

REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactor—NICOLAS OSORIO.

SERIE VIII. } Bogota, Diciembre 20 de 1883. } NUM. 90.

FLECMON PERINEFRITICO.

PERINEFRITIS (RAYER).—ABSCESO DE LA FOSA LUMBAR (CORBON).

No intento escribir una monografía completa sobre los abscesos perinefríticos, quiero únicamente relatar la observación de uno de estos casos; hacer notar las dificultades del diagnóstico cuando la lesión sigue una marcha lenta y no puede adherirse á alguna causa directa; la eficacia inmediata del tratamiento quirúrgico oportuno y su inocuidad cuando éste va acompañado de la curación de Lister.

Ojalá que esto sea una voz de aliento para que la pusilanimidad inherente á esta clase de operaciones abandone el espíritu de algunos prácticos y redunde en provecho de la humanidad y gloria de la cirugía.

La atmósfera de tejido conjuntivo que rodea el riñón, es á la vez que un medio protectriz, un lazo de unión entre éste y las otras vísceras; es la inflamación de este tejido lo que constituye la perinefritis.

Los riñones están colocados al nivel de la región lumbar afuera del peritoneo; su cara posterior corresponde á los músculos soaps y cuadrado de los lomos: estas relaciones deben tenerse presentes para hacerse cargo del espesor de los tejidos que hay que atravesar al intentar una operación para dar salida al pus que se ha formado al rededor de aquellos órganos.

El flecmón perinefrítico ha sido estudiado y descrito por muchos autores ; pero es á Rayer á quien se debe la más completa descripción de esta enfermedad, este autor fué el primero que la describió con el nombre de *perinefritis*. Después de las monografías de Ferón, Parmentier, Halle y Naudet, se encuentra el excelente trabajo de Trousseau al que poco se ha agregado después.

La larga evolución de esta enfermedad ; su origen frecuentemente oscuro ; su marcha sorda é insidiosa algunas veces, son todas causas para que el diagnóstico sea difícil y el tratamiento ineficaz. La siguiente observación la considero instructiva de este punto de vista.

El 4 de Enero fuí llamado cerca de una señora de 25 años de edad, casada, buena salud habitual y sin otro antecedente hereditario que accesos de gota sufridos por su abuelo paterno. Hace dos años tuvo su primer hijo ; á los ocho días después del parto la atacó un reumatismo subagudo generalizado á todas las articulaciones del que sufrió durante tres meses y del cual se curó aunque con mucha lentitud. Ahora se halla en el noveno mes de un segundo embarazo. Hace tres días que está experimentando, durante las tardes, calofríos seguidos de movimiento febril y abundantes sudores, estos accesos se han repetido con una periodicidad completa ; ligero dolor en la región lumbar izquierda donde no se nota alteración alguna ni en el color ni el volumen, no hay matitez anormal ni el dolor es más fuerte por la presión ; estado general bueno ; piel un poco pálida y amarillosa ; lengua ancha y un poco sucia pero húmeda ; funciones digestivas en estado normal ; hígado de volumen regular ; orinas abundantes de color normal ; no hay albúmina en ellas ; la enferma no ha sufrido cólicos nefríticos ni en su orina ha llegado á notar arenillas ni cálculos, los órganos de la cavidad torácica funcionan regularmente ; á las siete de la mañana, hora en que vi la enferma, el termómetro marcó treinta y siete grados un quinto y el pulso setenta y ocho por minuto. La enferma

no sabe á qué atribuir su dolor, pues no ha habido causa que pueda inculparse.

Mi primera impresión fué la existencia de una fiebre intermitente cotidiana y aun atribuí el dolor lumbar á la *raquialgia* que acompaña las fiebres palúdicas, y en consecuencia creí llenar la indicación prescribiendo 0,50 centigramos de sulfato de quinina para dos tomas en el día y una unción anodina para calmar el dolor. A las tres de la tarde el acceso reapareció, el termómetro marcó treinta y ocho grados y medio, pulso 84; lengua seca; dolor calmado.

Día 5. Apireccia por la mañana, la enferma se siente mejor; la misma prescripción. Por la tarde acceso como los anteriores; pulso 86, temperatura treinta y ocho grados y tres quintos. Durante 20 días la enferma siguió quejándose del mismo malestar, el acceso reaparecía todos los días de las 3 á las 4 de la tarde caracterizado siempre con sus tres períodos (calofrío, fiebre y sudor), el termómetro oscilaba entre treinta y ocho grados un quinto y treinta y ocho cuatro quintos; el pulso de 80 á 86 por minuto; el dolor lumbar se hacía sentir de cuando en cuando, pero siempre sordo; la región lumbar no presentó ni aumento de volumen; ni coloración ni matitez anormales. Como el estado general empeoraba notablemente, y como no obstante la acción de la quinina que llevé pronto hasta un gramo, sin atreverme á pasar de allí por su acción sobre las fibras musculares del útero; no obstante esta medicación, unida al vino de quina, que desde los primeros días prescribí para sostener las fuerzas, la situación empeoraba, el acceso no cedía ni el dolor desaparecía completamente. En vista de esto principié á dudar de mi diagnóstico y á observar la enferma del punto de vista de una perinefritis; mas como ningún síntoma local, con excepción del ligero dolor lumbar, que vuelvo á repetir no era constante; como nada asegurase dicho diagnóstico, permanecí en la expectativa sosteniendo las fuerzas de la enferma y esperando que quizá al terminar el embarazo su situación cambiaría.

El día 30 de Enero la enferma dió á luz un niño bien conformado y el trabajo se efectuó normalmente. Durante este día y los 8 siguientes el estado de la enferma mejoró notablemente hasta el punto de creerse en una convalecencia completa, pues ni el dolor lumbar volvió á sentirse ni el acceso reapareció.

El día 9 de Febrero hubo un fuerte calofrío seguido de fiebre y sudor; lengua seca; vientre indoloro; útero debajo del ombligo; loquios normales; el dolor lumbar no se sintió; temperatura treinta y nueve grados, pulso 100.

Día 10. La enferma ha pasado mala noche y se halla en el estado siguiente: facies pálida y contraída indicando el sufrimiento; tinte amarilloso de la piel; lengua seca y sucia; sed; inapetencia absoluta, estitiquez; pulso frecuente 100, temperatura treinta y ocho grados y medio; dolor en la región lumbar izquierda y se hace más notable por la presión y se irradia al hipocondrio correspondiente; ni aumento de volumen, ni empastamiento ni coloración anormal en la región; la orina no contiene albúmina.

Tratamiento: unciones con pomada napolitana belladonizada localmente; el mismo tratamiento general que en los días anteriores. Por la tarde la temperatura llegó á treinta y nueve grados y medio; pulso 100; no hubo calofrío pero sí sudores; el dolor ha calmado pero el estado general es el mismo. Tratamiento: baño de asiento caliente; la misma untura; cataplasmas emolientes in loco.

Día 11. Dolor lumbar más fuerte; afuera de la masa común de los músculos espinales se nota una tumefacción apenas apreciable y un empastamiento muy profundo y extendido; temperatura matinal treinta y ocho grados tres quintos, pulso 100, vespertal treinta y nueve grados un quinto, pulso 104.

Durante los días siguientes hasta el 15 el movimiento febril fué constante con remitencias de uno y diez y siete medio grados por las tardes, pero el calofrío no se volvió á notar. El día 14 por la tarde hubo cuarenta grados. El 15 la tumefacción lumbar

era ya muy notable; empastamiento y matitez en toda la región; edema apenas perceptible; nada de fluctuación; deprimiendo fuertemente la pared abdominal por debajo de las falsas costillas izquierdas se siente un ligero empastamiento en la fosa lumbar; la tumefacción es ligeramente reductible, mate y aumenta con los esfuerzos de tos.

En presencia de este cuadro sintomático el diagnóstico se imponía ya. El tratamiento, una vez establecido el diagnóstico, debería emprenderse sin contemporización. El día 17, acompañado de los Drs. Velásquez y Londoño, abrí el absceso hasta llegar á la cara posterior del riñón; salió una gran cantidad de pus flecmonoso y de buena calidad. Al siguiente día el termómetro marcó la temperatura normal y la enferma entraba en vía de curación; á los veinte días estaba completamente buena y su herida cicatrizada.

Este caso, que es el primero que en mi práctica he observado, lo creo instructivo y lleno de interés por muchos puntos de vista: su etiología, marcha, diagnóstico y tratamiento son todos puntos que merecen que sobre ellos me detenga un poco.

Las causas de la perinefritis son numerosas y su conocimiento interesa tanto más, cuanto de él depende en gran parte el pronóstico. Esta enfermedad puede ser *idiopática* ó *sintomática*, en el primer caso es siempre unilateral; en el segundo puede ser doble. *

Idiopática, la enfermedad reconoce por causa el frío, los traumatismos locales ** las largas jornadas á bestia ó en carruaje (V. Follin & Duplay, pat. externa tom. 5. pag. 772); las heridas profundas de la región lumbar) V. Baudens, heridas por armas de fuego, pag. 361 citado por Follin & Duplay.

* Caso de tifo exantemático citado por Rosestein. V. Jacou. pat. int. tomo 2º pág. 473.

** Gueneau de Mussy citado por Naudet Perinefritis que estalla seis meses después de una fuerte contusión en la región renal.

Las afecciones renales: nefritis, pielitis, cáncer del riñón, son entre las causas sintomáticas las que más frecuentemente acarrearán la perinefritis; las diátesis gotosa, reumatismal y calculosa; las enfermedades generales como la fiebre tifoidea, el tifo, el estado puerperal. * Creo que la patogenia en el caso que nos ocupa, debe atribuirse al estado puerperal como causa determinante con el concurso de la predisposición inherente á la diátesis reumatismal.

Según Duplay la perinefritis es muy rara en la infancia; según la estadística de Corbón, la enfermedad aparece de los treinta á los cuarenta años. A pesar de esto Jacoud cita los casos de Duffin y de Löb de niños de cuatro y de seis años en quienes la enfermedad apareció después de traumatismos en la región lumbar. El sexo tiene grande influencia, según Corbón citado por Duplay, es una vez más frecuente la perinefritis en el hombre que en la mujer. En fin, esta enfermedad puede aparecer sin causa apreciable ** y se comprende cuán difícil será en este caso llegar á un diagnóstico exacto, sobre todo, antes de que los signos locales sean apreciables.

La marcha de la perinefritis es algunas veces insidiosa y con especialidad cuando no se la puede adherir á alguna causa local. En el caso que nos ocupa la aparición y marcha de la lesión han sido singularmente oscuras: principió sin causa apreciable; abrió la escena un absceso, en apariencia de fiebre palúdica y un dolor lumbar sordo apareció en la región lumbar; al principio el estado general no fué malo ni la temperatura se elevó considerablemente. En esta especie de estado latente la enfermedad permaneció durante veintiseis días sin que el diagnóstico pudiera confirmarse, un hecho sí pudo observarse desde los primeros días; que no se trataba de una fiebre palúdica, pues

* Gueneau de Mussy *clínica medica* tomo 2º pág. 211.

** Bucquoy *Gaceta de los hospitales*, año 53. pág. 401.

la quinina, antiperiódico por excelencia, en nada modificó los abscesos. Con esto no quedaba hecho el diagnóstico más sí eliminada una causa de error. Mis vacilaciones al principio eran pues, disculpables; todos los prácticos citan casos en que la perinefritis ha sido tomada por una fiebre palúdica. Jacoud dice. . . “estos fenómenos febriles ofrecen también los tres períodos de una fiebre intermitente, de la que pueden afectar la *periodicidad completa*, de aquí una fuente profunda de errores.” Follin & Duplay agregan: ‘ . . . se muestra frecuentemente bajo la forma de accesos periódicos cotidianos que han podido hacer creer en la existencia de una fiebre intermitente.” Pero sigamos la evolución clínica del caso que nos ocupa: llega el día 30 de Enero, la enferma da á luz un niño bien conformado y desde ese momento la enfermedad desaparece hasta el punto de hacer creer que una convalecencia franca ha principiado; nada de dolor lumbar; el calofrío falta; hay apirecía completa y el estado general mejora y esto por ocho días consecutivos. ¿Podría acusarse como causa del estado patológico anterior á la compresión que el feto ejercía sobre la fosa lumbar la que al terminar traía consigo la resolución aparente de la enfermedad? No lo creo así. ¿Pudo tener influencia la hemorragia inherente al parto y la secreción loquial, y obrar como antiflojísticos para producir la aparente resolución de la flecmacia? Esto es posible, al menos es lógico admitirlo.

Pero vamos más adelante; llega el noveno día y hé aquí que la lesión latente hasta entonces estalla con los caracteres de una flecmacia franca: estado general malo; fuerte calofrío seguido de fiebre y sudor; dolor en la fosa lumbar izquierda y tumefacción con empastamiento y matitez en toda la región. Cosa digna de notarse; Bucquoy cita un caso de perinefritis durante el estado puerperal que apareció al noveno día después del parto. *

* Gaceta de los hospitales, año 53, pág. 402.

El diagnóstico de la perinefritis es con frecuencia muy difícil y especialmente cuando la enfermedad no asume una marcha franca, el práctico está expuesto á errores, de los que únicamente una observación atenta puede sacarlo.

Fácilmente se comprende que cuando la enfermedad reconoce por causa una contusión violenta, una caída sobre la región lumbar ó una fatiga prolongada y á la intemperie cuyos efectos puedan adherirse á la región lumbar, se comprende, digo, que en estos casos puede hacerse el diagnóstico sin gran dificultad; pero también se comprende por cuántas dudas pasará el espíritu del clínico cuando con ausencia de toda condición patogénica semejante; cuando sin haber existido una enfermedad anterior á la que pueda atribuirse la aparición de la perinefritis, como un tifo, la caries vertebral, la liatosis renal como se puede ver en los casos citados por Trousseau y Gueneau de Mussy; en semejante caso es bien difícil formular un diagnóstico exacto y el papel del clínico queda reducido á observar. Mas cuando la evolución de la enfermedad llega hasta el punto de manifestarse por los síntomas locales como aumento de volumen, matitez, empastamiento y aun edema de la región, entonces el diagnóstico se impone y únicamente queda faltando diferenciarlo de un pequeño número de lesiones de la misma región y adherirlo á la causa patogénica para deducir el pronóstico y las indicaciones terapéuticas.

Para hacer este diagnóstico diferencial se consultarán las lesiones renales anteriores; la pielitis, la pielo-nefritis, los quistes hidáticos, el cáncer del riñón, la hidronefrosis, son lesiones que pueden simular una perinefritis, pero el examen de la orina presenta en los dos primeros, signos característicos; los antecedentes y el estado general harán eliminar ó aceptar la existencia de una afección cancerosa; en cuanto á los quistes hidáticos y la hidronefrosis es más difícil el diagnóstico diferencial, sin embargo la hieseladura, el empastamiento, coloración anormal y edema de la región lumbar unidos al movimiento febril con su intermitencia, serán síntomas suficientes para pronunciarse por una perinefritis.

También los abscesos superficiales de la región lumbar pueden imponer por una perinefritis, pero la ausencia de tumefacción al través de la región anterior del abdomen; la benignidad de los síntomas generales; la fluctuación más superficial; la irreductibilidad del tumor junto con la ausencia de impulsión en los movimientos de tos, serán síntomas suficientes para aclarar el diagnóstico. Los aneurismas de la aorta se eliminarán por la falta de signos especiales á esta clase de tumores (expansión, ruido de soplo, abatimientos, etc.) Las lesiones hepáticas y de la vesícula biliar no entran para nada en el caso que nos ocupa. La hernia lumbar que según Trousseau ha sido tomada por un absceso perinefrítico y como tal operada, deberá tenerse también en cuenta al hacer el diagnóstico diferencial; la percusión bastará para librar al cirujano de tan deplorable como imperdonable descuido.

Los dolores reumáticos y las neuralgias lumbares han podido extraviar el diagnóstico en un caso de peritonitis; con- vengo en que al principio de la enfermedad, cuando no es franca la reacción y cuando faltan todos los síntomas locales puedan confundirse estas lesiones; pero cuando ya el proceso patológico toca á su fin, * creo imperdonable un error diagnóstico de esta naturaleza.

Finalmente, la soitis ha podido confundirse con la perinefritis; según Rosenstein y Corbón la flección con abducción del muslo no se encuentran en la peritonitis, pero Jacoud cita uno de estos casos en que pudo probar del lado de los miembros inferiores todos los efectos de la soitis.

Diagnosticado el flecmón perinefrítico falta dilucidar su causa patogénica, pues de esto depende en gran parte el pronóstico. Hay ciertos abscesos sintomáticos en la región lumbar, que tienen por sitio el esqueleto óseo de la columna vertebral y del basinete *abscesos por congestión ú occifuentes*; en otras ocasiones

* Jacoud, Patología interna, tomo 2º página 478.

ellos dependen de la pleura ó del pulmón; * en este caso, como se ve, el diagnóstico es tan difícil que Dupuitren y Rayer, maestros en el arte, llegaron á equivocarse; un examen atento de los conmemorativos y de los síntomas concomitantes del lado del esqueleto y del pecho, podrá únicamente aclarar en parte un punto tan oscuro.

En el caso que nos ocupa la patogenia la considero clara: invoco la acción de la diatesis reumatismal como causa predisponente general y como causa determinante también de origen general, el estado puerperal. En vista de esto el pronóstico es grave, se trataba de una lesión seria como es la peritonitis en un organismo diatésico y durante el estado puerperal en que la economía se vuelve tan sensible á la acción de las causas mórbidas y en especial á la pioemía y á la septicemía.

Establecido el diagnóstico, deducido de aquí el pronóstico, faltábame instituir una terapéutica racional de la que pudiera esperar algo para el restablecimiento de la enferma; hasta aquí la medicación se había reducido á combatir la periodicidad; sostener las fuerzas y calmar el dolor con tópicos emolientes y narcóticos. Las sangrías locales que en las perinefritis por causa directa producen tan buenos resultados ya calmando el dolor, ya ayudando á la resolución de la inflamación, no las consideré bien indicadas en este caso por el mal estado general de la enferma.

Llegado el caso de poner en práctica el tratamiento para dar salida al pus que se había formado, era urgente obrar con la mayor actividad para impedir que éste buscara salida á la cavidad peritoneal ó al colón; ó que al través del diafragma llegara al pulmón y fuera arrojado por los bronquios; ** ó que infiltrándose en las capas de la región fuera á presentarse al nivel del periné ó de la arcada crural *** todas complicaciones más ó menos

* Corbón citado por Follin y Duplay.

** Rayer, Naudet, Corbon.

*** Chassaignac.

graves. En vista de estas probables complicaciones es disculpable la intervención atrevida en estos casos, y el cirujano debe tratar de dar salida al pus aunque esté todavía muy profundo, la temporización prolongada compromete la vida del paciente y acarrea responsabilidad al cirujano por omisión.

El conocimiento anatómico profundo de la región lumbar es de absoluta necesidad para practicar bien esta operación y ponerse al abrigo de accidentes graves. Los flecmones perinefríticos, según Follin, tienen su origen en esta parte cóncava de la región lumbar limitada hacia arriba por el ligamento cintrado del diafragma y las intersecciones de este músculo con las del transverso; hacia abajo por la cresta ilíaca; hacia adentro por el músculo soaps y hacia afuera por una línea ficticia paralela al raquis que pasaría por el medio de la cresta ilíaca. Estos límites circunscriben una especie de fosa semejante á la fosa ilíaca, cuyo fondo está formado por el músculo cuadrado de los lomos hacia adentro y la aponeurosis del transverso hacia afuera. Las numerosas aberturas que hay en esta parte dan paso á los vasos que se van á la región lumbar, los que atraviesan la aponeurosis más particularmente en el intersticio triangular que separa el gran dorsal del gran oblicuo; (triángulo de J. L. Petit); por estas numerosas aberturas el tejido celular subperitoneal comunica con el tejido celular subcutáneo en la parte posterior; esta disposición y el debilitamiento de la pared abdominal posterior afuera de la masa sacro-lumbar, explican por qué las colecciones purulentas de la masa lumbar se van generalmente hacia atrás.

Varios procedimientos se han disputado la preferencia cuando se trata de abrir un foco purulento de la región lumbar: la punción con el bisturí ó con un trócar grueso; los cáusticos fuertes y después la punción; * la punción aspiratriz y la incisión amplia y capa por capa, tales son los procedimientos empleados hasta hoy.

* Guerau de Moussy, Clínica médica, tomo 2º, página 211.

La herida de las arterias lumbares y la hemorragia consecutiva han sido la causa de tantos procedimientos, es éste uno de los peligros de la operación. La punción con un grueso trócar ha sido propuesta por prácticos eminentes porque dicen: la incisión expone más frecuentemente á la herida de las arterias lumbares; esto es cierto, pero el procedimiento además de ser insuficiente para aquellos casos en que el pus es muy espeso no permite el lavado y desinfección del foco, y por otra parte tampoco pone, en absoluto, al abrigo de herir las arterias, accidente que requeriría después de una grande incisión para hacer la ligadura. Por otra parte, si la perinefritis está acompañada de un cálculo del riñón, lo que ha sucedido con frecuencia, * de hecho se desconocería la existencia de este cálculo el que dejaría de extraerse por falta de campo de exploración.

Los cáusticos fuertes y después de la punción ó la incisión han tenido su época; Gueneau de Moussy ha practicado dos veces la operacion sirviéndose de este procedimiento, pero luégo reconoció que la incisión simple y capa por capa era preferible. Después de que J. Guerin puso en práctica la punción capilar y que Diculofoy y Potain perfeccionaron este procedimiento, Gueneau de Moussy dice: "la inocuidad de la punción por este medio y la facilidad de repetirla nos presenta la punción bajo un aspecto muy diferente." Parece, pues, que el célebre clínico retira su apoyo al procedimiento que antes ha adoptado y prefiere el de la aspiración. La necesidad de dar pronta salida al pus basta para condenar el procedimiento por medio de los cáusticos y, además, no habiendo en este caso serosa cuya adhesión deba procurarse, creo que no debe tener razón de ser, dicho procedimiento. En cuanto al de la aspiración no opino que deba emplearse sino como medio diagnóstico.

El procedimiento de las grandes incisiones hechas capa por capa procura la abertura amplia del foco, su exploración, lavado

* Richel, "Gaceta de los Hospitales," año 54, página 769.

y desinfección, y ha dado hasta ahora mejores resultados que los otros procedimientos. Se debe proceder á hacer esta incisión con algunas precauciones: ella debe hacerse afuera de la masa sacro-lumbar donde la pared abdominal posterior presenta menor espesor. Dumarquay, según Follin y Duplay, aconseja hacerla trasversalmente á dos ó tres centímetros por debajo de la última costilla, con el objeto de evitar la herida de las arterias, de lo que he observado un caso seguido de muerte; pero, según Corbón, si la incisión de Dumarquay evita la herida de las arterias lumbares inferiores, expone casi inevitablemente á herir la primera de dichas arterias, que es la más voluminosa; dicho autor propone una incisión vertical y oblicuamente dirigida de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera: es esta también la opinión de Follin. Jacoud se adhiere al mismo procedimiento, pues aunque dice: "este procedimiento es tachable porque expone á las hemorragias, se compensa el peligro ilusorio con la facilidad que queda para vaciar completamente el foco lavar y explorar profundamente la región." Luégo el mismo profesor dice que prefiere el procedimiento de Chassaignac (punción con grueso trócar curvo y drenaje) siempre que no se trate, de una perinefritis calculosa.

En cuanto á mí, opino que la incisión hecha capa por capa, acompañada de la curación de Lister y el drenaje en permanencia es el mejor de todos los procedimientos, sea cual fuere la causa de la lesión, pues dando una amplia y fácil salida al pus, permite el lavado y desinfección del foco, la exploración de la región y llena todas las indicaciones que se propone la cirugía moderna; el único inconveniente de este procedimiento es la herida de las arterias, accidente que no es constante, y por otra parte la lesión de uno ó varios de estos vasos es un accidente de poca significación que á ningún cirujano debe inquietar. Este fué el procedimiento que puse en práctica, veamos como lo ejecuté.

Acostada la enferma con la cara hacia abajo; con una al-

mohada debajo del abdomen para hacer más saliente la región lumbar; prevenido de todo lo necesario para hacer la curación de Lister: pinzas hemostáticas é hilos de seda para ligar las arterias que fueran cortadas y un tubo de drenaje de medio centímetro de diámetro.

No cloroformicé la enferma por la posición que tenía que darle y porque tenía una repugnancia invencible por el anestésico.

Con un bisturí corvo hice una incisión de 8 á 10 centímetros de largo que principió á tres centímetros hacia adentro de la última costilla y dirigida, conforme al procedimiento de Corbón, de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera. Cortada la piel en el primer tiempo un ayudante enjugaba el campo operatorio con una esponja empapada en la solución anticéptica; corté luégo el tejido celular en toda la extensión de la incisión hecha á la piel; apartados los bordes de la incisión con ganchos romos cofinados á dos ayudantes corté sobre la sonda acanalada la aponebrosis que se presentó en el fondo de la herida; se divide en seguida otra capa de tejido conjuntivo y algunas fibras musculares; introduje el índice en el fondo de la incisión y sentí fluctuación muy cercana; corté otra capa aponebrótica siempre sobre la sonda y seguí desbridando con la misma sonda y la uña del índice hasta que el pus se presentó en el campo operatorio; sirviéndome siempre de la sonda, ensanché el fondo de la herida y con el índice introducido en el foco pude explorar la cara posterior del riñón en donde no encontré nada anormal; del mismo modo exploré todo el foco y lo hice vaciar por completo. La cantidad de pus que salió la calculé en 80 gramos; no dividí arteria de significación porque la sangre que salió fué muy poca. Inyecté luégo en el foco agua tibia fenicada y repetí esta inyección hasta que el líquido salió limpio. Coloqué en el foco el tubo de drenaje doblado en ansa; ligué las extremidades con hilo de seda y las fijé convenientemente; toqué toda la herida con una esponja empapada en una solución fenicada al 5 por 100; la cubrí luégo con hilas mojadas en una solución al

2 por 100; encima una compresa, algodón, gasa fenicada, tela impermeable y terminé la curación con un vendaje de cuerpo. La enferma quedó muy bien; nada fatigada; le aconsejé que permaneciera acostada sobre el lado operado para facilitar la salida del pus.

Al día siguiente la temperatura había caído á la normal aunque el pulso permanecía un poco frecuente; lengua húmeda; apetito regular y estado general mucho mejor.

Hice en seguida dos veces al día la curación inyectando en el foco una solución de cloral al 3 por 100 y aplicando luégo la curación listeriana.

A los 20 días después de la operación la enferma estaba completamente buena y la herida cicatrizada sin dejar fístula.

Durante este tiempo la enferma estuvo sometida á una medicación general tónica y reconstituyente por medio de la quina y el jarabe de yoduro de hierro.

Es este un triunfo de la intervención quirúrgica oportuna y un laurel más para la curación de Lister.

J. T. ENAO.

Manizales, Octubre 6 de 1883.

EXPLORACIÓN DE LA URETRA Y DE LA VEJIGA, TRATAMIENTO DE LAS ESTRECHECES, LITHOTRICIA, TALLA, HYPERTROFIA DE LA PRÓSTATA CON ESTANCACIÓN URINOSA, CISTITIS AGUDAS Y CRÓNICAS.

(Continuación. Véase el número anterior).

Lithotricia.—Cuando de la exploración de la vejiga resulta comprobada la existencia de un cálculo, Mr. Guyon practica, según el caso, la lithotricia ó la talla. Pero cualquiera que sea la operación indicada, somete antes al enfermo á un reposo de

ocho ó quince días, durante los cuales estudia su estado general, su temperatura y las propiedades físicas y químicas de su orina para juzgar por ellas del estado de la vejiga y del aparato renal, y lo prepara á la operación practicando diariamente el cateterismo con sondas flexibles de grueso calibre, si la uretra está libre para habituarla al contacto de los instrumentos, y haciendo al mismo tiempo lavajes intravesicales con una solución tibia de ácido bórico al 3 ó 4 por 100. Este tiempo de observación y reposo es de grande importancia sobre la elección y el resultado de la operación, y M. Guyon sólo deja de ponerlo en práctica, como ya lo he visto una vez, cuando el enfermo está agotado por crisis dolorosas ó por hemorragias frecuentes que el reposo no es suficiente á calmar.

Si las condiciones que reclama la lithotricia se encuentran reunidas, es decir, si el volumen del cálculo no pasa de cinco ó seis centímetros, si su dureza no se opone al movimiento, si el canal de la uretra es ancho ó bien si estrecho, es sin embargo dilatable; si la próstata no está hipertrofiada hasta el punto de oponer obstáculo á la introducción del lithotritor y si la vejiga no presenta un grado considerable de irritabilidad y no está retraída sobre el cálculo hasta el punto de impedir las maniobras intravesicales, entonces Mr. Guyon se decide por la lithotricia. En caso contrario practica la talla.

No pudiendo salir de los límites que me he impuesto de una revista terapéutica, no puedo entrar en el análisis de las ventajas que presenta la lithotricia moderna sobre la antigua, desde que en su práctica ha sido introducida la aspiración de los fragmentos y desde que Bigelow, cirujano de Boston, que es quien ha realizado los mayores progresos en esta operación, demostró la posibilidad y la utilidad de desembarazar la vejiga, del cálculo, en una sola sesión. Básteme decir que la práctica del cirujano americano y sobre todo los principios en que se funda, han sido universalmente aceptados y que hoy día la lithotricia de Civiale queda á título de excepción entre los cirujanos hábiles.

Mr. Guyon, como los otros cirujanos, ha aceptado los principios del cirujano de Boston, del que sólo se diferencia en dos cosas: 1ª En el volumen de los instrumentos empleados. Bigelow, preocupándose sobre todo de la evacuación rápida de los fragmentos, de donde el nombre de *lithotapaxia* que él ha dado á su operación, emplea instrumentos de un volumen y de una solidez tales que, según dice Mr. Guyon, "sólo pueden usarse en metros americanos." Este último se preocupa sobre todo del molimiento de los cálculos, que, según él demuestra, es la base de la evacuación y no emplea instrumentos de dimensiones superiores á los generalmente usados; pero lleva el fraccionamiento al mejor grado posible, pues como él dice aforísticamente "*l'évacuation c'est le broiement.*" El segundo punto en que el cirujano francés difiere del americano, es en la denominación de la operación; él no acepta el título de lithotricia en una sola sesión, porque esto no siempre es posible, á pesar de la habilidad del cirujano, ni la de lithotricia rápida, porque á veces hay necesidad de prolongar las sesiones largo tiempo y repetir las. De acuerdo con este modo de pensar, él apellida su operación "*lithotricia á sesiones prolongadas.*"

El aparato instrumental de que él se sirve es el siguiente: 1º Un lithotritor aventanado número 2, de ramas largas ó cortas según el volumen de la próstata, la libertad del instrumento en la vejiga y especialmente según el volumen y la supuesta dureza del cálculo, reconocidos por la exploración vesical. El lithotritor de ramas planas lo reserva para los cálculos pequeños ó bien para buscar los últimos fragmentos que han escapado al de ramas aventanadas. 2º Una sonda evacuatrix número 25 de la hilera Charrière y de una curvatura que corresponde á un círculo de diez centímetros de radio. Esta sonda está provista de dos ojos laterales colocados á uno y dos centímetros de distancia de su extremidad, lo que, según las experiencias de Mr. Guyon y Desnos, favorece notablemente la aspiración por la disposición de una doble co-

riente de líquido intravesical. En esto difiere la sonda de la de Thompson i de Bigelow que no tienen sino un orificio sobre la pared superior. La sonda está provista de un mandrino que llena su cavidad y que impide que, al introducirla y al retirarla, los bordes de los orificios puedan desgarrar la mucosa. 3º Un aspirador que, construido según los principios del cirujano americano, consta de una pera de caucho provista de un tubo metálico á la parte superior para introducir el líquido y en comunicación por su parte inferior con un globo de vidrio en donde deben quedar depositados los fragmentos aspirados. Este aspirador está en comunicación con la sonda evacuatriz por medio de un tubo en que una de las partes, de vidrio, sirve de indicador y el conjunto permite á la sonda tomar posiciones variadas en relación con los diferentes departamentos de la cavidad vesical. Estos instrumentos han sido ventajosamente perfeccionados por Mr. Guyon, pero yo no puedo dar una descripción más detallada de ellos.

En cuanto á la operación, el cirujano del hospital Necker la practica del modo siguiente : cloroformizado el sujeto hasta la completa resolución comienza por hacer lavajes en la vejiga con una solución tibia de ácido bórico al 4 por 100 ; por este medio se propone él, que es hasta cierto punto partidario de las ideas microbianas actualmente en boga, mantener la cavidad en la mayor asepsia posible. En seguida inyecta una cantidad de líquido antiséptico que no pasa de 250 gramos y que es menos aun cuando la vejiga es irritable y se contrae á pesar del cloroformo. Hecho esto introduce el lithotritor y siguiendo su principio de que "*l'évacuation c'est le broiment*" multiplica las maniobras intravesicales hasta llevar la fragmentación al mayor grado de pulverulencia que la dureza del cálculo y la irritabilidad de la vejiga le permiten, hasta reducirlo, si es posible, á una verdadera masilla. Para llegar á este resultado le he visto hacer hasta 200 maniobras de fragmentación (200 *prises*), lo que implica una operación de una hora ó más de duración. En general, el resul-

tado es completo y sólo deja la operación inacabada en los casos en que, á pesar del cloroformo, la vejiga se contrae é impide al instrumento funcionar.

Terminado el fraccionamiento del cálculo Mr. Guyon no procede á la aplicación del aspirador como lo hacen Thompson y Bigelow, sino que practica primero grandes lavajes vesicales con jeringas cargadas de solución de ácido bórico. De este modo despoja la vejiga del polvo de cálculo que está en suspensión en el líquido y de una parte del que envuelve los fragmentos, así como también de los coágulos sanguíneos ó mucosos que podrían obstruir los ojos de la sonda y embarazar la marcha del aspirador. Tan luégo como el líquido del lavaje sale limpio, aplica el aspirador, haciendo previamente una inyección de 250 á 300 gramos de líquido, de suerte que la presión intravesical sea igual á la presión en la pesa del aspirador. Esta condición no sólo es indispensable para el buen funcionamiento del aparato, pues de otro modo las paredes de la vejiga aspiradas por la pera se aplicarían contra la sonda y taparían los orificios, sino que el defecto de presión en la vejiga daría por resultado necesario una hemorragia considerable. Es por esta última razón por lo que Mr. Guyon desecha todo aspirador compuesto de bomba ó émbolo potente, con el que á un momento dado la presión intravesical puede ser reducida á su *mínimum*.

El aspirador produce un doble resultado: en primer lugar, hace salir los fragmentos que el lavaje fué impotente á sacar; y en segundo lugar, sirve al mismo tiempo para verificar el resultado de la fragmentación demostrando, si los hay, la presencia de fragmentos superiores á la capacidad de la sonda. Esta última propiedad ha sido utilizada no sólo en el caso de que hablo, sino también para el diagnóstico de pequeños cálculos que, por su volumen ó por estar escondidos en alguna celdilla vesical, han escapado á la exploración directa del órgano. La presencia de un cálculo ó de un fragmento se reconoce entonces por el ruido que produce su choque contra la sonda en el momento en

que la corriente líquida de ida y de vuelta lo mueve y lo aspira ; pero como la acción de esta corriente sobre los fragmentos no se extiende provechosamente á más allá de $1\frac{1}{2}$ á 2 centímetros, según las experiencias de Guyon y Desnos, es preciso dar á la sonda diversas posiciones en relación con los diferentes puntos de la cavidad, lo que, como ya lo he dicho, permite perfectamente la parte del aparato que une el aspirador á la sonda.

Si teniendo las precauciones dichas el aspirador demuestra la existencia de fragmentos voluminosos y no hay contraindicación nacida de la intolerancia de la vejiga, de la hemorragia y del cloroformo mismo, Mr. Guyon reintroduce un lithotritor de ramas planas y termina la operación.

Una vez que el aspirador ha dado todo el resultado posible, entonces termina la operación haciendo nuevos lavajes de ácido bórico y dejando, como única precaución, una cierta cantidad de líquido antiséptico que mantenga la cavidad en la mayor asepsia posible durante las primeras horas que siguen á la operación.

En el tiempo que he seguido el servicio del profesor Guyon le he visto practicar muchas veces la lithotricia y no siempre en buenas condiciones. Sin embargo, puedo decir que en la mayor parte de los casos el resultado ha sido completo y que la curación se ha verificado en 20 ó 25 días, término medio, salvo en los casos en que ha habido necesidad de practicar varias sesiones, ó en que el aparato renal estaba muy comprometido, ó bien aun en que la cistitis calculosa persistía después de la operación. En general los enfermos se reponen prontamente después de operados y todo se pasa en una apirexia completa ; otras veces hay una ligera hipertermia las primeras 24 ó 48 horas, la cual cede fácilmente á la dieta láctea, á los supositorios morfinados y al sulfato de quinina, y todo entra en el orden. En los casos de lesiones renales avanzados los fenómenos son más acentuados, pero no son ya únicamente imputables á la operación.

Seis ú ocho días después, cuando no ha habido accidente

alguno, Mr. Guyon verifica el resultado explorando la vejiga para hacer una nueva sesión, si la cavidad contuviese aun fragmentos ; y como ésto puede suceder á pesar de la aspiración, él recomienda á todo operado orinar en el decubitus dorsal, sobre todo cuando no hay notable hipertrofia de la próstata, para impedir así el enclavamiento de los fragmentos en la uretra al momento de la micción. Para evitar esto Mr. Guyon aconseja que en los niños y en los adultos de próstata pequeña, si se ocurre á la lithotricia, se lleve la operación hasta el completo molimiento de los cálculos, so pena de ver los fragmentos enclavarse en la uretra.

Comparando la estadística de la lithotricia antigua y la de la moderna, resulta que por $7\frac{1}{2}$ por 100 de mortalidad en la primera hay sólo un 6 por 100 en la segunda como lo practica Guyon. A esto se agrega una duración infinitamente menor en el tratamiento y en la rareza de complicaciones como la orquitis, la cistitis, etc. desarrolladas bajo la influencia de fragmentos angulosos que hieren la vejiga á cada contracción. No obstante Guyon no ha desechado por completo la operación de Civiale á sesiones cortas ; al contrario, la emplea en los individuos afectados de pielonefritis, en quienes considera por lo mismo imprudente el empleo de cloroformo y aconseja á sus discípulos que en el principio de su carrera le den la preferencia á ese método hasta que hayan obtenido la habilidad suficiente para llevar á cabo una larga sesión de lithotricia.

Talla.—Cuando el cálculo no es justificable por la lithotricia, se impone naturalmente la talla. En tal ocurrencia un nuevo problema se presenta: la elección de la vía por donde deba abrirse la vejiga para extraer el cuerpo extraño. Hasta el año de 1881 el Profesor Guyon hacía la extracción siguiendo la vía perineal, pues aunque había practicado la talla hipogástrica había renunciado á ella por la dificultad de su ejecución á causa de la profundidad y de la movilidad de la vejiga, y sobre todo, por el peligro que en tales condiciones se corría de herir el peritoneo.

Mas á partir de la época citada y tan luégo como Petresen, cirujano de Kiel, demostró la facilidad de practicar la operación levantando é inmovilizando la vejiga por medio de un globo de caucho de la capacidad de 600 ó 700 gramos, introducido en el recto, Mr. Guyon ha vuelto á hacer revivir en su servicio la talla hipogástrica y hoy es la que él practica exclusivamente. Es la única vía que le he visto seguir en las varias operaciones de talla que le he visto practicar.

Parece un hecho cierto que la talla hipogástrica, perfeccionada como está después de que Petresen la dotó del globo rectal, está llamada á reemplazar á las otras tallas en una grande extensión práctica. En efecto, si la vía perineal pone al abrigo de la herida peritoneal y hasta cierto punto, que no totalmente, al de la infiltración urinosa, peligros hoy día lejanos y casi ilusorios en la hipogástrica, en cambio ésta, más fácil de practicar hoy, da una vía más ancha á la extracción del cálculo, evitando así en lo general el tener que fragmentarlo para extraerlo y el contusionar los bordes de la herida, y *especialmente* pone á cubierto de las hemorragias tan frecuentes en la talla perineal sobre todo en individuos con hipertrofia de la próstata. Sin embargo, para no propasar los límites de lo razonable, hay que confesar que la vía perineal se impone de preferencia á la suprapuviana en los niños calculosos, y en quienes la vascularidad de la región es insignificante y en quienes el poco desarrollo de la pared abdominal hace más fácil la herida del peritoneo.

El profesor Guyon practica la talla hipogástrica del modo siguiente: cloroformizado el sujeto é introducido en el recto el globo de caucho que debe ser lo más sólido posible, distendido éste por el líquido que puede contener y después de haber hecho unos cuantos lavajes de la vejiga con el ácido bórico, inyecta la cantidad de líquido antiséptico que la cavidad puede contener sin llevar, sin embargo, muy alta su distensión, por temor de producir la ruptura de un órgano que, en tales casos, está más ó menos alterado. Introduce en seguida una sonda de

grande curvatura que debe servirle hasta cierto punto de guía y que debe estar tapada durante la operación; liga sobre ella la verga en su parte media con un hilo de caucho y después de estos preparativos practica la incisión. Esta debe tener cinco ó seis centímetros de longitud y debe bajar hasta de un centímetro sobre la sínfisis puviana. Cortadas las paredes abdominales capa por capa sobre la línea blanca y llegado al tejido celular subperitoneal, abandona el bisturí y con los dedos y una sonda acanalada separa y aleja los tejidos perivesicales; en seguida practica la abertura de la vejiga con el bisturí, teniendo gran cuidado de no herir ninguna de las venas que se encuentran en la superficie del órgano y que distendidas como están por el obstáculo que presenta á la circulación el globo rectal, darían lugar á una hemorragia. Esto último ha sucedido á veces, pero la hemorragia cesa inmediatamente que se retira el globo rectal que impide la circulación venosa.

Una vez extraído el cálculo, termina la operación haciendo grandes lavajes vesicales; y para asegurar el curso regular de la orina, coloca dos gruesos tubos de caucho que hacen el oficio de sifones vesicales y que permiten lavar la cavidad dos ó más veces por día. Para que estos tubos conserven siempre una misma posición y no se desalojen, Mr. Guyon fija cada uno de ellos al borde correspondiente de la herida con un hilo metálico. Como la orina continúa á correr regularmente por los tubos, él no pone nunca sonda uretral, lo que economiza un sufrimiento más al paciente. Dispuestos así los tubos y asegurado su funcionamiento regular, ellos ponen á cubierto de la infiltración urinosa en la cavidad de Retzius y en el resto del tejido celular perivesical.

Mr. Guyon termina la operación haciendo la sutura de las paredes abdominales con hilos metálicos pero sin tocar á los bordes de la vejiga y aplicando en seguida con todo rigor la curación de Lister.

He visto practicar la misma operación al profesor Verneuil con el termocauterio. Por este medio se evita de seguro la he-

morragia, pero en cambio la lentitud de la cicatrización es desesperante.

La cistotomía, reservada antes al tratamiento de los cálculos, recibe diariamente nuevos ensanches. Así es que yo he visto practicar la talla^m perineal á Mr. Verneuil y á Mr. Mallez y la hipogástrica á Mr. Guyon para remediar á las cistitis dolorosas en los individuos afectados de hipertrofia prostática y llegados al estado de tener que sondearse cada cuarto ó cada media hora. En todos los casos que he visto de este género, el resultado ha sido completo en el sentido de que las crisis dolorosas han desaparecido y que los enfermos han recobrado el apetito, el sueño y la tranquilidad perdidos desde largo tiempo. Parece que los cirujanos no se detendrán en esta vía, pues ya en la Sociedad de Cirugía ha sido propuesta la talla hipogástrica para operar los tumores benignos y malignos de la vejiga y aun para extirpar los lóbulos de la próstata que dificultan la micción en las hipertrofias de esta glándula. Esta idea es doblemente racional, pues de una parte la talla supropuviana permite la exploración directa de la vejiga con el tacto y con la vista y por consiguiente facilita más el diagnóstico y las maniobras intravesicales; y de otra parte puede aprovecharse para establecer una fistula urinaria en los casos de cáncer de la vejiga generalizado y acompañado de crisis dolorosas las cuales desaparecen en seguida como por encanto. Aunque en la mayor parte de los casos no se obtuviera sino este último resultado, no basta para que la idea sea aceptada y éntre de lleno en la práctica.

En cuanto al tratamiento empleado en el servicio del hospital Necker en los casos de hipertrofia de la próstata con estancación urinosa y cistitis consecutiva, consiste únicamente cuando esta última no es intensa, en lavajes diarios de la vejiga con el ácido bórico y en la evacuación frecuente de la orina con la ayuda de la sonda.

No sucede lo mismo en los casos de cistitis crónica purulenta acompañada de alcalinidad en la orina. En este caso el

tratamiento empleado consiste en inyecciones intravesicales de una solución de nitrato de plata al 1 por 500, ó lo que es lo mismo, al 0.25 por 100 y repetidas todos los días. Por este medio el estado de la vejiga se modifica rápidamente, la frecuencia de la micción disminuye y las orinas pierden pronto su purulencia y recobran las propiedades ácidas normales. El mismo tratamiento, unido á los lavajes con el ácido bórico, basta en general para combatir la cistitis después de la operación de los cálculos vesicales; pero otras veces es insuficiente y hay que recurrir al tratamiento de la cistitis aguda por las instilaciones de nitrato de plata, según el procedimiento inventado por M. Guyon.

Este procedimiento, aplicable sobre todo en las cistitis agudas acompañadas ó no de hemorragia y en las cistitis de cuello que acompañan ó siguen á la blenorragia de la uretral posterior; consiste en la instilación de una pequeña cantidad de una solución de nitrato de plata al 1 por 50. Para el efecto, Mr. Guyon se sirve de una jeringa construida bajo el mismo sistema de la hipodérmica de Pravaz, pero de mayores dimensiones, en que cada vuelta de tornillo corresponde á una gota del líquido y que está dispuesta de modo de poderse articular con una sonda olivar de pequeñas dimensiones. El objeto de la sonda olivar es el de poder localizar exactamente el punto afectado y por consiguiente limitar á él sólo la cauterización, lo que se consigue fácilmente por las razones que dí al tratar del cateterismo con las sondas olivares.

La instilación se hace del modo siguiente: una vez llena la jeringa del líquido de la inyección y articulada con la sonda, se pone en movimiento el émbolo hasta que las primeras gotas del líquido aparezcan en la extremidad de la sonda y que el aire que ésta contenía sea desalojado por la solución. En seguida se introduce en la uretra la sonda articulada con la jeringa y se busca con la oliva el punto donde deba hacerse la cauterización, lo que se reconoce fácilmente por la sensación de dolor que experimenta el sujeto al paso de la oliva. Se comienza en general por instilar

diez gotas cada dos días, y en seguida se sube la dosis hasta treinta según el resultado.

He tenido la ocasión de ver algunos casos de cistitis agudos blenorragicos entre ellos dos acompañados de hemorragias frecuentes y de tenesmo atroz, en que las instilaciones han producido un alivio tan marcado que, á pesar de que en tales casos ellos son dolorosos, los mismos enfermos reclamaban su aplicación. En general desde las primeras instilaciones la hemorragia cesa, los dolores se calman, la frecuencia en la micción disminuye, las orinas se modifican y los enfermos, que sufren especialmente en la noche, recobran el sueño perdido y se reponen prontamente. Si la cistitis no es muy antigua y que el tratamiento sea dirigido con regularidad, en general la curación sobreviene por término medio en veinticinco ó treinta días.

El mismo tratamiento se emplea en el servicio en la prostatitis crónica y en las blenorragias localizadas al cuello del bulbo y á la uretra posterior y que constituyen la gota militar. En estos casos el resultado es siempre satisfactorio. Pero en todos los casos tanto agudos como crónicos en que pueden emplearse las instilaciones de nitrato de plata, debe aplicarse al mismo tiempo el tratamiento general por los diuréticos, los alcalinos, los balsámicos, los reconstituyentes, etc., según la indicación.

He terminado con esto el trabajo que me había impuesto de una revista de la terapéutica empleada en el servicio de vías urinarias del hospital Necker. No he hecho mención sino de lo más importante y me he abstenido hasta donde he podido de apreciaciones y comentarios porque el género de este trabajo no me lo permite so pena de haberlo prolongado demasiado. Me he limitado casi únicamente á dar cuenta de lo que hace en su servicio el profesor Guyon y á exponer los consejos que, para la práctica, da el ilustre maestro, con lo cual he cumplido, señor Redactor, lo que prometí á usted.

Tengo el gusto de suscribirme su atento servidor y compatriota,

J. A. ARANGO.

París, Agosto de 1883.

INFLUENCIA DEL TRAUMATISMO EN LOS ESTADOS DIATÉSICOS.
MODIFICACIÓN QUE LOS TRAUMATISMOS QUIRÚRGICOS Ó ACCIDENTALES
PUEDEN IMPRIMIR Á LA TUBERCULOSIS EN SU MARCHA.

(Continuación. Véase el número anterior).

Los dos individuos de mi ejemplo sufren en su caída una fractura, que se puede considerar como análoga en cada uno de ellos y que en consecuencia es sometida al mismo tratamiento; B pasa por los períodos regulares de la formación de un callo, que en treinta días lo pone en posesión del ejercicio regular de su miembro fracturado, en tanto que en A la consolidación es tardía, imperfecta ó nula. Verneuil explica el motivo de esta irregularidad, admitiendo que la diabetis es una discracia constitucional y que la formación del callo requiere de parte de quien lo necesita un trabajo neo-formador sumamente activo.

Nuestros dos individuos han sufrido una solución de continuidad con pérdida de sustancia; la cantidad de sangre perdida es próximamente la misma en los dos casos y el tratamiento á que se les somete es idéntico, el trabajo de reparación principia regularmente, pero hé aquí que al tercero ó cuarto día se presenta en B una exudación sero-sanguinolenta, que en breve se convierte en una verdadera hemorragia, la reacción general ha sido la misma durante los primeros días, pero si se continúa observando la línea térmica, se nota que en B hay una diferencia grande entre las temperaturas vespéral y matinal y que esta diferencia es la misma ó casi la misma en varios días sucesivos. Examinando las consideraciones capaces de producir semejante estado de cosas, se descubre que B ha estado en un país pantanoso, que ha sufrido de fiebres palúdicas y que aun conserva un infarto de los órganos privilegiados de la malaria. B ha podido presentar estos fenómenos á consecuencia de una erisipela, de una infección pútrida, de una piohemía, de un flegmón peri-

traumático, etc., etc., pero un examen detenido ha hecho excluir todos estos estados morbosos. ¿Qué se pasa en nuestro enfermo? En otro tiempo se decía, B está predispuesto á las hemorragias y el agotamiento que éstas producen han desarrollado una especie de fiebre hética. Ayer no más había derecho de sospechar una diatesis hemorrágica ó de temer una septicemia que principia insidiosamente, y si el tratamiento no viniera á ayudar á establecer el diagnóstico, estas suposiciones tendrían justo derecho para sostenerse; pero hé aquí que B es sometido al tratamiento quínico y que en breve sus hemorragias secundarias se suspenden y se establece la regularidad en la línea térmica; de donde se puede concluir que B era simplemente un palúdico y *que el traumatismo ha contribuido á favorecer la manifestación de una intoxicación que se ocultaba, merced á la ausencia de una causa ocasional.*

Los casos de meningitis tuberculosas en el curso de un traumatismo se multiplican cada día desde que Verneuil y sus discípulos comenzaron á llamar la atención de los cirujanos sobre los numerosos insucesos de las operaciones en los individuos afectados de tuberculosis. El número de observaciones que demuestran la relación directa que existe entre el traumatismo quirúrgico ó accidental y la tuberculosis, es sumamente considerable, y como mi objeto es el de exponer la teoría ó más bien el de comunicar las deducciones que se presentan naturalmente al espíritu, después de haber visto algunos casos y de haber leído todos ó la mayor parte de los que se han publicado sobre la materia, prescindiré de exponer observaciones detalladas y me contentaré con tomar uno ó dos tipos que servirán de núcleo, á mí, para exponer la teoría, y á los que me lean, para que acumulen al rededor de ellos todos los que su práctica ó su estudio les hagan creer como pertenecientes á esta categoría.

Un individuo sufre de una artritis tibio-tarsiana supurada y al mismo tiempo presenta síntomas de una tuberculosis incipiente (catarros frecuentes y aspereza del murmullo vesicular en los

dos vértices, más bien que verdaderos estertores), se le amputa la pierna en el lugar de elección, cuando todos los caracteres del moñón y de la salud general hacen augurar una pronta curación, nuestro enfermo es atacado de una meningitis tuberculosa ó de una granulosis aguda, que lo arrebató tres semanas después de la operación. ¿Es una simple coincidencia, ó existe una verdadera relación de causa á efecto, entre la amputación y esta tempestad morbosa que ha hecho sucumbir al operado? ¿Se habrían prolongado los días de este enfermo, si se prescindía de la operación? Verneuil, no responde categóricamente á estas preguntas, pues él no tiene la pretensión de proscribir en absoluto la intervención quirúrgica en los tuberculosos, él se contenta con decirnos: “*Desconfiad de los tuberculosos, no los opereis sino cuando sea absolutamente necesario, guardad la mayor reserva en el pronóstico y sobre todo temed la meningitis tuberculosa y la granulosis aguda!*” Muy difícil me parece el admitir una simple coincidencia en semejante situación, y si es á ella que se deben los insucesos es necesario por lo menos conceder que *estas coincidencias son sumamente frecuentes*. La patología general debe ser el único guía para juzgar esta cuestión y por mi parte me parece muy racional el admitir que el traumatismo ha obrado, como una causa ocasional de primer orden, en la producción de este accidente. Sucede con la tuberculosis lo que sucede con todas las enfermedades generales, que vejetan silenciosamente, hasta que una causa ocasional viene á darles *el golpe de foete* necesario para hacerles adquirir una gran velocidad en su marcha. Estas son cuestiones que se ven todos los días, aún en la práctica más restringida, así el parto por ejemplo, produce un traumatismo y nadie ignora la funesta influencia que él ejerce sobre las desgraciadas tísicas, que además de la carga de su enfermedad y de nueve meses de gestación, tienen que soportar la más pesada todavía, del parto, con sus dolores y sus hemorragias, con su trabajo de regresión consecutivo y con los fenómenos del establecimiento de la secreción lactea.

El trauma quirúrgico ó accidental, puede entonces, provocar la marcha rápida de una tuberculosis, que incipiente sólo esperaba la acción de una causa ocasional, para multiplicar sus manifestaciones y agravar las ya existentes.

Una niña presenta un infarto tuberculoso de los ganglios del cuello, una verdadera tuberculosis en colonias, sin fenómenos característicos de la tuberculosis visceral. Los tubérculos se reblandecen, el ganglio se funde, por decirlo así, y un absceso tuberculoso queda constituido. Un cirujano abre el tumor y con las mejores precauciones listerianas, practica el raspaje (raclage) de las paredes de esta verdadera caverna ganglionar. La cicatrización principia regularmente y cuando la curación definitiva parece evidente, estalla una meningitis tuberculosa que en breve se puede verificar con la autopsia.

Tres ideas se presentan á la imaginación cuando se trata de explicar el mecanismo de este fenómeno: 1^a La tuberculosis existía ya en los pulmones, sin dejarse conocer por sus signos físicos (lo que sucede con frecuencia) y el traumatismo ha sido solamente la chispa suficiente para generalizar el incendio; 2^a La tuberculosis existía en las meningeas sin existir en los pulmones (cosa rara pero posible) y el trauma quirúrgico ha determinado la inflamación de la meningea á esto predispuesta como *locus minoris resistentiæ*; ó 3^o La tuberculosis sólo existía en las cavernas raspadas, ella estaba allí colonizada y en cierto modo aislada del torrente circulatorio y el raspaje no ha hecho otra cosa que facilitarle puertas de entrada, sea por los linfáticos ó por los vasos sanguíneos inevitablemente abiertos durante la operación, en una palabra, el raspaje ha producido una verdadera auto-inoculación, análoga á la que se produce en el último período de una pústula maligna. Sin negar la posibilidad de las dos primeras hipótesis, Verneuil tiende á aceptar esta última que los trabajos de Bouilly y Debove parecen demostrar. A pesar de lo fascinadora que parece esta teoría, yo creo que es necesario esperar el que nuevas experiencias vengan á hacer desaparecer

algunas dudas que todavía existen sobre la auto-inoculación de la tuberculosis, por ahora, debemos simplemente contentarnos con deducir de los hechos que dejo expuestos el siguiente principio: *El trauma quirúrgico ó accidental puede obrar sobre una colonia tuberculosa provocando ó acelerando su generalización.*

V.—Anuncié desde el principio de esta carta, que las ideas que dejo expuestas carecen del carácter didáctico que sólo ofrecen las cosas completamente demostradas y es al tratar de exponer las aplicaciones de estas ideas á la terapéutica médico-quirúrgica, que más se hace sentir la incertidumbre que en el mundo físico como en el moral, acompaña siempre los primeros días de toda existencia. En efecto, los hechos que dejo expuestos ofrecen numerosas excepciones y se está muy lejos de pretender sostener, que no se deba operar á los tuberculosos; por otra parte, si se acepta la auto-inoculación de la tuberculosis local, lo más racional es pensar en destruir la colonia sin tocar directamente con ella. Si se trata de una lesión que como la osteo-artritis tuberculosa es una causa de agotamiento del enfermo, es necesario buscar el solo recurso de salvación que se le presenta, es necesario, digo, amputar el órgano afectado, exponiéndose es cierto á acortar una existencia de miserias. Cuando el tumor blanco es la única lesión apreciable, todos los cirujanos están de acuerdo en creer que se debe hacer la amputación ó la resección sin pérdida de tiempo. Pero hay una regla que domina todas las otras y es la de instituir un tratamiento general bien dirigido y por largo tiempo sostenido.

No hay duda que las ideas de Verneuil tienen el gran mérito de tender á reanudar los vínculos que deben hermanar la medicina con la cirugía, vínculos que aun cuando siempre han existido comenzaban á debilitarse, merced al entusiasmo de los cirujanos que solo buscan el suceso operatorio. No es el operar esta ó aquella lesión, lo que constituye el mérito de un cirujano, sino el saber cuándo debe operarse. Estas ideas, repito, hacen al cirujano más previsor, más prudente en su acción y más re-

servado en sus pronósticos; ellas nos enseñan que debemos buscar dos éxitos en nuestros operados; el éxito operatorio y el éxito terapéutico y que para estar seguro de obtener uno y otro es necesario preparar á los enfermos con la ayuda de tratamientos médicos que modifiquen la salud general. ;Cómo pretender, por ejemplo, que un escrofuloso deja de serlo, desde el momento en que se le extirpan sus ganglios sub-maxilares infartados! Desgraciadamente la terapéutica carece todavía de agentes capaces de modificar algunos estados generales y la tuberculosis es uno de ellos, sin embargo, cada día se hacen más evidentes los benéficos resultados que se obtienen con el cambio de clima, siempre que la elección de éste, haya sido científicamente hecha. Quisiera insistir aquí sobre la influencia del clima en la tuberculosis, ó mejor dicho, sobre la elección de la localidad á donde debe enviarse á cada tuberculoso, solamente creo que esta exposición sería inútil, pues, conozco muy poco la meteorología y la hidrología de nuestro país y todo lo que yo pudiera decir se referiría solamente á la Francia. Es este un estudio que nos falta y quien lo emprenda hará un señalado servicio á la humanidad.

VI.—El alcoholismo, la sífilis, la escrófula, la diatesis rehumatimal, el herpetismo &^a son modificados en su marcha por el traumatismo y si no insisto sobre esto, es porque creo que para ser claro debo contentarme con consignar aquí una proposición general que resuma toda la doctrina, es la siguiente: *Los traumatismos quirúrgicos ó accidentales, influyen directamente sobre los estados morbosos generales, produciendo casi SIEMPRE una agravación en su marcha. A su turno, los estados morbosos generales PUEDEN influir sobre los fenómenos que constituyen el trauma. Los estados morbosos anteriores dejan en los órganos una predisposición orgánica á la enfermedad y el trauma puede despertarla.*

Tales son las ideas cuya discusión está hoy al orden del día, y que aún cuando son muy antiguas, parecen creadas ayer, á juzgar por la oscuridad que todavía existe en algunos de los

puntos que con ellas se rozan. ¿Qué cosa más natural que admitir que un individuo enfermo debe soportar más difícilmente un trauma, que uno que no lo está? Y sin embargo cuando se trata de profundizar el fenómeno; cuántas dificultades! cuánta incertidumbre! Por hoy le pongo punto á esta humilde comunicación, ofreciéndole tenerlo al corriente de los progresos que, con las ideas dichas, puedan realizarse, pues hasta ahora sólo nos enseñan tres cosas: 1.^a Que las causas de la mortalidad de los operados son más complexas de lo que se creía; 2.^a Que la preparación médica del enfermo es una condición muy importante para el éxito; 3.^a Que los estados morbosos generales y locales, anteriores ó coexistentes con la lesión quirúrgica pueden tener parte en la inesperada muerte de cierta clase de operados.

EXPERIENCIAS DE AUBER SOBRE EL VIRUS DEL CHANCRO SIMPLE.

Creo útil el comunicarle el siguiente extracto de una comunicación hecha por Mr. Auber á la Academia de Medicina el día 7 de Agosto del presente año: “El virus del chancro simple recogido en tubos de vacuna, es sometido á la acción de temperaturas determinadas. Algunos de los tubos son conservados intactos para que sirvan de término de comparación.

“La acción de 42 grados de temperatura, sostenida sobre el virus chancroso durante una hora, ha extinguido completamente la virulencia. El calentamiento del virus durante 16 á 18 horas á la temperatura de 37 á 38 grados, anónada igualmente la actividad del virus.

“El virus que se ha guardado en los tubos que no han sido calentados conserva todas sus propiedades.”

Mr. Auber cree que estas experiencias pueden explicar los hechos siguientes:

“1º La ausencia de bubones chancrosos, de los ganglios linfáticos profundos, en los casos de chancro simple del cuello uterino, pues, la temperatura média de los gangliones que reciben los linfáticos del cuello es de 37 á 38 grados, por consiguiente suficiente para destruir la virulencia.

“2º Si los ganglios superficiales son afectados de bubón chancroso, es porque están más expuestos á numerosas causas de refrigeración que los colocan en una temperatura inferior á 37 grados.

“3º La corta duración y la rapidez de evolución del chancro simple del cuello uterino,” del que se ha dicho que vegeta en lugar de vivir en esta región, “pues la temperatura del cuello es superior á la de la vulva.

“4º El sitio de preilección del chancro simple del ano, un poco hacia abajo de la línea de unión de la mucosa con la piel, en un punto expuesto al aire y por consiguiente menos caliente.

“5º El chancro simple determina unas veces un bubón puramente inflamatorio, otras un bubón chancroso; y como el bubón inflamatorio se presenta en individuos que han sido afectados de fiebre de duración é intensidad variables, es racional admitir, que es la elevación de temperatura, producida por la fiebre, la que ha cambiado la naturaleza del bubón. Un bubón supurado, es siempre chancroso, pero si la fiebre mata el virus, el bubón chancroso viene á ser simplemente inflamatorio.

“6º La erisipela que eleva simultáneamente la temperatura central y la temperatura local, destruye la virulencia del pus chancroso y trasforma la úlcera en herida simple.”

Mr. Auber, se propone buscar un medio práctico para tratar el chancro simple con el calórico, pues los que hasta ahora existen son difícilmente soportados por los enfermos; tales son: los sacos calientes de arena propuestos por Benoit de Montpellier y el baño caliente de asiento de Simmons.

El año escolar ha sido funesto para la Facultad, pues durante él ha perdido á dos de sus más notables profesores: Lasègue, el célebre enagenista, profesor de clínica médica en el hospital de la Piedad, y Parrot, profesor de clínica de enfermedades de los niños. La ciencia recogerá los trabajos de estos dos genios é inmortalizará sus nombres!

Su afectísimo discípulo y amigo,

JUAN E. MANRIQUE.

EL DOCTOR JUAN DE DIOS TAVERA.

Ya que con laudable propósito y lucido desempeño se publican en esta *Revista* importantes noticias de la vida y escritos de los servidores de la ciencia, cumplimos gustosos la grata recomendación que nos ha hecho su respetable Redactor, que es uno de los profesores que más se interesan en el adelanto científico, la formación de la *Medicina nacional*, y en dar á conocer, dentro y fuera de la República, á los médicos colombianos. Uno de estos, notable por varios conceptos, es el sujeto cuyo nombre encabeza estas líneas, escritas para cumplir la indicada recomendación.

Generalmente se reconoce, y la prensa lo ha dicho en repetidas publicaciones, que el doctor Juan de Dios Tavera es un hombre excepcional, por la elasticidad de sus facultades y por la facilidad con que aplica sus múltiples aptitudes á todo asunto donde su espíritu investigador y su nobilísimo corazón le señalan, aun cuando sea de lejos, la ocasión de dar aliento al progreso ó alivio al desgraciado enfermo.

Para hacer el recuento de los trabajos emprendidos por el doctor Tavera, en sus incansables anhelos, necesitaríamos algo más que unas pocas columnas de periódico, puesto que este sujeto ha empleado su vida entera en estudios, trabajos y em-

presas de diversos géneros, sin abandonar el ejercicio de la medicina, á cuya práctica lo indujo la inclinación natural que se revela en las almas nacidas con la suficiente abnegación para echar sobre sí el peso de grandes responsabilidades, dolores y miserias. Y ya lo hemos dicho otra vez : el mero deseo de buscar una profesión lucrativa, carece del poder bastante para conducir al hombre á la alta dignidad que representa el médico ; es indispensable poseer especiales condiciones que pueden llamarse de organización, poderosas á levantar al hombre de la esfera común, nada menos que para asemejarlo en muchos casos á la Providencia. A esta jerarquía pertenece el doctor Tavera, en ella lo han colocado sus talentos, su instrucción y sobre todo ese espíritu de caridad, y ese tacto intuitivo cuya importancia ha determinado la creación de una *escuela ó sistema filosófico*.

Si los habitantes de la ciudad de Tunja, donde ha residido por muchos años el doctor Tavera, dan testimonio fiel de la habilidad é inquebrantable benevolencia de su predilecto médico, leyendo las obras de este escritor, se ve que estudia y trabaja con incansable actividad, y que el objeto primordial de sus labores es el bien de sus semejantes ; ya se ocupe de la medicina, de las ciencias naturales, de las artes, de la industria del país, de la educación de la juventud ó de la política, que en él ha sido tan sana en principios como en aspiraciones y propósitos.

El doctor Tavera nació en la ciudad del Socorro, no sabemos á punto fijo en qué año, y suponemos que en la primera década del presente siglo ; pero es lo cierto que su familia, de elevada posición en la Colonia, abrazó con patriótica decisión la causa de la Independencia, trocando generosamente sus comodidades y bienestar por las confiscaciones, el presidio y la muerte ; desgracias y miserias que fueron el premio de grandes sacrificios, valerosamente sobrellevados en aquella época de general conflicto.

Después de tan deshecha tempestad se encontró el doctor Tavera, niño todavía, en lamentable orfandad y pobreza, sin

otra fortuna que su herencia de sangre y de lágrimas, derramadas para fundar la libertad, herencia que es un título glorioso digno de acatamiento y de respeto.

Mediante la protección de su tía, la señora doña Gabriela Barriga de Villavicencio, logró el joven Tavera hacer sus estudios en el Colegio de San Bartolomé de esta ciudad, cursando con lucimiento los ramos de literatura y filosofía, medicina y cirugía que entonces se enseñaban, hasta graduarse de bachiller, licenciado y doctor.

A contar de aquella época hasta la presente, la vida del doctor Tavera ha sido un bello ejemplo del médico ilustrado y caritativo, del hombre laborioso y del ciudadano honrado y progresista. Sus claras facultades las emplea incesantemente en ocupaciones de pública utilidad, y sin atender á la adquisición de una fortuna que habría podido labrarse con su rara constancia para el trabajo, prodiga su tiempo y sus talentos en beneficio de la sociedad, instado por la natural filantropía que lo distingue y que ha hecho de él un personaje de difícil imitación.

Ha fundado y dirigido colegios de varones ó de señoritas en Vélez, Pesca, Santa Rosa y Tunja; y muy provechosa ha sido su consagración á estas tareas, puesto que jamás descuida la educación moral y religiosa, base de toda sociedad civilizada y elemento indispensable para asegurar el progreso, la libertad y la dicha de los pueblos. Ha fundado varios periódicos y colaborado en muchos, y como empleado público comprueba en toda ocasión su patriotismo leal y desinteresado, especialmente en los Congresos, las Asambleas y Cabildos, donde se resuelven las cuestiones que más directamente deciden de la suerte del país.

El doctor Tavera ha escrito sobre varios ramos de medicina y cirugía, y también sobre pirotecnia, fotografía, taquigrafía, dibujo etc. etc., y su *Estudio sobre la Lepra* es de reconocida importancia por la doctrina y por el asunto, el cual está reclamando la atención de los médicos, hasta exigir, como seriamente exige, la apertura de frecuentes concursos sobre la materia, toda

vez que tan pavoroso espectro sigue impunemente su marcha progresiva, como misteriosa y aterradora calamidad, que nos obliga á buscar con tenaz insistencia el arma que debe combatirla.

No hace mucho tiempo que el doctor Tavera estableció gratis una Escuela normal de obstetricia, divulgando al propio tiempo su obrita sobre esta importante materia, que lleva por título *Instrucción popular sobre partos*; y ya se comprende cuán considerable es este servicio, tan útil sobre todo para las gentes de los campos, donde por ignorancia absoluta ocurren frecuentes desgracias en las infelices parturientas, sujetas á salvajes procedimientos, que con escándalo se practican aun en lugares donde no se carece de parteros.

Terminaremos este rasgo biográfico advirtiéndolo, que al doctor Tavera le sobra tiempo para rendir culto á las bellas artes: la poesía, la música, la pintura y la escultura lo cuentan en el número de sus amantes. Para dar tregua al espíritu que naturalmente se fatiga con la aridez de algunos estudios, la severidad de otros y las duras emociones á que es tan ocasionado el ejercicio de la profesión, justo es que el médico, en su calidad de hombre sensible, busque por momentos algunas dulces impresiones, de esas que en vez de apocar el ánimo, le dan cierta necesaria dedicadeza y la virilidad que el trabajo constante exige.

Si son inseparables del médico las condiciones psicológicas de una alma elevada y sensible, no sería lícito alejar por completo á ese sér esencialmente intelectual, del culto de las bellas artes, preciosa fuente á donde es preciso acercarse para recrear el espíritu y mitigar las amarguras de la vida.

PEDRO PABLO CERVANTES.

Bogotá, 2 de Noviembre de 1883.

APARATOS EMPLEADOS EN LA CIRUGÍA DE LA CONTINUIDAD DE LOS
HUESOS LARGOS.—*Hospitales de Londres.*

1.º Si como resultado de una anquilosis coxo-femoral, ó como resultado de una mala posición en la consolidación de una fractura en la parte superior del fémur, ó por otra causa, hay una mala dirección del miembro ó de los miembros inferiores que necesite una operación, generalmente, el proceder adoptado consiste en una modificación de los procedimientos clásicos en semejantes casos, y que consiste en hacer una incisión en la región trocanteriana, longitudinal, para después de haber levantado el periostio, tallar del hueso una cuña ovoides, á base dirigida del lado de la convexidad de la incunación, practicada por medio de la cierra de Blandios; ó bien simplemente se practica con un bisturí una incisión que permite pasar la misma cierra y sin hacer desprendimiento del periostio, ni de los músculos, se practica una sección en el punto dado del hueso, que permita comunicarle la posición deseada.

Una vez los dos miembros en la posición normal, la pequeña excavación proveniente de la práctica del primer proceder, es colmado, ó con una esponja, ó con la gasa antiséptica en retazos, hasta que todo temor de hemorragia haya cesado, para aplicar luego una sutura á puntos separados. Si se trata tan solo de una incisión en la piel, seguida de la sección del hueso, los dos labios de la herida son unidos por medio de telas de espadrapo.

El aparato empleado se compone de una doble tablilla de madera para cada lado de cada miembro, ó sea de unas dos tablas largas, inferiores, que se extienden desde la extremidad inferior de cada miembro hasta veinte centímetros más abajo del lugar operado; la extremidad que corresponde al pie de estas tablillas, está excavada en su tercio inferior de una canal, sobre la cual juega una tuerca y un tornillo, que sirven para fijar en

lugar necesario una placa de madera, acomodada á la planta del pie y que sirve de apoyo seguro al pie y de todo el miembro. Las otras dos tablillas, las superiores, son cortas, reposan sobre las partes laterales del torax, se extienden de las axilas hasta las falsas costillas. Las extremidades inferiores de estas tablillas están unidas á las superiores de las dos inferiores por medio de dos varillas metálicas suficientemente encorvadas, á convexidad externa, para permitir hacer las curaciones ulteriores libremente.

Suponiendo las heridas con su respectiva curación, las superficies externas de las dos partes del aparato, en la parte de madera, cubiertas de la tela impermeable que envuelve una capa de pita, para hacer más llevadero el contacto del aparato con la piel de los miembros, en este estado todo; los miembros en la debida posición por medio del pédalo de madera y de su tuerca y tornillo, y preservada la piel por bandas de espadrapo, un vendaje circular mantiene todo el aparato hasta la extremidad superior de las tablillas inferiores. Una ancha banda de espadrapo sostiene en su lugar las dos tablillas superiores sobre el pecho. La solidez del doble aparato se hace efectiva por una varilla metálica, teniendo una extremidad á tornillo, que atraviesa los cabos inferiores de las tablillas inferiores de madera; las tablillas superiores se sostienen igualmente por medio de un doble arco metálico, á extremidad central ó interna con hendidura, una tuerca y un tornillo atraviesan estas dos últimas extremidades y permiten éstos mantener al aparato más ó menos estrechamente ajustado al tronco. Se comprende que para las extremidades enfermas sucede lo mismo. Ultimamente una polea sobre cada extremidad inferior de las tablillas de madera, permite hacer más tarde una extensión positiva, si fuere necesario.

Con este aparato tan sólido, sencillo y de fácil improvisación en cualquiera parte, las curaciones sucesivas de las heridas se practican sin bullir ó mover jamas las nuevas superficies

oseas, quedando así asegurada la indicación capital de la operación. El cobertorio, la suspensión á éste, si se quiere, más una buena superficie de reposo, forman el complemento del aparato.

1º (bis) En los casos de deformación de una ó de los dos miembros enfermos por incurvación del cuerpo del fémur, causas raquílicas, traumáticas, ú otros, y no de la extremidad superior del mismo hueso, como para el precedente aparato, en este segundo caso, basta simplemente hacer la articulación inamovible del aparato hacia el lugar de la sección del hueso y de una simple incisión de la piel. En lo demás, exactamente como para el anterior aparato.

2º En los casos de lesiones en la continuidad de los huesos largos de los miembros inferiores, ó de tumor blanco de la rodilla en los niños, en lugar de mantener el miembro envuelto en una gotera, ó en otro aparato que abrace ó abrigue todo el miembro, basta simplemente hacer uso de una tablilla de madera, ó de tela, con uno ó dos semicírculos dependientes de la tablilla misma, que sostienen ésta al miembro y ayudan en la conservación de la posición comunicada á éste por el vendaje circular que lo envuelve primero y por la tablilla, así acomodada, que sostienen prominentemente el miembro en la actitud necesaria.

3º Como aparato para sostener los fragmentos ó extremos de la fractura del cuello del fémur, y bien se comprende que lo es exactamente para las luxaciones coxofemorales, se emplea una larga banda ó tabla de madera, que aplicándose sobre el lado externo del miembro afectado, se extiende desde el tercio inferior del pecho hasta la extremidad plantar del pie, excediendo esta superficie en una extensión de diez á veinte centímetros. Esta misma extremidad está atravesada por una serie de hendiduras de seis á ocho centímetros de largo y reposa el mismo extremo sobre una tabla de madera corta y de dirección perpendicular, destinada á sostener sólidamente la extremidad inferior de la

gran tabla y sirve de apoyo al talón del pie del lado enfermo. El ancho de la gran banda de madera es proporcionado al espesor del miembro, y en todo caso se debe recordar que su indicación es la de conservar al miembro la dirección normal.

Una vez reducida la fractura ó luxación, ó si se juzga que hay penetración recíproca de los extremos de la fractura y que la fractura en este caso no exige sino reposo para su consolidación, se aplica sobre todo el miembro un vendaje circular, y se termina por una espica inguinal. El pie tanto en su lado externo, como interno, es preservado de la presión externa de la gran tabla y de la interna del vendaje que sostendrá allí el pie, por medio de dos fajas de cartón, sostenidas por un vendaje circular. En este estado, se coloca la tabla en el lado externo del miembro, el talón reposa, si se quiere, sobre la tabla á dirección transversal; no es de absoluta necesidad; el extremo superior de la tabla es sostenido en su lugar por medio de una gran banda, ó de un vendaje circular del tronco, que puede cubrirse de una ó de varias telas empapadas en una solución silicatada, si se juzga necesario. El pie y la extremidad inferior de la misma tabla son asegurados por medio de un vendaje en ocho, que va de la articulación tibio tarsiana, entrecruzándose la banda, sobre el lado interno del pie, pasando los dos extremos de este mismo vendaje por las hendiduras de la gran tabla hasta la altura conveniente, para mantener el miembro en la posición normal. Los espacios en el resto del miembro, entre éste y la tabla en cuestión, son colmados con trapos ó lienzos usados, ó algodón, de modo de llenar completamente los intervalos y asegurar luego la perfecta acomodación de la tabla al miembro, por medio de tres grandes bandas, colocadas sobre la rodilla, el muslo, y pierna, respectivamente.

Si fuere necesario hacer la extensión continua y creciente del miembro, en otra parte se ha indicado el modo.

4º Si las resecciones de la rodilla han de asegurar por sus buenos resultados una aplicación análoga en la articulación coxo-

femoral en los adultos, es fácil pensar que el aparato empleado en semejantes casos sería el mismo de Howse para la rodilla en los adultos, con una sola modificación: sostener el extremo superior de la pieza sólida, que establecería la articulación del aparato hacia el punto operado, por medio de un vendaje de cuerpo, silicatado y el resto del aparato en su parte inferior sería completamente semejante al que se ha descrito ya en la resección de la articulación de la rodilla.

La resección coxo-femoral en los niños es una operación común y corriente: en este caso se deja cicatrizar la herida por medio de un simple aparato contentivo, y luégo se facilitan los movimientos en la pseudo-articulación, cuando la cicatrización está asegurada. Bien se sabe que en los niños las heridas en buenas condiciones hacen la reparación con una prontitud sorprendente.

JOSUÉ GÓMEZ.

(Continuará).

INDICE DEL NUMERO 90.

	Págs.
Flecmón perinefrítico—J. T. Enao.....	225
Exploración de la uretra y de la vejiga, tratamiento de las estrecheces, lithotricia, talla, hipertrofia de la próstata con estancación urinosa, cistitis aguda y crónicas—J. A. Arango.....	239
Influencia del traumatismo en los estados diatésicos. Modificación que los traumatismos quirúrgicos ó accidentales pueden imprimir á la tuberculosis en su marcha—Juan E. Manrique.....	251
Doctor Juan de Dios Tavera—Pedro Pablo Cervantes.....	259
Aparatos empleados en cirugía, en la continuidad de los huesos largos. Hospitales de Londres—Josué Gómez.....	263

PREPARACIONES DE PEPSINA

De GRIMAULT y C^a, Farmacéuticos en PARIS

Nos conformamos exclusivamente á la fórmula del Codex francés para extraer la pepsina de los estómagos de ciertos animales herbívoros, y preparamos con todo el esmero posible, este poderoso agente digestivo tan precioso en terapéutica; las importantes contratas hechas con varios mataderos nos permiten atender á todos los pedidos por mas considerables que sean.

Las preparaciones las mas apreciadas por el cuerpo médico, son :

1^o **ELIXIR DIGESTIVO DE PEPSINA** de GRIMAULT, preparado con los mejores vinos de Lunel y de Frontignan. Cada cucharada contiene 20 centigramos de pepsina pura.

2^o **LA PEPSINA GRIMAULT**, en polvos, que se prescribe á la dosis de un gramo, antes de cada comida, y se toma en la primera cucharada de sopa.

VINO Y JARABE DE DUSART

CON LACTO-FOSFATO DE CAL

Las investigaciones del Dr Dusart sobre el fosfato de cal han venido á demostrar que lejos de ser inactiva esta sal, como se suponía, está, por el contrario, dotada de propiedades fisiológicas y terapéuticas muy notables. Fisiológicamente, se combina con las materias azoadas de los alimentos y los fija transformándolos en tejidos; de aquí resultan el desarrollo del apetito y el aumento del peso del cuerpo. — Terapéuticamente, dichas propiedades hacen de él un reconstituyente de primera clase.

El **Jarabe** en la medicación de los niños, el **Vino** en la de los adultos, en las afecciones del estómago y como analépticos, son generalmente admitidos. — Bajo la forma de **Solucion**, el lactofosfato de cal, se ofrece á los enfermos cuando *soportan mal cualquiera de las dos primeras preparaciones.*

Indicaciones : Crecimiento, raquitismo, dentición, afecciones de los huesos, llagas y fracturas, debilitamiento general, tisis, dispepsia, convalecencias.

Dosis : 2 á 6 cucharadas por día.

VINO Y JARABE DE QUINA FERRUGINOSO

De GRIMAULT y C^a, Farmacéuticos, 8, rue Vivienne, PARIS

El **Pirofosfato de hierro y de sosa** es el solo marcial que presente la ventaja de formar, con los principios tónicos de la quina, un compuesto exento de reproches. El forma la base del **Jarabe de Quina ferruginoso** de GRIMAULT y C^a. Así es que esta preparacion se distingue de todas las de composicion análoga, tanto por sus propiedades terapéuticas, cuanto por su limpidez y sabor agradable.

Las preparaciones de **Quina ferruginoso** de GRIMAULT y C^a, cuyos felices resultados han sido certificados por la mayor parte de los médicos de Paris desde hace mas de 20 años, se toma média hora antes de cada comida, á la dosis de una cucharada á boca para las personas mayores y de una cucharada de postres para los niños. El Jarabe se emplea de preferencia para los niños y el Vino para los adultos.

Depósito en todas las Farmácias y Droguerías de la República.