
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.

UN CASO DE TALLA HIPOGÁSTRICA.

Eufemio Herrera, natural de Tenancingo, de sesenta y cuatro años, casado segunda vez, ocupado en las labores del campo, de constitución deteriorada; me consultó el día 20 de Agosto sobre una diarrea que padecía, y al mismo tiempo me indicó síntomas urinarios que sufría con mucha intensidad hacía un año.

Desde luego me llamó más la atención lo referente al aparato urinario, y en ese sentido hice mis investigaciones. Los síntomas que señaló el enfermo fueron frecuentes micciones, con tenesmo ligero, orina escasa, nunca sanguinolenta, ni turbia, ni hilante, ni fétida. Interrupciones bruscas de la corriente urinaria, dolores vesicales propagándose al meato urinario, sobre todo al andar á caballo, tenesmo rectal y deposiciones, aura epileptoide, partiendo de los talones á la cabeza.

Como antecedentes señaló haber padecido como diez cólicos nefríticos intensos en un periodo de treinta años, haber arrojado arenillas rojas del tamaño de un grano de trigo, y haber depositado la orina en las épocas de los cólicos, un sedimento rojo.

Jamas ha padecido blenorragia ni nada en los órganos genitales. No ha sufrido ninguna enfermedad. Hace como un año comenzó á sentir muy marcadamente los síntomas señalados, preocupándole en particular la diarrea, lo mismo que á los médicos que lo asistían.

Viendo que á gran prisa se enflaquecía y no tenía alivio, vino á México á ponerse en curación. Después de haber tomado los datos señalados practiqué el cateterismo vesical con una sonda metálica, con la que fácilmente me cercioré de la existencia de un cálculo grande, duro y liso, que la vejiga era tolerante, la uretra lo mismo, sin alteración alguna, y la próstata casi normal.

A los pocos días medi la piedra con un litotrictor chico, que dió un tamaño

de 5 centímetros, y me indicó que era bastante dura y resbaladiza. El enfermo sufrió fuertes dolores y tuvo hematuria consecutiva ligera.

El diagnóstico era, pues, de un cálculo duro como de 5 centímetros, liso, libre, único probablemente, y en cuya composición deberían entrar casi exclusivamente los uratos, atendiendo á los antecedentes.

TRATAMIENTO.—La indicación era clara: extraer la piedra sin dañar al enfermo, ni con los instrumentos, ni con el cálculo, como dice Thompson. Para ello había tres caminos: la litotricia, la disolución por medios químicos y la talla.

1.º La litotricia no me pareció conveniente, puesto que el cálculo no tenía las condiciones que señala Thompson y otros, que sea pequeño, suave, pulverizable, esto es, fosfático, y que el aparato uretro-vesical sea tolerante. Sólo esta última condición existía; pero no las primeras. Así es que de practicar la litotricia, había que exponerse á no romper la piedra, ó hacer fragmentos grandes de ángulos cortantes que irritarían la mucosa y exigirían repetidas sesiones de litotricia, exponiéndose con esto la vejiga á inflamarse más ó menos fuertemente, etc., y tal vez quedaba imposibilitada para sufrir después la talla. No había, pues, que pensar en la litotricia.

2.º DISOLUCIÓN QUÍMICA.—Realmente incita este medio que parece fácil é inocente para el enfermo; pero es preciso conocer la composición del cálculo, lo cual no me era fácil. Solamente la sospechaba por la marcha de la enfermedad, los cólicos, las arenillas, etc. Para conocer con precisión la composición, era necesario extraer un fragmento por medio del litotricor ó de un instrumento especial; como no tuve ese instrumento perforador, ni quise aplicar litotricor para evitar complicaciones, ignoré la composición, y la aplicación de disolventes me era muy dudosa en los resultados. Algunas veces me vi tentado de inyectar á la vejiga una solución de acetato de plomo, que por la doble descomposición á que da lugar con los uratos, formándose un urato de plomo pulverulento, se presta á esta aplicación. Así lo indica Thompson, haciendo notar que no causa daño alguno al enfermo. No lo hice porque el enfermo no tenía voluntad mas que para la operación, que no quería retardar ensayando otros medios.

Mas de todos modos, queda la cuestión de saber hasta dónde alcance este medio de atacar los cálculos. Bueno será ensayar en este mismo cálculo la acción del plomo y de otros disolventes.

3.º LA TALLA.—Era el único recurso que me quedaba y el apetecido con ansia por el paciente, tanto más que me decía que á uno de su pueblo le extrajo el Dr. Salinas un cálculo por el hipogastrio; que fué muy feliz la operación y que él deseaba que se le hiciera la misma.

Mi enfermo ya estaba impaciente y su única ilusión era ver el cálculo en sus manos aun cuando se muriera después.

Decidimos, pues, el Dr. A. Velasco y yo, operarlo el día 29 de Agosto á las ocho de la mañana.

Ambos preferimos desde luego la talla hipogástrica, porque nos parecía más fácil para ejecutarla y de menos peligros para el enfermo.

Más fácil, porque se trataba de un hombre bastante flaco cuyas paredes abdominales eran muy delgadas, y porque me dejarían penetrar á la vejiga cómodamente: la región es amplia, toda está á la vista y al alcance del operador, y se puede tener una abertura tan extensa como se necesite para un cálculo voluminoso, etc., sin necesitar posición forzada para el enfermo ni estorbosa para el operador.

Digo también que el enfermo tiene menos peligros, porque no hay que herir próstata ni gruesos vasos, ó contundir los labios de la herida con el cálculo, ó practicar la litotricia para que quepa, etc. Es cierto que en la hipogástrica hay también dos peligros principales: la herida del peritoneo y la infiltración urinosa: lo primero no lo temía mucho, porque llenando bien la vejiga, el saco peritoneal se alejaba del campo operatorio; y aun cuando hiriese ese saco, no me preocupaba mucho, puesto que con los medios antisépticos, podemos penetrar en las serosas sin causarles grandes daños.

En cuanto á la infiltración urinosa sí era temible, porque unos me decían que los tubos de goma gruesos y dobles que recomiendan poner para que conduzcan la orina no daban resultado, porque se infiltraba de todos modos; que tampoco servía una sonda uretral: que un ojal en la uretra era lo más conveniente para que pasara por allí una sonda permanente y vaciara la vejiga. Esto complicaba, como se comprende, la operación.

Sin embargo, después de pesar las opiniones de varios compañeros y de recibir las preciosas indicaciones de los Dres. Ramos y López, de recordar lo que yo había visto y de ensayar esa operación en el cadáver y en el perro, me formé el juicio de que no era tan temible, como se creía, la infiltración urinosa, y me consideré apto para ejecutarla y con medios para oponerme victoriosamente á las dos complicaciones temidas.

El día 29, á las diez de la mañana, se practicó la operación en el núm. 6 de la calle del Corazón de Jesús. Permitaseme describir los detalles por la utilidad que pudiesen presentar ó evitarlos si son inútiles.

PIEZA OPERATORIA.—Se escogió la mejor de la casa, una de cuatro metros y medio de largo por otro tanto de ancho y cuatro de alto, con ventana al Sur. Se blanqueó toda el día 25 y se lavó perfectamente el suelo y las puertas, quedando después incomunicada y prohibida la entrada á toda persona. El día 26 se fumigó con ácido sulfuroso, habiendo introducido para que también se fumigaran, la cama del enfermo con toda la ropa, la mesa operatoria con su cobertor, almohadas, etc., que se habían de usar, la mesa de instrumentos y petates para cubrir el piso aunque fuese alrededor de la mesa de operar. Se quemaron dos libras de azufre. La pieza se llenó completamente de ácido sulfuroso, no se veía nada en su interior, y las puertas estaban cerradas completamente; aun las hen-

diduras se taparon con papel. El día 28 en la noche se fumigó con fénico, pulverizándolo con el aparato grande de Lister. Se pulverizaron dos kilos de solución al 5%. El día 29 se volvió á pulverizar dos horas antes de la operación.

EL ENFERMO.—Como ya indiqué, lo hice que se aclimatara primero, que se le corrigiera la diarrea, que se impusiera á la sonda y á que se le dilatara la vejiga; le hice dos sesiones de dilatación, le molestaron mucho y no conseguí gran cosa. Apenas admitía 80 á 100 gramos de agua, y le venían contracciones tan fuertes y dolorosas que interrumpían mi operación; le venía después algo de hematuria y tenesmo. Viendo estos sufrimientos prescindí de la dilatación anticipada, dejándola para la hora de la cloroformización. El enfermo se bañó y se lavó con jabón fenicado una hora antes de la operación; de la tina se fué á la cama operatoria, donde se enjugó.

OPERACIÓN.—A las nueve se comenzó á cloroformizar al enfermo, entretanto se le rasuró el pubis y se le lavó perfectamente con jabón fenicado y solución de bicloruro. Concluido esto, se tapó todo el hipogastrio con un lienzo húmedo de solución mercurial para evitar cuerpos extraños; después se puso una sonda metálica, y se le ligó sobre ella con tubo elástico el pene, y se le comunicó con el frasco lavador que tenía la solución bórica. El enfermo estaba á medio cloroformizar y despertó al ser dilatada la vejiga; cada introducción de líquido provocaba fuerte tenesmo vesical y rectal, lo que hacía salir el dilatador vacío que ya estaba en el recto juntamente con excrementos.

Esto se repitió dos ó tres veces, y en limpiar, volver á colocar el dilatador, dormir bien al enfermo é inyectar bien la vejiga hasta que subió la matitez al punto medio del espacio entre el pubis y el ombligo, se pasaría una hora. La cantidad de líquido que admitió la vejiga fué de 250^{cc}; y tanto por la palpación como por la percusión y aun por la vista, se podía marcar perfectamente el espacio que ocupaba la vejiga.

Habíamos cuidado de desinfectarnos con la pulverización del aparato de Lister que estaba funcionando fuera del cuarto operatorio, y con lavarnos perfectamente bien las manos con cepillo y jabón fenicado, tanto los tres médicos que habíamos como un ayudante estudiante. Los primeros fuimos los Dres. Velasco, Hurtado y Altamirano, y el estudiante Sr. Godoy; estábamos cubiertos con vestidos de lienzo, excepto dos que no pudieron hacerlo.

Recomendamos que la puerta estuviese cerrada y anduvieran despacio para evitar polvo y corriente de aire. Tuvimos también que dispensar la entrada al cuarto operatorio á dos ayudantes más para que limpiaran al enfermo y lo sostuvieran, admitiéndolos con sus vestidos comunes, porque no se podía hacer otra cosa; tuvimos muy á nuestro pesar que relajar las reglas listerianas, porque no podíamos ya llenarlas todas, y nos parecía ponernos en ridículo con personas ajenas á los conocimientos microbiológicos. Pero me arrepiento: estoy convencido que debe uno ser exigente para esos actos y llenar rigurosamente las reglas

antisépticas. El operador que esto consiga siempre tendrá felices resultados por graves que sean las operaciones. No es la mayor dificultad practicar la operación, sino rodearse de los medios más apropiados para la curación de la herida.

En medio, pues, de una atmósfera quieta, caliente, purificada y con el mayor aseo posible en las manos de los operadores y la región operada, se comenzó la operación luego que el enfermo se anestesió. La vejiga se señalaba perfectamente en la región hipogástrica.

Se practicó una incisión como de siete centímetros sobre la línea media, terminando la extremidad inferior sobre la sínfisis pubiana y comprendiendo todo el espesor de la piel. Hubo sangre de algunas arterias divididas que se comprimieron con las pinzas de forcipresura (éstas son mucho menos incómodas que las de Pean, por ser más pequeñas). Se dividió en seguida la aponeurosis y tegido celular, luego la pared muscular, procurando seguir la línea blanca, que no encontré, y dividí las fibras musculares. Los puntos donde brotaba sangre se pellizcaban con las pinzas y se limpiaba la herida con esponjas finas desinfectadas y empapadas en solución fenicada fuerte. Al llegar á la aponeurosis profunda se le dividió con sonda acanalada y tijeras. Apareció en seguida el tejido celulo-grasoso del espacio de Retzius con dos ó tres vasos bien desarrollados; como salía sangre de varios puntos y se nos cubría la herida, esperamos, comprimiendo con esponja líbia humedecida en solución fénica hasta que se detuvo, y entonces se arrolló hacia arriba con el dedo todo el tejido celulo-grasoso que ocupaba el espacio descubierto, con el objeto de no herir los vasos y resguardar el saco peritoneal. No se evitó la hemorragia, siempre se desgarraron algunos vasitos que daban sangre suficiente para taparnos todo lo que habíamos descubierto; así es que nos esperamos, comprimiendo con esponja hasta que no hubo hemorragia. Se nos presentó entonces claramente la vejiga y con el dedo nos convencimos que no se había abierto el peritoneo. Procedimos á pasar los hilos en la pared vesical con una aguja curva, tomada con unas pinzas de Pean; inmediatamente que atravesó la aguja brotó el agua del receptáculo urinario, muy sanguinolenta; se enjugaba con esponjas y se puso rápidamente el segundo hilo. Nos quedaron dos asas, una de cada lado de la incisión de las paredes del vientre, dejando entre sí un espacio como de un centímetro. Entre el punto de entrada y de salida de la aguja habría como un centímetro; como el agua de la vejiga salía abundantemente inundando la herida, se procuró vaciar por la sonda uretral, pero no funcionó; hice entonces una incisión en la vejiga, entre los hilos que servían de riendas para que un ayudante sostuviera ésta; brotó abundantemente el líquido vesical, se limpió rápidamente y el cálculo se presentó á nuestra vista, próximo á brotar también por la herida; no brotó porque no cupo; entonces agrandé la incisión vesical hacia el pubis y extraje el cálculo tomándolo con las pinzas.

Pudimos ver después la mucosa vesical granulosa, roja, amoratada, y con el

dedo recorrer toda la cavidad, cerciorándonos que ya no había otro cálculo y que la sonda uretral no había dado salida al líquido porque no penetraba en la vejiga, se había salido; se lavó ésta y la herida, se quitaron las pinzas llevando cuenta de ellas, y procedí á la sutura de la vejiga con las paredes del vientre; sólo apliqué una que fijó contra el pubis el ángulo inferior de la incisión vesical.

Observaciones anteriores me habían enseñado que la infiltración urinosa se hacía principalmente por el ángulo inferior de la incisión vesical que quedaba muy hundido, nivelándose casi con el bajo fondo de la vejiga, por lo que la orina salía por allí antes que por los tubos de goma. Para corregir este hundimiento atravesé un hilo inmediatamente abajo de este ángulo, con el que lo levanté hasta el nivel de la parte superior de la sínfisis pubiana, fijándolo en los mismos tejidos abdominales. Este hilo me sirvió además para fijar los tubos de canalización. La vejiga quedó fija á la parte posterior del pubis y libre en todo el resto para que pudiese dilatarse ampliamente. En cuanto á los primeros hilos que sirvieron de asas, se reservaron en su lugar, reposando sobre la piel de su lado correspondiente, fijos únicamente por la curación; toda la incisión vesical quedó abierta. En cuanto á la abdominal, fué suturada menos en la parte inferior que daba paso á los tubos. Se aplicaron dos suturas, una profunda con botones y otra superficial de puntos separados.

Colocáronse tubos de goma paralelos, pero cuyos extremos quedaban á diversa altura uno del otro. La curación se hizo así: aseo perfecto de la piel y herida con solución fenicada. Se untó cerato yodoformado á toda la piel del hipogastrio, se aplicó encima una lámina de bodruch bien adherida, luego tres lienzos mojados en solución fenicada, pasando los bordes del bodruch, y expulsando toda burbuja de aire con la solución fénica y una esponja; encima otros dos. Los tubos se rodearon cuidadosamente también de lienzos mojados en su salida, se cubrió todo con algodón salicilado, abarcando todo el abdomen y órganos genitales y sostenido por un vendaje. Quedó también una sonda uretral de Nelaton, porque vimos que daba salida á orina.

Se le cambió cama al enfermo por otra caliente y seca, tomó un poco de vino, se le pusieron en su cama sábanas calientes, se abrigó bien y se le recomendó tranquilidad. Todos los tubos de goma colgaban á un lado de la cama, sumergiéndose los extremos en solución fénica, funcionando perfectamente. Veíamos salir constantemente un líquido sanguinolento que quedaba en el fondo.

Al salir de la casa sonaron las doce: habíamos empleado en todo tres horas.

MARCHE DE LA OPERACIÓN.—Día 29, el de la operación, á las cinco de la tarde: calofrío ligero, dolores en el vientre, inquietud y malestar, todo se aumentó progresivamente hasta las siete de la noche en que lo ví. La temperatura era 37°8, el vientre doloroso y meteorizado, y un malestar general que hacía sufrir mucho al enfermo. Se sentía muy apretado de la venda debido al meteorismo.

Los tubos de la herida daban salida á orina abundante sanguinolenta. La sonda uretral se había salido.

Se cortó la venda y una vez floja descansó el enfermo. Como los tubos funcionaban, y por lo mismo la vejiga estaba vacía, accedí á cambiar el decúbito dorsal en que se había conservado por otro de lado, y después lo incorporé á quedar casi sentado; con estos cambios de postura fué con lo que más consuelo recibió. Los tubos, entretanto, seguían funcionando y se vigilaban constantemente.

Por alimento tomó atole, y para calmar la sed, que era mucha, fragmentos de hielo. Por medicina para adormecerlo y mitigar los sufrimientos, se le ordenó tomara 20 gotas de láudano cada hora hasta el efecto.

Día 30, ocho de la mañana: la noche fué tranquila, pudo dormir, á las doce subió el termómetro á 38°8. La orina salió libremente por los tubos, las piezas de la curación apenas estaban manchadas cerca de los tubos, de un líquido sanguinolento sin olor urinoso.

Se lavó con solución fenicada todo el hipogastrio, se volvió á untar de cerato yodoformado, y se cubrió con solo lienzos mojados en solución félica al 2 ½ %; se procuró que los lienzos estuviesen desinfectados, que abarcasen todo el contorno de los tubos, adhiriéndolos perfectamente lo mismo que á la piel por medio del agua fenicada y ligeras compresiones con esponja húmeda para expulsar toda burbuja de aire, que cubriesen todo el vientre, y que se mantuviesen húmedas y bien adheridas, repitiendo la misma maniobra de tiempo en tiempo. Esta sustitución de los lienzos es superior á la curación, porque no pesa ni embroma, desinfecta, no irrita, etc. Ya la he ensayado en otros heridos con magníficos resultados. El enfermo quedó contento del cambio. Alimento, leche: medicinas, ninguna.

A las doce que lo visité se conservaba en buen estado la curación; la orina goteaba frecuentemente en una vasija colocada en el suelo; las extremidades de los tubos las dejé ahora fuera del líquido de la vasija, porque noté que sumergidos como al principio, la orina salía menos fácilmente. Era debido á cierta presión que tenía que vencer y á que la atmosférica no se obraba libremente sobre el líquido vesical. Además, no encontraba yo ningún inconveniente en que los extremos de los tubos quedasen al aire libre. La orina no sufría allí ninguna alteración ni en la vejiga tampoco. La cantidad de orina que escurría por hora era de 30^{cc} á 32^{cc} y ya no estaba sanguinolenta.

A las cuatro de la tarde volví á ver al enfermo y supe que los tubos se habían salido, durando sin ellos como una hora, con una inquietud y malestar indecible hasta que los volvió á colocar el Dr. Velasco, á quien avisaron; los pudo poner fácilmente y ya los dejé funcionando otra vez libremente.

Haré notar que para que escurra la orina fácilmente por los tubos, es preciso establecer la corriente por medio de una pera de goma, aspirando ó comprimen-

do hasta que salga fácilmente por uno de los tubos haciendo burbujas en el agua el aire inyectado á la vejiga por el otro. Cada inyección de aire, aunque muy pequeña y hecha con mucha suavidad, causa dolor al enfermo pero pasajero. De este modo hay certidumbre de que los tubos están libres y la vejiga vacía, porque la menor cantidad de orina que tenga es arrojada por el aire, y continúa la corriente como en sifón.

Volvamos al enfermo: su temperatura había subido á 39°8 á la una de la tarde, y á las cuatro era de 39°5. No había tenido calofrío, ni vómitos, ni dolores agudos; lo dejé después de componerle los tubos.

A las ocho de la noche lo encontré muy aliviado; la temperatura era de 37°5, pulsaciones 100 por minuto. Dormía tranquilamente, había tenido abundante sudor, al que siguió un alivio notable; solo renové los lienzos mojados que cubrían la herida y me retiré.

Día 31, á las ocho de la mañana: La noche regular porque estuvo inquieto y durmió poco; los tubos en corriente, la curación casi limpia y sin el menor olor. Temperatura 37°5, pulso 109; estado general muy satisfactorio. La lengua se había humedecido bien, mientras que ayer estaba muy seca y aun le impedía hablar con claridad; no ha defecado pero ha expulsado gases; la orina normal, apenas sedimentosa, escurre por hora 45^{cc} y cada minuto ocho gotas por término medio, medida que me servía para apreciar constantemente el funcionamiento perfecto del sifón.

Renovación de los lienzos: alimentación de leche, sopa y jugo de carne.

A las ocho de la noche se había elevado la temperatura; era de 37°8, pero sin calofríos, sin ningún sintoma notable: estado general satisfactorio; se han secretado en la tarde 40^{cc} de orina por hora, poco sedimentosa, no sanguinolenta.

Olvidé anotar que esta mañana quitamos las suturas superficiales y una de las profundas, solo quedó la otra más cercana á los tubos; la cicatrización de la herida está hecha por primera intención.

¿Por qué se ha elevado la temperatura? ¿Hay algo de infección? ¿Hay inflamación de la piel del vientre, que está rubicunda, y debido, según creo, á la continuidad del líquido fénico?

No lo sé; pero de todos modos lavo y desinfecto todo, herida y parte circunvecina, quito los tubos y busco si hay gangrena ó inflamación profunda, pero no hay nada; los volví á colocar profundamente después de desinfectados, y con la pera de goma inyectando y aspirando aire, los dejo otra vez en corriente. En vez de lienzos húmedos pongo el cerato yodoformado y encima lienzos secos bien adheridos. El enfermo recibió 300 gramos de lavativas de agua jabonosa para que defecara, que no lo ha hecho en tres días, y arrojara los gases que se notan en abundancia en la S. iliaca que le causan retortijones; se consiguió el fin aunque después de algún tiempo.

Quiso sentarse el enfermo y se lo concedí, recostándolo sobre la cabecera de la cama; en esa postura no dejaron de funcionar los tubos ni hubo dolores; recibió gran consuelo por el descanso en que entró. Conviene, pues, cambiar posturas, porque se da descanso y se facilita la circulación, sobre todo la pulmonar.

Día 1.º de Septiembre: dos veces se salieron anoche los tubos y los volví á colocar; mientras faltaban, la orina bañaba la herida, que se absorbía con pera de goma; pero no se evitó completamente su acción gangrenosa; los labios están sucios, cubiertos como de una pseudomembrana pultácea pero sin hedor. Fué dificultosa la reintroducción por lo estrecho de la abertura y colgajos gangrenosos que se interponían, pero al fin lo conseguí sin causar daño, sirviéndome mucho para ello las dos riendas que aun pendían de la vejiga; una sonda metálica me sirvió también mucho á manera de gancho. La mayor dificultad que hubo fué que los tubos quedaran de tal manera que escurriera frecuentemente la orina; tuve que meter y sacar más ó menos la parte introducida á la vejiga, inyectando al mismo tiempo aire hasta ver que las burbujas se escapaban por el otro tubo, y que después goteaba la orina frecuentemente, 8 ó 10 gotas por minuto.

La postura de lado no la permití ahora porque se salía la orina por la herida y muy poca por los tubos, debido á que la vejiga cambia de situación y es comprimida por los intestinos, formando pliegues que probablemente tapan los tubos; lo mismo pasó sentando al enfermo, y quedó en decúbito dorsal.

La piel del vientre se ha quemado por el fénico; se quitó la última sutura profunda y la ligadura que fijaba el ángulo inferior de la incisión vesical.

La orina es verdoso-negruzca por absorción del fénico.

Curación con lienzos untados con yodoformo; fijación de los tubos con una placa de gutapercha, mantenida fija por venda en T; estado general magnífico, hay hambre, lengua húmeda, temperatura 37°5.

Leche, sopa, carne, pan.

A las doce se volvieron á salir los tubos. Sustituidos por una cánula de traqueotomía y en su interior un tubo largo de goma, no sirvió porque lastimaba mucho la vejiga y causaba tenesmo. La sustitui por un tubo amplio de goma suave; tenía un centímetro de diámetro y entró á frotamiento suave. La parte saliente, como de 5 centímetros, se dividió en cuatro cintas ó tiras que se abatieron á los lados de la herida y se fijaron con hilos á las tiras del vendaje en T. El objeto de esto era conservar permanente una cánula donde se pudiesen introducir fácilmente uno ó dos tubos. Así lo conseguí: las cuatro tiras fijaron bien el tubo, y su amplitud permitía introducir uno de goma, sin lastimar, unido á la extremidad huesosa de la pera aspiradora. Quedó permanente un tubo de goma y se sentó al enfermo bajándole algo las piernas para que no se doblara mucho de la cintura. El tubo daba salida libre á la orina.

A las dos ya no funcionaba; se derramaba la orina sobre la herida; la temperatura subió á 38°5; el enfermo entró en malestar é inquietud general, quejándose demasiado de lo mojado y de los ardores.

A las siete de la noche lo encontré muy disgustado por ese motivo, algo inconsecuente, sus palabras tenían algo de ofensivo y de enfado, había subdelirio; temperatura 38 ½, pulso de 120, herida bañada en la orina, muy sucia y pultácea, olor urinoso, defecó á la una.

Todo este cuadro de síntomas se debía á la acción irritante y tóxica de la orina, más al estado cerebral del enfermo perturbado desde el principio. Lo que procuré ante todo fué evitar el derrame de la orina, y solo lo conseguí aspirando por el tubo con la pera; pero este procedimiento era muy cansado, y lo sustituí por un frasco aspirador, que era de lo que disponía. Entre el frasco y la vejiga había un recipiente donde se reunía la orina; la aspiración se hizo perfectamente bien; el enfermo quedó seco y tranquilo. Este aparato, si llegó á llenar el fin buscado esta noche, no hay que perder de vista que es muy molesto para los asistentes. Hay, pues, que buscar otro medio de aspiración más constante y duradero; por ejemplo, un bote de lata de gran capacidad, uno de petróleo podría servir, cerrado por todas partes y con dos bitoques, uno arriba y otro abajo, etc., etc., una bomba tal vez sería mejor (voy á ensayarla) ó bien alguna máquina ventiladora, etc.

Día 2, seis de la mañana: fui llamado con premura por haberse salido los tubos. Toda la noche funcionó el frasco aspirador; pero la orina se derramó sobre el enfermo; según comprendí consistió en los cuidadores inhábiles ó descuidados, no en que la aspiración fuera impotente, porque mientras yo la dirigí, daba perfecto resultado; la noche, sin embargo, fué buena; sueño de tres horas seguidas, tranquilo, con algo de subdelirio, temperatura de 38° á las doce; ahora de 37°5; toma alimento bien, con avidez; lo encuentro más tranquilo y conforme; su estado cerebral normal, sin la excitación de anoche.

Aseo de la herida y colocación de una mecha en el tubo permanente; ensayé varios, y ni el algodón salicílico, ni la mecha de lámpara tejida, ni pábilo flojo, ni un pedazo de toalla vieja deja pasar agua tan fácilmente como una tira de lienzo viejo de cambray, de una tercia de largo y dos centímetros de ancho; ésta fué colocada en el tubo, y su parte libre reposaba sobre un lienzo viejo absorbente; funcionó muy bien toda la mañana hasta las doce que volví con otro aparatito.

Éste consiste en dos bolsas de goma de esos globitos con hidrógeno para los niños. Lo dispuse así: (*fig. 1*) el tubo vesical entró á frotamiento suave en el permanente para no dejar salir por los lados la orina; el permanente también ajustaba bien á la herida, y casi no dejaba salir la orina; ésta no tenía, por tanto, otra salida que el tubo vesical central del primer receptáculo, y aunque éste se pliega y comprime al colgar, no impide que la orina escurra libremente. Así

pasó y se sostuvo el funcionamiento todo el día. De la vejiga pasa la orina al primer receptáculo, de éste al segundo, donde se reúne, y al llegar á cierta cantidad se vacía por el tubo de abajo dentro de un pomito.

Dos ventajas tiene este aparato: no pesar, y por esto prestarse para que el enfermo se mueva libremente, y además muy flexible para poderse colocar en cualquiera posición; segundo, dar salida libre á la orina, más fácil que con los tubos largos y angostos, en los que la orina se adhiere mucho y tiene que vencer mucha resistencia para llegar al exterior. No así en mi sistema urinario, recorre un corto camino angosto, el del tubo vesical, y se recibe en un espacio amplio y más terso donde se recolecta para vaciar. De éste pasa al segundo impulsada ya por su propio peso; su volumen ya se ha aumentado y vence fácilmente la atracción de las paredes de los conductos; llega al segundo y allí se reúne. El trayecto que recorre es muy corto.

Funcionó satisfactoriamente; no se mojó el enfermo para nada; se sostuvo perfectamente colgado entre las piernas y á un lado, por solo el tubo vesical que entró á frotamiento en el permanente; no molestó al enfermo y éste ha estado muy contento, muy aliviado. Temperatura $37^{\circ}5$; hambre, come bien, se sentó tres horas, constipación, meteorismo y algunos retortijones; estado general muy satisfactorio; todo ha marchado muy bien hasta las ocho de la noche en que me retiré.

La curación fué: fijar bien el tubo permanente con telas y colodión; colodionar la piel del vientre para evitar irritación de la orina, y que se vigile no escurra orina fuera del sistema de receptáculo; que se saque prontamente lo que escurriese; que se cubra de licopodio el escroto, que tiende á humedecerse y á exfoliarse.

Día 3: me levantaron á las doce de la noche porque se salieron los tubos, pero sin accidente; se zafó del tubo permanente el sistema urinario, y un asistente lo pudo colocar otra vez; compuse la misma curación y me retiré.

A las ocho de la mañana: temperatura $37^{\circ}3$, pulso 109, noche regular, no hubo delirio ni agitación, labios de la herida cicatrizados profundamente, gangrenados en la superficie como medio centímetro, rojos, en una extensión de 5 centímetros, algo hinchados, poco dolorosos, meteorismo grande, deseos de defecar, para lo que le puse lavativa de jabón y apenas arrojó excremento. Los gases salen bien. Continúa la misma curación y el sistema de bolsas que siguen funcionando perfectamente todo el día.

A las siete de la noche volví á verlo: estuvo sentado en un sillón mesedor en otra pieza, para asear y ventilar la suya; come con apetito: una taza de caldo, cuatro cucharadas de sopa, una pierna y alón de pollo, un huevo tibio y dos cucharadas caldo de frijol, un cuartillo de pulque, treinta uvas y un mango.

Recomendé las uvas para combatir el estreñimiento; estuvo contento aunque algo postrado; estado general menos bueno que el de ayer; la orina no se ha

derramado para nada, pero ha tomado olor amoniacal y reacción alcalina; debe ser porque no se ha lavado la vejiga. Ha escurrido hacia el pene abundante supuración; los labios de la herida muy rojos, hinchados, dolorosos y muy calientes; temperatura 38°5, pulso 128.

Lavé la vejiga, haciendo entrar por la sonda uretral y salir por el sistema de bolsas, un kilo de solución bórica tibia al 5%, corriente, fácil y no dolorosa; la última porción salió perfectamente limpia y transparente, lavé bien los bordes de la herida, quitando todo el sistema de tubos, aun el grueso permanente; los quité porque eran la causa para mí de la inflamación de los bordes y de la vejiga. A cada movimiento del enfermo se palanqueaba el tubo fijo lastimando la mucosa y los labios. Los bordes de la incisión de la vejiga se habían adherido á la pared del vientre; de esto me convencí porque estiré el último hilo de los que me sirvieron de riendas, y ví que aun estaba fijo, y que el punto de donde pendía, que era la pared vesical, no se despegaba del vientre como al principio, y ni empujándolo hacia adentro, sin producir sangre inmediatamente del punto de adherencia. No había ya que temer infiltración y cerré la herida con telas aseguradas con colodión, dejando solo un espacio pequeño para el tubo del sistema urinario; pero éste no se detenía ahora, y sustituí una mecha de hilas que pasaba por el centro de una de las bolsas que le adapté para evitar el contacto de la mecha mojada con la curación. Alrededor de la mecha puse bolitas de hilas que absorbieran los líquidos, tapadas con algodón salicilado y fijé todo con vendaje poco apretado.

El enfermo quedó cómodo, se cambia fácilmente de lado y la mecha queda absorbiendo bien la orina que conduce sobre un lienzo. Recomendé pongan la sonda uretral cada dos horas si está despierto el paciente.

Día 4, á las ocho de la mañana: concurrieron mis compañeros de operación los Dres. Velasco y Hurtado. Sentí que no hubiesen presenciado el funcionamiento perfecto de mi sistema de bolsas; pero en cambio yo estaba muy complacido del buen estado de la herida, debido á haber quitado ese sistema; la noche muy buena; la orina escurría abundantemente por la herida; casi no sirvió la mecha. La temperatura á las doce fué de 38° y ahora de 37°, pulso 100; estado general bueno, lengua húmeda, la orina no está amoniacal; los labios de la herida menos rojos, menos hinchados, poco dolorosos; comprimidos no dejan escurrir ningún líquido que se hubiera infiltrado; se arrancaron los colgajos gangrenados, quedando algunos puntos con yemas carnosas rojas. El labio izquierdo está notablemente más hinchado y rojo que el opuesto: ¿será debido á que éste sufrió particularmente el contacto de los dedos é instrumentos separadores del Dr. Hurtado, que no iba tan aseado como yo, que era el que manejaba el otro lado? En toda la parte superior de la herida, en una extensión como de diez centímetros, se nota comprimiendo un endurecimiento profundo pero no doloroso; hay poco meteorismo.

Lavatorio vesical con bórico, que entra por la sonda uretral y sale por la herida, aseo de toda la región; volví á colocar mecha, junté los labios de la herida con telas aseguradas con colodión, hilas alrededor de la mecha, algodón salicilado y vendaje.

A las dos de la tarde: todo está bien, la orina se ha escurrido por la mecha, pero la mayor parte por la herida.

A las siete de la noche: el día lo ha pasado contento, platicando, que ayer no lo hizo para nada; comió con apetito lo mismo que ayer; defecó pastoso y abundante; se fué por su pie á su cama, conduciéndolo dos personas que lo cuidaban, de una pieza á otra, y llegó perfectamente bien sin flaquearle las piernas ni desvanecerse.

Se lavó la vejiga con bórico, lo mismo que todo el hipogastrio y órganos genitales; la orina no estaba amoniaca; afronté los labios perfectamente con telas y colodión, suprimí la mecha, dejé sonda permanente uretral, muy delgada, y cubri con hilas, algodón y venda; la orina escurre por la sonda, pero algo se escapa también por la herida.

Una vez acostado el enfermo, dejé la sonda dentro del mango hueco de la bacinilla aplastada, la cual se presta bien para esta operación, porque no se voltea y deja libres los movimientos.

Me despidió á las nueve, dejándolo contento y con temperatura de 37°.

Día 5, á las nueve de la mañana: noche buena, temperatura á las doce 37°, y la misma ahora; la orina se derramó poco por la herida; la sonda la encontré fuera, pero debe haber funcionado la mayor parte de la noche, pues empapó muchos trapos. La herida de muy buen aspecto, se quitó lo hinchado, sobre todo del labio izquierdo, lo mismo que lo rojo; también la dureza ha desaparecido casi por completo, vientre vacío, no se despegaron las telas, que hacen cerrar muy bien la herida debido al colodión. Puse una lámina de plomo y un tubito de goma atravesando el centro. La lámina reposaba sobre el algodón salicilado que cubría la herida, un vendaje medianamente apretado comprimía satisfactoriamente la lámina que formó un plano bien resistente; puse sonda Nelaton de la más delgada que hubo, el núm. 13; antes de todo esto lavé con solución bórica, que entró por la sonda y salió por el tubito y viceversa; repuse las telas y el colodión.

Cuesta mucho trabajo sostener la sonda uretral; fácilmente se desliza aunque sea algo y ya no funciona; noto, además, que aun estando en su lugar no deja salir orina pero sí el tubito; creo que se debe á que la sonda se tapa con facilidad con los pliegues vesicales y el tubito no sufre esto. Esto indica que la sonda libre no basta para canalizar; la fijé amarrándola con un hilo cuyos dos cabos estiré hacia atrás á los lados del pene, y á éste puse un vendajito y tela emplástica para fijar allí los hilos que pasaban por debajo. Ha dado buen resultado, no se ha salido la sonda ni se ha inflamado el pene. Ojalá pudiera pasar un tubito por la

herida y la uretra, formando una asa perforada lateralmente en su porción vesical para que la orina tomara corriente hacia la herida ó hacia la uretra. Ya no se saldría el tubo uretral y se evitarían tantas ligaduras en el pene.

¿Pero cómo pasar el tubo? Lo quise hacer con la sonda Nelaton con mandrín curvo y procurando sacar la extremidad de la sonda por la herida; pero prescindi porque el enfermo sufría mucho. ¿De qué otro medio valerse? Me ocurre introducir en la herida un hilo de seda encerada gruesa, llevando en un extremo bien fija una cuenta como de chaquira ú otra, hacerla penetrar por la herida dándole mucho hilo para que pueda salir por la uretra durante la micción, como arrojó las arenillas. Hay que ensayarlo.

Defecó fácilmente al mediodía, temperatura $37^{\circ}3$, pulso 112, comió casi como ayer, menos el huevo; se transportó de una pieza á otra en sillón, porque no quiso levantarse; el tubito de la herida queda comunicado con uno de vidrio ancho y éste con otro de goma que se alza hasta la cintura, fijándolo en la venda; la orina escurre fácilmente y se reúne en los tubos; también escurre por la sonda y se conduce fuera de la cama por un tubo largo conexasiónado á ella; estado general bueno, herida bien, algo de postración, memoria en decadencia, no suma de tres en tres, ni se acuerda si comió ó no, la hora que es, si se levantó, etc.

Día 6, nueve de la mañana: noche mala, durmió poco por falta de sueño y malestar general, orina salió bien por la sonda y por el tubito que dejé en la herida. La curación salió poco mojada.

Volví á colocar algodón mojado en solución bórica, su placa de plomo y vendaje; la sonda quedó y se conservó bien con el medio de fijeza dicho; se levantó el enfermo, anduvo por su pie.

A las nueve de la noche volví: comió regular, sopa, carne que la escupe, huevo ya no le gusta, pollo, caldo de frijol, un cuartillo de pulque, fruta, durmió su siesta, defecó pastoso y abundante.

La sonda no funcionó bien sentado el enfermo, porque se comprime, y me figuré que se dobla dentro y la vejiga comprimida la tapa; la curación se mojó mucho; orina amoniacal porque no se lavó la vejiga esta mañana. Lavatorio bórico, se destapó la sonda, que no quería funcionar, el agua salió de ésta á la herida y viceversa.

La herida magnífica, labios rojos con yemas, hilos de sutura aun no se desprenden, se aproximan los labios con telas después de yodoformarlos con polvo, puse en seguida algodón salicilado, placa y vendaje, no dejé tubo en la herida, la sonda sí en perfecta función. Temperatura 37° , pulso 100.

Día 7 á las ocho de la mañana: lo ví con Velasco: noche buena, temperatura á las doce 37° , herida en buen estado, orina amoniacal salió por la sonda y también algo por la herida.

Lavatorios bóricos vesicales y uretrales, porque la sonda salió con pus, cura-

ción con yodoformo, tubo delgado en la herida, telas con colodión, supresión de la sonda, algodón, placa de plomo y vendaje.

Se levantó y transportó por su pie, la orina se salió anoche por la herida, el tubo se enrolló debajo de las telas y no funcionó bien; no puede mear por sí mismo. Temperatura 37° , pulso 120, ha divagado mucho, aspecto animado, excitación cerebral, trastorno de memoria, come bien, se fué por su pie.

Labio izquierdo abultado de arriba, rojo, caliente, doloroso, duro; escara gangrenosa arriba de la herida donde apareció el conducto á la vejiga que deja salir la orina; lavatorio bórico, sonda permanente, cierro completamente la herida con telas y colodión, invirtiendo algo hacia fuera el labio derecho que tiende á enrollarse hacia dentro, algodón y vendaje; no puse placa porque dice el enfermo que mucho le molesta. Me retiré á las ocho.

Día 8 á las ocho de la mañana: noche mala, no pudo dormir, temperatura 37° , pulso 112, herida bien, lavatorios bóricos, tubo negro suave de medio centímetro, en la herida, atorado dentro con el pliegue que indiqué ya, placa de plomo, algodón y venda, la orina sale bien por el tubo.

A las tres de la tarde ya no pudo resistir al tubo. Desde las once comenzó con fuerte excitación cerebral, á divagar y á empeñarse en que le quitaran el tubo. Por fin él mismo lo zafó no obstante que le dolía al estirarlo y se resistía el tubo por el pliegue que tenía dentro; pero lo sacó y se calmó de su excitación; aunque empapado de orina, dice (ocho de la noche) que está bien, mejor que con tubos. Cedo al enfermo para evitar excitación cerebral y la dejo que escorra libremente por la herida.

Día 9, á las ocho de la mañana: la noche buena, durmió mejor que otras, aunque empapado, la herida no está mal, yemas carnosas á los lados, abundantes, los colgajos gangrenados casi han desaparecido, los hilos aun no ceden.

Temperatura $36^{\circ}9$, pero en la vejiga $37^{\circ}1$, estado cerebral tranquilo y en juicio. Lavatorios bóricos, telas y algodón con tela emplástica; la orina se derrama por la herida.

A las ocho de la noche: excitación cerebral, delirio razonado; dispónese á morir y pretende arreglar cómo quedará su hija. Temperatura $36^{\circ}9$, pulso 112, herida bien, orina abundante, algo amoniacal. Lavatorios bóricos y algodón, y que la orina se derrame.

Ha aumentado la capacidad de la vejiga, no sale orina por la uretra aunque lo procure el enfermo. ¿Por qué?

Anoche se le dió cloral para dormir y ahora recomiendo lo mismo.

Día 10, á las nueve de la mañana: noche regular, pudo dormir algo pero divagando y haciendo firmar un contrato de seguros para sus hijos; se empapó pero lo mudaban en seguida. Herida bien, temperatura $36^{\circ}9$, pulso 112, faz animada, palabras delirantes, lavatorio bórico y curación simple.

Siete de la noche: delirio seguido pero razonado, come bien, con apetito

temperatura 37°3, pulso 112; su idea fija es que á sus hijos les ha pasado una desgracia en Tenancingo.

Lavatorios bóricos, curación simple, tres veces defecó natural, arranqué el último hilo de sutura colgado de la vejiga, herida muy bien, dos miligramos hyociamina y láudano para dormirlo.

Día 11, á las diez de la mañana: noche regular, al principio delirante, después durmió tres horas, roncando pero agitándose; amaneció en perfecto estado cerebral, con memoria expedita; la orina se derramó de tiempo en tiempo en abundancia, curación simple, herida en buen estado, no lavé.

A las nueve de la noche: ya está delirando y muy excitado, palabras groseras, idea fija que se va y no lo molesten ya, comió poco, durmió siesta algo, estuvo sentado en otra pieza y fué por su pie, defecó, temperatura 37°, orina se ha derramado por la herida en abundancia, herida en buen estado; extraje con pera aspiradora como 700^{cc} de orina, no lavé porque no percibí olor amoniacal, curación simple y lo dejo en gran excitación cerebral, hablando mucho, con terquedad.

ANÁLISIS DE LA URINA.—Color amarillo ámbar, olor á sulfhídrico, reacción ácida marcadísima, turbia ligeramente, sedimento poco coposo, densidad 1013, huellas de albúmina según reacción de Haller que dió ligero disco, y al calor ligera opalescencia, cloruros abundantes. El SH no se denuncia por acetato de plomo, no hay precipitado negro ni se tiñe de obscuro un papel plómbico; sin embargo, como es de noche, será bueno rectificar mañana lo mismo que lo de la albúmina.

Día 12: noche muy inquieta, se paró tres veces y fué preciso obligarlo por la fuerza á acostarse y á comer, orina se salió toda, herida bien, curación simple, temperatura 37°, pulso 108.

A las ocho de la noche: ha seguido muy excitado, hablando mucho, y su idea fija es la catástrofe de su familia y que se va á morir. Le repugna mucho que se le cure, curación simple y lavatorio bórico, temperatura 37°, pulso 100.

Día 13: noche regular aunque hablando mucho, la orina se retiene como dos horas sin derramarse, hasta que un movimiento ó tos la hacen brotar, la cantidad que se recoge en la vejiga será como de 200^{cc}, se pone algo amoniacal cuando se pasan dos días sin lavatorios bóricos, la herida muy bien, cerró el nuevo trayecto que hizo en la parte superior de la incisión y solo queda el que recibió los tubos desde un principio, de diámetro para recibir una pluma de ave; no sale orina por la uretra, ni siente el enfermo ganas de mear; defecó bien y ha tomado algo de alimento, no está tan excitado, responde en razón á lo que se le pregunta de su enfermedad, pero de repente divaga y dice palabras que no son del caso; se queja de dolor del ojo, oreja y lado derecho, dice que de repente se sube la *influencia* á ese lado, se queja de dolor como si fuera neuralgia, se lleva la mano y se queja. Esta influencia que él llama, le vino sondeándolo yo

por la herida; noto que el menor tocamiento en la mucosa vesical lo hace estremecer, hay un reflejo exquisito que parte de allí, y también dicha influencia, hasta el lado derecho de la cara, provocando una neuralgia. Dice que no distingue bien con el ojo derecho, ve manchas rojas y negras, y en el oído correspondiente tiene un subido fuerte. Los demás sentidos bien.

Velasco, que lo vió conmigo, opina que es una anemia cerebral y excitación exagerada en la vejiga. Lo mismo creo: hay un reflejo exquisito partido de la mucosa vesical que forma como una aura epiléptica y que ya existía desde el cálculo. Se quejaba entonces de un aire que le subía desde los talones. Además, su deterioro exagerado y antiguo, más el cloroformo, son para mí los factores de este delirio. Sin embargo, me llama la atención ese sufrimiento del ojo y oído derechos, así como la neuralgia. ¿Se prepara una encefalitis?

Día 14, á las cuatro de la tarde: noche regular, durmió, habló poco; la uretana le calma y produce sueño; en la mañana, muy excitado y hablador; en la tarde, muy sosegado y callado, en su conocimiento perfecto, lo encuentro poco trastornado, responde con certeza y al caso; la orina lo ha empapado, herida bien, lavatorios bóricos y curación simple, uretana en la noche. Come bien y ha defecado natural, temperatura 37°, pulso 100, no le duele el ojo ni oído derechos, esa especie de hemiparálisis que tenía le ha cesado.

Día 15, á las cinco de la tarde: día y noche regular, está en su estado natural el cerebro, habla bien sobre varios puntos que le toco; se vistió y anduvo perfectamente bien por sí solo, hasta sin bastón; comió bien, la orina se ha derramado por la herida, uretana en la noche.

Día 16: no lo he visto por juzgar que está bien y no mandarme llamar.

Día 17: lo visité en la noche: su estado cerebral perfectamente bueno desde hace tres días, ha andado por toda la casa por su pie y sin ayuda, come bien y duerme lo mismo.

Herida como de dos milímetros, no pudo entrar ya ni el huesito de lavativa, solo entró un tubito de goma de 2 milímetros; hice lavatorio bórico, no molestó tanto como otras veces, no producía esa conmoción general al tocar la mucosa vesical; sin embargo, algo se estremecía. Le recomendé que arrojara el lavatorio por la uretra, y no pudiendo, lo sondeo y después pudo orinar el líquido bórico; pero es preciso comprimir la herida para evitar el escape por allí; la sonda molesta muchísimo; produjo conmoción casi convulsiva y mucho sufrimiento; esto me hizo temer que volviera el delirio y así lo platicué, y recomendé se pusiera cuidado á qué hora volvía la locura.

Puse tiras en la herida, encima un braguero que comprimiera para evitar el escape; pero comprimiendo mucho lo quité y sustitui con hilas, y encima la placa de plomo detenida por una venda; así no salía la orina ni pujando ni tosiendo.

El trayecto fistuloso que queda, es oblicuo de arriba, abajo y adentro, esto

es, que se dirige hacia la parte profunda del arco pubiano. Esta dirección oblicua es ventajosa; se puede comprimir el trayecto y aplicarse sus paredes de tal manera que cierran perfectamente la luz; me parece que esa dirección debe procurarse desde un principio y lo más pronunciado que se pueda para poder evitar el derrame urinario por la compresión; ésta se puede obtener por un resorte análogo á los bragueros, cuidando que comprima ligeramente y con igualdad. Es preciso la práctica de este aparato para decidir lo mejor; emito solamente la idea.

Mañana domingo saldrá á misa.

Día 18: no lo vi, pero supe que ya estaba loco otra vez, que no quiso levantarse alegando tonteras de siempre, que ha podido orinar por la uretra taponándose la herida; mañana recogeré personalmente más informes.

Queda probado que de la uretra y vejiga parte un reflejo que provoca locura; es un reflejo análogo al que parte del útero en la mujer que provoca convulsiones, delirio, etc., un reflejo histeriforme. ¿Esto es especial á la talla hipogástrica?

El Dr. Hurtado me dice que dos de los tallados así que ha habido en Maternidad, han estado lo mismo, en igual perturbación mental; tengo, pues, que buscar qué relaciones anatómicas haya entre la cara anterior de la vejiga por medio de los nervios ó de vasos con los centros encefálicos que puedan explicar ese delirio. ¿Las adherencias vesicales influirán sobre el cerebro por las compresiones ó atirantamientos de filamentos nerviosos aun cuando éstos sean inconscientes, como pasa con la presencia de una solitaria en el intestino, ó con las desviaciones ó adherencias uterinas, etc.?

Día 19: lo ví en la mañana, ya estaba en estado normal su cerebro, ha meado por la uretra comprimiéndose la herida. Lo vengo con placa de plomo y bolsa de aire (globito). Queda bien cerrada la herida y él cómodo. Salió á la calle según supe por el recado que me dejó en la botica.

Día 20: no lo ví por creerlo innecesario.

Día 21: estado cerebral perfecto; anda por su pie, y salió á la calle; la orina se sale mucho por la herida; hay una fistula pequeña; labios con granulaciones mucosas, por lo que las toco con piedra infernal; mea por la uretra con trabajo, come bien, tiene diarrea.

Día 22: no lo ví.

Día 23: sigue bien, salió á la calle y anduvo dos horas, la orina se sale mucho, la herida todavía con yemas menos mucosas por la quemada. Anoche partí el cálculo, hoy lo analizo.

ANÁLISIS DEL CÁLCULO.—Peso de la piedra: 34 gramos y centigramos, como dije atrás; también indiqué las dimensiones; color moreno amarillento, superficie algo rugosa pero no áspera, sin ningún olor, forma elíptica muy regular. Después de haber penetrado la sierra como medio centímetro, en que cortó bien, sentí que se atoraba por una substancia pegajosa.

Una vez partido, me llamó la atención una masa amarillenta como cera de Campeche que cubría las dos superficies de sección, que era lo que pegaba a la sierra. Esta masa estaba depositada en capas delgadas constituyendo zonas alternadas de otras más anchas y duras.

Se notan cuatro zonas duras principales y tres blandas, se desprende un olor urinoso muy pronunciado; con una aguja pude marcar las zonas, quitando algo de las blandas para constituir una ranura, como se puede ver en el ejemplar.

En el centro hay cinco cavidades pequeñas, no llegando la mayor al tamaño de un alpiste, y además, unas manchas irregulares que tal vez se deban a arenillas renales que hayan constituido el núcleo. Alrededor de estas cavidades y manchas, se nota la primera zona que mide de largo algo más de 2 centímetros y de ancho poco menos de uno. Siguen después concéntricamente las otras capas.

La quebradura es cristalina con puntos brillantes y de varios colores, según las zonas; pero dominando el rojizo; se desmorona fácilmente, sobre todo en el centro, mientras que la superficie es mucho más dura y da pedazos muy cortantes como *tepalcatitos*.

ANÁLISIS QUÍMICO.—Al calor se quema totalmente, no se funde ni arde, da olor amoniacal intenso; con el nítrico y el amoniaco da la reacción de la murexida, que pasa al morado violeta con la potasa. ¿Por qué no fué azul violeta?

Casi no se disuelve en el agua hirviendo; pero agregando KO en el acto se disuelve. De esta solución con ClH, se separan cristallitos romboidales de seis caras, incoloros. Tratando el polvo con potasa y calentando, no percibi el olor amoniacal.

Todos esos caracteres indican que la substancia del cálculo es ácido úrico en su mayor parte si no en la totalidad.

Los días 24 y 25 no ví al enfermo.

Día 26: está perfectamente, no sale orina por la herida desde el sábado; cerró casi completamente la fistulita, falta algo de los labios, que ya no están mucosos; mea bien por la uretra; come perfectamente y anda; sale a la calle muy contento; algo delira de repente; su aspecto de salud magnífico. Desde el sábado se puso su braguero más un vendaje sobre la herida, y a esto se debe, según creo, el que haya cerrado la fistula, porque evita el contacto de la orina.

Hoy cumple un mes de operado y lo doy de alta.

Día 27: terminaron mis visitas.

El día 19 de Octubre tuve el gusto de presentarlo a esta ilustrada Academia y fué examinado por una comisión.

La micción está en corriente, hay endurecimiento profundo y extenso al nivel de la cicatriz que indica la adherencia de la vejiga al vientre. El enfermo se entrega cómodamente a sus ocupaciones; anda largas distancias sin molestia y su juicio está como antes.

Llamé la atención de la Academia sobre las perturbaciones cerebrales del enfermo que se anunciaban desde que el cálculo existía en la vejiga y que se desarrollaron acto continuo á la cloroformización, marcándose primero por la falta de memoria y acentuándose cada día más hasta el 1.º de Septiembre, en que fueron muy manifiestas, y se comenzaron á anotar en la historia. Este caso de demencia puede agregarse á los relatados ante el Congreso Médico de Nueva York, provenientes de hemorroides, constipación, afecciones internas, etc. Con este motivo se llamó la atención de los médicos para que estudien la influencia que tengan sobre el cerebro los reflejos partidos del recto.

El peso del enfermo antes de operarlo, era de 92 libras, y el día que se dió de alta era de 86.

Traté de disolver la substancia del cálculo con agua pura hirviendo y con solución de acetato de plomo al 10% en frío y al calor, y no se desagregó.

Presenté un aparato absorbente en forma de un embudo y de dobles paredes que no relato en la historia y que me servía para absorber la orina de la superficie de la herida con un frasco aspirador (*fig. 2*).

Más tarde presentaré las consideraciones á que da lugar este trabajo.

México, Octubre 19 de 1887.

FERNANDO ALTAMIRANO.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

SESIÓN DEL 12 DE OCTUBRE DE 1887.—ACTA NÚM. 3, APROBADA EL 19 DEL MISMO.

Presidencia del Sr. Dr. Bandera.

A las siete y quince minutos de la noche se abrió la sesión, y después de haber sido leída el acta de la anterior, fué aprobada sin discusión.

La Secretaría dió cuenta:

1.º De las publicaciones nacionales y extranjeras recibidas en la semana, las cuales se mandaron pasar á la Biblioteca á disposición de los socios, y son las siguientes:

NACIONALES.—Dos cuadernos núms. 25 y 26 del Ministerio de Fomento, titulados: "Informes y documentos relativos á comercio interior y exterior."

Un cuaderno "Estudio sobre el maguey en el Estado de Jalisco," por el Sr. Lázaro Pérez.