

Debo añadir para poner fin á este trabajo ya demasiado largo, que he tenido en cuenta que el alumbrado tiene la intensidad suficiente; no me he ocupado de la influencia del diámetro pupilar, ni de la que ejercen los vidrios correctores de la ametropía cuando ésta existe, porque estos puntos exigen otros tantos estudios complicados que se fundan en las matemáticas. Abrigo los mejores deseos para seguirme ocupando de óptica fisiológica que hasta el día poco se ha cultivado entre nosotros.

Julio 3 de 1895.

J. RAMOS.

## TERAPEUTICA QUIRURGICA.

*Cistitis calculosa, tratada por la talla hipogástrica.—Curación.*

SEÑORES ACADÉMICOS:

**C**NTRE los múltiples padecimientos del aparato génito-urinario, pocos afectos han ocupado y excitado la sagacidad y el ingenio del médico, tanto como la forma calculosa del recipiente vesical. Si su patogénesis y tratamiento médico, aun permanecen en las sombras de teorías, más ó menos hipotéticas, no sucede otro tanto con sus progresos y perfeccionamientos quirúrgicos. En efecto, al amparo de los inmensos beneficios, que de diario presta la antisépsis, hoy día es permitido y racional abrir nuevos senderos, para llegar con menos descabros, con menos peligros séptico-urémicos, y escaso derramamiento de sangre, á esa terrible fortaleza, donde el cálculo se encuentra aprisionado, en sujetos de suyo agotados, más ó menos profundamente, por sufrimientos físicos y morales. Extraer tan cruel huésped, es nuestro punto de mira. ¿Cómo? Dos métodos se disputan hoy día la supremacía: la litotricia rápida y la cistotomía supra-púbica. El primero obedece á indicaciones especiales del contenido y del continente vésico-uretral, como privilegio casi exclusivo de hábiles especialistas, con dispendioso arsenal, disponible en pocas manos y en grandes centros de población; el segundo, expeditivo, al alcance de todas las aptitudes y con modesta instrucción.

La historia clínica, que motiva este incorrecto trabajo, referente á un tipo calculoso, en un viejo urinario, á quien operé últimamente, he creído de algún interés, y por lo tanto conveniente, presentarla á esta ilustrada Academia, que me hace la honra de escucharme, con el fin de dar cumplimiento á deber reglamentario, y para dejar consignado en nuestros anales quirúrgicos, un nuevo éxito que acredite, con nuevos hechos prácticos, la intervención supra-pública, anatematizada por Franco, su legítimo progenitor, y en vía de rehabilitación en la cirugía actual.

A. M., de sesenta años de edad, originario del pueblo de Tarache, Distrito de Sahuaripa (Sonora), agricultor, muy corpulento, algo obeso, de excelente constitución, sin antecedentes morbosos ni diatésicos, no recuerda haber padecido otra cosa, que ligeras intermitentes, sin recordar fechas. El 22 de Julio de 1894, sin antecedente plausible, tuvo una retención de orina, tan completa, que durante veinte días solo pudo orinar con sonda. Gradualmente fué restableciéndose esta función, pero con frecuente tenesmo, chorro delgado, forzado y orinando casi á los pies. Empezó á notar la orina sarrosa y cargada de moco. Así continuaron los padecimientos hasta el mes de Noviembre del mismo año; en esta época, principió á arrojar orina sanguinolenta, durante la micción y fuertes cantidades de sangre; después de ella, en cantidad alarmante por su continuidad. Con cortas intermitencias continuaron las hematurias y tenesmo, hasta mediados de Enero del corriente año. Obligado al reposo absoluto, por dos meses, hasta mediados de Marzo, tuvo tranquilidad relativa, poco dolor, micciones menos frecuentes que anteriormente. Seguía la orina turbia, asentando arenillas blanquizcas, con menos moco. En este estado de alivio, montó á caballo, renovándose con este motivo, sus hematurias y ganas frecuentes de orinar.

Desesperado de esta situación y después de renovados accesos hematóricos, casi sin interrupción, careciendo de todo recurso médico en aquel Distrito, emprendió su camino el 20 de Marzo, á caballo, ignorando la naturaleza de su enfermedad, recorriendo una distancia de cien leguas, más á pie que cabalgando, sufriendo horribles torturas por el creciente dolor y tenesmo vésico-rectal.

Llegó á esta población el 12 de Abril del corriente año. Lo examiné el 14; tenía fortísimo tenesmo recto-vesical, con principio de prociencia del recto, imperiosas ganas de orinar cada diez minutos; orina sanguinolenta, turbia, olor y reacción fuertemente amoniaca; dolor muy marcado en la extremidad del pene, y sensibilidad supra-púbica muy constante. El apetito es regular, no hay, ni ha habido en toda su enfermedad, reacción febril, y por lo demás, á pesar de tenaces insomnios, su estado general es un tanto cuanto satisfactorio. Instintivamente orina en cuatro pies y dice nunca habersele interrumpido el chorro de la orina bruscamente.

Tres días de un plan antiflogístico, baños de asiento, emolientes, opiáceos, bromuros, reposo absoluto y dieta láctea, fueron bastantes para permitir la exploración con la sonda metálica. Sensación inequívoca de metal sobre cuerpo duro, rugoso, sobre una extensión de  $4\frac{1}{2}$  á 5 centímetros. La exploración exagera la irritabilidad vesical y vuelve la sangre por veinticuatro horas. Continuó su tratamiento anterior, y además tres gramos de salol diarios, desde que llegó. Vuelta la calma, se efectuó la operación propuesta y aceptada el 19 del mismo mes de Abril.

Resuelto á emprender la extracción por la vía hipogástrica, excusé la mensuración precisa del cálculo, por no considerar este dato de mayor importancia, el cual se adquiere muchas veces, errado, á costa de una infección urinosa, con grave peligro para la vida del calculoso, como lo habrán podido comprobar todos los prácticos, medianamente versados en achaques del aparato urinario.

Como preliminar operatorio, se desinfectó rigurosamente el local, material, instrumentación y campo operatorio: se rasuró el pubis y se desocupó el intestino con un purgante y enemas. Llevó la anestésis el Dr. Miguel Gutiérrez; la parte operatoria á mi solo cargo y servido por ayudantes improvisados. Puse la mesa fuertemente inclinada hacia la cabeza; amplio lavado vesical, con solución bórica al 4 por ciento, quedando 180 gramos de ésta en dicho órgano, con la sonda de llave metálica, sujeta con liga elástica al glande, para impedir el reflujo del agua.

Incidí la línea alba, como 10 centímetros, hasta el pubis; sin ligadura alguna; disequé una capa y panículo grasoso, como de 6 centímetros de espesor, cosa que dificultó un tanto el paso hasta la vejiga. Enrollé y levanté con el dedo, hacia arriba, la faja célulo-grasosa subperitoneal, puncioné sobre de él, y metido en el ojal, á guisa de conductor, con la lá-

mina hacía el pubis, hice una incisión de 5 centímetros. Como lo aconseja Guyon, fijé los bordes de la vejiga con 2 hilos de seda gruesa. Estos hilos suspensores, no sólo facilitaron la extracción de los 2 cálculos que contenía dicho recipiente, sino que simplificó la sutura de los bordes vesicales, sumergidos detrás de la cavidad de Retzius, acoginada por grasa superabundante.

Tenía el propósito de hacer la oclusión completa de la vejiga, buscando la cicatrización *per primam*, conforme á la técnica de Championnière, Swarton, Pozzi, etc., pero no habiendo encontrado la mucosa en condiciones aceptables, por su exagerada rubicundez congestiva y tomentosa, resolví colocar los 2 tubos Périer-Guyon, en la parte más declive de la vejiga é incisión exterior, fijándolos á la piel con sutura de plata. Arriba y abajo de los tubos suturé la vejiga con puntos separados de catgut, sin comprender la mucosa. Reforcé con puntos de Lembert, con el mismo material. En seguida sutura aponeurótica y muscular con seda aséptica, y por último puntos profundos y superficiales de la piel, con seda y erin de Florencia. El lavado amplio aseguró la asepsia vesical y el libre funcionamiento de los tubos-sifones; quedaron éstos sumergidos en un traste con solución carbólica, colocado entre los muslos. Dos planchitas de plomo, fijadas á las bocas libres de dichos tubos, obligan á éstos á estar sumergidos en la solución, á pesar de los movimientos del paciente. Terminó la operación con el empaque seco aséptico, y después de una hora de trabajo.

Volvió nuestro operado tranquilo de la anestesia, sin vómitos. Durante las primeras 24 horas no hubo ningún incidente notable. Funcionan los tubos perfectamente; amaneció el día 20 con 37°1, cuya temperatura fué la máxima, que llegó á tener en todo el trascurso post operatorio. El vendaje está ligeramente manchado de sangre, por lo que se cambió el apósito, y no se repitió otra curación, hasta el séptimo día. La orina se ha sostenido muy abundante, más clara y casi sin olor amoniacal. Al cuarto día estado saburral é inapetencia: purgante aceitoso y enemas frecuentes con buen éxito. La postura supina solo la toleró 24 horas; después le permití la dorso-lateral, colocando los tubos lateralmente en el recipiente colector. Desde el quinto día noté arritmia y pulso depresible, con sudores abundantes: del quinto al duodécimo día en que terminaron estos fenómenos, sostuve la digital y esparteina, tónicos cardíacos y generales. El día

noveno se hizo la tercera curación: la herida está cicatrizada *per primam*. Retiré dos puntos algo sensibles, y después de amplio lavado, los tubos Périer, dejando permanente la sonda blanda de Nélaton en la uretra sujeté con hilos, á un suspensorio.

Décimo día. La sonda funciona muy bien, pero la orina sale en abundancia por la herida, empapando la curación. Retiré la sonda y coloqué dos tubos-sifones más delgados que los primitivos, los que funcionan á perfección, y se retiraron hasta el 15º día. Repuesta la sonda de Nélaton á los 3 días provoca uretritis y funciona mal, pues la orina sale por la herida con terquedad desesperante, que obliga á un aseo constante. Se retira la sonda definitivamente, y se ordena evacuar la orina cada 2 ó 3 horas, día y noche. Se levantó de la cama á los 24 días de operado, con apetito y ánimo excelentes: la herida estrecha rápidamente. El 28 parece cerrada completamente, pero aparece un ligero empaste supra-púbico, algo doloroso; á la presión brota una gota de orina purulenta; ligera reacción y corto calosfrío. Debridación y drenaje con mecha de gasa yodoformada. El orden se restableció y no volvió á salir ni pus ni orina. A los 32 días quedó cerrada definitivamente y se dió por terminada la curación retirándose con su faja hipogástrica á su hogar. Siete meses después he tenido informes personales, y su curación se conserva con toda corrección.

---

Las dos piezas que tengo el honor de presentaros, son dos tipos de fosfato magnesiano y carbonatos alcalino-terrosos.

La pieza más grande, de un color blanco amarillento, figura un corazón, de paredes rugosas, de aspecto calcáreo, con mamelones salientes en uno de sus polos.

Pesa 2 gramos 5'79.

Sus respectivos diámetros: 0<sup>m</sup>025 por 0<sup>m</sup>020.

La más chica, que sirvió para el análisis, es periforme, presenta el mismo color y aspecto que el anterior. Su sección presenta un núcleo central, de color apizarrado, compuesto de uratos, caracterizándose la reacción de la murexida. Síguese una capa perinuclear, granulosa, blanduja, y por último una cáscara cortical muy compacta.

Pesa 1 gramo 899.

Diámetros: 0<sup>m</sup>022 por 0<sup>m</sup>016.

---

No cansaré la benévola atención de mis ilustrados consocios, con consideraciones del orden quirúrgico, que todos conocen perfectamente, en nuestras condiciones sociales, para justificar por qué preferí la intervención supra-púbica, siendo así que en todo acto operatorio deben preferirse aquellos métodos, que presenten menos mortalidad, tanto más cuanto que en el caso relacionado el volumen y caracteres de los cálculos, mas bien parecían caer bajo el dominio de la litotricia. Ciertamente será esta última el ideal operatorio, pero en los pequeños centros de población no es dado á todos los prácticos poseer tan aparatosa instrumentación y manejada con la destreza, que sólo se adquiere en las especialidades. Tampoco opté por otro ideal, que tiende á generalizarse en la talla supra-púbica: la oclusión completa de la vejiga. La experiencia aconseja no hacer la sutura total, en una vejiga irritable, inflamada, dolorosa, conteniendo orina más ó menos fétida y alterada, como sucede á veces en los viejos prostáticos retencionistas, en cuyo caso se impone la indicación expresa, de dejar abierta una válvula de seguridad, mientras se modifica la vejiga. Sólo los casos ligeros é incipientes podrán beneficiar de la oclusión completa y de la cicatrización *per primam*. Así, pues, la sutura parcial y canalización, en casos semejantes, al que dejo apuntado, será, hasta nueva orden, la práctica más aceptable.

Alamos, Octubre 22 de 1895.

ALFONSO ORTIZ,

Socio correspondiente.

---

## TERAPEUTICA.

---

Nota acerca del uso del álcali ó amoniaco líquido como medio preservativo de algunas enfermedades catarrales.

**H**ACE cuatro años que un joven modesto é inteligente, el Dr. D. Bernardo Bravo, me refirió haber leído en un periódico inglés de medicina que el álcali ó amoníaco líquido puede hacer abortar el catarro nasal ó coriza. Sin otro antecedente me propuse desde luego experimentar esta medicina en mí mismo y habiéndolo verificado con empeño y constancia puedo dar testimonio de su benéfica influencia,