

Revista Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTA

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE II.

Bogotá, Noviembre 4 de 1874.

NUMERO 18

SECCION OFICIAL.

SESION DEL DIA 3 DE JULIO DE 1874.

PRESIDENCIA DEL SEÑOR DOCTOR SARMIENTO.

En Bogotá, á tres de julio de mil ochocientos setenta y cuatro, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales con el quorum reglamentario. Faltaron con excusa los señores Buendía y Medina, y sin ella los demas miembros.

Fué leida y aprobada el acta de la Sesión anterior.

Acto continuo se presentó á la Sociedad, á nombre del doctor Federico Rivas, y como un obsequio á ella, la "Té-sis del doctorado del señor J. Calvo; una memoria del señor Triana" sobre el condurango, y el "Arte del anatómico" por el doctor Manrique.

El Presidente dió las gracias en nombre de la Sociedad.

Se dió lectura al informe de los doctores Plata y Osorio, "sobre la peladera," y aprobadas que fueron las proposiciones con que termina dicho Informe, el doctor Rengifo propuso lo siguiente, que se aprobó,

"Pase el Informe de que se ha hecho mérito á sus autores para que en atencion al poco espacio de que se dispone en la "Revista Médica," se limiten á hacer un extracto de los puntos y conclusiones más importantes y pueda así dársele publicidad".

Igualmente se puso en conocimiento de la Sociedad el trabajo del doctor Ignacio Pereira, por el cual se considera que el Bocio ó Coto es una enfermedad parásita. Pasó al estudio del doctor Aparicio.

Siendo llegada la hora y no habiendo otra cosa de que ocuparse la Sociedad, se levantó la Sesión á las diez de la noche.

El Secretario,

E. GARCIA

TRABAJOS ORIGINALES.

Nota sobre dos casos de cálculos en el canal de Wharton.

En el mes de mayo de este año, se presentaron á nuestra consulta, con pocos dias de intervalo, dos individuos, á cada uno de los cuales extrajimos sucesivamente un cálculo del conducto excretor de la glándula submaxilar, ó canal de Wharton. En el primer caso, la extraccion se hizo ensanchando el orificio normal del canal; y en el 2.º la concrecion estaba enquistada en el conducto obstruido en su abertura. Como estas concreciones son comparativamente raras en este sitio, y por lo mismo hay riesgo de que se confundan con otra alteracion, ó que pasen desapercibidas en un exámen superficial, hemos aprovechado esta ocasion de describir á grandes rasgos nuestros dos casos, y de intercalar algunas observaciones generales sobre los cálculos salivares.

Debe entenderse por cálculo toda aglomeracion de materia inorgánica y orgánica, con forma definida y dureza de piedra, que se anida ya en algunodo los receptáculos, ó de los conductos glandulares. Segun esta donominacion, así comprendida por el profesor Cruveilhier, las concreciones calcáreas formadas en las serosas y en otros órganos no

excretores no pertenecen al grupo de los cálculos; y ménos aun le convienen los sedimentos, arenillas y otras materias amorfas, ó cuerpos formadas en el seno de algunas secreciones; pues si es cierto que se componen de los mismos elementos que los cálculos, allí se encuentran sueltos, libres, y no bajo la forma de agregados de particulas, dando lugar á cuerpos de mayor volumen y dureza. Limitado de esta manera, el grupo de los cálculos es, sin embargo, numeroso, porque estos pueden ocupar cualquiera receptáculo glandular, ó conducto excretor, derivando del sitio en que se aloja la concrecion su designacion individual. Enumeremos, por ejemplo, entre otros cálculos, los daeriolitos amigdalolitos, los cálculos biliares, vesicales, renales prostáticos y en fin los salivares rinólitos.

Los cálculos salivares se forman en el canal de Stenon, ó canal excretor de la parótida, con mas frecuencia que en el canal de Wharton. En la glándula sublingual son muy raros, lo que se comprende al ver la pequenez de los *ductus Riviniani*, de 15 á 20, por los cuales pasa la saliva de esta glándula á la boca. Ambrosio Paré cita un caso de ranula, en la cual habian cinco cálculos, el mas grande del tamaño de una almendra.

Los cálculos salivares son blanquecinos, á veces de un blanco sucio, terroso, su superficie es aspera, su consistencia dura y forma ovoidea. El análisis químico demuestra que están formados de fosfato y carbonato de cal en proporciones variables. Así de dos cálculos, el uno contenia 81 por ciento de carbonato, y 4 de fosfato de cal, y el otro 95 de este y dos de aquel. Los cálculos contienen ademas una muy pequeña cantidad de fosfato de magnesia; y estas sales calcáreas están ligadas por una argamasa animal, cuya composicion es desconocida.

Ambos sexos, y todas las edades estan sujetos á la formacion de cálculos salivares; pero predominan en la edad média y en las personas ya avanzadas en edad. El Dr. Burdel cita el caso de un cálculo congenital, situado en el canal de Wharton.

Aunque la formacion de cálculos en los seres organizados está lejos de ser rara, ignoramos el processus íntimo que preside á la aglomeracion de la materia inorgánica, ó en otras palabras la causa de esta, y su disposicion en capas mas ó ménos simétricas y concéntricas ligadas por una materia animal interpuesta; pues no bastando la simple precipitacion de sales calcáreas para engendrar un cálculo, el porqué de su agregacion nos es siempre desconocido.

Los cálculos salivares permanecen por mucho tiempo sin dar lugar á manifestaciones sintomáticas. A medida, sin embargo, que crecen, su volumen llama la atencion del enfermo, y llega un momento en que por la constante presion contra los tejidos vecinos y la irritacion que su presencia causa en los conductos excretores, sobrevienen accidentes inflamatorios, cuya frecuente terminacion es la supuracion y consiguiente expulsion del cálculo, ya por la abertura espontanea del absceso, ó por la artificial del cirujano. Aparte de estos accidentes hay en los conductos un estado congestivo crónico, que mantiene cierto males local, embaraza el funcionamiento de los órganos y sobre todo los movimientos. Esto sucede especialmente en los cálculos del canal de Wharton, y de la glándula su-

blingual, en los que la masticacion, y la deglucion dificiles y suelen ser muy dolorosas. Algunas veces el cálculo existe por mucho tiempo desapercibido, sin causar el menor inconveniente.

El diagnóstico está basado sobre el sitio y la forma del tumor, sobre su desarrollo lento, su volúmen en general pequeño; pero la consistencia suministra el dato mas positivo acerca de su naturaleza. La dureza de estos cuerpos es la de hueso, y por consiguiente mayor que la de los escirros, fibromas, encondromas &c.

El tratamiento de los cálculos salivares consiste en extraer el cálculo, lo que á veces puede hacerse por medio de la compresion convenientemente ejercida, forzando el cálculo al traves del orificio terminal del conducto. En otras ocasiones es necesario ensanchar por medio de una incision este orificio para poder efectuar la salida del cálculo. Cuando hay obliteracion de la abertura y enquistamiento se debe cortar sobre el cálculo, descubrirle y extraerle. La hemorragia se combate por medio de una hila empadada en solucion de perforuro de fierro á 30° Beaué, y la herida se cura como una herida ordinaria. En caso de síntomas accidentales de supuracion se debe cortar tan pronto como se nota la fluctuacion.

Las dos observaciones que motivan este artículo son :

1.º El señor R. P. me recomendó uno de sus peones, que se quejaba de malestar debajo de la lengua, exacerbado con los movimientos de esta, y con la deglucion y masticacion. El paciente es un hombre robusto, de temperamento sanguíneo y dice que hace cerca de 16 años que sufre molestia en la boca, que últimamente ha aumentado al punto de hacerle buscar médico. Sentándole frente á una ventana con la cabeza apoyada y la boca abierta, le hice levantar la lengua hácia el paladar. Todo el espacio comprendido entre la base de la lengua y la arcada del maxilar inferior está roja, especialmente del lado izquierdo, en el cual la arborizacion vascular es mas pronunciada. La mucosa y tejido celular estan engrosados, y el segundo infiltrado y endurecido. A la izquierda del freno lingual en la cima de la papila en que termina el canal excretor de la glándula submaxilar, ó conducto de Wharton, se nota un punto amarillito, casi del tamaño de una lenteja, que simula completamente una de esas acumulaciones caseosas que suelen verse sobre las amígdalas en algunas formas de angina tonsilar aguda, y en las amigdalitis crónicas. Tales apariencias, y cierta eminencia que partía del punto blanco hácia la mandíbula me hicieron pensar en la inflamacion de esta region y en una dilatacion del conducto de Wharton. Que la glándula submaxilar estaba sana era evidente, pues no estaba ni hinchada, ni adolorida, de modo que la vascularizacion no podia atribuirsele. Exploré con el índice derecho la region, y la noté dura y muy resistente en la parte proximal del lado izquierdo. Esta dureza era sobre todo notable al colocar una mano dentro de la boca y la otra por fuera comprimiendo el tabique sublingual entre las dos, y mas aun si la presion interna se hacia con la pulpa del dedo sobre el punto blanco, amarillento. Esta consistencia de piedra me hizo sospechar la presencia de un cálculo. Para cerciorarme de esto, tomé un estilete y apoyándole con alguna fuerza sobre el punto blanco sentí la crepitation áspera del cálculo contra su extremidad, la que pude hacer penetrar entre él y las paredes del conducto, imprimiéndole ligeros movimientos de vaiven. Convencido, pues, de que existía un cálculo en el canal de Wharton, se trataba en seguida de extraerle.

El conducto de Wharton tiene 2 pulgadas de largo y se dirige oblicuamente hácia la glándula entre las capas musculares. Apoyé pues el índice derecho detras del punto blanco, extremidad de la coeurecion por un lado, y el izquierdo sobre el punto en que parecia situada la otra extremidad, mientras que por fuera de la boca, opuestos á los índices coloqué los dos pulgares, ejerciendo entre estos puntos una presion dirigida hácia afuera y arriba, con el objeto de hacer salir el cálculo por el orificio al traves

del cual se asomaba. Como esta tentativa fuese infructuosa, doblé á ángulo recto una sonda acanalada, á una pulgada de la punta; y pasando la porcion curva entre la pared anterior del conducto y el cálculo, dividí el conducto con bisturi curvo agudo en una extension de un centimetro y medio. El enfermo perdio algunas gotas de sangre. Agarrando con unas pinzas la extremidad visible del cálculo, traté de extraerle, pero á cada traccion soltaban estas su presa, lo que me indicó la forma mas ó ménos cónica de esta parte del cálculo. Como este era mas largo que ancho, y estaba alojado en la direccion del canal, me propuse enderezarle para facilitar la extraccion con las pinzas. Armado de una aguja de Scarpa, insinué la punta detras del cálculo, entre él y la pared posterior del canal, y tirando hácia mí, al mismo tiempo que deprimiendo el mango de la aguja, tuve la satisfaccion de verle rodar bajo la lengua.

Este cálculo tiene la forma de un pescadito, ménos las aletas; esta comprimido lateralmente y tiene un color blanco terroso. Tiene $3\frac{1}{2}$ centímetros de largo, 2 centímetros en la parte mas ancha y 60 milímetros en la mas angosta que es redonda. La superficie es áspera, formada de una multitud de granos de varios tamaños, unidos entre sí, pero dejando surcos irregulares que le dan el aspecto de un mosaico. Estas granulaciones me hacen creer, que como lo dice Quockett de los cálculos prostáticos, este cálculo se haya formado por la aglutinacion de depósitos calcáreos, situados en las células epiteliales del conducto, al principio de su formacion.

2.º Un jóven de Santander, robusto, de temperamento sanguíneo linfático, vino á fines de mayo, á consultarme, quejándose de cierta dureza debajo de la lengua, y molestia durante los movimientos de la mandíbula, de que hacia tres ó cuatro años sufría. Abriendo la boca, y levantando la lengua hácia arriba, la region sublingual se presentaba roja y vascular, mientras que á la izquierda del freno lingual se notaba una eminencia ovalada del tamaño de una almendra pequeña. En este punto á pesar del espesamiento de los tejidos, al ejercer una presion fuerte con las dos manos, colocando dos dedos dentro de la boca y los dos de la otra mano por fuera, se percibia un cuerpo mal limitado, duro como hueso. El orificio del canal de Wharton estaba obstruido; por lo ménos nó fué posible atravesarle por medio de un estilete fino. Apoyándome sobre la marcha del mal, su sitio, la notable dureza del tumorcito, y la oclusion de la extremidad del conducto, diagnosticué un cálculo enquistado en el canal de Wharton. Hice una incision sobre el tumor y del lado de la mandíbula para evitar herir alguna de las arteriolas de la lengua. El corte fué de $\frac{3}{4}$ de pulgada de largo, y algo mas de media pulgada de profundidad, hasta tocar y descubrir el cálculo. Por esta incision pasó una aguja de Scarpa, insinuándola debajo de la concrecion, la que desprendí de su lecho por una traccion moderada hácia arriba. El enfermo perdió unos cuatro gramos de saagre.

Este calculito es del tamaño de un garbanzo, y tiene todo el aspecto de un cuesco de cereza, pero con una superficie rugosa, en la cual siu, embargo, no se nota la aglomeracion de granulaciones que en el anterior.

En cuanto á la composicion química de estos dos cálculos, no he tenido ocasion de hacerlos analizar; pero deben estar compuestos, como los de su clase, de carbonato y fosfato de cal en proporciones variables.

PRO RENGIFO.

REVISTA EXTRANJERA

DESORDENES FUNCIONALES DEL HIGADO.

(Croonian lectures, por el doctor Charles Murchison)

Leccion primera, parte segunda.

(Continuacion)

La cantidad de bilis secretada por el hígado, segun experiencias hechas, aumenta rápidamente despues de una comida, alcanzando su máximun dos horas despues y luego disminuyendo

mientras que durante la abstinencia es muy reducida. Al considerar los desórdenes funcionales del hígado, es importante el recordar que la cantidad total de bilis segregada en las 24 horas por un hombre que se alimenta regularmente, es mucho mayor de lo que se supondría, á juzgar por la cantidad eliminada por el intestino. La cantidad diaria se ha calculado generalmente por la producida en perros con fistulas biliares artificiales, siendo los resultados principales los siguientes: Segun Kölliker y Müller, un perro que consume diariamente la $\frac{1}{4}$ parte de su peso de carne se segrega en 24 horas 36. 1 partes de bilis líquida por 1000 partes de su propio peso. Segun el doctor G. Scott, un perro que come la $\frac{1}{4}$ parte de su peso de carne en 24 horas, 21. 13 de bilis líquida por 1000 partes de su peso. Bidder y Schomidt dicen que un perro que come diariamente una $\frac{1}{5}$ parte de su peso de carne, segrega en las 24 horas 19. 19 de bilis líquida por 1000 partes de su peso. Teniendo en cuenta el mayor peso relativo del hígado en el perro que en el hombre, resulta que la cantidad de bilis líquida segregada en las 24 horas por un hombre con 160 libras de peso y sometido á una alimentación abundante, es según

Kölliker y Müller.....	66. 742
Scott.....	42. 763
Bidder y Schmidt.....	35. 476

Experiencias semejantes se han hecho sobre perros por Nasse Platner y Stackman y de sus datos deduce Carpenter que un hombre que pesa 150 libras, segrega diariamente cerca de 40 onzas. Es, pues, esta la cantidad que las experiencias sobre los animales fijan como segregada por el hombre diariamente; y esta inferencia encuentra su confirmación en algunos casos raros de fistula biliar producida en el hombre por la perforación ulceroosa del fondo de la vesícula, dejando libre el canal cístico y obstruyendo el colédoco común. En algunas de estas observaciones la cantidad de bilis, ha sido ménos que en el estado normal, tanto á causa de la emaciación del enfermo como de la escasa alimentación. Una de estas observaciones es la de una enferma que vi en consulta en Octubre de 1869. Era una señora de 40 años, en la cual el conducto cístico habia sido obliterado por un cálculo biliar, el cual habiendo inflamado la vesícula, produjo en ella un absceso crónico que se abrió al traves de las paredes, dando lugar á una abertura fistulosa al traves de la cual salieron algunos calculitos. Cuatro meses después, un nuevo ataque de cólicos hepáticos y de vómito, desalojó el cálculo del canal cístico y obstruyó el colédoco común, como lo demostraron las deposiciones blancas y el derrame considerable de bilis por la fistula. Este estado continuó por 40 días la paciente haciendo deposiciones blancas, pero con una ligerísima ictericia. Entónces sobrevino un nuevo ataque de cólico que arrojó el cálculo al duodeno y restableció el curso natural de la bilis. En este caso la cantidad segregada en las 24 horas era de dos pintas, aunque la enferma estaba á dieta moderada y apenas pesaba 130 libras.

* El doctor J. Hertz ha registrado recientemente el caso de una mujer de 28 años en la cual la cantidad de bilis diaria que daba una fistula biliar era de 18 onzas. Dudoso es sin embargo el que toda la bilis segregada fuese eliminada por la fistula; pues aunque las cámaras tenían color de greda el hecho de que el flujo de la bilis por el intestino fué restaurado después de la oclusión de la fistula exterior por medio de agujas (pero solo 6 dias después durante los cuales no hubo ictericia) parece demostrar que la obstrucción del canal colédoco común no fué completa. (Berliner Klin. Wochenschrift, abth. 1, 1873.)

En el volumen 2.º de las transacciones médico-quirúrgicas el señor W. R. Barlow cita el caso de un hombre de 54 años en quien por causa de un esfuerzo sobrevino, probablemente por algún cálculo biliar, la obstrucción transitoria del canal colédoco común. En 12 dias, trece pintas de líquido se acumularon en la vesícula hiliar. El doctor Ovven Rees en su análisis encontró que de este eran bilis pura, de manera que debe haberse segregado una pinta de bilis diaria (20 onzas) á pesar de que el enfermo estaba bajo el tratamiento antilógico de la época (1844) y habia sido sangrado repetidas veces del brazo y habia sufrido aplicaciones de sanguijuelas.

En el volumen 315.º del mismo periódico, se encuentra el caso de una mujer de 64 años en la que la bilis producida por una fistula era tan solo de 8 onzas por dia. La fistula habia resultado de la obstrucción del canal colédoco común por un cálculo biliar voluminoso y mató á la mujer por postración á los 6 meses. La pequeña cantidad de bilis en este caso se explica por las circunstancias de la enferma que era muy pobre y se alimentaba muy mal. En el 4.º volumen de "Las Transacciones del Colegio de Médicos," el doctor Schumler cita el caso de una mujer de 66 años que arrojó un cálculo biliar grande al traves de las paredes abdominales. Durante tres semanas después, una cantidad abundante de bilis salió constantemente de la herida á pesar de que el canal colédoco común estaba libre.

Haller en su fisiología se refiere al caso de un hombre con una

Me recogido algunas otras observaciones que concuerdan más ó ménos con este resultado. Mencionaré además, que Fauconnet - Dufresne en su memoria sobre los cálculos biliares menciona que de las fistulas exteriores que suelen producir, fluyen cantidades enormes de bilis que inundan al enfermo, y cita uno de estos casos en que la cantidad diaria era de dos pintas.

Aunque la cantidad de bilis segregada diariamente tiene que variar en diferentes individuos y aún en el mismo, según la cantidad y calidad de los alimentos, la actividad de la respiración, y otras condiciones, es evidente, sin embargo que los hechos anteriores prueban que solo una pequeña proporción de la bilis formada sale por el intestino. Berzelius encontró en 1000 partes de heces humanas solo 9 partes de una sustancia semejante á la bilis y calculando las heces diarias de un hombre en 5 $\frac{1}{2}$ onzas, la cantidad de bilis seca en el dia, sería de 24 granos. Ahora asumiendo que el hígado segrega 40 onzas diarios de bilis, contenido 5 por 100 de materia sólida, cálculo muy inferior á la realidad, la cantidad de bilis seca segregada en el dia, sería de 960 granos, ó 40 veces mayor que la excretada por el intestino. Segun Bischoff el hombre excreta por esta via 46 granos por dia de ácidos biliares alterados; mientras que Voit calcula la cantidad total de estos en 170, de modo que 124 siguen otra dirección. Bidder y Schmit dicen igualmente que solo una parte del azufre de la bilis se excreta con las heces. El pigmento biliar se excreta en totalidad, segun se cree generalmente, por las heces; pero esto no puede ser si se admite que parte del pigmento urinario se forma de él; mientras que el hecho familiar á todos los clínicos, de que el calomel y otros laxantes aumentan el pigmento biliar eliminado por el intestino sin que haya aumento en la secrecion del hígado, parece demostrar que en circunstancias ordinarias, una gran parte de este pigmento segregado por el hígado, no se elimina con las heces.

Añádase á esto el que en los carnívoros y en las serpientes, aunque el pigmento biliar se segrega en abundancia por el hígado, la cantidad que acompaña á las heces es relativamente menor que en el hombre. *

La pregunta natural es saber en qué se convierte la bilis no excretada por el intestino, y su solución es de la mayor importancia en relacion con la patologia de muchos casos de ictericia y de muchos desórdenes funcionales hepáticos. A ella puede responderse que una gran proporción de la bilis formada por el hígado se reabsorbe, ó bien por los conductos biliares, ó bien por la membrana mucosa del intestino. Por lo que hoy se sabe de la difusibilidad de los líquidos al traves de membranas animales, es imposible suponer la bilis por largo tiempo en contacto con la membrana interna de la vesícula biliar de los conductos biliares ó del intestino, sin que una gran cantidad penetre al torrente circulatorio. La secrecion y reabsorcion constantes de bilis son tan solo parte de la circulación osmótica constantemente establecida entre el contenido líquido del intestino y la sangre, cuya existencia es demasiado descuidada, tanto en nuestras especulaciones patológicas como en terapéuticas, á pesar de que hace 18 años que el doctor Parkes llamó la atención sobre ella, expresándose así en el Medical Times and Gazette de 1855: "Se sabe que en grados diversos existe una corriente constante del líquido de la sangre al canal intestinal, y una reabsorcion igualmente rápida. La cantidad así expulsada y absorbida es en las 24 horas casi increíble, y por sí sola constituye una circulación secundaria ó intermedia en que jamas soñó Harvey. La cantidad de jugo gástrico que diariamente entra al estómago y en seguida se reabsorbe, era en un caso últimamente publicado por Grunewald de cerca de 23 pintas de 6 20 onzas cada una. Si la calculamos en 12 pintas nos aproximaremos á la verdad. El páncreas, segun Kroeger en 12 $\frac{1}{2}$ pintas en las 24 horas y las glándulas salivares producen por lo ménos 3 en el mismo tiempo. Es probable que la cantidad de bilis pase de dos pintas; pero no es posible fijar la que atraviesa la membrana mucosa si bien debe ser enorme. Todo el líquido derramado en 24 horas en el canal alimenticio, es mucho mayor que la masa de la sangre en el cuerpo; en otras palabras, cada parte de la sangre puede pasar, y probablemente pasa muchas veces en las 24 horas por el canal intestinal. El efecto de este derrame constante es favorecer la metamorfosis; la misma sustancia más ó ménos

fistula biliar, de la cual salian 4 onzas de bilis cada 6 horas, pero no menciona si el canal colédoco común estaba ó no obstruido. (Physiology. Berne 1874. Tom. 6.º pag. 605.)

* Liebig dice que en los carnívoros toda la bilis es reabsorbida, Todd y Bowman establecen que en los carnívoros una pequeña cantidad de bilis, ó nada se encuentra en los excrementos y que en el boá aunque el hígado es grande i sin duda segrega bilis abundantemente, apenas contienen estos huellas de bilis (Physiology, vol. 2.) Aunque el excremento de las serpientes después de alimentarse presenta un color moreno y difiere de las masas blancas de ácido urico, eliminadas en otras épocas, Marcet autoridad en la materia, asegura que el excremento del boá está casi todo compuesto de uratos. (Philosophical - transactions 1854,

modificada, parece salir y reabsorberse hasta que se adapta para la reparación de los tejidos ó se elimina como inservible.⁵⁵ No sabemos cuántas veces esta serie de operaciones se repite, ántes de que la bilis salga del organismo. (8)

Pero en el curso de esta circulación osmótica, parece que mucha bilis se transforma en productos eliminados por los pulmones y riñones, al mismo tiempo que esta circulación favorece la asimilación de los materiales nutritivos derivados de los alimentos.

En primer lugar favorece la absorción de la grasa. Es un hecho clínico bien sabido que en el hombre la obstrucción del conducto biliar produce el deterioro del organismo. Muchos años ha que los doctores Bright y Owen Rees, manifestaron que en estos casos una cantidad enorme de grasa existe en las cámaras. Bidder y Schmidt han demostrado igualmente que después de la ligadura de este conducto en el perro, ménos grasa se absorbia, disminuyendo esta al mismo tiempo en el quilo y en el canal torácico; por la eliminación se calculaba comparando la grasa comida y la cantidad absorbida de la bilis en el intestino, facilita la absorción de los constituyentes albuminosos de los alimentos. La bilis neutraliza el ácido que pasa del estómago al duodeno y precipita las peptonas. Difícil es decir cual es el objeto de esta precipitación; pero de algunas de sus experiencias Bernard deduce que el jugo gástrico mezclado con el pancreático y con la bilis, tiene una acción más disolvente sobre las sustancias albuminosas que solo. El paso de la bilis al intestino, también parece ser esencial á la formación de gliógeno en el hígado. En algunas experiencias recientes sobre gatos, el doctor Wickham Legg ha demostrado que la formación de gliógeno se suspende pronto después de la ligadura del conducto biliar; en un gato, la punción diabética del cerebro se hizo seis días después de la ligadura de los conductos biliares, sin que después se encontrase azúcar en la orina.

Finalmente, no puede existir la menor duda de que la bilis es en parte excrementicia, puesto que cierta cantidad es eliminada por el intestino, sirviendo así para desembarazar el organismo de alguno de los productos de desperdicio de la sangre y los tejidos. Las sales biliares ácidas, se descomponen, y de este modo suministran alcali libre en suficiente cantidad para precipitar las peptonas y saponificar las grasas; se cree, además, que forman taurina glicosina y ácido cólico cuya mayor parte penetra con estas á la circulación, mientras que la otra se elimina con las heces. Según el doctor Austin Flint jun. la colesteroína se convierte en una sustancia descubierta por él en la sangre, y denominada esterocina, la cual parece tener alguna relación con otro ingrediente fecal, que contiene azufre, descubierta por Marcey y llamada excretina. Marcey ha observado que en niños muy jóvenes, la colesteroína puede reemplazar á la excretina de los intestinos, y en virtud de sus propiedades antisépticas que pueden demostrarse fuera del cuerpo, impide la fermentación putrefactiva del contenido intestinal y la producción excesiva de gases.

Resulta, pues, que las funciones del hígado pueden resumirse del siguiente modo: 1.º La formación de gliógeno que contri-

* Parecerá improbable el que el hígado segregue de la sangre de la vena porta, materiales que más tarde serán absorbidos por la ramificación de este mismo vaso. Pero quizá se ha asumido con demasiada ligereza, al ver los hechos, que el hígado contribuye á la formación de la vena porta, que suministra los materiales de la vena porta, otro, es probable que en circunstancias ordinarias la vena porta contribuya principalmente á las funciones asimilatorias del hígado. Levándole el alimento que absorben sus ramificaciones en el estómago y en los intestinos; mientras que la arteria hepática contribuye á la función secretora. En las transacciones fisiológicas segregadas de sangre de la arteria hepática. Esta opinión está sostenida por los hechos siguientes: 1.º En las transacciones fisiológicas de 1798 se registra un caso en el cual la vena porta comunicaba directamente con la vena cava inferior sin entrar en el hígado, y sin embargo había bilis en la vesícula y en los intestinos. El doctor Cass Carpenter en su *Principios de fisiología humana* 5.ª edición, cita haber una obstrucción completa de la vena porta, producida algunos días ántes de la muerte, y sin embargo la bilis continuaba segregándose. En 1856 Guintrao, de Burdeos, reunió 34 casos de obstrucción de esta vena en el hombre, y en ninguno hubo suspensión de la secreción biliar. 2.º En los animales, Oré y otros experimentando ares han ligado la vena porta y la bilis ha continuado secretándose. La reducción en la cantidad de la vena porta comunicada por la Rütthe han demostrado que la bilis no se produce cuando se liga la arteria hepática, si bien debe añadirse que Schiff no encontró disminución alguna de la bilis después de haber hecho esta operación á un perro grande; y Köhlig observó solamente una pequeña disminución después de ligar la arteria hepática.

buye al sostenimiento del calor animal, á la nutrición de la sangre, y de los tejidos y al desarrollo de los corpúsculos blancos de la sangre. 2.º La metamorfosis destructiva de la materia albuminoidea, la formación de urea, y de otros productos azoados que se eliminan posteriormente por los riñones, cambios químicos que también contribuyen al desarrollo del calor animal. 3.º La secreción de la bilis, la mayor parte de la cual se reabsorbe favoreciendo la asimilación de la grasa y de las peptonas, y probablemente de aquellas transformaciones químicas que se pasan en el hígado y en la circulación de la vena porta; mientras que una parte es excrementicia y al pasar por el intestino estimula la acción peristáltica y suspende la descomposición.

B. Desórdenes funcionales del hígado.

Después de examinar como lo hemos hecho concisamente las funciones fisiológicas del hígado, nos será más fácil el discutir los síntomas que resulten de la perturbación de estos. Los pocos autores médicos que han descrito los desórdenes funcionales del hígado, como el doctor Copland, los han descrito bajo las secciones siguientes: 1. Diminución de la secreción biliar. 2. Aumento de esta y secreción de bilis anormal ó alterada. Esta clasificación desconoce las funciones más importantes del hígado; y el estudio anterior nos demuestra que la calidad y cantidad de la bilis indicada por el intestino, base de la clasificación, no es una indicación cierta de la cantidad y calidad de la bilis segregada por el hígado. La cantidad con cualquier circunstancia que estimule ó impida la absorción. Cualquiera sustancia, como el calomel ó la podofilina, ó algunos alimentos que irritan el principio del intestino delgado, barrerán la bilis antes de que haya tiempo para su absorción, produciendo así un aumento del flujo por el intestino sin aumento necesario de la secreción en el hígado. Por otra parte frecuentemente es imposible decidir si el aspecto moribundo ó alterado de la bilis en las heces se debe á su alteración, ó á modificaciones que la sufrido en su tránsito por el intestino. Por estas razones me atrevo á ofrecer otra clasificación de los desórdenes funcionales del hígado que tiene por base las funciones normales conocidas hoy de la glándula, y los síntomas que el hígado enfermo suscita en los diferentes sistemas fisiológicos del cuerpo. Clasificación de los desórdenes funcionales del hígado.

- I. Nutrición anormal.
- II. Eliminación anormal.
- III. Desintegración anormal.
- IV. Desórdenes de los órganos de la Digestión.
- V. Desórdenes del sistema nervioso.
- VI. Desórdenes de los órganos de la circulación.
- VII. Desórdenes de los órganos de la respiración.
- VIII. Desórdenes de los órganos urinarios.
- IX. Condiciones anormales de la piel.

NUTRICION ANORMAL.

El desorden funcional del hígado, puede conducir directamente á: 1. un depósito anormal de grasa; 2. a una condición opuesta á la emaciación. Indirectamente también, la nutrición del cuerpo puede sufrir seriamente por los desórdenes de las funciones de los integrantes del hígado.

La corpulencia, tan molesta para muchas personas, debe su origen á diferentes causas. Sabemos que ataca á las personas que comen mucha grasa y hacen poco ejercicio. En este caso los lacteos absorben más grasa del intestino, de la que se necesita, para proveer al carbono consumido en la respiración, ó hay un consumo deficiente de grasa en el organismo. Muchos hechos, y sin embargo, demuestran que la acumulación de grasa no se debe solamente á su aumento en los alimentos y á su absorción por los lacteos. De dos personas, por ejemplo, que consumen la misma cantidad de grasa y hacen el mismo ejercicio, la una acumula ésta y la otra no; y en muchas personas esta acumulación parece ser uno de los caracteres de la vejez, así como algunas personas en esta edad se marchitan y se secan. Algunas personas también, á pesar de la alimentación más cuidadosa, adquieren obesidad, mientras que otras que comen mucha grasa y suscer lugar observaciones en el hombre y en los animales inferiores prueban que una gran cantidad de grasa se produce con la fermentación que contenga mucho almidón y mucha azúcar, y según lo que ya hemos dicho, es muy probable que en esta transformación las grasas del hígado el principal papel. Algunas de las personas más obesas que conozco han sido mujeres que por mucho tiempo no han comido ó han comido muy poca grasa ó materia que la contenga, y quienes á la verdad toman muy poco alimento sólido, habiendo si adquirido el hábito de tomar frecuentemente alguna mezcla de alcohol y azúcar como la que encontramos en la cerveza, el champaña y otros vinos, y que haciendo al mismo tiempo poco ejercicio presentan algunos síntomas de desorden hepático. M.

Dancel cita el caso de una señorita que viéndose engordar con el objeto de preservar su simetría ayunaba, en su entender, cuatro días alimentación acumuló grasa tan rápidamente que solo restaba la tendencia a proporciones volviendo a una dieta más racional. La tendencia a engordar, ó lo contrario, parece depender de alguna peculiaridad constitucional, ó del contrario, parece depender de la descendencia, y nuestro conocimiento de las funciones hepáticas como lo sugiere el doctor Pavy, que haya cierta tendencia, ó lo contrario, a la conversión del glicógeno en grasa; ó que por algún desorden hepático, una cantidad mayor de la glucosa de los alimentos se convierta más directamente en grasa que en el estado de salud, ó en fin, que en algunos casos la obesidad, provenga de solo podemos formular conjeturas acerca de la naturaleza precisa del processus morbido, sabemos que en los animales, que comen de las partículas grasas en las células secretantes del hígado, es mucho mayor que en los animales moderadamente alimentados que hacen mucho ejercicio.

Personas con tendencia a la corpulencia, sufren con frecuencia de flatulencia, estreñimiento, y cansancio después de las comidas así como de otros síntomas de desorden hepático. Después de algún tiempo adquieren repugnancia por los alimentos sólidos, se ejercen mucho de prostración y de fatiga, lo que les impide el ejercicio muscular activo, y los induce a tomar.

El enflequecimiento puede ser producido por un desorden funcional del hígado de varios modos.

A. Como consecuencia de la función deficiente de bilis ó de obstáculos a su penetración al intestino. Es cierto que hay casos en los cuales el canal colélico común ha sido obliterado completa y permanentemente por un cálculo, de modo que la bilis no entra al intestino, y sin embargo la nutrición del cuerpo no es afectada por más de un año regularmente. Hay sin embargo pocas excepciones a la regla de que la obliteración permanente de este conducto destruye al fin la vida, generalmente en algo más de un año, ó antes, y esto por un deterioro lento de la nutrición. La mayor parte de los que sufren de esta alteración, tienen repugnancia por la grasa, la que no pueden asimilar y que se elimina por las heces. También hay raras para creer que la ausencia de la bilis en el intestino altera la absorción de las peptonas, mientras que la observación del doctor Leeg de que la ligadura gástrica del hígado, hace probable el que cuando el flujo de la bilis glicolítica el intestino no tiene lugar, la nutrición del cuerpo sufre la albumina, una secreción insuficiente ó morbida de bilis puede quizá, aunque en grado menor, producir el mismo resultado.

B. Pero en segundo lugar, el aniquilamiento puede ser producido por perversion de la función glicolítica del hígado. La diabetes, en un desorden funcional del hígado. Fuera de este lugar estaría la consideración detallada de las causas a que en la actualidad se atribuye la glicosuria; pero puede decirse que están comprendidas en los tres puntos siguientes:

1. *Glicogenosis imperfecta del hígado.* Parece ser una de las funciones del hígado el impedir el paso inmediato a la sangre de la glucosa proveniente de los alimentos convirtiéndola en glicógeno. Bernard ha demostrado que en la aplicación de una ligadura a la vena porta de un animal, de modo que la sangre intestinal rica en glucosa penetra a la circulación sistémica sin atravesar previamente el hígado, el azúcar se presenta inmediatamente en la orina; y en el hombre se citan casos en que la obliteración de la vena porta ha producido la diabetes. A la vez, la obliteración de la vena porta en el recto, aparece en la orina, si se inyecta azúcar en la inyección en la vena porta, la orina no presenta heces de azúcar. La capacidad del hígado para convertir el azúcar en glicógeno, no es ilimitada, y por consiguiente, cuando la cantidad que se inyecta es muy grande, su presencia se revela en la orina; y lo mismo sucede cuando mucho almidón y mucha azúcar se toman después de una larga abstinencia, debido a la rapidez de la absorción intestinal, ó cuando a consecuencia de enfermedad, de vejez, de alteración del hígado, de alimentación inapropiada, ó de alguna otra causa, la función glicolítica del hígado se turba. La glicosuria frecuentemente transitoria, debida a una de estas causas no es rara. Segun el doctor Bancro Jones, en la mayor parte de los casos de diabetes, la enfermedad consiste en una distribución de la metamorfosis del azúcar ingerido.

2. *Aumento de la conversión del glicógeno en azúcar,* mientras que al hablar de las funciones del hígado, dijimos que el glicógeno producido se convertía en parte en azúcar quemada en los pulmones y los músculos, pero que la mayor parte tenía por objeto mantener la nutrición de la sangre y de los tejidos del cuerpo.

Qualquier circunstancia, por consiguiente, que favorezca la reconversión de glicógeno en azúcar, en mayor cantidad de la que puede consumirse en los pulmones y en los músculos, producirá un exceso de azúcar en la sangre, su presencia en la orina, y hasta todo lo que active la circulación de la sangre en el hígado, particularmente en las arterias hepáticas, favorece la conversión de glicógeno en azúcar, quizá aumentando la cantidad de fermento paraliza los nervios vaso-motores de los vasos hepáticos, bien sea aumento de la cantidad de sangre que los atraviesa, produce un aumento de la diabetes. La tendencia del glicógeno a convertirse en azúcar, parece en el estado de salud estar b'jo cierta influencia nerviosa, que al desaparecer aumenta la proporción de azúcar en la sangre, y hace que se encuentre en la orina. Es así como la diabetes se produce por la irritación de las raíces del "neumogástrico" en la "parálisis diabética" de Bernard, en ciertas enfermedades angustia y ansiedad mentales, por el envenenamiento con el woorare y por golpes ó lesiones de las extremidades periféricas del neumogástrico en los pulmones, el hígado, el estómago ó los intestinos.

3. *Diminución de la combustión del azúcar.* Si el azúcar, proveniente del glicógeno, formado en el hígado no desaparece de la sangre vendrá a ser necesariamente uno de los constituyentes presencia patológica de azúcar en la orina, puede depender de algunos casos de la ausencia de las condiciones bajo las cuales normales se efectúa la combustión normal del azúcar; pero ignoramos ble el que bajo la influencia de un fermento, el azúcar de la sangre se descomponga en ácido láctico y glicerina, cuya combustión este fermento falta, la descomposición no tiene lugar, y se cree que cuando se elimina por la orina. La introducción en la sangre de amoníaco, éter cloroformo ó ácido fosfórico, produce la glicosuria; mientras que el carbonato de soda la impide. Prout ha mucho observado que la orina sacarina no es un resultado raro de la gota; tos ferina y de tisis, en los que hay una oxigenación imperfecta de la sangre.

C. Es probable que otras enfermedades acompañadas de aniquilamiento estén en su origen relacionadas con alguna desarreglo funcional del hígado. Cuando la desintegración hepática está turbada la sangre y el líquido que ella exhala se cargan de desperdicios orgánicos que deterioran la nutrición de los tejidos y producen el enflequecimiento. En los tísicos también, mucho antes de que el tabaco se deposite en los pulmones, es manifiesta una falta de asimilación de los alimentos y de perfecta sangificación, función flujo purulento relacionadas con el hígado. Del mismo modo el puede acarrear una sangificación imperfecta, que de por resultado la anemia y la formación de un material albuminoso apénas susceptible de organización.

II ELIMINACION ANORMAL.

Ya se ha dicho al hablar de las funciones del hígado que la bilis es en parte excrementicia aunque es muy probable que no sea ese su objeto principal en la digestión. Muchos miembros del excretar la bilis, y a la función principal del hígado es los tejidos atribuyen síntomas graves. Por ejemplo, cuando delirio, el estupor, el temblor muscular, el sobresalto, la carlingua seca y otros síntomas del estado tifoideo, las convulsiones, la parálisis de los esfínteres, el coma, las convulsiones, la lengua seca y otros síntomas del estado tifoideo, se presentan en un caso de ictericia, en la atrofia aguda del hígado, ó en la cirrosis avanzada, se atribuyen al envenenamiento de la sangre por la bilis. También se han hecho experiencias en los animales para probar que la bilis es un veneno terrible; pero la muerte ocasionada en perros por la inyección de la bilis extraída de otros admite otra explicación. La inyección de moco en vía de descomposición probablemente produciría el mismo resultado. Bilis pura desmenuada de moco ha sido inyectada repetidas veces en las venas grandes de perros por Ferriehs y otros observadores, sin que nensun sintoma cerebral ni mal resultado observaron, sin que nensun una que otra muerte producida por la entrada de aire a las venas. La operación ha sido repetida varias veces en el mismo animal sin lesión alguna durable. Apénas es necesario recurrir a estas experiencias de esta clase en prueba de esta verdad, y en todas familiarizado con el hecho de que la sangre y los tejidos del hombre pueden estar saturados de bilis por muchos meses si que se manifiesten síntomas cerebrales ó de envenenamiento, sié-

tras el tejido glandular del hígado no está destruido y los riñones continúan el ejercicio de sus funciones. Teniendo presente estos casos, es muy difícil considerar la bilis como un veneno mortal.

Ya hemos mencionado las opiniones del doctor Flint, quien ha escrito una obra para demostrar que los síntomas cerebrales que suelen acompañar la ictericia y algunas alteraciones de tejido hepáticas dependen de la retención en la sangre de la colestestina ó de lo que él denomina "colesteatemia." Este autor considera la colestestina como un producto excrementicio del tejido nervioso de cuya eliminación en su concepto está encargado el hígado. Según él, en el intestino se convierte en estercorina por lo cual no se encuentra en las heces; pero retenida en la sangre y en los tejidos, la cree un veneno virulento como la urea. Difícil es comprender como si la falta de excreción de todos los elementos biliares no produce síntomas cerebrales, puedan ser estos resultados de la retención de la colestestina. En casos, por ejemplo de obliteración permanente del conducto biliar, la colestestina no pasa al intestino ni se acumula en los conductos biliares, ni su presencia en la sangre causa inevitablemente síntomas cerebrales.

De todo lo que precede, me parece demostrado que los síntomas cerebrales que á veces sobrevienen en ciertos estados mórbidos del hígado, son independientes de la no excreción de la bilis ó de cualquiera de sus partes componentes. La causa verdadera de estos síntomas se verá más tarde.

Los síntomas que generalmente acompañan la excreción insuficiente la bilis son: la acción irregular de los intestinos, en general el estreñimiento, las cámaras apenas coloradas por la bilis de un amarillo blanco, ó blanquecinas; falta de apetito, lengua blanca amarillenta, sabor desagradable, amargo en la boca, especialmente por la mañana, flatulencia, un tinte amarillento de la piel (que indica á no ser que haya hiperemia del hígado, más bien anemia que ictericia) conjuntiva sucia, languidez, pereza, dolor de cabeza frontal, pesadez y somnolencia después de las comidas, abatimiento moral, á veces hipocondriasis y frecuentes depósitos de uratos cuando la orina se enfría. Estos síntomas suelen presentarse, especialmente en la edad media, como resultado de una vida sedentaria del uso habitual de alimentos indigestos, descuido de los intestinos, ansiedad mental prolongada, ó por una falta de vigor general dependiente, de una enfermedad del corazón ó de otro órgano; á veces esta predisposición es hereditaria. He aquí los síntomas que en general se atribuyen á pereza del hígado, pero es posible que la no excreción de la bilis, sea solamente uno de los síntomas, más bien que la causa, del estado mórbido, y que la verdadera causa sea la retención en el organismo no de la bilis sino de los productos de desintegración que los riñones deben eliminar. Es probable al mismo tiempo que el infarto del hígado, producido por la bilis, impida los processus normales de desintegración de la albumina que tienen lugar en la glándula.

ESTRECHEZ DE LA URETRA.

Por sir H. Thomson.

(CONCLUSION).

Por mi parte he adoptado la introducción de estiletos de plomo que pueden introducirse en las bugias cónicas francesas y que terminan en una punta delgada, que se detiene á cuatro pulgadas y media más ó menos de la extremidad de la bugia. De estos uso 6 números, desde el 4 hasta el 9 inclusive. La introducción es fácil, por la flexibilidad completa de la punta y la creciente resistencia del resto del instrumento.

Algunas veces se necesita una sonda metálica fina para penetrar en la estrechez. Cuando el chorro no existe sino en forma de una sucesión de gotas, comienzo por tratar de introducir la más delgada de las sondas elásticas, y si el enfermo tiene la fortuna de que ésta pase, la fijo en la vejiga, lo que no produce dolor alguno; pero si la introducción es imposible, me sirvo de un catéter de plata muy pequeño, tratando de guiar su punta con mucho cuidado al traves del orificio estrecho. Si lo consigo, dejo la sonda por 48 horas, cambiándola después, si está libre, por un instrumento de goma elástica. Cambiando sucesivamente, y dejando cada número por igual tiempo, en pocos días la dilatación será suficiente para permitir el paso del número 8 ó 9. Esta dilatación rápida obliga al enfermo á guardar cama; pero si quisiese continuar sus ocupaciones, se le sustituye la "dilatación continua" la ordinaria, introduciendo cada dos ó tres días una sonda, sacándola inmediatamente después de que haya pasado, y dejando que el enfermo continúe sus negocios. Después del primer grado de dilatación, se usarán los instrumentos flexibles franceses, y últimamente los descritos anteriormente.

Supongamos que después de haber conseguido dilatar la uretra moderadamente, el estrechamiento se presente de nuevo á pesar del uso periódico de los instrumentos, ó que la micción sea difícil, ó que la retención de orina sea frecuente. Es evidente que la dilatación en este caso es insuficiente, y que debemos recurrir á otros medios para curar al enfermo.

Los medios mecánicos para vencer una estrechez contractil y de muy pequeño calibre, cuando la dilatación es insuficiente, son ó bien la ruptura ó distensión forzada de los tejidos opuestos de adentro hacia afuera; ó la division por medio del cuchillo, aplicado generalmente dentro de la uretra y ocasionalmente á la parte externa.

La ruptura introducida por el doctor Holt, se ha empleado con frecuencia para combatir estrecheces más ó menos graves. Aunque esta operación en general no va acompañada de riesgo alguno, á veces ha sido seguida de consecuencias fatales. Mi principal objeción á ella, es lo poco durable del beneficio obtenido en casos de estrecheces inveteradas, y son casualmente éstas las que exigen intervención quirúrgica.

Nada favorable puedo decir de la "superdistension", tal cual la he propuesto y cual se practica, según parece, con éxito en América. En el caso anterior y en este, el resultado es inmediato y la operación tan fácil que casi puede decirse que es practicable por una mano inexperta, lo cual quizá sea más bien una desventaja; pues algunas veces se la practicado innecesariamente.

En cuanto á las formas graves de estrechez, en las cuales después de muchos años, los tejidos constituyentes están resistentes y cartilaginosos, la simple introducción de una bugia solo agrava los síntomas del enfermo. En estos casos nada es tan eficiente, como la uretrotomía interna, con tal que produzca la division completa del tejido endurecido. La dilatación continuada y forzada de esta clase de estrecheces, tan solo las irrita, las hace intratables y provoca desórdenes constitucionales serios. Para la uretrotomía interna hay una legión de uretrótomos inventados y modificados, con el objeto de llenar fácilmente el propósito de dividir completamente el tejido alterado. Entre estos, aún doy la preferencia al de Civiale tanto por su sencillez como porque es fácil medir la profundidad y el largo de la incision. El modo de usarlo es el siguiente:

1o. Es necesario medir con precisión la distancia de la estrechez al meato urinario; y

2o. Es necesario que la estrechez, al tiempo de la operación, permita el paso del boton del uretrótomio, el cual no debe ser tan voluminoso (número 7) como en el instrumento francés. El instrumento que uso solo tiene el tamaño de un número 5 (escala inglesa) en su porcion bulbosa; el cuerpo, el del número 3, y es una pulgada y media más corto. Como la estrechez, probablemente solo admite 1 ó 2, es necesario dejar una sonda elástica de este calibre, por dos ó tres días en la uretra, con el objeto de producir una dilatación transitoria ó temporal que permita el paso del bulbo; esto se consigue aun con las estrecheces más contractiles. Habiendo obtenido la dilatación hasta el número 5 clorofórmico al enfermo para la operación. Retiro entonces la sonda que estaba fija, y sobre la marcha, paso cuidadosamente el bulbo del uretrótomio, empleando algo de fuerza, y cuando le siento libre del otro lado hago salir la cuchilla en la extension conveniente y dirigiendo el corte hacia la pared inferior de la uretra, ejerzo una presión firme allí, y retiro hacia afuera el instrumento haciendo una incision de una pulgada y media ó dos pulgadas, hasta dividir los tejidos endurecidos. La resistencia es á veces grande, pero no hay que temer el que la incision quede larga. Jamás he visto inconveniente serio á causa de una incision prolongada; mientras que he obtenido un éxito menos favorable del anticipado por no haber dividido suficientemente la estrechez. En seguida se introduce una sonda plateada (no cónica) la cual debe pasar con toda libertad sin ser retenida en ninguna parte al retirarla. Es necesario conservar el instrumento contra la pared superior para evitar el que penetre en la incision. Retirada esta sonda se introduce el número 11 ó 12 flexible y bien curvo, con el objeto de dejarla por 48 horas en la vejiga. El objeto de dicha curva es el de evitar el que la punta penetre en la incision, y una vez la sonda en la vejiga, es necesario retirar el estilete.

En cerca de doscientas operaciones, no he visto desangre notable. Algunas veces solo unas pocas gotas de sangre salen. En algunas ocasiones ha habido algo de extravasación de orina por que la sonda ha salido de la vejiga, pero este accidente no ha sido tan extenso como después de la ruptura; solo en una ocasion se formó un absceso. En un caso desesperado, de los peores y más antiguos que he visto, recurrí á la operación sin esperanza alguna, y el enfermo murió después de ella.

Es comun la aparición de fiebre como sucede con el uso del litotrito; pero no es la regla que esto suceda. Si aparece la fiebre después de retirar la sonda, permanente; pues al orinar el enfermo, la orina entra en contacto con la incision y el calorífico se presenta una ó dos horas después. Para evitar esto, observo á

siguiente método: Retiro la orina al quitar la sonda á las 48 horas despues de la operacion; ordeno al enfermo un baño de asiento caliente por un cuarto de hora, y despues le hago poner en la cama bien cubierto recomendándole que no orine hasta no sienta un vehemente deseo. Esto sucederá probablemente, á las 6 horas. Entónces el paciente se levanta, orina con un chorro lleno que le sorprende y vuelve á acostarse. Con estas precauciones, puede evitarse el calofrío; pero si apesar de esto sobreviniere, no hay que temer peligro alguno. Hay veces, aunque excepcionalmente en que la fiebre es más intensa y se prolonga. El tratamiento consecutivo es, en pocas palabras el siguiente: El 4.º día de la operacion se pasa una bugía francesa cónica con bulbo voluminoso de manera que no abra la incision. Si se siente algun obstáculo, es necesario retirarla y pasar una sonda de goma elástica ordinaria y bien encorvada. Tres ó cuatro dias despues pasan con facilidad los números 11 y 12, despues de lo cual el enfermo se introduce la sonda una vez por semana, alargando poco á poco los intervalos hasta pasarla una vez por mes.

Esta operacion produce resultados más duraderos que las otras pero no pidiendo que destruya la contraccion orgánica. Aun no se ha descubierto medio alguno de remover para siempre "la retraccion" en un enfermo que ha sido victima de una estrechez orgánica.

Algunas palabras acerca de las estrocheces á dos ó tres pulgadas del meato. En general son indilatables y el mejor tratamiento es la incision. Están bajo la mano y nada es más fácil que el dividir la obstruccion por medio de un bisturi abotonado. Sin duda uno de los motivos por las cuales una bugía abra tan poco sobre ellas, es el que la uretra es allí muy poco esponjosa, y que el tejido fibroso es tan abundante y resistente que apenas puede permitir la dilatacion, como sucede en la uretra bulbosa, en donde el tejido esponjoso suave abunda. La operacion es tan sencilla que apenas merece mencion más extensa; y las reglas expuestas para la uretrotomía interna, le son en todo aplicables.

TRATAMIENTO DE LA OTORREA. (Practitioner marzo 1874).

Artículo tomado del Journal de Medecine.

La patología del aparato auditivo, dice el doctor Menière, es generalmente muy descuidada por los cirujanos y médicos no-espécialistas; y en gran número de casos completamente sencillos, apenas sabe el práctico el método que debe preferir. Aun en los casos en que no debe esperarse que el tratamiento sea igual al del especialista, rápido en su diagnóstico y experto en el manual operativo, es sin embargo el deber del cirujano el aliviar los sufrimientos del enfermo y el impedir que la enfermedad se haga incurable. Veamos, por ejemplo, en el caso de flujo del oído, tan frecuente en la niñez y en la juventud, cuál es el procedimiento adoptado. Se permite que este persista por temor de que su supresion repentina dañe la salud general del niño; ó bien se usan frecuentemente de un modo imperfecto inyecciones, y si el flujo continúa no se hace más caso de él hasta que la enfermedad es incurable. El autor cita el caso de un joven alto, rubio, no escrofuloso, de edad de 20 años, que le fué recomendado, y en quien el flujo del oído apareció despues de una fiebre eruptiva cuando tenia 7 ú 8 años. Ningun tratamiento sintomático se empleó, pero de cuando en cuando se le aplicaban inyecciones, hasta que vino á Paris, á la edad de 18. El flujo continuaba, y con él iba en aumento la sordera. Lesiones graves existian en el aparato auditivo, como lo demostró el exámen. La membrana del tímpano estaba destruida, vegetaciones habian brotado de las paredes de la cavidad timpánica y habia un flujo purulento. Un tratamiento adecuado produjo una mejoría notable, sin, por supuesto, remediar el daño irreparable existente, el que habria podido ser impedido si se hubiese atendido debidamente al jóven en su niñez.

En todo caso de otorrea, especial cuidado debe tenerse de la constitucion del enfermo. La escrofula, la sífilis y cualquier otro vicio constitucional deben tratarse por los medios apropiados, condicion esencial del buen éxito en todos los casos. Las inyecciones astringentes no pueden causar mal alguno, y producen en verdad inmensas ventajas. La limpieza es un punto capital en el tratamiento de la otorrea, y nada llena mejor este objeto que el agua tibia, pura, inyectada con una jeringa ordinaria, con fuerza moderada y colocando el pico dentro del manto. Las botellas de caucho pueden usarse, pero la corriente es ménos continua y fuerte que la de la jeringa. En el primer período cuando la otorrea va acompañada de dolor agudo, el tratamiento es casi el mismo. Una buena inyeccion es la de un colio ampolá; tambien puede dejarse caer ésta en el oído enfermo, colocando la cabeza del paciente de modo que se apoye sobre el lado sano. Una ó dos sanguijuelas pueden aplicarse, y el otro

oído cubrirse con una cataplasma de harina de linaza cocida con algunas gotas de láudano. Gianpiétre recomienda como aplicacion tópica la instilacion en el meato de dos ó tres gotas de una solucion de 1 centigramo de aconitina en una onza de agua destilada. El autor rechaza la instilacion del láudano, éter ó cloroformo, y tambien de aceite de almendras y otros líquidos semejantes, empleados frecuentemente, porque, en su concepto, agravan el mal. Cuando el dolor es muy intenso, hace inyecciones subcutáneas de morfina.

La otorrea crónica es más frecuente que la aguda, y requiere siempre inyecciones tibias, ya de agua pura ó bien de una solucion débil de alumbre de 1 á 25 centigramos en 60 gramos de agua. El sulfato de zinc y el acetato de plomo se usan en la misma proporcion. Ningun tratamiento produce mejoría si las inyecciones que lavan el pus y las secreciones del meato se abandonan. Despues de cada inyeccion se introduce un pedacito de algodón en una solucion débil de ácido carbólico. Puede tambien emplearse una vez al día, una solucion diluida de nitrato de plata despues de haber limpiado el meato con una inyeccion de agua tibia y de haberle secado en seguida con un pedacito de algodón. Ninguna de estas aplicaciones tópicas, especialmente la glicerina carbolicada, es dolorosa; causan tan sólo una sensacion de coquillu en el oído, mientras que la superficie secretante se modifica sin inconveniente. El autor, despues de la inyeccion de agua tibia y de secar el oído, se sirve frecuentemente de esta fórmula:

Agua..... 200 partes.
Glicerina..... 100 id.
Sulfato de zinc..... 5 á 6 id.

Otra que puede usarse aun cuando haya gran vascularizacion en el fondo del meato y perforacion del tímpano, es:

Acetato de plomo..... 5 á 15 partes.
Agua..... 300 id.

En ámbos casos pueden dejarse en el oído unas pocas gotas por 8 ó 10 minutos. Con el uso de estos medios no debe esperarse la curacion de todas las otorreas, pero por lo ménos se impide el que progresivamente empeoren, y se coloca al paciente en las condiciones más favorables para un tratamiento especial.

REUMATISMO ARTICULAR AGUDO.

TRATADO POR ÁCIDOS.

Al hacer algunas observaciones sobre el tratamiento del reumatismo agudo, en una leccion en Guy's Hospital, el doctor Wilks manifestó la desconfianza tan grande que tenían los métodos comunes. No sabemos con bastante exactitud cuál es la causa de la enfermedad ni cual su *modus operandi*; desconocemos, por consiguiente la historia natural de la enfermedad. Los médicos en general son demasiado crédulos en cuestiones de terapéutica y no establecen con suficiente cuidado la diferencia entre los efectos y las coincidencias. Frecuentemente, por ejemplo, se considera el diagnóstico del reumatismo articular agudo como una indicacion segura para la administracion de los alcalinos, y estos remedios se continúan en todas las modificaciones de la enfermedad sin que haya la menor prueba de que su influencia sea benéfica. Aun más, frecuentemente sucede que mientras más intensa es la enfermedad, mayor es tambien la fe en el remedio, y comunmente alegan los médicos en favor de la eficacia del tratamiento, la presencia de complicaciones graves. Si el enfermo sana despues de una afeccion grave del corazon ó del sistema nervioso, se considera como una prueba del valor del remedio. En verdad no solo no podemos asegurar que el restablecimiento se debe al tratamiento, sino que ni aun siquiera podemos asegurar que se presentó á pesar de los remedios recomendados. Por otra parte algunos aseveran que no hay remedio eficaz contra el reumatismo agudo, y que el agua de yerbabuena llena perfectamente el expediente. Convencido de esto, y para confirmar su opinion, el autor administró ácidos minerales en el caso siguiente, creyendo que no harian ni bien ni mal. Insiste en que hasta que sepamos algo acerca de la enfermedad, y especialmente de la relacion entre la afeccion de la articulacion y las complicaciones internas, ninguna base científica tenemos para la eleccion de remedios. Aun es dudoso que la desaparicion de la inflamacion artrítica durante la enfermedad, sea conveniente, pues ésta tiene lugar generalmente en los casos fatales. Debe confesarse, sin embar-

go que algunas veces en casos de complicaciones internas parece que las dosis elevadas de quinina o de potasa tuvieran alguna influencia, en casos de complicaciones internas, para contener la enfermedad. En algunos casos tratados por la quinina ha notado que la orina se pone alcalina al restal-leserle el enfermo, como si fuera este un procedimiento natural de la curacion, lo que tambien sucede en la fiebre tifoidea, y aconteció en el caso presente.

G. W. hombre robusto de 35 comenzó á sufrir una semana ántes de su entrada al Hospital de dolor en la cadera, despues en las rodillas, en el hombro derecho, y en la mano y muñeca del mismo lado, dolor precedido por sensacion de frío. A su entrada la rodilla izquierda estaba hinchada y contenía líquido, y de igual modo la mano derecha. Un soplo sistólico existía en la base propagándose á pequeña distancia en la aorta; un zumbido en la vena á la raíz del cuello; sudor ácido, temperatura 101°, pulso 96°, respiracion 24° la lengua húmeda y blanca, la orina ácida y cargada de uratos.

Se le ordenaron 15 gotas de ácido nitro-clorhídrico cada cuatro horas y dieta de leche, pan, y té de vaca. Dos días despues temperatura 101° S. El quinto día, las articulaciones mejor, pero aun adoloridas, y ruido sistólico duro. El sexto, temperatura 102° 8 y sudor abundante. El 9° temperatura 101° 2, y las manos y las rodillas casi buenas. El 14°, las articulaciones deshinchadas, pero tiesas y adoloridas; soplo apenas perceptible; orina alcalina. El 19° el soplo casi ha desaparecido y el enfermo está en convalecencia (Lancet febrero 14 de 1874).

HIDRATO DE CLORAL Y ALCANFOR Como aplicacion local en las neuralgias.

Se asegura que una mezcla íntima de cloral y de alcanfor produce un líquido claro, sumamente eficaz como aplicacion local en las neuralgias. El doctor Senox Browne (Brit. med. Jour marzo 1874) refiere que la ha empleado por consejo de algunos amigos y que en todos los casos ha producido un alivio marcado y en algunos casos instantáneo. "La eficacia no parece tener relacion alguna con el nervio afectado, pues parece igualmente eficaz en la neuralgia del ciático, como en la del trigémino. La he encontrado muy útil en la neuralgia de la laringe, y para aliviar la tos espasmódica de carácter nervioso ó histérico." Basta pintar la parte adolorida con la mezcla y dejarla secar. Jamas produce ampolla; pero suele ocasionar una sensacion de hormigueo en la piel. Es una excelente aplicacion para los dolores de muela.

BREA MINERAL PULVERIZADA.

Para las heridas. (Lancet dic. 1874.)

El doctor Magnis-Lahens de Tolosa mezcla 33 por 100 de brea con 67 de carbon vegetal, y obtiene así un polvo lijero i poroso que no irrita las heridas, y que se lava fácilmente por medio del agua fria. Esta combinacion es una mezcla útil de dos sustancias antisépticas. El carbon absorbe los gases, formados durante la fermentacion, coagula la albumina é impide su descomposicion, favoreciendo así la accion del ácido carbólico que contiene la brea mineral. Algunas heridas no toleran las aplicaciones en polvo. Para estas se m aceran 100 partes de brea mineral pulverizada en 400 partes de alcohol á 18° Cartier, para que no disuelva las resinas: la maceracion debe durar algunas horas. Como la brea obra principalmente por el ácido carbólico que contiene la maceracion anterior puede reemplazarse por la solucion siguiente: Acido carbólico cristalizado, 1 parte, alcohol á 18° 99 Esta solucion es á la vez que eficaz muy barata.

NEURALGIA-SUPRA ORBITAL.

Tratada por la inyeccion subcutánea de estriquina.

(Lancet abril 11 de 1874)

Un corresponsal de el Lancet publica el caso de un hombre, quien por algun tiempo habia residido en un clima en el cual prevalecian las fiebres intermitentes, y que despues de un ataque de éstas sufrió una neuralgia supraorbital intensa con intermitencia marcada. Su salud general habia muy deteriorada y en la época de la primer visita habia ya ocho días que no comia. Se instituyó el tratamiento por la quinina sin ningun resultado favorable. Inyectó entonces dos gotas de una solucion de estriquina con 0.5 centigramos por 30 gramos en el brazo derecho. Dos días despues habia dormido bien, su apetito era mejor y habia habido repeticion del dolor, el cual en la segunda vez molestaba al enfermo aunque en un grado menor. Se hizo una nueva inyeccion, i el dolor desapareció instantáneamente. Por tercera vez se le inyectó la misma dosis y el enfermo ha continuado en perfecta salud haciendo uso del citrato de fierro y de quinina.

CORRESPONDENCIA

Señor doctor Policarpo Flores—Chiquinquirá—Recibido el valor de dos suscripciones á la 1.ª serie.

Señor doctor Rafael Gutierrez—Guáduas—En mi poder el valor de seis suscripciones a la 1.ª serie.

Señor Faustino Sierven Bucaramanga—Pagada la suscripcion a la 2.ª serie.

Señor A. Desire Anguie—Lerida—El doctor C. Lombana me envió el valor de una suscripcion á la 2.ª serie.

Señor Dr. Quintin Miranda—Los Santos—El doctor Iturralde me cubrió el valor de una suscripcion a la 2.ª serie.

Señor doctor Simon Rojas—Chiquinquirá—Recibido el completo de su suscripcion á la 1.ª serie.

Señor doctor José Vicente Uribe—Cali—En mi poder el valor de cinco suscripciones á la 2.ª serie.

Señor doctor Guillermo Marios—Garagoa, Recibido el valor de tres suscripciones á la 2.ª serie.

Señor doctor Marcelino Verbel—Cartajena—Recibido por conducto del señor doctor Vicente Garcia el valor de dos suscripciones de la 1.ª serie.

Señor doctor Rafael Campuzano—Rionegro—Recibido el valor de tres suscripciones á la 2.ª serie.

Señor doctor César Torres—Cipaquirá—Una suscripcion á la 2.ª serie me fué pagada.

Señor doctor Juan de D. Tavera—Tunja—Recibido el valor de una suscripcion á la 1.ª serie.

Señor Juan A. Reyes—Malaga—Recibido el valor de su suscripcion á la 2.ª serie.

A todos los que me han reclamado números de la 1.ª serie se les han enviado por correo.

Señor doctor Ibo Fidel Marques—Ramiriquí.—Recibido el valor de dos suscripciones.

Señor doctor Vicente Garcia.—Cartajena—Pagada la suscripcion contra los señores Camacho Roldan Hermanos por \$20 a cuenta de suscripciones.

Señor doctor Rafael Monzen—Barbacoas.—Recibido por el correo su libranza por \$ 11.

Por motivos independientes del agente no se habia dado contestacion al recibo de las anteriores sumas.

BERNARDINO MEDINA.