la orina desde el día sétimo, despues de la operacion, en su totalidad por la uretra, la herida perineal progresa en su cicatrizacion, y á pesar de la avanzada edad y arriesgada operacion, se halla este enfermo muy próximo á tomar el alta completamente curado.

—Una extensa angioleucitis de la parte anterior y superior del muslo fué tratada estableciendo un sifon permanente en el vasto absceso que á consecuencia de forúnculos en la rodilla se habia formado, habiendo necesidad de vaciarle por el aspirador neumático, y hacer despues inyecciones iodadas. A las pocas horas se volvió á llenar de pus, siendo ya preciso establecer un desahogo permanente á la supuracion, repetir las inyecciones irritantes é impedir en lo posible la entrada del aire en el gran foco supurativo.

Esta triple indicacion se procuró llenar haciendo primero la puncion con un trocar é introduciendo una sonda uretral de cautchout, perfectamente ajustada á la cánula de aquél tan luego como se hubo retirado el punzon; introducida la sonda hasta el fondo del absceso, se retiró la cánula del trocar que habia tenido de conductor, fijando la sonda á la piel por medio de un pedazo de tela cubierta de colodion; la extremidad libre de aquella se cubrió con bodruch, y sumergida en una taza de agua, se deslizaba el pus del absceso al fondo de ella, sin penetrar el aire en aquél; para hacer las inyecciones se separaba un poco la cubierta protectora para introducir el extremo de la jeringa.

Este ingenioso aparato estuvo aplicado sólo cuatro días por haberse fugado el enfermo; sin embargo, ha podido apreciarse su buen resultado, pues que arrepentido sin duda de su impremeditado proceder, volvió algunos días despues obligado por otra enfermedad, sin presentar ya indicios del vasto absceso del muslo, cuya extension era de 16 pulgadas cuadradas. Hoy su mal consiste en una adenitis inguinal sintomática de varios forúnculos supurados de la rodilla.

—En un doble oníxis se hizo la avulsion de las dos uñas, dividiéndolas por la mitad y arrancando sucesivamente cada parte. La anestesia local dió

un resultado completo, pues nada sintió el enfermo, á pesar de ser ésta una de las operaciones más dolorosas que pueden practicarse.

Para acortar la duracion del tratamiento que á veces exigen estas operaciones se aplicó el apósito Guerin, el cual, levantado al sétimo día, permitió al enfermo tomar el alta al día siguiente.

Muy notable es el caso observado tambien en la misma sala de una estrechez total de la uretra que hacia imposible el cateterismo directo y que habia dado lugar hace diez y seis años á un absceso urinoso del periné, que terminando por gangrena presentó despues de eliminarse la escara un tumor fibroso en la misma region, infiltrado de orina y penetrado en diferentes direcciones por 20 ó 25 trayectos fistulosos que á manera de regadera daban pasó á la orina desde la vejiga.

Juzgado inoperable en el año de 1860 por una eminencia médica de esta corte y rechazado despues por igual motivo de las clínicas oficiales, segun dice el enfermo, resolvió, por último, venir al hospital, y entró en dicha enfermería á mediados del mes de Noviembre.

Siendo imposible el cateterismo anterior por la absoluta estrechez, y el retrógrado por no estar suficientemente dilatada la vejiga para su puncion suprapuviana, se intentó la uretrotomía externa sin conductor. No fué posible encontrar la uretra, que invadida por el fibromo habia dejado de existir.

Se procedió por tanto á extirpar el tejido exuberante, se incidieron los puentes cicatriciales, y se colocó un trócar de fray Cosme en el sitio correspondiente al vulvo, guiando su punta con el dedo colocado en el recto. Por medio de un estilete inflexible se atravesó tambien el pene, siguiendo la direccion que debiera tener la uretra.

Este conducto se ha ido dilatando paulatinamente por medio de las bujías de cauchout, aplicadas constantemente, y hoy que la herida del periné está reducida á la mitad de su extension, se hace por ella el cateterismo anterior de la herida á la vejiga con una sonda flexible, y el retro-cateterismo de la herida al meato con la otra extremidad de la misma sonda. El enfermo sigue bastante aliviado y hay fundadas esperanzas de su curacion definitiva.

---

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS

---

### ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA.

---

*Sesion del dia 9 de Febrero de 1877.*

Leida y aprobada el acta de la anterior, y concedida la palabra por el Sr. Presidente, Dr. D. Manuel María José de Galdo, al Sr. Ferradas, se ratifica en las ideas expuestas anteriormente, declarándose partidario de la cirugía conservadora, porque el práctico sólo debe ayudar los esfuerzos de la naturaleza, ya favoreciendo, ya combatiendo, conforme la necesidad lo exija.

Repite las condiciones necesarias, segun él, para efectuar la amputacion, y rectifica los conceptos emitidos por el Sr. Montejo, asegurando que la ligadura se practicaba en España ántes del nacimiento de Ambrosio Pareo, razon por la cual considera á éste, cuando más, como modificador del procedimiento: dice que en tiempos de la escuela árabe-cordobesa se em-

pleaban varios estípticos, que hoy dan como originales los autores franceses.

Sostiene que la cirugía española se ha distinguido siempre y ha marchando al frente de los adelantos científicos, citando para probarlo algunos datos históricos, tales como el estudio de la anatomía en Zaragoza y Valladolid, y la práctica de las disecciones en el monasterio de Guadalupe durante el siglo xiv; la lucha establecida en el xvi entre la cirugía conservadora representada por Juan de Vigo y la mutiladora por Fragoso, y el florecimiento en épocas posteriores de cirujanos tan eminentes como Robledo, Gimbernat, Queraltó, Ibarrola, Solís y Argumosa.

El Sr. Lanzagorta empieza su discurso desechando la denominacion de conservadora dada á una cirugía que no existe; y abundando en las opiniones del orador anterior, cree que España tiene cirugía propia, consistente en el estudio de la clínica y la afición á la práctica para conseguir la verdad, no buscando la explicación de los hechos en absurdas teorías.

Censura á los cirujanos militares porque se consideran los únicos capaces de operar, y se extraña de que no hayan determinado los efectos de los proyectiles antiguos y modernos, cuando tan importante es esta diferencia para el tratamiento de las heridas producidas por ellos.

Manifiesta que no hay reglas fijas que indiquen al cirujano cuándo debe amputar; opina que las amputaciones pueden ser del momento ó lejanas. En este caso, jamás deben practicarse despues de manifestada la septicemia. En el primero, sólo es posible asegurar en términos generales, que la operacion estará indicada siempre que lesiones de forma, de textura y de funcion del miembro, impidan la vida local de éste; pero la verdadera indicacion está en el cerebro del cirujano, quien unas veces amputa y otras socorre la herida, sin atenerse á otra idea que á su inspiracion y su práctica, obteniendo esta conducta un resultado tan satisfactorio, como el que todos los dias consigue el ilustrado cuerpo facultativo de la Beneficencia municipal de Madrid.

Rectificaron brevemente los Sres. Ferradaz y Camison, manifestando éste que es racional la amputacion en el primer período de la septicemia, ó sea en la puoemia, á cuya opinion contestó el Sr. Lanzagorta, exponiendo las ventajas de la operacion durante el proceso febril subsiguiente á toda herida, porque pasados los primeros fenómenos de la *fiebre purulenta*, el organismo se ha acostumbrado ya á ellos, conserva más fuerza, y no ocurre lo que con las amputaciones inmediatas, en las cuales no es fácil prever las alteraciones que con respecto al estado general pueden presentarse.

El Dr. Gomez Pamo, comienza á hacer uso de la palabra y considera dividida la cirugía en dos períodos, antiguo y moderno: termina el primero en la mitad del siglo pasado, y durante él, los españoles proponen, modifican é inventan mucho; el segundo arranca desde aquella fecha, y no son de importancia los adelantos realizados en nuestra patria.

Expone las condiciones que de continuo rodean al cirujano civil, mucho más difíciles que las del militar, al cual nada le falta ni aun en campaña, para practicar las operaciones, mientras que el médico de partido carece en la mayoría de las ocasiones hasta de los instrumentos más indispensables.

No debe amputarse — dice — cuando no haya una indicacion precisa, y ésta sólo existe en un caso, en el citado por el Sr. Lanzagorta. Dada ya, es necesario saber si conviene operar ó abstenerse de hacerlo. Para llegar á esto, pueden dividirse las amputaciones en dos grupos: reclamadas unas por traumatismos, y otras por estados patológicos, no incluyendo las de complacencia, porque en ningun caso debe hacerlas el cirujano, puesto

que una amputacion supone siempre una herida grave, cuyas consecuencias pudieran ser funestas.

Ocupándose sólo de las comprendidas en el primer grupo, las subdivide en tres períodos marcados por los fenómenos consecutivos. El primero sigue inmediatamente á la produccion del traumatismo. El segundo comienza con la fiebre traumática, entendiendo por tal «la reaccion que sigue á la recepcion de una herida, la que sobreviene inmediatamente despues de una amputacion, la que es consecutiva á una contusion,» y dura de cinco á quince dias. En el tercero es el de supuracion, y puede durar un tiempo indefinido.

Ahora bien; durante el primer período debe, en cuanto sea posible, evitarse la amputacion, porque no se tiene conocimiento de las fuerzas del enfermo ni de las alteraciones que sobrevendrán, entre las cuales ha de temerse mucho el estupor; pero si sobreviene una hemorragia activa, ó hay destruccion total de los tejidos, la operacion se halla indicada. No debe olvidarse, sin embargo, que sólo en el criterio del cirujano se halla la verdadera indicacion, como lo señalaban ya Juan Calvo en el siglo xvi, Lope de Leon en el xvii, y José Lopez, cirujano del regimiento de Farnesio, en la obra que publicó el año 1725.

Presentado ya el segundo período, puede amputarse mientras la fiebre sea traumática, ó síntoma de la reaccion inflamatoria; pero debe rechazarse aún como último recurso desde el momento en que el frio inicial de la infeccion purulenta nos anuncia su aparicion. Entónces de nada sirve la separacion del miembro, no hace más que aumentar el número de los casos desgraciados, como demuestran palpablemente las últimas estadísticas francesas, que arrojan un 75 de defunciones, cuando en el Hospital General de esta villa sólo hay un 10 por 100, siendo igualmente desfavorables para los enfermos las condiciones higiénicas de los nosocomios.

Termina el Sr. Gomez Pamo su erudito discurso diciendo que las amputaciones comprendidas en el tercer período siguen el mismo curso que las de causa patológica; y tras unas breves rectificaciones del Sr. Montejo acerca de la cirugía española, se levantó la sesion á las once de la noche.

---

## CORRESPONDENCIA DE PARÍS.

---

Sr. Director de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS:

El acontecimiento más notable de la última quincena ha sido la inauguracion del curso del profesor Jaccoud. Hacia tiempo que la opinion pública señalaba á Jaccoud como uno de los profesores destinados á ocupar una de las cátedras de Patología médica. Las intrigas, tan comunes en nuestra profesion, debidas á sus actuales compañeros, lo habian impedido. Su primera conferencia fué para él una verdadera ovacion. Media hora ántes de dar principio á su curso ya no se podia penetrar en el anfiteatro. A su entrada fué recibido con una serie no interrumpida de aplausos y bravos. Con su discurso se supo granjear la buena voluntad de todo su auditorio. Despues de hacer un breve elogio de sus predecesores en esa cátedra, Behier y Axenfeld, se ocupó particularmente de los adelantos que la Medicina debia á la Anatomía y Patología, recordando con esto los nombres de Bichat y de Magendie, como los fundadores de esa parte tan esencial de la Medicina, donde se apoyan todas las clasificaciones actuales. Hablando

sobre la clasificacion de las enfermedades, teniendo en cuenta su sitio, hizo una brillante apología de la Escuela de Paris, citando con este motivo las notables eminencias que ha poseido esta Escuela; hombre que tiene fe en sus convicciones, recomendó Mr. Jaccoud el cambio mútuo de la ciencia entre las naciones, refiriéndose en esto á los ataques de que ha sido objeto por haber introducido en Francia uno de los primeros, la Medicina alemana. Recomendó á sus alumnos el libre exámen, pues la época de Galeno y el *magister dixit* habia desaparecido desde que Paracelso en Suiza, á imitacion de Lutero, quemaba los libros de Galeno, y en esa época tambien los hombres infalibles se eclipsaban para siempre. Con esto y una breve peroracion de gracias á los alumnos por las muestras de simpatías que de ellos habia recibido, terminó su primera conferencia.

En el servicio del Dr. Lallier, hospital San Luis, hemos visto un notable caso de tuberculosis, cuyas primeras manifestaciones se señalaron en la piel. Fué admitida en ese servicio una mujer de unos treinta y cuatro años y al parecer de buena constitucion, que presentaba por toda enfermedad seis puntos de ulceracion, dos en los brazos y cuatro en las piernas; cada una de ellas era del tamaño de una pieza de veinte céntimos (plata). Se hizo el diagnóstico, «ulceraciones tuberculosas de la piel» la enferma, á los tres dias de estar allí comenzó á quejarse de un dolor fuerte en la porcion inferior del hipocondrio derecho. Examinada detenidamente la region torácica, á excepcion de la auscultacion que dejó apreciar una respiracion bastante pueril en ambos pulmones, el resto del exámen no reveló nada de particular, una ligera fiebre vespertina y dolor al hipocondrio que cada vez se hacia mas insoportable, fueron los síntomas que acompañaron á la enferma hasta su muerte, que tuvo lugar al quinto dia de su entrada en el hospital. El estudio anatomopatológico nos demostró lo siguiente: degeneracion tuberculosa de ambos pulmones, adherencias de toda la porcion superior del hígado al diafragma, y por aquí se explica el dolor que acusaba la enferma; esteatosis manifiesta de todo el hígado, peritonitis generalizada tuberculosa, suficiente número de alteraciones para darnos cuenta de ese prematura fin.

El hematimetro de Hayem comienza á prestar alguna utilidad en las cuestiones de pronóstico. Hemos observado últimamente en el servicio del profesor Sée, Hotel-Dieu, un caso de reumatismo articular agudo complicado de manifestaciones cardiacas; á este individuo todos los dias se le contaban sus glóbulos, notándose que á medida que la curva globular ascendia, la alteracion cardiaca iba desapareciendo, y cuando aquella llegó á su cifra normal esta habia cesado completamente.

Hemos visto hacer á Broca la operacion que vamos á describir: se trataba de un individuo de 23 años, afectado de una atrofia incompleta de la vejiga y ademas una epispadias en un pene, que de todo él, no tenia más que el glande; avivó los bordes del orificio que formaban el epispadias, y aplicó una sutura metálica; se propone Broca lo siguiente: por el orificio, bastante notable, que hace comunicar la vejiga al exterior, ha de introducir una especie de pesario de goma, pero muy pequeño, en relacion por medio de un tubo con un cuerpo de bomba por el estilo del aparato de Richardson; esa pequeña bola de goma introducida en la vejiga y convenientemente inflada hará las veces de esfinter, y probablemente ese individuo podrá remediar así su enfermedad deplorable; para orinar no tendrá más que dejar salir el aire del globo de goma, y cesando el obstáculo la orina naturalmente se escapará. Nos dió cuenta despues de otro caso que presenta alguna semejanza con el anterior: era una jóven que por una causa traumática habia perdido su uretra y su esfinter vesical, de modo que

ni la más mínima parte de su orina se detenía en su vejiga. Como en el caso que hemos relatado anteriormente, aplicó un verdadero pesario de goma provisto de su cuerpo de bomba: el pesario, naturalmente, al inflarse obstruía la salida de la orina, comprimiendo las paredes de la vejiga; la mujer con su cuerpo de bomba en el bolsillo podía orinar á voluntad.

La perversión en el placer nos ha suministrado los casos siguientes: el primero y más importante ha sido recogido en el servicio de Broca: es una joven del campo de unos quince años que adquirió la costumbre de introducirse horquillas en la uretra, hasta que una vez una de ellas pasó á la vejiga, donde sirvió de punto de partida á un voluminoso cálculo que impedía toda introduccion de cateter en la vejiga, y que habia originado una incontinencia de orina y una alteracion fungosa de las paredes de la vejiga que el menor contacto ocasionaba ligeras hemorragias. Broca pensó haber hecho una talla vestibular, pero la estrecha dimension de éste se lo impidió; practicó una talla uretral con el cistotomo de Dupuytren; el volumen del cálculo impedía la introduccion de todo instrumento más allá del cuello; con unas pinzas fuertes pudo agarrar uno de los extremos de la horquilla, y tirando enérgicamente logró extraerlo por completo, quedando entonces el cálculo fracturado; introdujo unas pinzas litotricas con objeto de destruirlo, y tirando de los fragmentos que estaban adheridos á las paredes vesicales hasta limpiar por completo esa cavidad, dió fin á su operacion. La enferma algunos dias despues continuaba bien; su incontinencia de orina aún persistia.

El segundo caso ha sido tomado en el servicio de M. Trelat. Un individuo de 55 á 60 años que adquirió esa misma costumbre, dos horquillas introducidas por la uretra que pasaron á la region del pene, siguiendo probablemente alguno de los orificios de las diversas glándulas que van á verterse á la uretra. M. Trelat tuvo que hacer una minuciosa diseccion de toda la region perineal hasta encontrar las dos horquillas. El enfermo continuaba perfectamente algunos dias despues de la operacion.

El tercer caso, terminado fatalmente, es debido á M. Terillon. Un individuo que se introdujo con igual objeto que los anteriores un lápiz por la uretra que fué á parar á la vejiga. Varias sesiones de litotricia fueron intentadas, pero todas completamente infructuosas; determinóse practicar la talla: el enfermo murió á los tres dias de una infeccion purulenta; á la autopsia se encontró la mucosa de la vejiga ulcerada en varios puntos, ulceraciones ocasionadas probablemente por el contacto del lápiz en los diversos movimientos que en la mixcion efectuaba la vejiga.

Llamo la atencion de los cirujanos, y en particular á los militares, sobre aquellas operaciones de urgencia, especialmente las amputaciones que pueden practicarse sin necesidad de ayudantes entendidos. En una amputacion del brazo y en una reseccion del mismo miembro, Mr. Verneuil ha hecho esas operaciones, el solo, es decir, sin que sus internos hayan tomado parte alguna en ellas; por ejemplo, en la amputacion del brazo tercio inferior, hizo lo siguiente: talló el colgajo externo, separó el hueso con un instrumento sin filo de la porcion muscular que aún le rodeaba, lo aserró, en seguida ligó la humeral, y por último, cortó el colgajo interno.

Tillaux acaba de hacer una operacion idéntica en la reseccion de un brazo; pero con el termo-cauterio, motivando el uso de este instrumento por el estado de agotamiento del paciente con objeto que no perdiera una sola gota de sangre; lo último que hizo fué la ligadura de la axilar.

Procuraremos en nuestra próxima correspondencia ser más imparciales, es decir, dar igual extension á las cuestiones de Medicina que á las de Cirugía. Nuestros estudios y aficiones nos llevan siempre á este último terreno.

Abrigamos la esperanza que nuestros lectores por esta vez nos dispensarán esta marcada prueba de parcialidad.

De V. su amigo que le quiere,

UN ASCLEPIADES.

Paris 8 de Febrero de 1877.

## REVISTA ITALIANA.

POR EL DR. D. ANTONIO ESPINA

Nueva estructura de la célula animal.—El ácido salicílico para uso interno.—Luxacion rara del húmero.—Alteracion de la piel en la atrofia muscular progresiva.—Uremia en las afecciones hepáticas.

En una comunicacion á la Sociedad Médico-Quirúrgica de Balagua, el Dr. Trinchesse se ocupa de una nueva estructura de la célula animal; combate las ideas histológicas de las escuelas, y afirma que el cuerpo de las células está formado por una red proto-plasmática de mallas bien distintas, que ordinariamente tienen la forma pentagonal, y algunas, aunque raras veces, la exagonal, cuadrangular ó triangular. Es la red en un punto muy variable; en cada célula se hace finísima, ó da lugar por formacion á lo que las escuelas llaman comunmente el núcleo: el punto en el cual los filamentos de la red se unen, presenta nódulos y abultamientos proto-plasmáticos. Uno de estos nódulos muy grueso, situado dentro del núcleo, constituye el nucleolo.

Esta estructura fué descrita la primera vez por Heitzman; las ideas de este anatómico distinguido se acogieron con indiferencia por los histólogos.

El Dr. Trinchesse asegura haber obtenido preparaciones en las cuales la estructura descrita se presentaba con tal evidencia, que era imposible la menor duda. Observó esta estructura la primera vez en la vesícula germinativa del huevo humano y en la de otros animales. Posteriormente la ha encontrado en las células epiteliales, en los corpúsculos del tejido conjuntivo y en las células glandulares de los moluscos y de los vertebrados.

El profesor Oiacit ha descrito esta red en las células endoteliales de la membrana de Descemet.

En un trabajo del Dr. Percival hallamos las siguientes conclusiones acerca del ácido salicílico administrado al interior:

1.º El ácido salicílico es un poderoso antifebril, de mayor potencia que aun la misma quinina.

2.º El mejor medio de administracion es el salicilato de sosa en disolucion acuosa y dulcificada.

3.º Las dosis del salicilato inferiores á 3 gramos no producen ningun efecto; la dosis más conveniente es de 3 á 10 gramos.

4.º Para obtener la absorcion por la vía del recto son necesarias dosis que pasen de 10 á 20 gramos.

5.º El uso continuado de este medicamento no produce efectos, porque el organismo se habitúa á él; esto sucede en la tísis pulmonal.

6.º En las fiebres intermitentes sus efectos antiperiódicos son inferiores á los de los preparados de quina y quinina.

7.º En las artritis reumáticas el ácido salicílico es un poderoso remedio, no sólo para rebajar la temperatura, sino para vencer la afeccion local.

El Dr. Busch da cuenta de cuatro casos de luxacion del húmero seme-

jantes á la descrita por primera vez por Malgaigne: en el caso de Malgaigne se trataba de una luxacion supra-coracoidea, en la cual la cabeza del húmero fué llevada por encima y delante del ligamento coraco-acromial; en la parte interna cubria la apófisis coracoides; en la parte externa estaba en relacion con el borde interno del acromion; por encima estaba en relacion con la cara inferior de la clavícula.

El Dr. Busch ha estudiado en el cadáver el mecanismo de esta luxacion, quedando convencido de que para verificarse era precisa una gran fisura en la cápsula articular, y que se presenta cuando está herida toda la parte anterior é interna de la cápsula y rota la insercion del subescapular; cuando está rota la apófisis coracoides y el húmero, es llevado con la fraccion del biceps y el coraco-braquial.

Uno de los casos del Dr. Busch fué un chico de 10 años, en el cual un golpe llevó fuertemente el brazo hácia adelante y en la posicion de la abduccion.

Las luxaciones producidas directamente por la fuerza mecánica son sub-acromiales; las producidas por la accion muscular son icupraespinosas.

Aun cuando en el caso de Busch la reduccion no apreció mayores dificultades que en las ordinarias, la tendencia á la recidiva fué mayor.

Davide ha ensayado sobre él y en otros casos la siguiente receta contra el coriza, siendo muy eficaces sus efectos:

|                              |                |
|------------------------------|----------------|
| Hidroclorato de morfina..... | 6 centigramos. |
| Polvos de goma arábica.....  | 6 gramos.      |
| Subnitrito de bismuto.....   | 10 gramos.     |

Mézclese para tomar por mitad ó cuartas partes.

Las inhalaciones deben empezar á los primeros síntomas del coriza, debiendo repetirse con frecuencia, de forma que el interior de las fosas nasales se halle bien cubierto, y debe tomarse otra insuflacion despues de sonarse. La insuflacion debe hacerse con un tubo de pluma de ave.

Vamos á reseñar otro caso de alteracion trófica de la piel en la atrofia muscular progresiva. El Dr. Balmer, que lo ha observado, lo compara á dos casos publicados por Fiedreich; pero en éstos la alteracion cutánea fué efecto de un traumatismo quirúrgico. En el Dr. Balmer los desórdenes nutritivos de la piel aparecieron seis meses despues del principio de la atrofia muscular. Estaban constituidos por grietas, fisuras y ampollas parecidas á las del pénfigo, en la mano y más pronunciadas en los dedos. Las ampollas estaban llenas de un líquido seroso, incoloro, de reaccion alcalina. Se observaron muchas erupciones análogas en intervalos irregulares. El autor pretende admitir que semejantes lesiones cutáneas están bajo la influencia directa de los nervios vaso-motores (degeneracion del gran simpático).

El Dr. Whitpe acogiendo las ideas de Murchoson que dice que la glándula hepática es la encargada de reducir á urea la mayor parte de los albuminóides contenidos en la sangre, y que cuantas veces está lesionada, la puncion hepática se habia de encontrar defecto de urea y de aquí en seguida la posibilidad de exceso urémico por el acúmulo de materiales de reduccion en la sangre. Whitpe dice haber encontrado este síntoma en la clínica muchas veces; pero no oculta que la cuestion necesita todavía mucho estudio y experiencia. El da mucha fuerza á la presencia de la *lemina* y de la *lirosina* que ha observado siempre en sustitucion del defecto de urea por la lesion de la puncion hepática.

## CRÓNICAS CIENTÍFICAS.

### HOSPITAL GENERAL.

La cama núm. 62 de la sala 19, á cargo del Dr. D. Félix García Caballero, la ocupó una mujer afecta de *neuralgia facial* en la que inútilmente se emplearon las *sales de morfina*, *bromuro de potasio*, *hidrato de cloral*, *almizcle*, *asafoetida*, etc., etc.

Con lo único que encontró alivio fué con la siguiente pomada:

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| Eter clohídrico.....     | 50 centigramos (diez granos). |
| Cianuro potásico.....    | 1 gramo (veinte granos).      |
| Pomada de belladona..... | 15 gramos (media onza).       |

La cama núm. 3 de la sala 34, á cargo del Dr. D. Pascual Candelas, la ocupa en la actualidad una mujer con un *absceso flegmonoso de la fosa iliaca derecha*. El Dr. Candelas ha empleado como tratamiento la dilatacion simple por medio del bisturí colocando despues dentro del absceso un tubo de drainage por el que se inyectan sustancias antisépticas, prefiriendo á todos este profesor el *agua fenicada*, en la cual se empapan las capas de algodón con que se cubre la parte afecta.

Este sencillo medio lo ha empleado el Dr. Candelas en diferentes casos análogos, estando hasta el presente satisfecho de los resultados.

### CONSULTA.

Sr. D. N.

Mi querido amigo: Celebrada consulta con el Dr. D. Andrés del Bustos catedrático de esta Facultad, manifestéle cuanto en la tuya me indicaba, respecto al padecimiento de D. X. Este ilustrado profesor opina que en manera alguna pueden considerarse como de origen sifilítico los dolores que vienen aquejando á tu cliente, pues no son propios de padecimiento específico, la irregularidad y movilidad que dices se observa en ellos. Son causa abonada para creer que sean pura y simplemente reumatóideos: los antecedentes de familia, los del mismo individuo, el género de vida de éste, la permanencia en la casa recién construida y el dormir en alcoba tan húmeda, la causa determinante que hizo aparecer los dolores, y por último, la circunstancia de exacerbarse éstos al entrar los músculos en contraccion.

Por las antedichas razones cree el Dr. del Busto, sería conveniente el uso de los sudoríficos y calmantes, algun baño de vapor, continuar tomando el yoduro de potasio, *cuarenta y cinco centigramos* (nueve granos) por dosis en una taza de infusion de tila al acostarse, aumentando cada noche otros *cuarenta y cinco centigramos* hasta llegar á tomar *dos gramos* é ir despues descendiendo hasta quedar en la primera dosis, siempre y cuando el enfermo lo soporte, esto es: que no aparezcan los fenómenos yódicos.

Respecto de las aguas minerales no hay inconveniente en hacer uso de las de Alhama de Granada.