

fección, quizá se hubiera convertido una fiebre benigna como la que se presentó en una fiebre grave produciendo la infección por medio de las cánulas de los irrigadores, de los dedos, etc., como se ve que se provocan tantas infecciones por estos medios.

El no haber introducido en la vagina, ni mucho menos en el útero cuerpo extraño alguno, ni aun el dedo, después de haber sido extraída la placenta, me hacía tener la seguridad de que no podía haber infección alguna, pues yo tengo la firme convicción de que jamás se produciría la infección puerperal, si después de expulsada la placenta, complemento del parto, no se volvieran á separar las paredes de la vagina, bien por medio del dedo ó bien por las cánulas de los irrigadores, al practicar las inyecciones vaginales ó uterinas. Ahora bien, consecuente con mis ideas y seguro del diagnóstico establecido, esperé tranquilamente la terminación de esta fiebre, siguiendo un método expectante, llenando las indicaciones sintomáticas que se presentaron. Además, como en el primer parto que tuvo esta joven, como he dicho tuvo una fiebre debida á la retención de las materias fecales, procuré á toda costa mantener libre el intestino, para poder estar seguro de que la fiebre que presentaba esta joven, era debida única y exclusivamente á la reabsorción de la sangre contenida en la cavidad uterina. Esta conducta me dió el resultado que deseaba desapareciendo la fiebre, y terminando felizmente el puerperio, sin que hubiera influido sobre la secreción lactea. Esta joven pudo á pesar de la fiebre amamantar á su hija y la ha criado muy sana y robusta sin tener necesidad de recurrir á otra persona mercenaria para llenar un deber materno; esta joven dotada de nobles sentimientos tuvo la satisfacción de ver realizados sus deseos.

Para concluir y reasumiendo todo lo expuesto, puedo decir: que, tanto el cirujano como el partero deben estar familiarizados con la fiebre llamada de reabsorción ó fiebre aséptica, por presentarse con bastante frecuencia en la práctica, como la forma más benigna de la *intoxicación séptica*. Su diagnóstico se establece sin dificultad si se tiene en cuenta su aparición violenta, antes del tiempo en que se presentan las otras fiebres sintomáticas de las diversas formas clínicas de la *infección séptica* presentándose á las pocas horas de practicada una operación ó de verificado un parto: su marcha

en las lesiones quirúrgicas es generalmente de corta duración: después de un parto suele prolongarse por algunos días, pero siempre es muy benigna, siendo muy satisfactorio el estado general de la paciente. Ningún tratamiento la modifica, terminando felizmente por los solos esfuerzos del organismo. El partero puede estar seguro que se trata de esta fiebre después de verificado el parto; si á lo dicho se añade el que después de la expulsión de la placenta y saliendo ésta completa, así como las membranas, no se han vuelto á separar las paredes de la vagina ni por el dedo, practicando el tacto vaginal, ni con las cánulas de los irrigadores al practicar las inyecciones vaginales ó uterinas; entonces puede el práctico estar seguro de que no puede haber infección, siendo la fiebre la manifestación de la intoxicación séptica, fiebre que es conocida con los nombres de fiebre de reabsorción, fiebre de fermentación ó fiebre aséptica.

México, febrero 18 de 1903.

TORÍAS NÚÑEZ.

TERAPEUTICA QUIRURGICA.

CALCULO VESICAL.-TALLA HIPOGASTRICA.-CURACION.

El día cuatro de octubre del año pasado, vino á mi Consultorio "Dres. Martínez Hnos.," calle del Roble núm. 47, Pedro Salas, natural de Matamoros, Tamaulipas, y que reside actualmente en San Diego, Texas, á curarse, según él dice, de una enfermedad de la orina. Es agricultor, tiene 68 años de edad y refiere que los médicos que lo atendían, le dijeron, que tenía catarro en la vejiga.

Presenta los síntomas siguientes: Deseos muy frecuentes de orinar, sobre todo durante el día; dolores, algunas veces muy intensos, en la extremidad del pene y en la región anal; y dice, que este dolor se le ha acentuado mucho, desde que tomó el tren en Sacasa, para venir á esta ciudad, y que antes de llegar á Monterrey, tuvo hematuria, síntoma, que yo mismo he comprobado aquí en mi consulta. Preguntándole sobre los sitios del dolor, me ha contestado, que algunas veces, pero muy raras, lo ha sentido en el hipogástrico. Y yo he logrado disminuirlo mucho, colocando á mi enfermo en

el decúbito dorsal y levantando la pelvis por medio de una almohada que le ordenado ponerle debajo de las nalgas.

Tiene también trastornos en la micción. Frecuentemente sucede, que cuando el enfermo está orinando, se suprime bruscamente el chorro, para reaparecer en seguida.

Con estos datos pensamos, el Dr. Fermín Martínez, á quien invité para que también examinara al enfermo, y yo, en la existencia de un cálculo en la vejiga, y para tener seguridad de ello, recurrimos á un examen físico.

Comenzamos por practicar el tacto rectal, combinado con la palpación hipogástrica, porque aunque estamos en presencia de un viejo prostático, creemos, que es este medio de exploración, un buen elemento de apreciación, del que no debemos prescindir: pero no encontramos nada.

Entonces procedimos al cateterismo, valiéndonos del explorador olivar porque creímos, que era el que nos podía dar mejores datos á causa del estado de la uretra, y de la longitud y volumen de la próstata, introduciendo previamente en la vejiga 150 gramos de solución boricada tibia, porque nuestro enfermo había orinado poco antes: y confesamos, que no tocamos nada. Insistimos con el catéter, solamente que en esta vez teniendo al enfermo en el decúbito superior, levantamos mucho la pelvis por medio de una almohada, y así logramos dar con el cálculo. Después aplicamos muchas veces la sonda metálica y siempre encontramos la piedra.

Teniendo ya la seguridad de la presencia de un cálculo de la vejiga, nos propusimos investigar si serían uno ó varios los que existían así su naturaleza y volumen hasta donde fuera posible.

Para lo primero, al hacer la exploración de la vejiga, dirigimos la sonda de atrás adelante y luego le imprimimos movimientos de rotación, notando la sensación de la piedra á la derecha, y nada á la izquierda, y nunca, en las distintas veces que hicimos el cateterismo, nos reveló el instrumento crepitación alguna, por lo que, siempre creímos que se trataba de un cálculo solo.

Respecto de su naturaleza, sospechamos que era un cálculo fosfato amoniaco magnésiano, porque al percutirlo con el catéter oíamos un sonido de timbre sordo, y no seco y claro como en los cálculos úricos y oxálicos. Además en

la orina vimos algunas veces fragmentos pequeños, de color blanquizco, que revelaban que era quebradiza la piedra. Había una cistitis manifiesta y la orina era fuertemente amoniacal. De suerte que la cistitis y la infección, parecían ser la causa principal de la formación de este cálculo. Infectada la orina se ponía amoniacal, y la descomposición de la urea era el punto de partida de una serie de transformaciones químicas, que conducían á la precipitación de los fosfatos. El fosfato soluble de magnesia, se hacía fosfato amoniaco-magnésiano, en presencia del amoniaco libre, causado por la descomposición de la urea: y este fosfato amoniaco magnésiano, insoluble en la orina alcalina, se precipitaba como se precipita también el fosfato de cal. Y por último, las células y leucocitos que había también en la orina de nuestro enfermo, pudieron haber sido el núcleo del cálculo que ha aumentado mucho y rápidamente. Además, este enfermo es un prostático; y de consiguiente, la retención de la orina infecta, puede muy bien considerarse como factor, aunque de segundo orden, para la formación del cálculo.

Ahora, en cuanto al volumen, como lo percibimos siempre que hicimos la exploración de la vejiga, se comprendía fácilmente, que era grande, y esto lo llegamos á comprobar, por la duración del contacto del instrumento con la piedra, conduciéndolo de atrás adelante.

La uretra estaba en estado normal, solamente la próstata, estaba un poco hipertrofiada, y la vejiga como ya lo dijimos, estaba inflamada; en prueba de ello teníamos los dolores violentos que acompañaban frecuentemente la micción, y la presencia de pus y de sangre en la orina, que encontramos algunas veces. Esta era turbia, alcalina y exhalaba un olor fuertemente amoniacal. En el examen que de ella hicimos, comprobamos la presencia de pus ó moco pus algunas veces; y otras gran cantidad de mucosidades.

El enfermo es una persona bien constituida, pero en la actualidad está un poco demacrado por el dolor incesante que ha venido sufriendo y también por la cistitis concomitante.

No tenía fiebre y el pulso era normal.

Antes de proceder á curarlo, quisimos examinar cuidadosamente los signos por medio de los cuales habíamos diagnosticado la presencia de la piedra en la vejiga, porque teniendo necesidad de recurrir á una operación grave y peligrosa, era del todo indispensable

hacer un diagnóstico preciso y exacto en todos conceptos.

Estos signos son racionales y físicos. Entre los primeros, debe considerarse, como uno de los principales el dolor que el enfermo siente en la extremidad del pené, dolor, que como dice muy bien el insigne cirujano *Villaux*, es típico y quizás patognomónico. Este dolor lo hemos visto acentuado, cuando el paciente tomaba el tren para venir á esta ciudad y fué acompañado entonces de hematuria y ya hemos manifestado que este mismo dolor se moderaba cuando le recomendábamos al enfermo que levantase su pelvis por medio de una almohada, colocada debajo de las nalgas. El dolor en la región del ano es también de mucha significación para el diagnóstico.

Los deseos muy frecuentes de orinar, sobre todo durante el día, son también una presunción muy notable en favor de la presencia de la piedra en la vejiga; y nuestro enfermo los ha tenido siempre. Y por último, los trastornos en la micción, suprimiéndose bruscamente el chorro de la orina para reaparecer en seguida, son datos que hace muy probable la existencia de un cálculo dentro de la vejiga.

Con todos estos signos subjetivos, que acabamos de enumerar, nos creímos autorizados para recurrir á la exploración directa, con el objeto de obtener los signos físicos, que hicieran nuestro diagnóstico seguro, para poder instituir el tratamiento verdadero.

Ya hemos dicho, que ni el tacto rectal ni la primera aplicación del catéter, nos habían dado resultado; pero que insistimos en la aplicación de la sonda y pudimos después notar siempre la sensación producida por el cálculo. Y no solamente hemos percibido con la mano la sensación, sino que hemos oído el choque, la mayor parte de las veces que hemos aplicado la sonda.

De modo que si los signos del dolor, deseos frecuentes de orinar, sobretodo durante el día y los trastornos en la micción, no han podido darnos más que presunciones acerca de la existencia del cálculo, porque son síntomas, que pueden presentarse en la cistitis cervical, por ejemplo, no así la sensación que nos ha dado el contacto de la sonda con la piedra, porque este sí es tan patognomónico y evidente que no creo necesario describirla.

En vista de que los signos racionales y físicos enumerados, nos demostraron la presen-

cia de un cálculo en la vejiga de nuestro enfermo, le anunciamos que teníamos que operarlo y aceptada por él la intervención, nos ocupamos de preparar todo para practicar la talla hipogástrica, operación, que llevamos á efecto mi hermano el Dr. Fermín Martínez y yo, el día 12 de octubre de 1902,

La víspera de la operación, le administramos al enfermo un purgante y poco antes de clorofórmalo, un enema emoliente.

Afeitada y lavada perfectamente la región y anestesiado el enfermo, lo colocamos sobre nuestra mesa de operaciones, dispuesta en plano inclinado, para dejar en declive la cabeza del paciente.

Vaciamos la vejiga y en seguida la lavamos con agua boricada al 4 por ciento. Después hicimos la dilatación de ella, por medio de solución bórica, hasta que pudimos apreciar el globo vesical encima del pubis.

Luego, para contener el líquido dentro de ella, pusimos un tapón en la extremidad de la sonda; y mediante dos á tres vueltas de tubo de caucho al rededor del miembro, impedimos la salida de la orina entre la sonda y las paredes del conducto.

Me coloqué á la derecha del enfermo, y practiqué la operación del modo siguiente.

Comencé por cortar con el bisturí la pared abdominal, capa por capa y en la línea media, en una extensión como de ocho centímetros. La parte inferior de la incisión llegó al borde superior de la sínfisis. Continué con la incisión por entre los músculos rectos, á través de la línea blanca, é inmediatamente abajo de ella, percibí la grasa prevesical.

En seguida introduje mi índice por detrás de la sínfisis y rechacé con él hacia arriba, la grasa prevesical, disociándola y separándola; y arrastrando también hacia la parte superior el fondo de saco peritoneal. Apareció entonces la cara anterior de la vejiga, surcada por gruesas venas vesicales.

Entonces, por debajo del índice izquierdo, colocado en el ángulo superior de la herida, hundí el bisturí en la vejiga, é hice en ella una incisión como de dos centímetros de extensión. Introduje en la abertura mi índice izquierdo y me ocupé de colocar dos hilos suspensores á derecha é izquierda, en cada uno de los labios de la incisión vesical, confiando estos hilos á un ayudante. Agrandé un poco la abertura de la vejiga, evacué el líquido contenido en

ella: introduje el dedo en la herida y dilaté esta última, separando hacia arriba las partes blandas de la pared abdominal, al nivel del ángulo superior de la herida, con un separador: de este modo logré evitar la herida del peritoneo. Entonces con unas pinzas extraje de la vejiga un cálculo de forma ovalar, blanquizco, semejante á un huevo pequeño de gallina y que pesaba 52 gramos.

Quité luego la sonda uretral y dejé libre el miembro.

En seguida me ocupé de introducir en la vejiga dos gruesos tubos de caucho, colocados paralelamente, como lo recomienda Terrrier, teniendo cuidado de conducirlos con el dedo hasta adentro de la vejiga y asegurándome de que quedaran bien colocados, estando rectilíneos y sin replegarse dentro de la cavidad vesical. Hice funcionar á estos tubos, inyectando líquido en uno, que salía por el otro.

Los dejé bastante largos para que acostado el enfermo pudieran penetrar dentro de su orinal, colocado entre las piernas y conteniendo una poca de solución bórica.

Fijé los tubos por medio de hilo de plata y por último, hice las suturas profunda y superficial, con cautgut, terminando la operación con una curación perfectamente antiséptica y un buen vendaje.

Ya colocado en la cama, le apliqué una sonda permanente durante ocho días, cuidando de cambiársela de cuando en cuando.

Seis días después, sin que se presentara accidente alguno, quité los tubos y seguí poniendo la curación antiséptica, hasta que se cerró por completo la herida hipogástrica, catorce días después de la operación.

Tres semanas después lo dí de alta, prescribiéndole sándalo y solol para su cistitis.

Posteriormente me ha escrito diciéndome que disfruta de salud completa.

ALFONSO MARTÍNEZ.

Monterrey, febrero 22 de 1903.

REVISTA EXTRANJERA.

El agente patógeno de la Coqueluche y la Seroterapia de esta afección, por el Doctor Larioux.

Desde hace algunos años el doctor Larioux se ocupa de estudiar la etiología microbiana de esta afección y advirtiendo que es una infección local de las partes superiores de las vías respiratorias ha realizado sus investigaciones en los productos de secreción de este aparato: esputos y mucosidades nasales— y ha podido aislar un microorganismo que considera como el elemento patógeno de la coqueluche.

El bacilo que ha aislado se presenta bajo la forma de bastoncillos cortos, casi tan largos como gruesos (como el colibacilo). Su forma es ovoidea, sus extremidades son redondas. Se le encuentra en las mucosidades formando grupos más ó menos numerosos. La movilidad de este bacilo es muy evidente; se comprueba examinando una gota de cultivo en caldo ligeramente coloreado por una solución acuosa de azul de metileno. Es aerobio. Se colorea bien por la fuschina fenicada y toma el Gram. Se desenvuelve en los medios de cultivo usuales. Sobre la gelatina el desenvolvimiento es lento, esj por el contrario muy rápido en los otros medios á 37°. Sobre placas de gelatina dá pequeñas colonias redondas, de coloración blanco-amarillo, transparente. No la licua.

En gelatina, por punción, se forma al rededor del trayecto, pequeños puntos, transparentes blanco-amarillo. En la superficie se desenvuelve una película bastante espesa, en su parte central, sobre todo. Por estrías las colonias muy pequeñas, se confunden para formar una faja de bordes irregulares.

El desarrollo sobre placas de agar es rápido. En pocas horas y á 37° aparecen pequeñas colonias redondas, más ó menos transparentes, de aspecto nacarado. Por punción se obtiene al rededor del punto de inoculación, pequeñas colonias que se reúnen rápidamente. Del trayecto parten estrías laterales. En la superficie se forma una capa más ó menos espesa blanco-amarilla ligeramente deprimida en su centro. Puede compararse esta forma de colonia á un clavo de cabeza grande. Esta colonia en capa delgada es de color blanco nacarado, en capa espesa, blanco-amarillo.