

14708 Agosto
Jey 1845

CLÍNICA QUIRÚRGICA

DEL

HOSPITAL DE LA CARIDAD,

POR

L. GOSSELIN

PROFESOR DE CLÍNICA QUIRÚRGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE PARIS, CIRUJANO DEL HOSPITAL DE LA CARIDAD
Y DEL HOSPITAL ROTHSCHILD, MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA
Y DE LA SOCIEDAD DE CIRUJÍA, COMENDADOR
DE LA LEGION DE HONOR.

TRADUCIDA POR

EL DOCTOR M. GOMEZ PAMO

CIRUJANO DE NÚMERO DEL HOSPITAL GENERAL DE MADRID,
CONDECORADO CON LA CRUZ DE EPIDEMIAS, SOCIO CORRESPONSAL DE LA ACADEMIA DE
MEDICINA DE MADRID, PREMIADO POR LA MISMA.

CON FIGURAS INTERCALADAS EN EL TEXTO.

Parte 3^a

MOYA Y PLAZA,
LIBREROS DEL MINISTERIO DE FOMENTO.
DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA, DE LA DE MEDICINA DE MADRID.
DÉPÓSITO HIDROGRÁFICO.
Carretas, 8.—MADRID.

1875.

7265

GENERAL COURTESY

HOSPITAL DE LA CAROLINA

J. GOSSELINK

TO DOCTOR IN CHARGE

1914

227-1233

14708
(ff 1847)

CLÍNICA QUIRÚRGICA

DEL

HOSPITAL DE LA CARIDAD.

7265

CLINICA QUIRURGICA

HOSPITAL DE LA CARIDAD

J. GOSSELIN

CLINICA QUIRURGICA

CONSTITUCION DE LA CLINICA QUIRURGICA

179
180

CLÍNICA QUIRÚRGICA

DEL

HOSPITAL DE LA CARIDAD,

POR

L. GOSSELIN,

PROFESOR DE CLÍNICA QUIRÚRGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE PARIS, CIRUJANO DEL HOSPITAL DE LA CARIDAD
Y DEL HOSPITAL ROTHSCHILD, MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA
Y DE LA SOCIEDAD DE CIRUJÍA, COMENDADOR
DE LA LEGION DE HONOR.

TRADUCIDA POR

EL DOCTOR M. GOMEZ PAMO,

CIRUJANO DE NÚMERO DEL HOSPITAL GENERAL DE MADRID,
CONDECORADO CON LA CRUZ DE EPIDEMIAS, SÓCIO CORRESPONSAL DE LA ACADEMIA DE
MEDICINA DE MADRID, PREMIADO POR LA MISMA.

CON FIGURAS INTERCALADAS EN EL TEXTO.

TOMO II.



MOYA Y PLAZA,
LIBREROS DEL MINISTERIO DE FOMENTO,
DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA, DE LA DE MEDICINA DE MADRID.
DEPÓSITO HIDROGRÁFICO.
Carretas, 8. — MADRID.

1875.

CLÍNICA QUIRÚRGICA

HOSPITAL DE LA CARIDAD

L. GOSSELIN

Esta obra es propiedad de los SEÑORES
MOYA Y PLAZA; serán considerados como
ilegales los ejemplares que carezcan del si-
guiente sello.



CLÍNICA QUIRÚRGICA

DEL HOSPITAL DE LA CARIDAD.

TÍTULO OCTAVO.

FLEMONES.—ABCESOS.—FÍSTULAS.

LECCION XLV.

**Abcesos de la mano consecutivos á la sinovitis
de los tendones flexores.**

1. Autopsia de un individuo muerto á consecuencia de una herida contusa del dedo pequeño, seguida de inflamacion de la bolsa sinovial de los flexores.—Infeccion pútrida.—Presencia del pus en la vaina sinovial de los tendones flexores del dedo pequeño.—Continuacion del foco detras del paquete tendinoso de la palma de la mano.—Extension á la vaina sinovial del pulgar.—Integridad de las vainas sinoviales de los otros dedos.—Sinovitis tendinosa de los flexores, supurada parcialmente.—Inflamacion procedente del dedo pequeño.—Abcesos de las eminencias tenar é hipotenar, sin abceso palmar concomitante.—Explicacion por una mezcla de sinovitis plástica y de sinovitis supurada.—Flemon difuso profundo del antebrazo; terminacion de este flemon por resolucion.

SEÑORES:

- I. Pongo á vuestra vista una pieza anatómica que procede de un hombre de 55 años que ha estado durante unos doce dias (desde el 23 de diciembre de 1868, hasta el 5 de enero de 1869), en el número 38 de la sala de la Santa Virgen.

Os acordareis de que este hombre se habia aplastado con

una piedra la extremidad del dedo pequeño izquierdo, y le había resultado una herida contusa que principiaba en la cara palmar de este dedo hácia la parte media de la segunda falange, prolongándose por abajo hasta la parte media de la tercera falange, y acompañada de fractura del primero de estos huesos y de denudacion de la extremidad de los tendones flexores.

Una inflamacion supurativa se habia desarrollado, ganando las partes profundas de la mano y del antebrazo. Tres semanas trascurrieron desde el dia del accidente hasta que nuestro hombre fué llevado al hospital. Lo que dominaba entonces era un malestar general de los más graves, caracterizado por la frecuencia del pulso, postracion, sequedad de la lengua, tinte amarillento y sub-ictérico de la piel, alteracion profunda de las facciones, y por último un delirio tranquilo y casi contínuo. Segun los datos que pudimos adquirir, el enfermo no era dado á las bebidas alcohólicas.

Como síntomas locales, habia una hinchazon y una coloracion muy pronunciada en el antebrazo y en la mano. El pulgar y el dedo pequeño estaban desde luego mucho más hinchados que los demás dedos. Todas estas partes ofrecian la pastosidad del edema profundo. No percibimos fluctuacion superficial, pero comprimiendo con una mano, fija sobre la cara palmar de la muñeca, y rechazando lentamente con la otra mano las partes blandas del antebrazo por algunos centímetros más abajo, he sentido rechazar los dedos de la primera. Para hacer esta exploracion, con todas las condiciones necesarias para no ser inducido á error, habeis visto la posicion que ha dado al miembro. He llevado la mano hácia arriba y la he hecho reposar por su cara dorsal, al mismo tiempo que al antebrazo en toda su longitud, sobre una almohada. He dado tambien al miembro un punto de apoyo que le ha impedido ser rechazado por mis maniobras de exploracion, y habiendo hecho constar en diversos ensayos, por el reflujo alternativo de arriba abajo y de abajo arriba, la existencia de una fluctuacion profunda, no he puesto en duda que estábamos en presencia de uno de esos abscesos profundos y difusos del antebra-

zo, ocasionado por la propagacion hácia él de una inflamacion procedente de un dedo, que con más frecuencia son el auricular y el pulgar que los otros.

A pesar de la intensidad de los síntomas generales y la gravedad del pronóstico, hice en seguida una incision profunda en el antebrazo. Dividí en la parte media en una extension de 8 centímetros, y capa por capa, la piel, el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis antibraquial, con el bisturí. Me servi luego del dedo para desgarrar, sin peligro de hemorragia, el tejido celular del primer espacio intermuscular que encontré; llegué así á un foco profundo limitado hácia atrás por el pronador cuadrado y el espacio interóseo. Salió una cantidad considerable de pus flemonoso de buena naturaleza. Algunos dias despues se abrió un segundo absceso en el borde interno del dedo pequeño.

La salida del pus del antebrazo era difícil, por más que los lechinos de hilas y el tubo de desagüe se emplearon sucesivamente. El estado febril continuó, y el 29 de diciembre se presentó el primer escalofrio; otros varios le sucedieron; el enfermo se debilitó cada vez más y sucumbió.

Yo esperaba encontrar abscesos metastásicos, como se forman algunas veces á consecuencia de estos abscesos profundos, en que el pus sale difícilmente á causa del obstáculo producido por la aproximacion de los músculos por delante del foco. Pero no los habia, y esto me autorizaba á pensar que este enfermo habia muerto á consecuencia de una de esas infecciones pútridas, septicemias bastardas, que se componen á la vez de la fiebre traumática grave y de la pioemia.

Pero no es sobre este punto sobre el que yo me quiero detener hoy. Lo que yo trato de hacer constar es el sitio y la extension de la supuracion.

Mirad primero el dedo pequeño, punto de partida de la enfermedad. Nosotros hemos abierto su vaina tendinosa palmar; aquí encontráis pus cubriendo por un lado la hoja parietal de la sinovial, y por otro lado los tendones, que al mismo tiempo están reblandecidos y separados. Seguid el foco por la parte superior de la mano, le veis llegar detrás del paquete

de los tendones flexores y continuarse sin interrupcion y sin línea de demarcacion hasta la parte media del antebrazo. Buscad ahora los límites inferiores del foco en la palma de la mano. Se detiene hácia la parte media, por debajo del nivel de las articulaciones metacarpo-falángicas, y no se prolonga en la vaina tendinosa del indice, del medio y del anular. En la parte externa, por el contrario, el pus se continúa en la vaina del pulgar y hasta la extremidad de este dedo. Esta disposicion del foco purulento recuerda á aquellos de entre vosotros que hayan estudiado suficientemente la anatomía, la de la gran bolsa sinovial de los flexores en la palma de la mano. Sabéis que en ciertos individuos esta bolsa es doble: hay una interna que corresponde á la palma de la mano y al dedo pequeño, y una externa que está destinada solamente al tendon del flexor mayor del pulgar. Pero en el mayor número la cavidad es única, y se compone: 1.º, de una parte media que se termina por debajo en la palma de la mano, y que no sigue hasta la extremidad de los tres dedos medios; los tendones flexores tienen, por consiguiente, una sinovial distinta; 2.º, de dos prolongaciones laterales que acompañan hasta sus extremidades á los tendones flexores del dedo pequeño y del pulgar.

Veis, pues, que aquí la inflamacion supurativa que parte de la herida del dedo pequeño ha debido progagarse á lo largo de este último por la cara interna de su vaina hasta la porcion comun de la gran bolsa sinovial, y ganar inmediatamente la prolongacion del pulgar. Al nivel de su fondo de saco superior se ha abierto en gran extension la bolsa sinovial y se ha puesto en comunicacion con el tejido celular profundo del antebrazo, al que ha sido trasmitida la inflamacion, ya por una propagacion de la flegmasía misma, ya por una efusion de pus, procedente de la bolsa sinovial ulcerada ó desgarrada á consecuencia de su distension.

Por consecuencia, ha habido en este enfermo á la vez sinovitis supurada y absceso profundo del antebrazo; este último ha sido consecutivo á la primera, y es probable, por más que no se haya podido probar bien ni por los conmemorativos ni

por la autopsia, que las capas profundas del antebrazo han supurado á consecuencia de la abertura de la sinovial ya supurada, como sucede en la sinovitis supurada de la rodilla; y vemos frecuentemente abscesos profundos del muslo comenzar por la efusion de pus sinovial en el tejido celular profundo de los miembros.

Esto no quiere decir que los sucesos pasen siempre así, y que todas las supuraciones procedentes de uno de los puntos de la sinovial de los flexores terminen en un flemon supurado profundo del antebrazo. Desde luego las heridas contusas del pulgar no van, tan frecuentemente como las del dedo pequeño, seguidas de la propagacion de que acabo de hablar. Esto es efecto probablemente de que, en los individuos atacados, la parte externa de la bolsa sinovial carpiana es independiente y cerrada, como os he dicho que sucedia algunas veces. Además, no es imposible que la inflamacion, al propagarse, sea plástica y adhesiva aunque sea supurante en el punto de partida.

II. *Sinovitis de los flexores supurada parcialmente.*—*Curacion con deformidad de los dedos.*—En el núm. 20 hay una mujer de 28 años, á quien su profesion de bruñidora obliga á trabajar mucho con las manos, y presenta en la cara palmar de los dedos un gran número de callos y grietas. Quince dias hace que ha visto desarrollarse en la extremidad del dedo pequeño de la mano derecha una inflamacion que ha invadido la eminencia hipotenar, y no ha tardado en invadir la palma de la mano, la eminencia tenar y el pulgar. Esta inflamacion ha terminado rápidamente por supuracion parcial; un primer foco se ha abierto por sí mismo en la parte superior de la region tenar; en la eminencia hipotenar habia ayer otro foco que ha sido abierto con el bisturí: introduciendo un estilete por estas dos aberturas, se sube muy arriba en una cavidad bien formada, que no es otra cosa sino la bolsa sinovial de los flexores. Segun la marcha que ha seguido la inflamacion, se trata aquí, en efecto, de una flegmasía que ocupa la sinovial comun de esta region.

Pero creo poder indicaros una diferencia notable entre la

sinovitis de que aquí se trata y la sinovitis de que os enseñaba poco há la pieza anatómica. En esta última la bolsa sinovial había supurado en totalidad. Aquí os he hecho notar que, por más que la palma de la mano estaba hinchada, la presión ejercida en este punto no daba pus, ni por el orificio de la región tenar, ni por el de la hipotenar. Por otra parte, la cantidad que se escapa espontáneamente es mucho más débil que lo sería si el foco ocupase toda la bolsa. Aquí hay que admitir, ó bien que los abscesos se han formado fuera de la grande sinovial, por vecindad, no presentando hasta ahora más que una inflamación adhesiva, ó bien que los abscesos se han producido en la sinovial, pero solamente en una parte de ella, la restante cavidad estaría llena de productos pseudo-membranosos, habiendo permanecido plástica la sinovitis en su parte media, mientras se hacia supurativa en sus partes laterales.

No puedo determinar por medio de signos clínicos á cuál de estas dos variedades nos debemos referir. Lo importante para mí es que hay aquí, en este momento, una mezcla de sinovitis no supurante con una sinovitis supurante parcial ó con abscesos inmediatos.

Si las cosas permanecen en este estado, la vida no estará comprometida. Pero sabéis que esta inflamación se propaga fácilmente por el tejido celular profundo de la cara palmar del antebrazo; si supura, da lugar en este punto á un absceso profundo muy grave, porque puede complicarse con erisipela, infección purulenta ó infección pútrida. El antebrazo de nuestra enferma está notablemente hinchado y pastoso; pero no está encendido, y no tiene ese dolor y esa tensión que indican un flemon difuso profundo; los fenómenos generales que caracterizan á este faltan además por completo. Hay, pues, aquí una sinovitis, pero que no ha supurado, al nivel ni por encima de la porción palmar de la sinovial. Lo que en ella queda de grave, es que esta enfermedad terminará probablemente por adherencias, que se opondrán á los movimientos parciales de los dedos; en efecto, las pequeñas vainas accesorias de cada uno de los tendones son probablemente el sitio de una inflamación plástica, de la que podrán resultar adherencias del pa-

quiete tendinoso al carpo, y de cada uno de los tendones entre sí, y, por consecuencia, una abolición ó una disminución de los movimientos; los dedos quedan más ó menos doblados, y la flexión misma queda muy limitada por esta especie de anquilosis de los tendones.

He tenido ocasión de enseñaros últimamente en la consulta un enfermo que habia sido tratado por el sedal en una de esas afecciones de la gran bolsa sinovial de los flexores, que se designa bajo el nombre de hidropesía crepitante. La consecuencia de este tratamiento habia sido la sinovitis supurante. El enfermo habia curado con las adherencias de que acabo de hablaros, y se presentó á nosotros con los dedos en semiflexión, incapaces de extenderse; en una palabra, en ese estado que designo bajo el nombre de mano de garra.

Siendo así, si la sinovitis supurante de los flexores produce habitualmente este estado de cosas, no olvidéis que la sinovitis simplemente adhesiva ó plástica puede igualmente producirla. De esto habeis tenido últimamente un ejemplo, en el que la sinovitis, partiendo de una herida contusa del pulgar, habia supurado en este dedo y en la eminencia tenar, pero no habia supurado ni en la palma de la mano, ni en el dedo pequeño. No obstante, los movimientos de flexión y de extensión eran muy limitados, y yo he expresado la opinión de que las adherencias eran muy sólidas, porque el origen del mal se remonta á dos meses, para ceder á las fricciones y baños sulfurosos que le he aconsejado.

Volviendo á nuestra enferma, resumo su situación recordándoos que hoy día tiene una sinovitis tendinosa supurada al nivel de las eminencias tenar é hipotenar, y un principio de flemón difuso propagado á las capas profundas del antebrazo.

Indicaciones terapéuticas.—Se desprenden naturalmente de las consideraciones en que he entrado sobre las consecuencias posibles de la sinovitis de los flexores.

Debemos, además, esforzarnos en mantener la flegmasía en los límites en que se encuentra actualmente, es decir, impedirle que invada, bajo la forma supurativa, la bolsa

sinovial por completo, si, como pienso, la supuracion no la ocupa sino parcialmente, y si la inflamacion, primitivamente plástica, ha producido sobre la parte media de la cavidad adherencias, que han impedido que el pus llene toda la bolsa. En seguida debemos hacer todo lo posible para producir la resolucion del flemon, comenzando por el antebrazo. Por último, tendremos, si obtenemos estos resultados, que combatir la deformidad y las alteraciones funcionales dejadas por las adherencias.

Hé aquí, pues, lo que tenemos que hacer. Los orificios se curarán con cerato; despues rodearemos la mano y el antebrazo con una capa de algodón en rama, sobre la que arrollaremos una venda un poco apretada. En una palabra, el tratamiento de un flemon difuso por compresion. La enferma guardará cama y el miembro estará inmóvil sobre un almohadon de estopa, teniendo la mano más elevada que el codo.

El vendaje compresivo se renovará todos los dias á causa de la supuracion, y con el objeto de examinar si aparece la fluctuacion profunda en el antebrazo.

Despues, si todo sucede con felicidad, prescribiremos á la enferma baños sulfurosos, la haremos fricciones prolongadas con manteca ó médula de buey, mañana y tarde, añadiremos á esto movimientos comunicados con precaucion á todos los dedos, para favorecer la resolucion de los materiales plásticos que establecen las adherencias. Emplearemos, en una palabra, un tratamiento análogo al de las anquilosis articulares incompletas.

(La supuracion ha quedado limitada á los puntos en que principió. La resolucion se ha verificado en el antebrazo; pero la flexion y la extension de los dedos eran aun muy incompletas cuando la enferma ha marchado del hospital, á los dos meses de su entrada.)

LECCION XLVI.

Flemon difuso, superficial y profundo del antebrazo.

1. Dos casos de flemon difuso sub-cutáneo del antebrazo, uno con erisipela, otro sin erisipela.—Terminacion con rigidez, probablemente pasajera, de los dedos y de la mano.—II. Flemon profundo ó sub-aponeurótico del antebrazo, consecutivo á una sinovitis supurada de los tendones de los flexores.—Dos teorías para explicar la propagacion de la flegmasia; la de la sinovitis y la de la angioleucitis profunda.—Terminacion por curacion con deformidad de la mano en garra.

Clinica del 16 de Diciembre de 1859.

SEÑORES:

I. Os he hablado, hace algunas semanas, de dos enfermos que padecen flemon difuso sub-cutáneo del dorso de la mano y de la cara dorsal del antebrazo derecho. Uno de ellos, de 32 años de edad, que estuvo en el núm. 38 de la sala de la Santa Virgen, habia visto desarrollarse su enfermedad á consecuencia de un arañazo insignificante en el dorso de la mano. Vino aquí á los diez dias, con hinchazon, enrojecimiento y calor, que se extendian desde la extremidad de los dedos hasta el hombro. Sobre la cara dorsal de la mano y del antebrazo habia la pastosidad que caracteriza al primer periodo del flemon difuso. En el brazo, donde el enrojecimiento ocupaba toda la circunferencia del miembro, la pastosidad era mucho menor, y el aspecto era más bien el de una erisipela ligeramente edematosa que el de un flemon difuso. Como tambien tenia el movimiento febril intenso, que caracteriza á la erisipela, os he presentado este enfermo como un ejemplo de erisipela flemonosa, ó si quereis mejor, de flemon difuso con erisipela, haciéndoos notar que el flemon difuso ocupaba la mano y el antebrazo, mientras que la erisipela ocupaba sobre todo el brazo. La marcha ulterior de la enfermedad ha confirmado mi primera apreciacion. La supuracion se ha establecido

en la cara dorsal de la mano y del antebrazo; he practicado muchas incisiones y largas; habeis visto salir una abundante cantidad de pus y algunos dias despues pedazos membranosos grisáceos y blanquecinos formados por tejido celular mortificado. Os he hecho notar que, no obstante, la supuracion estaba debajo de la piel y que la inflamacion no habia atravesado la aponeurosis antebraquial; que, por otra parte, no se habia formado ningun absceso en la cara palmar del miembro, que la inflamacion se habia terminado por resolucion, al mismo tiempo que desaparecia el enrojecimiento erisipelatoso del brazo. Hoy, cinco semanas despues del principio de la enfermedad, el estado general es excelente; las heridas resultantes de mis incisiones están en vías de reparacion y bien pronto estarán cicatrizadas. Habreis podido notar que, sin embargo, he dado al enfermo el consejo de mover los dedos tanto con los músculos correspondientes, como con la otra mano. En efecto, las articulaciones de estos dedos están rígidas á causa de su inmovilidad prolongada y de su participacion, en cierto modo, en el trabajo morboso que se habia desarrollado en sus inmediaciones. Si no se hiciera esto, la rigidez se prolongaria largo tiempo, acaso indefinidamente, y tendremos así una lesion consecutiva á una enfermedad. Espero que con la ayuda de movimientos espontáneos y comunicados, á los que bien pronto añadiremos un poco de amasamiento, esta rigidez no durará más de dos ó tres meses, y lo espero con tanta más razon cuanto que el individuo es joven aun, y, como frecuentemente os he dicho, las rigideces articulares, en particular las de las pequeñas articulaciones, son tanto menos rebeldes cuanto más jóvenes son los individuos.

No lejos de este individuo, en el núm. 41, se encuentra otro, de 60 años de edad, que nos presenta el ejemplo de una afeccion semejante, es decir, de un flemon difuso subcutáneo de las caras dorsales de la mano y del antebrazo izquierdo. Hay solamente entre ellos una diferencia, que en este último el flemon no ha sido precedido ni acompañado de erisipela propagada al brazo y al tronco, que los síntomas febriles no han sido intensos, y que la supuracion se ha limitado al tercio in

ferior del antebrazo y al dorso de la mano; hemos tenido que hacer ménos incisiones y la supuracion ha sido más corta. La enfermedad está igualmente en vias de curacion; pero las articulaciones de los dedos están rígidas, y temo, á causa de la edad del enfermo, que esta rigidez sea más pertinaz que en el anterior.

II. El enfermo del número 29, panadero, de 24 años de edad, se ha herido hace ocho dias con un diente de sierra en la cara palmar del dedo pequeño de la mano derecha y hácia la articulacion de la primera con la segunda falange. ¿Hasta qué profundidad ha penetrado el instrumento vulnerante? ¿ha sido abierta la articulacion? No lo podemos saber. ¿Está interesada la sinovial del flexor? Es probable, pero no tenemos pruebas de ello. El enfermo ha continuado trabajando durante tres dias; despues el dia cuarto se ha manifestado inflamacion en el dedo pequeño, en la palma de la mano, en el pulgar y en el antebrazo; al mismo tiempo sobrevinieron síntomas generales, insomnio debido al dolor, fiebre. No obstante, los escalofrios no se han presentado. Hoy se ve una herida contusa supurada en la parte media del dedo pequeño, una inflamacion de las eminencias tenar é hipotenar, de la palma de la mano y de la cara palmar del antebrazo hasta la inmediacion del codo; de todos modos la inflamacion de la mano es poco considerable. En el antebrazo hay un enrojecimiento intenso, pero que no puede ser erisipelatoso, porque no ha tenido al principio los síntomas generales que preceden á esta afeccion: grandes escalofrios, fiebre, vómitos. El enrojecimiento ha venido despues de la hinchazon; además, no se extiende más, pues queda limitado al flemon. Si existiera una verdadera erisipela se percibiria sin duda más allá de la parte tumefacta y flemonosa. La cara dorsal de la mano y del antebrazo no presenta, por decirlo así, ninguna inflamacion, por el contrario de lo que sucedia en los otros enfermos.

¿Podemos hacer constar la fluctuacion? En la eminencia hipotenar hay una hinchazon blanda, pero sin elasticidad. La eminencia tenar presenta una hinchazon considerable; si se comprime con el dedo se percibe una mezcla de elasticidad

para la vuelta y de blandura; si se colocan dos dedos á cierta distancia uno de otro, y se comprime con uno mientras que el otro permanece inmóvil, se percibe una sensacion que se asemeja á la de la fluctuacion. Pero es preciso saber que esta region da en el estado normal falsa fluctuacion, y se podria decir casi que, en las flegmasias, la presencia del pus no es cierta más que cuando se llega á percibir una fluctuacion bastante más pronunciada que la normal.

Estamos en el octavo dia del accidente, y por consiguiente en el cuarto de la inflamacion: no es probable que haya pus; no obstante, para estar más cierto he hecho tres punciones con la aguja sin ningun resultado; no ha salido pus.

¿Hay fluctuacion en el antebrazo? No he encontrado la menor señal.

Se trata, pues, de una inflamacion flemonosa no supurada; y como ocupa una grande extension, se puede decir que es un flemon difuso. En los enfermos precedentes se trataba tambien de un flemon difuso, pero este flemon era subcutáneo, mientras que aquí es profundo, sub-aponeurótico.

Hé aquí las razones en que me fundo para emitir mi opinion: hay una hinchazon considerable sin la pastosidad superficial que se observa al principio cuando el flemon es subcutáneo. Además, en el puño vemos los relieves de los tendones y en la parte media del antebrazo tenemos además esa sensacion de blandura, que dan los músculos al traves de la piel; solo que estos músculos están un poco tensos y como empujados por cualquier cosa colocada detrás de ellos. Todos estos signos indican una inflamacion profunda; y lo que es un argumento más en favor de esta opinion, es la propagacion al antebrazo de una flegmasia procedente de la mano. Es evidente que aquí la inflamacion no es superficial; porque apoyando al nivel del carpo, se percibe el ligamento anular y los tendones, á pesar de la gran hinchazon, siendo así que si la hinchazon fuera subcutánea, no se podrian percibir estos órganos, y se encontraría aquí una pastosidad superficial que encubriera lo demás. Yo me he preguntado, por un momento, si no se me ofrecia á la vista la hipertrofia muscu-

lar que se encuentra con frecuencia en los panaderos, pero el miembro del lado opuesto no presenta nada que se le asemeje. Se trata, pues, de una inflamacion; luego, desde el momento en que la inflamacion no es superficial, es preciso admitir que es sub-aponeurótica y sub-muscular, y que reside entre el pronador cuadrado y los músculos de la capa profunda.

¿Seria por casualidad un hecho insólito el desenvolvimiento de una inflamacion en un dedo, y su propagacion á las partes profundas de la mano y del antebrazo? De ningun modo. He tenido ocasion de mostrarnos muchos casos análogos, y no se pasa el año sin que observemos aquí dos ó tres ejemplos. No habreis, supongo, olvidado la explicacion que doy á estos hechos: la inflamacion supurativa parte de un dedo (el pulgar ó el auricular) hasta cuya extremidad se prolonga la gran bolsa sinovial carpiana. Se propaga á esta última; despues de esta se extiende al tejido celular profundo del antebrazo, en virtud de una aptitud particular que tienen las bolsas sinoviales sub-cutáneas y tendinosas para transmitir al tejido conjuntivo circunvecino las flegmasias, y sobre todo las flegmasias de que son el sitio. Yo os recordaré, tambien, que os he enseñado en este anfiteatro una pieza en la que el curso de la inflamacion supurativa en la bolsa sinovial tendinosa del carpo y aun más allá, era muy evidente (véase pág. 1). Es verdad que, desde el día en que os he hablado de este hecho, se ha dado una nueva explicacion. El profesor M. Dolbeau (1) piensa que estos flemones profundos del antebrazo tienen por punto de partida una angiolecitis de los linfáticos profundos que acompañan á las arterias del antebrazo. Apoya su opinion en el hecho incontestable de que algunas veces sobrevendrá la inflamacion en el brazo sin que se observe absolutamente nada en toda la longitud del dedo, punto de partida de la enfermedad, ni en la mano.

(1) Dolbeau, *Memoria sobre los abscesos profundos del antebrazo, consecutivos á las heridas de los dedos*. (*Boletín de terapéutica*, 20 Febrero, 1872).

He tratado en otras dos ocasiones de explicar esta particularidad, diciendo que la inflamacion propagada de un dedo á la bolsa sinovial y al tejido celular profundo podia permanecer plástica ó adhesiva en muchos puntos de su trayecto, y supurar en otros.

Por otra parte presento cuatro objeciones á la teoría de M. Dolbeau: 1.º Que no puede ser demostrada anatómicamente. 2.º Nos hace suponer que los abscesos subaponeuróticos deben estar sobre el trayecto de la radial y de la cubital, es decir, poco profundos, puesto que en tal parte están los principales vasos linfáticos sub-aponeuróticos. Los abscesos que vemos en estos casos son algo más profundos; se encuentran por delante del pronador cuadrado, del ligamento inter-óseo y de los huesos, los que muchas veces quedan desnudos á consecuencia de la participacion del periostio en la enfermedad; á semejante profundidad hay muy pocos vasos linfáticos, no veo más que los que acompañan á la arteria inter-ósea, que son muy pequeños y poco numerosos para producir flemones y abscesos tan considerables. Mirad lo que pasa á consecuencia de las angiopleucitis superficiales. Los vasos linfáticos enfermos son muy gruesos, y no obstante no se forman al rededor de ellos sino abscesos circunscritos. 3.º La teoría de M. Dolbeau no explica el por qué se observan tan habitualmente los abscesos profundos del antebrazo á consecuencia de heridas profundas del pulgar, y sobre todo del dedo pequeño, y no se ve sino muy excepcionalmente despues de las heridas de los otros dedos, cuya sinovial tendinosa es independiente de la sinovial carpiana mayor. 4.º Por último, no nos ilumina sobre las causas que dan gravedad al pronóstico en estos casos, las adherencias de los tendones, la insuficiencia de los movimientos de los dedos, la mano en garra, todos estos fenómenos que no se pueden explicar sino por los fenómenos consecutivos á la sinovitis tendinosa.

Creo de buena gana, porque esto concuerda bastante con lo que vemos en las capas superficiales de los miembros, que en los casos de este género interviene una angiopleucitis profunda, que es uno de los medios de extension de la flegma-

sía, que acaso es ella quien la propaga muchas veces por la sinovial carpiana mayor. Pero trato de que admitais al mismo tiempo la existencia ó de la sinovitis plástica ó de la supurada; insisto en ello porque á esta nocion, demostrada por las autopsias, se refiere una parte de la terapéutica, la que tiene por objeto combatir lo más pronto posible las rigideces tendinosas, y disminuir, si puede ser, la deformidad y la dificultad funcional que su persistencia ocasiona.

Actualmente, pues, nos preocupan dos cosas en este enfermo: 1.º La inminencia de una supuracion profunda ó *intermuscular* en la mano y en el antebrazo y la posibilidad de una septicemia; 2.º, la deformidad consecutiva, deformidad tanto más peligrosa cuanto que se trata de la mano derecha.

Como tratamiento no puedo recurrir más que al reposo, á las cataplasmas y á los narcóticos. Yo he pensado en la compresion; pero la inflamacion y el enrojecimiento son aquí tan considerables, que temeria producir una extrangulacion y como consecuencia la gangrena. Tengo, además, que velar sobre esta inflamacion, é incindir el miembro tan pronto como perciba la fluctuacion.

Clinica del 27 de enero de 1870.

El jóven del núm. 29, que fué herido en el dedo auricular derecho por un diente de sierra, nos ha presentado cuarenta y ocho horas despues del dia en que os he hablado de él, una fluctuacion bien manifiesta en la parte anterior de la eminencia hipotenar. Al dia siguiente sentí una fluctuacion profunda en el antebrazo, fluctuacion cuyos limites eran la línea rádiocarpiana por debajo, la union del tercio medio con el tercio inferior de la region palmar por arriba. He indagado mucho para ver si la oleada podia enviarse del antebrazo á la palma de la mano, como debia suceder si el foco purulento ocupase á la vez la bolsa tendinosa del carpo y el tejido celular profundo del antebrazo. No he visto que sucediese así, puesto que la presion ejercida al nivel del antebrazo no hacia salir pus por la abertura practicada en la eminencia hipotenar, ni por la que el pus

habia hecho en el dedo pequeño, y que supuraba aun. Parecia, pues, que nos las teníamos que ver aquí con tres supuraciones aisladas. Esta circunstancia es favorable á la explicacion de M. Dolbeau por la angioleucitis profunda, en cuyo trayecto se pueden formar varios abscesos sin comunicar los unos con los otros. Admitiendo la propagacion por la sinovitis, presumo que, en este caso aun, la sinovial no ha supurado por su cara interna, y no ha tenido más que una inflamacion congestiva y plástica; pero que el tejido celular de la region hipotenar y el de la palma de la mano, á los que ha transmitido la infiltracion, han sufrido la supuracion.

De cualquier modo que sea, habiéndonos enseñado la experiencia que, una vez formados estos focos profundos del antebrazo, tienen más tendencia á fundirse y propagarse á lo lejos en estas mismas capas profundas, que á caminar hácia la piel, de la que están separadas por capas musculares y aponeuróticas muy densas, os prevengo que es preciso no contemporar, y que tan pronto como se perciba la fluctuacion es necesario practicar la incision del foco.

No obstante, como se trataba, para llegar al foco, de atravesar las capas superficiales y profundas, he completado mi diagnóstico por medio de una puncion y de una aspiracion con la jeringa de Dieulafoy. He visto pues que llegaba al cuerpo de bomba. En seguida he adormecido al enfermo con el éter, he hecho, capa por capa, una incision de seis centímetros de longitud en la parte media del antebrazo. M. Dolbeau, en el trabajo de que he hablado, aconseja que se hagan dos incisiones, la una sobre el trayecto de la arteria radial, la otra sobre el trayecto de la cubital, es decir, en los puntos en que se encuentran los vasos linfáticos que se presume puntos de partida de los abscesos. Pero como mi foco era mucho más profundo que las arterias en cuestion, como correspondia más bien á la parte media que á las laterales del antebrazo, como, por otra parte, quisiera estar seguro de que no sobrevendria una hemorragia, he hecho la operacion como en otros enfermos, y entre ellos como la de que he hablado en el año último (pág. 7), es decir, que me he servido del bisturí para llegar

hasta la aponeurosis, sirviéndome despues de los dedos para dividir los intersticios musculares.

En los dias siguientes me ha costado algun trabajo dar salida fácil al pus, á pesar de los lechinos y tubo de desagüe. Me ha sido preciso separar mañana y tarde los intersticios musculares y hacer inyecciones de agua fenicada, tanto para impedir la estancacion del pus como para desinfectar el foco profundo.

Pero no hemos tenido síntomas generales graves. A partir del cuarto dia, el desagüe se ha hecho con más facilidad, lo que no me ha impedido continuar las inyecciones mañana y tarde. El enfermo ha podido sostenerse con la alimentacion, tomando además los tónicos. Durante este tratamiento, he indagado frecuentemente si la presion, al nivel de la palma de la mano, hacia salir pus por los orificios. No lo he visto salir, y continúo pensando que la sinovitis no habia supurado en la palma de la mano, como con tanta frecuencia sucede en casos de este género.

Con este motivo, me acuerdo de una mujer de edad que he visitado en el hospital Cochín, que tenia tambien en la mano y en el antebrazo un flemon profundo procedente de una herida del dedo pequeño. Sucumbió á una infeccion pútrida y encontré en supuracion, no solamente la sinovial tendinosa carpiana y el antebrazo, sino tambien todas las articulaciones carpianas, á las cuales se habia propagado la flegmasia supurativa procedente de la bolsa tendinosa.

Hoy dia todo está cicatrizado y nuestro enfermo curado de su supuracion, pero no ha recobrado el uso de su extremidad; los tendones de los dedos, unidos por adherencias, no pueden permitir la flexion ni la extension sino en límites muy estrechos. Habeis visto que los dedos están doblados por mitad en la palma de la mano, sin que el enfermo pueda extenderlos; no puede el enfermo ni completar esta flexion imperfecta, ni aproximar, en un momento dado, el pulgar á los otros dedos. Presenta, en una palabra, la disposicion en garra de que os he hablado muchas veces.

¿Desaparecerá este estado de cosas? Espero que disminuirá,

porque las adherencias deben ser ménos múltiples y ménos rebeldes cuando la inflamacion ha sido plástica, por lo ménos en una gran parte de la sinovial, que cuando se ha hecho supurativa y granulosa. Lo espero, sobre todo, si el enfermo consiente en seguir nuestras prescripciones, es decir, en tomar baños sulfurosos, en someterse á fricciones prolongadas, al amasamiento y á los movimientos comunicados. Le he hecho todas estas recomendaciones, sin poder velar sobre ellas yo mismo, porque estaba disgustado en el hospital y quiso absolutamente salir unos cuantos dias.

LECCION XLVII.

Abcesos y fistulas dentarias.

- I. Adenitis-flemonosa supurada sub-maxilar izquierda.—Modo de formacion.—Principió por una adenitis consecutiva á una linfangitis, ya de la misma pulpa dentaria, ya del periostio alvéolo-dentario.—Oscuridad sobre este punto, porque los anatómicos no nos han dicho aun nada definitivo sobre los vasos linfáticos dentarios.—II. Flemon y abceso dentario sub-gingival en la mandíbula superior.—Probabilidad de necrosis alveolar consecutiva.—Utilidad de la ablacion del diente enfermo.—III. Fistula dentaria cutánea mantenida por una cáries de la segunda muela gruesa superior derecha, con trayecto calloso de la fistula al diente.—IV. Abceso sub-masetérico de origen dentario.—Necrosis alveolar consecutiva de bastante extension.—Gravedad particular de estos abcesos.—Su prolongacion posible á la region temporal.—Infeccion purulenta consecutiva.—Necesidad de aberturas considerables y de lavatorios.

SEÑORES:

Nosotros hemos tenido, de poco tiempo á esta parte, cuatro enfermos con abcesos, ó fistulas consecutivas á la cáries de sus dientes, y me bastará recordároslos para fijar en vuestros ánimos las principales variedades de la supuracion de origen dentario.

I. *Adenitis-flemonosa, supurada sub-maxilar izquierda.*—La enferma que hemos tenido en el núm. 20 os presenta un tipo bastante frecuente. Tiene 24 años, es débil, un poco linfática; no obstante, su salud es habitualmente buena y no ha tenido nunca manifestacion escrofulosa. No está embarazada, ni ha tenido ningun hijo. Sabe que tiene una cáries de la segunda muela inferior izquierda, de la que ha padecido algunas veces, pero nunca lo bastante para decidirla á sacársela, ó lo que vale más, á hacérsela empastar. En estos últimos tiempos ha experimentado algunos sufrimientos que le han impedido la masticacion por el lado enfermo; despues ha sentido, hace cinco dias, una tumefaccion redondeada y dolorosa en la parte superior del cuello, bajo el borde de la mandíbula in-

ferior y un poco por delante de su ángulo. Esta inflamacion ha aumentado y va acompañada de un movimiento febril que ha obligado á la enferma á ingresar en el hospital.

Habeis notado los primeros dias una hinchazon uniformemente redondeada de la region subhióidea, con coloracion rosácea en gran extension, de un color más pronunciado en un punto dado, al nivel del cual la consistencia era menor que en otro cualquiera. Tenia calor en la mano, dolores lancinantes espontáneos y dolores provocados por la presion. Los bordes alveolares estaban constatemente unidos por una contraccion de los elevadores, que no nos permitia examinar los dientes.

Al cabo de algunos dias se ha podido percibir la fluctuacion; he hecho una incision tan pequeña como fué posible, de cerca de un centímetro y medio, no queriendo ocasionar una cicatriz aparente. Ha salido una pequeña cantidad de pus flemonoso de buena apariencia, y despues de su salida ha quedado al rededor del foco una tumefaccion pastosa, formada por una parte bastante considerable de hinchazon inflamatoria, que no ha llegado aun á supuracion.

Los dias siguientes, al mismo tiempo que el pus ha corrido por la herida, cuyos labios estaban separados por un sedal de lienzo deshilado en los bordes, la hinchazon ha disminuido y ha terminado por resolucion. Hoy dia, diez y siete despues de la operacion, la cicatrizacion se ha verificado, no queda fistula, la enferma puede separar las mandíbulas y comer. Me ha sido fácil, haciéndole poner delante de una ventana bien clara, ver una cáries con pérdida de sustancia bastante grande de la segunda muela inferior. Como la obturacion, por los procedimientos de empaste seria difícil, he aconsejado á la enferma que se dejase arrancar este diente, previniéndola que, si ella no consentia en ello, estaba expuesta á una recidiva de la supuracion. Pero como no padece, ha rehusado hasta ahora mi consejo, y yo no he insistido.

Permitidme ahora exponeros cuáles han sido el modo de formacion y el curso de estos abcesos, en qué se parecen á otros, de que os hablaré ahora, y en qué difieren de ellos.

Se parecen desde luego por su punto de partida, que ha sido evidentemente el diente enfermo. No quiero decir con esto que todos los absesos calientes sub-maxilares procedan de un diente cariado. Los hay, y este año os he enseñado ejemplos, que son consecutivos á una enfermedad de la boca; otros que tienen por punto de partida un mal de garganta, es decir, que pueden ser determinados por lesiones de todas las partes que, al mismo tiempo que los dientes y las encías, envían sus vasos linfáticos á los ganglios sub-maxilares. Aquí he creído en el origen dentario, porque es el más comun, y además porque yo no he encontrado inflamacion alguna en la garganta.

Pero ha diferido por el modo de formacion; en efecto, entre los flemones de origen dentario los hay que, habiendo empezado por el periostio, se confinan en el tejido celular vecino, y algunas veces en el tejido celular más ó ménos lejano, sin que los vasos linfáticos hayan tomado parte en su desenvolvimiento. Hay otros, por el contrario, en los que la inflamacion invade desde luego uno ó muchos ganglios linfáticos, y se propaga en seguida á la atmósfera celulosa que envuelve á estos últimos, como sucede en otras regiones, y sobre todo en la ingle para la formacion de la mayor parte de los bubones agudos consecutivos á los chancros no infectantes.

Y bien, tenemos que referirnos aquí á esta última forma, que me oís llamar con frecuencia adenitis-flemonosa. En efecto, la enfermedad no ha comenzado en la vecindad misma del diente, como sucede en los flemones de origen perióstico; ha comenzado á distancia, en la region sub-hióidea, que llamo tambien sub-maxilar, en la que sabeis se encuentran, en bastante número, ganglios linfáticos encerrados casi todos en la vaina de la glándula sub-maxilar, recibiendo los vasos linfáticos de la cavidad bucal y especialmente los de los dientes y encías de la mandíbula inferior (1). Por otra parte, el mal ha comenzado por una elevacion redondeada, móvil y do-

(1) Los linfáticos de las encías y dientes de la mandíbula inferior van á los ganglios parotídeos profundos.

lorosa, como la que forman las adenitis agudas; después, en un segundo período, este tumor móvil se ha encontrado englobado en una masa uniforme, que era el flemon circunvecino.

Este absceso ha diferido aun de los otros por su modo de terminacion. En efecto, no ha dejado ni fístula, ni necrosis como consecuencia suya. Os acordareis de que, al día siguiente de la incision, introduje un estilete por la herida, y no percibi denudacion de la mandíbula en ninguna de sus partes. La hubiera percibido sin duda si el punto de partida hubiera sido osteo-periostico; en casos análogos, en efecto, casi siempre el periostio se destruye ó separa, lo que permite percibir el hueso descubierto. El curso ulterior ha estado en relacion con esta exploracion, porque no ha quedado fístula, como sucede después de la denudacion, fístula que proviene de que no se ha reproducido el periostio, y que, por consiguiente, el maxilar se ha necrosado.

Hé ahí, pues, cómo se han sucedido los fenómenos en nuestro enfermo. La pulpa dentaria se ha inflamado en las inmediaciones de la cáries. Si estuviere seguro de que esta pulpa tiene linfáticos, diria que estos han transmitido la inflamacion á uno de los gánglios sub-maxilares, y que este la ha propagado al tejido celular ambiente, se ha hecho flemonoso y ha tomado la forma supurativa.

Pero hay desde luego aquí un *nescio quid*, cuya presencia interviene frecuentemente en la patogenia. Muchos individuos tienen los dientes cariados sin tener adenitis; muchos tienen adenitis simples, que no se hacen flemonosas, no supuran y terminan por resolucion. Algunos, y nosotros hemos tenido últimamente un ejemplo, tienen adenitis-flemonosa; pero termina por resolucion en lugar de supurar. Así es que no podemos encontrar la causa particular bajo cuya influencia, la inflamacion que parte de la pulpa dentaria, trasmite á los ganglios una inflamacion de tal ó cual forma. Siempre la cuestion de las aptitudes individuales, variables segun los sujetos, y variables segun el momento en un mismo sujeto, cuestion que se presenta con las oscuridades que la hacen siempre insoluble.

Además, para admitir el punto de partida en una linfangitis de la pulpa dentaria, sería preciso estar seguro de que existen linfáticos en esta pulpa. Por lo que á mí se refiere, no los he visto nunca, y no sé si los han visto otros. M. Sapey, que es de nuestros anatómicos el que tiene más competencia en esta materia, no describe los linfáticos de los dientes; no habla sino de linfáticos gingivales, y hace terminar los de la encía inferior en los ganglios sub-maxilares, los de la encía superior en los parotídeos profundos. Confieso, no obstante, que estoy dispuesto á creer en la existencia de linfáticos en la pulpa, segun los datos suministrados por la clínica. Los ganglios sub-maxilares se vuelven tan fácil y prontamente dolorosos en las cáries dentarias inferiores, que la cosa me parece difícil de comprender sin una angioleucitis que parta de esta pulpa. Si no fuera esto á lo que se deba acusar, será á la red linfática del periostio alvéolo-dentario, que está mejor demostrada, segun creo, que la de la pulpa; ó bien será á la encía á la que el diente enfermo trasmita la inflamación; pero entonces me quedaria asombrado al ver con tanta frecuencia el adeno-flemon submaxilar sin gingivitis apreciable.

Y puesto que se presenta la ocasion, os señalo otra extrañeza. Vemos muy raramente la adenitis-flemonosa causada por enfermedades de los dientes superiores. ¿Por qué es esto? ¿Es acaso porque las redes linfáticas, ya de la pulpa, ya del periostio alvéolo-dentario, ya de las encías son muy pequeñas? ¿O es por otro cualquier motivo? No estoy muy seguro en estos puntos.

Pero refirámonos al punto de vista práctico. Mi fin principal, insistiendo en este punto, ha sido el de hacerlos comprender que entre los abscesos de origen dentario los hay que no van seguidos de denudacion, de necrosis, ni de fistula, y que en rigor pueden curar sin ablacion del diente, punto de partida de la enfermedad. Porque si he aconsejado á esta enferma que se la sacara, no era por curarla ni del absceso, ni de sus consecuencias; era solamente para ponerla al abrigo de la recidiva del mismo accidente ó de otro del mismo género,

II. *Flemon y absceso dentario sub-gingival en la mandíbula superior.*—Habeis visto ayer, en la consulta, un enfermo que tenia, desde hace algunos días, un dolor bastante vivo al nivel de un resto de muela careada, que se llama raigon, una hinchazon dolorosa de la encía. El mal estaba en la mandíbula superior y al nivel del segundo pequeño molar derecho. Como la hinchazon de la encía era tensa y manifiestamente fluctuante, la he incindido pronto, tomando las precauciones necesarias para no herir los labios con la hoja del bisturí. La he abierto mucho, porque las heridas de la boca tienen tendencia á cerrarse muy pronto, y habia que temer, si la cicatrizacion se completaba antes de la oclusion de la bolsa, que se llenará ulteriormente.

El pus que ha salido estaba mezclado con sangre y tenia un olor fétido, carácter bastante comun de los abscesos de la cavidad bucal.

Este absceso gingival se asemeja por su origen al que tenia la enferma anterior. Ciertamente, que es un trabajo inflamatorio, que parte del diente cariado, quien le ha dado origen. Pero difiere de él por su sitio bajo dos puntos de vista: por lo pronto no se ha desarrollado tan lejos del punto de partida, y además no ha principiado por el elemento linfático. En este punto tengo una cosa que haceros notar: el adeno-flemon, que procede de los dientes inferiores, no es raro en la mandíbula inferior; con ménos frecuencia le vemos partir de los dientes superiores. Cuando la cáries de estos últimos es la que les da origen, la hinchazon inflamatoria debe mostrarse al nivel de la region parotídea. Pero la clínica no me ha indicado nada acerca de esto, porque en las pocas adenitis-flemonosas parotídeas que he podido ver, aparte de un caso en que se trataba de una cáries de la muela superior, del juicio, no he sabido positivamente si el punto de partida de la linfangitis inicial habia sido los dientes ó la garganta.

Aquí es probable que la inflamacion, partiendo del diente enfermo, haya ganado primeramente el periostio alvéolo-dentario, despues el periostio exterior y el tejido celular intermedio entre este último y la mucosa gingival. Es, pues, un ab-

ceso flemonoso sub-gingival y perióstico. Es posible, no obstante, que el pus se haya formado bajo el periostio, y que, por consecuencia, el absceso sea sub-perióstico. Esto sería tanto más admisible, cuanto que despues de la incision he introducido el estilete y he encontrado una porcion denudada del maxilar superior. Por lo tanto, no puedo saber, y afortunadamente esto no tiene gran importancia, si el periostio se ha destruido porque los absesos se han formado debajo de él ó consecutivamente á la supuracion de su superficie exterior. Aquí sucede como en los absesos sub-periósticos agudos de los grandes huesos largos; nosotros sabemos que el periostio desaparece ó se desprende á consecuencia de estas flegmasías. Pero no sabemos de fijo cuál de estas lesiones se ha producido, ni cuáles han sido la marcha y la sucesion de los fenómenos.

La denudacion nos advertia una cosa, y es, que era posible una necrosis. Digo posible y no cierta, porque algunas veces se ve, en casos análogos, recubrirse el hueso y continuar la vida. Solo cuando el diente enfermo queda en el alvéolo produce al cabo de cierto tiempo un nuevo absceso, una nueva denudacion, y si la necrosis no se forma esta vez, acaba por formarse á la tercera ó cuarta vez. Es de notar, además, que, en estos casos de absesos gingivales, la necrosis se limita en general á un punto circunscrito del alvéolo, y no se extiende jamás; que al mismo tiempo la osteitis concomitante no se hace hipertrófica en las inmediaciones, como sabeis sucede en los huesos largos.

En definitiva, ¿qué va á suceder en este absceso? Si la osteitis no es aun necrósica, se cerrará y todo volverá al estado anterior, es decir, que el enfermo conservará su raigon, y tendrá casi inevitablemente la recidiva de que acabo de hablar. Si, por el contrario, ha sobrevenido la necrosis, y la eliminacion debe verificarse bajo la forma de polvo ó la de esquirla, la supuracion y la fistula persistirá hasta que se haya obtenido este resultado; así es que nada sucede, ó por lo ménos nada hay definitivo, hasta que el diente enfermo ha salido del alvéolo, trabajo siempre lento para operarse espontáneamente. Hemos visto últimamente en la consulta una mujer

que tenia, desde hacia un año, una fistula de este género (fistula dentaria gingival), sostenida por un punto muy limitado de necrosis de la mandíbula inferior del canino cariado y desprendido.

Estas fistulas, que son muy comunes, no son graves, pero sostienen en la boca una supuración impropia é incómoda.

Para desembarazar á los enfermos de estos inconvenientes, recidiva de los abscesos, lentitud de la eliminacion y persistencia de la fistula, no hay más que un consejo útil que se pueda dar, y es el hacer sacar el diente ó raigon origen del mal. Sea que la operacion misma arrastre la porción alveolar necrosada, sea que el orificio del alvéolo prepare una via más fácil á la eliminacion, no es tampoco ménos verdad que, despues de la avulsion del diente, la supuracion y la fistula, si es que la habia, desaparecen pronto. He dado este consejo á nuestro enfermo; él le ha seguido. La raiz del diente cariado ha sido sacada por medio de la palanca, y considero la curacion como segura.

III. *Fistula dentaria cutánea, sostenida por una cáries del segundo molar grueso superior derecho, con trayecto calloso de la fistula al diente.*—Señores: á propósito del caso precedente, os he hablado de las fistulas gingivales y por consecuencia intra-bucal, consecutivas á abscesos procedentes de un diente enfermo y del periostio alvéolo-dentario con inminencia de necrosis. Pero sucede algunas veces que los abscesos de este género, en lugar de predominar simplemente sobre la mucosa, salen á la piel y dan lugar á fistulas cutáneas mucho más desagradables para los enfermos, puesto que ocasionan una deformidad notable. Encontrareis estos abscesos osteo-periosticos, seguidos de fistulas dentarias cutáneas, en la mandíbula superior tambien, como en la inferior. En el primer caso se abrirán en la mejilla, en el segundo en las inmediaciones de la cara externa de la mandíbula. Con frecuencia la necrosis concomitante será muy limitada y desaparecerá pronto despues de la ablacion del diente, ablacion que será siempre el mejor tratamiento. Pero en algunos casos excepcionales la osteitis necrósica ha tomado mayor exten-

sion, y de consiguiente tendreis una necrosis más extensa y lenta, cuya eliminacion no se verificará sino largo tiempo despues de la ablacion del diente cariado.

En el caso que acabamos de observar en el núm. 6 de la sala de la Santa Virgen, la fistula dentaria cutánea ha sido notable por la existencia de un trayecto calloso muy duro, que ha esclarecido nuestro diagnóstico, y por la dificultad que ha producido, en la exploracion de los dientes y en la ablacion necesaria, la contractura prolongada de los elevadores de la mandíbula.

Se trata de un hombre de 33 años, muy expuesto á dolores de muelas, y que parece haber tenido en diversas ocasiones abcesos gingivales. Hace siete semanas, un nuevo abceso vino á abrirse en la mejilla izquierda, por delante del masetero y en la parte externa de la fosa canina. Una vez abierto espontáneamente, quedó este abceso fistuloso.

Habeis visto que el orificio, deprimido en su centro, estaba rodeado de fungosidades en su perifería, y que daba una débil cantidad de pus seroso. Pero este líquido no era bastante limpio, y no corria, en el momento de la comida, en cantidad bastante considerable como sucederia si se tratase de una fístula salival. Un estilete introducido en el trayecto se ha dirigido hácia el maxilar superior, y aunque me sospecho una necrosis, no he encontrado el punto duro y sonoro característico.

El conducto fistuloso tenia casi tres centímetros de longitud. Conduciendo por la boca un dedo á lo largo de su trayecto, he percibido una induracion alargada que le correspondia de seguro. Cogiendo la mejilla entre el pulgar y el índice, colocado el uno en la boca y el otro en la piel, he apreciado mejor un cordon duro, alargado, manifiestamente calloso, dirigiéndose desde la mejilla hasta la parte posterior del arco alveolar superior. Os he señalado con insistencia ese cordon calloso; os he dicho que se le encontraba casi siempre en los casos de fistula dentaria cutánea, que no era muy apreciable cuando el trayecto era corto, pero que lo era más cuando tenia cierta longitud. He indicado que serviría mucho para el diag-

nóstico, porque indicaba por una parte la existencia cierta de un diente cariado y de una necrosis, y por otra parte el punto en que se encontraban estas lesiones.

Esta doble indicacion era tanto más preciosa en nuestro enfermo, cuanto que el estilete no llegaba hasta el punto óseo necrosado, y la exploracion de la boca era imposible por la constriccion de las mandíbulas. Esta constriccion, que se ve más bien durante el período agudo de los flemones dentarios que durante el período crónico ó fistuloso, al que aquí nos referimos; esta constriccion, digo, se encuentra más comunmente cuando se trata de las dos últimas muelas y sus alvéolos, que cuando se trata de las otras. En la ausencia de signos ciertos, todo se reunia pues, la existencia del trayecto calloso, su direccion hácia la parte posterior del arco alvéolo-dentario superior y la contraccion de los elevadores, para hacerme presumir una lesion dento-alveolar al nivel, ya de la muela del juicio, ya del segundo gran molar superior derecho.

La indicacion era precisa; era necesario hacerle abrir la boca, examinar y sacar el diente enfermo. Hubiera contemporizado si la inflamacion hubiera estado aun en el estado agudo; porque en casos análogos las tentativas forzadas para separar la mandíbula producen algunas veces una exasperacion de la flegmasia, y por otra parte se hacen muy difícilmente, porque los músculos están muy contraídos. Pero aquí no habia inflamacion aguda; era probable que la resistencia no fuera grande, y era preciso evitar que la contractura, curable aun, no diese lugar á una retraccion incurable.

Para esto he tomado primeramente el mango de la cuchara, le he introducido de plano entre los dos arcos dentarios, y he intentado volverla por un movimiento de rotacion, destinado á abrir espacio entre los dientes. No he llegado á conseguirlo; pero he obtenido por lo pronto una separacion de algunos milímetros. He aconsejado al enfermo, que no puede desde hace algun tiempo alimentarse sino con sopas, y que desea, lo más pronto posible, recobrar las funciones de sus mandíbulas, el servirse del instrumento de la misma manera, cinco ó seis veces al dia.

A la mañana siguiente he encontrado algunos milímetros más de separacion; entonces he reemplazado la cuchara por el tornillo cónico de madera, que he introducido yo mismo, y cuya maniobra, muy sencilla, he hecho aprender al enfermo. Al cabo de tres dias la separacion obtenida era bastante grande para poder, por medio del espejo dentario, reconocer una cáries profunda por detrás de la segunda muela gruesa superior, que estaba un poco desprendida, y cuya alvéolo supuraba. No he visto el punto positivamente necrosado, pero la existencia de la supuracion intra-alveolar no me ha dejado duda alguna acerca de la necrosis.

El diente ha sido bien pronto extraido con la llave de Garengot. Cuatro dias despues la fístula cutánea estaba cerrada. Hoy dia el trayecto calloso disminuye, y espero su curacion radical.

IV. *Abceso flemonoso sub-masetérico de origen dentario. Necrosis de la mandibula inferior.*—Señores, un jóven de 27 años, que ha estado en el núm. 43 de la sala de la Santa Virgen, y que viene á consultarnos de vez en cuando, se nos ha presentado esta mañana. Examinando el interior de su boca he encontrado, en lugar del segundo molar grueso inferior derecho, que he hecho separar, hace dos meses, una cavidad alveolar llena de pus, con una denudacion y una sonoridad de toda ésta cavidad y de las caras interna y externa del maxilar en una extension de cerca de un centímetro. Hay, pues, una necrosis, pero ha sido precedida de una variedad particular de abceso caliente, del cual quiero recordaros los principales detalles.

Cuando entró en el hospital, este jóven, hace cerca de dos meses, hacia siete dias que tenia una hinchazon dolorosa y muy dura en la mejilla derecha, sin enrojecimiento y con un poco de fiebre. No podia abrir la boca á consecuencia de una contractura prolongada, semejante á la del enfermo precedente. No pude al principio hacerme cargo del estado de sus dientes, pero percibí con el dedo algunas asperidades y desigualdades en la corona de los dos primeros molares gruesos inferiores; además, habia reconocido que la muela del jui-

cio habia salido ya, y que, por consecuencia, no se trataba de ninguna de esas enfermedades que ocasiona algunas veces la evolucion dificil y laboriosa de este diente. Examinando mejor la parte posterior del vestibulo de la boca, he visto salir pus de las inmediaciones de uno de los últimos molares, y habia pensado que se trataba de un absceso gingival profundo, cuya abertura anunciaba la terminacion próxima por una curacion definitiva ó por una necrosis. Sin embargo, quedaba una hinchazon muy notable en la region maseterica, y la presion ejercida en esta region hacia salir mucho pus por la abertura gingival. Yo creia allí un absceso más profundo y más extenso, que los que vemos comunmente abrirse en la vecindad de las encías, y yo debia temer que la abertura esponánea no fuera suficiente. No solo no lo fué, sino que se cerró al cabo de algunos dias, y entonces la hinchazon se hizo más considerable en la region maseterica é invadió de una manera evidente hácia la sien. Despues se hizo aparente en la primera de estas regiones una fluctuacion profunda; yo hice una incision transversal de tres centímetros de longitud, paralela al conducto de Stenon, y por debajo de él, paralela tambien á las ramas principales del nervio facial, de las cuales hubiera interesado necesariamente algunas si hubiera dirigido el bisturí verticalmente. He cortado, capa por capa, la piel y el espesor del masetero, y cuando dividimos la capa profunda de este último vimos derramarse un pus abundante y fétido: la presion ejercida sobre la region temporal, tumefacta tambien en este momento, no hizo salir pus por mi abertura, lo cual probaba que el flemon, aunque propagado hácia esta parte, no habia supurado. Introducido un estilete por la herida llegó hasta la cara externa de la rama del maxilar inferior, pero no me ha permitido comprobar la denudacion en ningun punto. Despues de esta operacion, el foco, que estuvo abierto por medio de mechas de hilas que separaran sus bordes, se vació poco á poco, la hinchazon de la region temporal se disminuyó, y las mandíbulas pudieron abrirse gracias al tornillo cónico. Durante este tiempo la abertura de la encía se restableció, y la supuracion ha persistido en este punto cuando ya

cesaba en la mejilla, en donde se verificaba la cicatrizacion.

¿Qué tenemos de particular en este enfermo y en qué difiere su absceso dentario de los que os he hablado hasta ahora? Difiere en que partiendo de un diente enfermo y de su alvéolo, la inflamacion se ha propagado á lo largo del periostio como en los flemones gingivales; pero en vez de detenerse en la encía ó fundirse en el tejido celular sub-mucoso y sub-cutáneo ha comunicado á lo largo de la parte externa de la mandíbula hasta la cara profunda del masetero, y capa por capa hasta la vaina del músculo temporal, ganando la cara externa de la apófisis coronóides, y tal vez la interna de este músculo. Propagado el flemon de esta manera se ha hecho profundo, es decir, sub-masetérico y temporal, sin que yo pueda decir, en este último punto, si ha sido sub-temporal ó si esta limitado al tejido conjuntivo colocado entre el músculo y su aponeurosis. A la vez que se formaba el absceso sub-masetérico terminaba por resolucion la porcion temporal del flemon; el absceso terminó sin fistula y sin necrosis de la rama maxilar. La porcion ósea del diente cariado es la que solamente se ha necrosado. Despues reconocimos que este diente enfermo era la segunda muela inferior y la extrajimos.

No era la primera vez que yo observaba el flemon profundo temporo-sub-masetérico á consecuencia de una cáries dentaria. En dos enfermos que he visto en la ciudad, la supuracion invadió no solamente la porcion sub-masetérica, sino tambien la porcion sub-temporal del flemon. Creí que debia hacer dos incisiones que atravesaran la una el temporal y la otra el masetero, pasando de una á otra un tubo de desagüe para asegurar la evacuacion del foco. En uno de los enfermos la incision del temporal dió lugar á un derrame sanguíneo arterial, que necesitó una ligadura algo laboriosa. Los dos sugetos curaron tambien sin necrosis de la rama maxilar, ni tampoco han tenido la necrosis alveolar, que hemos observado en nuestro último enfermo.

No sucedió lo mismo con un enfermo que asistí en el hospital de la Piedad en 1867. Despues de la abertura del foco sub-masetérico se declaró una infeccion purulenta, que terminó por

la muerte. No encontré ni muy extensamente denudado el maxilar, ni que su parénquima hubiese supurado; me pareció que la infección purulenta había sido determinada por la septicemia consecutiva á la descomposición del pus y de la sangre en este foco profundo.

La posibilidad de esta complicación me autoriza á manifestaros, que la indicación, en los abscesos de esta índole, es abrir pronto y extensamente las dos regiones (masetérica y temporal) cuando la fluctuación se comuniqué con una y otra, ó una sola; la primera, cuando el foco es solamente sub-masetérico. Es necesario, por medio de lavados reiterados, evitar la estancación y por consecuencia la descomposición del pus en el fondo del foco.

En cuanto á nuestro enfermo no tenemos otra cosa más que atender á la eliminación de la necrosis, más extensa que de ordinario, pero todavía muy limitada, del maxilar inferior, y aconsejarle lociones frecuentes de la boca para arrojar el pus hácia afuera y evitar que pénétre en las vías digestivas.

LECCION XLVIII.

Abceso subperitoneal de la pared abdominal.

Mujer de 54 años.—Muchos accesos de cólico probablemente hepáticos.—Aparicion, á los quince dias, de una hinchazon dolorosa del hipocondrio derecho con fiebre.—Fluctuacion superficial.—Discusion sobre el origen de este abceso; ¿es hepático, peritoneal, estercoráceo por perforacion del intestino?—Razones para rechazar estos orígenes y admitir la existencia del flemon sub-peritoneal, descrito por Bernutz.—Abertura del foco.—El pus es fétido sin mezcla de gas.—El pus es de color de ladrillo, semejante al de los abcesos hepáticos.—Nuevos reconocimientos han demostrado, sin embargo, que no tiene este origen.—Erisipela consecutiva, curacion sin fistula.

SEÑORES:

La enferma que está ocupando la cama núm. 18 de la sala de San Juan (Piedad, agosto, 1865) y que va á salir despues de haber curado de una erisipela grave, ha sido muy instructiva para que no reuniera ante vosotros los principales detalles de su observacion.

Tiene 54 años de edad, y buen estado de carnes; ha gozado de buena salud hasta la edad de 52 años, época en la cual fué, por primera vez, acometida, en una noche, de vómitos y dolores muy vivos en la base del pecho y en el hipocondrio derecho, sin ictericia concomitante ni consecutiva. ¿Estos dolores, eran de origen hepático? Me ha sido difícil averiguarlo, pero la cuestion debe proponerse, porque un año justo despues sobrevino el mismo ataque doloroso del lado derecho, con vómitos, que duró doce ó quince horas, siempre sin ictericia consecutiva y sin que la enferma haya visto (verdad es que tampoco lo ha intentado mucho) concreciones ni en la orina, ni en las materias fecales. Nos quedamos, pues, con la duda de saber si estos abcesos dolorosos han sido hepáticos, nefríticos ó simplemente neurálgicos. Fueran como quiera,

despues de esta última crisis, la enferma empezó á padecer diarreas y digestiones laboriosas. Además cree la enferma haber notado en el vacío derecho, hace ya muchos meses, una hinchazon poco saliente y ligeramente dolorosa al tacto, pero que no la hacia sufrir tanto, sin embargo, para tener necesidad de reclamar los consejos del médico.

Quince días antes de su entrada en el hospital (que fué en 14 de junio de 1865), sintió nuevos dolores, ménos violentos pero más continuados, en el vacío derecho; á la vez tuvo fiebre, inapetencia sin vómitos, y sobrevino una hinchazon que aumentó poco á poco en la parte anterior del hipocondrio derecho, á tres traveses de dedo por debajo del borde de las costillas. A estos síntomas se añadía diarrea, más frecuente que la que tenia desde un año antes.

Cuando por primera vez le examiné, encontré como síntomas generales, frecuencia del pulso, calor de la piel, cefalalgia, inapetencia y sed; y como síntomas locales, una hinchazon notable en la region indicada, calor á la mano, enrojecimiento y sensacion de fluctuacion superficial. En vista de estos síntomas no puse en duda la existencia de un absceso caliente, pero se presentaban muchas cuestiones importantes y difíciles.

La primera era el punto de partida: ¿procedia este absceso del hígado, del peritoneo, del intestino ó simplemente de la pared abdominal?

He pensado mucho sobre el origen en el hígado; porque, colocado á cierta distancia por debajo de la base del pecho, correspondia, sin embargo, la coleccion al hipocondrio derecho, y la enferma habia tenido en diversas épocas cólicos que podian considerarse como hepáticos. Però, desde luego, es raro que los cálculos biliares ó las inflamaciones de los conductos hepático y cístico terminen por absceso. Despues la supuracion del hígado, que es muy rara en nuestros climas, se verifica más lentamente y va acompañada de un adelgazamiento y de una alteracion en el estado general que no existian aquí; porque, aparte de la diarrea frecuente de que os he hablado, no se habia alterado su salud, ni habia sobrevenido

ninguna enfermedad notable hasta hacia quince dias. En rigor la coleccion podia haber sido un quiste hidatídico supurado del hígado; pero en tal caso se aplica la misma reflexion que á los abscesos parenquimatosos, á los cuales aludia yo ahora: no es lo comun que el pus atraviese las capas profundas de la pared abdominal para aproximarse á la piel. Aquí habia una tumefaccion profunda y muy consistente; pero la fluctuacion, sin ser de hecho sub-cutánea, estaba más próxima á la piel que lo estaban de ordinario las colecciones hepáticas. Por estos diversos motivos no he creido que nos halláramos en presencia de un absceso insólito del hígado, cuyo pus, despues que se establecieran oportunamente adherencias entre este órgano y el peritoneo parietal, se abriria paso á través de la pared abdominal.

¿Podria creerse que el punto de partida era el peritoneo? No ignorais, Señores, que á consecuencia de ciertas peritonitis parciales puede formarse un absceso en una cavidad circunscrita por falsas membranas. Esto es lo que se llama un absceso enquistado del peritoneo. Pero estas especies de abscesos, como los del hígado, rara vez atraviesan la serosa parietal y se abren en el espesor de la pared; quedan confinados en el vientre y se abren en el intestino ó en la gran cavidad peritoneal. El enfermo, además, no ha tenido síntomas de peritonitis, principalmente los vómitos y el meteorismo, que preceden en tales casos á la formacion del absceso enquistado.

Habia lugar á pensar que tratábamos de un absceso caliente, nacido en el espesor de la pared abdominal, sin tener ninguna relacion con las crisis anteriores, que podian suponerse hepáticas. ¿Pero estos abscesos tenian por origen alguna perforacion del intestino? Esto sucede, Señores, con ciertos flemones de la pared abdominal, como en algunos de la márgen del ano; pueden ser consecutivos á una perforacion por un cuerpo extraño ó por una ulceracion espontánea, perforacion que se encuentra precedida por una adherencia, afortunadamente establecida entre el punto enfermo del intestino y la parte correspondiente de la pared abdominal. Si la perforacion es grande, sobreviene como consecuencia un enorme absceso es-

tercoráceo; si es estrecha no deja pasar más que una pequeña cantidad de gas ó materiales de los intestinos, que provocan un flemon más ó ménos rápido y caliente, segun que la cantidad salida del intestino ha obrado con mayor ó menor energía. Puedo citar dos ejemplos interesantes de estos abscesos estercoráceos de la pared abdominal, que han sido notables por la lentitud de su curso.

Ví el primero en el Hotel-Dieu en 1835, en la época en que yo era externo del profesor Roux. El enfermo tuvo hinchazon extraña y difícil de explicar en la parte inferior é izquierda de la pared abdominal anterior, en la inmediacion y algo por encima del trayecto inguinal. Esta hinchazon era poco dolorosa y de curso muy lento. Durante largo tiempo fué muy consistente y no tenia fluctuacion; pero un dia presentó un poco más de blandura y sonoridad á la percusion, y sensacion de zurrido cuando se comprimia bruscamente y un poco fuerte. Roux practicó la abertura de esta coleccion líquida y gaseosa á la vez, y vimos establecerse una fístula estercorácea que persistió muchos meses y terminó por curarse, despues de cierto número de cauterizaciones con el cilindro de nitrato de plata. No vimos salir ningun cuerpo extraño, pero Roux emitió la opinion de que sin duda una ulceracion del intestino, ya por un cuerpo extraño que no habia salido, ya por otra causa desconocida, habia producido la perforacion, y que, antes de formarse la pequeña perforacion precedida por una ulceracion, habia contraido adherencias el intestino con la pared abdominal. Por esta razon el derrame no se podia haber verificado en el vientre y las materias estaban infiltradas en el espesor de esta pared, en cantidad muy corta para producir un flemon estercoráceo muy agudo, pero suficiente para dar al flemon un curso muy lento y despues la fístula que observamos.

El otro caso fué notable tambien por la lentitud de su curso, por la consistencia que presentó por mucho tiempo el tumor, antes de que se formara el absceso, y por los errores de diagnóstico á que dió lugar.

Yo he observado en el hospital Cochin, en 1856, á este en-

fermo. Le recibí la primera vez, y despues de un exámen atento creí que padecia un tumor canceroso del epiploon, adherido á la parte inferior de la pared abdominal, dando lugar á un tumor duro y profundo que sentia en el hipogastrio. Sin embargo, me asombró que faltaran los síntomas de peritonitis general que acompaña comunmente á estos cánceres, y de que no estuviera muy alterada su salud. Por estas razones pensé tambien en una simple epiploitis intra-abdominal crónica, indurada y adherente. Pero la dureza considerable inclinaba mi opinion hácia el cáncer. El enfermo estuvo un poco de tiempo en el hospital y volvió nueve semanas despues de tomar el alta. Esta vez encontré el tumor un poco más cerca de la piel, muy duro en su parte profunda, más blando y fluctuante en sus capas superficiales. Desde entonces era evidente qué, si la fluctuacion habia principiado en el vientre y á expensas del epiploon, habia atravesado la pared abdominal. ¿Era el cáncer, que se habia comportado de esta manera, al mismo tiempo que se reblandecia? Era poco probable, y la coleccion no era tan pronunciada para que dudara en creer en una coleccion purulenta. Recordando entonces el caso del Hotel-Dieu, cuyas notas conservaba en mi cuaderno de alumno, encontré cierta analogía con él, y pensé en la posibilidad de un flemon crónico de la pared abdominal, consecutivo á una lesion del intestino. Los dias siguientes se hizo más pronunciada la fluctuacion; hice una incision, capa por capa, por encima del púbis, en donde el tumor era más prominente y fluctuante; se estableció una fistula y despues el enfermo vió salir, con el pus, un cuerpo extraño, que nos presentó; era un fragmento de hueso como de centímetro y medio de largo y tres milímetros de ancho. Era, pues, cierto que el tumor duro, que yo habia sentido al principio, no ocupaba la cavidad peritoneal, como yo habia pensado primero, sino las capas profundas de la pared, y que el flemon crónico, que yo habia observado, reconocia por causa la salida de una pequeña cantidad de gas ó de materia intestinal á través de la perforacion ocasionada por el cuerpo extraño. Habia, por consiguiente, cierta analogía de origen y curso entre esta variedad

de flemon estercoráceo y la variedad de flemon urinoso crónico, de que os hablaré algún día, y que nuestros predecesores han descrito injustamente bajo el nombre de *tumor urinario*.

¿Tenemos algo parecido en nuestro enfermo actual, es decir, un flemon estercoráceo? En rigor es posible esto; solo que el flemon ha sido, más agudo y más rápido que en los dos sujetos de que os acabo de hablar, y, además, no ha sido tan intenso como en el caso de que hubiera sobrevenido una gran perforación intestinal, y se hubiera vertido en el tejido celular de la pared abdominal una cantidad considerable de materias fecales.

También es probable, según el curso de la enfermedad, que estemos en presencia de uno de esos flemones supurantes, que tienen su origen en el tejido celular subperitoneal, y que sin tener por punto de partida una perforación del intestino, están, sin embargo, bajo la dependencia de una enfermedad de este último, sin que tampoco podamos explicar en qué consiste esta dependencia. M. Bernutz, á quien debemos la descripción de estos flemones subperitoneales profundos de la pared abdominal (1), ha observado perfectamente que se desarrollan con preferencia en los sujetos que padecen con mucha anterioridad cólicos sordos y diarrea frecuente, sin que para ello haya necesidad de perforación. ¿Podría suceder que el flemon procediera de la vecindad de un asa intestinal, cuya serosa inflamada haya adquirido adherencias con el peritoneo parietal, propagándose la flegmasía por continuidad de tejido desde el intestino al peritoneo, y haciéndose supurativa luego que ha invadido el tejido conjuntivo sub-peritoneal? Puede suceder que haya, al nivel de este punto adherente, á través de la pared intestinal ulcerada, pero no perforada, una trasudación de materias fecales, que den nacimiento al flemon y á la supuración. Estos puntos no están demasiado claros; pero no es ménos verdad que los flemones sub-peritoneales de la pared abdominal están en relación con el estado morbo del in-

(1) Bernutz, artículo ABDÓMEN del *Nuevo Diccionario de medicina y de cirugía prácticas*. Paris, 1964, t. I.

testino, estado morbozo que ha existido en nuestro enfermo.

Es notable que, á pesar de este origen y de estas relaciones, los flemones de que nos ocupamos se curasen ordinariamente. La peritonitis de que van acompañados y precedidos en ciertos sugetos se hace plástica; el absceso no queda fistuloso cuando se le hace una gran abertura, y aunque el pus continúa ordinariamente fétido, como sucede en la mayoría de los abscesos desarrollados en las inmediaciones de las cavidades naturales, no sobreviene la septicemia consecutiva. Espero, pues, que nuestro enfermo curará, á pesar de la intensidad de los síntomas generales de que hemos sido testigos.

Me habeis oido plantear otra cuestion, á saber: si este absceso, probablemente fétido, pertenece á la variedad de los que contienen una mezcla de gases y de pus. Luego que comprobáramos la presencia de estos gases, me volveria á recordar la idea de una perforacion intestinal, pero no seria más que de una manera muy incompleta. Vemos, en efecto, sugetos que, invadidos por flemones muy agudos y despues de algun tiempo en que su salud se halla debilitada, presentan abscesos fétidos con gas, que de ninguna manera procede de las vias digestivas y respiratorias, y que evidentemente se ha formado en el mismo foco. El año último he presentado un ejemplo en una mujer que tenia un absceso parenquimatoso de la mama; y otro en un hombre de constitucion empobrecida, que tenia un absceso fétido y gaseoso en el hombro. Lo mismo se observa algunas veces en la túnica vaginal y en las sinoviales articulares violentamente inflamadas en sugetos que estuvieran enfermos anteriormente. Para completar esta parte del diagnóstico me habeis visto hacer investigaciones para percibir la sensacion de zurrido. No la he encontrado, y este es un motivo para no formar un pronóstico muy grave, porque los abscesos con desarrollo de gases, sin ser necesariamente mortales, indican, sin embargo, una alteracion general próxima á la septicemia, que puede ser una septicemia verdadera despues de la abertura del foco y la exposicion del pus al contacto del aire.

De uno ó de otro modo la indicacion era evidente. Abando-

nado este absceso á sí mismo no hubiera hecho más que aumentar. Los síntomas generales, que, en general, se apaciguan cuando el pus ha encontrado una salida, habrían continuado, y si la abertura se hacia espontáneamente habria grandes probabilidades de que quedara fistulosa, porque el foco tendria sin duda grande extension en la parte profunda de la pared abdominal en donde tenia su origen, y que la evacuacion completa del pus por esta abertura espontánea, verosímilmente muy estrecha, hubiera sido muy difícil.

Por esta razon hice, al tercer dia de la entrada del enfermo en el hospital, una incision de seis centímetros de larga paralela á la línea media. Recordareis que por ella salió una gran cantidad de pus muy fétido, y cuyo color moreno indicaba la mezcla de cierta cantidad de sangre. No vimos ninguna ampolla que nos indicara la presencia de gas y no hemos encontrado en este pus películas anhistas ni bolsas llenas, cuya presencia hubiera indicado la existencia de un tumor hidatídico supurado.

Solo me llamó la atencion el color del pus, que se parecia al del ladrillo oscuro, el cual os hice observar, diciéndoos que este color no era raro en los absesos del hígado, y que me obligaba á preguntarme si, á pesar de nuestras previsiones y á lo que comunmente sucede, no habria abierto un absceso del hígado que hubiera adquirido adherencias prévias en el espesor de la pared abdominal. Para convencerme de esto he introducido el dedo con precaucion en la cavidad que acababa de abrir y he tocado el plano posterior de este foco, que he recorrido en toda su extension, era muy grande, pero no he encontrado la escavacion profunda, que sin duda alguna hubiera formado un absceso del hígado; tampoco he encontrado en ningun punto de la pared una abertura que conduzca á una cavidad posterior, que hubiera podido ser la de un absceso abierto en forma de salvadera. Los dias siguientes inyecté agua fenicada, y no hice entrar mayor cantidad que la que podia contener el foco exterior. Volví, pues, á mi primer pensamiento, al de un flemon sub-peritoneal supurado de la pared abdominal, el cual ha suministrado, sin que pueda atinar con

la razon, como sucede algunas veces en otros abscesos calientes, principalmente en los de los miembros inferiores, ha suministrado, repito, pus sanguinolento. Continúo desde entonces creyendo que el pronóstico no era muy grave, que la enferma estaba ménos expuesto á la fistula consecutiva, y sobre todo á los accidentes de infeccion, que si se tratara de un absceso del hígado, y por fin que la enferma curaría.

Mis esperanzas han salido fallidas, porque esta mujer, despues de haber sentido una mejoría notable en su estado general, fué invadida el dia 23 de junio de un gran frio, preludio de una erisipela. Esta se hizo ambulante, extendiéndose á toda la pared abdominal y al tronco, y puso por algunos dias la vida de la enferma en peligro. Desapareció al cabo de 25 ó 30 dias, y no impidió que la cavidad del absceso se vaciase por la ancha abertura que ya habia hecho; pero tenia que mantener separados los bordes por medio de una mecha de hilas ó de lienzo, y además hacia cada dos dias, y en algunas ocasiones diariamente, una inyeccion con el agua fenicada. Las fuerzas de la enferma se sostuvieron con el aguardiente y las preparaciones de quina. Hoy, 30 de agosto, la cicatrizacion es completa; no queda más que una fistula, y la salud general es buena. Aconsejamos á la enferma que se alimente, en cuanto le sea posible, con carnes y pescados, que evite las frutas, las legumbres crudas ó cocidas; en una palabra, todo lo que pueda producir diarrea y disponerla á un nuevo flemon. Pero temo que su posicion social no la permita seguir nuestras prescripciones, las únicas que pueden ponerla en un estado de salud satisfactorio.

LECCION XLIX.

Abceso caliente post-puerperal de la mama.

- I. Parto á término.—Tentativa de lactancia.—Grietas en los dos pechos.—Tres abcesos abiertos espontáneamente en el derecho.—Dos no abiertos en el izquierdo.—II Mamitis post-puerperal supurante en el lado derecho.—Distincion entre la mamitis no supurante y la mamitis supurante.—Frecuencia de esta última despues del parto y cuando sobrevienen grietas.—III. Diagnóstico y curso.—Evidencia de los abcesos.—Son parenquimatosos ó glandulares en su origen.—Los flemones y abcesos sub-cutáneos se presentan especialmente fuera del estado puerperal, consecutivamente al eczema simple ó al eczema complicado con sarna.—Tendencia natural de los abcesos post-puerperales á la curacion sin fistula.—Tratamiento por los narcóticos y la contemporalizacion. Deben evitarse las incisiones porque exponen á la erisipela, la cual es ménos temible despues de la abertura espontánea.

SEÑORES:

Hemos recibido hace algunos dias dos jóvenes que padecen abcesos mamarios. Una de ellas (núm. 2) tiene 22 años de edad, ha parido por primera vez hace siete semanas. Ha ensayado á lactar, pero sus pezones eran poco salientes y el niño los cogia difícilmente, y sobrevinieron en uno y otro grietas dolorosas. La enferma ha luchado quince dias, pero el niño tenia siempre dificultad para coger el pecho y hubo que darle el biberon. Las mamas estaban distendidas, despues se pusieron dolorosas y tuvo por necesidad que renunciar á dar á su hijo el alimento natural. Tres abcesos se formaron, y se abrieron espontáneamente en la del lado derecho. En la del lado izquierdo se presentaron dos abolladuras calientes, rojas, pero que todavía no se han abierto. Esta mujer ha perdido el apetito y tiene un poco de fiebre; no duerme, ó su sue-

ño se interrumpe por los dolores, y en fin, hace cuatro semanas que la enferma se ha visto obligada á entrar en el hospital.

La otra tiene 21 años (núm. 8); ha parido tambien por la primera vez; algunos dias despues sintió la presencia de la leche en sus mamas, y en la derecha solamente se presentaron grietas dolorosas. Continuó presentando el pecho al niño, pero los dolores se hicieron más vivos y tuvo que renunciar á ello, continuando la lactancia con el pecho izquierdo, cuyo pezón no tenia grietas.

Tenemos en estas dos mujeres una enfermedad muy comun, la mamitis post-puerperal, y esta mamitis se ha hecho supurante en algunos sitios, en las condiciones particulares que se produce comunmente.

La mamitis post-puerperal se presenta, en efecto, Señores, bajo dos formas, de las cuales tenemos ejemplos con mucha frecuencia, y que tambien encontrareis en vuestra práctica: la forma no supurante y la supurante. La primera se ve con especialidad en las mujeres que no lactan, ó que habiendo lactado dos ó tres dias cesan de hacerlo por una causa cualquiera, pero sin haber tenido antes una grieta. Se observa entonces tumefactarse la mama uniformemente y ponerse caliente y dolorosa. Esto no es más que la congestión fisiológica, por medio de la cual se establece la secreción láctea. En las condiciones ordinarias, cuando no ha habido tentativa de lactancia, ni de excreción del producto segregado, esta congestión disminuye rápidamente, cesa al cabo de algunos dias, y no puede decirse que haya una inflamación propiamente dicha. Pero en ciertas mujeres que, sin verse obligadas por las grietas, cesan de pronto la lactancia comenzada pocos dias antes, la congestión, aumentada por la insuficiencia de la excreción, pasa al estado inflamatorio, ó por lo menos de hinchazón, el calor y el dolor son tales que puede admitirse esta transformación, es decir, que ha sobrevenido la mamitis. De esta manera, á lo menos, interpreto yo los fenómenos en estos casos, que nuestros predecesores han descrito bajo la denominación, á todas luces insignificante, de *pelo*. Solo esta mamitis sin grie-

tas termina poco á poco por resolucion y no presenta abcesos, al menos en la mayor parte de los casos.

Pero no sucede lo mismo cuando se presentan grietas, ó cuando la lactancia, difícil y dolorosa por las grietas, se continúa, á pesar de todo, por espacio de quince ó veinte dias. En este caso termina la mamitis ordinariamente por supuracion. ¿Sucede esto porque la inflamacion, partiendo de las grietas, se propaga á lo largo de los conductos galactóforos, y da á esta mamitis una intensidad mayor que la que sobreviene sin grietas primitivas? ¿Es porque la excrecion se suspende en una época tan avanzada, que no permite ya la terminacion por resolucion? ¿Es por las dos causas á la vez? Nada sabré deciros sobre esto: llamo solamente vuestra atencion sobre las diferencias que nos ofrece la enfermedad, segun que se suspenda la lactancia algunos dias más pronto ó más tarde, y segun que la suspension haya ido ó no precedida de grietas.

Sea como quiera, nuestras dos enfermas se encuentran en las condiciones ordinarias de la mamitis supurada. Veamos ahora las particularidades que nos ha suministrado el exámen de cada una de ellas.

En la primera, la del núm. 2, os he hecho notar en la mama del lado izquierdo, donde todavía no hay abcesos abiertos, como síntomas físicos y funcionales locales, aumento general de la mama que está dura, pesada, caliente y dolorosa al tacto y á los menores movimientos. Habeis visto qué precauciones toma esta pobre mujer para descubrirse y mostrarnos, sin imprimir ningun movimiento, la region enferma. Hemos notado en esta abultada mama dos eminencias rojas, redondeadas, blandas, muy fluctuantes, pero fluctuantes superficialmente; es decir, que la sensación percibida es la de un líquido situado debajo de la piel, y que la menor presion ejercida con un dedo envia la columna líquida á otro dedo apoyado moderadamente. Encima hemos notado otra eminencia poco menos prominente, sin enrojecimiento, cuya presion ha causado dolor, pero no hemos percibido con ella fluctuacion; ha sido preciso para encontrar la fluctuacion apoyar más los dedos y por más largo tiempo; con el dedo que quedaba

inmóvil se sentía bien la columna líquida, pero muy alejada de la piel; era, en una palabra, una fluctuación profunda. Más hácia fuera hay en la glándula otro punto hinchado, duro, pastoso, pero que no da la sensación de fluctuación.

La mama del lado derecho está ménos hinchada y solo hace como una veintena de días que padece. Tiene en su superficie tres aberturas redondeadas, cuya extensión varía de 5 á 10 milímetros, sin desprendimiento periférico de la piel, que permiten salir un pus mezclado con estrías blancas, que no son otra cosa que leche. He ejercido algunas presiones, que la enferma ha soportado sin dolor, y he hecho salir una gran cantidad de este líquido purulento y lácteo, á la vez que salía leche por los conductos del pezón.

La segunda enferma (núm. 8) no tiene malo el pecho izquierdo, como ya os he dicho; pero en el derecho hemos observado una hinchazón general, dolorosa á la presión y á los movimientos, especialmente en dos puntos que ofrecen una fluctuación profunda.

Como síntomas generales han presentado estas dos enfermas una ligera aceleración del pulso y fenómenos febriles moderados, sin frios repetidos y sin ningun síntoma que indique un estado grave. Lo que más las molesta es tener poco apetito y el insomnio producido por el dolor.

Diagnóstico y curso ulterior.—Señores, nada tengo que añadir para formar el diagnóstico; es evidente que lo que hemos observado en estas dos enfermas es no solo mamitis, sino mamitis supuradas. Solo que la supuración no es general; está circunscrita, en cada una de las mamas, á tres ó cuatro puntos ó lóbulos, al nivel de los cuales, segun la mayor probabilidad, se formarán otros tantos focos distintos. Los lóbulos inmediatos están inflamados tambien, pero si alguno debe llegar á supurar despues, no llegarán todos, y en la mayor parte de ellos la inflamación quedará congestiva y plástica y terminará por resolución. Esto es lo que sucede ordinariamente en la mamitis post-puerperal. Algunas veces se observa solo un gran foco purulento, en cuya formación han tomado parte cierto número de lóbulos ó lobulillos. Pero con frecuen-

cia el tejido célula-fibroso inter-lobular está libre en una parte de la glándula y limita los focos purulentos; ó bien los abscesos quedan circunscritos por una porcion de lóbulos á la vez que por tabiques célula-fibrosos inter-lobulares. No es imposible tampoco que los focos se formen exclusivamente en el tejido conjuntivo inter-lobular; pero, de cualquier modo que estos últimos se circunscriban, quedan ordinariamente aislados los unos de los otros, constituyendo así cierto número de abscesos independientes. En estas enfermas tenemos dos ó tres en cada mama; puede suceder que sobrevengan otros ulteriormente; algunas veces se ven á cinco ó seis formar uno ó reunirse sucesivamente, y del mismo modo hasta diez ó doce y á veces más.

Os he hecho notar en la primera enferma dos abscesos muy superficiales. ¿Debemos por esto deducir que se trata de flemones y abscesos simplemente sub-cutáneos? No, Señores; habeis podido ver que la fluctuacion superficial está acompañada en su periferia por una fluctuacion profunda, cuyo sitio es ciertamente el espesor mismo de la glándula, es decir, que los focos primitivamente parenquimatosos se hacen en parte sub-cutáneos, porque el pus se dirige hácia la piel, segun la tendencia que le es habitual, que no es combatida en esta region por ninguna aponeurosis resistente. No es esto decir que el flemon subcutáneo primitivo de la region mamaria sea raro ó imposible; por el contrario, he tenido ocasion de mostrarosle, pero ha sido en mujeres que habian parido, ó hacia ya tiempo que lo habian hecho. Recordad, en particular, la jóven de 18 años que estaba hace dos meses en el número 6 de la sala de Santa Catalina, en la cual observamos, con un eczema del pezon y de la areola, un absceso de esta naturaleza de poco más volúmen que el de una nuez. Recordad que buscando el origen del eczema encontré una sarna antigua, que hemos reconocido distintamente por la comprobacion del acarus. Ya os he dicho, con este motivo, que el eczema de la mama, lo mismo el que es primitivo que el producido por la sarna, se complica comunmente con flemon y absceso sub-cutáneo, y que algunas veces tambien estos mismos flemones

se producen bajo la influencia de causas desconocidas, sin eczema anterior, pero siempre en mujeres que no están recién paridas.

Después del parto, y sobre todo durante las primeras semanas de lactancia, los abscesos se desarrollan en todos los lóbulos y lobulillos mamarios. Son primero parenquimatosos, y no se hacen sub-cutáneos más que por uno de los mecanismos siguientes: ó porque la flegmasía ha invadido capa por capa el tejido subcutáneo, propagándose á lo largo de uno de los tabiques inter-lobulares; ó porque, y esto es lo más comun, el pus, formado en uno de los lóbulos, sale al exterior á través del parénquima mismo y camina poco á poco hasta las capas subyacentes á la piel. En suma, en las tres mamas inflamadas que tenemos á la vista, se trata de abscesos parenquimatosos consecutivos á la mamitis post-puerperal, solo que en una de ellas el absceso ha llegado debajo de la piel á consecuencia del curso natural de la enfermedad.

Si se abandonaran estas mamitis á sí mismas, los abscesos cuya fluctuacion es hoy profunda se harian subcutáneos á su tiempo; después se abririan al exterior y recorrerian así su último período. Pero una vez abiertos, ¿qué sobrevendria? Para saberlo no teneis más que examinar lo que ha pasado y lo que va á pasar ulteriormente en una de nuestras enfermas, que tiene en una de sus mamas tres abscesos abiertos espon-táneamente.

Lo que ha pasado es muy sencillo. El pus sale en abundancia por los orificios, que se han extendido mucho; en los otros puntos de la mama la mamitis ha terminado por resolución. El órgano ha disminuido poco á poco, y ha sufrido la retracción fisiológica que debia para volver al volúmen que le es propio fuera de la lactancia. La cantidad de pus disminuye á medida que se verifica este retraimiento. No ha terminado todavía este trabajo: aun continúa: la mama se descongestiona y se desembaraça del pus y de la leche, que cierto número de conductos galactóforos abiertos dejan pasar al foco purulento. Aguardad algunos dias todavía, algunas semanas tal vez, vereis desaparecer el derrame; los orificios anormales

irán vertiendo cada vez menos pus y ménos leche, hasta que ya no suministren nada y cicatricen. Este curso será más ó ménos lento, segun que los focos purulentos hayan sido más ó ménos extensos, y sobre todo más ó ménos profundos. La curacion será ciertamente más lenta en los que ocupen los lóbulos más profundos, que en los que se formen en los lóbulos más superficiales. En los primeros serán necesarios dos ó tres meses; en los segundos bastarán algunas semanas. Pero poco importa; la curacion se verificará siempre, y durante el tiempo que tarde no sufrirán las enfermas y lo pasarán bien; no tendrán otra incomodidad que la de la limpieza, y la de comprimir diariamente las mamas para facilitar la evacuacion del pus.

Lo mismo que pasa en la mama cuyos abscesos se han abierto, pasará en las otras dos mamas, cuyos abscesos son unos parenquimatosos todavía y los otros subcutáneos. Vereis llegar la curacion al cabo de un tiempo más ó ménos largo, pero que no pasará de tres meses, y no quedarán fístulas interminables, como sucede alguna vez á consecuencia de otros abscesos abiertos espontáneamente, con especialidad en los que se desarrollan en las cavidades naturales, tales como la sinovial de los flexores y las sinoviales subcutáneas, en los que se forman en las capas sub-aponeuróticas de los miembros que tienen una cavidad espaciosa, cuya evacuacion necesita aberturas más extensas, que las que se hacen espontáneamente.

Lo dicho bastará para haceros conocer el curso natural de los abscesos mamarios, curso que he tenido ocasion de hacer observar en mi clínica desde hace siete años, y que justifica el método de contemporizacion, al cual doy comunmente la preferencia en el tratamiento de estos abscesos mamarios.

Tratamiento.—Va á ser, en efecto, de los más sencillos en estas dos mujeres. En las mamas que tienen los abscesos abiertos aconsejaré á las enfermas que se hagan ellas mismas, mañana y tarde, una presion, á fin de expulsar el pus y la leche sin provocar los dolores que ocasionaria tal vez una mano

extraña, y se hará una cura simple con un lienzo perforado ó hilas empapadas en glicerina ó en una disolucion al milésimo de ácido fénico.

En los abcesos que todavía no están abiertos, haré poner cataplasmas de fécula ó harina de linaza fresca. Estas cataplasmas se rociarán con láudano y se colocará debajo un tafetan enceratado para impedir una pronta desecacion y el endurecimiento que resultaria. Me abstendré de exploraciones dolorosas destinadas á comprobar la fluctuacion. Calmaré, cuanto sea posible, los dolores que siente por la noche con una pocion que contenga 3 ó 4 gramos de hidrato de cloral, tomada por la tarde de una sola vez. Si el estómago no tolera el cloral ó produce ensueños, ó no calma el dolor, ensayaré el ópio y la morfina. Dejaré que el absceso se abra espontáneamente, y cuando estén abiertos, aconsejaré á las enfermas que se hagan presiones, como he dicho antes, para hacer salir el pus. Procuraré no producir ningun dolor, ahorrando así á mis enfermas todo sufrimiento provocado y la inquietud ó la preocupacion que tienen, temiendo que este dolor se renueve á cada una de mis visitas.

¿Cuál es la razon de este tratamiento sencillo por los emotionales y la contemporizacion? ¿Cuáles son sus ventajas? ¿No tiene tambien inconvenientes?

Hé aquí mis respuestas á estas cuestiones. Obro así con la esperanza de evitar la erisipela, que sobreviene algunas veces á consecuencia de las aberturas hechas con el bisturí y lo mismo con los cáusticos. Yo he llevado nota, desde 1862 hasta hoy, de todos los casos de abcesos mamarios post-puerperales en la Piedad y en la Caridad; hasta 1865 yo los abria como lo hacen y lo aconsejan todos los cirujanos. Entonces tuve ocasion de observar cuatro casos de erisipelas graves ambulantes, que partian de la incision, y de las cuales dos terminaron por la muerte. En estas dos últimas la abertura fué hecha con el bisturí; en la tercera me serví igualmente del bisturí; no sobrevino la muerte, pero estuvo muy próxima. En la cuarta me serví del cáustico de Viena, y aunque sobreviene la erisipela más rara vez despues de los cáusticos que del bisturí, se pre-

sentó, sin embargo, y nos ha tenido con grande ansiedad durante quince días.

Me impresionaron penosamente estas complicaciones, y sobre todo por la muerte de estas dos jóvenes, que estaban llenas de fuerza y de vida en el momento en que fueron sorprendidas por la erisipela, y yo me pregunto, si no podía atribuirse esta complicación y su terminación funesta á la dilatación del absceso con el bisturí. La práctica, y, sobre todo, lo consignado en mis escritos de los resultados por mí obtenidos después de las operaciones, me han hecho conocer dos circunstancias, que yo no había aprendido en las lecciones y escritos de mis maestros, pero que he publicado en mis trabajos sobre la erisipela (1); la primera es que las mujeres están más expuestas á la erisipela operatoria que los hombres. La segunda es que la región mamaria es, sin que podamos explicar por qué, una de las que con más frecuencia padecen la erisipela grave. Por esta razón me creo autorizado para decir que esta fatal complicación puede sobrevenir en los abscesos de las mamas consecutivamente al uso del bisturí y á la abertura con este instrumento de los linfáticos y capilares sanguíneos de la piel.

Habiendo comprobado, además, en cierto número de mujeres que, sin consultar con el cirujano, han obtenido una curación completa dejando abrir los abscesos espontáneamente, creo que estas curaciones son debidas á las condiciones fisiológicas particulares del órgano enfermo, y que acabo de exponerlos; pienso desde el año 1865 que es mejor abandonar á sí mismos los abscesos de la mama, los cuales yo no dilato sino muy excepcionalmente. En treinta mujeres que yo he tratado de esta manera no he visto un solo caso de erisipela, y todas han curado en un espacio de tiempo que ha variado entre uno y tres meses, según que los abscesos eran más ó menos profundos. Yo no sé si siempre sucederá lo mismo; segu-

(1) *Profilaxia de la erisipela y de la infección purulenta* (Congreso médico de 1867), y artículo ERISIPELA del *Diccionario de medicina y cirugía prácticas*. Paris, 1867, pág. 4.

ramente la erisipela puede presentarse despues de la abertura espontánea de los abscesos; pero hasta la presente tengo el derecho de creer que es más rara que despues de la abertura artificial. Esto está además en relacion con lo que sabemos de la etiología de la erisipela. Es más frecuente en las soluciones de continuidad que han sangrado, es decir, en aquellas en que han sido extensamente abiertos al principio los vasos cutáneos, que en las que la solucion de continuidad se ha producido por ulceracion ó eliminacion sin abertura prévia de vasos tegumentarios. Ofrece más gravedad en el primer caso que en el segundo.

Contemporizando, pues, puedo esperar que no sobrevenga erisipela, ó que si se presenta será menos grave que si incindiera.

Pero esta práctica, ¿no tiene inconvenientes? No conozco más que uno y no trato de disimularlo: que condena á las enfermas á sufrir más tiempo. Es incontestable que una vez formado el pus su salida produce un grande alivio, y lo mismo sucede bajo este concepto en los abscesos de la mama que en los de las demás regiones. Tenemos, sin embargo, aquí una circunstancia que impide algunas veces este alivio inapreciable, y es la multiplicidad y sucesion de los abscesos. Los que están en vía de formacion, cuando se abre el primero ó el segundo, entretienen el dolor, y no dejan que las enfermas sientan el beneficio de la operacion. Reconozco igualmente, y podreis observarlo en nuestras dos pacientes, que la contemporizacion prolonga un dia ó dos el sufrimiento que cada uno de los abscesos ocasiona. Pero como podemos disminuir este dolor con los narcóticos, y como es poca cosa al lado de los peligros que la erisipela hace correr á las enfermas, estoy decidido, hasta que se me pruebe que esta complicacion se produce, y sobre todo que ha sido mortal despues de la abertura espontánea de los abscesos mamarios, á dar la preferencia á la contemporizacion.

No trato, sin embargo, de hacer una regla absoluta; si practicais algun dia en una localidad donde se os haya demostrado que se padece rara vez la erisipela, podéis no acep-

tar mi precepto, que doy especialmente para la práctica nosocomial de las grandes poblaciones.

Si yo viera sufrir cruelmente á una mujer; si estuviéramos en una época del año en que mis estadísticas me hubieran enseñado que la erisipela era muy rara, en setiembre por ejemplo; si hacia ya algun tiempo que no se presentaba ningun caso de erisipela en mis salas ni en las inmediatas del hospital, no rehusaria servirme del bisturí. Pero esto sería una excepcion, y yo adopto para el hospital la regla de abandonar á sí mismos los abcesos de la mama.

LECCION L.

Abceso frio de la lengua.

Tumor fluctuante en la cara dorsal de la lengua.—Fistula concomitante.—Abertura.—Salida de notable cantidad de pus.—Aparicion consecutiva de un tumor en la cavidad del abceso.—Ablacion de este tumor; caractéres microscópicos del epitelioma.

SEÑORES:

Ha entrado en la sala de la Santa Virgen, núm. 6, un hombre de 50 años de edad, jardinero, al que he asistido en el hospital Beaujon por una afeccion de que yo no me acuerdo ya, pero que tal vez fuera, por lo que dice el enfermo, ya un eritema del ano, ya un abceso de la region anal. De todos modos la enfermedad de hoy no tiene ninguna relacion con la que yo le curé en el otro hospital hace ya diez años.

Hace ocho meses que le apareció un tumorcito en la línea media de la lengua, que se extendia por todo el espesor de la misma hácia el lado izquierdo. Esta tumefaccion no era dolorosa, ni lo ha sido jamás; hasta hoy no ha impedido las funciones, y solo su presencia ha dificultado algo la pronunciacion. Para poner remedio á este defecto es por lo que el enfermo ha venido á reclamar nuestros socorros.

Cuando le examinamos el dia de su entrada comprobamos la presencia de dos cosas, que no me parecieron en el primer momento que tuvieran lazos de union.

1.º Una pequeña eminencia verrugosa situada al lado derecho de la línea media, sobre la cara superior de la lengua, á dos centímetros de la punta; sus bordes redondeados ofrecen un ligero relieve, circunscribiendo una especie de depresion, que tenia el aspecto de la abertura exterior de un trayecto fistuloso.

2.º Un tumor considerable, que ocupaba el lado izquierdo, del volúmen de una nuez, blando, presentando la sensacion manifiesta de fluctuacion, pero una fluctuacion sin resistencia, sin elasticidad, semejante en un todo á la que se percibe examinando una vejiga incompletamente llena de líquido.

La presion no hace salir ninguna materia flúida por la superficie de la pequeña eminencia de la línea media; el enfermo, además, niega que haya visto ni sentido salir líquido alguno, si bien no podiamos pensar en la independencia del tumor.

Antes de ayer, 2 de junio de 1872, hicimos una puncion con le trócar del aparato Potain, y extrajimos una pequeña cantidad de pus sero-sanguinolento. Estabamos, pues, en presencia de un absceso, absceso antiguo, formado en el espesor de la lengua, por cuyos caractéres le llamo absceso frio enquistado.

Resta explicar de qué naturaleza era la eminencia verrugosa de la línea media. Ayer he introducido un estilete en el fondo de la depresion que se encuentra en ella, y por un trayecto estrecho y flexuoso he llegado hasta la cavidad del absceso.

Hay, pues, una relacion indudable entre el tumor y la eminencia.

Mas ¿por qué la presion no hace salir nada por la abertura fistulosa? ¿Por qué el enfermo no ha podido comprobar la salida de líquido alguno? Es probable que la flexuosidad del trayecto y la estrechez del mismo no permita el reflujó del líquido; es probable que el tumor se vacie de cuando en cuando, pero sin que de ello tenga conocimiento el enfermo.

En cuanto á la cuestion de lo que ha existido primero, si la coleccion líquida ó el boton, no tenemos más que datos muy vagos para establecer la relacion de prioridad que existe entre estas dos lesiones. Me inclino á la opinion de que el absceso frio ha comenzado y se ha abierto despues en la cara dorsal y en medio de la lengua; añadiré que los conmemorativos no esclarecen nada esta parte de la historia de la enfermedad.

Es un caso raro, Señores, esta afeccion de la lengua. Los au-

tores clásicos no hablan nada, y yo mismo, cuando escribí con Denonvilliers el artículo *Enfermedades de la lengua*, en el *Compendio de Cirujía*, no hemos encontrado ejemplo que citar. M. Maisonneuve (1), en una tésis anterior á este capítulo del *Compendio*, ha reunido cuatro ó cinco observaciones de abscesos de la lengua, tomadas de diversos autores, pero eran abscesos superficiales, submucosos, desarrollados en las ránulas y diferentes de los abscesos parenquimatosos, de los cuales tenemos un ejemplo á la vista.

No ha llegado á mi conocimiento más que un hecho, cuya observacion ha publicado en 1862 M. Fano (2), que pudiera asemejarse al caso que nos ocupa. Se refiere á una fistula abierta en la parte superior de la lengua con un trayecto submucoso, que parecia consecutiva á un absceso frio. En nuestro enfermo hay alguna cosa parecida, solo que aquí tenemos actualmente otra fistula y una coleccion evidente, mientras que en el de M. Fano existia solo la fistula y se presume que existiera absceso previo, pero no se ha comprobado. Además, aquí el absceso es parenquimatoso, y la observacion precitada indica la existencia de un foco situado entre la mucosa y los músculos de la lengua.

¿Cuál es la causa de esta supuracion, de este absceso frio enquistado? Señores, nada sabemos de la etiología de este tumor; ha sobrevenido sin herida, sin causa apreciable, sin dolores; el enfermo no se ha apercibido de su presencia más que cuando habia adquirido el volúmen que habeis podido observar hoy. Podria preguntarse si este hombre no tendrá un cuerpo extraño en el espesor de la lengua; con este motivo recuerdo la historia de un enfermo, en el cual he visto á Velpeau incindir un absceso fistuloso en uno de los lados de la lengua; absceso en cuyo fondo se encontró la corona de un diente. Algun tiempo antes, en efecto, habia caido el paciente, se habia roto un diente y no habia notado que el pedazo se habia implantado en el espesor de la lengua.

(1) Maisonneuve, *De los tumores de la lengua*. (Tésis de concurso, Paris, 1848).

(2) Fano, *Union médica*, 1862, tomo I.

Me fundo para proponer esta cuestion en que explorando la cavidad, la punta del estilete se ha detenido por una especie de brida resistente, sobre cuya naturaleza no me he podido fijar, y que podria ser un cuerpo extraño ó una produccion patológica cualquiera. Tambien he pensado en que fuera un tumor hidatídico supurado; pero el exámen del líquido extraido por la puncion hecha antes de ayer no ha demostrado la existencia de membranas ni de ganchos pertenecientes á equinocos. Recogeremos de nuevo, sin embargo, lo que se derrame por la abertura del quiste para someterlo á nuevas exploraciones.

Por último, ha podido presentarse la idea de que se tratara de un goma supurado. Pero el enfermo no acusa ningun antecedente sifilítico; y así como en otras regiones, segun he tenido ocasion de decirlos, el goma se trasforma algunas veces en un absceso, no sé que se haya observado este fenómeno en la lengua. Yo no lo he visto nunca. Los gomas de la lengua no son raros y los vemos terminar comunmente por ulceracion y eliminacion, pero no por un absceso.

Pienso, pues, por hoy, que estamos en presencia de un absceso frio enquistado de la lengua. Veremos ulteriormente si este absceso coincide con alguna otra presion inapreciable hoy.

¿Qué nos falta que hacer? La indicacion es sencilla: incindir extensamente la bolsa.

Si encontramos un cuerpo extraño le extraeremos.

Si encontramos una produccion patológica la separaremos.

Si nos encontramos hidátides ó no encontramos pus, excitaremos el fondo del foco con el fin de provocar la formacion de granulaciones cicatriciales y obstruir así la cavidad que segrega el pus.

Vamos, pues, á pasar un hilo enhebrado en una aguja curva á través de la lengua para mantenerla sólidamente. Incindiré despues la bolsa que contiene el pus, examinaré su fondo, y si hay hemorragia cauterizaremos con el hierro rojo y llenaremos la cavidad con bolas de hilas en forma de cola de golondrina.

25 de agosto de 1872.

Cuando en 4 de julio practiqué la incision del abceso lingual de que acabo de hablaros, hice, conduciendo mi bisturí sobre un estilete acanalado, una abertura bastante ancha para introducir mi dedo y explorar toda la cavidad. No encontré cuerpo extraño, y sentí únicamente, en el punto en que el estilete habia sido detenido por alguna cosa resistente, una pequeña elevacion algo más consistente que lo demás, y á la cual yo no habia dado importancia. No he encontrado en el líquido ninguno de los caracteres propios de los tumores hidatídicos.

Continué las curas los dias siguientes con pequeñas bolas de hilas reunidas las unas á las otras por medio de un hilo. Pero cuál no seria mi admiracion, al cabo de algunos dias, al ver nacer en el fondo de la herida un grueso mamelon, que sobresalía de los bordes de la misma y pasaba el nivel de la cara superior del órgano. Este mamelon era más grueso que una avellana, y diferia por su volúmen y por su color grisáceo de los mamezones carnosos cicatriciales que nacen en el fondo de los absesos en via de curacion.

Habiendo visto engrosar rápidamente á este mamelon, y pensando que se trataba de un epiteloma desarrollado en la misma cavidad que el abceso, practiqué el 20 de julio una segunda operacion, que consistió en la ablacion de este tumor.

Ya recordareis que hice pasar un nuevo hilo triple á través de la lengua, cerca de su punta, para sostenerla fuera; que despues circunscribí el tumor por dos incisiones hechas con el bisturí, y que escavando la lengua con este instrumento, mientras una erina clavada en el producto morbosos tiraba de él hácia afuera, facilitaba su separacion. Cautericé en seguida con el hierro rojo para detener el derrame de sangre. Sobrevino una hemorragia muy abundante el 23 de julio, es decir, al tercer dia de la ablacion; otra se presentó el dia 24, y siempre se ha detenido con bolas de hilas empapadas en una disolucion dilatada de percloruro de hierro.

El enfermo salió del hospital el 21 de agosto con una cicatriz casi formada, pero conservando un mamelon que parece de buena naturaleza y preparado para desecarse. Tengo cierta inquietud por la recidiva, tanto á causa de este mamelon como por los caracteres anatómicos del tumor, en el cual no hemos encontrado más que células de epitelio.

En definitiva; este absceso insólito de la lengua parece haber coincidido con un epitelioma sub-mucoso. Debo decir, sin embargo, que M. Lannelongue, que me reemplazó durante las tres últimas semanas de estancia del enfermo en el hospital, ha emitido la opinion de que se trataba de un goma supurado, y le ha prescrito por espacio de diez y siete dias el jarabe de Gibert. Ya he dicho por qué yo no habia aceptado esta manera de ver, que ha sido además rechazada por el examen microscópico del tumor. Lo que es indudable es que hemos visto estas dos cosas: un absceso incontestable y un tumor consecutivo difícil de interpretar.

LECCION LI.

De la falsa pústula maligna.

Forúnculo cuya escara tiene alguna analogía con la pústula maligna.—
Diferencias entre las dos enfermedades, comparando dos sugetos que padecen uno forúnculo gangrenoso y otro una verdadera pústula maligna.

SEÑORES:

Acabamos de ver, al terminar la visita, un enfermo, y con este motivo os he dicho que, una de las causas de las discusiones relativas á la patogenia y al tratamiento de la pústula maligna, era la dificultad de un diagnóstico exacto, y la facilidad con que muchos prácticos han admitido y admiten todavía la existencia de esta enfermedad, en los casos en que se trata de otra.

Ante todo recordad bien, que bajo el nombre de pústula maligna se debe comprender un tumor inflamatorio y gangrenoso, producido por la inoculación, en la superficie ó en el espesor de la piel del hombre, del virus procedente de animales carbuncosos. Este tumor tiene en su curso caracteres bien manifiestos, á saber: principia por una vesícula y un boton negro, sin enrojecimiento ni dolor; despues aumenta la escara y la tumefaccion circunvecina, al mismo tiempo que aparecen vesículas secundarias formando una especie de corona al rededor del punto negro; la aparicion tardía de la supuracion, cuando la escara comienza á eliminarse; y por último el desarrollo igualmente tardío de los síntomas generales y de la fiebre; la enfermedad es apiréctica durante los siete ú ocho primeros dias de su evolucion, y conserva este carácter cuando la cauterizacion se ha hecho á tiempo.

Ved lo que hemos observado en el hombre de 32 años, que se nos acaba de presentar.

Tiene en la parte anterior del muslo izquierdo una escara negruzca y blanda de un centímetro de elevacion y siete ú ocho milímetros de longitud. Al rededor de esta escara se encuentra una superficie roja, erisipelatosa, que se extiende en todos sentidos como cinco ó seis traveses de dedo; no hay ninguna hinchazon aparente. Comprimiendo con un dedo el enrojecimiento más inmediato á la escara, se siente en algunos milímetros de extension una base dura, pero un poco más lejos el tejido celular subcutáneo está flexible, sin hinchazon y sin pastosidad. El dolor no es muy vivo, pero hay una sensacion de calor en las partes enfermas. El estado general no es muy grave, pues el enfermo está levantado y ha podido venir á pié; sin embargo, está pálido y ha dormido mal la noche última, tiene la piel caliente, el pulso á 88 y siente poco apetito.

Preguntado sobre la causa y curso de su mal, nos ha respondido este hombre que no conoce ninguna causa, que empezó á sentir picotazos ayer por la mañana, que por la tarde se presentó la mancha negra central, y que se desarrolló por la noche con especialidad.

Se nos presenta este hombre y nos pregunta si tiene una pústula maligna y si hay lugar de hacer inmediatamente una cauterizacion.

Respondo sin dudar que no es una pústula maligna:

1.º Porque la escara de la pústula maligna no adquiere dimensiones tan grandes en tan poco tiempo (veinticuatro horas), al menos en el mayor número de casos que observamos en Paris.

2.º Porque la pústula maligna no va acompañada de un enrojecimiento tan intenso en las primeras veinticuatro horas de su aparicion.

3.º Porque el enrojecimiento no aparece nunca en la pústula maligna, sin haber sido precedido de una hinchazon subcutánea incolora que no existe aquí.

4.º Finalmente, porque este hombre es conserje, y no tiene en su casa animales, ni despojos de animales que puedan

haber tenido el carbunco, y no ha tocado ni cuero, ni piel, ni lana sospechosos de lesion carbuncosa.

Hoy he hecho además una picadura con una aguja en el centro de la escara, por la cual he atravesado los tegumentos hasta un centímetro de profundidad, y no ha salido pus en el momento de retirarla. Nada deduzco de este resultado negativo; cualquiera que sea la enfermedad, es demasiado reciente para haber suministrado ya pus, en el caso en que deba de darlo. Pero este medio de diagnóstico, indicado por el doctor Maunoury, es muy precioso en ciertos casos. En efecto, cuando se trata de un ectima ó de un furúnculo ofrece por anomalía alguna semejanza con la pústula maligna; la acupuncion da pus el tercero ó cuarto día; en cambio no lo da nunca antes del décimo cuando se trata de una enfermedad carbuncosa.

Comparad los detalles que preceden con los que os he presentado ayer á propósito de un niño de cuatro años que me pareció invadido de pústula maligna, y al que me habeis visto tratar por la cauterizacion con la manteca de antimonio, despues de la incision crucial y la ablacion parcial de la escara.

Este niño es hijo de un curtidor; verdad es que, como sucede en otros casos semejantes, no tenemos la prueba de que las pieles en que trabaja actualmente su padre hayan pertenecido á animales carbuncosos, ni que positivamente haya sido inoculado el niño.

Pero habeis visto en la línea media de la región suprahióidea:

- 1.º Una escara seca, como de un centímetro de diámetro, en el cuarto día de su evolucion.
- 2.º Algunas vesículas al rededor de la escara.
- 3.º Más lejos, en toda la extension de la región suprahióidea, una hinchazon considerable, elástica, sin ningun enrojecimiento de la piel.

Por último hay indolencia absoluta del mal y falta completa de síntomas generales.

Reparad bien las analogías y las diferencias entre estos dos casos.

En uno y otro escara de la misma extension.

En el primero formacion de la escara en un dia; en el segundo ha tardado tres dias.

En el primero el enrojecimiento vivo sobrevino casi al mismo tiempo que la escara; en el segundo ningun enrojecimiento.

En el primero no hay hinchazon, solo hay induracion en la base de la escara y al rededor de ella; en el segundo hinchazon muy extensa.

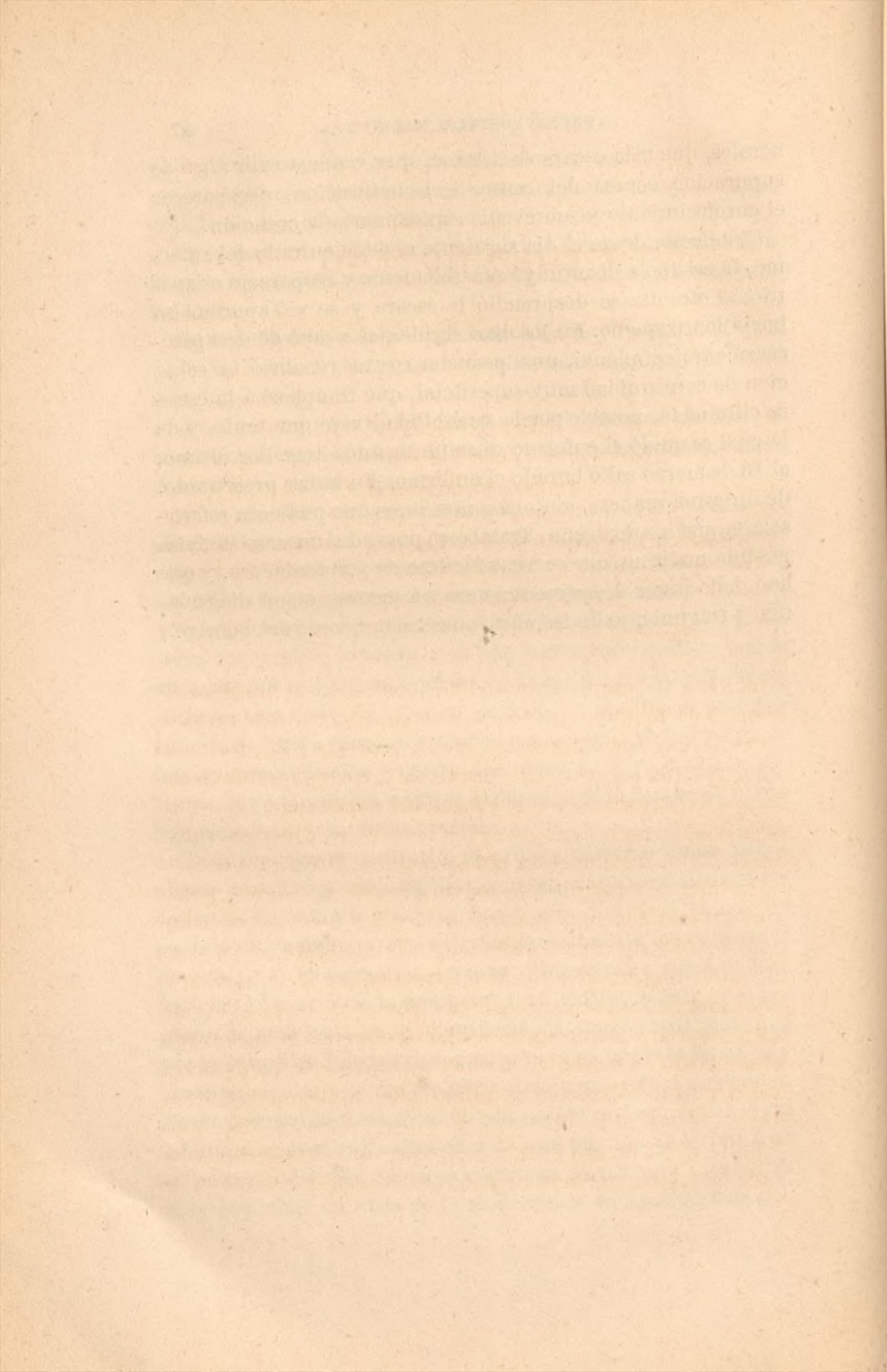
En el primero un ligero estado febril, aunque el mal es muy reciente; en el segundo nada de fiebre, aunque la enfermedad lleva ya tres dias de curso.

En el segundo enfermo he debido creer en la existencia de una pústula maligna en su tercer período. Porque la existencia de una escara central en la piel, y la hinchazon difusa del tejido celular circunvecino, sin enrojecimiento y sin síntomas generales, forman un conjunto que, en patología y clínica, no pueden referirse más que á esta enfermedad. Ved la razon de por qué he cauterizado y producido, por la aplicacion, durante una hora, de hilas empapadas en cloruro de antimonio, una escara gruesa y ancha, en la cual, yo lo espero, se hallen comprendidos y destruidos todos los principios virulentos, cuya absorcion ulterior hubiera podido ocasionar el envenenamiento y la fiebre mortal.

Os señalo, por el contrario, el primer enfermo como padeciendo una forma muy insólita de erisipela desarrollada al rededor de un ectima ó de un forúnculo. Nosotros vemos de cuando en cuando, y con especialidad durante las epidemias de erisipela, ejemplos de escaras sobrevenidas rápidamente bajo la influencia de la erisipela en el centro de esta, y cuyo grado de gravedad no se manifiesta en estos casos más que por la intensidad de los síntomas generales. En esta época hay pocas erisipelas y la mayor parte tienen una fiebre moderada. Nuestro enfermo tiene una de esta índole casi apirética. Esta erisipela se desarrolla alrededor de una pústula de ectima ó de un pequeño divieso, en cuyo centro se forma una escara. Es muy probable, en vista de la moderacion de los síntomas ge-

nerales, que esta escara se elimine, que veamos salir algo de supuración espesa del centro de la induración, desaparecer el enrojecimiento y sobrevenir rápidamente la curación.

(En efecto, desde el día siguiente al de la entrada del enfermo, la erisipela disminuyó sensiblemente y reapareció el apetito; al otro día se desprendió la escara y se vió apuntar un burbillón pequeño. En los días siguientes acabó de desaparecer el enrojecimiento, una pequeña costra recubrió la solución de continuidad muy superficial, que reemplazó á la escara eliminada, notable por la sensibilidad viva que tenía, y de la cual se quejó el enfermo durante algunos días. Por último, el 18 de marzo salió curado el enfermo, sin haber presentado, de ninguna manera, síntomas ulteriores que pudiesen referirse á la pústula maligna. Tratábase, pues, de un caso de falsa pústula maligna, que se toma fácilmente por verdadera, y que han dado lugar á equivocaciones y á errores en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones carbuncosas del hombre.)



TÍTULO NOVENO.

ENFERMEDADES PALPEBRALES Y OCULARES.

LECCION LII.

Enfisema palpebral.

Enfisema insolito de los dos párpados izquierdos.—Efecto tardío de una fractura de la nariz.—De la percusion á capirotaños para el diagnóstico del enfisema.

SEÑORES:

El día 4 de mayo último (1868), entró en el hospital un hombre de 46 años, que nos ha dicho que no ha tenido recientemente ninguna enfermedad grave, pero que á la edad de 24 años, estando entonces en el servicio, tuvo una fractura de los huesos de la nariz con una deformidad tan grande, que el cirujano de su regimiento tuvo que hacerle la reduccion, introduciendo los instrumentos por las narices. Dice que se encontraba bien el domingo 3 de mayo, cuando de pronto perdió un poco de sangre por la nariz izquierda y por el grande ángulo del ojo, sin causa conocida, y sobre todo sin golpe y sin herida de ningun género. Al mismo tiempo se le hincharon rápidamente los párpados del lado izquierdo, no pudo abrir el ojo y empezó á sentir algunos dolores tanto en la region palpebral como en la frente. El enfermo se llenó de inquietud, y con tan mala disposicion de ánimo pidió al dia siguiente entrar en el hospital.

En la visita hemos podido comprobar una hinchazon indolente de los dos párpados, sin enrojecimiento y sin calor, es-

pecialmente en el superior. Esta hinchazón no es lustrosa, es blanda, se deja deprimir fácilmente, sin que quede despues ninguna impresion análoga á la del edema.

El tumor es ménos resistente, ménos elástico y más fácilmente depresible que el del flemon, más depresible tambien y ménos pastoso que el del edema. Para fijarme en la naturaleza de este mal, he empleado un procedimiento muy sencillo de exploracion, y que me habeis visto emplear muchas veces, para comprobar la sonoridad debida á la presencia de gases debajo de la piel; quiero hablaros de la percusion por el procedimiento de *caprotazo*. He comprobado en todos los casos de enfisemas sub-cutáneos consecutivos á fracturas de las costillas, que este modo de percusion permitia percibir la sonoridad, comparando el ruido obtenido con el que da, la misma exploracion, [en las partes circunvecinas donde no hay infiltracion de aire. Tambien he notado que la percusion sobre el dedo ó sobre el plexímetro ordinario no daba una sensacion tan pura. Aplicando entonces el procedimiento al caso actual, he notado y hecho notar á todos los asistentes un sonido aéreo, sobre el cual no podia existir duda.

Buscamos entonces la crepitacion del enfisema y la encontré en diversos puntos, y muchos de vosotros la han observado como yo. Por tanto este signo ha sido más difícil de descubrir y ménos constantemente suministrado por la presion que en los otros enfisemas. Yo he comprobado ya esta particularidad en el enfisema palpebral, y lo atribuyo á que el tejido celular laxo de la region permite al aire ocupar los espacios más anchos, y cuyos tabiques son ménos numerosos y ménos resistentes que los del tejido conjuntivo ordinario.

Reuniendo estos diversos datos, el diagnóstico no ofrece duda. No es ni un flemon, ni un edema inflamatorio, ni un edema ordinario por muchas razones, pero sobre todo porque la sonoridad y la crepitacion no se encuentran en estas especies de hinchazones. Se trata evidentemente de un enfisema de los párpados. Pero en este caso, ¿de dónde viene el aire ó el gas infiltrado?

No viene evidentemente más que de una herida cutánea,

ya de la region palpebral, ya de las regiones inmediatas. Teniendo en cuenta el derrame de sangre que tuvo, el dia 3 de mayo, por la nariz y el grande ángulo del ojo, y relacionando esta circunstancia con la antigua fractura de la nariz, emito la opinion de que una esquirla del hueso unguis ó de la rama ascendente del maxilar, que despues de la fractura no se adhirió, separada un dia, rasgó de pronto la mucosa de la fosa nasal y la del saco lagrimal. En tanto el enfermo se sonaba los mocos y el aire pasó de la primera al tejido conjuntivo sub-mucoso del saco lagrimal, y capa por capa al de los párpados. Me fundo tanto más para aceptar este diagnóstico y esta explicacion, porque he visto un hecho análogo hace veinticinco años en el Hotel-Dieu, en la sala de M. Blandin, que habia indicado este modo de producirse el enfisema, señalando como un accidente tardío posible en las fracturas de la nariz.

La conclusion práctica es que la enfermedad no presenta gravedad, que desaparecerá pronto, y que el cirujano solo debe hacer dos cosas muy sencillas: calmar la inquietud del enfermo con palabras consoladoras, y decirle que suene la nariz con suavidad.

En efecto, el 9 de mayo, cinco dias despues de la leccion que precede, salia curado de su enfisema, de la oclusion palpebral y de algunos dolores que sobrevinieron en la region enferma.

LECCION LIII.

Dacriocistitis, tumor y fistula lagrimales.

- I. Dacriocistitis aguda, consecutiva á una dacriocistitis crónica.—Supuración.—Curación sin fistula, persistencia de la epifora, pero en condiciones que la hacen ménos intensa é imposibilita ménos que cuando es la fluxion aguda.—II. Dacriocistitis crónica con tumor lagrimal.—Etiología.—Indicaciones terapéuticas.—Procedimientos múltiples.—Intenciones que sobre ellos tienen sus autores.—Realización muy rara.—No se logra más que curando el catarro anatómico de la membrana interna del saco lagrimal.—Bajo este punto de vista la cauterización con la manteca de antimonio es el mejor procedimiento.—Necesidad de repetirla muchas veces.—III. Fistula lagrimal con catarro del saco en el lado derecho.—Origen sifilitico.—Formacion de un exostosis en el lado izquierdo.—IV. Fistula lagrimal franca sin catarro del saco.—Tratamiento por la cauterización hecha con intencion de curar la entrada de los conductos lagrimales en el saco.

SEÑORES:

Tenemos en la actualidad cuatro enfermos con afecciones de las vias lagrimales, y son cuatro mujeres. Notad desde luego este hecho extraño é inexplicable: las inflamaciones de las vias lagrimales son mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

I. *Dacriocistitis aguda consecutiva á una dacriocistitis crónica, terminacion por supuracion y sin fistula.*—La primera de estas enfermas, de 21 años de edad, vino al hospital hace veinte dias con una inflamacion aguda en el grande ángulo del ojo izquierdo, y segun nos ha contado tiene ya hace algunos años lagrimeo, que comunmente, comprimiendo el ángulo interno del ojo, hacia salir, á lo largo del borde palpebral inferior, un líquido espeso y blanco, algunas veces amarillento, y yo habia creido que, sin tener, propiamente hablando, un tumor lagrimal, tenia una inflamacion del saco que se designa con el nombre de dacriocistitis cróni-

ca, y á la cual otros autores, M. Fano (1) en particular, da tambien el nombre de *catarro del saco*. Solo que al cabo de algun tiempo ha sucedido á esta mujer lo que ocurre á otras. La dacriocistitis ha pasado, sin causa conocida, al estado agudo; una hinchazon roja, lustrosa, se ha presentado en el grande ángulo del ojo, esta hinchazon y enrojecimiento se prolongaban hasta los párpados é impedian que volviera el ojo. No habia fiebre, pero sentia la enferma un dolor lancinante. Al cabo de algunos dias la fluctuacion era muy apreciable, se adelgazó la piel y parecia próxima á abrirse. Para aliviar algo á la enferma hice una incision, por la que salió una gran cantidad de pus; mandé poner cataplasmas y os advertí entonces que la terminacion podria ser de dos maneras; por cicatrizacion y vuelta de la enfermedad al estado que tenia antes, es decir, una curacion con persistencia de la epífora, que existia hacia ya algun tiempo; ó bien por una abertura anormal permanente del saco, ó sea una fistula lagrimal.

Algunos dias despues habeis visto disminuir la hinchazon y el enrojecimiento, á la vez que el pus se derramaba más libremente. Hoy, diez y ocho dias despues de la incision, está formada la cicatriz, y no queda ni fistula ni tumor lagrimal. He practicado esta mañana con la jeringa de Anel una inyeccion de agua por el punto lagrimal inferior; salió el líquido por el punto superior y no por la nariz, y como el enfermo no ha hecho movimientos de deglucion, prueba que el agua no ha pasado á la faringe despues de haber llegado á la fosa nasal. Deduzco de esto que el conducto nasal está obliterado. Y que en su consecuencia las lágrimas no encontrarán salida por la nariz y se evaporarán en la superficie del ojo, ó, cuando sean muy abundantes, se derramarán sobre la mejilla. Esto constituirá la epífora, y ya os he dicho que el enfermo la padecia desde hace algun tiempo.

¿Será esta epífora un grande inconveniente y no deberemos hacer ninguna tentativa para suprimirla?

(1) Fano, *Memoria sobre el catarro del saco lagrimal* (*Union médica*, tomo XV, 1862).

1.º En cuanto al inconveniente, será variable según las circunstancias. Cuando la enferma esté en una habitación cerrada y la temperatura no sea baja el lagrimeo será menor ó no le habrá. En las condiciones opuestas, es decir, cuando la evaporación no esté en proporción de la cantidad segregada, las lágrimas caerán sobre la mejilla, y la enferma tendrá la incomodidad de enjugarse de cuando en cuando con el pañuelo.

Podrá también presentarse alguna vez nueva inflamación, en la cual tomarán parte la conjuntiva palpebral y la glándula lagrimal, por cuya razón aumentará el lagrimeo. Los sujetos atacados de catarro del saco tienen también frecuentes exacerbaciones de esta índole.

Pero nuestra enferma se encuentra, por este concepto, en condiciones particulares. Acaba de tener una inflamación aguda, y debo señalaros aquí una particularidad, que he observado en cierto número de enfermas, y cuyo conocimiento debe intervenir en la apreciación de los resultados suministrados por los tratamientos tan variados de la fístula lagrimal. Cuando los sujetos que padecen catarro del saco son invadidos ya por una inflamación aguda, ya por una inflamación sub-aguda prolongada por mucho tiempo, tienen, luego que termina el proceso flogístico, una aptitud mucho menor á estas exacerbaciones ligeras que aumentan el lagrimeo, y de que os he hablado ahora; es decir, que el saco y la conjuntiva palpebral no se congestionan con tanta frecuencia, y no transmiten á la glándula lagrimal la excitación pasajera que aumenta la secreción de las lágrimas. Nuestra enferma, por el hecho de la dacriocistitis aguda y supurada que ha tenido, se encuentra para el porvenir en las condiciones más ventajosas. Conservará algo del catarro del saco, pero si sucede en ella lo mismo que he visto en otras enfermas, tendrá pocas recrudescencias pasajeras, que son uno de los mayores inconvenientes de esta enfermedad en las condiciones ordinarias.

2.º Llego á la segunda cuestión. ¿No podría intentar la cura radical? La intentaré, pero no la obtendré. Del estudio dete-

nido que he hecho en gran número de sugetos que padecian catarro del saco, en los que se ha intentado desobstruir el conducto nasal, he formado la siguiente opinion; ó la obstrucion no desaparece, ó desaparece solamente de un modo pasajero, y por esta razon persiste el lagrimeo. Si no propongo á esta mujer ninguna tentativa de cura radical, es por uno de estos dos motivos. El primero, porque segun todas las probabilidades quedará poco incomodada por su enfermedad; y segundo, porque no la he de poner en mejores condiciones; la inflamacion aguda espontánea ha hecho por ella lo que no haria la inflamacion aguda provocada por mi intervencion. Tampoco hay ahora indicacion, y no la habrá más que si despues se complica con tumor ó fístula lagrimal, como ha sucedido en las otras tres enfermas de que os voy á hablar.

II. *Dacriocistitis crónica, con tumor lagrimal.*—La enferma que ocupa la cama núm. 7 de la sala de Santa Catalina tiene 27 años de edad, y hace mucho tiempo que la molesta un lagrimeo, que no es muy incómodo, más que cuando hace mucho aire ó el tiempo es frio y húmedo. Jamás le ha tenido en estado agudo ni ha observado el absceso caliente, que hemos visto en la enferma precedente; pero al cabo de algunos meses se apercibió de que el ángulo mayor del ojo estaba hinchado sin enrojecimiento y sin dolor. Comprimiendo sobre la eminencia se hace salir pus por el ángulo del ojo, sin que sienta pasar nada por la nariz. A pesar de la precaucion que ha tenido de vaciar el tumor de esta manera una ó dos veces por dia, la hinchazon ha aumentado y ha venido á constituir una deformidad desagradable.

Esta enfermedad está tambien en el lado izquierdo, y con este motivo quiero haceros notar, que observareis más frecuentemente en el lado izquierdo que en el derecho las enfermedades de las vias lagrimales. El tumor es redondeado, consistente y muy fluctuante; comprimiéndole por algunos instantes sale por los dos puntos lagrimales, y algo más por el inferior que por el superior, un líquido moco-purulento. He vuelto hácia fuera el párpado inferior para que viérais que la conjuntiva tenia un color más rojo que la del lado opuesto; lo

mismo estaba, pero no en un grado tan pronunciado, la del párpado superior. Esta hiperemia ó congestion permanente de la conjuntiva palpebral la encontrareis en todos los sugetos que padecen inflamacion crónica del saco, y comprendereis tambien por qué Scarpa pudo atribuir el tumor lagrimal al moco-pus segregado por la conjuntiva palpebral y conducido por los puntos lagrimales. Mas como en estos casos no se ve moco-pus sobre los párpados ni sobre el ojo, y como es más natural explicar la replecion del saco por una secrecion anormal que le pertenezca, os designaré como una afeccion concomitante la blefaritis mucosa, para haceros comprender la relacion que existe, y que os acabo de citar, entre las exacerbaciones de esta blefaritis y el acrecentamiento momentáneo de la secrecion lagrimal.

En resúmen; esta enferma tiene evidentemente catarro crónico del saco con obliteracion del conducto nasal é hiperemia habitual de la conjuntiva palpebral. Pero además tiene tumor lagrimal, es decir, una distension del saco, por acumulo de moco y lágrimas en su cavidad. ¿Por qué esta complicacion en este caso? No tengo otra explicacion que la que dan los autores. En ciertos sugetos las paredes del saco están adelgazadas y la secrecion moco-purulenta no refluye fácilmente por los conductos lagrimales, y sobrevienen el acumulo y la distension, mientras que en otros, como sucede en la primera enferma de que os he hablado, la resistencia mayor de los tejidos, la secrecion menor y el reflujo más fácil se oponen á la distension.

Etiologia.—¿Tenemos una causa apreciable de este catarro crónico y de la complicacion del tumor? Ninguna. En ciertas personas, principalmente en los niños y en los adolescentes, podemos atribuir la enfermedad á la diatesis escrofulosa; en otros, como en los adultos, por ejemplo, podemos hacer intervenir alguna vez la diatesis sífilítica. Pero aquí el conmemorativo no nos permite invocar ni una ni otra de estas causas para explicar el origen de la dacriocistitis, ni tampoco puedo indicaros ninguna causa para el tumor concomitante.

Indicaciones terapéuticas.—Esta mujer se queja hoy de dos

cosas: del lagrimeo y del tumor. Sabeis lo que se debe pensar de la insuficiencia de nuestros medios para el primero, pero podemos hacer algo para el segundo.

¿Qué hacer pues? Señores, me encuentro aquí en presencia del gran número de métodos y procedimientos operatorios, que se dividen en tres categorías, segun la intencion que ha guiado á sus inventores:

1.^a categoría.—Operaciones destinadas á restablecer el curso natural de las lágrimas.

2.^a categoría.—Operaciones destinadas á establecer una via artificial para las lágrimas.

3.^a categoría.—Operaciones destinadas á obliterar el saco lagrimal, y obtenida la obliteracion hacer desaparecer el origen de la inflamacion crónica y de la distension causa del tumor.

No quiero describiros todas estas operaciones que encontrais en las obras clásicas, y que por mi parte he descrito extensamente en el *Compendio de cirujia* (tomo III). Voy solamente á daros mi opinion sobre la intencion que han tenido los cirujanos proponiendo y ejecutando los diversos modos de tratamiento y sobre los resultados que han obtenido.

En cuanto á la intencion siempre ha sido buena. Nada mejor, seguramente, que querer, como han intentado Méjan, J. L. Petit, Dupuytren, Scarpa, y como lo quiere, entre nuestros contemporáneos, M. Bowman, desobstruir el conducto nasal y restablecer el curso de las lágrimas hácia la cavidad nasal.

Si este resultado no ha podido obtenerse, ó si no son buenas las razones en que se funda, comprendo el buen pensamiento que han tenido Woolhouse de perforar el unguis, y Laugier de abrir el seno maxilar, para suministrar á las lágrimas una via artificial hácia la cavidad nasal ó sus dependencias.

En cuanto al pensamiento que ha inspirado á Nannoni, y despues á MM. Desmarres, Magne y Follin, de destruir el saco por cauterizaciones enérgicas, es muy original, y ha debido parecer sorprendente en la época que se ha propuesto; porque, despues de la desaparicion del saco, ¿por dónde irán

las lágrimas? ¿No se derramarán incesantemente y en abundancia por la mejilla? En este caso, ¿no será peor el remedio que el mal? Los hechos, sin embargo, han venido á demostrar que no están muy mal los enfermos despues de estas cauterizaciones, y han hecho aceptar como buena esta intencion de obliterar el saco por la cauterizacion.

Pero si las intenciones han sido buenas, no titubeo en declarar que no se han llenado completamente. Los operadores han curado los enfermos, no lo dudo, pero los han curado de otro modo que el que ellos creian, y por un mecanismo que no han supuesto.

Ved, en efecto, los tratamientos de la primera categoría. Seguramente que han logrado algunas veces restablecer el curso natural de las lágrimas, pero no le han restablecido más que momentáneamente. Yo encuentro la primera prueba en el abandono sucesivo de los procedimientos antiguos y en la invencion de los procedimientos nuevos. ¿Por qué el sedal de Mejan y Desault no ha quedado en la práctica? ¿Por qué la sonda de J. L. Petit y el clavo de Scarpa han sido abandonados? ¿Por qué la cánula de Dupuytren no se ha empleado, ó se ha empleado muy poco, despues de la muerte de este cirujano? Por una de estas dos razones: ó porque la vía restablecida no tarda en obstruirse de nuevo, como sucede con frecuencia en otras estrecheces, particularmente en las de la uretra, ó porque el restablecimiento obtenido no bastaba para curar el tumor lagrimal, ó por impedir una fístula que sustituye á este tumor. Tengo otro motivo para dudar de que se haya obtenido de ordinario un resultado permanente. He tenido ocasion de ver, al cabo de muchos años, enfermos que habian sido operados por el clavo de Scarpa ó las sondas de Bowman, en los cuales la inyeccion hecha por los conductos lagrimales no penetraba en la fosa nasal. He deducido de esto que la obliteracion del conducto nasal se habia reproducido, y que si los enfermos se habian curado (á parte de la epífora siempre persistente) era por otro mecanismo, en el cual no se habia pensado.

No he tenido ocasion de observar enfermos operados por

medio de una vía artificial; sin duda ha sido motivado á que este método se ha puesto rara vez en uso, y cuando se ha adoptado de un modo seguido lo atribuyo á que las perforaciones practicadas se cerraban, á que las lágrimas no marchaban por la nueva vía, ó á que, si por casualidad persistía esta vía, no era suficiente á dar la curacion.

En cuanto á la tercera categoría, yo mismo he empleado la cauterizacion, y he estudiado, mucho tiempo despues, un gran número de enfermos, para estar cierto de que en los casos en que ha sobrevenido la curacion, no se ha obliterado el saco lagrimal, y no se habia realizado por consiguiente la intencion que tuvieran los inventores de este método. Basta, para probar esto, hacer una inyeccion por el punto lagrimal inferior; siempre he visto salir el líquido por el punto lagrimal superior despues de haberse detenido y acumulado por algun tiempo; por lo cual he deducido que el saco no se habia obliterado, y que si los enfermos se habian curado lo habian sido tambien por otro mecanismo.

¿Cuál es este otro mecanismo, y, en suma, qué hacemos nosotros y qué debemos hacer cuando hayamos de tratar un tumor lagrimal? Yo creo que modificamos, y debemos procurar modificar, el catarro del saco.

Ya os he dicho que la sustitucion espontánea de un estado agudo al catarro crónico bastaba comunmente para disminuir la epífora, porque ocasiona, por un tiempo más ó ménos largo, un alivio en la conjuntivitis palpebral. Ahora bien, en casi todas las operaciones de nuestros predecesores se producía, sin saberlo, ó á lo ménos sin comprender los resultados, una irritacion más ó ménos aguda del saco lagrimal y que se sostenía sin tener intencion de ello durante algun tiempo. Luego esta dacriocistitis aguda provocada tenia las mismas consecuencias que la dacriocistitis aguda espontánea, de que os he hablado antes. Iba seguida de un movimiento resolutivo, que deja despues la mucosa del saco ménos apta á la secrecion purulenta; ó de una modificacion profunda en la textura de esta membrana, modificacion que la hace perder sus glándulas secretorias, y, como consecuencia, el exceso de se-

crecion que constituye el catarro. En una palabra, era una modificacion fisiológica solamente, ó una modificacion á la vez anatómica y fisiológica del saco la que sobrevenia; esta modificacion se dejaba sentir, por la relacion íntima que existe entre todas estas partes, en la conjuntiva palpebral, la cual perdía total ó parcialmente su hiperemia, y cesando de ser excitada por los retornos de la flegmasía del saco no comunicaba esta excitacion á la glándula lagrimal, que producía el aumento momentáneo de la cantidad de lágrimas segregadas.

En una palabra, hay en estas inflamaciones supurativas prolongadas de las vias lagrimales con tumor ó con fistula dos elementos principales: la obliteracion del conducto nasal y la secrecion mucoso-purulenta del saco acompañada del estado inflamatorio de la conjuntiva palpebral.

¿Cuál ha sido el objeto que se han propuesto la mayor parte de los cirujanos hasta estos últimos tiempos? Hacer desaparecer la obliteracion, con la esperanza muy racional de que desapareciera la flegmasía del saco y de la conjuntiva luego que las lágrimas no pudieran acumularse. Pero los resultados desgraciados eran frecuentes, y se encontraban con que el objeto buscado no se obtenía, ó si se lograba, el catarro del saco, del cual no se habian ocupado, persistía y sostenía el estado enfermo.

Los resultados de la cauterizacion han venido á abrir los ojos á los cirujanos. Se creía obliterar el saco; el curso natural de las lágrimas debería estar impedido para siempre, y sin embargo, cierto número de enfermos eran curados del tumor, si no tenían más que tumor; de la fistula, si tenían una fistula. Les parecía inexplicable á todos que, educados en las ideas de Meján, J. L. Petit, Scarpa, Dupuytren, etc., estaban habituados á creer que la obliteracion del conducto nasal era la lesion dominante contra la cual debía dirigir la terapéutica todos sus esfuerzos.

M. Fano ha venido á demostrar que las oscuridades y las dificultades de este punto procedían de que no se ocupaban de la otra parte de la enfermedad, del catarro del saco, que comunmente bastaba hacerle desaparecer, para que cesa-

ran al instante los principales inconvenientes del tumor lagrimal.

Este fué el momento en que, considerando los sucesos desgraciados tan frecuentes que á mi vista habian dado á mis colegas, y que yo tambien habia obtenido de los procedimientos destinados á restablecer el curso natural de las lágrimas, adopté la cauterizacion. Desde entonces comprendo que si esta cauterizacion, que en realidad no oblitera el saco, es eficaz, es porque modifica muy profundamente la mucosa y suprime la secrecion anormal de moco-pus.

Reuniendo mis recuerdos sobre los resultados obtenidos por las numerosas operaciones de la primera categoría, reconozco que las vias naturales no quedaban permeables de un modo definitivo, pero que, sin embargo, gran número de enfermos habian sido curados. No perdamos esto de vista, Señores. Se han cambiado y modificado hasta lo infinito los procedimientos operatorios porque no daban buen resultado constantemente; pero es incontestable que todos le han producido alguna vez; y yo estoy seguro, por mi parte, de haber visto curaciones sólidas en enfermos operados por Roux por medio del sedal durante tres ó cuatro meses; en otros que habian sido operados por Dupuytren, por Aug. Berard ó por mí, por medio de la cánula; y en otros tambien que yo habia tratado por la dilatacion temporal ó el boton de Scarpa.

Ahora bien, yo creo hoy que la curacion en estos casos se ha debido á que, sin saberlo ó sin querer, los operadores han modificado simplemente el catarro del saco.

Y os digo para nuestra enferma, lo que os diria en todos los casos de este género. Es inútil obstinarse en querer restablecer el curso de las lágrimas; no se obtiene de un modo definitivo sino muy excepcionalmente. Tratemos de modificar el interior del saco, de tal modo, que deje de suministrar pus. Entonces cesará la distension que forma el tumor, se cerrará la abertura que hagamos y podemos esperar que la conjuntiva de los párpados y la glándula lagrimal, irritadas por continuidad ó por vecindad, se mejoren, y la enferma curará con la secrecion lagrimal fisiológica, la cual, segun he

dicho antes, no produce la epífora mas que de un modo pasajero y poco incómodo.

Para llenar esta indicacion, ¿á qué tratamiento recurriría yo? Pocos son los procedimientos, entre los que yo recuerdo ahora, que no podrian conducir á este objeto, porque ninguno de ellos deja de irritar más ó ménos la mucosa del saco y de hacerla pasar momentáneamente á un estado agudo, cuya resolucion va seguida de la modificacion y alivio deseados. El mismo procedimiento de Bowman, que es el que más favor goza hoy, obra de la misma manera, segun mi opinion, por la excitacion que produce la introduccion diaria, durante muchas semanas, de un instrumento dilatante, despues de la abertura del conducto lagrimal superior. Pero si todos los procedimientos pueden en rigor ser útiles, tambien presentan grandes probabilidades de frustrar el resultado, porque no todos ellos producen siempre sobre la mucosa del saco las trasformaciones necesarias. Creo que, para llegar á este objeto, lo mejor es modificar profundamente su estructura; destruir sus glándulas secretorias, y cambiarla en un tejido que en cuanto sea posible se aproxime al tejido fibroso (1). ¿Ha llegado, tal vez, M. Fano, á este resultado, por medio de las inyecciones iodadas? Dudo que pueda llegar siempre á obtener un éxito seguro; por esto, y porque temo los efectos del contacto de la tintura de iodo sobre la conjuntiva ocular, no he recurrido hasta el presente á este modo de tratamiento.

(1) Quisiera poder establecer con pruebas anatómicas sobre el cadáver el estado de la mucosa del saco, en los sujetos curados de un tumor lagrimal, ya por otros procedimientos, ya por la cauterizacion, á la cual doy la preferencia. Pero no he tenido, ni creo que hasta ahora la haya tenido nadie, ocasion de hacer una inspeccion de esta naturaleza. Señalo este vacio que existe en este estudio, para invitar á los que tengan ocasion de hacer tal autopsia en algun día, que no olviden el exámen anatómico minucioso de la mucosa del saco. Ya he dado á entender antes que, en los casos de inflamacion aguda instantánea espontáneamente substituída á la inflamacion crónica, conserva tal vez esta membrana su estado anatómico normal. Pero creo que, siempre que se obtiene una curacion de catarro por los medios quirúrgicos, se cambia profundamente la estructura. Me agradaria, pues, tener la demostracion anatómica.

Doy la preferencia á la cauterizacion, porque responde mucho mejor á la idea cuya realizacion me propongo; á saber, la trasformacion de la mucosa en tejido fibroso. Solo que en vez de practicar una sola cauterizacion, como hacia al principio, y como han aconsejado los partidarios de este método, la repito una ó dos veces, es decir, hasta que veo salir una escara grande de la cavidad. Notad, sin embargo, Señores, que es fácil proponer una indicacion, pero muy difícil satisfacerla. El dia de la primera cauterizacion sale sangre; este líquido debilita la accion del cáustico, y además no podemos apreciar exactamente el resultado inmediato del cáustico á causa de la profundidad de las partes. Si al cabo de algunos dias no se viera desprender una escara un poco densa, seria prueba de que el cáustico no habia destruido la mucosa. Entonces es preciso volver á empezar y no temer la repeticion, en tanto que no se ha visto en la cura la escara deseada.

Mas aquí se presentan tres objeciones: 1.^a ¿No hay temor de que el cáustico ocasione una denudacion del esqueleto del saco y una necrosis? A esto respondo que es más difícil de lo que parece, pues yo he hecho muchas veces estas cauterizaciones repetidas y no he observado la consecuencia que se cita. La denudacion puede volverse á cubrir; y suponiendo que sobreviniera una necrosis, ¿habria algun inconveniente porque se perdiera una pequeña porcion del unguis, del conete inferior ó del maxilar? Yo he observado en el curso de este tratamiento la dificultad que hay para cauterizar todos los puntos de la mucosa, porque no se puede ver lo que se hace y la sangre y demás líquidos de la region disminuyen siempre los efectos del cáustico. Si teniamos, por lo tanto, temor de cauterizar mucho, no temamos, pues, cauterizar demasiado.

2.^a La segunda objecion es esta: la abertura prévia del saco se estrechará, y llegará un momento sin duda en el cual se haya estrechado tanto, que no dejará pasar el instrumento porta-cáustico. Puedo responder á esto que la escara deseada se obtiene antes que la herida se haya estrechado, pero que si por casualidad estuviera muy estrecha en el momento de ha-

cer una nueva cauterizacion, no hay inconveniente en agrandarla un poco con el bisturí.

3.^a La tercera objecion es la siguiente: ¿no hay temor de que, á consecuencia de la cauterizacion inevitable de los bordes de la incision prévia del saco, sobrevenga una pérdida de sustancia en esta region, y, una vez suprimido el catarro, persista una fistula puramente lagrimal? Esto no es imposible, pero hasta hoy no he visto ningun ejemplo. Si tal accidente sobreviniera, recurriria de nuevo á la cauterizacion, teniendo cuidado de abrir mucho el saco hácia arriba, y esforzándome por llevar el porta-cáustico hácia la embocadura de los conductos lagrimales y producir la obliteracion de estos conductos. Este resultado no se obtiene siempre cauterizando una sola vez; pero puede obtenerse dirigiendo el cáustico con intencion é insistencia hácia la parte externa de la cavidad del saco. Ya os hablaré de esto cuando trate de las fistulas lagrimales sin derrame de pus.

Ved, pues, en lo que consistirá el tratamiento en la enferma actual. En el primer tiempo, que voy á ejecutar en seguida, hare una incision extensa en el tumor, de modo que abra el saco por encima á la vez que por debajo del tendon del orbicular; dejaré correr la sangre por media hora próximamente. Al cabo de este tiempo colocaré en el interior de la cavidad del saco el pequeño espéculum de M. Magne, le abriré y conduciré por él un pincel de amianto arrollado á la extremidad de una varilla de hierro y mojado en el cloruro de antimonio liquidado al aire. Tocaré con este pincel todos los puntos del saco, le empararé de cáustico por dos ó tres veces distintas y le introduciré de nuevo en la cavidad teniendo cuidado de dirigirle hácia el fondo de saco superior y hácia la parte externa á donde se abocan los conductos lagrimales. Durante la operacion mi ayudante enjugará los párpados y el ojo para separar el cáustico, que pudiera dirigirse hácia ellos arrastrado por la sangre. Luego rellenaré la cavidad de pequeñas torendas de hilas atadas con un hilo, y terminaré con una cura simple. Es probable que la enferma sufra durante algunos dias, y que desde el siguiente el enrojecimiento y la hincha-

zon edematosa de los párpados indiquen el desarrollo de una inflamacion aguda, propagada á estas partes desde del saco. Si esta inflamacion fuera muy viva, la prescribiré cataplasmas de fécula renovadas tres ó cuatro veces al dia. Cambiaré las torundas de hilas al tercer dia y luego las renovaré todas las mañanas. En estas curas observaré si se desprende una escara blanca, ó si en cada una salen uno ó más fragmentos, examinaré esta escara, y si sus dimensiones corresponden á toda la extension de la mucosa del saco, me abstendré de otra cauterizacion enérgica. Continuaré poniendo las torundas de hilas ocho dias para sostener el estado sub-agudo y la supuracion, por las que espero obtener la membrana cicatricial, y haré cada dos dias toques con el cilindro de nitrato de plata. Si, por el contrario, no saliera escara alguna, practicaria una nueva cauterizacion hácia el sétimo ó el octavo dia, con la manteca de antimonio. Nos encontraremos entonces en condiciones más favorables, pues no se derramará sangre que arrastre el cáustico y yo procuraré tocar mejor el fondo de saco superior y la entrada de los conductos lagrimales. Esta vez es probable que obtenga el resultado apetecido, y si no fuera así, haria algunos dias despues una tercera cauterizacion. En la mayoría de casos bastan dos, completando el tratamiento con la cura de torundas de hilas y los toques cada dos ó tres dias con el cilindro de nitrato de plata. Esperaré algunos dias; si el orificio está completamente cerrado á las cinco ó seis semanas de tratamiento, deduciré que se ha obtenido la curacion; pero si no está cerrado á esta época, agrandaré la abertura con el bisturí conducido por un estilete acanalado, y practicaré otra vez la cauterizacion con la manteca de antimonio.

Terminaré estas consideraciones con una última reflexion: habeis debido comprender que si hasta el presente ha podido ser difícil curar el tumor lagrimal, ha consistido en que los cirujanos no se habian hecho bien cargo de las indicaciones que habia que llenar; pero una vez comprendida no deja de presentar dificultades la ejecucion. No pretendo que se cure siempre con la cauterizacion. En los sugetos escrofulosos será

inútil como todo lo demás; pero en general, cuando haya sido bien hecha, la considero como más eficaz que ningun otro procedimiento, es decir, que si con ella no se obtiene buen resultado, ningun otro le dará mejor.

III. *Fistula lagrimal acompañada de catarro del saco en el lado derecho. Dacriocistitis sin tumor ni fistula, y despues exostosis del saco en el lado izquierdo.*—Señores, acabo de dar el alta á una mujer de 39 años, entrada el 25 de setiembre de 1871, con una cefálea que pudiera considerarse como sifilítica terciaria. Tenia al mismo tiempo una dacriocistitis supurante (catarro del saco) bilateral, sin tumor ni fistula en el lado izquierdo, con fistula en el lado derecho. Con este motivo os hice notar: 1.º, que la dacriocistitis reconoce algunas veces un origen sifilítico (1), pero que la imposibilidad de ver lo que sucede y la falta de documentos anatómicos, nos impiden saber cuál ha sido en este caso la lesion inicial; 2.º, que, á pesar de este origen, la enfermedad no cura comunmente por el tratamiento específico. Es probable que suceda en este caso lo mismo que en la estrechez del recto. La flegmasía es provocada en el saco por una manifestacion sifilítica, desarrollada sobre la mucosa ó parte del esqueleto, y trasmitida á esta última; una vez producida la flegmasía, persiste aun cuando la manifestacion haya desaparecido.

La observacion de esta mujer ha sido instructiva bajo otro punto de vista, y es que durante el tratamiento misto (ioduro de potasio y mercurio) que la he administrado, hemos visto aparecer una tumefaccion dura y manifestamente ósea al nivel del saco lagrimal izquierdo, en el que habia dacriocistitis supurante, sin tumor ni fistula lagrimales. Esta tumefaccion, que no puede ser producida más que por un exostosis, ya sea sobre el unguis, ya sobre el canal lagrimal del maxilar superior, ha terminado probablemente por llenar toda la cavidad del saco y suprimirla. Esta ha cesado de dar pus, y despues de más de dos meses la presion no ha hecho refluir la menor go-

(1) La dacriocistitis sifilítica ha sido bien indicada por M. G. Lagneau. (*Archivos generales de medicina*, 5.ª série, 1857, t. IX, p. 536).

ta por los puntos lagrimales, la conjuntiva palpebral no está inyectada y la enferma no tiene más que un epífora moderado, dependiente de la secrecion fisiológica de las lágrimas.

Ha habido aquí una curacion espontánea del catarro del saco, y esta curacion parece haber sido producida por la desaparicion de la cavidad, cuyo sitio ha venido á ocupar el exostosis. M. Tavignot (1) ha designado este modo de terminacion y esta influencia favorable de los exostosis sifilíticos, en los casos en que por sí mismos no producen la supuracion con ulceracion de la piel.

Pero yo tengo que recordaros, sobre todo, las observaciones que hemos hecho en la fístula del lado derecho. Esta ha resistido absolutamente al tratamiento misto, sin que apareciera en este sitio ningun tumor óseo. Recordareis que el orificio anormal del grande ángulo del ojo dejaba salir un mocus mezclado con lágrimas; era un caso de fístula complicada con catarro. La inyeccion hecha por el punto lagrimal inferior no salia por la fosa nasal; era, pues, una fístula con catarro y obliteracion del saco. Las indicaciones que desde luego habia que llenar eran las mismas que para el tumor lagrimal, de las cuales os he hablado precedentemente, y que yo he cumplido con las cauterizaciones repetidas de manteca de antimonio, toque ulterior con el nitrato de plata y pequeñas curas con las torundas de hilas. Cuatro cauterizaciones se han hecho con la manteca de antimonio, y hasta despues de la cuarta no se cerró la abertura exterior. Han pasado ya quince dias desde que se ha verificado esta curacion aparente, y la cicatriz es muy sólida. La inyeccion por el punto lagrimal inferior vuelve por el superior, pero no por el orificio anormal, y la presion ejercida sobre el grande ángulo del ojo no hace salir nada por los puntos lagrimales. Lo conjuntiva palpebral no está inyectada; la enferma tiene solamente un poco de lagrimeo cuando sale al aire con tiempo fresco.

(Esta mujer ha vuelto á que la veamos dos veces, seis y

(1) Tavignot. *De los exostosis venéreos del saco lagrimal.* (Diario de conocimientos médico-quirúrgicos. Enero, 1848).

nueve meses despues de su salida del hospital, y hemos podido comprobar que la curacion estaba perfectamente hecha.)

IV. *Fístula lagrimal sin catarro del saco.*—Señores, la enferma acostada en la cama número 11 de la sala de Santa Catalina, que se va á marchar pronto, entró por primera vez el 13 de abril de 1868 con una fístula lagrimal, diferente de las que os he enseñado hasta aquí, por la circunstancia de que el orificio anormal no deja escapar absolutamente más que lágrimas. No solo no sale pus espontáneamente, sino que ni la presion, ni la inyeccion lo hacen salir antes.

La enferma habia tenido hace tres años una oftalmía, á consecuencia de la cual ha conservado un poco de lagrimeo. Algun tiempo despues sobrevino una hinchazon en el grande ángulo del ojo derecho; comprimiendo en esta hinchazon se hacia salir moco-pus por los puntos lagrimales. A los dos meses se hizo una abertura espontánea, y la enferma nos ha manifestado que el primer dia salió positivamente mucho pus, y que la herida supuró por largo tiempo. Mas poco á poco el orificio se fué estrechando y ha dejado salir cada vez menos cantidad de pus, terminando por dar un derrame sumamente límpido. Los párpados los tenia habitualmente inflamados y la conjuntiva palpebral estaba muy inyectada, produciendo una secrecion muy abundante de lágrimas, que la obligaban á enjugarse á cada momento.

Cuando entró en el hospital hice comprobar tres cosas: 1.^a, la estrechez extrema de la fístula, que veíamos con mucha dificultad; 2.^a, el derrame incesante por este agujero de un líquido límpido sin mezcla de moco ni de pus; 3.^a, la imposibilidad de hacer pasar el agua á la fosa nasal, inyectándola, ya por la fístula, ya por los puntos lagrimales.

Teníamos aquí, pues, una fístula lagrimal bien franca, sin flujo purulento. Verdad es que, segun los antecedentes manifestados por la enferma, ha existido al principio catarro del saco; pero este catarro, fenómeno insólito, se ha suprimido espontáneamente, y la abertura hecha se ha sostenido por el derrame incesante y abundante de lágrimas, cuyo paso hácia la fosa nasal estaba impedido absolutamente. Este hecho nos

permite establecer dos variedades de fistulas lagrimales: una franca, sin derrame de pus y sin catarro del saco; otra compleja, con catarro y salida de pus por la fistula. La primera es menos frecuente; sin embargo, he tenido ocasion de mostraros, este mismo año, otro ejemplo en una mujer de 24 años, que estuvo aquí desde el 1.º de mayo de 1868 hasta el 12 de junio, cuya fistula era igualmente imperceptible y no dejaba pasar más que un líquido límpido. No habreis olvidado, sin duda, que esperaba curar esta enferma por el procedimiento de Bowman. Me parecia que, desde el momento en que no teníamos secrecion purulenta del saco, bastaba restablecer el curso natural de las lágrimas, y esto no fué más que momentáneamente, para que no salieran más por el orificio anormal, y pudiera verificarse la oclusion de este orificio. Hice una incision prévia sobre la fistula, con el objeto de refrescar sus bordes y hacerles más aptos á la cicatrizacion; despues dividí el conducto lagrimal superior para conducir, al principio cada dos dias y luego todos los dias, una de las sondas, el número 3 y el número 2 de Bowman, que dejaba colocadas de quince á veinte minutos. A los treinta y ocho dias la fistula persistia y la enferma, disgustada por este tratamiento, que encontraba muy doloroso, quiso marcharse sin curar. No la he vuelto á ver desde aquel momento.—En la enferma del número 11 habia pensado tambien emplear el mismo tratamiento de Bowman; pero podia disponer de poco tiempo, y era á la vez de una sensibilidad tal, que hubiera tenido al catterismo por más penoso de lo que ordinariamente es. Por esta razon he resuelto tratarla por la cauterizacion del saco con el cloruro de antimonio. Solo que en este caso no me preocupaba la idea de modificar la estructura de la mucosa, puesto que no habia catarro, y que sin duda la modificacion se habia hecho espontáneamente; mi intencion era producir una escara al nivel de la entrada de los conductos lagrimales para obtener la obliteracion. Para hacer la cauterizacion con más seguridad dejé un dia de intervalo entre la incision del saco y la introduccion del cáustico. La primera fué practicada el 14 de abril, la segunda el 15, y en esta última dirigí el

pincel hácia la parte interna y anterior del saco, es decir, hácia la entrada comun de los conductos lagrimales. Pero no se obtuvo éxito con esta primera tentativa y la enferma salió sin curar. Volvió el dia 4 de junio é hice una segunda cauterizacion el 5; esta vez obtuve una escara mucho más pronunciada que la primera. Cuando se desprendió, toqué diversas veces el interior del saco con el cilindro de nitrato de plata. Hoy 4 de julio, la fistula está bien cerrada; he hecho una inyeccion por el punto lagrimal superior y volvió por el mismo camino; otra por el punto lagrimal inferior y tambien sucedió lo mismo. Deduzco de esta exploracion que se ha obtenido el resultado que se buscaba, ó sea, que los conductos lagrimales no comuniquen con el saco. Las lágrimas no llegan, por lo tanto, á este último y á esto se ha debido que la fístula cure.

LECCION LIV.

De la queratitis maligna de los ancianos.

Infiltracion parenquimatosa plástica de las córneas desarrolladas en diez dias, sin ulceracion en la derecha, con úlcera en forma de impresion de uña en la izquierda, sin inflamacion ni supuracion de la conjuntiva.—No hay denominacion clásica para esta enfermedad.—Gerdy la llama queratitis maligna.—Terminacion posible por supuracion, pero más probable por albugo.—Establecimiento de una pupila artificial en el lado izquierdo sin accidentes, pero con pérdida de la vision.

Clinica del 12 de julio de 1871.

SEÑORES:

El enfermo del núm. 48 de la sala de la Santa Virgen me proporciona la ocasion de presentaros una variedad muy rara y poco descrita de una enfermedad de la córnea.

Os he hablado con bastante frecuencia de queratitis crónicas. Todos los dias hemos visto en la consulta queratitis de la infancia, la mayor parte escrofulosas; algunas podian atribuirse á la sífilis hereditaria. Tenemos casi de continuo en las salas jóvenes afectados de queratitis ulcerosa, diseminada ó circunscrita, y de queratitis crónica vascular. En fin, algunas veces se presenta ocasion de enseñaros la queratitis aguda supurante que acompaña á la oftalmía blenorragica ó que sigue á las lesiones traumáticas del ojo y á la operacion de la catarata por extraccion.

El caso de que ahora tratamos difiere mucho de los que acabamos de mencionar.

El enfermo, pintor de fachadas, tiene 62 años de edad. Su constitucion es algo delicada, pero á pesar de esto no ha tenido desde hace algunos años enfermedad grave que le haya

puesto caquético. No parece haber tenido nunca el cólico de plomo. Sabemos que ha sido aficionado á las bebidas alcohólicas. Dice que hasta ahora no ha tenido jamás los ojos malos, pero que de repente, hace ocho días, sin causa apreciable para él, y sin proyeccion de ningun cuerpo extraño, fué presa de algunos dolores y de enturbiamiento en la vista. No ha tenido derrame de lágrimas ni de pus. Despues de haberse quedado completamente ciego entró en el hospital.

Hé aquí lo que podeis observar: como *stntomas físicos*, nada en los párpados; no están ni hinchados, ni rojos; su borde ciliar no presenta costras, ni hay pestaña alguna desviada que pueda constituir un triquiiasis; la conjuntiva no está inyectada ni tumefacta. El color blanco de la esclerótica se ve en los dos ojos como en su estado normal; no hay ni pus, ni moco en su superficie. Pero las dos córneas están blancas; la de la derecha en toda su extension, la de la izquierda en sus cuatro quintas partes, y conserva la transparencia en la parte superior y externa. En el ojo derecho la superficie de la membrana presenta su convexidad natural, y no se nota en ella eminencia ni aplastamiento anormal. En el izquierdo, por el contrario, vemos una ulceracion curva como las que Velpeau ha denominado úlceras en forma de impresion de uña; y aunque el fondo de esta ulceracion no sea pulposo ni purulento, podrá formarse una ulceracion perforante; porque la córnea, más bien que convexa, me parece aplastada. No veo en ella úlcera, ni queratocele, ni hernia del iris; pero el aplastamiento me hace pensar que la córnea está abierta, y que el humor acuoso, despues de salir de la cámara anterior, no se reproduce.

Como *stntoma funcional*, solo debo indicaros la pérdida de la vista. No hay dolor orbitario, ni circum-orbitario, ni fotofobia, ni lagrimeo.

¿A qué enfermedad podemos referirnos aquí? Podemos responder, que nos encontramos en presencia de una queratitis doble, puesto que no tenemos otro nombre para designar estas alteraciones de la nutricion, que se caracterizan por la opacidad de la córnea, con más ó menos ulceracion, y que se explican por una modificacion profunda de la textura. En

Francia atribuimos estas opacidades á las exudaciones ó productos plásticos depositados entre las láminas de la membrana. En Alemania se explican por una alteracion de las células, que se abren y vierten su contenido en los intersticios de las minares, donde los núcleos se multiplican y pasan al estado grasoso. Creo estas dos explicaciones perfectamente compatibles, y comprendo mejor los fenómenos ulteriores más comunes, es decir, la trasformacion definitiva de los puntos enfermos en un tejido que queda definitivamente opaco por el depósito y la organizacion ulterior de la linfa plástica, que por las lesiones celulares.

Pero si bien estamos seguros de ver aquí una doble queratitis, debemos investigar la diferencia que existe entre ella y las que estamos acostumbrados á ver.

Difiere primeramente por su curso agudo y esencialmente galopante; la queratitis ordinaria es por lo comun más lenta y crónica. Difiere, además, por la extension que ha adquirido en tan poco tiempo; la opacidad en las queratitis comunes es circunscrita ó diseminada; aquí, por el contrario, ha invadido totalmente la membrana de un lado. Difiere especialmente en que, esta lesion tan rápidamente formada y tan extensa, se ha producido sin conjuntivitis intensa, y sobre todo sin conjuntivitis purulenta. No es una cosa absolutamente rara en clínica las opacidades galopantes como esta, pero coinciden con una conjuntivitis purulenta y forman parte de lo que designamos con el nombre de oftalmía purulenta. Lo que hay de insólito y de particular en nuestro enfermo es el aislamiento y la independenciam de la enfermedad, que está circunscrita exclusivamente á la córnea.

Por todos estos caracteres la queratitis, en cuya presencia nos encontramos, difiere de las queratitis ordinarias, por lo que nosotros la denominariamos con un nombre especial. Pero este nombre no existe en la ciencia. Se encuentra descrita en la obra de M. Galezowski (1) con el de *necrosis de la córnea*. Pero el autor describe con este nombre una enfermedad que

(1) Galezowski, *Tratado de las enfermedades de los ojos*, pág. 275.

termina por reblandecimiento, gangrena y expulsion de la membrana. He tenido ocasion de ver dos casos de este mismo género, pero no sucederá lo mismo en nuestro enfermo. Yo creo que no perderá las córneas, á lo ménos en totalidad, sino que persistirán con una opacidad indeleble, pasada al estado que conocemos con el nombre de *albugo*. No pasarán, por lo tanto, por la fase de la expulsion, que está indicada en las palabras necrosis ó gangrena de la córnea.

M. Galezowski, además, atribuye la opacidad galopante que escribe, á dos causas: 1.º, una violenta inflamacion de la conjuntiva con equimosis, que produce un entorpecimiento en la nutricion y una especie de extrangulacion en la córnea: veis que esta etiología falta absolutamente aquí; 2.º, á las afecciones cerebrales, y principalmente á tumores que ocasionan las parálisis del nervio trigénimo, y, por consiguiente, á lesiones comparables á las que M. Cl. Bernard ha observado en sus experiencias sobre la seccion de este nervio. Pero aparte de que, en los casos patológicos y experimentales de que acabamos de hablar, hay ulceraciones superficiales ó reblandecimiento con gangrena y no existen opacidades por simple infiltracion plástica, no hay en nuestro enfermo razon alguna para creer en un tumor cerebral, ni en una parálisis del quinto par, que nos autoricen á emplear la expresion de *queratitis neuro-paralítica*.

Por último, yo creo que de lo que se trata aquí es de una forma de queratitis que ha ocupado muy poco la atencion de los observadores y que, por lo mismo, no ha recibido una denominacion especial. El único de mis maestros á quien yo he oido hablar de una manera que corresponde á los hechos que he observado despues, es el profesor Gerdy. Yo le oí decir, á la cabecera de una enferma que presentaba una afeccion completamente semejante á la que nos ocupa, por el curso rápido ó galopante de la opacidad y por la falta de supuracion y aun de inflamacion en la conjuntiva, que se trataba de una especie de queratitis no descrita, especial de los ancianos, que él la habia observado muchas veces, y para la que proponia la denominacion de *queratitis maligna*. No pretendo de-

cir que la palabra maligna corresponda perfectamente á lo que hay de especial en este caso, sino que, por el contrario, la creo inconveniente, porque entraña la idea de una afeccion cancerosa, porque generalmente se emplea como sinónimo de cáncer. Pero no encontrando otro adjetivo más apropiado, empleo esta expresion, dejándome arrastrar voluntariamente por el deseo de rendir un homenaje al profesor eminente á quien debo el conocimiento de esta enfermedad.

Es cierto que se me podria objetar que este enfermo solo cuenta 52 años, y que por consiguiente no es un anciano. Pero Gerdy, al hablarnos de su oftalmía maligna de los ancianos, entendia que la enfermedad se desarrollaba en los individuos fatigados por la edad. Ahora bien, este individuo es, como sabeis, de aquellos en los que la vejez senil es precoz, y como, además, este sugeto está habituado á los alcohólicos y, por consiguiente, en una de las condiciones que ocasionan la senectud prematura; como, por otra parte, tiene una constitucion debilitada, no encuentro extraño que se halle afectado por una enfermedad que ordinariamente se desarrolla á una edad más avanzada que la suya.

Esto expuesto, ¿cuál será la marcha ulterior y la terminacion de la enfermedad? Ya os he dicho que hasta ahora no se observa nada que indique la supuracion, y hubiera podido decir que se trataba solamente de queratitis parenquimatosas plásticas. Yo creo que en el lado izquierdo, en que hay ulceracion, la enfermedad no tomará la forma supurante, pero no sé lo que sucederá. En el lado derecho creo que la enfermedad permanecerá plástica, pero no cuento con la reabsorcion y la vuelta de la transparencia de la córnea. Presumo que se organizará el plasma y dará un albugo, es decir, una opacidad incurable. He observado otros dos casos de este género; en uno de ellos ha habido supuracion tardía y parcial de una de las córneas solamente: en el otro hubo albugo, y como la lesion era tambien bilateral, la ceguera fué completa.

Termine de un modo ó de otro la enfermedad, debemos prever que este hombre está destinado á quedar completamente ciego.

Desgraciadamente, no veo tratamiento que pueda impedir este funesto resultado. He prescrito el vino de quina, una alimentacion fortificante, un colirio de ioduro potásico (0,15 centigramos para 30 gramos de agua), del que se instilarán algunas gotas cuatro veces al dia. Pero dudo que estos medios puedan impedir la ceguera. Cuando más podremos impedir la transformacion de la queratitis plástica en queratitis purulenta.

Clinica del 2 de noviembre de 1871.

Señores: el enfermo de las queratitis malignas, de que os hablé en el mes de julio próximo pasado, nos va á dejar dentro de poco y voy á indicaros lo que ha sucedido durante su estancia en el hospital. Las lesiones de la córnea no han aumentado ni se han hecho supurantes. La úlcera que existia en el lado izquierdo ha desaparecido. Pero la opacidad ha persistido y tomado la forma de albugo en los dos lados. Se ha observado, solamente, en el lado izquierdo la persistencia de una porcion transparente bastante extensa para poder establecer una pupila artificial y he pensado que podria hacerse esta operacion. Creí que, á consecuencia del traumatismo, se produciria una inflamacion de mal carácter; pero como el enfermo estaba completamente ciego, y nada tenia que perder, hice la tentativa. Abrí la córnea izquierda en su parte superior y externa con el cuchillo lanceolar; el iris pudo cogerse con la pinza de gancho, y escindir-se extensamente. Al contrario de lo que me figuraba, la córnea no se infiltró nuevamente de materia plástica y no supuró. Ha cicatrizado y la pupila artificial persiste. Desgraciadamente no ha comunicado al enfermo una vision satisfactoria; sea que se encuentra muy fuera y muy arriba, sea que la retina haya sufrido alguna alteracion, el enfermo no hace más que distinguir un poco mejor, por este lado, el dia de la noche, pero no reconoce los objetos, ni vé lo bastante para marchar por sí solo.

LECCION LV.

Iritis, coroiditis y coroido-retinitis sifilítica.

- I. Localizacion posible de la inflamacion sifilítica, ya en el iris, ya en la coroides.—Razones para creer en la coroido-retinitis.—II. Observacion de un enfermo afectado de iritis sifilítica uni-ocular, con pérdida absoluta de la vision.—Presuncion de lesiones concomitantes sobre la retina y la coroides.—Erisipela intercurrente.—Muerte.—Exámen anatómico del ojo.—Ninguna lesion apreciable en las membranas profundas.—Presuncion de lesiones no estudiadas en las partes microscópicas de la retina.

SEÑORES:

I. Con bastante frecuencia he tenido ocasion de presentar enfermos afectados de iritis ó de coroiditis sifilítica, y de haceros notar que si en ciertos sugetos la inflamacion de origen sifilítico se localiza en el iris, en otros se localiza, al ménos así lo creemos, en la coroides; en otros tambien, y son los más, la inflamacion ocupa las dos membranas á la vez, de tal manera que merece el nombre de irido-coroiditis.

Pero os hago notar, siempre que se presenta ocasion, que si admito la coroiditis sifilítica es por conformarme con las ideas admitidas. En realidad yo no estoy bien seguro de que las lesiones, cuya existencia nos hacen pronunciar estas palabras, pertenezcan á la coroides, ó cuando ménos á ella sola. Esta membrana está tan próxima á la retina, que, por una parte, es imposible probar en el vivo que las lesiones observadas con el oftalmoscopio pertenezcan á la una más bien que á la otra, y, por otra parte, se comprende fácilmente el paso de la inflamacion de la primera á la segunda, ó recíprocamente, y la trasformacion en coroido-retinitis de una flegmasía que, en su principio, ha podido ser una coroiditis ó una retinitis.

Cuando yo considero la facilidad con que todos los autores

describen la coroiditis exudativa y atrófica, me pregunto sobre qué hechos apoyan sus descripciones; casi siempre es sobre los hechos observados por medio del oftalmoscopio; yo no creo que pueda afirmarse que una mancha observada en el fondo del ojo con este instrumento pertenezca á la coroides y no á la cara profunda de la retina. Solamente pueden afirmar esto los que, habiendo examinado un ojo en el vivo, han hecho el examen anatómico despues de la muerte. Pero los casos de este género son poco frecuentes en general, para que cada uno pueda autorizar con autopsias ó piezas anatómicas, en las que consten detalles suficientes para afirmar que tal ó cual signo observado en él corresponde efectivamente á tal ó cual lesion, y como la localizacion me parece difícil de establecer rigurosamente en el vivo, me oireis con frecuencia pronunciar el nombre de coroido-retinitis.

II. El hecho siguiente, de que acabamos de ser testigos, nos prueba tambien que las alteraciones de la vision en la iritis sifilítica pueden ser debidas á lesiones diferentes de las que nos indican las descripciones modernas, lesiones que no consisten ni en una atrofia, ni en una exhudacion, ni en una congestion, y que, no habiendo podido apreciarse en el cadáver por el examen á simple vista, ocupan las partes más ténues y las más difícilmente accesibles á nuestros medios de investigacion.

El enfermo, de edad de 69 años (1), entró en el hospital el 9 de febrero de 1872, con una inflamacion, que databa de un mes próximamente, en el ojo izquierdo, hasta entonces muy bueno. Esta inflamacion habia sido primeramente sub-aguda, es decir, poco dolorosa, con lagrimeo moderado y sin fotofobia. Unicamente la vision, despues de haber sido nebulosa al principio, se habia debilitado progresivamente hasta la pérdida completa en este ojo, y esta fué la causa principal de la entrada del enfermo en el hospital.

Os hice observar, el primer dia que le vimos, como *sintomas*

(1) La observacion de este enfermo ha sido publicada por M. Longuet, interno de los hospitales, en el *Diario de oftalmología*, Junio, 1872.

físicos: 1.º, hinchazon poco considerable de los párpados; 2.º, inyeccion moderada de las conjuntivas palpebral y ocular, pero muy pronunciada, y anular cerca de la córnea; 3.º, integridad perfecta de esta última membrana; 4.º, coloracion amarillenta del iris, con una mancha de apariencia equimótica en la parte inferior de su gran circunferencia y con disminucion de brillo en esta membrana; estas lesiones fueron comprobadas por comparacion con el iris del lado derecho, que estaba sano; 5.º, una pupila contraida, que permanecia inmóvil por la influencia de la luz, y que no se dilataba por la instilacion del sulfato de atropina. Y aquí llamo vuestra atencion acerca de las exploraciones que he hecho sobre esta pupila. Se colocó el enfermo delante de una ventana con buena luz y la miré sucesivamente de cara y de lado, primero sin instrumento y despues con una lente. Coloqué en seguida al enfermo en una habitacion oscura y le examiné por medio del alumbrado llamado lateral ú ublicuo, es decir, con una bujía y una lente que concentraba los rayos luminosos sobre el iris. Estas exploraciones me hicieron ver que el campo de la pupila estaba algo turbio, pero no presentaba opacidades debidas á los depósitos de las exhudaciones que se observan con bastante frecuencia en la iritis, y que, en efecto, como os diré en seguida, se han observado más tarde en nuestro enfermo; 6.º, detrás de la pupila, el cristalino no me ha parecido opaco; 7.º, el fondo del ojo le he examinado con el oftalmoscopio de mano y solamente he observado una coloracion agrisada general, á través de la cual no he podido distinguir ni la papila, ni sus vasos, ni las demás lesiones especiales. He creido que el enturbiamiento ocupaba el cuerpo vítreo, como en las enfermedades de la coroides y de la retina, á consecuencia de una accion simultánea de la causa morbosa sobre estas membranas y sobre el cuerpo vítreo, cuya nutricion está en relacion con la suya.

Como *sinatomas funcionales*, habia dolores oculares análogos á los que ocasionan los cuerpos extraños; pero eran moderados y no impedian el sueño. No habia dolores peri-orbitarios, que con tanta frecuencia observamos en las inflamaciones

profundas del ojo. Lo más notable era la falta completa de la función del ojo. El enfermo no reconocía ninguna de las personas colocadas á su alrededor, ni distinguía ninguno de los objetos que se le presentaban. Distinguía, sin embargo, el día de la noche, y tenía de cuándo en cuándo visiones luminosas pasajeras, á las que él llamaba estrellas ó zig-zags de fuego. He investigado por medio de presiones ejercidas sobre los párpados con el mango de un lápiz en el lado externo, interno, superior é inferior del ojo, para ver si se producían fosfenas. No se han producido; pero yo lo atribuyo á que el ojo estaba en un estado demasiado sensible, para soportar la presión hasta el grado necesario para producir las sensaciones luminosas, que Serres d'Uzés nos ha descrito con este nombre.

En presencia de estos síntomas puede establecerse el diagnóstico anatómico y el diagnóstico etiológico.

Diagnóstico anatómico.—No es difícil asegurar que el enfermo tenía una oftalmía, y que esta oftalmía era conjuntival. Pero era preciso determinar, conforme á los datos de la oftalmología moderna y á las necesidades del pronóstico y de la terapéutica, hasta qué punto estaban invadidas por la inflamación las demás partes constituyentes del ojo.

No he dudado al decirlos que este enfermo padecía una iritis. Esta, en efecto, estaba indicada por la diferencia de color de los dos iris, la estrechez y la inmovilidad de la pupila, la presencia de la inyección esclerótico-corneal, formando un anillo alrededor de la córnea. Pero ¿no había inflamación más profunda? ¿Estaban especialmente afectadas algunas partes del ojo? Esta era la dificultad. Me habeis visto insistir en la pérdida de la visión y en las exploraciones para demostrarla bien. En efecto, he dicho que el enfermo tenía una iritis; ahora bien, entre los enfermos afectados de iritis los hay que conservan la facultad visual; otros, y son el mayor número, la conservan también, pero con debilidad, es decir, que distinguen los objetos, y aun ven, pero les parece que ven á través de una nube; algunos reconocen también los objetos grandes, pero no distinguen los pequeños y sobre todo los caracteres de

impresión. No siempre podemos determinar con seguridad cuál es la causa anatómica de las alteraciones de la vision que acompañan á la iritis. Algunas veces estas son manchas exudativas ó pigmentarias sobre la cápsula anterior; pero generalmente estas manchas no existen, y entonces hacemos intervenir ya una lesion del cuerpo vítreo, ya un estado congestivo de la coróides y de la retina.

Aquí, Señores, no era solamente una alteracion, era una pérdida completa de la vision la que acompañaba á la iritis: en los primeros dias este síntoma fisiológico no podia explicarse por las exudaciones; porque no las he visto ni por medio de la luz directa, ni por la luz lateral, y si algunas muy pequeñas se me han escapado, no son ciertamente por sí solas las que hubieran impedido la vision, porque no debian obstruir todo el campo de la pupila, y lo que queda libre hubiera dejado penetrar bastantes rayos luminosos, para que la vision fuese posible hasta cierto grado. Una pérdida funcional tan pronunciada no podia explicarse sino por un enturbiamiento considerable del cuerpo vítreo ó por lesiones muy manifiestas de la retina. La determinacion rigurosa ha sido imposible durante la vida, porque, por una parte, la estrechez de la pupila y su resistencia á la accion de la belladona no permitian llevar mucha luz al fondo del ojo, y porque, además, no he visto á través del cristalino más que una nube gris, perteneciente sin duda al cuerpo vítreo enturbiado, cuya nube me impedia observar el estado de las partes más profundas, para formar una opinion formal ó tener simples presunciones sobre el grado de participacion de la retina y de la coróides en la enfermedad. He supuesto esta participacion porque la coloracion agrisada, que atribuia al cuerpo vítreo, me parecia tambien insuficiente para explicar la pérdida de la vista á que nos hemos referido.

Me detengo aquí un instante para hablar de las lesiones del fondo del ojo, que nos autorizan á admitir la coincidencia de una retinitis con la iritis. Se las observa por medio del oftalmoscopio en ciertos individuos, pero no en otros. Este curso he tenido muchas ocasiones de presentaros enfermos de coroidi-

tis sifilítica, y os he prevenido que, si quereis examinar con el oftalmoscopio, encontrareis en el fondo del ojo manchas blancas, formadas algunas por exudaciones y otras por atrofiás y manchas pigmentarias vistas á través de los puntos atrofiados y adelgazados de la coróides. Pero habeis observado que en estos individuos no habia ni conjuntivitis, ni iritis, por lo ménos en el instante de la observacion; tampoco existia inflamacion aguda ó sub-aguda, y todas las lesiones de la inflamacion crónica se hallaban concentradas en el fondo del ojo. En semejante caso, es raro, en efecto, que percibamos á través del cristalino una nube gris que oculte todo el fondo del ojo. En el enfermo actual, por el contrario, habia oftalmía sub-aguda con invasion de la conjuntiva y del iris. En los casos de este género debeis siempre encontrar, si la vision está debilitada ó perdida por completo, la coloracion gris de que acabo de hablaros. ¿Pertenece ciertamente á un enturbiamiento del cuerpo vítreo? Así lo creia, y la autopsia, de que luego os voy á hablar, nos ha demostrado que, para este enfermo, la explicacion era admisible, por lo ménos hasta cierto punto. Puede ser tambien algunas veces dependiente de un estado particular de las membranas profundas y principalmente de una infiltracion serosa; pero la autopsia no ha presentado nada semejante, y en todo caso no hay medios precisos, cuando la papila y los vasos retinianos son invisibles, para determinar rigurosamente si el enturbiamiento que se observa está en el cuerpo vítreo ó detrás de él, entre él y la retina ó en el espesor de esta última. No tenemos todavia sobre este punto documentos anatómicos, que correspondan á los fenómenos fisiológicos observados durante la vida. Volveremos á tratar otra vez de este punto, cuando os indique las lesiones que se han encontrado despues de la muerte repentina de nuestro enfermo. En resúmen, como complemento del diagnóstico anatómico, teniendo á la vista la determinacion exacta de las lesiones que explican la ceguera, yo debí quedar y dejaros con la duda, porque nuestros medios de investigacion no me permitian ver á través del cuerpo vítreo, y porque la lesion de este último no me parecia suficiente para

explicar la pérdida de la vision. Me sostengo en esta indicacion algo vaga: irido-coroiditis y más probablemente irido-coroido-retinitis; y confieso que, dándoos esta indicacion, me refiero á las exudaciones, á la congestion, á la atrofia y á la infiltracion serosa indicadas por nuestros autores como pertenecientes á estas enfermedades.

Diagnóstico etiológico.—Debeis recordar, Señores, que la iritis se presenta ó por causa traumática, ó por causa reumática, ó por causa sifilítica. No debíamos pensar en este caso en una causa traumática; era una iritis espontánea. Ahora bien, esta siempre parece ser dependiente de una de las dos causas generales que he indicado. La idea de una iritis reumática fué la que primero se presentó á mi imaginacion á causa de la edad del individuo. Porque la iritis sifilítica es una manifestacion secundaria que aparece poco despues del accidente primitivo; pocas veces vemos los accidentes primitivos y secundarios de la sífilis entre los 68 y 69 años. Esta edad es más favorable para el desarrollo del reumatismo.

Por tanto, me ha sorprendido y os he hablado en este caso de una circunstancia que debe llamar nuestra atencion. El mal databa de un mes, y sin embargo, solo estaba afectado el ojo izquierdo. Esto no sucede ordinariamente cuando se trata de la influencia reumática; los dos ojos se afectan á la vez ó sucesivamente, pero con el intervalo de pocos dias. Por el contrario, la iritis sifilítica, sin que esto sea absoluto y constante, queda generalmente unilateral. Guiado por esta particularidad, y sabiendo además que la sífilis es posible en todas las edades, hice mis investigaciones en este sentido. Observé, acto contínuo, en el vientre, en los muslos, en la espalda y en los brazos numerosas manchas, amarillas, la mayor parte sin elevacion, otras con elevacion en la piel, ofreciendo, por consiguiente, el aspecto de la roseola y de las pápulas. Estas manchas no tenian tampoco costras, ni escamas, ni ocasionaban ninguna desazon. Estaban, por lo tanto, bien manifestos los caracteres de la sífilide roseólica y papulosa. Buscando entonces en los órganos genitales restos ó vestigios del accidente primitivo, no encontré nada. He interrogado al enfer-

mo y me ha respondido que no habia cohabitado desde hacia mucho tiempo. Le señalé entonces una cicatriz rojiza y todavía escoriada en el tabique de la nariz y parte media del labio superior. Invitado á explicarse sobre esta cicatriz y sobre la mancha que formaba, pareció no comprender bien la utilidad de mis preguntas y no dió una respuesta categórica. Nos dijo que habia tenido una pequeña rozadura, insignificante, hacia poco más de dos meses; que esta rozadura se habia agrandado durante cierto tiempo, presentándosele algunas en la mandíbula; que quince dias ó tres semanas despues, en el momento en que esta llaga (me valgo de esta expresion) se cerraba, se presentó la erupcion general sin ocasionarle fiebre ni incomodidad, y que en seguida se declaró la enfermedad del ojo. Por consiguiente, no podia ménos de admitirse, segun este conmemorativo y segun nuestras propias observaciones, una sífilis constitucional, cuyo accidente primitivo habia sido un chancro cefálico (naso-labial), y cuyos accidentes secundarios, roseola y pápula, estaban todavía en plena manifestacion. He explorado además los huesos superficiales y he encontrado una hinchazon difusa y dolorosa por la presion en la cara interna y borde superior de la tibia izquierda. Por lo tanto, la sífilis habia pasado, y más rápidamente que de ordinario, á su período terciario.

No dudé que la irido-coroiditis, en cuya presencia nos encontrábamos, estaba ligada á esta sífilis, la que constituia, como sucede muy frecuentemente, un síntoma de transicion más próximo, sin embargo, á los accidentes secundarios que á los terciarios.

Se trataba de saber si el tratamiento mercurial, cuya indicacion era evidente, bastaria para hacer desaparecer las lesiones sospechadas, pero inciertas, del fondo del ojo, á las que se debia el fenómeno funcional capital, á saber, la pérdida de la vista.

Se sometió entonces al enfermo al uso de una píldora de cinco centigramos de proto-ioduro de mercurio todas las mañanas, y al mismo tiempo mandé hacer mañana y tarde la instilacion del colirio de atropina, que contenia un centígramo de atropina por gramo de agua.

Pero al décimo día, en lugar de disminuir las lesiones del ojo, se acentuaron más, y en particular pudimos observar en el campo de la pupila, siempre estrecha, inmóvil, y á consecuencia de sus adherencias insensible á la accion de la belladona, una película neo-membranosa blanquecina ó falsa catarata, que era debida evidentemente á la organizacion de una exudacion depositada en el contorno y en la cápsula cristalina anterior.

Unos dias despues, el 21 de febrero, se declaró una erisipela de la cara, que tenia su punto de partida en la pequeña erosion de la cicatriz sub-nasal de que he hablado antes. Esta erisipela adquirió rápidamente la forma tifoidea y el enfermo murió algunos dias despues.

Era la ocasion de investigar cuáles habian sido las lesiones que ocasionaron la pérdida de la vision, y en particular de ver si la coróides y la retina presentaban la congestion, las exudaciones y las atrofiás, que no habia podido ver con el oftalmoscopio, pero cuya existencia habia presumido por la lectura de los autores. Hecho en mi presencia el exámen del ojo con el mayor cuidado, por M. Longuet, interno del servicio, se observó lo siguiente.

En el iris y la pupila, lo más notable, y que podeis ver en la pieza hábilmente preparada por M. Longuet, es una falsa membrana que tapiza toda la cara posterior del iris, y que, pasando por detrás de la pupila, adhiriéndose fuertemente á su contorno, forma la falsa catarata de que os he hablado. Esta capa neo-membranosa es blanda y bastante gruesa. Llamo en este momento vuestra atencion sobre ella para deciros que no era tan extensa el dia que el enfermo entró en el hospital como hoy, pues pudimos entonces observar que una parte del campo de la pupila estaba libre todavía. No creais, sin embargo, que, en todos los casos de iritis, los productos neo-membranosos se organizan así en una membrana única doblando de alguna manera el iris hacia atrás. Creed todavía menos que esta disposicion sea especial de la iritis sífilítica. En esta variedad, como en la variedad reumática, las exudaciones están generalmente diseminadas y forman, tan-

to en la parte posterior como en el contorno de la pupila, y en el cristalóide anterior, manchas ó películas separadas unas de otras, que son susceptibles de reabsorberse, si su organización no ha llegado á un grado muy avanzado. La disposición de las exudaciones en una capa continua es aquí una cosa insólita.

Reparad, además, que el parénquima del iris no parece que presenta exudaciones semejantes. Por consiguiente, no ha lugar de señalar aquí las lesiones que han sido comparadas para la iritis sifilítica con las que forman las placas mucosas, el condiloma ó los tubérculos sobre diversos puntos del tegumento externo.

El cristalino y el cuerpo vítreo, que yo os ruego examineis comparativamente con los del lado opuesto, no tienen su transparencia natural. Los dos tienen una coloración amarillenta análoga á la que observé en mis experimentos de 1845 (1) en cierto número de animales, en los que hice la maniobra de la operación por depresión con objeto de estudiar las lesiones consecutivas. Este enturbiamiento del cuerpo vítreo, que yo provocaba entonces por traumatismo, puede acaecer espontáneamente y á consecuencia de la alteración nutritiva, en la que este órgano toma parte en las inflamaciones oculares profundas. ¿Es este enturbiamiento lo que ha impedido en nuestro enfermo, ó el que nos impide en otros enfermos de irido-coroiditis, ver, con el oftalmoscopio, los detalles del fondo del ojo? Yo así lo creo, y estoy tanto más autorizado para ello en el caso actual, porque no he encontrado otras lesiones que puedan explicarme esta dificultad en la exploración oftalmoscópica. En cuanto á la retina, la he encontrado blanda y disociada como está en la mayor parte de los cadáveres, en los que se ha hecho la autopsia muchas horas después de la muerte. Aquí habían pasado veintiocho horas próximamente cuando pudimos separar el ojo y estudiarle. Sin embargo, la retina presentaba ya el reblandecimiento, que hizo casi imposible

(1) *Memoria sobre la operación de la catarata por depresión. (Memorias de la Sociedad de cirugía, 1847, tomo I.)*

el exámen perfecto. Por lo que hemos podido ver, no hemos hallado, ni enrojecimiento que indique una hiperemia, ni equimosis que indique una rotura capilar, ni mancha blanca, ni nada que dé idea de un producto exudado, ni infiltracion serosa sub-retiniana.

De la misma manera, en la coróides no hemos hallado ni congestion, ni exudaciones, ni manchas atróficas; nada, en una palabra, de lo que yo esperaba encontrar fundándome en la interpretacion dada por la oftalmología moderna respecto á los síntomas observados durante la vida en ciertos casos de iritis y de coroido-retinitis.

En una palabra, Señores, no hemos encontrado en esta autopsia la explicacion del fenómeno funcional capital, la pérdida absoluta de la vision. Yo no puedo admitir, en efecto, para esta explicacion la falsa membrana que obtura la pupila, porque, primeramente, no existia al principio de la enfermedad y ya la vista estaba abolida, y además porque en la disposicion en que nosotros la encontramos podian penetrar aun en el ojo bastantes rayos luminosos, para permitir cierto grado de vision. Así como el enturbiamiento del cristalino y del cuerpo vítreo me explicaban perfectamente una vista nebulosa ó muy oscura, no consideraba suficiente esto solo para una abolicion tan completa como la que existia.

Me veia obligado á presumir que la explicacion se encontraba en las lesiones que no habiamos podido apreciar á causa de la dificultad y de la insuficiencia de nuestro exámen. Estas lesiones existian sin duda en los tubos nerviosos de la retina ó en la capa de los bastoncitos, y que solo podia haberse observado por el exámen microscópico hecho despues del endurecimiento de la retina por la inmersion prolongada del ojo en el ácido crómico. Siento que no se haya hecho este estudio; pero yo esperaba encontrar y presentaros las lesiones apreciables á simple vista, generalmente admitidas en la retino-coroiditis, y en las que yo no he creido.

No por esto supongo, Señores, que en la iritis complicada con coroido-retinitis no existan las lesiones señaladas actualmente por todo el mundo. Deduzco solamente, y este es un

punto sobre el que llamo la atención de los observadores y de los anatómo-patologistas, que, en ciertos casos, el enturbiamiento ó la pérdida completa de la vision es debida á las lesiones absolutamente inapreciables de la retina, lesiones que ocupan una de las capas más finas de esta membrana y no pueden ser observadas sino por un anatómico muy práctico, por medio del microscopio y despues de una maceracion prévia del ojo en la disolucion de ácido crómico.

LECCION LVI.

Catarata.

- I. Carácterés incompletos.—Actitud del enfermo durante la marcha.—Exámen de los ojos á la luz del día y por el alumbrado oblicuo.—Investigacion de las imágenes de Purkinje y Sanson.—Diagnóstico.—Incertidumbre sobre el curso ulterior de la enfermedad.—II. Cataratas completas.—Diagnóstico anatómico.—En el lado derecho la catarata es cortical y probablemente cápsulo-lenticular.—En el lado izquierdo es cristalina.—Una y otra son semiblandas.—Diagnóstico relativo al estado general.—Patogenia.—Transformacion granulosa de los tubos del cristalino.—Eleccion de la operacion.—Impresion general sobre los resultados, segun la observacion y segun las estadísticas.—Cambios frecuentes en la práctica á causa de la imposibilidad de obtener constantemente ó con mucha frecuencia resultados satisfactorios.—Preferencia dada para el caso actual á la extraccion lineal con iridectomia

SEÑORES:

Hemos visitado esta mañana dos enfermos afectados de cataratas.

I.—En el primero se trata de cataratas incompletas, que no reclaman, por el momento, ningun tratamiento, pero cuyo estudio es instructivo para vosotros.

El enfermo, que es de edad de 59 años y labrador de profesion, nos ha dicho que ha gozado siempre de buena salud, pero que su vista se ha debilitado mucho de dos años á esta parte. Principió por ver como á través de una niebla ligera, pudiendo distinguir los objetos y las personas y leer; despues cesó de poder reconocer los objetos pequeños con el ojo izquierdo, y algo más tarde le sucedió lo mismo con el ojo derecho. La debilidad ha seguido aumentando en los dos ojos, pero con mucha lentitud. En la actualidad no puede leer sino los carácterés de gran tamaño; reconoce todavia á las personas, distingue los colores, siempre á través de una niebla, y nada muy bien. Se encuentra peor á la luz del sol y en el cen-

tro del día, que á la sombra y cuando la luz es muy viva, como en la mañana y la tarde. Temiendo que este estado de la vision se prolongue y agrave y le impida dedicarse á sus ocupaciones, viene á preguntarnos lo que padece y lo que ha de hacer para curarse.

He examinado sus ojos de la manera siguiente:

Despues de haber reconocido que los párpados no estaban enfermos, que se separaban el uno del otro fisiológicamente, que la córnea, examinada de frente y de costado, no presentaba ninguna lesion, he dirigido mis investigaciones hácia el campo pupilar.

Como el enfermo estaba acostado en un lecho mal alumbrado, le he hecho levantar, y mostrándole una silla enfrente de la ventana, como á diez pasos de esta, le he invitado á ir y sentarse. Habeis visto que se ha dirigido él mismo hácia el punto indicado, y que una vez allí, instintivamente, ha bajado la cabeza y dirigido sus ojos hácia la tierra. Os he hecho notar esta actitud, y os he dicho que era característica, y que se explicaba por la necesidad de hacer entrar la mayor cantidad de rayos luminosos por la periferia de la pupila: en efecto, bajando la cabeza sustrae los ojos á la luz intensa y directa, y provoca así la dilatacion de su abertura pupilar. Esta marcha con la cabeza baja, indica una lesion, á consecuencia de la cual la pupila se encuentra obstruida hácia su parte central, y como nada más que la catarata produce este resultado, hay siempre una gran presuncion de que existe en los sugetos en que observemos esta actitud. Algunas veces os he enseñado en la consulta dos ancianos que se nos presentan con la cabeza alta y como dirigida al cielo, y he afirmado inmediatamente que tienen otra cosa que una catarata; buscaban instintivamente la luz intensa del dia, porque tienen más necesidad de rayos luminosos muy vivos, con una pupila estrecha, que de rayos luminosos débiles que penetren en gran cantidad por la periferia de la pupila dilatada.

Sentado el enfermo enfrente de la ventana, he hecho que me mire de frente. En el ojo izquierdo he podido reconocer en seguida, por detrás de la abertura pupilar, una mancha de

un gris opalino, poco extensa, en cuya periferia se encontraba un círculo negro. Elevando y bajando el párpado superior he reconocido que la pupila estaba perfectamente contractil, regularmente redondeada y sin adherencias. En el ojo derecho existe otra mancha parecida, pero ménos extensa, ménos oscura, y que recuerda esas tintas grises del fondo del ojo, cuya explicacion no conocemos, pero que se designan con el nombre de ojo de gato amaurotico, aunque su presencia no indique necesariamente una debilidad de la vision. He encontrado, por lo demás, la misma regularidad y la misma inmovilidad que en el ojo izquierdo. Para haceros apreciar mejor el estado de los órganos y aseguráros en el diagnóstico, he instilado la disolucion de atropina, y media hora despues las pupilas estaban muy dilatadas y procedí á un nuevo exámen. Observé entonces mucho mejor la mancha del ojo izquierdo y su contorno negro ensanchado por la dilatacion de la pupila. La mancha del ojo derecho era tambien más aparente; os hice notar además en este lado, en la periferia, algunas estrías blancas, radiadas, muy cortas, que no se habian visto antes de la dilatacion de la pupila. Mirando de lado no se ven estas estrías, lo cual prueba que no pertenecen á la córnea.

Conduje en seguida al enfermo á un sitio oscuro y le hice sentar tambien para examinarle por medio de la luz oblicua de una bujía, y he visto las manchas, reconociendo mejor su situacion lejos de la córnea, sobre un plano evidentemente posterior al del iris. Despues he puesto la bujía delante del ojo para ver las imágenes indicadas por Purkinje y Sanson. Sabeis que estas imágenes en el estado normal son en número de tres, dos rectas, colocadas una delante de la otra, y la tercera invertida situada en el lado opuesto. No me ocupo de su explicacion, que encontrareis en los tratados de patologia. En los dos ojos he visto bien las imágenes rectas de la llama; la posterior era más brillante que en el estado normal. La imagen invertida ha sido imposible verla mientras la bujía ha estado delante de la mancha; la he visto algo, especialmente en el ojo derecho, dirigiendo la luz por delante del círculo negro que rodea las opacidades.

Por último, llevé al enfermo á la cámara oscura á donde hacemos los exámenes oftalmoscópicos, y dirigí sobre cada uno de sus ojos los rayos luminosos enviados por el espejo del oftalmoscopio de mano, de que me sirvo comunmente. Reconocí al nivel de las manchas un punto negro, y, mientras tenia la vista fija sobre este punto negro, no veia ni el fondo del ojo ni la papila. Proyectando la luz sobre los lados, pude percibir algo del enrojecimiento del fondo, pero siempre me ha sido imposible encontrar la papila, porque se encuentra detrás de la mancha negra que no permite iluminarla.

Por estos signos físicos reconocí la existencia de dos cataratas incipientes, que ocupaban las dos la parte central ó núcleo de los cristalinos. En el lado derecho hay, al mismo tiempo que la catarata nuclear, un principio de catarata circunferencial, que no existe en el izquierdo. Sabéis que, lo más comunmente, la opacidad del cristalino principia por su centro, pero que en ciertos casos empieza por la periferia, y en otros por la periferia al mismo tiempo que por el centro. A esta última variedad nos referimos en el ojo derecho.

El diagnóstico está muy justificado por los detalles que os he dado durante la exploracion, en la que he tenido necesidad de insistir. Ya comprendéis que si las manchas grises pertenecieran á la córnea las habríamos visto por delante y no por detrás de la pupila; las habríamos visto mirándolas de lado, sobre todo con la luz oblicua. Si pertenecieran al cuerpo vítreo ó al fondo del ojo las habríamos encontrado tan cerca de la pupila, pero hubiéramos encontrado las tres imágenes de la bujía como en el estado normal.

Os he descrito tan minuciosamente todas estas exploraciones, á fin de haceros saber que son indispensables para asegurarse del diagnóstico de la catarata incompleta. Con frecuencia os consultarán personas que tengan una debilidad en la vista; para determinar si existe alguna lesion del cristalino es preciso no olvidar ninguna de las investigaciones de que os he hablado; porque si admitís ya una ambliopía, ya un vicio de refraccion ó de acomodacion, os vereis precisados á emplear medios completamente inútiles, y os ex-

pondriais á ser acusados de ignorancia, luego que la catarata fuera completa, por el enfermo y cuantos le rodearan, porque no habiais sabido reconocer en un principio la enfermedad que padecia.

No quiero decir por esto que, una vez bien establecido el diagnóstico de una catarata incipiente, debais decírselo inmediatamente al enfermo; es preciso tener prudencia, porque muchas personas se alteran solo por oír esta palabra, *catarata*. Vale más prevenirles poco á poco hasta el momento en que se aproxima la oportunidad de la operacion indicada. Pero siempre es bueno prevenir á los parientes y advertirles que aconsejais solo medios puramente paliativos.

Otro motivo debe inclinarnos á ser prudentes; y es que nunca podreis saber cuál será el curso de la opacidad incipiente. ¿Qué sucederá, por ejemplo, en el enfermo que acabamos de examinar? Lo más probable es que la catarata aumente progresivamente, y llegará un dia en que el enfermo no pueda distinguir el dia de la noche, y entonces será la oportunidad de practicar la operacion. Pero yo no sé cuanto tiempo podrá tardar en suceder esto. ¿Serán seis meses, un año, dos años? No lo sé absolutamente. Además, es posible que la opacidad se complete en uno de los dos ojos, y no aumente en el otro. Es posible tambien que quede estacionaria por muchos años, y no será la ceguera tan completa que pueda legitimar la operacion. Yo conozco muchas personas en quienes empezaron las cataratas hace cinco ó seis años, y en las cuales no ha aumentado nada la opacidad. ¿Por qué? Tampoco lo sé; tal vez queden indefinidamente en el estado en que hoy se encuentran, ó acaso llegue un dia en que la catarata vuelva á seguir su curso; pero la clínica no suministra ningun dato sobre este punto.

Por esta razon yo no le he dicho á nuestro enfermo lo que tiene. Le he aconsejado lociones de agua fresca, algunas fricciones insignificantes sobre la sien. Le he dado confianza, y se la he dado con tanta más seguridad, cuanto que con la midriasis artificial ha obtenido momentáneamente un poco más de vista. Pero yo he llamado aparte á su hijo, que ha venido

á verle, y le he advertido que por el momento nada útil teníamos que hacer, pues se trataba de cataratas incipientes, que se debería esperar el aumento progresivo de la ceguera, y que entonces, cuando las cataratas fueran ya completas, habría necesidad de practicar una operacion.

II.—El otro enfermo es una mujer de 62 años, que ha perdido la vista hasta tal punto, que no reconoce ni los objetos, ni los colores, ni las personas, y no puede guiarse por sí sola en las calles. Sin embargo, sabe muy bien á qué lado está la ventana y siente la impresion de la luz artificial. No tiene, como sucede en otras personas que padecen cataratas, una impresion desagradable al sentir la luz sobre los ojos. Cuando anda, baja la cabeza y busca la oscuridad como el enfermo precedente, siempre con el objeto de dilatar la pupila, para que penetren rayos luminosos por la periferia del cristalino, ménos densa que el centro como ya sabeis.

Diagnóstico anatómico.—Los signos *funcionales* ó *subjetivos* están comprobados por los antecedentes que preceden, y para observar los signos *físicos* ú *objetivos* he procedido á una exploracion semejante á la que me habeis visto en el enfermo anterior. En el ojo izquierdo he encontrado detrás de la pupila, sin instilacion prévia de atropina, una mancha opalina en el centro, nacarada y reflectante en la periferia. La porcion opalina parece estar sobre un plano un poco más profundo ó posterior que la porcion nacarada.

En el ojo derecho hay una mancha semejante, pero ménos nacarada y más uniformemente opalina. Mirando de costado, á derecha é izquierda, se percibe entre la mancha y el contorno del iris un tinte negro, que indica un pequeño espacio entre el iris y el cristalino opaco. Esto es lo que se llama *sombra*. Esta no existe en el lado izquierdo porque la opacidad está muy próxima á la cara posterior del iris.

En los dos ojos la pupila es regular, contractil y sin adherencias; la luz no da más que una sola imágen, que es la que está formada por la refraccion de la córnea.

La parte principal del diagnóstico anatómico está establecida por las exploraciones que acabamos de hacer. Se trata

evidentemente de dos cataratas, las dos simples, porque las demás partes accesibles de los ojos están perfectamente sanas, y la percepción de la luz nos autoriza á admitir la integridad de las partes profundas y principalmente de la retina. Estas cataratas están completas ó maduras, pues que el enfermo no distingue nada, y no puede más que distinguir el día de la noche. Son espontáneas, puesto que no han sobrevenido á consecuencia de ninguna violencia exterior, además de que la catarata traumática es casi siempre unilateral.

Falta aun, para completar el diagnóstico y ponerle en relación con las descripciones de nuestros autores, que investiguemos si estas cataratas son duras ó blandas, si son cristalinas, capsulares ó cápsulo-lenticulares. Estas cuestiones no tienen importancia en la enferma actual. Las propongo, sin embargo, para habituaros al exámen y confrontacion de los datos clínicos con los bibliográficos.

Las cataratas que se llaman *duras* son aquellas cuyo núcleo es de color de ámbar, y se parte difícilmente entre los dedos cuando el cristalino ha salido del ojo. Pero cuando la catarata está todavía dentro del ojo, el color de ámbar es reemplazado por el color opalino un poco oscuro. Este tinte existe aquí, á lo ménos en el ojo izquierdo y en la parte central del ojo derecho, por lo que podemos pensar que la porcion nuclear de la catarata es dura. Pero no es la porcion nuclear solo la que está opaca, lo está todo el cristalino; es decir, toda la sustancia cortical y tal vez la cápsula han sido afectadas al mismo tiempo que el núcleo. Así estas partes, la sustancia cortical particularmente, no están nunca tan consistentes como el núcleo; se parten más fácilmente entre los dedos y son en realidad muy blandas. Por esta razon no puede decirse que una catarata es uniformemente dura. En el caso que nos ocupa considero la catarata como blanda en su perifería, dura en el centro, y encuentro que la expresion de semi-blanda, consagrada por el uso, corresponde perfectamente al estado de cosas que os estoy describiendo.

Estas cataratas son semi-blandas. Podeis estar ciertos de que no son cataratas líquidas ó lechosas, como se ven algunas

veces, y pudiera decir excepcionalmente. En efecto, estas especies de cataratas son de un blanco muy mate, lechoso, y no ofrecen el tinte gris ú opalino que notais aquí.

Igualmente estoy seguro de que estas cataratas no son capsulares nefas, por esta razon; estas cataratas son posibles y frecuentes cuando no hay cristalino y queda solo su envoltura; son muy raras cuando el cristalino está colocado en su lugar. En esta condicion la catarata capsular es tan rara, que Malgaigne en 1841 negó su existencia. Hoy, las investigaciones de MM. Ch. Robin (1) y Broca han demostrado que la cápsula podia ponerse opaca tambien cuando contenia al cristalino, pero que en este caso no lo hacia sola. Su transparencia se pierde á la vez que la del cristalino. Desde luego aquí, la opacidad es tan profunda en la parte central, que no podemos soñar un instante con la existencia de una catarata puramente capsular. Toda la cuestion queda reducida á saber si es cápsulo-lenticular. Es probable que así sea en el lado izquierdo, teniendo en cuenta que el aspecto nacarado es debido á la opacidad de las capas corticales más superficiales, y que la estrecha relacion entre estas y la cápsula permiten suponer, que una de las partes debe fácilmente alterarse cuando se hace opaca la otra. Pero si esto es presumible, no tenemos signos para reconocerlo categóricamente. Me veo obligado, pues, á emitir esta fórmula: en el lado izquierdo la catarata es semiblanda y probablemente *cápsulo-lenticular*; en el lado derecho la coloracion no es nacarada, y puedo pensar que las capas más periféricas del humor de Morgagni no están comprendidas, y que en consecuencia la cápsula tampoco lo está, y que la catarata es *lenticular ó cristalina*.

Por lo demás, hay que reconocer que esta parte del diagnóstico no tiene, bajo el punto de vista del tratamiento, la importancia que yo quisiera. Tendria alguna si no tuviéramos que luchar contra dos imposibilidades. Cuando se ha reconocido que

(1) Ch. Robin, *Memoria sobre la descripcion anatomo-patológica de las diversas especies de cataratas capsulares y lenticulares*. (*Memorias de la Academia de Medicina*, 1859, t. XXIII).

la cápsula participa tambien de la opacidad, estará indicado hacerla desaparecer del campo pupilar al mismo tiempo que el cristalino. Mas por legítima y urgente que sea esta indicacion, no podremos satisfacerla. Me ha sucedido una vez, en una separacion por depresion de una catarata cápsulo-lenticular, separar simultáneamente, con un solo movimiento de la aguja, el cristalino y la cápsula. Me ha sucedido igualmente, en este mismo año, después de haber abierto la córnea en una extraccion por queratotomía inferior, ver salir espontáneamente y antes de la maniobra especial, el cristalino bien envuelto en su cápsula. Pero estos casos son excepcionales y no se producen siempre que lo desea el cirujano. Sobre este punto he hecho numerosas observaciones cadavéricas, que he dejado ampliamente consignadas en mi memoria sobre depresion de la catarata (1). Resulta de estas investigaciones que, en los sujetos que no padecen cataratas, el cristalino no puede salir envuelto, porque las adherencias de la cápsula á los procesos ciliares y á la zona de Zinn son muy resistentes. El desarrollo de la opacidad no cambia ordinariamente estas condiciones, es decir, no produce disminucion en la solidez de las adherencias, sino en ciertos casos muy raros, como en los dos que os acabo de citar y que son imposibles de prever con anticipacion. Hé aquí por qué, una vez reconocida la opacidad de la cápsula, nos conduce á desear su separacion total del campo pupilar, pero nada nos facilita la realizacion de este deseo; nosotros no podemos más que abrir la membrana, obtener una separacion grande de sus bordes para ofrecer paso á los rayos luminosos, porque, á pesar nuestro, puede estrecharse y aun obstruirse por el retorno de los bordes ó de los colgajos capsulares á su lugar primitivo.

La opinion que acabo de emitir sobre la imposibilidad, en el mayor número de casos, de hacer salir el cristalino envuelto en su cápsula, os parecerá errónea cuando leais en algunos tratados recientes que MM. Sperino y Pagenschester han pro-

(1) Gosselin, *Estudios sobre la operacion de la catarata por depresion* (Memorias de la Sociedad de Cirujia, 1817, t. 1).

puesto formalmente este procedimiento de extracción; la ablación simultánea del cristalino y de la cápsula. Podeis estar seguros de que estos cirujanos no han realizado su intencion, y que con el instrumento de que se servian para llegar hasta el cristalino envuelto abrian la cápsula por delante, ó bien la abrian por detrás desgarrando la membrana hialóides, proporcionando ancha salida al cuerpo vítreo. La prueba de que este procedimiento es inejecutable, es que no goza de favor. Leed los trabajos recientes que de él hablan, y vereis que Galezowski (1) y Warlomont (2) le señalan sin detenerse en él y sin preconizarle. ¿Por qué es esto? Porque es irrealizable. Si fuera realizable todo el mundo le adoptaria, porque daria mayor número de probabilidades de buen éxito esta extracción simultánea de la cápsula y del cristalino.

La segunda imposibilidad de que he querido hablar es esta: aunque estemos ciertos de que la cápsula no está opaca el dia de la operacion, no es una razon para creer que no lo estará ulteriormente. La opacidad consecutiva siempre es posible; por lo tanto, á pesar del diagnóstico *catarata puramente cristalina*, debemos desear siempre la desaparicion de la membrana del campo pupilar, y hacer los mayores esfuerzos por obtenerla; el diagnóstico perfecto no añadirá nada ni á la indicacion, ni á los medios, desgraciadamente escasos, que tenemos para satisfacerla.

Diagnóstico relativo á la salud general.—Cuando se nos presenta un enfermo con cataratas, es útil, bajo el punto de vista del pronóstico y de las probabilidades de buen éxito, saber en qué estado se halla de salud. He preguntado á nuestra enferma si tenia alguna indisposicion ó enfermedad habitual; si estaba convaleciente de alguna enfermedad grave; pero no he obtenido sobre estos puntos más que respuestas satisfactorias. Se trata de una mujer de las cercanías de Paris que ha tenido el oficio de planchadora; tiene buen aspecto y apariencia de

(1) Galezowski, *Tratado de las enfermedades de los ojos*. Paris, 1872.

(2) Warlomont, *Diccionario enciclopédico de ciencias médicas*. Paris, 1872, art. CATARATA.

salud, y según dice jamás ha sido inclinada á las bebidas alcohólicas. A pesar de la falta de fenómenos caquéticos, he analizado su orina y no he encontrado ni albúmina, ni glucosa.

Sabeis que en estos últimos años, algunos autores, y particularmente en Francia el Dr. Lécorché, han hablado de la *catarata diabética*. Estas dos palabras reunidas parecen expresar el pensamiento de que la diabetes puede engendrar la catarata. No es cierto. La coincidencia de la catarata y de la glicosuria no es tan frecuente para que se pueda admitir una relacion de causa á efecto entre las dos enfermedades. Yo creo que es la casualidad simplemente la que las reúne; no es una cosa ménos importante conocer la existencia de la coincidencia, porque se ha observado que los diabéticos soportan peor que los demás las consecuencias de una operacion y están más expuestos á la terminacion por supuracion de la lesion traumática indispensable. Bajo este punto de vista, como del conjunto de su salud, nuestra enferma se halla en buenas condiciones.

No tenia que hacer investigaciones para el *diagnóstico etiológico*. Ya os he dicho que estas cataratas eran espontáneas, y no tenia nada más que añadir, porque no se trata aquí de una enfermedad que se desarrolla bajo la influencia de una diátesis. Las influencias reumática, sifilítica y alcohólica son como la de la diabetes; son malas condiciones individuales pero no son causas.

Y esto me conduce al estudio patogénico. ¿En qué consiste y cómo se desarrolla la catarata? Los histólogos, y sobre todo M. Ch. Robin (1) nos lo han enseñado. La opacidad del cristalino resulta de una modificacion nutritiva en las células y en los tubos de que se compone este órgano; granulaciones insólitas, casi todas grasosas, se depositan en él y alteran su transparencia.

(1) Ch. Robin, *Memoria sobre la descripción anatómo-patológica de las diversas especies de cataratas capsulares y lenticulares*. (Memorias de la Academia de medicina, 1859, t. XXIII.)

Algunos autores, y principalmente Galezowski (1), nos hablan tambien de la esclerosis de las fibras del cristalino. Yo supongo que bajo este nombre de esclerosis se quiere indicar el nuevo estado que resulta en estas fibras por la transformacion granulosa de que ha hablado Ch. Robin. ¿Pero esta transformacion tiene alguna relacion con algun otro cambio morboso del ojo? M. Dubarry (2) lo expresa tomándolo de las lecciones de M. Cusco, quien ha emitido la opinion de que la opacidad del cristalino resulta de un retardo en la circulacion y nutricion de la coróides, la cual tiene bajo su dependencia la vitalidad del cristalino y del cuerpo vítreo. No contesto á este hecho, en apoyo del cual se podrian citar las ligeras opacidades del cuerpo vítreo que, á veces, acompañan á la catarata ó que sobrevienen comunmente, despues de las operaciones en que se le ha debido interesar. Pero la demostracion de esto es tambien dificil.

Basta, Señores, para la etiología y la patogenia de la catarata esta nocion: que la lesion de que se trata es un producto de la edad, como el gerontoxon (opacidad circunferencial de la córnea), pero que esta alteracion senil no sobreviene en todos y debe su origen á una aptitud particular con que los sujetos nacen, que unas veces es hereditaria, y en cuyo desarrollo los hábitos y ejercicios variados de la vision no parecen contribuir de un modo apreciable.

Pronóstico.—Todo lo que sobre este punto tendria que decirnos, es que se trata de una modificacion anatómica, contra la cual son impotentes los medicamentos, y que necesita una operacion. Además, que esta operacion es una lesion traumática, cuyas consecuencias pueden ser la supuracion del ojo ó la produccion en su interior de materias plásticas, que sustituyen por su organizacion de cataratas neo-membranosas á la catarata cristalina, y que impiden obtener un resultado perfecto.

Tratamiento.—Señores, ya habeis podido adivinar que has-

(1) Galezowski, *loc. cit.*

(2) Dubarry, *Tésis de París*, 1859.

ta hoy ningun tratamiento médico ha sido útil para curar la catarata, ya volviendo su transparencia al órgano, ya provocando su reabsorcion. No han faltado tentativas. No hablo de la mejoría que siente el enfermo con la instilacion de vez en cuando de la belladona, que provoca un alivio temporal de la vista que consideran los pacientes como un prelude de curacion. Hablo de otras tentativas hechas por hombres graves.

Confieso que en la época en que descubrí y demostré el paso fácil de los líquidos á través de la córnea (1), la produccion de la midriasis por el contacto directo sobre el iris de la belladona, introducida por esta via á la cámara anterior despues de la instilacion, habia acariciado la esperanza de hacer penetrar en el ojo líquidos que provocaran uno de los resultados citados, y la reabsorcion me parecia más posible que el retorno de las condiciones anatómicas de la transparencia. Pero empleé inútilmente con este objeto disoluciones iodadas y alcalinas. Poseido de la misma idea, en estos últimos tiempos, M. Tavignot ha propuesto las instilaciones con el aceite fosforado $\frac{1}{300}$ y á $\frac{1}{200}$; pero los resultados no han respondido á sus esperanzas. Yo mismo he empleado diez veces este medio y no he obtenido resultado. Si M. Tavignot ha obtenido algunas mejorías, deben atribuirse, ó á que fuera falsas cataratas todavía blandas y susceptibles de resolucion, ó á que empleaba su remedio en sugetos en quienes se detenia espontáneamente la catarata verdadera. Pero tengo la conviccion de que no habrá obtenido alivio en sugetos afectados de cataratas verdaderas y completas, como son las que nos ocupan en este momento.

En realidad, para esta mujer no hay más que una operacion para poder volverla la vista. ¿Qué operacion será esta? ¿La haremos en uno ó en los dos ojos? Examinemos estas dos cuestiones.

1.^a ¿Qué operacion será esta? Sobre esto, Señores, voy á haceros una declaracion, á la que pocos contestarán con precision. No hay ningun método operatorio que dé buen resul-

(1) Gosselin, *Memoria sobre el trayecto intra-ocular de los líquidos absorbidos por la superficie del ojo* (*Gaceta hebdomadaria*, 1855).

tado constantemente, ni con mayor ó menor seguridad. Desde que yo empecé á estudiar, y sobre todo desde que empecé la práctica de la cirujía, he visto cambiar los métodos y los procedimientos y modificarse la opinion general muchas veces, sin que se haya podido fijar definitivamente sobre tal ó cual operacion.

Cuando yo me sentaba en los bancos que vosotros ocupais en este momento, la mayor parte de los cirujanos, especialmente en Francia, bajo la inspiracion de los trabajos de Scarpe y de Dupuytren, daban la preferencia á la depresion. Este es el método que he visto ejecutar muy frecuentemente á mis primeros maestros Sanson, A. Berard, Blandin, Gerdy y Velpeau. Muy pocos, imitando el ejemplo de Daviel y de Boyer, practicaban la extraccion. De este número era el profesor Roux, que en este mismo hospital, y despues en el Hotel-Dieu, ha hecho muchas veces esta operacion con grande habilidad y comunmente con éxito. Sea que la persistencia de Roux les hiciera pensar, sea que se vieran arrastrados por el ejemplo de algunos extranjeros y por la publicacion de estadísticas favorables, los cirujanos franceses abandonaron poco á poco la depresion, y adoptaron casi todos la extraccion; unos la continuaron practicando por queratotomía inferior (procedimiento de Daviel); otros, y principalmente Nelaton y Desmarres, daban la preferencia á la queratotomía superior, que fué la operacion más generalmente adoptada en Paris y en el extranjero desde 1845 á 1860, y la cual he practicado yo tambien gran número de veces. A partir de 1865, se ha introducido una gran modificacion, añadiendo á la extraccion la excision voluntaria de una porcion del iris ó iridectomía. De Græfe (1), propagador de esta modificacion, aplicada primero por Mooren y Jacobson á la extraccion ordinaria, ha añadido otras dos modificaciones, á las cuales da una grande importancia; la seccion de la córnea muy cerca de la esclerótica, como se practica en el procedimiento de Daviel, y una extension menor de dos ó tres milímetros á esta seccion, y de aquí la posibilidad

(1) De Græfe, *Clinica oftalmológica*. Paris, 1867.

de representar la lesion de la córnea como una herida lineal y no como una herida á colgajo, por cuya razon se ha dado á esta operacion el nombre de extraccion lineal, en la cual, sin embargo, la iridectomía me parece la modificacion principal.

Dejando á un lado los procedimientos accesorios, que son muy numerosos, y los que convienen en ciertos casos determinados y excepcionales (1), tenemos hoy, en vista de los hechos de que he sido testigo, cuatro operaciones en que escoger: 1.º, la depresion, que comunmente, y á pesar de la voluntad del cirujano, se combina con el fraccionamiento; 2.º, la extraccion por queratotomía inferior (procedimiento de Daviel, inventor de este método hácia la mitad del siglo último) (2); 3.º, la extraccion por queratotomía superior; 4.º, la extraccion con iridectomía, llamada tambien extraccion lineal. ¿Á cuál daremos la preferencia? Para escoger he consultado los resultados de mi observacion personal, tanto en enfermos operados por mí mismo, como en los enfermos operados por otros en mi presencia.

Esta observacion me ha dejado la impresion general que voy á manifestaros: el éxito constante ó muy frecuente es imposible despues de la operacion de la catarata. Entre los que se someten á ella, gran número de enfermos no recobran la vista. Ya os he dicho que esta operacion es una lesion traumática y al mismo tiempo una herida penetrante del ojo. Una lesion de esta índole expone en cierto modo á una inflamacion supurativa extra é intra-ocular, ó á una inflamacion plástica intra-ocular, que puede, propagándose á la retina, alterar su estructura, ó es causa de que se formen exudaciones al nivel de la pupila y detras de ella sobre los colgajos de la cápsula, sobre la porcion del cuerpo vítreo donde se sitúa, en la cámara posterior, el cristalino.

No vuelve á aparecer la vista más que cuando la supuracion intra-ocular no se presenta, cuando la inflamacion plás-

(1) El método por aspiracion de Laugier conviene en las cataratas líquidas ó lechosas, las cuales son muy raras, y la simple discision de la cápsula es aplicable especialmente en las cataratas traumáticas.

(2) Daviel, *Memorias de la Academia de Cirujía*, t. II.

tica no ha producido exudaciones, ó estas han sido reabsorbidas, ó bien cuando no ha invadido ni alterado profundamente la retina. Ciertamente en estos casos se recobra la vista; constituye éxitos completos si permiten á los operados leer con lentes convexos del número 3 ó 4 los caracteres de imprenta correspondientes á los números 4, 5 y 6 de la escala de Jøeger.

Lo que con más frecuencia queda despues de la operacion son: ó los exudados no reabsorbidos constituyendo falsas cataratas, ó las cataratas capsulares, ó las opacidades ligeras del cuerpo vítreo, ó la debilidad de la retina que ha sido más ó menos invadida por la inflamacion traumática. Los enfermos, sin embargo, ganan mucho con la operacion; pueden andar, distinguen las personas, los objetos, los colores; leen, aunque en gruesos caracteres solamente, desde los números 7, 8 ó 9 de la escala de Jøeger. Tambien estos son buenos resultados, pero son imperfectos y merecen el nombre de medianos éxitos.

Algunas veces, sin que sobrevenga supuracion y conservando el ojo su forma, no se restablece la vista. Reconoce esto por causa, ya un albugo consecutivo á una queratitis plástica sobrevenida despues de la operacion, ya una catarata capsular ó neo-membranosa que obstruye todo el campo pupilar, ya una pérdida completa de las funciones de la retina alterada por la propagacion de la flegmasía traumática hácia ella. Estos son malos resultados; algunos, sin embargo, dejan todavía una esperanza. En los casos de albugo, por ejemplo, y en los de atresia pupilar con falsa catarata, una pupila artificial por iridectomía consecutiva puede restablecer cierto grado de vision. En los de catarata secundaria sin atresia, la perforacion y el desgarró de la membrana puede mejorar la situacion.

Finalmente, en otros casos sobreviene la supuracion intra y extra-ocular. El ojo se atrofia, la córnea se pone opaca y se encoge, la vista se pierde de un modo absoluto, y ninguna operacion secundaria puede volverla. Estos resultados son los peores ó desesperados.

No he tenido cuenta con todos mis casos para poder dar

exactamente la proporcion de las cuatro categorías que acabo de indicar. Pero estoy seguro de no equivocarme valuando próximamente en una cuarta parte, es decir, en un 25 por 100, el número de operados que no han recobrado la vista completamente, y en tres cuartas partes, ó sea 75 por 100, el número de los que la han recobrado ó completamente, como he dicho para los de la primera categoría, ó de un modo imperfecto, como he dicho para los de la segunda.

Mas dejando aparte la impresion general, os diré la impresion particular que me ha dejado cada uno de los cuatro métodos indicados antes. No os negaré, en efecto, que no he adoptado, desde que practico la cirugía, un método único. Primero, porque este debe variar algo segun los sugetos, el estado de sus ojos, su constitucion, sus hábitos, su carácter mismo. Además, porque jamás me consideré tan satisfecho que me creyera autorizado para emplear siempre la misma operacion, cuando leia ú oia decir que en Francia ó en otra parte daba otro método resultados superiores á los que yo observaba.

Yo entonces cambié mi modo de operar conforme á los cambios que se producian en derredor mio. Pero hasta el presente no he podido llegar á reunir una proporcion de resultados que me demuestre más superioridad en tal ó cual método.

Repito que no he conservado notas de todos mis operados, pero hé aquí de los que las he encontrado:

32 ojos operados con la aguja.	{	19 buenos resultados (con más ó ménos vista).
	{	10 malos resultados (sin vista).
	{	3 dudosos (los enfermos fueron observados poco tiempo).
59 ojos operados por extraccion á colgajo y sin iridectomía.	{	38 buenos resultados.
	{	17 malos resultados demostrados.
	{	4 dudosos.
7 ojos operados por extraccion con iridectomía.	{	3 buenos resultados.
	{	4 malos resultados.

Ved, pues, Señores, cómo, si yo me refiriera á los resultados que he obtenido, concluiria que la extraccion sin iridectomía es la operacion que merece la preferencia, y en mis cifras no

están separados los que conciernen á la queratotomía superior de los que pertenecen á la queratotomía inferior, porque no he tomado nota exacta y porque, además, por los casos en que la he tomado, he visto que se equilibran por mitades.

Pero si mis propias cifras no suministran datos convincentes, veamos si las de los autores nos los dan. Aquí tengo que haceros una advertencia; entre los autores unos han hablado de la operacion de la catarata en grandes tratados, ya de patología quirúrgica, ya de oftalmología; otros han hablado en memorias especiales publicadas aparte ó comunicadas á los periódicos. Los primeros, y no hablo más que de los que están escritos en francés, nos exponen muy bien los sucesos probables de tal ó cual operacion. Nos enseñan, por ejemplo, que la depresion rara vez ocasiona la supuracion del flemon ocular, pero que comunmente va seguida de iritis, de irido-corioiditis, ocasionando alteraciones irremediables de la vision; que la extraccion por queratotomía superior ó inferior expone algo más á la supuracion, pero ménos á las consecuencias de la oftalmía interna plástica; que la extraccion con iridectomía va seguida ménos veces de supuracion que la extraccion simple. Indican despues de estas opiniones, deducidas de sus observaciones, el método que prefieren; pero se callan sus propios resultados y sus estadísticas. Ved, por ejemplo, á Velpeau (1), preconiza la depresion, pero sin estadística personal; á Desmarres (2), y os encontrareis con una descripcion minuciosa y muy exacta de los diversos métodos operatorios conocidos en su época, y una preferencia por la queratotomía superior con colgajo conjuntival, pero este autor tampoco da los resultados de su propia práctica.

El mismo vacío se nota en las de Vecker y Faro; este último da tambien algunas estadísticas, pero no son las suyas propias.

(1) Velpeau, *Tratado práctico de las enfermedades de los ojos*. Paris, 1840.

(2) Desmarres, *Tratado de las enfermedades de los ojos*. Segunda edicion. Paris, 1854.

Lo mismo hacen, finalmente, en sus *Tratados de patología quirúrgica*, Vidal (de Cassis), Nelaton y Denonvilliers.

Encuentro, sin embargo, una excepcion en el tratado del Dr. Galezowski. Dice haber practicado la extraccion á colgajo 17 veces y haber obtenido buen éxito 14 veces; la extraccion lineal con iridectomía 35 veces y ha obtenido 26 éxitos completos. En el primer caso hay una proporcion de 83 buenos resultados por 100, y en el segundo 72 á 75 por 100.

Veamos, por el contrario, las estadísticas dadas en las memorias particulares y en los artículos de periódicos; hé aquí las que he recogido; son muy numerosos y las clasifico en tres categorías.

I. Depresion:

Serres de Montpellier (1), de 70 operaciones, 62 buenos resultados, ó sea.	81	por 100,	buenos resultados.
Morgan (2), de 30 operaciones, 30 buenos resultados.	100	—	—
Pl. Cunier (3), de 44 operaciones, 39 resultados buenos.	89	—	—
Robertson (4) ha anotado 5729 operaciones por depresion, con 4705 buenos resultados y 1024 malos, ó sean.	82	—	—
Sichel (5) ha anotado de 161 operaciones, 115 buenos resultados..	71	—	—
Rivaud-Laudrau (6), de 177 operaciones, 102 buenos resultados. . .	57	—	—
Jæger de Viena (7), de 216 operaciones.	87	—	—

Debo hacerlos notar en estas estadísticas publicadas sobre las operaciones hechas con la aguja (depresion y fraccionamiento) dos cosas:

-
- (1) Serres, *Gaceta médica*, 1836, p. 720.
 - (2) Morgan, *Gaceta médica*, 1843, p. 46.
 - (3) Cunier, *Gaceta médica*, 1844, p. 835.
 - (4) Robertson, *Prensa médica*, t. I, p. 430.
 - (5) Sichel, *Gaceta médica*, 1847, p. 279.
 - (6) Rivaud-Laudrau, *Gaceta médica*, 1862, p. 200.
 - (7) Jæger, *Archivos generales de medicina*, 1846, t. II.

1.^a Las diferencias considerables en los resultados anunciados, puesto que varían entre 51 á 92 por 100;

2.^a La frecuencia de los buenos resultados, frecuencia del todo desacorde con la reprobacion general con que este método ha llegado hasta nosotros.

II. Extraccion ordinaria:

Daviel.	88	por 100, buenos resultados.
Sichel (1), de 516 ojos operados ha obtenido 412 buenos resultados, 51 medianos, 53 malos; lo cual da reunidos los buenos y medianos resultados.	89	— —
Rivaud-Laudrau (2), de 2073 ojos operados, ha obtenido 1764 buenos resultados, ó sean.	85	— —
Jæger de Viena (3), de 737 ojos operados ha obtenido 704 buenos resultados.	95	— —

III. Extraccion lineal con iridectomía:

La sola estadística que conozco, además de la de Galezowski, es la de Græfe (4), que da de 69 operaciones 62 perfectos resultados, 7 imperfectos, ninguno malo, ó sean. 100 por 100, buenos resultados.

Dos particularidades os sorprenderán en estas estadísticas últimas relativas á la extraccion; que la mayor parte de ellas, aunque se alejan poco en los resultados de las estadísticas relativas á la depresion, son, sin embargo, un poco más favorables; y la segunda que la estadística de Græfe es la más favorable de todas, aunque no difiere de la de Morgan en la depresion.

En suma, parece resultar de estas estadísticas que las dife-

(1) Sichel, *Gaceta médica*, 1854, p. 651.

(2) Rivaud-Laudrau, *loc. cit.*

(3) Jæger, *loc. cit.*

(4) Græfe, *Clínica oftalmológica*. Paris, 1867.

rencias suministradas por los tres métodos no son muy considerables, pero que la balanza debe inclinarse del lado de la extraccion, y que si la estadística de Græfe comprende más número de buenos resultados, á su método, sin duda alguna, se deberá dar la preferencia.

Pero me veo obligado á declarar, Señores, que la mayor parte de estas estadísticas las creo exageradas, y que no nos dan una idea verdadera de los resultados que pueden obtenerse con la operacion de la catarata. Lo creo así por varias causas; primera, por la frecuencia de casos en los cuales no se observan mucho tiempo á los enfermos; muchos de estos, los de los hospitales con especialidad, y en la práctica particular los que vienen de lejos á operarse, se marchan antes de que haya terminado el período de observacion ulterior. Se anota su estado en el momento en que se van; si la impresion es favorable se les considera como curados; sobreviene despues comunmente la iritis y la retino-coroiditis consecutiva, persisten por largo tiempo, y terminan por ocasionar un mal resultado, allí donde se habia creído un éxito favorable. Segundo; nada es tan difícil como precisar los éxitos medianos, aquellos en que el resultado es incompleto. Para unos, esto quiere decir que el ojo no se ha perdido por la supuracion, pero no significa que la vista se haya obtenido, aunque sea de un modo incompleto. Para otros, quiere decir que se ha recobrado la vista; ¿pero ha sido solamente en el grado necesario para poder andar sin guía, para distinguir los objetos grandes, ó bien ha sido en un grado más favorable? Nada de esto se explica. Finalmente, ciertas estadísticas, como las de Græfe y Galezowski, contienen pocos hechos, y la bondad de un método no puede demostrarse más que por el gran número de buenos resultados que haya dado.

Yo presumo que si gran número de autores, en particular los que han publicado grandes obras, de las que ya he hablado antes, no han publicado sus propios resultados, ha consistido, ó bien en que, como yo, no han anotado todos sus casos, ó que despues de haberles anotado han encontrado proporciones poco favorables en sus resultados, y han retrocedido ante

la publicidad, que podría haberles puesto por bajo de autores que dieran estadísticas más ventajosas.

Yo, teniendo en cuenta estas objeciones y los resultados presentados, estoy persuadido de que cualquiera que sea el método operatorio no se puede obtener, sobre todo en los sujetos delicados, muy débiles, como son casi todos los que operamos en los hospitales, las proporciones de 88, 90, 95 por 100 de resultados satisfactorios, que encontrais en algunas de las estadísticas citadas. En definitiva, se trata siempre cuando se hace una operacion de catarata, de un traumatismo del ojo en un viejo. Luego este traumatismo es inevitablemente seguido de una flegmasía, que compromete el éxito en grandes proporciones, no indicadas en las últimas publicaciones de que os acabo de hablar.

No quiero presentar otra prueba más, que los cambios incessantes de que hemos sido testigos desde hace treinta años. ¿Por qué se ha abandonado la depresion exagerando algo su mal éxito? Porque muy comunmente el resultado se desgraciaba por la irido-coroiditis crónica, y tambien porque, como yo he de mostrado en mi trabajo de 1846, es imposible en muchos enfermos ejecutar metódicamente la operacion. ¿Y por qué despues de haberse adoptado la extraccion de Daviel por queratotomía inferior, se ha adoptado dar, durante cierto tiempo, la preferencia á la queratotomía superior? ¿Ha sido por la impresion desfavorable que producian los casos muy frecuentes de supuracion ocular consecutiva, y porque no se obtenian la proporcion de buenos resultados indicados por Daviel, y porque la queratotomía superior á colgajo es la misma que se ha propuesto al lado para la extraccion lineal con iridectomía? ¿Ha sido tambien porque se veia sobrevenir con mucha frecuencia la supuracion y las cataratas secundarias, y porque se esperaba, haciendo una incision más pequeña en la córnea, y escindiendo el iris, disminuir las probabilidades de esta supuracion? Estad seguros que si cada uno de estos procedimientos hubiera dado el 85 ó 90 por 100 de los resultados satisfactorios indicados en las estadísticas, no hubiera habido necesidad de cambiar con tanta frecuencia.

Todavía hoy, ¿qué vemos nosotros producirse? Desde 1866 la operacion de Græfe ha gozado en todos los países de un gran favor. Se ha creido que los resultados anunciados por este cirujano se presentaban constantemente, y sin embargo, veo la reaccion que se ha producido. M. Fano (1) nos dice que M. Warlomont (de Bruselas), despues de haberse mostrado partidario del procedimiento lineal con iridectomía (2), ha publicado con elogios una nueva operacion de extraccion sin iridectomía, por M. Lebrun, operacion que no difiere de las antiguas extracciones, más que por la seccion del colgajo en el cuarto superior de la córnea. Sé, además, que M. Liebreich, otro partidario de la operacion de Græfe, recomienda hoy la extraccion á través de un pequeño colgajo inferior córneo-esclerotical sin iridectomía, y que M. Bowman (de Lóndres) vuelve á practicar la queratotomía sin iridectomía. Veis cómo poco á poco se vuelve á la operacion francesa primitiva de Daviel, con una herida corneal un poco más pequeña; y la razon es que los resultados de los procedimientos de Græfe no han sido los que tan pomposamente habia anunciado su autor. Todavía, dentro de algunos años, puede ser que veais reaparecer la depresion, muy generalmente abandonada en estos momentos.

Yo os recuerdo, Señores, que para escoger el tratamiento de la catarata me he dejado arrastrar por las corrientes que se establecian, y ya comprendéis los motivos. No me veia satisfecho con lo que yo hacia, ni con lo que veia hacer en torno mio, y conservando siempre mis dudas, á causa de las dificultades inherentes á la enfermedad, sobre la excelencia atribuida á los métodos nuevos, consideraba como un deber adoptar las modificaciones que se anunciaban y que habian de ser más favorables á mis operados.

Yo no he abandonado de una manera absoluta ninguna de las operaciones anteriores; vosotros me habeis visto hacer úl-

(1) Fano, carta al profesor J. Cloquet, *Francia médica*, 23 setiembre 1872.

(2) Warlomont, artículo CATARATA, del *Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas*. Paris, 1872.

timamente, y con buen resultado, la depresion en una mujer anciana, que por una parte me parecia muy indócil para someterla al tratamiento consecutivo de la extraccion, y, por otra parte, tenia los ojos muy hundidos en las órbitas, para que pudiera hacerse la extraccion con seguridad y facilidad. Algunas veces practico la queratotomía inferior sin iridectomía. Pero ahora doy la preferencia, en los hospitales, á la extraccion con iridectomía segun el procedimiento de Græfe. Ved por qué: es incontestable que en los hospitales más que en la práctica particular, donde no tenemos grande aglomeracion de enfermos y donde la higiene y la constitucion de los sujetos son mejores, hay que temer siempre la supuracion consecutiva despues de la extraccion, que me parece, sin embargo, el método más ventajoso. Aunque de siete ojos operados he visto una vez la supuracion, me parece, por lo que he oido decir á muchos colegas míos, que la operacion de Græfe expone ménos que las otras á este accidente. Lo atribuyo primero á la estrechez de la herida de la córnea y además á la excision del iris, que, como se ha observado en las iridectomías hechas en el glaucoma, parece disminuir las probabilidades de supuracion. A esto añado que separando una parte del iris separamos una porcion del órgano, cuya superficie, despues del traumatismo, es el sitio de la inflamacion plástica ó exudativa que produce las cataratas secundarias. Estas cataratas son siempre posibles, no lo olvideis; pero la excision del iris disminuye las probabilidades y las condiciones.

Abreviando, sin que me entusiasme por ella y sin induciros á que la adopteis irrevocablemente, esta operacion es la que yo escojo para el caso actual; y me la vais á ver practicar de la manera siguiente:

Acostaremos la enferma sobre un catre de tijera enfrente de una ventana que tenga buena luz. Se dispondrán sobre una bandeja todos los instrumentos necesarios, como son: el separador de los párpados, la pinza para fijar el ojo, el cuchillo lineal de Græfe, la pinza de garra y las tijeras para iridectomía, el quistítomo y las dos cucharillas, una de concha, otra

más estrecha de plata. Tendré igualmente á la mano bastantes esponjas pequeñas, nuevas, á propósito, sujetas á la extremidad de una pinza, y finalmente, para la cura una torta de hilas, entre dos lienzos finos de una limpieza irreprochable, y una venda.

No voy á operar más que el ojo derecho. El izquierdo le taparemos con un pedazo de tela. No anesthesiaremos la enferma, porque temo los movimientos y las contracciones desordenadas, que podrian sobrevenir durante un sueño imperfecto ó al despertar. Se dilatará previamente la pupila con la atropina instilada una hora antes de la operacion.

En el primer tiempo, colocaré el separador de los párpados y asiré la conjuntiva ocular en el lado interno del ojo con la pinza fijatriz, que sostendré yo mismo ínterin la ejecucion de los dos primeros tiempos, y despues la confiaré á un ayudante colocado á la izquierda de la cama, recomendándole que la sostenga sin tirar, con el objeto de impedir que el ojo sea dirigido hácia arriba ó hácia afuera por las contracciones musculares.

Para *la segundo tiempo, incision lineal esclerótico-corneal*, me colocaré detrás de la cabeza de la enferma, es decir, á la cabecera de la cama. Tomando entonces el cuchillo lanceolar estrecho, le haré penetrar á través de la córnea, como á milímetro y medio de su union con la esclerótica, dirigiré la punta de arriba abajo en la cámara anterior hasta que haya penetrado 7 ú 8 milímetros, despues la elevaré para acercarla al punto en donde debe hacerse la contrapuncion, es decir, á 10 ó 12 milímetros del punto de entrada; de modo que la herida sea casi transversal y tenga la longitud que acabo de indicar; dirigiré la hoja hácia adentro para hacerle atravesar la córnea, siempre á un milímetro de su union con la esclerótica. Continuaré haciendo caminar suavemente de fuera á dentro dirigiendo el corte arriba y un poco atrás, y haciéndole ejecutar uno ó dos movimientos de sierra terminaré la seccion, que comenzando en la córnea terminará en la esclerótica y comprenderá un pequeño colgajo de la conjuntiva. De este modo practicaré una seccion esclerótico-corneal, cuyos

dos lábios representen un bisel oblicuo en sentido inverso, que se aplicarán perfectamente el uno sobre el otro despues de la operacion, quedando así en las condiciones más favorables á la reunion inmediata. Haré este primer tiempo con todas las precauciones necesarias para que el cuchillo no pase de las láminas más exteriores de la esclerótica y no hiera su capa más profunda, lo cual ocasionaria una herida de la membrana hialóides y nos expondria á una salida prematura del cuerpo vítreo.

Limpiaré con una de las esponjitas la sangre que se derrame de la herida esclero-conjuntival, y esperaré, para continuar, á que cese el derrame ó sea muy insignificante.

Pasaré entonces al *tercer tiempo*, que consiste en la *excision del iris*; para esto deprimiré con una pinza de diente de raton el lábio anterior ó querático de la incision, y con otra pinza igual asiré el iris desde su gran circunferencia á la pequeña, procurando hacerlo en la inmediacion al ángulo temporal de la herida; tiraré ligeramente hácia adelante, y cuando haya pasado los límites de la herida, le cortaré con la tijera de dos ó tres veces, tirando suavemente del colgajo del iris desde el ángulo temporal hácia el ángulo nasal de la herida córneo-esclerotical. Esta excision debe hacerse de modo que no quede prolapso del iris en los ángulos de la herida.

Para el *cuarto tiempo*, *incision de la cápsula*, llevaré el quisítomo acodado de Graefe, de punta muy acerada, por la cámara anterior, teniendo cuidado de no hacerle penetrar en el saco capsular y quedarle por delante; dirigirá el gancho tan bajo como sea posible inmediatamente por delante de la cápsula y la abriré por dos heridas dirigidas de abajo arriba, una hácia el ángulo temporal, otra hácia el ángulo nasal de la herida.

Viene entonces el *quinto tiempo*, que tiene por objeto hacer salir el cristalino. Es muy difícil, porque las presiones necesarias para ejecutarlo dirigen tambien hácia la gran herida del iris y córneo-esclerotical el cuerpo vítreo, y se tiene el sentimiento de ver que mucho antes que el cristalino se dirige hácia la herida el cuerpo vítreo. Se deberá, pues, tener mucha

paciencia y gastar mucho tiempo, más que para la ejecución de las demás partes de la operación. Volveré á colocar la pinza fijatriz para poner convenientemente tensa la parte anterior del ojo, y por consiguiente la córnea, y ejerceré primero presiones con el dorso de la cucharilla de concha sobre el tercio inferior de la córnea, y si veo salir el cristalino continuaré la presión progresivamente con la cucharilla. Si no le viera salir, dejaré reposar la enferma, y volveré á empezar haciendo algunas presiones á derecha é izquierda con la cucharilla antes de comprimir nuevamente en la parte inferior de la córnea. Si después de dos ó tres tentativas no saliera el cristalino, creería que la cápsula no había sido bien abierta tal vez, é introduciría de nuevo el quistítomo. Si durante esta maniobra viera salir el humor vítreo, introduciría atrevidamente la cucharilla por detrás del cristalino hasta su parte inferior y le sacaría fuera. La salida del cuerpo vítreo es uno de los incidentes ordinarios de la operación; afortunadamente han demostrado hechos numerosos, después que se ha practicado la extracción lineal, que esta pérdida, cuando no es muy considerable, no tiene grande inconveniente, pues el humor vítreo se reproduce muy pronto; y que, á pesar de este incidente, puede restablecerse la visión.

Una vez que haya salido el cristalino, solo resta examinar si quedan algunas porciones de las capas corticales en el campo pupilar. Si quedaran practicaría el *sexto tiempo*, que consiste en la introducción de la cucharilla para retirar estos restos.

Quitaré en seguida la pinza fijadora y el blefareirgon, y curaré la enferma con pequeñas bolas de hilas, que reemplazaré, si hubiera necesidad, por algunas compresas sostenidas con una venda circular que pasará por los dos ojos, y la cual deberá comprimir algo para favorecer la aglutinación de los bordes de la herida. El tratamiento ulterior consistirá en algunos narcóticos ó revulsivos en la piel ó al tubo digestivo si la inflamación fuera muy intensa, sanguijuelas á la sien ó detrás de las orejas. Renovaré la venda á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, según que esté más ó menos húmeda y

que la enferma esté más ó ménos incomodada por la compresion, pero no me apresuraré á abrir el ojo para comprobar su estado. Apreciaré bien la intensidad de la flegmasia por los dolores que aqueje la enferma, por el grado de hinchazon del párpado superior y por la sensacion que despierte la enferma tocándose ella misma con su mano el globo del ojo por encima de los párpados. Si el dolor espontáneo es moderado, si el párpado superior no está hinchado ó lo está poco, si la presion no despierta dolor, serán pruebas de que la flegmasia no es muy viva, y me expondria, haciendo penetrar la luz demasiado pronto, á que tomara mayor intensidad.

2.º Resta examinar la segunda cuestion: á saber, si conviene operar los dos ojos en la misma sesion. No tengo sobre este punto una opinion exclusiva y me someto de buen grado al deseo de los enfermos. Esta me ha expresado formalmente su intencion de no operarse más que de un solo ojo y yo he accedido; si hubiera pedido ser operada de los dos, sin duda que me hubiera conformado de la misma manera, porque no creo, bajo el punto de vista de los resultados definitivos, que haya nada de particular que temer ó que esperar en uno ú otro modo de conducirse.

LECCION LVII.

Hipermetropía y astenopia — Simulación de ceguera unilateral.

- I. Astenopia ó cansancio de los ojos, producida por una hipermetropía.— Este es un vicio de refracción original.—En qué difiere de la presbicia.—Algunas palabras sobre las demás variedades de astenopia.— Tratamiento por el reposo y después por los cristales convexos.—
- II. Contusión del ojo.— Simulación de ceguera unilateral consecutiva.— Diagnóstico de esta simulación por medio de cristales prismáticos.

SEÑORES:

I. *Hipermetropía y astenopia.*—Un hombre de 28 años, sastre, que ocupa el número 13 de la sala de la Santa-Virgen, ha venido á consecuencia de una perturbación de la visión, sobre la cual nos ha dado las explicaciones siguientes:

Durante muchos años no ha advertido que tuviese la vista enferma. Había solo observado que veía muy bien los objetos lejanos, pero que se fatigaba para verlos de cerca. Ha podido, sin embargo, aprender á leer, y no ha tenido necesidad de hacerse tratar hasta la edad de 23 años. Había empezado el oficio de sastre y lo ejercía hacia algunos años sin dificultad; pero á partir de esta época, 23 años, observó que cuando había trabajado muchas horas sus ojos se fatigaban y tenía necesidad á descansar una media hora; que por la noche, con luz artificial, le era muchas veces imposible continuar la costura, porque su vista se turbaba mucho. Tres veces distintas, durante los últimos cinco años, se ha visto obligado á entrar en el hospital. Permanecía en él de diez á quince días, al cabo de los cuales volvía á encontrarse en posibilidad de trabajar, pero siempre con la condición de des-

cansar muchas veces al día, porque sus ojos se fatigaban por la continuidad del trabajo. Después de algun tiempo, esta incomodidad se ha ido haciendo mayor, y ahora no puede ocuparse más de una hora seguida, no puede hacer nada con luz artificial, y su vista está de tal modo debilitada, que teme perderla y pide que se le quite esta debilidad ó susceptibilidad visual.

Le he examinado primero con luz natural; he encontrado un poco de hiperemia de las conjuntivas palpebrales; pero los bordes ciliares están sanos: la conjuntiva ocular no está inyectada; la córnea, la cámara anterior y el iris no presentan ninguna lesion apreciable; la pupila es perfectamente movable y no tiene ninguna opacidad,

La he examinado, en seguida á la luz oblicua de una bujía y una lente, y no he encontrado ninguna otra lesion.

La he examinado, en fin, con el oftalmoscopio. He encontrado las papilas limpias, suficientemente coloreadas y no inyectadas. Alrededor de ellas el fondo del ojo presenta la coloracion roja normal. Tal vez esta coloracion es un poco exagerada y de modo que se pudiera admitir igualmente cierto grado de hiperemia coroido-retiniana. En una palabra, las exploraciones no nos dan la explicacion de las perturbaciones funcionales acusadas por el enfermo.

¿Es, pues, preciso creer en una lesion inapreciable de la retina, en una neuritis óptica, ó en alguna enfermedad cerebral? Yo no lo creo, porque si la una ó la otra de estas lesiones existiesen, la perturbacion visual no sería pasajera, como lo ha sido hasta ahora. La vista estaria constantemente en el mismo grado de debilidad. No olvideis además que, cuando sus ojos están descansados, el enfermo ve bastante bien. Solamente cuando ha fijado la vista durante cierto tiempo, es cuando reaparece la incomodidad. Le he rogado me dijese los números de las camas colocadas á su alrededor y á cierta distancia, y los ha visto con facilidad. Le he enseñado un libro cuyo carácter de letra corresponde al número 9 de la escala de Jøger, y ha leído sin dificultad. Habeis visto que para leer colocaba el libro á unos 50 centímetros de distancia de

sus ojos; que no podía continuar su lectura cuando yo se lo ponía á la de 20 á 25 centímetros; que dejándole escoger la distancia leía fácilmente una docena de líneas; que despues de esto la vista se cansaba, se turbaba y concluía por no distinguir ni poder continuar su lectura. Esto no sucede así cuando la debilidad de la vista resulta de lesiones en las partes nerviosas de que hablé antes. Estas debilidades son entonces continuas y no alternas, como lo son en este enfermo.

He hecho además una última exploracion que ha servido de comprobante. He dado al enfermo unos anteojos de cristales convexos del número 25, y ha podido leer entonces mucho más tiempo sin cansarse, colocando su libro á 25 centímetros.

Tenemos, pues, que ocuparnos simplemente de una insuficiencia de refraccion, y de una fatiga resultante de un esfuerzo considerable de acomodacion, para remediar esta insuficiencia. La insuficiencia se llama *hipermetropía*. La fatiga llamada primero *disposicion á la fatiga de los ojos* por Bonnet de Lion, *kopiopia* por Petrequin, se llama hoy *astenopia*. Expliquemos estas dos cosas.

Sabeis que, en el estado normal, el ojo humano está conformado de tal manera, que la potencia refringente de sus centros hace converger sobre la retina, sin ningun trabajo del ojo, los rayos luminosos paralelos venidos del infinito, y que para la vision de los objetos próximos el ojo se acomoda ó se adapta, es decir, prolonga un poco su diámetro antero-posterior, para que los vértices de los conos oculares, que se han hecho más largos á consecuencia de la aproximacion de los objetos, puedan caer sobre la retina. En estas condiciones se dice que el ojo es emmétrope.

Nuestro enfermo percibe bien los objetos lejanos; los muy aproximados no, y los que se encuentran á regular distancia los percibe cierto tiempo, cesando luego de verlos. ¿Por qué es esto? Porque el diámetro antero-posterior del ojo es muy corto, ó bien porque la córnea y el cristalino no son bastante refringentes, y en su consecuencia los conos ocu-

lares vienen á caer por detrás de la retina. Durante cierto tiempo, y sin tener conciencia de ello, el enfermo ha podido corregir esta disposicion viciosa por medio de la acomodacion, y la hipermetropía ha permanecido latente; pero como esta acomodacion necesita por parte de los agentes que la producen (el músculo ciliar y los músculos oculares) una grande y frecuente actividad, estos agentes se han cansado y han concluido por no compensar más que momentáneamente la conformacion viciosa del órgano. Su fatiga se expresa por el dolor y la incomodidad, que se llama astenopia.

Esta enfermedad se parece á la presbicia en el sentido de que, como ella, no permite la vision más que á distancias largas. Pero difiere de ella por la circunstancia de que en la presbicia no hay conformacion viciosa de los centros, hay tan solo debilidad, por los progresos de la edad, de las potencias activas de la acomodacion; en la hipermetropía, por el contrario, hay conformacion defectuosa del ojo, y los agentes de la acomodacion solo son insuficientes porque, á causa de esta conformacion, tienen que producir efectos mayores que en el estado normal, y llegan más ó menos pronto á la impotencia que resulta de un trabajo muy considerable. En la presbicia, por consiguiente, hay imposibilidad de ver de cerca; pero no hay astenopia ó solo rara vez la hay, porque los músculos oculares están inertes y no se contraen hasta el punto de producir la irritacion y la congestion que caracterizan á esta última. En la hipermetropía hay aun imposibilidad de ver de lejos; pero la astenopia suele sobrevenir á la larga, á consecuencia de la congestion coroido-retiniana, y tal vez de la compresion ó solamente de la irritacion de los nervios ciliares, que es la consecuencia de las contracciones enérgicas de los músculos acomodadores.

Esto no quiere decir que la disposicion al cansancio de los ojos coincida solamente con la hipermetropia. La veis tambien algunas veces en la miopía, este otro vicio de la refraccion, que consiste en una refringencia muy grande de los medios oculares y la formacion del vértice de los conos oculares delante de la retina; en la emmetropía se observa cuando los

individuos se dedican á trabajos que les obligan á fijar, durante una parte del dia, objetos muy finos, como sucede á los relojeros, los grabadores, los sastres, etc. Algunas veces parece tambien ser efecto de una insuficiencia de accion del músculo recto interno, como lo ha indicado Græfe. Y, en fin, es posible que en algunos sugetos sea independiente de toda accion muscular del ojo, y que consista en una sensibilidad exagerada, una especie de neuralgia de la retina. Hay, en una palabra, variedades de astenopia. He querido tan solo haceros saber que, entre estas variedades, una de las más frecuentes, aquella que se remedia más á menudo y en la cual hay que pensar siempre en los individuos jóvenes, es la que depende, como sucede en nuestro enfermo, de esfuerzos considerables y prolongados de acomodacion para remediar una hipermetropía.

Tratamiento.—De lo que antecede resulta que tenemos dos indicaciones que llenar: descansar los ojos y prevenir la reaparicion de la astenopia. La primera está satisfecha naturalmente con la permanencia del enfermo en el hospital, pues ni cose ni lee. Ya en tres distintas ocasiones este reposo ha sido suficiente para mejorar su situacion y permitirle volver á dedicarse á sus ocupaciones; pero le aconsejamos para satisfacer la segunda indicacion que use anteojos de cristales convexos del número 20 al 25 para la vision de los objetos próximos y especialmente para los trabajos de su profesion. De esta manera suplirá á la insuficiencia de refraccion de sus ojos, moverá sus músculos acomodadores, y es probable que su astenopia no reaparezca. Digo probable, porque os he señalado antes una forma nerviosa ó neurálgica de la astenopia, es decir, una disposicion de la retina á hacerse sensible cuando funciona. Puede, pues, suceder á los individuos que, como en este, la astenopia es debida á la hipermetropía, que la primera, despues de haber sido provocada por contracciones musculares muy enérgicas, degenera en un hábito para la retina, y se produzca aunque haya contracciones ó aunque estas se hayan moderado.

Comprendereis ahora por qué no trato en este enfermo de hacer la seccion sub-cutánea del músculo oblicuo menor, que

ha sido aconsejada por A. Bonnet (1). Este autor ha visto perfectamente que el cansancio de los ojos era causado frecuentemente por una contraccion exagerada de los músculos oculares, y habia sacado de ello la conclusion siguiente: que la seccion de uno de estos músculos bastaría para disminuir la presion muy fuerte ejercida sobre el globo del ojo. Pero Bonnet no conocia la hipermetropía, que nos ha enseñado la oftalmología contemporánea. Si él la hubiese conocido, probablemente hubiera establecido una distincion entre el cansancio ocular que ella produce y el que sobreviene bajo la influencia de otras causas, y no hubiera hecho la miotomía para la primera.

II. *Contusion del ojo izquierdo. Simulacion de ceguera. Diagnóstico por medio de cristales prismáticos.*—Señores, el enfermo que esta mañana he hecho venir de fuera, os ha facilitado la ocasion de estudiar un medio de conocer la simulacion de la ceguera uni-ocular. Este es un hombre de 45 años, que pasando por la calle recibió de un cochero un latigazo sobre el ojo izquierdo. Por los antecedentes que me ha suministrado el médico encargado, esta contusion ha tenido por resultado una ligera hemoftalmía, es decir, un derrame de sangre en la cámara anterior y un poco de conjuntivitis muy simple. Parece que durante los primeros dias, y cuando la hemoftalmía estaba bien pronunciada, este ojo ha perdido la vision; por lo ménos el médico ha creido que este enfermo no trataba de engañarle. Pero hé aquí que hace siete semanas que tuvo lugar el accidente. El derrame sanguíneo ha desaparecido completamente, así como la inyeccion conjuntival; la pupila ha vuelto á su movilidad, que habia perdido en los primeros dias. El enfermo dice, sin embargo, que nada ve con este ojo, que solo ve con el derecho, y, á consecuencia de esta enfermedad, pide al que le ha herido una indemnizacion.

Llamado á dar mi opinion sobre el verdadero estado de este individuo, le he visitado en su casa; he recogido todos los da-

(1) A. Bonnet, *Tratado de las secciones tendinosas*, Paris, 1841.

tos que acabo de daros; he examinado el exterior del ojo, y no he encontrado la explicacion física de la perturbacion funcional acusada por el herido. Le he hecho, pues, venir al hospital para someterle á dos investigaciones, para las cuales no tenia á mano los medios el dia que le ví en su casa. La primera ha sido hecha con el oftalmoscopio; hubiera podido suceder que, á consecuencia de esta contusion, hubiese tenido lugar un derrame de sangre, y persistido en el cuerpo vítreo ó bien delante ó detrás de la retina; que la estructura de esta última hubiese sido alterada, y que esto fuese causa de la pérdida de la vision. Pero yo he podido, despues de una instilacion de atropina, iluminar fácilmente el fondo del ojo y ver la papila, que me ha parecido sana. Yo no he visto ni delante, ni encima ni alrededor de ella mancha alguna negruzca que pudiese hacer creer en un equimosis.

La segunda investigacion, que os recomiendo muy especialmente, ha consistido en poner sobre la nariz del enfermo unos anteojos provistos de dos cristales prismáticos y en colocar delante de sus ojos una bujía encendida. Habeis oido que ha exclamado con aire de satisfacion: veo dos luces. Porque no conociendo los cristales prismáticos y sus efectos, creyó que esta doble imágen era por causa de la enfermedad, y que me decidiría á darle el certificado de ceguera, de que tenia necesidad para obtener daños y perjuicios.

Habeis comprendido en seguida que seria lo contrario lo que sucedería. Si ha visto dos imágenes de la bujía (y lo mismo se hubiera producido con un cristal plano en un lado y un cristal prismático en el otro), es porque los cristales prismáticos han hecho caer estas imágenes sobre puntos no idénticos de las retinas. Si una de estas retinas hubiese estado privada de la funcion visual, hubiera percibido una sola imágen. Las dos imágenes han sido vistas porque las dos retinas funcionan. El enfermo no tiene, pues, la ceguera unilateral que nos ha querido hacer creer, y por consiguiente no tendrá tampoco ni su certificado ni su indemnizacion.

TÍTULO DÉCIMO.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS URINARIAS.

LECCION LVIII.

Estrecheces de la uretra.

Autopsia de un individuo afectado de dos estrecheces, una fibroide y otra fibrosa.—Estudio anatómico, patológico y patogénico de la enfermedad.

SEÑORES:

Veis á menudo en nuestras salas enfermos afectados de estrechez uretral. A menudo tambien me oís hablar de la sintomatología y del tratamiento de esta enfermedad; pero cuando para hacerme comprender necesito apoyar mis proposiciones sobre los conocimientos de la anatomía patológica, no puedo poner inmediatamente á vuestra vista las piezas que las comprueban, y me veo obligado á recordaros los autores clásicos ó algunas autopsias que he podido practicar y que no habeis visto, para poneros al corriente de lo que sabemos sobre este difícil asunto.

Es difícil por tres razones:

1.^a Porque la ocasion de hacer las autopsias es rara y no porque las estrecheces uretrales no sean una causa de la muerte. Ya tendré, por el contrario, muchas ocasiones de deciros que ellas abrevian la existencia de buen número de los que las padecen. Solo que consumen la salud y la vida lentamente por las lesiones consecutivas de la vejiga y de los ri-

ñones, y, cuando llega la muerte, la estrechez no es más que una lesión accesoria, y se la deja al lado de estos síntomas mecánicos, que algunas veces han desaparecido completamente antes de la muerte, y porque en la autopsia, como diré luego, es muy fácil aunque haya una estrechez no verla.

2.^a Porque, aun cuando el enfermo sucumba con una estrechez pronunciada, las lesiones desaparecen en parte después de la muerte, por la retirada de la sangre, cuyo aflujo contribuía en cierta parte á constituir el obstáculo durante la vida.

3.^a Porque estas lesiones son en ciertos casos tan ligeras que su estudio se hace muy difícil.

Por estas tres razones aprovecho con avidez la ocasión que se presenta, para enseñaros en un mismo individuo dos estrecheces, cada una de las cuales se relaciona con una de las dos variedades anatómicas principales de esta enfermedad.

La preparación que os presento pertenece á un hombre de 55 años, que ha permanecido mucho tiempo en nuestras salas y que nos ha ofrecido, á consecuencia de la lesión uretral, una série de complicaciones cuyo resumen es el siguiente.

Entró en marzo de 1870 por una enfermedad del tobillo izquierdo, que habíamos considerado como una sinovitis fungosa de los peroneos laterales. Por incidencia nos dijo un día que hacía mucho tiempo orinaba muy mal, y que deseaba se le tratase también esta afección. Encontré una estrechez grande en medio de la porción esponjosa ó peniana del conducto. Le sondé con las candelillas más delgadas y apenas pudieron entrar; una de ellas (de ballena) concluyó por entrar al tercer día y se dejó introducida, recomendando al enfermo que orinara sin retirarla. Mientras tenía esta candelilla, y sin que el conducto, al ménos que lo supiéramos, hubiese sangrado, se declaró un violento acceso de fiebre que habíamos considerado como urinoso (véase lec. LXI). He retirado el instrumento y he esperado el restablecimiento de la salud general para volver al tratamiento de la uretra. Mi esperanza no se ha realizado. Después de haber tenido una pleuresía derecha, y luego una doble bronco-pneumonía, á las cuales ha resis-

tido, nuestro enfermo ha sido atacado de una inflamacion flemonosa peri-uretral y de una psoriasis supurante. La fiebre héctica ha sobrevenido, y el paciente ha sucumbido unos dos meses despues del cateterismo, que, si no ha sido la causa, ha sido por lo ménos el principio de esta série de enfermedades graves, que han terminado por la muerte.

Llego, pues, al hecho capital; al estudio anatómico de la uretra y del resto de las vías urinarias.

A. Os presento la uretra, que ha sido abierta en el sentido de su longitud, á lo largo de su cara superior. Vemos una cosa que nos habia sido imposible reconocer durante la vida, á saber: la existencia de dos estrecheces, una en el punto donde la habiamos encontrado, es decir, en la porcion esponjosa del conducto; la otra más atrás, en el sitio de predileccion de las estrecheces, es decir, en la porcion membranosa. No os admireis de esta multiplicidad; no es rara, y ha sido señalada por todos los autores modernos. No os admireis tampoco de no habérmela visto reconocer durante la vida. Esto ha consistido en que he metido una sola candelilla, y porque encontrándose por delante la estrechez mayor no podia, con el instrumento delgado que habia atravesado esta última, justificar la estrechez posterior que era más ancha. En efecto, la candelilla no ha ofrecido á mi mano ninguna resistencia en el momento en que he recorrido el segundo punto estrechado.

Pero detengámonos un poco en los caracteres anatómicos de estas dos estrecheces, y empecemos por la anterior. Lo que nos llama la atencion en seguida es que no está indicada por lesiones groseras y fáciles de conocer. Yo veo bien que, hácia el medio de la porcion esponjosa, en el punto donde los instrumentos se detenian durante la vida, el conducto es más estrecho en una extension antero-posterior de un centímetro próximamente, y que la disminucion, midiendo la uretra abierta, es de 5 ó 6 milímetros. Veo además que la superficie interna de la uretra es en este punto casi tan lisa y su epitelio está tan intacto, lo mismo hácia arriba que hácia abajo, que en los puntos donde el estado es normal. Si miro más particularmente el corte de la pared al nivel de la coartacion, no encuentro

espesor notable; el tejido esponjoso y la mucosa parecen tan solo confundidos en un mismo tejido blanco, es decir, que en lugar de ver, como sobre los otros puntos, una línea grisácea formada por la division de la mucosa, y debajo la línea roja indicando la seccion del tejido esponjoso, veo solo una línea grisácea, que se hace roja al exterior, como si una parte, pero no la totalidad, hubiese desaparecido fusionándose con el tejido conjuntivo sub-mucoso, y esto, repito, sin engrosamiento apreciable. Coloco en seguida los dedos y no encuentro consistencia dura en parte alguna. Pero lo que es más raro, lo que os señalo de una manera especial, es que, cogiendo con dos dedos de cada una de mis manos los bordes de la seccion y tratando de separarlos, encuentro una resistencia que no hallo tan grande en los otros puntos del conducto, y no consigo separar estos bordes el uno del otro, mientras que lo hago en las partes sanas. Hay, pues, al nivel del punto estrechado, disminucion de extensibilidad y de elasticidad de la pared uretral. Observad bien este hecho, porque es capital, y fijar á en vuestro ánimo esta nocion: que en las estrecheces uretrales la alteracion de la pared es fisiológica tanto ó más que anatómica, es decir, que con un cambio anatómico apenas apreciable se ha operado un doble cambio fisiológico, á saber, una disminucion de la extensibilidad normal y una tendencia á la retraccion, que no existe en el mismo grado en la parte sana de la uretra.

Pero detengámonos más tiempo en la lesion anatómica. ¿Sobre qué punto se verifica? ¿En qué consiste? En cuanto al sitio, no ignorais tal vez que hay cierta divergencia entre nuestros autores; los unos, tales como Ducamp, Lallemand, y en general todos los que son partidarios del tratamiento por la cauterizacion, han emitido la idea de que la mucosa uretral es casi el sitio exclusivo de la lesion; los otros, tales como MM. Mercier (1) y A. Guerin (2), han dicho por el contrario

(1) Mercier, *Gaceta medical*, 1845, pág. 85.

(2) A. Guerin, *Memorias de la Sociedad de cirugía*, tomo IV, página 122.

que la mucosa quedaba sana, y que, por consiguiente, el tejido esponjoso ó vascular, en las estrecheces de la parte anterior de la uretra, era la porcion esencialmente alterada. Veis que este caso es favorable á esta última opinion, pues el tejido esponjoso está notablemente disminuido al nivel de la parte estrecha y transformado en una trama blanquecina parecida al tejido fibroso. Sin embargo, como la mucosa participa de la pérdida de extensibilidad, de que os he hablado antes, no me atreveria á afirmar que no esté tambien modificada en su tejido de una manera y en un grado que no puedo expresar categóricamente.

Segunda cuestion: ¿En que consiste la lesion? Aunque no sea muy pronunciada, me parece evidente que es del tejido esponjoso. Este tejido ha perdido una gran parte de sus mallas ó areolas, y estas se han llenado de un tejido blanquecino menos extensible; que, aun cuando no veamos en él fibras exactamente parecidas á las de los tendones y ligamentos, se parece sin embargo más al tejido fibroso que á ningun otro. Podria, pues, decirnos, autorizado por lo que vemos y lo que hallamos escrito en una excelente memoria de Cruveilhier (1), que tenemos á la vista una estrechez fibrosa; que esta se ha formado más bien á expensas del tejido esponjoso que á expensas de la mucosa. Pero aquí el tejido fibroso es muy delgado, sin espesor; la lesion se nos presenta simplemente en este nivel por una disminucion de calibre y de extensibilidad del conducto, además los caracteres del tejido fibroso, propiamente dicho, son muy dificiles de apreciar por la vista. Me parece necesario distinguir la lesion que os enseño de la que se presenta con un engrosamiento y una induracion notable. Le daré, pues, un nuevo nombre, y diré que esta estrechez está formada por tejido fibroide, el cual, por sus apariencias anatómicas, difiere poco del tejido normal de la ure-

(1) Cruveilhier, *Reflexiones y observaciones sobre las estrecheces del conducto de la uretra y sobre la hipertrofia de la vejiga* (*Anales de la cirugía francesa y extranjera*, tomo IV, pág. 129, 1842) y *Anatomía patológica del cuerpo humano*, lib. XXXIX, láms. 4.^a y 2.^a

tra, pero difiere de él esencialmente por una disminucion notable de la extensibilidad, y un poder retractil en virtud del cual el calibre del conducto se ha encontrado disminuido.

Veamos ahora la segunda estrechez. Os he dicho que ocupaba la porcion membranosa; sin embargo, no va hasta la parte posterior de esta última, y se prolonga algunos milímetros hácia adelante en la porcion esponjosa, de manera que se encuentra por su parte anterior por encima del bulbo. En una palabra, ocupa á la vez la porcion membranosa y la parte última de la porcion esponjosa. Tiene próximamente centímetro y medio de longitud. Véase bien que á su nivel la uretra es más estrecha que por delante y por detrás; pero la diferencia es poco más ó menos la misma que para la estrechez anterior unos cinco milímetros. Tres cosas os extrañarán sobre todo: la primera es que en este punto la uretra es mucho menos extensible que en los otros, si bien podeis aun admitir sin dudar este carácter, que, como os he dicho ya, es capital, la disminucion de extensibilidad coincidiendo con la retraccion que ha ocasionado la disminucion del calibre. La segunda es que la superficie interna del conducto, en este punto, es rugosa, desigual y coloreada de rojo. Es más bien un tinte como el que daría una infiltracion equimótica, que no una vascularizacion; y aun que este tinte pueda ser considerado como cadavérico, sin embargo, lo probable es que se haya verificado durante la vida, porque habia en este punto una hiperemia, y los vasos capilares muy llenos han podido romperse. La tercera, en fin, es que al nivel de las desigualdades en cuestion, el tejido es duro y presenta al corte una capa consistente de dos ó tres milímetros de espesor. Busco en vano si esta capa está formada por la mucosa sola. No puedo hacer intervenir en ella el tejido esponjoso, puesto que no existe en esta porcion de la uretra; pero, en fin, hay allí en el estado normal tejido conjuntivo y algunas fibras musculares. Me es imposible distinguirlos de la mucosa (1), y creo que el engrosa-

(1) Seria conveniente, para completar los estudios de este género, examinar con el microscopio la superficie interna del conducto y de-

miento se ha verificado á la vez sobre todos los tejidos; como la mucosa es desigual é irregular, no adoptaré la opinion de M. A. Guerin, y diré que la trama anormal está formada tanto por esta mucosa como por los tejidos que la engruesan. Como, por otra parte, la consistencia y el estado imperfecto de la extensibilidad y de la elasticidad son dos caractéres propios del tejido fibroso, creo que se trata aquí de una estrechez fibrosa.

El tejido de la estrechez tiene un espesor apreciable, como se ve en algunos casos, y como tuvo lugar de una manera desusada en una pieza que hice dibujar en el hospital Cochín en 1855, y que reproduzco aquí (*fig.* 31). Puedo, pues, afirmar que la estrechez es francamente fibrosa, mientras que en la otra la capa es tan delgada, que he creído poderme servir de la palabra fibroide.

Para completar esta anatomía patológica tendria que preguntarme si el tejido fibroso acumulado, que vemos aquí, es cicatricial ó no cicatricial. En efecto, sabemos positivamente, segun los datos conmemorativos, que las estrecheces uretrales sobrevienen ya espontáneamente y sin solucion de continuidad, ya á consecuencia de una solucion de continuidad que ha sido demostrada por la abundancia del derrame sanguíneo en el momento en que este ha tenido lugar. Aquí no he tenido conmemorativos; pero en presencia de la preparacion, ¿puedo saber si el tejido fibroso anormal es de origen cicatricial? No, no puedo. La inflamacion crónica simple de la mucosa uretral y de su tejido subyacente tiene el poder de ocasionar, por sí sola y sin solucion de continuidad prévia, una formacion de este género, cuyos caractéres anatómicos no difieren de los que se observan en el tejido cicatricial.

Esto me lleva á decir algunas palabras de la patogenia de esta modificacion singular del tejido uretral en las estreche-

terminar si tiene sus células epiteliales normales, y ver si las fibras del tejido conjuntivo presentan modificaciones. Siento no haber tenido el tiempo necesario para hacer estas investigaciones.

ces. Aquí me es imposible sostenerme exclusivamente en el terreno de la observación, pues que se trata de lesiones pro-

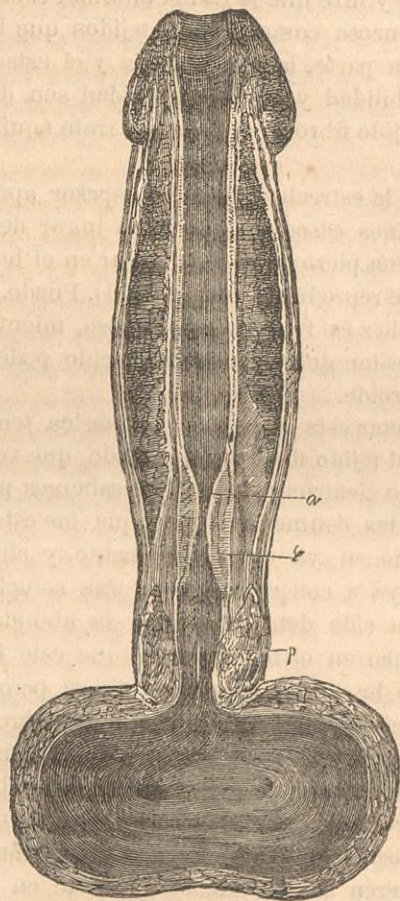


Fig. 31.—Estrecheces de la uretra. (°)

fundamente ocultas y de una evolucion muy lenta, para que podamos seguir los detalles en el vivo; me veo, pues, obligado á hacer relacion, si no á hipótesis, al ménos á presun-

(°) *r r*, estrechez fibrosa densa; *p*, próstata; *v*, vejiga.

ciones fundadas en la analogía con lo que vemos suceder en partes situadas al exterior.

Hay, sin embargo, un primer punto que está demostrado por la observacion, y es que las estrecheces sobrevienen, ya á consecuencia de una inflamacion espontánea sin solucion de continuidad evidente, ya á consecuencia de una solucion de continuidad no dudosa. A la primera categoría pertenecen las que vemos tan á menudo despues de blenorragias múltiples y despues de su tratamiento por inyecciones intempestivas; á la segunda, las mucho menos frecuentes que sobrevienen, ya despues de una caída sobre el periné, caída en la cual una uretrorragia abundante ha venido á probar la existencia de un desgarró de la mucosa, ya despues de la rotura espontánea ó provocada de la uretra durante una blenorragia de garabatlillo. Sabeis que esta variedad de blenorragia es aquella en que la ereccion del tejido esponjoso de la uretra se encuentra impedida por la inflamacion y la obliteracion de sus mallas, y no solo no puede acompañar al cuerpo cavernoso del miembro en la ereccion, sino que forma por debajo de él un garabatlillo doloroso. Este cede algunas veces, desgarrándose, á la traccion poderosa ejercida por el cuerpo cavernoso en turgencia, y en ciertos casos se rompe por las manos del mismo enfermo, que espera aliviarse por medio de esta maniobra imprudente.

¿Qué sucede, pues, en los dos órdenes de hechos que acabo de indicar, el de la uretritis prolongada y el de la solucion de continuidad? Sobre el primero especialmente nada podemos saber, y nos vemos obligados á dejar hablar á nuestra razon. En semejante caso concebimos en seguida que sobre ciertos puntos del conducto (y yo no sabria explicar por qué esto tiene lugar con preferencia en la porcion membranosa), la flegmasía, sin dar lugar á una ulceracion, traspasa los límites de la mucosa, y trae, tanto en esta como en el tejido conjuntivo subyacente, un trabajo de derrame y de organizacion plástica, ó, si quereis que os hable el lenguaje de la histología, una hiperplasia celular y una neoplasia consecutiva, que cambia el tejido conjuntivo simple y extensible de la mucosa

en un tejido un poco más denso, ménos extensible y retractil, que vuelve sobre sí mismo, sin que la presión ejercida por la orina, en el momento de expelerla, tenga la propiedad de vencer su rigidez. Tendremos así un tejido fibroide (fibroso delgado) que será el resultado de una transformación local de origen puramente inflamatorio y sin intervención de un trabajo reparador.

Igualmente podeis comprender, que la inflamación, siempre creída espontánea, se acompaña de una exulceración de la mucosa (solución de continuidad sin sangre). Diferentes autores, sobre todo Morgagni y Leroy d'Etiolles, han admitido estas ulceraciones. Cuando estas tienen lugar, tenéis, por la cicatrización, un trabajo análogo al que se verifica sobre las demás soluciones de continuidad tegumentarias, es decir, para hablar el lenguaje habitual en Francia, un derrame plástico, y la organización de este derrame en una nueva membrana destinada á remplazar la que había sido destruida por el trabajo ulcerativo. Solamente que, como la destrucción no había sido muy profunda, es probable que la membrana de reparación no sea muy gruesa. Lo será, sin embargo, más que la membrana primitiva, y como es de creer que á este trabajo de reparación se habrán añadido, en las capas subyacentes á la mucosa, la inflamación plástica y la transformación local de que hablaba antes, el conjunto de estos productos nuevos de reparación y de transformación dará un tejido fibroso accidental, ménos grueso y más evidente que el tejido fibroide, de que ya me he ocupado.

Se ha discutido sobre si era preciso dar el nombre de inódulo al tejido que forma las estrecheces uretrales. Seguramente este nombre y la idea de cicatrización que él expresa convienen en los casos en que ha habido una ulceración, y por consiguiente reparación; pero no conviene tan rigurosamente cuando se trata de una transformación sin pérdida alguna de sustancia que reparar, porque no tenemos la costumbre de designar con el nombre de inódulos estas transformaciones en tejido fibroso accidental del tejido que primitivamente era conjuntivo. Es preciso reconocer, sin embargo, que aunque el

origen sea diferente, los resultados son análogos. En uno y otro caso, hay formación de tejido fibroso accidental, y la anatomía no indica diferencias notables entre el que es de origen puramente inflamatorio, sin solución de continuidad, y el que es consecutivo á una solución de continuidad. Dejemos, pues, si quereis, esta palabra de tejido inodular, que podría estorbaros en los casos á que aludo en este momento, y contentémonos con esta fórmula: después de una inflamación espontánea y mucho tiempo continuada, como en la blenorragia ordinaria, hay formación de una capa más ó menos gruesa de tejido fibroso accidental retractil, ya sea por simple transformación, ya sea por cicatrización y transformación á la vez.

En el segundo orden de hechos, es decir, á consecuencia de soluciones de continuidad con sangre, que interesan la mucosa y las capas subyacentes en una dirección más ó menos perpendicular al eje del conducto, se forma una cicatriz, es decir, un tejido casi exclusivamente de nueva formación, que posee en el más alto grado el espesor, la resistencia, la inextensibilidad y la retractilidad del tejido fibroso accidental. Es el mismo tejido que antes; pero es más grueso, más denso y aun más inextensible. Esta estrechez, que generalmente se llama entonces cicatricial, merecería también el nombre de inodular.

No olvidéis, pues, Señores, que cuando esteis en presencia de una estrechez cuyo origen ha sido no una herida franca, sino una inflamación con ó sin ulceración, lo que permite considerarla como espontánea, se trata de un tejido fibroso más ó menos delgado, y que en los casos en que la estrechez es de origen traumático y francamente cicatricial, se trata de un tejido fibroso más grueso y más retractil que nunca.

No pretendo deciros que estas distinciones sean siempre apreciables en clínica; yo os anuncio que si para las estrecheces francamente cicatriciales esta parte del diagnóstico es bastante fácil, para las estrecheces espontáneas nos es siempre casi imposible determinar desde el principio si el tejido es fibroso ó fibroide: la resistencia al cateterismo, y sobre todo la resistencia á la dilatación por cierto número de cande-

illas, es la que nos da ulteriormente las presunciones más ó ménos fundadas respecto á este punto.

En todo caso, recordad del exámen de estas dos preparaciones, el hecho que, sobre el cadáver, las estrecheces no son tan angostas como sobre el vivo. Sabeis, en efecto, que durante la vida no habíamos podido hacer pasar más que una candelilla delgada, y sin embargo, nos encontramos en presencia de una uretra, que en sus puntos estrechados parece no tener más que algunos milímetros ménos. ¿Es esto porque el efecto de la retraccion de que os he hablado desaparece despues de la muerte, habiendo persistido solo la inextensibilidad, ó bien que al nivel de la parte estrechada, hay durante la vida una vascularizacion abundante, que da más espesor y que desaparece despues de la muerte? No tengo indicios positivos sobre estos puntos, por lo que me contento con señalar el hecho, confesando que no me encuentro en disposicion de explicarlo.

B. Ya os he dicho que habíamos encontrado tambien lesiones por fuera de la uretra. Hé aquí el gran foco purulento peri-uretral que, durante la vida, se habia abierto en el periné y sobre una escara. Creia que procedia de la próstata, y que por lo tanto teníamos que tratar una de esas inflamaciones prostáticas supurantes, que algunas veces vemos desenvolverse detrás de las estrecheces. Nada de esto habia sucedido. Veis la próstata; ni ha supurado ni aumentado de volúmen, pero el absceso comunicaba por una abertura de cuatro milímetros con la parte inferior de la pared uretral, por detrás de la estrechez; es pues un ejemplo de flemon urinoso peri-uretral. En cuanto al absceso lumbo-iliaco derecho no estaba en comunicacion con el del periné, y probablemente se habia desarrollado bajo la influencia del estado general grave, en el cual habia caido el enfermo despues de su primer acceso de fiebre, que nosotros hemos considerado como un acceso de fiebre urinosa.

Os enseño ahora la vejiga. Veis su membrana mucosa engrosada, de color apizarrado en ciertos puntos, de color rojo con hiperemia en otros y rodeada por todas partes de fibras musculares gruesas, de donde proviene la mayor profundidad

de las cavidades ó células, que limitan en su cara interna los manojos conocidos con el nombre de columnas. En cuanto á los riñones, el izquierdo estaba en su estado normal; pero el derecho estaba reblandecido, difluente, y su parte inferior ofrecía una solución de continuidad, que se continuaba con el inmenso foco iliaco, encerrado á la vez en el tejido celular subperitoneal y en la vaina del músculo iliaco, cuya aponeurosis anterior estaba abierta en muchos puntos. Es probable que este inmenso abceso procediera de una nefritis supurada de la parte inferior del riñón, y que por consecuencia correspondiera á la variedad de abscesos peri-nefríticos. Estas diversas lesiones han podido agravarse á consecuencia del estado general del enfermo; pero su punto de partida ha sido, sin duda alguna, la flegmasía procedente de la uretra por detrás de la estrechez, y propagada á la mucosa vesical y al riñón, como sucede muy frecuentemente.

LECCION LIX.

Estrecheces de la uretra.

- I. Estrechez fibroide sin complicacion y fácilmente dilatable.—Tratamiento por la dilatacion progresiva —II. Recidiva de la estrechez fibrosa.—Es muy angosta y difícil de franquear.—Su causa primera fué el uso de inyecciones irritantes en el curso de una blenorragia.—Tratamiento por la dilatacion progresiva.

SEÑORES:

I. *Estrechez fibroide.*—El enfermo que tenemos hace algunas semanas en el núm. 4 de la sala de la Santa Virgen es un hombre de 42 años, que desde los 19 á los 25 ha tenido muchas blenorragias, que ha tratado con inyecciones cuya composicion no puede indicar, pero que parece no han sido cáusticas. Hace tiempo que está libre de todo flujo y no ha observado en su salud más que cierto desarreglo en la emision de la orina. El chorro se ha disminuido y tarda más tiempo que antes en desocupar su vejiga, y de tiempo en tiempo siente incomodidad despues de orinar. Os ruego que os fijeis en las preguntas y, en las exploraciones que he hecho los primeros dias, para establecer el diagnóstico completo.

Despues de haber recogido las indicaciones que en resumen acabo de recordar, he buscado además todo lo que se relaciona con los signos físicos de las estrecheces uretrales. He pasado mis dedos sobre la parte uretral del pene, sobre los testículos y sobre el periné, para ver si habia en algun punto una induracion que pudiese ser atribuida á el engrosamiento de la pared uretral y nada he encontrado. He cogido en seguida una sonda de plata, y, despues de haberla untado bien con aceite, la he introducido lentamente en la uretra; la he

hecho franquear muy fácilmente la porcion esponjosa del conducto; pero despues que el instrumento ha pasado del arco pubiano, es decir, en seguida que ha llegado á los límites de las porciones esponjosa y membranosa de la uretra, he sentido resistencia, y sin insistir más he retirado la sonda creyendo que se trataba de una estrechez. Para asegurarme de una manera positiva, he tomado una de esas candelillas terminadas por una oliva, notablemente más voluminosa que el resto del instrumento, y que se llaman candelillas con cabeza. La cabeza correspondia al número 16 de la hilera de Charrière. Despues de haberla untado con aceite la he introducido en el conducto y he sentido que se detenia en el mismo punto que la sonda metálica. Como la resistencia ha sido grande, he creido que no debia insistir más. He introducido despues otra candelilla con la cabeza del número 12, y tampoco ha penetrado más. La uretra no ha sangrado durante estas exploraciones, y el enfermo ha padecido poco. Sin embargo, guiado siempre por la idea de que las exploraciones de la uretra deben hacerse siempre con cuidado, á fin de no hacerla sangrar, y teniendo en cuenta que repetidas muchas veces por medio de sondas las presiones sobre el punto estrechado terminan por ocasionar un desgarró; considerando por otra parte que, nada nos apremiaba, no hice en este dia ninguna nueva exploracion. He prescrito un baño, he aconsejado al enfermo el reposo y lo he dejado para el dia siguiente, en que he introducido una candelilla olivar del número 7, y he sentido que, efectivamente, llegaba más allá del obstáculo; la he retirado y he hecho pasar con algo más de trabajo una candelilla análoga del número 9. He rogado al enfermo que la dejara introducida quince á veinte minutos, y he ordenado al interno de guardia que la volviera á introducir por la tarde. Esta introduccion diaria de una candelilla cada vez mayor ha sido continuada hasta hoy (seis semanas despues de la entrada del enfermo); pero no insisto sobre este tratamiento, porque las exploraciones necesarias para el diagnóstico son el principal objeto de las observaciones que deseo presentaros hoy.

He terminado con las exploraciones que se refieren á los

signos físicos, y paso ahora á las que conciernen á los síntomas funcionales. Recordais que el primer día he hecho orinar al enfermo delante de nosotros, que lo hizo con bastante facilidad, y que os hice observar tres cosas:

- 1.^a La orina salía lentamente;
- 2.^a Su primer chorro iba acompañado de un copo de moco-pus arrastrado evidentemente por el líquido á la uretra, desde la estrechez;
- 3.^a El chorro de la orina era delgado, proyectado á poca distancia; caía perpendicularmente sin formar parábola y se interrumpía de cuando en cuando. Para facilitar su continuación se veía al enfermo hacer esfuerzos y tirar de su miembro con una mano;
- 4.^a No había dolores durante esta micción lenta é interrumpida.

Dije al enfermo que todos los días nos conserve la orina, y hemos visto cada mañana que esta era un poco turbia, y que dejaba depositar en el fondo de la vasija una notable capa de moco-pus. Después de algunos días, es decir, después que la estrechez disminuyó, esta cantidad de moco-pus ha disminuido también sensiblemente. Por lo demás, todas las veces que la he examinado con el papel reactivo, en el momento mismo de su emisión, he encontrado la orina ácida.

Por otra parte, el estado general ha sido siempre bueno. Solo un día hemos observado los escalofríos y fiebre, que observamos algunas veces en el curso de las enfermedades de las vías urinarias.

Algunos de los síntomas funcionales, que acabo de señalar, merecen que nos detengamos un instante. Que la orina sea muy lenta para salir, que salga por un chorro delgado, nada de esto debe sorprenderos. El conducto recorrido por el líquido ha perdido en calibre y en extensibilidad: no tiene nada de particular que los anteriores fenómenos se produzcan. Que el chorro se interrumpa, que sea de cuando en cuando reemplazado por una evacuación gota á gota, no veis en ello más que una cosa comprensible: la vejiga se ve obligada á contraerse energicamente para superar el obstáculo; sus contracciones

se suspenden y despues vuelven; si vuelven con la misma intensidad, reaparece el chorro; si lo hacen con una intensidad moderada, se verifica la proyeccion gota á gota.

Lo que tal vez os sorprende más, es esta emision de un copo moco-purulento al principio de la miccion, y este depósito igualmente purulento en el fondo de la vasija. Estos fenómenos son debidos á la existencia de una inflamacion supurativa por detrás de la estrechez, inflamacion análoga á la que veis sobrevenir en todos nuestros órganos huecos ó tubulados que se ven afectados de coartacion. Esta inflamacion empieza en la uretra por detrás de la estrechez; una vez que se ha hecho supurante, cierta cantidad de producto segregado se acumula detrás del obstáculo, y este producto es el que, arrastrado por una primera cantidad de orina, es expelido al principio de la miccion. Es probable que, en nuestro enfermo, la flegmasía se haya propagado á lo largo de la mucosa urinaria hasta el cuello de la vejiga, y sobre toda la superficie interna de este reservorio, de donde procede la secrecion moco-purulenta ó catarral cuyo producto se escapa mezclado con la orina, y se deposita en seguida poco á poco en la vasija donde ha sido recogida. Algunas veces la flegmasía se extiende á lo largo del uréter hasta la mucosa de la pélvis, de los cálices y de los conductitos urinarios del riñon, y en este caso el exámen microscópico de la orina permite justificar, además de los glóbulos de pus, las células epiteliales cilíndricas de la mucosa renal; pero en nuestro enfermo no he tenido que señalaros esta particularidad, porque no existe la flegmasía de las vias urinarias, no siendo sin duda bastante antigua para que haya podido propagarse hasta los riñones. Además, no encontramos los síntomas funcionales que indican la supuracion, no ya de los conductitos, sino del mismo parénquima renal, á saber: los dolores lumbares, la fiebre continua ó remitente, la pérdida del apetito y el aniquilamiento caquectiforme, que son las consecuencias de esta nefritis parenquimatosa supurada.

Resulta, Señores, de todo lo que precede, que tenemos en este enfermo (y será lo mismo en todos los que tengan estre-

checes uretrales) dos órdenes de fenómenos morbosos; los unos físicos, relativos á la flegmasía de las vías urinarias, flegmasía que parte del punto muy estrechado y propagado más ó menos profundamente al resto del aparato. No olvidéis esta distinción. Tendré además que enseñaros otras variedades más ó menos graves de estos fenómenos dinámicos, variedades que no se encuentran en el enfermo que hoy nos ocupa.

En resúmen, nuestro enfermo tenia una estrechez uretral al nivel de la porcion membranosa, con una flegmasía supurativa de las mucosas uretral y vesical, sin complicacion de fiebre ni de dolor.

¿Pero nuestro diagnóstico anatómico debia detenerse aquí, y no tendriais el derecho, recordando los datos anatomo-patológicos dados por nuestros autores, y de que antes os he hablado, de preguntarme cuál era el sitio exacto de esta estrechez, cuál era su punto de partida, cuál era su estructura?

A. En cuanto al sitio, ya os he dicho que se encontraba por detrás del nivel del arco pubiano, lo cual hemos podido apreciar siguiendo la extremidad de la candelilla al través de la piel del miembro y del escroto, y justificando que esta extremidad, antes de encontrar el obstáculo, pasaba bien por debajo del arco pubiano. Pero se dirá tal vez que, el haber franqueado la candelilla el arco pubiano no es una prueba de que el obstáculo esté en la porcion membranosa del conducto. Podria ser en la próstata. ¿No seria, por ejemplo, una de esas hipertrofias intra-uretrales que detienen algunas veces el paso de la orina y el de los instrumentos? Tengo por contestacion á esta objecion los resultados de una exploracion que he hecho con cuidado y que os recomiendo para los casos de duda, el tacto rectal. Lo he practicado despues de haber pasado una candelilla un poco gruesa, que ha sido detenida por el obstáculo. Yo no he sentido esta candelilla al nivel de la próstata. Estaba pues detenida por delante y distante de esta última; despues he introducido la candelilla que podia pasar, mientras que tenia un dedo en el recto; he sentido bien, despues de franqueado el obstáculo, que llega-

ba por delante de la próstata y que la recorria sin detenerse.

Pero si es evidente que este obstáculo no está en la próstata, y se encuentra detrás del nivel del arco pubiano, ¿dónde está, pues, precisamente? ¿Está en la porcion membranosa, está en la terminacion de la porcion esponjosa, está en la una y en la otra á la vez? Señores, es difícil responder por la clínica sola, porque allí donde la estrechez comienza á ser sentida por medio de la sonda llegada detrás del arco pubiano, se encuentran el principio de la una y el fin de la otra de estas porciones del conducto. La verdad es que en rigor nos es imposible decidirnos. Pero como las investigaciones cadavéricas nos han enseñado que el sitio de predileccion de las estrecheces es la terminacion de la porcion esponjosa y el principio de la porcion membranosa, y que esta última tiene siempre la parte más considerable, supongo que es allí, en la union de las dos regiones, y un poco más en la segunda que en la primera, donde se encuentra la estrechez. Si leeis ciertos autores encontrareis que hacen á menudo intervenir el bulbo en esta cuestion de sitio, y al mismo tiempo en la de la patogenia de las estrecheces. Permitid que me explique una vez para siempre sobre este punto. El bulbo no es hueco; es una prolongacion del tejido erectil, por debajo de la parte membranosa y detrás de la terminacion de la parte esponjosa del conducto propiamente dicho. No hay, pues, coartacion posible á expensas del bulbo ó de una pretendida porcion bulbosa. Lo repito, esta porcion bulbosa no tiene conducto, y por consiguiente no tiene estrechez. Decid, si quereis, que el bulbo puede haber participado de las lesiones de origen inflamatorio que ha ocasionado esta última; pero no os dejéis arrastrar por la oscuridad de ciertos autores, á creer que el bulbo toma una parte cualquiera en la estrechez.

B. En cuanto al punto de partida en la mucosa ó en el tejido conjuntivo subyacente, ó en las dos partes á la vez, no tengo ningun dato clínico para ilustraros sobre esto. Os he dicho ya, y añadido hoy, que para el pronóstico y el tratamiento esto no tiene grande importancia.

C. No es lo mismo respecto á la estructura. Habria interés

para conocer las probabilidades de resultado por la dilatacion simple, la mayor ó menor oportunidad de la dilatacion brusca, las probabilidades de pronta recidiva, en saber si el tejido accidental es inodular, fibroso simple y grueso ó fibroide. Yo bien sé que no es inodular, puesto que no ha habido antes herida uretral; pero ¿puedo afirmar que sea fibroso delgado, más bien que fibroso grueso? La probabilidad está por el primero más que por el segundo, á causa de la poca resistencia al paso de las candelillas; pero esto no pasa de ser una probabilidad.

En fin, para completar el diagnóstico teniamos que investigar aun cuál era la longitud de esta estrechez, y si era única ó múltiple. Por lo que se refiere á la longitud, siempre es difícil de apreciar. Los partidarios de la cauterizacion, que tenían interés en ilustrarse sobre este punto, á fin de no tocar con el cáustico más que las superficies enfermas, creían llegar al extremo de estas estrecheces con las candelillas llamadas emplásticas, las cuales terminaban por una punta encerada. Esta cera al llegar á la estrechez y atravesarla parece que deberia adaptarse á su longitud y llevar la señal; pero se ve en seguida que este procedimiento es infiel, porque ¿cómo sabian si la candelilla habia recorrido la totalidad ó solo una parte de la estrechez, si habia ó no pasado de ella? La ilusion era completa; como no ha durado hemos renunciado á este indicio, que es imposible y que felizmente no es útil obtener de una manera rigurosa.

En cuanto al número, estoy autorizado á creer que la estrechez es sola, porque ocupa la porcion membranosa, porque en general esta porcion no tiene dos á la vez, y porque, además, los obstáculos de la region prostática no están ni deben colocarse en la categoría de las estrecheces. Solo me creeria autorizado para admitir la existencia de los obstáculos, cuando despues de haber sentido una sonda de grueso calibre detenida en la porcion del conducto, hubiese franqueado este primer obstáculo con un instrumento más pequeño, y sentido en un punto un poco más lejos un nuevo obstáculo con un instrumento menos voluminoso que el primero. Pero como

aquí he recorrido fácilmente todo el conducto, hasta la porcion membranosa, con una sonda de agujeros ordinaria, estoy autorizado para decir que se trata de una estrechez única.

En suma, Señores, el único diagnóstico que nos ha sido permitido establecer, con los datos suministrados por la clínica, y con nuestros conocimientos anatómo-patológicos, es este: estrechez superficial, única, delgada, verosímilmente fibroide, fácilmente franqueable por las sondas y por la orina, estrechez que ocupa la porcion membranosa, con uretritis y cistitis ligera por detrás. Me detengo á resumir así, porque esta variedad es la que encontrareis más á menudo en la práctica particular, en los individuos de las clases acomodadas de la sociedad. Veis muchas veces venir á los hospitales enfermos poco sensibles y poco cuidadosos, que han observado despues de mucho tiempo que el chorro de la orina iba haciéndose delgado, pero que, no padeciendo ó padeciendo muy poco, no creían que su mal fuese peligroso, lo han conservado mucho tiempo sin hacer caso, y no han venido al hospital hasta el momento en que la coartacion se habia hecho infranqueable. Tendré á menudo ocasion de enseñaros ejemplos. Los enfermos de la poblacion tienen más sensibilidad, sienten antes los dolores de la uretro-cistitis concomitante, se encuentran además disgustados de la delgadez del chorro y de la lentitud de la emision de la orina. Es por lo que se hacen asistir antes de que la estrechez se haya hecho infranqueable.

Pronóstico.—De todos los detalles en que acabo de entrar resulta que el pronóstico era desde el principio y ha seguido siéndolo de los menos graves. En efecto, no solamente la enfermedad era bastante sencilla, sino que tambien fácil de tratar. La dilatacion progresiva y temporal se ha hecho fácilmente. Hemos colocado la candelilla núm. 18, es decir, de 6 milímetros de diámetro, y durante el tratamiento, que no ha sido de larga duracion, no ha sobrevenido ningun accidente. Continuaremos hasta que pueda penetrar el núm. 20 ó el 21, y cuando el enfermo salga, le aconsejaremos que se introduzca aun una candelilla, de uno de estos últimos números, dos veces por semana durante dos meses, despues una vez á la se-

mana durante tres meses, y luego una vez cada quince dias durante muchos años.

Esto es decir que yo no considero la dilatacion y el alivio obtenidos como definitivos y permanentes en nuestro enfermo. En efecto, es propiedad de las estrecheces uretrales reproducirse en seguida que cesa de dilatárselas, y por este motivo veis tan á menudo volver á nuestros hospitales individuos que han sido tratados ya una ó muchas veces, y que, no habiendo seguido el consejo, que no se me ha olvidado darles, de sondarse de tiempo en tiempo, han llegado á no poder orinar más que con dificultad y á presentar de nuevo síntomas físicos y funcionales análogos á los que hemos observado en este último enfermo.—;Cuántos vemos en los cuales estos síntomas se agravan por el desarrollo de una cistitis purulenta, ó de una nefritis, con absesos febriles más ó ménos frecuentes y una alteracion creciente de la salud!

No os extrañeis, Señores, de este hecho; es la consecuencia natural de las lesiones anatómicas de que os he hablado. La estrechez en definitiva es debida á una modificacion del tejido. ¿Qué hacemos nosotros por la dilatacion? Hacemos este tejido fibroso ó fibroide un poco más extensible de lo que era, pero no lo cambiamos. Queda suficientemente extensible, en tanto que le sometemos á la presion ejercida por las candelillas, pero vuelve á tomar su inextensibilidad cuando cesamos de dilatarlo. Más ó ménos tarde esta cesacion tiene lugar por una ú otra de las siguientes razones: unas veces, y es lo más á menudo, el enfermo al cual hace bien, á causa de la duracion del tratamiento, descuida el encargo de sondarse que se le ha hecho, ya porque la operacion le ocasiona un sufrimiento, ya porque, encontrando mejor el chorro de orina, se cree bastante curado y no hace caso de los consejos del cirujano. Otras veces las candelillas no son toleradas y causan á cada instante inflamaciones vésico-uretrales que agravan la situacion, haciendo perder por un lado lo que se gana por otro. En otras el conducto es friable y sangra al nivel de la coartacion; las candelillas lo desgarran, y resultan accesos de fiebre que alteran gravemente la salud, y podrian aun hacerse

mortales. En semejante caso el cirujano da el consejo de cesar el tratamiento y de esperar, para volver á empezarlo cuando se reproduzca la estrechez.

Resumo hoy este punto, diciéndoos: la estrechez uretral suele ser á menudo una enfermedad incurable. Se disminuyen los inconvenientes y los peligros por medio de tratamientos bien dirigidos; pero no olvidéis, que esta enfermedad abrevia muchas veces la existencia por las cistitis ó cisto-nefritis purulentas graves que la complican más ó ménos tarde.

Siento, sin embargo, elevarse una objecion contra esta última proposicion: ¿no se ve, me dirán, cierto número de individuos de cuarenta á cincuenta años, que despues de haber sido tratados por la dilatacion, no tienen jamás necesidad de volverse á ocupar de ella, y que perecen por causa de otra afeccion? Doy á esta objecion las tres respuestas siguientes:

1.^a Mi proposicion no tiene nada de absoluto; creo, en efecto, que entre los sugetos afectados de estrecheces los hay que no vuelven á tener ni la estrechez de la uretra, ni la cistitis consecutiva. Pero estos sugetos son la excepcion. No los encontráis en la práctica de los hospitales, porque son necesarias dos condiciones para que se obtenga este excelente resultado. La primera es que la estrechez no haya sido muy pronunciada, y que haya estado sometida á la dilatacion en la época en que la modificacion del tejido, que da la insuficiencia de extensibilidad, fuese aun poco pronunciada; la segunda, que el enfermo no sea aficionado á los alcohólicos, los cuales tienen la propiedad incontestable de determinar las cistitis, cuando ya existe una causa tan predisponente como una disminucion de calibre sobre un punto de las vias urinarias. Entre los enfermos particulares, que nos ofrecen estas condiciones más á menudo que los de los hospitales, es donde más especialmente pueden encontrarse las excepciones á la regla general que he dicho antes.

2.^a Es posible que cierto número de individuos, despues de haber sido tratados por una estrechez, padezcan otra enfermedad mortal antes que la coartacion y sus consecuencias hayan tenido tiempo de reproducirse.

3.º En fin, hay una circunstancia mal conocida que, en el hombre de edad algo avanzada, hace desconocer á menudo la estrechez uretral y atribuir á otra causa el catarro vesical de que está afectado, y que muchas veces es causa de la muerte. A medida que se adelanta en edad, la lesion fibroide de la estrechez se reblandece, se hace ménos extensible y sufre una trasformacion que se parece á un principio de curacion espontánea, de tal suerte, que, si hay necesidad de sondar al enfermo, penetran los instrumentos bastante grandes, y si se hace la autopsia, es aun más difícil de encontrar la estrechez de lo que llevo dicho. Por estas razones, no se sabe ó no se cree que el catarro vesical sea consecutivo á una estrechez; se supone que es primitiva ó que depende de una hipertrofia poco pronunciada de la próstata, mientras que en realidad ha tenido por origen la propagacion hácia la vejiga de la inflamacion uretral y la emision incompleta de la orina, por consecuencia del adelgazamiento progresivo de las fibras musculares de la vejiga. Estas, en efecto, despues de haber luchado mucho tiempo para sobrepujar el obstáculo uretral, han terminado por ser insuficientes y por dejar permanecer en la vejiga, despues de cada miccion, una notable cantidad de orina, haciendo posible la alteracion de este líquido y la irritacion de la mucosa por los productos amoniacaes de esta alteracion. En ancianos afectados de cistitis catarral, y en los cuales las candelillas y sondas de los núms. 16 ó 17 entraban fácilmente, me ha sucedido á menudo, saber que, despues de haber padecido muchos años una estrechez, de la que se creian curados, reconocieron, sondándolos con los números más gruesos, que la uretra no tenia su amplitud natural. Estos hechos, añadidos á otros muchos en los cuales la cistitis grave seguia más de cerca á la estrechez, me han dejado la desagradable impresion que antes he expresado, á saber: que casi siempre la estrechez de la uretra abrevia la existencia, y como, de la manera que tendré ocasion de hacéroslo observar, la estrechez es muchas veces consecutiva á una blenorragia mal tratada, insisto de intento sobre esta gravedad del pronóstico del uno, para prevenir del peligro de los tratamientos mal comprendidos del otro.

II.—*Recidiva de una estrechez fibrosa.*—El enfermo del número 36, que entró hace más de seis semanas y que hace dos años fué tratado otra vez en el Hotel-Dieu por una estrechez, nos ha presentado los síntomas físicos y funcionales que caracterizan esta enfermedad. Entre estos síntomas hay uno que tengo que hacer os observar, y es, que no solamente el chorro de la orina es delgado, cae perpendicularmente sobre las botas y es interrumpido á cada instante, sino que el enfermo instintivamente y á fin de hacer más fácil la salida, ha tomado la costumbre de ponerse en cuclillas para orinar siempre que las circunstancias se lo permiten. Cierta número de individuos os darán este dato, y podreis sacar en consecuencia que la estrechez es muy angosta y que el tratamiento será difícil y largo.

Este enfermo nos ofrece además algunas particularidades que voy á señalaros á la ligera.

La primera es relativa á la etiología. Su estrechez es consecutiva á blenorragias repetidas; pero podria bien haber sido ocasionada tanto por el tratamiento de estas blenorragias como por la enfermedad misma. Le habeis oido, en efecto, contarnos que en cada una (ha tenido por lo ménos tres) se ha hecho él mismo inyecciones de sulfato de zinc. No sabe en qué proporcion estaba esta sustancia, pero sabe bien que la inyeccion le hacia sufrir mucho, que la repetia, sin embargo, dos ó tres veces al dia, y que tenia cuidado cada vez de tener el conducto cerrado al nivel del glande, para obligar al líquido á permanecer durante muchos minutos en la uretra. Recuerda tambien que por dos veces, á consecuencia de la inyeccion, la uretra ha dado algunas gotas de sangre. Lo que sabe, en fin, es que, no obstante estas inyecciones, se ha curado muy lentamente, al cabo de diez ó doce meses, y que entonces renunció á este tratamiento. Tomad nota de este hecho; encontrareis otros análogos y no dejaré de señalarlos de nuevo el dia en que tenga que exponer mis ideas sobre la inutilidad y el peligro de las inyecciones irritantes en el tratamiento de la blenorragia en el hombre.

Verdad es que puede hacerse esta objecion: ¿Por qué la verdadera causa no ha de ser la blenorragia, puesto que ocasiona

á menudo las estrecheces provocando la exulceracion de la mucosa, y por consecuencia la trasformacion fibroide que constituye el tejido de la parte estrechada? Esto es justo; pero si añadís á esta causa la inflamacion un poco viva producida por un líquido irritante, sobre todo cuando la accion de este líquido llega hasta producir la solucion de continuidad, que se conoce por un derrame sanguíneo, ¿no veis que esta inflamacion terapéutica puede traer exactamente los mismos resultados que la inflamacion patológica? Vanamente podrán atrincherarse detrás de la teoría de la inflamacion sustitutiva. Por lo demás, aplicada al tratamiento de la blenorragia esta teoría, cae á cada instante por hechos en los cuales la inflamacion sustituida por la inyeccion es supurante tanto tiempo, si no más, como la misma inflamacion blenorragica. Además, admitiendo que la inflamacion sustituida haya sido favorable al derrame, si ella ha producido ó aumentado en la porcion membranosa esta flegmasia exulcerosa especial que produce las estrecheces, ha sido perjudicial; si, pues, por un lado ha hecho algun bien, por el otro ha hecho mucho mal.

La segunda particularidad concierne á la cuestion de recidiva. En efecto, este enfermo presenta los síntomas de una estrechez angosta, á pesar de haber sufrido hace dos años, y durante cuatro semanas, un tratamiento por las candelillas. No os asombreis de esta recidiva; ya os he dicho que era comun, y que lo era por la naturaleza misma de la enfermedad, es decir, por condiciones anatómicas irremediables, que no se corrigen más que temporalmente. Sin embargo, encontrareis, fuera de los hospitales sobre todo, individuos en los que un primer tratamiento deja el conducto bastante ancho durante un número de años más considerable de lo que ha sucedido aquí. Tenemos en nuestro enfermo actual, además de la condicion anatomo-patológica que le es comun con todas las otras, tres razones que explican la prontitud, y, como os diré luego, la gravedad de la recidiva. 1.º No ha querido dejarse tratar mucho tiempo en el Hôtel-Dieu; nos ha dicho, en efecto, que despues de haber llegado á las candelillas del núm. 14, habia notado que orinaba muy bien y que no tenia necesidad

de continuar por más tiempo; ha querido salir, á pesar de los consejos del cirujano, que le aseguraba que la curacion era imperfecta. 2.º Una vez fuera del hospital, ha dejado completamente de usar las candelillas, á pesar de haberle recomendado que se sondara dos ó tres veces por semana. Esta incuria la encontramos muchas veces, y hasta cierto punto se comprende; el cateterismo dilatador es siempre un poco doloroso, y se necesita tiempo; los pacientes no creen mucho en la necesidad de la operacion para soportar sus inconvenientes. 3.º En fin, es notablemente aficionado á los alcohólicos, y estos entretienen ó producen las flegmasías de las vías urinarias, las de la uretra, como las de la vejiga.

Pero lo que especialmente tengo que hacer resaltar en este individuo es la dificultad que hemos tenido para hacer penetrar la primera candelilla y para empezar nuestro tratamiento.

Recordareis en efecto que, el dia de su entrada, hace quince dias, he tratado de introducir candelillas de diversos calibres de goma, cera, ballena, sin poder hacer penetrar una sola. Lo mismo ha sucedido el segundo y el tercer dia. No solo trataba yo de introducir las tres ó cuatro clases de candelillas en la visita de la mañana, sino que recomendaba al interno de guardia que lo hiciera por la tarde, prescribiéndole que si una de ellas llegaba á entrar la dejara y la fijara. Durante cuatro dias, la estrechez no ha podido ser franqueada, á pesar de haber sido el enfermo sondado echado y de pié, de haber empleado las candelillas de forma olivar, las candelillas cónicas de extremidad torcida, como lo ha aconsejado Leroy d'Etiolles. No por eso habia declarado yo la estrechez infranqueable. Como la orina salia aun á chorro, si bien muy delgado y á menudo interrumpido, esta circunstancia me hacia creer que el calibre del conducto era bastante grande para dejar pasar las candelillas más delgadas, y que la dificultad del cateterismo era debida sin duda á una ligera desviacion del conducto, desviacion en la cual la candelilla no se habia introducido al principio, pero en la que, ayudando la suerte, terminaria por entrar. Es lo que efectivamente ha sucedido en la mañana del quinto dia. He podido hacer penetrar, sin grandes esfuer-

zos, la candelilla de ballena del núm. 5. He aquí, y os la recomiendo, la marcha que he seguido, á partir de este momento.

Una vez entrada la candelilla, tenia que escoger entre dos medios: retirarla al cabo de diez ó quince minutos, como se practica en el método de dilatacion llamado temporal, ó dejarla como en la dilatacion permanente. Adoptando la primera tenia que temer dos cosas: primero, que la estrechez, hecha así necesariamente muy angosta, se rehiciese y fuera infranqueable al otro dia ó en los siguientes; despues, que la dilatacion, suponiéndola no suspendida, fuese lenta y necesitara bastante tiempo para que el enfermo cansado y disgustado se desanimase y pidiese el alta demasiado pronto, como habia hecho ya en el Hotel Dieu. Adoptando la dilatacion permanente, es decir, dejando el instrumento, evitaba este último inconveniente. Es verdad que se presentaba una objecion: comunmente el instrumento que se deja introducido es una sonda, es decir, un instrumento hueco que permita pasar la orina. Aquí el instrumento era una candelilla, pero sin conducto; ¿cómo, pues, podria orinar el enfermo? Mi experiencia personal (porque he recurrido á menudo á este procedimiento de dilatacion permanente) no me permitia dudar que la orina se deslizaria entre la candelilla y el conducto y saldria sin dolor. Habeis podido ver lo que en efecto ha sucedido; el enfermo, despues de haber tenido la candelilla durante veinticuatro horas, nos ha asegurado que habia orinado sin retirarla y que no habia padecido. Tenia yo el fundamento para recurrir á este medio, que en todos los casos en que habia tenido necesidad de él me habia asombrado de la rapidez con que podia pasar de un número á otro mayor, es decir, de la rapidez con que se operaba la dilatacion, cuando la orina habia pasado cierto número de veces entre la candelilla y la uretra. Yo considero la orina, en tal caso, el principal cuerpo dilatador. No puede, en efecto, abrirse una via sin ejercer sobre la parte estrechada una presion que la hace ceder y que, por consiguiente, la dilata. En 1871 se ha presentado á la Academia de Medicina un trabajo histórico, destinado á hacer saber que

en época anterior la orina habia sido empleada como agente de dilatacion de las estrecheces uretrales, pero de otra manera que de la que acabo de hablar. Creo mi procedimiento más eficaz, porque se compone de dos agentes de dilatacion; la candelilla y despues la orina.

Esta misma candelilla, fijada por el procedimiento que habeis visto, es decir, por cuatro fuertes ligaduras de algodón atadas por una parte al instrumento y rodeadas por la otra, ya al rededor del glande, ya sobre la porcion cutánea del miembro por medio de un vendote de diaquilon colocado circularmente, y comprendiendo en sus vueltas las extremidades de estas ligaduras dos ó tres veces replegadas; esta misma candelilla, digo, ha permanecido en su sitio cuarenta y ocho horas. Al cabo de este tiempo, es decir, al sexto dia, habeis visto con qué facilidad he pasado la candelilla núm. 7, que el enfermo ha conservado, y con la cual ha continuado orinando sin dolor y sin pérdida de sangre. He pasado en seguida y siempre con facilidad al núm. 9. A partir de este momento, el enfermo se ha quejado de algunos dolores al orinar, y hemos visto salir una notable cantidad de pus. He creido entonces que debia cesar la dilatacion permanente y empezar la temporal; yo temia, continuando la primera, tener una propagacion á la vejiga de la inflamacion supurativa provocada en la uretra por la permanencia del instrumento. El contacto de este cuerpo extraño con la mucosa podia contribuir aun á la cistitis, y particularmente á la forma ulcerosa, que es una de las más graves. He, pues, abandonado el primer procedimiento y me he contentado con colocar la candelilla durante veinte minutos por la mañana y otros veinte por la tarde, reservándome, si habia imposibilidad de llegar á las candelillas de los números 18, 19 ó 20, el hacer la uretotomía interna ó la dilatacion forzada. Habeis visto que, al contrario de lo que suele suceder, todo ha ido bien, y que hemos llegado á la candelilla olivar del núm. 19, que se introduce por la mañana y por la tarde muy fácilmente. Además hemos tenido esta vez la docilidad del enfermo, que ha comprendido la necesidad de someterse al tratamiento todo el tiempo necesario. Estamos

hoy en el dia cuarenta, del tratamiento; el enfermo orina con facilidad con un chorro mucho mayor que otras veces, sin dolor y sin necesidad de ponerse en cuclillas. Es un buen resultado del tratamiento por la dilatacion. Si el enfermo persevera, trataremos de llegar al núm. 22 ó 20, para lo que necesitaremos aun unos quince dias, despues de los cuales le dejaremos salir, recomendándole que continúe sondándose dos ó tres veces á la semana y de no excederse en las bebidas alcohólicas. Pero yo no me atrevo á contar con que siga mis prescripciones, y como tenemos por otra parte la tendencia, tan á menudo invencible, á la retraccion de la parte de la uretra que se ha convertido en fibroide, es muy probable que la estrechez se reproduzca y reclame dentro de algunos años nuevos cuidados, á menos que la cistitis purulenta ó la fiebre urinosa no vengán á complicar la situacion y á determinar la muerte.

LECCION LX.

Estrecheces con retencion de orina.

Estrechez uretral inflamatoria y fibroide con retencion casi completa de orina.—Medios de remediar esta retencion concomitante.

SEÑORES:

El enfermo del núm. 38, de 49 años de edad, que hace tres dias entró, se queja de no haber orinado hace tres dias más que algunas gotas en cada vez, y de estar atormentado por un deseo incesante, que solo puede satisfacer muy imperfectamente.

Habeis visto que la region hipogástrica está combada, que la mano siente hasta el nivel del ombligo una resistencia particular, y que la percusion da un sonido macizo. La presion despierta alguna incomodidad y da más intensidad á los deseos de orinar. Es, pues, evidente, que de lo que se trata es de una retencion de orina, y que esta retencion es casi completa, puesto que el enfermo no arroja más que una pequeña cantidad de orina en cada vez, con grandes esfuerzos y con dolores demasiado vivos. Pero ¿á qué es debida esta retencion? ¿Podemos por lo ménos creer que depende exclusivamente ó en parte de alguna lesion material? Para contestar á esta cuestion he introducido con las precauciones ordinarias, á fin de evitar el desgarró y la hemorragia en la uretra, una sonda de plata del calibre de las de cartera. Esta sonda se ha detenido al nivel de la sínfisis del púbis. Entonces he introducido con las mismas precauciones diferentes candelillas, y he sentido que se habian detenido en el mismo punto; practicando el tacto rectal, me he asegurado de que los instrumentos no llegaban á la próstata y se encontraban detenidos

á cierta distancia por delante de ella. Ninguna duda hay por consiguiente; la retencion de orina coincide con una estrechez. El conmemorativo nos enseña además que el enfermo ha tenido muchas blenorragias y que las ha tratado todas con inyecciones irritantes.

Establecido este diagnóstico, tengo que discutir delante de vosotros dos cosas: 1.^a, ¿cómo explicar la coincidencia de una estrechez y de una retencion? 2.^a, ¿cuál es el medio de remediar esta última?

1.^o Por lo que se desprende de la explicacion, puede parecer muy natural. La uretra se ha hecho muy estrecha, y la orina no puede pasar por ella á causa de la misma estrechez. Pero, sin embargo, la cosa no es tan sencilla como la creerian los que diesen esta contestacion. Es verdad que la estrechez es muy angosta, pero ha podido admitir fácilmente, como os diré luego, la candelilla núm. 7; y hemos visto á menudo algunas muy angostas y sin embargo los individuos que la padecian vaciaban muy bien su vejiga. La miccion era lenta, el chorro delgado é interrumpido, pero en fin la vejiga se vaciaba. ¿Por qué no se vácia en nuestro enfermo? Evidentemente no es á causa de la insuficiencia del paso al nivel de la estrechez; porque desde el momento en que salen algunas gotas, es que hay un paso, y este paso existe lo mismo para una grande que para una pequeña cantidad de orina. ¿Es que habria por detrás de la estrechez algun otro obstáculo material y permanente que detendria la orina? Esto no es probable, porque si este obstáculo existiese, detendria siempre lo mismo la totalidad que una parte del líquido. Además, ya os he dicho que yo habia puesto el dedo en el recto para explorar la próstata. Si, pues, no he encontrado este órgano hipertrofiado al nivel de sus lóbulos laterales, yo no tengo razon ninguna para admitir que lo esté al nivel del lóbulo medio, el cual me seria imposible explorar con la sonda especial de Mercier, á causa de la estrechez.

Tenemos en realidad que escoger entre dos explicaciones, sin que haya motivos sérios para admitir la una más bien que la otra, y, es preciso decirlo, sin que la una más que la otra

nos ponga en camino de la mejor terapéutica. En una de esas explicaciones, que tiene el mérito de ser al mismo tiempo la que mejor conviene para la retencion de orina consecutiva á la hipertrofia de la próstata, se supone que las fibras musculares de la vejiga, despues de haber luchado mucho tiempo contra el obstáculo para la fácil salida de la orina, se fatigan, no son ya susceptibles de contraerse más que algunos instantes, el tiempo necesario para echar ocho ó diez gotas, caen en una palabra en ese estado que los antiguos llamaban parálisis, pero que yo prefiero mejor llamar, con Civiale y los modernos, *inercia*, insuficiencia de energía. Porque si hubiera parálisis, las fibras no se contraerian de cuando en cuando, como acabo de deciros que puede suceder; la palabra *inercia* indica mejor ese estado de debilidad que hace que la contraccion, cuando es escitada, ó cuando se disminuye el obstáculo que la entorpece, pueda despertarse y llegar á un estado casi normal. Podria, pues, deciros que esta retencion es la consecuencia de la inercia vesical, ocasionada por la lucha ya antigua de la vejiga contra el obstáculo opuesto por la estrechez.

En otra teoría que los trabajos de Civiale han honrado, no solo para el caso que nos ocupa, sino para ciertas retenciones de orina sin estrechez, se trataba, no ya de una insuficiencia, sino de un exceso de contraccion (contractura ó espasmo). Este exceso se verificaría solamente sobre el cuello. Hé aquí, por ejemplo, como, poco más ó ménos, M. Mercier desenvuelve esta opinion (1). En el momento en que el enfermo quiere orinar y en que la orina pasa por la estrechez se produce dolor, y este dolor, ya por consecuencia de una accion refleja, ya en virtud de una simpatía, es seguido de una contraccion espasmódica del cuello y tal vez de las fibras musculares de la porcion membranosa de la misma uretra; este espasmo instintivo dura tanto que, por su voluntad, el enfermo trata de contraer las fibras musculares del cuerpo.

(1) Mercier, *Investigaciones sobre una causa frecuente y poco conocida de retencion de orina*, Paris, 1844.

Es la continuacion de la lucha que, en todas las micciones normales, se establece entre las fibras musculares del cuerpo y las del cuello. En el estado normal estas fibras ceden y pasa la orina. En ciertas condiciones patológicas, y principalmente en las de que me estoy ocupando en este momento, no ceden, obran, por el contrario, con más fuerza que nunca y se oponen al paso. Todo esto es bastante ingenioso, pero no se apoya en ninguna prueba. Es por lo que yo no acepto esta teoría con el entusiasmo con que la han aceptado muchos de nuestros contemporáneos, M. Phillips (1) entre otros. Vais á ver tambien que, para darnos cuenta de los buenos efectos del tratamiento, que he empleado contra la retencion de orina de nuestro enfermo, la primera teoría es un poco más satisfactoria.

2.º *Para el tratamiento* habia en este sugeto dos indicaciones que llenar: remediar lo más pronto posible la retencion, y despues dilatar la uretra.

Hé aquí cómo he remediado la retencion; he podido introducir hasta la vejiga una candelilla olivar del núm. 7. La he dejado colocada durante tres minutos; despues he obligado al enfermo á hacer esfuerzos para orinar, en el momento en que yo la retiraba; un orinal colocado entre sus piernas debia recibir el líquido. Habeis visto, como yo, que el enfermo habia echado medio vaso de orina, despues de lo cual se habia detenido. Entonces he vuelto á empezar, es decir, que habiendo introducido de nuevo la candelilla y dejándola permanecer otros tres minutos, una cantidad notable de líquido (un poco más de medio vaso) ha podido ser expulsada en el momento en que la retiré. He hecho esta maniobra por tercera vez estando el enfermo de pié, y he obtenido una cantidad todavía mayor sin haber llegado, sin embargo, á la evacuacion completa de la vejiga. No he insistido más por no cansar las vias urinarias, y he prescrito al interno de guardia repetir las mismas maniobras dos veces durante las 24 horas.

(1) Phillips, *Tratado de las enfermedades de las vias urinarias*, Paris, 1860, pág. 35.

Cuando al dia siguiente por la mañana hemos visto al enfermo, la vejiga no estaba ya por encima del púbis, y el paciente nos ha dicho que no solamente habia orinado abundantemente en el momento en que se retiraba la candelilla despues de las dos introducciones prescritas, sino que tambien durante la noche habia orinado dos veces sin cateterismo prévio y con bastante facilidad.

Yo considero esta retencion de orina como terminada, y no tendré ya que ocuparme más que de la estrechez.

Emplearé la dilatacion temporal por mañana y tarde con las candelillas de goma de extremidad olivar, reservándome hacer la uretrotomía interna ó la dilatacion instantánea si llegara á encontrar una resistencia invencible á la introduccion de las candelillas. En el caso en que, por casualidad, la retencion de orina se produjese dentro de algunos dias, es probable que tuviera que recurrir á dejar la sonda introducida. El conducto estaria sin duda bastante dilatado para que una sonda de cierto calibre, y por lo mismo poco expuesta á obstruirse, pudiera colocarse.

Señores, despues de haberos expuesto la manera como he combatido en este enfermo la retencion de orina que complica una estrechez, puedo preguntarme si el resultado obtenido viene á traer un elemento importante á la teoría de la inercia ó á la del espasmo.

Es permitido en este punto diferir de opinion, pues que no hay por un lado ni por otro demostracion material que la apoye.

Confieso, sin embargo, que difícilmente comprendo que un cuerpo extraño, como es la candelilla, pueda hacer cesar la contraccion espasmódica ó la contractura del cuello vesical. Me parece, por el contrario, que irritando y provocando el sufrimiento, deberia, como se supone que lo hace el paso de la orina, producir una contraccion más violenta. Comprendo, por otra parte, que el cuerpo extraño, excitando la vejiga, provoque la contraccion de sus fibras entorpecidas y prolongadas por la distension, al mismo tiempo que la permanencia momentánea del instrumento abre un poco más la via uretral,

y hace más eficaces los esfuerzos de esta capa muscular. Hé aquí por qué os decia antes, que los resultados de nuestro tratamiento eran más bien favorables á la teoría de la inercia.

Por otra parte, no quisiera dejaros creer que se remediará siempre por este procedimiento la retencion de orina que complica una estrechez, y que el cirujano no tiene otro recurso á su disposicion.

En efecto, un primer caso pudo haberse presentado: hubiera sido posible que la estrechez fuese infranqueable, al ménos por algunos dias. ¿Qué hubiéramos hecho si semejante cosa hubiese sucedido? Habriamos esperado por dos razones:

Primero, porque sabemos por experiencia que estas estrecheces no cicatriciales no son indefinidamente infranqueables, y que con perseverancia, es decir, prolongando las tentativas de cateterismo y repitiéndolas muchas veces durante el dia, se termina por franquearlas. Hubiéramos hecho al cabo de algunos dias lo que hemos hecho el primero. Además, no habia peligro en la demora, pues que el enfermo orinaba por rebosamiento. Sin duda es una ventaja remediar lo más pronto posible esta dilatacion de las vias excretoras, pélvis y cálices, que acompañan forzosamente á el acumulo de orina en la vejiga, y produce una compresion atrofiante sobre la sustancia medular, y progresivamente sobre la sustancia cortical de los riñones. Sin embargo, la urgencia no es tanta que sea preciso, para evitar este inconveniente, exponer al enfermo á las consecuencias de una grave operacion, como lo es siempre la puncion de la vejiga, única que debe hacerse si fuese absolutamente necesario vaciarla. Habriamos, pues, esperado, y probablemente obtenido de la misma manera el resultado al cabo de algunos dias.

En segundo lugar, hubiese sido posible que habiendo penetrado la candelilla, el enfermo no lograrse expulsar la orina en el momento de retirarla. Entonces hubiéramos tenido lugar de escoger entre dos recursos: dejar una sonda permanente ó la uretrotomía.

La sonda permanente parece ser lo más racional, y tal vez os preguntareis por qué no he recurrido á ella en seguida con

preferencia al medio que he empleado. Hé aquí mi razon. La sonda hubiera sido necesariamente muy pequeña, puesto que únicamente el núm. 7 hubiera podido introducirse, y una sonda semejante se obstruye pronto por las mucosidades y cesa de funcionar. Nos habriamos visto, pues, obligados á retirarla al cabo de algunos minutos y despues de haber extraido poca orina. Yo hubiera hecho, sin embargo, la tentativa, si hubiese sido necesario, porque pudo haber sucedido que la orina no llevara mucosidades y saliese sin trabajo. Entonces tal vez hubiésemos llegado á un buen resultado cambiando la sonda muchas veces al dia. En suma, este remedio, aunque susceptible de dar buen resultado, es ménos sencillo y ménos seguro que el precedente. Hé aquí por qué he empleado este en primer lugar.

Teniamos, además, el recurso de la uretrotomía interna ó de la divulsion.

Es probable, en efecto, que habiendo entrado la candelilla núm. 7 hubiéramos podido hacer penetrar en seguida la candelilla conductriz y el conductor metálico, cuya introduccion en las vías urinarias constituye el primer tiempo de estas operaciones. Una vez obtenida la dilatacion, hubiéramos puesto la sonda permanente durante cuarenta y ocho horas, conforme con la costumbre que hemos tomado, por las razones que os daré cuando nos ocupemos de estos modos de tratamiento. No he recurrido á ella desde luego, porque la introduccion reiterada de la candelilla me ha parecido sencilla y ménos inofensiva, y porque deseaba poner al corriente de este recurso terapéutico á aquellos de vosotros que, no estando familiarizados con la uretrotomía y la dilatacion forzada, ó no teniendo á mano los instrumentos necesarios, se encuentren un dia en presencia de un enfermo afectado como el nuestro de una retencion de orina con estrechez uretral notable. Daré el consejo, teniendo en cuenta los progresos que estos métodos nuevos han hecho en estos últimos años, de recurrir en seguida á uno de ellos en semejante caso. Este seria el medio de remediar pronto la retencion y la estrechez; pero es preciso contar con las dificultades de la práctica. Además,

cualesquiera que sean los progresos de que acabo de hablar, tendremos siempre médicos que no estarán bastante seguros de sí mismos para recurrir á los procedimientos de la dilatacion brusca, y que no retrocederán ante el empleo de una candelilla delgada.

A pesar de estos progresos, hay que correr siempre algunos peligros más con el uretrótomo ó el dilatador que con la candelilla. Hé aquí por qué he tenido cuidado de ponerlos al corriente de un procedimiento sencillo y más fácilmente ejecutable, al mismo tiempo que os hacia observar que lo mejor, si se estuviese bien al corriente de los otros medios, seria utilizarlos en seguida.

LECCION LXI.

Estrechez uretral con fiebre urinosa.

Estrechez fibrosa cicatricial, angosta, dificilmente franqueable.—Ligera salida de sangre en una tentativa de cateterismo.—Fiebre urinosa aguda y mortal.—Consideraciones sobre esta última enfermedad.

SEÑORES:

Hemos tenido durante algunos dias, en el núm. 39 de la sala de la Santa Virgen, un hombre de 37 años, que os ha suministrado una vez más la ocasion de estudiar los fenómenos funcionales y físicos de una estrechez uretral muy angosta.

Habéis observado conmigo los esfuerzos considerables que el enfermo hacia para orinar, la miccion por un chorro delgado y no parabólico, en ciertos momentos la salida de la orina gota á gota, la intermitencia en la evacuacion, la necesidad frecuente, la salida del moco-pus al principio de la miccion, la precision de estirar el enfermo su miembro mientras orinaba, el depósito en el fondo del vaso de un humor viscoso, moco-purulento, indicio de una cistitis intensa. Además, hemos tenido la imposibilidad absoluta, durante algunos dias, de hacer pasar una candelilla, que se detenia obstinadamente detrás del nivel de la sínfisis pubiana, evidentemente en la porcion membranosa de la uretra.

Tengo aun que señalaros en este enfermo una particularidad, que se encuentra en muchos otros, y particularmente en el que nos ha ocupado ya (pág. 160); y es que, á pesar de ser tan angosta la estrechez, á pesar de los esfuerzos considerables, á pesar de la existencia de una cistitis incontestable, el enfermo no ha sufrido nada; no ha tenido dolores ni antes, ni durante, ni despues de la miccion. En esto difiere de un gran

número de los que, afectados de estrechez con cistitis, tienen padecimientos de orina tanto más crueles cuanto más frecuentemente se hace sentir la necesidad. Estos mismos enfermos que sufren tienen también fiebre de cuando en cuando; el nuestro nada parecido ofrece. ¿Por qué? No podemos invocar aquí más que un defecto de sensibilidad propia de ciertos sujetos, y que encontramos más á menudo en los enfermos de los hospitales que en los de la práctica particular. Os haré observar solamente, que esta ausencia de dolor coincide muchas veces, en nuestros enfermos de los hospitales, con la mayor estrechez. Esto se concibe: la uretra se estrecha cada vez más, porque no está dilatada, y no se le dilata, porque el enfermo, no advertido por el dolor, permanece indiferente y no se hace cuidar.

Una palabra ahora sobre la etiología y la naturaleza de esta estrechez.

Aquí observad bien dos cosas: este hombre tenía 37 años, es decir, aun era joven y, sin embargo, tenía una estrechez muy pronunciada, y esta coincidencia de la juventud del individuo con la estrechez tan notable es rara. Es preciso, en general, un número de años bastante considerable para que la uretra llegue á una disminucion tan grande de su calibre. Pero el hecho se explica por el mismo origen de la enfermedad; la estrechez progresa mucho más aprisa cuando es consecutiva á una solucion de continuidad con sangre ó herida, y formada por un verdadero tejido fibroso cicatricial, que en los casos en que se produce despues de las inflamaciones espontáneas, de que os he hablado (pág. 149), en que producen más bien un tejido fibroide que fibroso.

Guiado por estas nociones, he preguntado al enfermo si habia tenido antes alguna herida en la uretra. Me ha contestado que no se habia caido jamás sobre el periné, ni se habia introducido en el conducto cuerpos extraños que hayan podido herirle; pero nos ha dicho que hace dos años, siendo militar, tuvo una blenorragia que le habian tratado con inyecciones irritantes, probablemente de nitrato de plata á altas dosis. Despues de dos de estas inyecciones ha perdido una notable

cantidad de sangre, lo que prueba que la uretra ha sido el asiento de una solucion de continuidad sangrienta y reciente, como la que habria producido un instrumento cortante ó contundente obrando sobre una superficie un poco extensa del conducto. No ha sido necesario para producir la reparacion por un tejido fibroso cicatricial; y mientras que en la blenorragia sin sangre y la coartacion hecha infranqueable á las candelillas vemos á menudo pasar 20 á 25 años, han bastado aquí 15 años para dar este resultado, porque el tejido fibroso cicatricial es más retractil que el tejido fibroide.

Conservad, pues, de este hecho el recuerdo de que en los casos en que veais una estrechez muy notable en un individuo jóven aun, que no hace datar á más de 10 ó 12 años la blenorragia origen de ella, puede creerse que esta es cicatricial, y dirigid los recuerdos del enfermo hácia esta cuestion: ¿la uretra, en el curso de la blenorragia, ha sangrado á consecuencia de inyecciones irritantes, ó despues de la maniobra imprudente, de que aun oís hablar á algunos enfermos, que consiste en romper bruscamente la uretra en una blenorragia de garabatllo?

Esta circunstancia de una estrechez angosta y cicatricial, con cistitis purulenta, daba cierta gravedad al pronóstico de este enfermo. Teniamos que temer una resistencia, prolongada mucho tiempo, á la dilatacion, y en el caso de que esta dilatacion se hubiese obtenido, una recidiva pronta y no menos rebelde. Pero las cosas han ido más mal de lo que yo habia previsto.

Las estrecheces uretrales y todas las enfermedades de las vías urinarias nos ofrecen, en efecto, como otras enfermedades quirúrgicas, las hérnias por ejemplo, este carácter molesto, que al lado del peligro de esas enfermedades, cuando no son tratadas, hay el peligro del tratamiento quirúrgico, peligro ocasionado ya por una falta del operador, ya por uno de esos incidentes que, aunque señalados como posibles, no han podido ser evitados.

Nuestro enfermo ha sido víctima de uno de estos incidentes. Hé aquí lo que ha sucedido.

Yo me proponia someterle á la dilatacion forzada por medio del instrumento de Voillemier, y para esto era necesario que la candelilla conductriz pudiese pasar. Era preciso, pues, preparar la vía por medio de las candelillas. A este fin hemos introducido mañana y tarde, conduciéndola con la lentitud y la suavidad siempre indicadas en semejantes circunstancias, una de las candelillas más delgadas, unas veces de goma, otras veces de ballena. Esta tentativa ha sido continuada diez dias sin resultado, es decir, sin que hayamos podido entrar en la vejiga una sola vez. La estrechez no era, pues, franqueable por las candelillas, bien que continuase siendo franqueada por la orina. Por eso yo no me inquietaba mucho, y creia que un dia ú otro llegaríamos á ella; veia, por lo demás, con satisfaccion que la uretra no estaba muy dolorida, que no sangraba, y que no sobrevenia ningun movimiento febril. Pero hé aquí que á las seis de la tarde del undécimo dia una última tentativa de cateterismo, hecha por el interno de guardia con una candelilla de ballena, ha sido seguida de una pequeña salida de sangre de la uretra; media hora despues el enfermo siente necesidad de orinar y la satisface sin más dificultad que de ordinario. Una hora más tarde fué atacado de un violento escalofrio, con castañeteo de dientes, enfriamiento y temblor de todo el cuerpo, que dura más de una hora, y es seguida de una reaccion intensa, con gran frecuencia de pulso, calor general, dolores violentos á lo largo del miembro; á las diez de la noche, cuatro horas despues de este último cateterismo, sucumbió el enfermo.

No es la primera vez que vemos en la práctica un acceso de fiebre precedido de un gran escalofrío en los enfermos de las vías urinarias, y casi todas las veces, que se ha presentado ocasion, os he hecho observar que el acceso habia sobrevenido poco tiempo (entre una hora y media y dos horas) despues de la miccion, que habia seguido á una operacion ó á un accidente que hubiese producido la salida de sangre, es decir, una herida ó el desgarró de la mucosa uretral. Mientras que á otros enfermos los habeis visto restablecerse pronto, ó si por casualidad ha sobrevenido la muerte, esta se ha hecho esperar

dos ó tres días, en este ha venido muy á prisa, cuatro horas despues del cateterismo.

Antes de investigar la explicacion teórica de este hecho singular, dejadme exponeros los resultados de la autopsia que acabamos de practicar.

Examinad primero las vias urinarias. Pongo á vuestra vista el conducto uretral, que ha sido hendido en el sentido de su longitud. Veis al nivel del bulbo y de la porcion membranosa, en una extension de centímetro y medio en el sentido antero-posterior, una superficie desigual presentando una série de pequeños relieves y de ligeras depresiones, que le dan un aspecto areolar. Tocando esta superficie, la encontrais más dura que en los puntos en donde el conducto ha quedado en el estado normal. Si la hendimos con un escalpelo, encontramos por debajo de ella un tejido blanquecino, fuerte y resistente, que tiene uno ó dos milímetros de espesor, y cuyo aspecto es el del tejido fibroso. Si tratais de estirar este tejido tirando con los dedos, veis que cede mal y es mucho ménos extensible que en los puntos sanos de la pared uretral. Reconoceis, en una palabra, los caractéres del tejido fibroso, tales como nos lo había hecho suponer el conmemorativo. Veis tambien que al nivel de esta formacion fibrosa, en medio de la cual me es imposible distinguir lo que pertenece á la mucosa y lo que pertenece al tejido conjuntivo sub-yacente, el conducto está no solo estrechado en una extension de más de un centímetro, sino aun mucho más en un punto muy limitado. Un estilete apenas puede pasar por este punto; y podeis ver que este estilete, bastante fácil de introducir de detrás adelante, es decir, en el sentido que corria la orina en el momento de la miccion, entra con mucha más dificultad de delante atrás; es detenido, como lo han sido las candelillas durante la vida, por una especie de brida en forma de válvula. Tenemos, pues, en la existencia de este punto tan estrechado y valvular, en medio de una estrechez bastante larga, la explicacion de las dificultades del cateterismo. Es en vano que yo busque, al nivel de la coartacion, los vestigios de la pequeña herida hecha por la última candelilla introducida. Esta herida ha debido exis-

tir puesto que la uretra ha dado sangre; pero es tan superficial que no podemos distinguirla de los demás puntos de esta superficie areolar.

Ved ahora el resto de las vías urinarias. La próstata está sana. La vejiga nos ofrece por detrás de su cuello y sobre su base algunas arborizaciones vasculares de la mucosa y un poco de engrosamiento, que bastan para darnos cuenta de la presencia del moco mezclado con la orina durante la vida. Los riñones, aparte de algunas manchas blancas poco extensas, que es permitido atribuir á depósitos de materia plástica inflamatoria, sin ninguna mezcla de pús, están en estado sano. En una palabra, veis un rudimento de las lesiones urinarias que son habituales despues de las estrecheces; pero ninguna es bastante seria para explicar la muerte fulminante que ha sobrevenido.

¿Se encuentra la explicacion en alguna otra lesion visceral independiente de la estrechez? Hemos buscado en todas partes y nada hemos encontrado; ninguna perforacion intestinal; nada de apoplejía pulmonar; nada de embolia; ninguna lesion cerebral. Hemos terminado la autopsia sin poder enseñaros ninguna lesion que nos dé cuenta de la muerte. Es preciso, pues, que esta haya sido producida por una causa cuyos efectos quedan inaccesibles á nuestros medios ordinarios de investigacion.

Abordo ahora la cuestion teórica de que hablaba antes, y me pregunto cómo y por qué ha sobrevenido este fulminante acceso de fiebre.

Para contestar consulto nuestros autores clásicos, y hé aqui lo que me indican:

Antes de 1840 los autores no han hablado de las fiebres graves, algunas veces mortales, que vienen á complicar las enfermedades, al parecer ligeras, de las vías urinarias. En esta época, Velpeau (1) dió, en el hospital de la Caridad, cierto número de lecciones sobre este asunto, é insistió especialmente sobre

(1) Velpeau, *Lecciones orales de clínica quirúrgica*, tomo III, página 324.

las fiebres que sobrevienen á consecuencia del cateterismo. Al mismo tiempo que ha tenido el mérito de fijar el primero la atencion de los cirujanos sobre este importante asunto, ha dado la explicacion diciendo que los accidentes podian muy bien ser producidos por la absorcion de la orina ó de algunos de sus materiales; pero no ha ido muy lejos en esta explicacion, porque no tenia para apoyarla más que un pequeño número de hechos, los muy raros de fiebre despues del cateterismo. Tambien durante algunos años los cirujanos se han limitado á comparar el acceso de fiebre en cuestion al de las fiebres intermitentes, y á creer que, si tomaba el carácter pernicioso, este acceso podia llevarse pronto al individuo. Hubieran dicho, por ejemplo, que nuestro enfermo habia muerto de un primer acceso de fiebre intermitente perniciosa, relacionada con su enfermedad uretral ó con el dolor causado por el paso del instrumento en la uretra.

Sin embargo, pocos años despues de las primeras nociones suministradas por Velpeau, uno de los discípulos de este gran profesor, M. Perdrigeon, sorprendido por algunos hechos de que habia sido testigo en las mismas salas del profesor, emitió la opinion (1) de que la fiebre consecutiva al cateterismo era debida á la absorcion y al paso á la sangre de la orina amoniacal, que á menudo contiene la vejiga de los sugetos afectados de uropatía. M. Perdrigeon, en una palabra, acentuaba más fuertemente la teoría, que Velpeau habia presentado con un poco de indecision.

Yo, despues de los trabajos de Velpeau y de Perdrigeon, no he cesado de enseñar que los accidentes febriles de las vías urinarias eran de dos especies, los unos independientes de una operacion, los otros consecutivos á las soluciones de continuidad hechas por el cirujano. Para estas últimas, comparando los accesos con escalofrios con los de la infeccion purulenta y de la fiebre intermitente, en los cuales me parece evidente que el escalofrio inicial coincide con la entrada en la economía de un veneno orgánico; aplicando esta

(1) Perdrigeon, *Tesis de Paris*, 1853, núm. 93.

nocion, incontestable para mí despues de las experiencias que he hecho en 1856, y que consistian en poner soluciones ioduradas sobre las heridas; aplicando, digo, á las heridas de la mucosa uretral esta nocion, que todas las heridas son absorbentes, no he dudado en creer que los desgarros recientes de la uretra pueden absorber la orina, que esta absorcion es la causa de los accidentes febriles despues del cateterismo, y que estos accidentes son más ó ménos graves, segun la cantidad de orina absorbida, y segun que está más ó ménos alterada en su composicion. Pero me faltaba lo que á mis predecesores: saber hechos bastante numerosos y bastante sorprendentes para fijar la opinion.

La uretrotomía interna es la que ha suministrado estos hechos, y es á M. Maisonneuve á quien se debe el haberlos hecho servir para una demostracion más ámplia de la teoría de Velpeau. Encontrais las ideas de este cirujano muy bien expuestas por M. Saint-Germain (1) en 1861, y por M. Reliquet (2) en 1865. En efecto, estábamos entonces al principio, si no de la invencion, al ménos de la extension de la uretrotomía interna aplicada á las estrecheces, y los prácticos estaban divididos en la cuestion de saber si convenia ó no poner una sonda permanente despues de esta operacion. M. Maisonneuve hizo observar que el escalofrio de la fiebre uretral sobreviene despues de la primera miccion que sigue á la operacion, es decir, despues que la orina acaba de pasar sobre la herida reciente. Si se introduce una sonda y esta deja pasar bien toda la orina, no hay ni escalofrio ni fiebre. He hecho, por mi parte, observaciones análogas y he sacado en consecuencia con M. Maisonneuve esta opinion adoptada igualmente por el profesor M. Sedillot (3), que la fiebre es la consecuencia de la absorcion de la orina por la herida reciente, y que el mejor modo de evitar esta intoxicacion despues de la uretrotomía, es poner una sonda permanente.

(1) Saint-Germain, *Tesis de Paris*, 1861, núm. 46.

(2) Reliquet, *Tesis de Paris*, 1865.

(3) Sedillot, *Memorias de la Academia de Ciencias*, 4 noviembre 1861, y *Concurso á la cirujia*, Paris, 1869.

Seguramente falta aun alguna cosa á la demostracion, puesto que no podemos encontrar en la sangre el principio deletéreo ó veneno procedente de la orina. Se convendrá, por lo tanto, en que vamos ya bien lejos en este camino con los resultados de la uretrotomía, pues que estos resultados son buenos, es decir, que no hay ni escalofrio ni fiebre, todas las veces que se ha podido satisfacer la indicacion de impedir el paso de la orina sobre la herida reciente. Por lo demás, tendré que volver á ocuparme de este punto, cuando se presente la ocasion de ocuparme de la uretrotomía interna.

Voy pues á resumir sobre este enfermo. Tenia una estrechez fibrosa muy angosta. Esta estrechez ha sido desgarrada por una candelilla y ha tenido, á consecuencia de esta herida tan ligera, una intoxicacion urinosa debida al paso de la orina sobre la pequeña herida, y á la absorcion de este líquido ó de alguno de sus materiales; y como los síntomas por los cuales se ha manifestado la intoxicacion han sido los de una fiebre intensa, podemos decir, empleando una de las expresiones que se han dado en estos últimos tiempos, que ha muerto de una fiebre uretral, ó de una *fiebre urinosa*. Yo prefiero esta última denominacion, porque se aplica á otros casos en que la solucion de continuidad, que sirve para la absorcion, está en la vejiga, en vez de estar en la uretra.

Acordaos pues, Señores, que nos hemos encontrado en presencia de un hecho excepcional por su gravedad, y que la fiebre urinosa traumática (pues hay una espontánea) se presenta bajo dos formas: la una muy grave y rápidamente mortal, que es indudablemente la más rara, es de la que hemos sido testigos; la otra benigna, mucho más frecuente, que desaparece al cabo de algunas horas para no volverse á reproducir, ó para ser seguida de un segundo acceso y algunas veces de un tercero, aun más benignos que el primero, y que no toman gravedad más que en los casos, felizmente muy raros, en que encontrándose la herida avivada por el uso reiterado de las sondas, la intoxicacion se renueva muchas veces en un corto espacio de tiempo. ¿A qué se deben estas diferencias de gravedad entre la forma maligna y la forma

benigna? ¿Es á la cantidad de orina absorbida? ¿Es á la presencia de materiales más ó ménos deletéreos contenidos en este líquido en el momento en que se pone en contacto con la herida? ¿Es á variedades de resistencia á la accion de los venenos urinosos? Nada de positivo puedo decir sobre esto, pues la ciencia no posee sobre estos puntos ningun dato exacto.

LECCION LXII.

Uretrotomía interna.

Estrechez fibrosa muy pronunciada.—Uretrotomía interna.—Comparación de los tratamientos por la dilatación progresiva y por la dilatación brusca.—Precauciones que deben tomarse para evitar los peligros de esta última.—Descripción del método operatorio para la uretrotomía interna.—Necesidad de la sonda permanente durante treinta y seis ó cuarenta y ocho horas.

SEÑORES:

Me habeis visto practicar hace tres días la operación de la uretrotomía interna al enfermo núm. 28 de la sala de hombres. Se trataba de un hombre de 39 años, venido de las fraguas de Decazeville para hacerse operar, y que, por razones imperiosas, no podía permanecer más de quince días separado de sus ocupaciones.

Os dispenso los detalles relativos á los síntomas y al diagnóstico.

Habia detrás del nivel de la sínfisis pubiana, en la region membranosa de la uretra, una estrechez angosta, pero franqueable. Las candelillas números 6 y 7 han podido penetrar en seguida, solo que quedaban muy apretadas. La exploración con la candelilla olivar me autorizaba á creer que no habia más que una sola estrechez. Aun cuando no hayamos tenido ningun dato que nos indicara que el conducto habia sido otras veces el sitio de una herida con sangre, y que hayamos debido referir la enfermedad á una inflamación crónica ocasionada por muchas blenorragias, tratadas por medio de inyecciones irritantes, he encontrado el tejido de la estrechez bastante resistente, para suponer que era de naturaleza fibrosa más bien que fibroide. Esta estrechez era dolorosa; el enfermo sufría algo en cada

miccion. Habeis visto, además, que el paso de la candelilla habia despertado una gran sensibilidad. La orina solo depositaba una pequeña capa en la superficie, lo que me ha hecho suponer que la cistitis consecutiva era muy moderada. No habiendo tenido el enfermo ningun acceso de fiebre, he debido considerar esta estrechez como una de esas que no la producen.

Despues de haber explorado una sola vez la uretra, el dia siguiente de la entrada del enfermo, he dejado á este descansar cuarenta y ocho horas, le he purgado, le he hecho tomar dos baños, le he dado la infusion de parietaria, y he decidido someterle al tratamiento de la dilatacion rápida, por medio de la uretrotomía interna.

¿Por qué esta preferencia? Para contestar á esta pregunta examinemos aun una vez qué nos proponemos y podemos esperar del tratamiento de las coartaciones uretrales, y por qué clases de peligros tenemos que hacer pasar á los pacientes para conducirlos al resultado menos malo posible.

Lo que nosotros quisiéramos lo sabemos perfectamente; quisiéramos devolver para siempre al conducto su calibre y su extensibilidad natural, haciéndole perder la retracilidad que existe al nivel del punto estrechado. Pero para llegar á estos resultados seria preciso volver el tejido patológico al estado de tejido sano, es decir, sustituir por el tejido flexible y extensible del estado normal el tejido rígido é inextensible que ha formado el trabajo inflamatorio prolongado. ¿Podemos hacer nosotros esta sustitucion? No. Ya os lo he dicho varias veces, en la gran mayoría de casos no podemos. Si exceptuamos algunas estrecheces fibroides muy delgadas, poco angostas, que, una vez bien dilatadas, parece que no vuelven á reproducirse, en la inmensa mayoría de casos, y sobre todo en aquellos en que la estrechez es francamente fibroide y muy angosta, es incontestable que podemos obtener un aumento de calibre; podemos, despues de este aumento, tener una disminucion del dolor y de la cistitis consecutiva, apartar al paciente de los peligros de la supuracion de las vias urinarias que le amenazaban. Pero estos resulta-

dos, una vez obtenidos, si el enfermo no puede ó no quiere continuar el uso de los medios que le habian mejorado, el tejido fibroso, que continúa existiendo, vuelve de nuevo sobre sí mismo y poco á poco da al conducto su antigua estrechez con todas las consecuencias funcionales que sabeis. Lo que nosotros podemos obtener, por consiguiente, es un alivio; solo que este alivio es de más ó ménos duracion, es decir, se prolonga muchos años ó solo algunos meses, segun que la resistencia del obstáculo ha sido más ó ménos grande, por lo cual hemos dilatado más ó ménos el conducto.

Es triste añadir al lado de esta insuficiencia de resultados, que, para obtenerlos, nos vemos obligados á exponer al paciente, en cierto grado, á los accidentes del mismo tratamiento.

Me explicaré: cualquiera que sea el tratamiento hay siempre, como medios inevitables, que introducir instrumentos en la uretra. Nuestros predecesores no han dicho lo bastante, y nosotros solo sabemos, despues de los primeros trabajos de Velpau y de sus discípulos sobre la fiebre del cateterismo, y sobre todo despues de las observaciones suministradas por la uretrotomía interna, que todas las veces que se introduce un instrumento en la uretra puede hacerse sangrar este conducto, y todas las veces que se le hace sangrar se expone al herido á un acceso de fiebre urinosa.

No vayais, Señores, más allá de mi pensamiento, y que mis palabras no tengan sobre vosotros la propiedad de hacerlos pusilánimes, cuando os encontréis en presencia de los enfermos.

Además, podeis tener necesidad de tratar uretras que no se desgarran fácilmente; despues podeis, y es vuestro deber, conducir los instrumentos con mucha suavidad y lentitud para no desgarrar nada, ó, si el tejido es muy flojo, desgarrarlo muy poco y de una manera inofensiva; no todos los sujetos, cuya uretra se desgarran y sangra, tienen fiebre; hay muchos que escapan á ella, y entre los que son atacados la mayor parte curan pronto. Vamos á ver, en fin, que tenemos á nuestra disposicion medios preservativos contra la fiebre uri-

nosa. Pero, no obstante estos lados buenos de la cuestion, no es menos cierto que el cateterismo, sobre todo en los casos de estrecheces, expone siempre algo á un desarreglo de la salud y algunas veces á la muerte, aunque antes no podamos prevenir que tal enfermo está más predispuesto á ella que tal otro.

Colocado entre estas dos dificultades, la de exponer al paciente, por la falta de tratamiento, á todas las consecuencias de una coartacion, que será cada vez más difícil, ó la de exponerle á los peligros del tratamiento, al mismo tiempo que la probabilidad de una mejoría tanto más duradera cuanto más lejos se haya llevado la dilatacion, el cirujano no debe dudar. Por un lado, nada bueno se puede esperar; por otro lado, puede esperarse obtener algo malo, pero tambien mucho bueno, sin que este bien sea la vuelta completa á la salud. Por consiguiente, es necesario intervenir, teniendo bien presentes las consecuencias posibles de la intervencion y tomando todas las precauciones para evitarlas; ó si no se pueden evitar, para aminorarlas. La dificultad, como vais á ver, no es tan grande como habrian podido hacer creer mis primeras palabras; lo importante es conocer bien los accidentes y los medios de prevenirlos. El error que nuestros antecesores han tenido, y que tienen aun muchos autores modernos, es no habernos instruido lo suficiente sobre este punto. Yo ensayo á llenar este vacío, persuadido como estoy de que el mejor medio de evitar ó aminorar un peligro, es conocerlo bien, y afrontarlo despues de haberse armado de todos los medios de que se puede disponer para conjurarlos.

Esto dicho, podemos llegar al punto indicado por dos grandes métodos, la dilatacion progresiva y la dilatacion brusca (1), y para volver á la cuestion de preferencia indicada antes, voy á comparar las ventajas y los inconvenientes de uno y de otro.

A. La dilatacion progresiva (por las candelillas ó por los catéteres metálicos de Beniqué), tiene las ventajas:

(1) Yo comprendo en el método de la dilatacion brusca la uretrotomia interna y la divulsion.

1.º Evitar al paciente una operacion más ó ménos dolorosa.

2.º Exponer ménos que el otro método á los desgarros de la uretra y á la fiebre urinosa.

3.º Ser continuada todo el tiempo necesario, sin que el enfermo se vea obligado á permanecer en la cama ni á abandonar sus ocupaciones.

Tiene los inconvenientes:

1.º De necesitar mucho tiempo, seis á ocho semanas, para llegar á las candelillas del núm. 20 ó 22, que corresponde al calibre de 6 $\frac{1}{2}$ á 7 milímetros de diámetro (el calibre normal es de unos 8 milímetros), y esto en los casos en que la estrechez no es muy angosta ni dura; tres meses, y á menudo más, cuando la estrechez es muy angosta y muy resistente.

2.º De no poder, en estos últimos casos, ser continuada bastante tiempo en la mayoría de nuestros enfermos del hospital; porque notando cierta mejoría despues de dos ó tres semanas, y por lo tanto, sintiéndose bien, rehusan obstinadamente persistir, y se marchan con un resultado muy incompleto y temporal.

3.º De ser imposible en cierto número de individuos, en atencion á que el obstáculo, despues de haberse dejado franquear por las candelillas pequeñas, hasta el número 12 ó 14, por ejemplo, resiste despues de un modo invencible, de tal modo que es preciso detenerse en el grado obtenido, el cual es insuficiente.

4.º De ser, en algunos enfermos cuya uretra ofrece una sensibilidad excesiva, un manantial de dolores bastante penosos para la introduccion y la permanencia de los instrumentos dilatantes.

Ciertamente que, presentando las cosas de esta manera y sin otro comentario, la conclusion rigurosa seria que la dilatacion progresiva debe ser el método general, y que no hay lugar de recurrir á la dilatacion rápida más que en los casos en que la primera se hace inaplicable por la resistencia de la estrechez ó la sensibilidad excesiva de la uretra, y los dos motivos que justificarian esta opinion son: la menor probabili-

dad de muerte, y la mayor comodidad del tratamiento para el primero que para el segundo.

Pero para dar á nuestra apreciacion todo el rigor y la verdad deseados, me es indispensable hacer intervenir en este debate un elemento capital.

Sí, la uretrotomía interna y la divulsion exponen á un peligro mayor, porque dan una solucion de continuidad un poco extensa de la uretra, y porque el paso de la orina sobre esta solucion de continuidad puede ir seguida de la absorcion urinosa y de la fiebre, como ya os he expuesto en otras ocasiones (1). Pero este inconveniente, este peligro que, si persistiese por completo, deberia hacer rechazar, ó hacer conservar solamente para los casos excepcionales, los dos procedimientos de la dilatacion brusca, se encuentra singularmente disminuido por el siguiente recurso: colocad inmediatamente despues de la operacion una sonda hueca, y emplead todas las combinaciones posibles para impedir el paso de la orina sobre la herida y evitareis el peligro principal, segun resulta de los datos que os he suministrado sobre la fiebre urinosa; no tendreis más que el inconveniente de la permanencia de una ó dos semanas en la cama ó en la habitacion, y conservareis la inmensa ventaja de llegar instantáneamente á un grado de dilatacion de 6 á 7 milímetros de diámetro, al que las candelillas no habrian llegado en muchas semanas, en muchos meses, y que tal vez jamás os habrian dado.

Nuestra ciencia no ha conocido, al principio de la uretrotomía interna, los recursos de este auxiliar considerable. Hé aquí por qué, las primeras tentativas de Guillon, Civiale, Ricord, Leroy d'Etiolles habian tenido pocos imitadores. Hé aquí por qué, aun despues de las primeras tentativas de M. Maisonneuve con el excelente instrumento de su invencion, que tanto ha contribuido á vulgarizar esta operacion, y despues de las primeras observaciones de M. Sedillot, publicadas por M. Gaujot (2), la uretrotomía interna, que era

(1) Véase pág. 188 y siguientes.

(2) Gaujot, *De la uretrotomia interna*, Paris, 1860.

entonces el único procedimiento de dilatacion brusca conocido, asustaba á muchos cirujanos, á causa de algunos casos de muerte á que habia dado lugar, y por los violentos accesos de fiebre que habia producido.

Entonces fué cuando estos dos últimos cirujanos, y yo con ellos y al mismo tiempo que ellos, formulamos este precepto: para evitar la fiebre urinosa es preciso impedir el paso de la orina por encima de la herida reciente, por medio de una sonda que se introduce inmediatamente despues de la operacion, y que se deja destapada; entonces fué, digo, cuando la dilatacion brusca pudo ser aplicada con ventaja en gran número de casos.

Hoy, pues, es permitido emplear casi indiferentemente los dos grandes métodos.

Cuando la estrechez no es muy pronunciada, cuando se puede esperar dilatarla sin temor, cuando la uretra no es muy sensible, cuando el enfermo es bastante razonable y bastante dócil para someterse al tratamiento hasta el fin, lo mejor aun es recurrir á la dilatacion progresiva por las candelillas ó las sondas Beniqué; y como estas condiciones se encuentran más á menudo en la práctica particular que en la de los hospitales, es por lo que tendrá la preferencia en los enfermos de la primera categoría.

Por el contrario, cuando la estrechez sea muy pronunciada, y no admita más que candelillas delgadas de los números 5, 6 ó 7, cuando sea de una consistencia que permita considerarla como fibrosa más bien que como fibroide, cuando, por estas razones, podais creer que serian necesarios muchos meses, cuando al mismo tiempo el enfermo sea de aquellos que, fácilmente y despues de una ligera mejoría, se desaniman (recordais que estas condiciones se encuentran á menudo en los enfermos de los hospitales), la dilatacion brusca por la uretrotomía interna ó la divulsion son preferibles.

Dicho esto, vuelvo á nuestro enfermo, y os hago observar que, sin poder deciros de una manera precisa el tiempo que necesitará la dilatacion progresiva por medio de las candelillas, debo creer, sin embargo, á causa de la consistencia de

esta notable estrechez, que este tiempo será un poco largo; por otra parte, el enfermo se ve obligado á volver á dedicarse á sus negocios: como tengo toda la confianza en los medios que poseemos, para hacer inofensiva la dilatacion brusca, es por lo que le he propuesto la uretrotomía interna que él ha aceptado.

Buscaré con vosotros, en otra ocasion, si hay motivos para preferir este método de dilatacion al de la divulsion, y os diré por qué la eleccion me parece casi indiferente (1).

Entre los procedimientos de dilatacion brusca para la uretrotomía, doy la preferencia al de M. Maisonneuve.

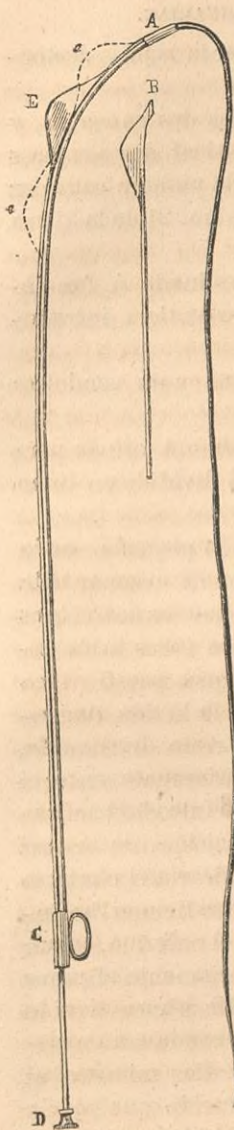
No pretendo deciros que los otros sean absolutamente malos. Algunas veces me he servido del uretrotomo de Bégin y Charrière, y del de Civiale. Los dos, sobre todo este último, por lo mismo que no cortan más que de atrás adelante, solo funcionan con la condicion de hacer pasar en la parte estrechada un instrumento bastante grueso, de un calibre análogo al de las candelillas números 12 y 13. Por consiguiente, para las estrecheces muy angostas, únicamente pueden ser empleados despues de una dilatacion preparatoria más ó menos dolorosa y difícil. Yo les hago otra objecion, y es que con ellos no siempre se está seguro de cortar la estrechez, y además se está expuesto á cortar alguna otra cosa más.

La pequeña hoja triangular, no cortante en su parte media, de M. Maisonneuve, tiene la gran ventaja de cortar de delante atrás, despues de atrás adelante y de estar dispuesto de la mejor manera posible, para no cortar más que lo que resiste, es decir, el obstáculo fibroso, y economizar todo lo que ha permanecido extensible en la uretra.

Tengo que describiros ahora la operacion tal como la he practicado en nuestro enfermo. No temeré entrar en detalles minuciosos; porque de estas minuciosidades depende, como vais á ver, el éxito de la operacion.

Habiendo sido preparado el enfermo durante dos dias, como os decia hace un momento, por el reposo, los baños y la tisa-

(1) (Véase pág. 221)



Figs. 32 y 33.—Uretrotomo de Maisonneuve (*)

na de parietaria, á fin de producir orinas más claras y menos alteradas, he comenzado por disponer los instrumentos que necesitaba y asegurarme de que estaban en buen estado para funcionar.

Estos instrumentos son:

1.º Una sonda muy pequeña del número 9, hueca y de extremidad olivar.

2.º La candelilla *A* de pequeño calibre, con un tornillo en su extremidad, al cual puede adaptarse el conductor acanalado de la hoja, y la rama metálica conductora de la sonda hueca.

3.º El conductor acanalado sobre su convexidad y mejor sobre su concavidad.

4.º La hoja (*fig. 32 y 33*) dispuesta en forma de arco, *B*, pero que es roma y está alargada al nivel de su parte más saliente, en forma de cresta, y cortante por delante y por detrás de esta cresta, de tal manera que, recorriendo el conducto, no divide de delante atrás y despues de atrás adelante más que las partes demasiado inextensibles, para dejarse distender por la porcion roma del instrumento. No he escogido ni la más larga ni la más estrecha de las hojas que tenemos á nuestra disposicion, por ser mi deseo no hacer una incision muy profunda; he tomado una hoja de mediana dimension.

5.º La rama metálica que se ator-

(*) *A*, Candelilla.—*B*, Hoja.—*C*, Conductor que en los modelos de hoy es acanalado en su concavidad.

nilla sobre la candelilla, despues de retirar la hoja y destornillar el conductor acanalado.

6.º Una sonda hueca, perforada, por los dos extremos, y presentando además en su extremidad vesical dos agujeros laterales, de tal manera que la orina pueda pasar y salir por tres aberturas. Esta sonda corresponde al núm. 21 de la hilera Charriere.

7.º Otra sonda del núm. 18. Está destinada á funcionar en el caso en que la precedente no pudiera introducirse.

8.º Una jeringa, dos cordones de algodón y un vendote de diaquilon para fijar la sonda.

Así dispuesto todo, he obligado al enfermo á orinar para desocupar su vejiga, y mi operacion se ha dividido en cinco tiempos principales:

1.º *tiempo*.—He introducido en la vejiga la pequeña sonda hueca de extremidad olivar, con la intencion de evacuar toda la orina antes de hacer la operacion. Sabeis que los individuos afectados de estrechez han perdido algunas veces la facultad de vaciar la vejiga. Sabeis, además, que nuestra idea principal es evitar el paso de la orina sobre la herida reciente, pues cuando queda en la vejiga algun resto del líquido, puede suceder que este se escape involuntariamente entre el instrumento y la uretra, cuando se acaba de introducir el catéter acanalado y sobre el que se hace la incision, de lo cual resultaría que, durante la operacion, se verificaria el contacto que tratamos de evitar. Para alejar este contratiempo he introducido la sonda en cuestion, y, aunque el enfermo, segun mi recomendacion, habia orinado voluntariamente algunos minutos antes de la operacion, he encontrado algun líquido en la vejiga. Lo he dejado salir, y como la sonda era de pequeño calibre, he tenido que aguardar unos diez minutos, al cabo de los cuales, no saliendo ya nada, he creido que podria hacer la uretrotomía en seco. Entonces he tenido cuidado, al retirar la pequeña sonda, de tenerla tapada con mi dedo á fin de no dejar caer en el conducto el líquido que necesariamente quedaba en ella, y lo habeis visto en efecto caer cuando, es-

tando fuera el instrumento, he retirado el dedo que cerraba su abertura anterior.

Este primer tiempo de la operacion no siempre es practicable; es necesario cierto calibre del conducto para la introduccion de la sonda, y nos vemos obligados á hacer la uretrotomía en estrecheces que no admiten una sonda del núm. 9. En semejante caso, me contento con hacer orinar al enfermo y tomar las precauciones que indicaré luego, para evitar la salida de la orina durante la operacion. Me ha sucedido cuando esta salida ha sido obstinada y me obligaba á dilatar la operacion, tener que tratar al enfermo dejando la candelilla introducida durante diez dias, es decir, hasta que pudo introducirse la sonda evacuadora del núm. 9 ó 10. Sin embargo, prefiero evitar esta dilatacion preparatoria, á fin de no tener necesidad de obrar ulteriormente sobre una pared uretral inflamada por la permanencia de un cuerpo extraño.

2.^o tiempo.—He colocado la candelilla provista del tornillo, y me he apresurado á atornillar el conductor acanalado, por hacer de los dos instrumentos una sola pieza.

3.^{er} tiempo.—Despues de haber untado con aceite la extremidad anterior de la candelilla y el conductor, he dirigido los dos instrumentos de delante atrás, al mismo tiempo que estiraba el miembro de atrás adelante, segun los principios del cateterismo; pero cuando una sensacion de resistencia, fácilmente vencida, me ha advertido que habia franqueado el obstáculo, he abandonado el miembro y he continuado haciendo llegar el conductor, con suavidad y lentamente, hasta la vejiga. Durante este tiempo, me habeis oido varias veces recomendar al enfermo resistir á la necesidad de orinar y de no echar con violencia el líquido. Verdaderamente que esta recomendacion no era muy necesaria, puesto que yo habia preventivamente vaciado la vejiga. Pero en rigor pudo haber sucedido que una nueva cantidad de orina, procedente de los riñones despues de la evacuacion, fuese espulsada, y para evitarlo es por lo que hacia esta observacion al enfermo. Una cosa comun y que no ha sido bastante señalada, es ver salir la orina en este tiempo de la operacion, sea por que las con-

tracciones de la vejiga son provocadas por el enrollamiento de la candelilla en el resorvorio, sea porque la ranura, por estrecha que sea, ofrece un espacio vacío por el cual el líquido encuentra una salida, condicion que, sin embargo, no se realiza siempre.

En definitiva, la orina no ha salido, y he podido pasar adelante sin temor.

Pero si la orina se hubiese derramado, á pesar de mi cateterismo preventivo, ó si hubiese tenido que tratar uno de esos casos en que el cateterismo preventivo es imposible, ¿qué hubiese yo hecho? Lo que me habeis visto hacer tres meses atrás al enfermo núm. 24, lo que he hecho muchas otras veces en los años precedentes, y que formalmente os recomiendo para casos análogos. Habria retirado el conductor y la candelilla, y hubiese dejado la seccion para otro dia. No olvidéis que, en esta operacion, el precepto capital es no dejar tocar la herida reciente por la orina; vale más interrumpirla y dejarla para despues de algunos días, que arriesgarse á los percances de este contacto.

En 1867, me sucedió con un enfermo del hospital de la Piedad, tener que empezar tres veces la operacion con algunos dias de intervalo, é interrumpirla por la razon de que tratamos y no conseguirlo hasta la cuarta tentativa. El enfermo no ha tenido ni escalofrios ni fiebre y ha curado perfectamente.

Una palabra sobre este tiempo de la operacion. Presenta muy á menudo una dificultad de que debo preveniros, y de la cual habeis sido testigos hace seis semanas en otro enfermo.

Esta dificultad consiste en que el conductor no pueda franquear la coartacion. El método operatorio parece estar lo mejor combinado posible para evitar este inconveniente, porque allí donde la candelilla de goma ha pasado, el instrumento metálico, que apenas es más grueso, deberá pasar igualmente.

Pues bien; no siempre es así. He visto muchos enfermos en los que he sentido una resistencia tal, que he tenido que retirar el instrumento y esperar. En semejante caso es prudente no insistir, ni forzar nada. Forzando se desgarraria más ó ménos, se haria una herida uretral y una vía para la absorcion

urinosa, y esta lesion seria tanto más incómoda, cuanto que no habiendo sido hecha la dilatacion no podria introducirse la sonda preservadora.

4.º *tiempo*.—Ha consistido en conducir la hoja triangular en la uretra á lo largo de la ranura del catéter. Para esto he levantado el miembro; lo he colocado perpendicularmente al eje del cuerpo, alargándolo y tendiéndolo un poco; lo he confiado á un ayudante, que lo ha mantenido en esta posicion; despues he introducido la hoja bien untada de aceite en la ranura del catéter, y la he hecho pasar por el meato urinario; he cogido entonces entre el índice y el pulgar de mi mano izquierda el anillo colocado en la extremidad libre del conductor, para mantener sólidamente este último, mientras que con mi mano derecha empujaba suavemente la hoja en la uretra, manteniendo y fijando siempre el ayudante el miembro en la posicion que he indicado. Una sensacion de resistencia, una sensibilidad un poco más viva expresada por el paciente, me han advertido que la hoja llegaba á la estrechez. Entonces he empujado fuertemente sobre el conductor, para llevar hácia abajo la pared inferior de la uretra, á fin de establecer por encima de la ranura un pequeño espacio que permitiese á la hoja franquear más fácilmente, y estirarlo más posible las partes que trataba de dividir. Haciendo entonces correr la hoja, he pasado la resistencia y llevado el instrumento hasta que la rama se detuvo. Era evidente que el obstáculo habia sido cortado de delante atrás. Retirando entonces la hoja, mientras que el miembro y el conductor estaban siempre sostenidos por el ayudante y por mí en la misma posicion, he sentido una nueva resistencia, que me ha advertido que encontraba y acababa de cortar de atrás adelante el punto estrechado; no me ha quedado que hacer más que desprender y retirar la hoja. No he sentido ningun otro obstáculo, y la salida se ha verificado con tanta facilidad, que he quedado convencido de que la pared uretral solo habia sido cortada al nivel de la estrechez.

5.º *tiempo*.—Con la mayor prontitud posible he destornillado el conductor, dejando la candelilla en la vejiga. He reco-

mendado de nuevo al enfermo que retenga la orina y no haga ningun esfuerzo para expulsarla. Temia ménos que antes la salida involuntaria del líquido, porque no tenia ya en la uretra la vía de la ranura. A pesar de esto hubieran podido ser provocadas algunas contracciones de la vejiga por simpatía ó por accion refleja, y bastaba la voluntad del enfermo para impedir las. Despues he reemplazado el conductor por la rama metálica, que he atornillado á la candelilla, y he unido á esta rama la sonda agujereada por los dos extremos, préviamente untada de aceite. Esta sonda, guiada por la rama y la candelilla, ha llegado fácilmente á la vejiga. Sin embargo, no hemos visto correr en seguida el líquido, sea porque no lo habia en el reservorio urinario, sea porque un coágulo obstruia la sonda. Por esta razon es por lo que con la jeringa he inyectado un poco de agua. Ha entrado fácilmente y ha salido lo mismo, lo cual me ha probado que el instrumento estaba en la vejiga.

Solo me restaba fijar sólidamente la sonda para estar seguro de que no seria expulsada durante cuarenta y ocho horas. Con este objeto he apelado á dos de los procedimientos que tenemos á nuestra disposicion. Para el primero, he tomado un cordon hecho con diez hilos de algodón y de una longitud de 15 centímetros próximamente. Lo he atado sólidamente á la sonda, á 5 centímetros de su extremidad, por medio de un nudo doble, y lo he rodeado al rededor de la corona del glande, despues de haber preparado por medio de un nudo sencillo, ligeramente apretado, dos asas, cada una de las cuales ha recibido uno de los cabos del cordon antes de rodearlo. Habeis visto el modo de ejecutarlo, y lo habeis comprendido en seguida mucho mejor que si hubiérais leido una descripcion.

He llevado en seguida el prepucio por encima del cordon arrollado y lo he fijado al rededor de la corona del glande. He tomado entonces un segundo cordon igual, lo he fijado de la misma manera en la sonda, he llevado una de sus extremidades á la derecha y la otra á la izquierda sobre el miembro, las he fijado por medio de una vuelta del vendelete de diaquilon,

y despues, llevando los cabos de abajo arriba sobre el vendote, los he fijado por una segunda vuelta de este, y doblándolos hácia abajo, los he fijado de nuevo por una tercera vuelta. Es tambien un procedimiento que habeis comprendido mejor viéndolo ejecutar, que oyéndolo describir.

Terminada así la operacion, he colocado un orinal entre las piernas del enfermo, y he hecho llegar á él la sonda destapada, por la que la orina debia derramarse continuamente. He dado al enfermo el consejo de echarse de lado si el decúbito dorsal le cansaba, teniendo cuidado de colocar bien el orinal ara que la orina no mojara la cama. Le he prevenido que la sonda debia permanecer destapada de dia y de noche; que, si queria asegurar el resultado de la operacion, debia abstenerse de hacer todo esfuerzo para orinar, á fin de evitar que pasara el líquido entre la sonda y la uretra, y que debia asegurarse continuamente si la sonda funcionaba bien, y prevenir en seguida que observara que el derrame se habia suspendido.

He hecho una última recomendacion á los alumnos y á los enfermos, la de hacer cada dos horas una inyeccion de medio vaso de agua á fin de impedir la obstruccion por mucosidades ó coágulos, obstruccion que habria tenido por consecuencia el paso de la orina entre la sonda y la uretra, paso que era preciso evitar á toda costa.

Estas recomendaciones han sido atendidas. La sonda ha permanecido destapada y ha dejado correr la orina durante 36 horas. Al cabo de este tiempo, y para que el enfermo pasara mejor la segunda noche que la primera, he hecho poner una espita y he dicho al enfermo que la abriera cada tres horas, previéndole con insistencia que no esperara una necesidad muy violenta, porque la contraccion vesical consecutiva á ella hubiera podido ser seguida, por el hecho de una expulsion muy rápida, del paso del líquido entre la sonda y la uretra.

Sabeis ya que todo ha pasado bien; nuestro enfermo ha perdido solo una insignificante cantidad de sangre el dia de la operacion. No ha tenido el menor escalofrio, el pulso tampoco se ha acelerado; no ha pasado la más pequeña gota de orina

por fuera de la sonda, y por consiguiente, ni por encima de la herida. El único inconveniente para el enfermo ha sido permanecer en la cama durante cuarenta y ocho horas, y tener, durante treinta y seis horas, una sonda destapada, que necesitaba una vigilancia continúa de su parte para impedir el derrame de orina sobre sus muslos y sobre la cama.

Al cabo de cuarenta y ocho horas, he creído, apoyándome en mi experiencia personal y en la de mis colegas, que la herida uretral, no cicatrizada aun sin duda, tenía, sin embargo, sus vasos sanguíneos y linfáticos suficientemente obliterados por coágulos y materia plástica, para que la absorcion urinosa no pudiese ya hacerse; temiendo, por otra parte, que resultase una irritacion muy viva de la permanencia más prolongada de la sonda, la he retirado.

El enfermo ha orinado tres ó cuatro horas despues. Ha echado un poco de sangre, pero ha padecido poco, y he observado con gran satisfaccion que el chorro de orina era mucho más grueso, salia sin grandes esfuerzos, y era proyectado á más distancia que antes. Esta mañana, principio del cuarto dia despues de la operacion, le hemos hecho orinar delante de nosotros, y hemos visto el volúmen y la fácil proyeccion del chorro; he mirado si habia en el periné una hinchazon dolorosa, que indicase un principio de flemon, y no he encontrado nada.

Creo, pues, poderos asegurar que este enfermo estará dentro de seis ó siete dias en estado de volverse á dedicar á sus ocupaciones. No quiero dejarle salir, porque quiero aun introducirle una candelilla gruesa, para darme mejor cuenta del cambio verificado en el calibre del conducto, y para enseñarle á sondarse á sí mismo.

No le introduzco en seguida esta candelilla, hé aquí por qué: os decia antes que la herida, teniendo sus vasos obliterados, y no siendo ya ó siendo mucho menos absorbente, no estaba, sin embargo, aun cicatrizada. Si sondase hoy ó mañana, tendria que temer el desgarrar de nuevo algunos vasos, el refrescar la herida y reproducir así las condiciones favorables á la absorcion urinosa. En algunos dias la cicatrizacion,

si no es completa, estará bastante avanzada para soportar, sin nueva abertura, el paso del instrumento introducido con precaucion.

Trato además de que el enfermo se acostumbre á introducirse él mismo la candelilla durante algunos minutos, cada dos dias durante dos meses, despues dos veces á la semana durante otros tres meses, y luego una vez cada semana por un tiempo indefinido. A menudo me he explicado sobre la necesidad de este cateterismo, para entretener durante el mayor tiempo posible un resultado que, como he dicho varias veces, tiene mucha tendencia á disminuir y aun á borrarse con el tiempo.

No quiero dejar este individuo sin llamar una vez más vuestra atencion sobre dos puntos relativos á la uretrotomía interna; á saber, las modificaciones anatómicas consecutivas á la operacion y los resultados clínicos.

Resultados anatómicos.—Si recordais lo que os he dicho y lo que leéis en nuestros autores sobre las consecuencias de los desgarros ó heridas de la uretra, sobre la retraccion de su tejido inodular y sobre las estrecheces angostas y rebeldes que van seguidas, tal vez creereis que una solucion de continuidad hecha por el cirujano debe producir los mismos resultados, y que en consecuencia la uretrotomía es una operacion irracional y mas expuesta á una pronta recidiva que cualquiera otro tratamiento.

Es preciso contestar á esta objeccion por la teoria y por la clínica.

A. *La teoria*, apoyada en la observacion, nos dice que en las heridas transversales ú oblicuas cuya cicatrizacion va seguida de estrechez, su cicatriz debe tener poco más ó menos la forma de un anillo. Por lo tanto, una cicatriz anular, siendo igual en todos sentidos, obstruye la cavidad del conducto. Al contrario, una herida longitudinal ó paralela al eje del vaso no va seguida del mismo resultado. El tejido cicatricial que la repara no puede volver sobre sí mismo más allá de los límites de la herida, y por consiguiente no invade la cavidad. Todo lo que se puede decir es que este tejido es fibroso ó fibroide y por consiguiente poco extensible. Pero es-

tas son condiciones ya existentes en el sentido patológico, sobre el cual obra la uretrotomía interna. Admitamos, si que-
reis, que la operacion no cambia estas condiciones, que deja
en la pared uretral la insuficiencia de flexibilidad y de exten-
sibilidad que sabeis, pero no añade una retractilidad mayor
que la que existía.

Quisiera poderos dar algunas nociones positivas sobre esta
cicatriz consecutiva á la uretrotomía interna; deciros, por
ejemplo, si la cicatrizacion pone los dos bordes en contacto, de
tal manera que al cabo de cierto tiempo el calibre quede como
estaba antes de la operacion, ó bien si entre los dos bordes de
la solucion de continuidad se ha establecido y permanece
más ó ménos tiempo un tejido nuevo, que aumenta el contor-
no de la pared uretral y por consiguiente su calibre.

Reybard (1) ha insistido mucho sobre este último resultado,
y pretendia que, para obtenerlo, era necesario en la seccion
pasar los límites de la mucosa y dividir ya el tejido esponjoso
(para la porcion anterior del conducto), ya los tejidos conjun-
tivo y muscular (para la porcion membranosa).

Desgraciadamente carecemos de datos sobre estos puntos y
nos vemos obligados á admitir suposiciones.

Yo creo que con el instrumento de M. Maisonneuve, pasa-
mos bastante los límites de la mucosa, para ponernos en las
condiciones que Reybard ha señalado como favorables á la
restauracion por una cicatriz membranosa de cierta exten-
sion. Yo deseo que este resultado se verifique, porque aleja
las probabilidades de recidiva; pero no estoy autorizado para
deciros que las cosas pasen así á nuestra voluntad, y temo
que, en muchos casos, la cicatriz, en lugar de hacerse á dis-
tancia y con separacion, se forme por afrontamiento exacto
de los bordes, como en una reunion por primera intencion.

B. Los hechos clínicos que hemos hecho intervenir en este
debate son de dos órdenes.

Los primeros son relativos á las heridas longitudinales de

(1) Reybard, *Tratado práctico de las estrecheces de la uretra*. Pa-
ris, 1853.

la uretra en individuos que no tienen estrechez. Las operaciones del ojal ó uretrotomía externa, que han hecho á menudo los cirujanos predecesores nuestros, las heridas de la talla sobre todo, no han sido, á mi parecer, seguidas de estrechez. Esta es una razon séria para pensar que la cicatriz consecutiva á la uretrotomía interna no la da tampoco, y que, si la recidiva tiene lugar, es porque el tejido que existia antes de la operacion y el que le sigue están desprovistos de extensibilidad, y continúan teniendo una tendencia, sobre todo en el contorno de la herida, á esa retraccion anular cuya consecuencia forzosa es la disminucion del calibre.

Los segundos son los que la clínica nos permite observar á consecuencia de la uretrotomía; bajo este punto de vista, si me refiero á mi propia observacion, estoy obligado á decirlo que la recidiva, despues de esta operacion, es lo regular, como lo es tambien despues de los otros modos de tratamiento. Pero no he podido ver bastantes enfermos para saber cuánto tiempo se mantiene el excelente resultado obtenido, y poder juzgar por comparacion con los otros métodos. Hay cierto número de individuos que yo no he vuelto á ver, y puedo creer que entre ellos algunos no han tenido recidiva, por lo ménos recidiva bastante marcada para tener necesidad de un nuevo tratamiento; pero no puedo tener certeza sobre este punto. Mi creencia general es que los enfermos de los hospitales, tratados por la uretrotomía, están más tiempo sin volver, que los que han estado sometidos á la dilatacion progresiva. ¿Es esto porque la primera da realmente un resultado más duradero, ó porque la dilatacion no se ha hecho lo bastante para dar al conducto tanta ampliacion como la producida por la uretrotomía? Me es imposible dar mi opinion sobre este punto, puesto que los hechos son insuficientes. Digo solamente que la uretrotomía, aleja por una razon ó por otra, más que el tratamiento por las candelillas, las probabilidades de recidiva, y las aleja aun más si los enfermos se sondasen con perseverancia.

Resultados personales.—No volveré á ocuparme de la parte de los resultados que conciernen á la recidiva, puesto que acabo de explicarme sobre ellos.

Quiero examinar por última vez los que, en mis propias observaciones, son relativos al desarrollo de los accidentes febriles y á la muerte.

He hecho, hasta el 1.º de enero de 1873, 35 veces la uretrotomía interna, y he tenido que deplorar un caso de muerte. Trece veces he observado, en el mismo dia de la operacion, un grande escalofrio seguido de un violento acceso de fiebre que ha durado de doce á veinticuatro horas sin otra consecuencia. Dos veces el escalofrio se ha declarado durante el segundo dia, pero ha sido ménos violento, y la fiebre que le ha seguido ha sido moderada y de corta duracion. He observado tres veces un escalofrio intenso, una aceleracion del pulso y un poco de calor durante las cuarenta y ocho horas que han seguido á la uretrotomía; otras dos veces esta ligera fiebre sin escalofrio ha coincidido con la formacion de un flemón peri-uretral, que ha terminado por supuracion, y ha tenido que ser abierto en el periné, sin que haya quedado fistula. En los otros casos no ha habido ni acceso febril precedido de escalofrio, ni fiebre ligera, ni flemón.

Si la uretrotomía interna debiera dar siempre resultados de este género, seria preciso renunciar á ella, pero debo establecer una distincion entre mis hechos.

En los que han sido observados en 1861, 62 y 63, que son en número de catorce, no introducía sonda permanente. En los otros, á partir de la mitad de 1863, he adoptado la sonda permanente.

Los hechos de la primera categoría, en número de catorce, me han dado diez veces el escalofrio y la fiebre.

Los hechos de la segunda, en número de veintiuno, me han dado seis escalofrios, de los que uno ha sido seguido de muerte.

En uno de los enfermos, la sonda se obstruyó y la orina, sin género alguno de duda, habia pasado desde el primer dia entre el instrumento y la uretra, y por consiguiente sobre la herida.

En otros dos la orina habia pasado en el momento de la operacion y yo cometí el error de continuarla. Uno de estos fué precisamente el que sucumbió.

En el último, era en 1870, la operacion habia seguido bien hasta el tiempo de la introduccion de la sonda permanente, pero me habia sido imposible hacer esta introduccion. Ni la sonda conducida sobre el conductor metálico adaptada á la candelilla, ni la sonda olivar, ni la sonda ordinaria pudieron entrar. He atribuido esta dificultad excepcional á alguna disposicion valvular de la pared uretral consecutiva á la seccion, y he debido renunciar á este complemento tan útil de la operacion.

He prevenido á aquellos de entre vosotros que estaban presentes, que este enfermo tendria, casi inevitablemente, el gran escalofrio despues de la primera miccion, luego una fiebre intensa, y he añadido que debia creer que no moriria.

He apoyado estas dos opiniones en las razones siguientes:

1.^a He pronosticado el escalofrio, porque el enfermo tenia 53 años, y porque tenia una cistitis moco-purulenta bastante intensa y orinas fétidas. Los sugetos ancianos y cuya orina está alterada, están mucho más expuestos á la fiebre urinosa que los sugetos aun jóvenes, y cuya vejiga no está enferma.

2.^a He creido, además, que la muerte no sobrevendria, porque el enfermo habia tenido, como complicacion de su estrechez, una infiltracion urinosa, á la que habia resistido. Como el principal peligro de esta grave enfermedad proviene de la reabsorcion urinosa, podia esperar que, desde el momento en que esta reabsorcion no habia sido mortal la primera vez, no lo seria la segunda, y lo seria tanto menos cuanto que la superficie absorbente, despues de la uretrotomía, es mucho menos extensa que en una infiltracion urinosa. Las cosas han pasado, por lo demás, como las habia previsto; el enfermo ha tenido un violento acceso febril, al que ha sobrevivido.

En suma, en los quince casos en que no ha habido ni escalofrio ni accidentes graves, la orina no habia pasado por encima de la herida.

En fin, entre los enfermos que han tenido escalofrios, dos han sido poco intensos con fiebre moderada, pero han sido invadidos durante el segundo dia, sin que yo haya podido tener la certeza de que la orina haya pasado entre la sonda y la uretra. Estos dos casos me han preocupado vivamente. He de-

bido preguntarme si no eran desfavorables á nuestra teoría de la intoxicacion urinosa, y no seria ir muy allá atribuir los accesos febriles de la uretrotomía exclusivamente á esta intoxicacion, y considerar la sonda como un preservativo cierto. Estoy pronto á aceptar sobre este punto todas las modificaciones que pudieran darnos á conocer nuevas investigaciones y observaciones. Esperando esto, creo poder admitir que estos accesos febriles tardíos del segundo dia son ménos temibles que los del primero, y explicarlos de una de las maneras siguientes: ó bien la orina ha pasado en efecto sobre la herida al dia siguiente de la operacion, por entre la sonda y la uretra, más, por lo mismo que la herida no era ya reciente, y tenia una parte de sus vasos obliterados, la reabsorcion ha sido poco abundante, los fenómenos tóxicos han sido moderados; ó bien habia, anteriormente á la operacion, como sucede á menudo en los enfermos de las vías urinarias, algunas ulceraciones de la vejiga ó de las partes profundas de la uretra, y por estas ulceraciones se ha verificado la absorcion seguida de septicemia urinosa; ¿es posible tal vez que la sonda permanente, destapada durante su corta permanencia, haya ocasionado esta ulceracion vesical?

Sea de ello lo que quiera, en otros quince casos de esta categoría no ha habido escalofrios, ni accidentes graves, y lo he atribuido á la presencia de la sonda, que, funcionando bien, habia impedido el paso de la orina sobre la herida.

Pero las últimas palabras que he pronunciado me llevan á otra reflexion. Esta sonda tengo la costumbre de dejarla destapada durante treinta y seis horas, para que la orina, encontrando una vía abierta, no se acumule y no provoque, antes de abrir la espita, un deseo violento y contracciones vivas que traerian el contacto que queremos evitar. Pero es posible que la sonda, aplicada contínuamente sobre la mucosa vesical, ocasione una ulceracion, nueva puerta abierta á los accidentes. Tal vez entonces seria mejor no dejar la sonda destapada más que durante doce ó quince horas; despues poner la espita, enseñando al enfermo y á las personas que lo rodean cómo debe quitarse y colocarse despues de cada miccion.

LECCION LXIII.

De la divulsion.

Estrechez notable y probablemente fibroide.—Tratamiento por la divulsion (dilatacion brusca sin seccion).—Descripcion de esta operacion.

SEÑORES:

Hé aquí un nuevo enfermo con estrechez uretral. Tiene 45 años, no ha sido tratado nunca, jamás ha tenido escalofrío, ni fiebre, no tiene las orinas muy cargadas y padece moderadamente. La estrechez es angosta y solo deja pasar una candelilla del núm. 5; no parece muy resistente, y como no tiene antecedentes que nos hagan creer en un origen traumático, he hecho el diagnóstico siguiente: estrechez de la porcion membranosa, probablemente fibroide, única y sin complicacion.

No volveré á ocuparme de las consideraciones que he presentado ya muchas veces sobre la eleccion entre la dilatacion progresiva y la dilatacion brusca. Tenemos que ocuparnos aun de uno de esos casos en los que la preferencia no está indicada por la naturaleza de los síntomas, y en los cuales estamos autorizados para dejarnos guiar por el deseo de disminuir la duracion del tratamiento y la permanencia en el hospital. Hay, pues, que escoger entre la uretrotomía interna y la divulsion.

Sabeis que en 35 casos he recurrido á la primera, pero habia empezado en una época en que la divulsion era poco conocida, ó por lo ménos poco vulgarizada. Hace algunos años que nuestro hábil colega el Sr. Voillemier se ha ocupado mucho de esta última, y los felices resultados que parece haber obtenido, lo mucho que aun nos deja que desear la uretrotomía in-

terna, me han llevado á hacer algunos ensayos. Lo poco que yo he visto me ha parecido favorable y me ha convencido de que los enfermos no estaban más expuestos con esta operacion que con la otra.

Continúo pues, y voy á hacer delante de vosotros mi cuarta divulsion.

¿Cómo se practica esta operacion? ¿Qué resultados anatómicos produce? Despues de haber examinado estas cuestiones estudiaré otra tercera, la de la eleccion que debe hacerse entre ella y la uretrotomía interna.

A.—¿Cómo se practica la divulsion?

Observad bien, Señores, que la palabra *divulsion* ha sido empleada por Voillemier para indicar una intencion, la de ensanchar bruscamente la uretra con un dilatador grueso, haciendo ceder todo el contorno de la estrechez sin desgarrarla. Pero no está en manera alguna probado, como os lo diré luego más extensamente, que esta intencion, que yo encuentro buena, se pueda realizar con los instrumentos que él ha ideado. La operacion en definitiva da un ensanche rápido como la uretrotomía interna; solo que el ensanche se hace con un dilatador introducido á la fuerza, en vez de ser operado por una hoja cortante, y hé aquí por qué he tomado el partido de comprender las dos operaciones en un mismo gran método, el de la dilatacion rápida. Es, por lo demás, el mismo resultado que habian deseado obtener con sus procedimientos Perrève (1), que ha sido el primero, si no en inventar, por lo ménos en perfeccionar la dilatacion brusca sin seccion, y Hols (de Westminster). Pero no habiéndome servido de los instrumentos de estos últimos cirujanos, no tengo la suficiente experiencia para juzgarlos comparativamente. Me contento, pues, con enseñaros el aparato de M. Voillemier (*fig.* 34), de que me voy á servir luego.

Este aparato se compone:

1.º De una candelilla delgada provista de un tornillo hem-

(1) Perrève, *Tratado de las estrecheces de la uretra*. Paris, 1847.

bra en su extremidad anterior, como en la de la uretrotomía interna.

2.º Un conductor metálico *C*, que se atornilla á la sonda, y que está formado de dos hojas pequeñas de acero soldadas en su extremidad vesical, en una extension de cuatro centímetros, y encorvadas en esta parte como una sonda. Estas hojas son muy delgadas, planas hácia dentro y convexas hácia

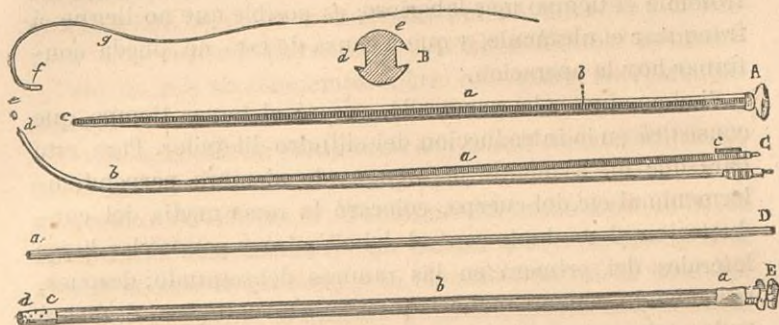


Fig. 34.—Divulsor de Voillemier. (*)

afuera; pueden aproximarse, puestas en contacto, y representar un catéter cuyo diámetro fuera de tres milímetros. Entre estas dos ramas se encuentra, en los nuevos modelos, una tercera hoja media mucho más pequeña, la cual debe adaptarse al conducto central del dilatador.

3.º Un cilindro metálico ó dilatador *A* terminado por una extremidad cónica que lleva en su talon un boton plano. Este cilindro tiene en su centro un pequeño conducto de que os hablé antes; á partir de algunos centímetros del cono terminal es cilíndrico y tiene un diámetro de 7 milímetros. En cada una de sus partes laterales y en toda su longitud tiene una canal *B*, poco profunda, destinada á recibir las hojas del conductor que la llenan completamente, y al que están sólidamente unidas una vez adaptadas.

Hé aquí ahora cómo voy á practicar la operacion.

(*) *A*, Cilindro dilatador.—*B*, Ranura del dilatador.—*C*, Conductor (antiguo modelo).—*D*, Tallo metálico para conducir la sonda.

El enfermo se preparará y dispondrá como para la uretrotomía interna. Le haré orinar antes de la operacion, y evacuar cuanto sea posible la vejiga, y no creo necesario sonarle para este objeto.

En el primer tiempo introduciré la candelilla.

En el segundo tiempo atornillaré el conductor de tres ramas, mantendré estas aproximadas y le haré penetrar en la vejiga como un catéter ordinario. Este será, como para la uretrotomía el tiempo más laborioso; es posible que no llegue á franquear el obstáculo, y que á causa de esto no pueda continuar hoy la operacion.

Si el conductor ha penetrado, pasará al tercer tiempo, que consistirá en la introduccion del cilindro dilatador. Para esto haré que un ayudante mantenga el miembro perpendicularmente al eje del cuerpo, colocaré la rama media del conductor en el conducto central del cilindro y pondré las hojas laterales del primero en las ranuras del segundo; despues, sosteniendo con mi mano izquierda el conductor, deslizaré en la uretra con la derecha el cilindro untado antes con aceite. Una resistencia me advertirá que este cilindro ha llegado al nivel del obstáculo, y entonces, recomendando al ayudante que mantenga sólidamente el conductor, emplearé un poco más de fuerza y haré pasar el dilatador más allá de la estrechez. El dolor del enfermo y la sensacion de resistencia vencida me advertirán que hemos llegado al término.

En el cuarto tiempo retiraré juntos el dilatador y el conductor armados, dividiré el último y recomendaré al enfermo retenga su orina, atornillaré la rama conductriz *D*, y, por medio de ella, haré penetrar la sonda de extremidad cortada, como en la uretrotomía.

En el momento en que retire el cilindro ó dilatador, vereis salir sangre, tal vez un poco menos que en la uretrotomía, bastante, sin embargo, para que la solucion de continuidad por desgarrro de la mucosa sea incontestable, y para que comprendais bien desde luego la indispensable necesidad de la sonda permanente.

B.—Llego á la segunda cuestion: ¿qué modificaciones ana-

tómicas inmediatas y consecutivas vamos á producir en el tejido de la uretra al nivel de la estrechez? La divulsion producirá un resultado de los más felices, si, separando en todos los sentidos el contorno de la estrechez, forzase al tejido que la constituye á adelgazarse por la prolongacion de sus fibras celulares, sin que hubiese desgarro ó herida de la mucosa. Y este resultado se aproximaria al bello ideal en materia de tratamiento de las coartaciones uretrales, si este adelgazamiento obtenido sin herida se mantuviese indefinidamente y devolviese á la uretra la flexibilidad y la extensibilidad deseadas.

Pero no nos abandonemos sobre este punto á esperanzas ilusorias.

Desde luego no ùa habido aun ocasion de comprobar por las investigaciones cadavéricas los resultados inmediatos de la operacion. Yo sé que M. Voillemier ha hecho relacion de la autopsia de dos enfermos que habian sido operados por el procedimiento de Perrève, y en los cuales se vió un desgarro bastante extenso de la mucosa y de las partes subyacentes, pero no se ha mirado, y tal vez hubiese sido imposible hacerlo con resultado, cuál habia sido la modificacion del resto del tejido uretral.

Además, es posible que los demás instrumentos, y en particular el de M. Voillemier, produzcan otros resultados que los de Perrève. En suma, se trata de una cuestion que no podemos juzgar, ó mejor dicho presumir, más que segun el razonamiento y los datos insuficientes de la clínica.

El razonamiento nos permite comprender que el dilatador metálico puede en rigor hacer ceder al tejido encogido, alargando sus mallas sin romperlas. Tambien nos permite pensar que este alargamiento, una vez obtenido, puede mantenerse mucho tiempo, habiendo perdido el tejido alargado la propiedad retractil de que hemos hablado muchas veces. Es verdad que, por otra parte, el razonamiento nos dice tambien que es muy difícil separar á la fuerza, del centro hácia la perifería, un anillo resistente y poco extensible, alargándolo pura y simplemente, como se haria con un anillo de caoutchouc, y que la consecuencia de la rotura, que probablemente tiene lugar,

deberá ser un trabajo de reparacion análogo á una cicatrizacion, que reproducirá un tejido poco extensible y retractil como el primero. Veis, pues, que entre las presunciones dadas por el rozamiento, las unas son favorables y las otras desfavorables.

¿Qué nos da ahora la observacion clínica? No nos demuestra más que una cosa positiva, á saber: el derrame sanguíneo y por consiguiente el desgarro de la mucosa, desgarro poco extenso y superficial si el derrame no es considerable, más extenso y más profundo si es abundante. Yo quiero que con este desgarro de la mucosa, pueda coincidir un simple alargamiento de los tejidos subyacentes; pero lo que es capital para nosotros es este desgarro, porque expone á los peligros de las heridas intra-uretrales, y porque nos prueba lo necesaria que es la sonda preservatriz.

Tal vez por no conocer Perrève bastante estos peligros no ponía la sonda permanente, y por esto ha obtenido los resultados desgraciados de que he hablado, resultados que, durante cierto tiempo, han alejado á los cirujanos de este tratamiento. Los resultados actuales de M. Voillemier se explican, por el contrario, en gran parte por el cuidado que ha tenido de adoptar este complemento tan útil de la operacion.

En resúmen, Señores, estoy casi cierto de que la operacion que vamos á practicar tendrá por objeto inmediato un desgarro de la mucosa uretral, y presumo que me dará al mismo tiempo un alargamiento y un adelgazamiento del tejido de la estrechez.

En cuanto á los resultados anatómicos consecutivos, no tengo ninguna nocion precisa que daros. Temo siempre no tener más que una mejoría más ó menos pasajera; temo siempre que el tejido morbosó, cualquiera que sea la extensibilidad á que voy á someterle, vuelva á tomar más tarde su rigidez y su retractilidad. Pero son las observaciones ulteriores, cuando se haya podido seguir á los enfermos mucho tiempo despues de la operacion, las que demostrarán si por casualidad en lugar de una mejoría se llega á una curacion durable, ó si la mejoría es de más larga duracion que la obtenida por la

dilatacion ó la uretrotomía interna. Hasta aquí no tengo, como para la uretrotomía interna, nada de cierto que deciros; pero no disimularé que creo difícil la posibilidad de una restauracion anatómica perfecta de la pared uretral, cuando esta se ha hecho fibroide ó fibrosa.

C.—Las consideraciones que acabo de hacer os á propósito de los resultados anatómicos primitivos y consecutivos, las incertidumbres que he dejado en vuestros ánimos con motivo de la uretrotomía interna, os dejan entrever que no tengo razones sólidas que daros sobre la eleccion entre esta última y la divulsion. Podria deciros, que en los casos en que la estrechez es delgada, poco angosta, un poco extensible, conviene mejor la divulsion, y que en aquellos en que es dura, angosta, gruesa y poco extensible es preferible la uretrotomía. Pero seria crearos ilusiones el hablaros así. Aparte de algunos casos raros de estrechez en la porcion peniana, donde nosotros podemos sentir á través de la piel la induracion que nos indica el sitio del obstáculo, aparte de algunos casos de estrecheces positivamente cicatriciales, no podemos saber jamás rigurosamente si el tejido del obstáculo es fibroide ó fibroso, fibroso delgado ó fibroso muy grueso. No tenemos jamás en clinica nociones bastante precisas sobre estos puntos, para formar la base de una eleccion terapéutica.

Tengo que deciros las cosas tal como son. Al buscar las indicaciones del tratamiento por la dilatacion lenta ó la uretrotomía interna, ya os he dicho que, aparte de una resistencia absoluta del obstáculo á la continuacion de un tratamiento por las candelillas, no habia indicacion especial para una ú otra de estas operaciones, y que era la rapidez de los resultados obtenidos la que hacia inclinar hácia una de las dos. Lo mismo os digo de la uretrotomía interna y de la divulsion.

Este motivo, la prontitud de la dilatacion, es lo que me habia hecho preferir á menudo la uretrotomía interna sin adoptarla de una manera exclusiva; pero entre la uretrotomía interna y la divulsion, que son dos medios de dilatacion brusca, no tengo hoy motivos suficientes para indicaros una preferencia. Si estos motivos existen no los conocemos aun, y

como la observacion ulterior es la que podrá hacérselos conocer, en lugar de condenar uno de ellos los practico indiferentemente.

Y si quereis un último resúmen de mi práctica sobre el tratamiento de las estrecheces uretrales, hélo aquí: empleo la dilatacion progresiva por las candelillas cuando la estrechez no es muy angosta, cuando admite, por ejemplo, en seguida la candelilla 10, 11 ó 12; la dilatacion brusca por la uretrotomía interna ó la divulsion, cuando la estrechez es muy angosta, y cuando el tratamiento por las candelillas parece necesitar mucho más tiempo del que desean los enfermos, ó bien cuando, habiendo empezado con las candelillas, me encuentro invenciblemente detenido en un número insuficiente.

No os admireis si en las apreciaciones que acabo de indicar no he hecho intervenir el tratamiento por la electrolisis, que aconsejan MM. Mallez y Tripier. No os he hablado porque no tengo de él ninguna experiencia personal, y no lo he ensayado porque el aparato instrumental me parece demasiado complicado para la práctica usual. Dudo además que los resultados anatómicos y clínicos puedan ser diferentes de los que dan los demás medios de tratamiento. El porvenir nos aclarará esta incertidumbre.

LECCION LXIV.

Retencion de orina.

1. Retencion completa de orina en un viejo.—Explicacion de esta retencion.—Causas predisponentes: edad, hipertrofia intra-uretral ó intravesical de la próstata.—Causa ocasional; excesos alcohólicos.—Congestion posible, ó atonia de la vejiga.—Dificultades para el cateterismo; medios para sobrepujarlas.—Eleccion entre el cateterismo permanente ó renovado.—II Retencion de orina por hipertrofia de la próstata en otro viejo.—Curacion despues de doce sesiones de electricidad.

SEÑORES:

I. Habeis sido testigos ayer de las dificultades que ha habido para sondar á un viejo de 65 años, que entró con una retencion de orina. Esta retencion no era absoluta, por cuanto que el enfermo sentia la necesidad de orinar; pero despues de la salida de algunas gotas de orina expelidas por un violento y doloroso esfuerzo, cesaba la miccion y la vejiga quedaba distendida hasta el nivel del ombligo, formando en el hipogastrio una elevacion redondeada, resistente, elástica, de sonido mate á la percusion y dolorosa á la presion. No habia posibilidad de expulsar algunas gotas, sino despues de esfuerzos considerables hechos durante todo un dia.

Deberia discutirse aquí sobre estas palabras de retencion completa; en rigor, no lo es por cuanto que el enfermo puede todavía expulsarla. Pero notad la diferencia que hay de algunas gotas á medio vaso ó un vaso que expulsan algunos enfermos, á pesar de que no vacian completamente la vejiga, y tienen positivamente una retencion incompleta. Notad además que, durante todo un dia, en nuestro enfermo la retencion ha sido absoluta, por consiguiente, completa; que se nos puede permitir no tomar en cuenta esta miccion por rebosamiento, que,

despues de todo, no cambia el grado de replecion á que ha llegado la vejiga en las veinticuatro horas, durante las cuales no ha salido nada.

Notad, tambien, que cuando la miccion es poco abundante y deja la vejiga tan distendida como antes estaba, se puede decir que es por *rebosamiento*. Debe, pues, permitírse nos considerar como retencion completa aquella en la cual la miccion tiene lugar por rebosamiento, háyanla ó no considerado hasta aquí los autores de esta manera.

En este momento debeis recordar que hay dos especies de micciones por rebosamiento.

Una en la cual esta miccion es voluntaria, es decir, se hace á consecuencia de esfuerzos provocados por la sensacion de la necesidad.

Otra que es involuntaria, en la cual el exceso de orina sale incesantemente, sin que el enfermo tenga necesidad y sin hacer ningun esfuerzo de expulsion. En este último caso se encuentra la cama constantemente mojada, sucediendo una cosa análoga á lo que pasa en la incontinencia de orina. Pero procurad no confundir esta incontinencia por rebosamiento con la incontinencia verdadera, muy rara en el hombre, en la cual la orina sale involuntariamente á consecuencia de una relajacion atónica ó paralítica del cuello de la vejiga. No es este el caso de nuestro enfermo; tiene como habeis visto miccion por rebosamiento, pero esta miccion es voluntaria.

Deberia de preguntarme cuáles eran las causas de esta retencion de orina. Recordando las indicaciones hechas sobre este punto por los autores, veremos qué han señalado unas causas predisponentes y otras ocasionales. Examinemos la parte que unas y otras tienen en nuestro enfermo.

A.—Primero encuentro la edad. Todo el mundo sabe que los viejos están predispuestos á la retencion de orina, porque ó ya tienen la próstata hipertrofiada, ó ya las fibras musculares de la vejiga están debilitadas, como todas las del organismo, y susceptibles de perder en un momento dado toda su contractilidad.

B.—En seguida he dirigido mis investigaciones hácia la

próstata. Debeis recordar, Señores, dos cosas importantes en la patología de las vías urinarias:

1.^a La próstata, al contrario de lo que sucede en otros órganos de nuestra economía, se hipertrofia por los progresos de la edad; de modo que adquiere, en casi todos los sugetos que llegan á 60 años, un cuarto, un tercio más, y aun el doble del volúmen que tienen al comenzar la edad adulta.

2.^o Este órgano se hipertrofia de dos maneras: ya regularmente, es decir, sin produccion de eminencias, ni de mamelones que, formando relieve en el conducto de la uretra y en el orificio vesical, modifiquen el calibre de estas partes; ya irregularmente, es decir, con produccion de las eminencias y mamelones de que os acabo de hablar. Entre estas eminencias la más frecuente es la que se desarrolla en la parte posterior ó base de la próstata, debajo del orificio vesical y á expensas de esta parte, muy rudimentaria en estado normal, llamada por E. Home *lóbulo medio*, y que para M. Mercier (1) está constituida por granulaciones colocadas por encima y detrás del *veru-montanum* (granulaciones supra-montanales). Desarrollándose de abajo arriba esta eminencia anormal, obstruye el orificio vesical de la uretra, ó, si os parece mejor, disminuye su extension. Es raro que esta obstruccion sea completa; pero puede llegar hasta el punto de disminuir un cuarto, ó un tercio, ó una mitad las dimensiones de la abertura del cuello.

Los otros mamelones irregulares, de que os acabo de hablar, se desarrollan á expensas de esta parte de los lóbulos laterales que circunscribe el conducto uretral. Yo llamo hipertrofia intra-uretral de los lóbulos laterales al aumento de volúmen que les da origen. Cuando hay solo un mamelon de esta naturaleza ó está formado á expensas del lóbulo derecho ó del lóbulo izquierdo, tiene la forma de un cono truncado, cuyo vértice se dirige hácia la pared opuesta de la uretra, ocasionando necesariamente una disminucion notable de su cali-

(1) Mercier, *Investigaciones sobre las enfermedades de los órganos gènito-urinarios de los viejos*, Paris, 1841.

bre. Cuando hay dos, uno á la derecha y otro á la izquierda, están colocados uno un poco más adelante que el otro, y resulta que su presencia no solo estrecha el conducto, sino que desvia notablemente su eje. Y esto aun sin tener en cuenta que los mamelones intra-uretrales pueden coincidir con el mamelon-medio, y que unos y otros coinciden casi siempre con una hipertrofia regular de la porcion periférica de los lóbulos laterales.

Pero volviendo á nuestro enfermo: ¿tiene una hipertrofia de la próstata? ¿Y esta hipertrofia es debida á un mamelon obstruente, especie de válvula, en el cuello de la vejiga, ó á mamelones obstruyentes intra-uretrales?

Para resolver esta cuestion, he hecho la exploracion por medio del tacto rectal, estando el enfermo acostado sobre el lado derecho, en la posicion que hacemos tomar para la operacion de fistula de ano. He comprobado en seguida en el sentido transversal y en el antero-posterior que la próstata era mucho más voluminosa que en el adulto, y que, por consiguiente, los lóbulos laterales estaban notablemente hipertrofiados, pero sin formar relieve en su superficie exterior, como sucede ordinariamente.

Por esta exploracion no he podido comprobar la hipertrofia en el cuello ó en el trayecto de la uretra; no lo hubiera podido hacer más que por medio del cateterismo. Pero, en primer lugar, el cateterismo no da comunmente más que indicios muy incompletos sobre este punto; y en segundo lugar, debiendo hacer un cateterismo evacuador, me propuse estudiar esta cuestion de diagnóstico, al mismo tiempo que me ocupaba de la terapéutica; pero tengo una presuncion que formulo de esta manera: si hay hipertrofia periférica de los lóbulos laterales, es de presumir que haya hipertrofia intra-uretral ó existe á la vez en el cuello de la vejiga. El enfermo tiene, pues, una de las causas predisponentes más comunes de la retencion de orina en los viejos.

C.—He tratado de investigar despues las causas ocasionales.

No sé que el enfermo haya estado expuesto al frio, ni que

haya sufrido un cansancio excesivo en las tentativas de placeres venéreos. Solamente sé que, la víspera del día de la retencion de orina, habia hecho en familia, con motivo de un aniversario, una comida abundante, en la cual habia bebido lo bastante para llegar al primer grado de embriaguez, la alegría exagerada. No he puesto en duda que esta fuera la causa ocasional, porque es muy comun observar la retencion de orina en los viejos despues de excesos alcohólicos.

D.—Pero aquí debo presentar una cuestion de patogenia interesante y difícil.

Hé aquí un hombre que tenia hace mucho tiempo hipertrofiada la próstata, porque la próstata no se hipertrofia en dos ni tres días, y parecia que orinaba bien. Digo que *parecia* porque tal es su creencia, y no tenemos ningun medio de contradecirle. Pero ha podido sucederle lo que sucede comunmente á muchos viejos, vaciar incompletamente la vejiga, y tener por mucho tiempo una atonía de este órgano, atonía causada por la edad y por la fatiga de las fibras musculares vesicales, resultante de la obligacion de luchar en cada miccion contra el obstáculo opuesto á la emision de orina por las eminencias vesicales é intra-uretrales de la hipertrofia prostática.

Parecia, pues, que orinaba bien, y no habia ninguna razon para creerse amenazado de una retencion de orina.

De repente se presenta esta á consecuencia de una comida fuerte. ¿Cómo ha sucedido esto? El fenómeno es difícil de explicar, como todos aquellos en que nos vemos obligados á hacer intervenir las alteraciones materiales pertenecientes á órganos que no están á la vista y á las alteraciones fisiológicas todavia muy visibles.

En efecto, hay dos hipótesis posibles para resolver el problema que acabo de presentar. Hemos presumido con mucha razon, y los resultados del cateterismo, de que os hablaré ahora, justifican esta presuncion, que la hipertrofia, cuya existencia hemos comprobado en la perifería de la próstata, puede muy bien haber invadido la porcion canalizada. Luego es posible que en cierto momento, y bajo la influencia del exce-

so alcohólico, las eminencias intra-uretrales ó la vesical se hayan inflamado ó por lo ménos congestionado, y la consecuencia de esto ha sido un aumento de volúmen tan grande que ha ocasionado la obstruccion completa de la via urinaria. En tal caso la causa de la retencion de orina seria puramente mecánica.

La otra hipótesis, en lugar de ser exclusivamente anatómica, como la presente, es fisiológica.

Ya os he dicho, hace un momento, que se podia admitir una atonía, ó si os parece mejor, una disminucion en la potencia contractil de la vejiga, causada por sus luchas incesantes contra las obstruccioncs prostáticas del conducto urinario. Un exceso alcohólico puede hacer pasar al estado de parálisis la atonía primitiva. Desde luego podeis ver la mayor ó menor intervencion de los dos elementos patogénicos que os he puesto de relieve. La hipertrofia intra-uretral de la próstata ó la de la base será la causa predisponente principal, porque esta al cabo de algun tiempo ha fatigado la vejiga; y el alcohol será la causa ocasional, porque ha paralizado la vejiga, predispuesta con mucha antelacion á esta parálisis por una fatigá prolongada.

Comprendeis perfectamente que, en rigor, pueden reunirse las dos hipótesis, y decir que el exceso alcohólico ha provocado á la vez un poco de hinchazon inflamatoria, que ha aumentado el obstáculo mecánico, y una debilidad muscular que ha producido el obstáculo fisiológico. Yo llamo á este obstáculo parálisis: tal vez sea preciso decir parálisis incompleta; porque las fibras musculares, en un grado considerable de distension del órgano, parece que se contraen para hacer que salga la orina por rebosamiento. Pero os he hecho sospechar si esto será solo una apariencia; porque es posible que la miccion por rebosamiento sea el resultado de una contraccion enérgica de los músculos abdominales y de la presión que estos ejercen sobre la vejiga distendida, sin que de ningun modo intervengan las fibras vesicales.

Como la observacion clínica no nos da sobre esto datos precisos, os deixo en esta incertidumbre, y me contento con ad-

mitir cierto grado de parálisis de la vejiga como causa de esta retencion de orina.

Pronóstico.—Pasando ahora de estas explicaciones patogénicas al pronóstico, si me pedís que saque de las primeras algunas conclusiones para el segundo, continuaré siendo absoluto, y os diré solamente lo que es posible sin poder afirmar nada de cierto.

Todo viejo que tiene una retencion completa de orina con rebosamiento, puede curar espontáneamente al cabo de algunos dias, es decir, que la parálisis desaparece luego que la influencia alcohólica se ha disipado, ó las eminencias prostáticas hinchadas han disminuido de volúmen, y todo entra en órden despues de dos ó tres evacuaciones de la vejiga, ya hechas por medio de la sonda, ya, como ocurre algunas veces, sin que haya necesidad de emplear el cateterismo. El enfermo queda amenazado de una recidiva, y, para evitarla, debemos aconsejarle que procure evitar los excesos alcohólicos, los placeres venéreos y los enfriamientos. Pero esta terminacion favorable no es la más frecuente; el enfermo está expuesto á una persistencia indefinida de la retencion de orina, á una cistitis purulenta consecutiva, á la fiebre urinosa. No me detengo hoy á hablaros de la cistitis purulenta ni de la fiebre urinosa, porque su desarrollo no está ligado exclusivamente á la patogenia que nos ha ocupado hace un momento. Esta misma persistencia de la rétencion puede colocar al enfermo por el resto de sus dias en la obligacion de sondarse muchas veces en las veinticuatro horas. ¿Queda expuesto á esta incomodidad ó se debe esperar la curacion pronta? Os repetiré, que sobre este punto debemos quedar con incertidumbre. En efecto, si este obstáculo mecánico es el agente principal de la retencion, y si este obstáculo mecánico ha aumentado súbitamente por un trabajo inflamatorio, es posible, como os he dicho antes, que se presente la resolucion, y que el obstáculo vuelva al grado en que antes se encontraba y no impida la salida de la orina. Pero en esta suposicion tambien el obstáculo obstruente podria persistir mucho tiempo, indefinidamente quizá, porque no se resolviera la flegmasia y por el paso al

estado hipertrófico ó casi hipertrófico de la hinchazon que ha sobrevenido, y que al principio no era más que inflamatoria.

Comprendeis perfectamente que no puedo esclarecer este punto, pues no sé, y me es absolutamente imposible saber, si las hinchazones intra-uretrales, que tengo el derecho de suponer, han aumentado realmente durante estos últimos dias. En cuanto á la parálisis, creo que ha contribuido en una proporcion considerable, pero no puedo deciros cuál ha sido esta proporcion; tampoco he observado nada que me indique si esta parálisis será de las que desaparecen ó de las que son incurables y persisten indefinidamente.

Tratamiento.—En esta incertidumbre nuestro deber terapéutico es seguir la indicacion principal: la de vaciar la vejiga por medio del cateterismo. No es siempre la operacion tan inofensiva como necesaria; podreis llegar á observar la cistonefritis purulenta ó la fiebre urinosa, ó la una y la otra, determinadas por la operacion. No lo creereis tal vez, porque estando el sugeto expuesto á estas complicaciones por el hecho mismo del obstáculo á la emision de orina, no podreis distinguir con exactitud, cuando se presenten estos accidentes, cuáles son los debidos á la enfermedad y cuáles al tratamiento.

Yo me apoyo, para emitir esta opinion, en la observacion de cierto número de hechos, en los cuales la primera introduccion de una sonda en la vejiga, en una retencion de orina, ha sido seguida de accidentes febriles graves, que no se habian presentado antes de la operacion. Si el hecho no se hubiera presentado más que una ó dos veces, podria explicarlo por una coincidencia debida á la casualidad. Pero lo he observado en diez casos, y yo creo que más que una coincidencia hay una relacion de causa á efecto entre el cateterismo y los accidentes de que os acabo de hablar. Me reservo, además, extenderme sobre este punto en otras circunstancias.

Pero, no obstante el peligro que puede correr el enfermo por el cateterismo, puede además correr otro; porque la retencion abandonada á sí misma expone tambien, en cierto modo,

á la cistitis y á la fiebre urinosa, y expone además á los accidentes de la urinemia, dependiente de la compresion de los tubos uriníferos y uriníparos de los riñones. No olvidéis que cuando hay retencion de orina este líquido se acumula no solo en la vejiga, sino tambien en la pélvis del riñon y en los cálices; de consiguiente, el acumulo en estos últimos tiene por efecto comprimir y disminuir el calibre de los tubos de la sustancia mamelonada y, de capa en capa, los de la sustancia cortical; por lo que, si se examinan los riñones á los quince ó veinte días de una retencion de orina, se ve que han perdido gran parte de su volúmen y sobre todo de su sustancia cortical. La parte secretoria se encuentra tambien atrofiada, por cuya razon debo pensar que la secrecion debe encontrarse disminuida, y, por consecuencia, una parte de los materiales que habitualmente separa la funcion renal quedan en la circulacion, dándose por resultado una alteracion grave de la sangre.

Para evitar estos graves peligros debe procederse á la evacuacion de la vejiga, como lo he intentado hacer durante la visita. Pero mientras que en muchos casos de esta naturaleza hacemos penetrar la sonda con gran facilidad, he encontrado en este dificultades que se encuentran algunas veces, y contra las cuales es preciso, en la práctica, estar siempre preparados. Por esta razon voy á exponeros en detalle estas dificultades y los medios de que me he valido para vencerlas.

Habéis debido notar que no he empleado sonda metálica. Observo con frecuencia en la práctica particular, que los médicos llamados para asistir á un anciano, que padece retencion de orina, hacen uso de la sonda ordinaria de la bolsa. Es un descuido que puede ser excusable cuando no se tienen otras á la mano. Pero este descuido no debiera tenerse, porque todos los prácticos están expuestos á ser llamados para semejante dolencia; todos, por consiguiente, deben estar provistos de sondas de goma de diversos modelos. No quiere decir esto que la sonda metálica sea absolutamente nociva; ninguna duda cabe de que la sonda metálica, bien untada de aceite, condu-

cida por una mano ejercitada y con el cuidado ante todo de no herir la uretra, puede llenar perfectamente nuestro objeto, el de llegar á la vejiga y vaciarla. Pero de todas maneras expone más fácilmente que las de goma á herir las vias urinarias, y además su rigidez la impide vencer los obstáculos difíciles, que la flexibilidad de las otras las permite franquear. Repito, pues, que no proscribo de un modo absoluto las sondas metálicas; ya os diré ahora en qué casos las considero necesarias. Quiero manifestar solamente que no es preciso comenzar por ella, y que la regla es servirse primero de los instrumentos de goma, es decir, de una sustancia flexible. Yo he empleado primero en este enfermo esa variedad de sonda que se llama de *curvadura fija*; pero en cuanto hubo pasado algunos milímetros de la arcada pubiana, se detuvo y no fué posible hacerla llegar más lejos. Yo no he hecho ningun esfuerzo para introducirla más; cuidaba, como ya os he dicho, no desgarrar ó desgarrar lo menos posible la mucosa uretral. He preferido retirar el instrumento y tomar otro.

He escogido una segunda sonda de goma del mismo calibre que la precedente, es decir, del número 19; pero provista en su extremidad de una oliva mucho más estrecha que el resto del instrumento, de las que se conocen en el arsenal quirúrgico con el nombre de *sonda de extremidad olivar*; he encontrado la misma dificultad en el mismo sitio, y no he podido hacerla penetrar en la vejiga.

He tenido entonces que asegurarme mejor, de si el obstáculo era una estrechez uretral. Para esto he conducido la sonda hasta el mismo obstáculo, y he introducido en el recto el dedo índice de mi mano derecha. He dirigido la sonda hácia adelante, hasta que el dedo ha sentido bien la bola de la sonda á través del intestino y de la porcion membranosa; luego que la toqué perfectamente deslicé la sonda hácia atrás, y mi dedo percibió muy distintamente que entraba en la porcion prostática de la uretra y que profundizaba más de un centímetro. De consiguiente, ninguna duda cabia de que el obstáculo estaba en la porcion prostática, en cuya profundidad penetraba la oliva hasta la mitad de esta porcion. He pensado, por lo

tanto (y este es el complemento del diagnóstico suministrado por la tentativa terapéutica, de que os he hablado antes), he pensado, repito, que tenia una hipertrofia intra-uretral, y que esta hipertrofia era, sino en totalidad, al menos en parte, causa predisponente y tal vez causa ocasional al mismo tiempo de la retencion de orina. No estaba, ciertamente, en presencia de una estrechez fibrosa, y presumí por las piezas anatómicas semejantes que yo habia observado, que la dificultad del catterismo se debia más que á una estrechez, á una desviacion del conducto; he continuado la tentativa de introduccion de una sonda de bola, y creí que, levantando la próstata con mi dedo introducido en el recto, cambiaria la direccion del conducto y facilitaria así la entrada de la sonda. Pero no he podido conseguirlo, tal vez porque la parte del instrumento inmediata á la oliva se doblaba sobre sí misma á causa de su fragilidad y de su falta de resistencia.

Renuncié entonces á este instrumento y tomé un tercero, que era una sonda de goma ordinaria recta, en la cual habia puesto un estilete encorvado como las sondas de bolsa. De este modo formaba un instrumento mixto, que se parecia por su rigidez á la sonda metálica, siendo, sin embargo, un poco más flexible que esta última. La he introducido con las reglas comunes hasta el sitio del obstáculo prostático, en el cual se ha detenido tambien; he introducido el dedo índice de la mano izquierda en el recto y le he colocado detrás de la próstata, levantando esta todo lo más que he podido, mientras que con mi mano derecha empujaba suavemente la sonda; me proponia con esta maniobra modificar las condiciones anatómicas, entreabriendo la porcion prostática y cambiando la posicion desfavorable de las eminencias intra-uretrales, cuya presencia tengo el derecho de admitir. La verdad es que yo he sentido perfectamente franqueado el obstáculo, y la salida del líquido por la sonda me ha demostrado que he llegado al reservorio urinario.

Si no hubiera obtenido resultado con esta maniobra, tenia á la mano todos los objetos necesarios para practicar un cuarto procedimiento, debido á Maisonneuve, el de la sonda abierta

por las dos extremidades y conducida por una candelilla que sirve de guía. Ya habeis visto en lo que consiste este aparato instrumental.

1.º En una candelilla fina del número 6 ó 7 de extremidad olivar, unida á otra candelilla igual por un hilo atravesado en sus extremidades más gruesas.

2.º En una sonda del número 18 á 20 perforada en uno de sus extremos por tres aberturas, dos laterales y una terminal; el calibre de esta sonda está calculado de tal modo, que las candelillas, del calibre indicado antes, puedan atravesarla cómodamente.

3.º En las piezas necesarias para fijar esta sonda para el caso en que se hubiera creido necesario.

Ved ahora cómo hubiera procedido; hubiera introducido desde luego una de las candelillas hasta la vejiga; en seguida hubiera introducido la sonda, deslizándola sobre la otra candelilla, quedando externa á esta, sobre el hilo y, en fin, sobre la primera candelilla que un ayudante sostendria inmóvil en su lugar, sosteniendo ligeramente la segunda con la mano.

A falta de las dos candelillas, reunidas la una á la otra por medio de un hilo, hubiera podido servirme de una sola y de un hilo largo atado por un extremo á la extremidad gruesa de la sonda, y por el otro á un pequeño cilindro de madera transversalmente colocado en relacion con la candelilla. La candelilla y el hilo se habrian introducido previamente en la sonda; desques se conduciria la candelilla á lo largo del conducto y luego no habia más que deslizar sobre esta la sonda, mientras que un ayudante tendria inmóvil el cilindro de madera, para impedir que la candelilla se doblara en la uretra y detuviera de este modo el movimiento de la sonda. Mejor seria emplear la candelilla de goma provista de un tornillo y el tallo metálico que se une á ella, como el que me habeis visto emplear para la uretrotomía. Si os he hablado de los otros dos medios de practicar el cateterismo, ha sido porque en un caso igual no podiais tener á vuestra disposicion el sistema de tornillo, y siempre os será posible disponer ya de

dos sondas reunidas por un hilo, ya de una candelilla con hilo largo que sirva de conductor á la sonda.

No olvideis estos detalles y familiarizaos con este modo de cateterismo, que es un gran recurso en el tratamiento de la retencion de orina de los viejos; me habeis visto emplearle muchas veces con éxito, y esta es la ocasion de recordaros otro procedimiento de cateterismo que me habeis visto practicar últimamente. El enfermo atacado de retencion de orina estaba acostado; yo habia ensayado en vano los diversos procedimientos que os acabo de enumerar, y no me fué posible introducir la candelilla conductriz; hice entonces poner en pié al enfermo, y en esta posicion la candelilla entró fácilmente; hice acostar al paciente, atornillé la candelilla metálica é hice luego entrar una sonda hueca. No olvideis esta sencilla modificación, que puede seros muy útil.

Y, finalmente, si no hubiera tenido éxito, aun me quedaba un quinto recurso. Era la sonda metálica, pero no la sonda metálica ordinaria, sino la sonda gruesa, aquella de que nos servimos algunas veces, despues de la litotricia, para la evacuacion de las arenillas, y que tiene, como veis, de siete á ocho milímetros de diámetro. Todos los prácticos saben que con un instrumento como este se triunfa algunas veces de los obstáculos prostáticos, que no pueden franquear las sondas ordinarias. Dos veces la he empleado con éxito. Solo que como no se puede dejar permanente una sonda de este calibre, he tenido siempre cuidado, despues de la evacuacion de la vejiga y en el momento en que retiraba la sonda gruesa, de introducir en seguida una de goma que habia de quedar permanente. El paso hecho por el instrumento metálico se halla franco todavía para que la sonda blanda, detenida antes, pueda ser introducida.

Luego que la sonda se ha introducido y que se ha evacuado la orina, se presenta esta otra cuestion: ¿Es preciso retirarla ó dejarla permanente? Si, para resolver este problema, no se han de tener en cuenta más que las ventajas y los inconvenientes respectivos de la sonda permanente y del cateterismo renovado, mi determinacion ha sido bien tomada. Es

incontestable, en efecto, que la sonda permanente expone á los viejos á la uretritis y á la cistitis purulenta, á las ulceraciones del bajo fondo de la vejiga por la presion que ejerce el instrumento, á la nefritis por propagacion, y á la fiebre urinosa grave, comunmente mortal, que es la consecuencia de todas estas lesiones diversas.

Notad bien que os señalo todos estos inconvenientes de la sonda permanente, pero que os he dicho *en los viejos*. Porque los jóvenes y los adultos soportan algunas veces sin accidentes la sonda permanente, y por lo tanto no debeis guiaros por lo que hemos dicho para rehusar de una manera absoluta la sonda permanente en los sugetos de esta edad, en los cuales puede presentarse indicacion. En los viejos, cuando hay necesidad de vaciar la vejiga artificialmente, por algun tiempo, ó como sucede muchas veces por largo tiempo, el cateterismo repetido dos ó tres veces cada dia es mucho más preferible. Expone tambien, y ya he tenido ocasion de deciroslo, á la fiebre urinosa; porque todas las maniobras hechas sobre la vejiga exponen en este período de la vida, en que las vías urinarias son mucho más susceptibles. Pero esto expone menos que la sonda permanente, y por esta razon, en tésis general, debe preferirse el cateterismo renovado.

Pero al lado de esta cuestion de peligro se debe colocar otra que debemos tener en cuenta. El cateterismo puede ofrecer algunas dificultades. Si retiramos la sonda y la retencion de orina persistiera, lo que es casi inevitable, seria de temer que, aumentando las dificultades, el paso del instrumento se hiciera imposible; en cuyo caso habria que practicar la puncion de la vejiga, otra operacion peligrosa, que yo reservo solo para el caso en que no tengamos absolutamente nada mejor que proponer.

Bien considerado todo, es siempre una cosa grave para un viejo tener necesidad de sondas. Pero aunque la sonda permanente sea un recurso defectuoso y á veces arriesgado, vale sin embargo más recurrir á él que dejar expuesto al enfermo á las contingencias de una retencion de orina con obstáculo infranqueable. Yo he dejado la sonda, proponiéndome retirar-

la á los cuatro dias, y hé aquí una de las cosas que sucederán: ó bien el enfermo podrá orinar solo y entonces no habrá ya necesidad de sondarle, ó bien despues de haber esperado ocho ó diez horas nos encontraremos con que la retencion de orina subsiste, y habrá que sondarle de nuevo. Si el instrumento penetra con facilidad le retiraré, y recurriré al cateterismo repetido dos ó tres veces cada veinticuatro horas. Si entra difícilmente la dejaré de nuevo permanente por algunos dias, al cabo de los cuales volveré á intentar nuevos ensayos. Continuaré así hasta que el enfermo pueda sondarse por sí mismo ó hasta que se cure la retencion. Es posible tambien que la cistitis ó la fiebre urinosa terminen con el enfermo antes que ocurra una ú otra de estas eventualidades.

II. No quiero dejar marchar, sin advertiroslo, á un viejo de 65 años, que ha ocupado tres semanas el número 24, y que entró por unas de esas retenciones de orina con hipertrofia de la próstata, sobre las que he tenido ocasion muchas veces de llamar vuestra atencion. La retencion era completa; cuando el enfermo vino, la vejiga se elevaba hasta cerca del ombligo y no salia la orina ni por rebosamiento. Era uno de esos casos que se observan con mucha frecuencia, en los cuales es de temer una persistencia indefinida de la retencion, una cistitis consecutiva, una fiebre urinosa y una uremia. Nada de esto ha sobrevenido. El cateterismo, que estaba formalmente indicado, no ha ofrecido dificultades; no dejé por lo tanto la sonda permanente; me contenté con sondar yo mismo al enfermo todas las mañanas, con una sonda de goma de extremidad olivar, y hacer que un ayudante le sondara á las cuatro de la tarde y á las once de la noche. La cistitis no se ha desarrollado, ni la fiebre urinosa, ni las orinas han sido fétidas. A los diez dias el enfermo sentia con dolor la necesidad de orinar y no podia satisfacerla, es decir, que la retencion continuaba. Me decidí entonces á emplear la sonda permanente, con la idea de que la excitacion producida por ella reanimaría las contracciones musculares. No sucedió esto; á los ocho dias retiré la sonda y observamos que el enfermo continuaba sin poder orinar, cuya necesidad se hacía siem-

pre sentir. Pasaron diez y ocho días desde su entrada en el hospital y no obtuvimos ninguna mejoría en cuanto se refiere á la emision de orina.

Entonces me visteis recurrir á la electricidad, medio aconsejado por Michon (1) en 1861, y que he empleado muchas veces con éxito.

Os recordaré en pocas palabras su modo de aplicacion. En cada sesion se introdujo una sonda de plata en la vejiga; servia primero para vaciar esta; despues uno de los hilos conductores de una pila de Morin y Legendre (cualquiera otra pila hubiera llenado lo mismo la indicacion) le mantenía aplicado con una mano á la extremidad de esta sonda metálica; con la otra mano sostenía el otro hilo, en cuya extremidad habia un receptáculo de cobre y una esponja mojada, que aplicaba sobre el hipogastrio del enfermo. Una sensacion de picadura percibida por este nos advertía que la corriente pasaba y que el aparato funcionaba bien. De tiempo en tiempo retiraba el receptáculo y la esponja con objeto de provocar sacudidas intermitentes; continuaba así por doce minutos, despues de los cuales retiraba la sonda. Todos los días hacia la aplicacion; pero cada tercer día modificaba la manobra del modo siguiente. Colocaba la sonda metálica en la vejiga, pero en lugar de aplicar el otro conductor sobre el hipogastrio, introducía, tan profundamente como era posible, un sonda de mujer en el recto y hacia pasar la corriente por esta sonda, de tal modo que las dos electricidades se encontrasen á través de las paredes inferior y posterior de la vejiga, en vez de encontrarse á través de las paredes anterior y superior, como sucedía con el otro método. No doy más importancia al uno que al otro método de aplicacion; á lo ménos no está demostrado que ninguno de ellos deba ser preferido al otro. Pero me parece que hay más probabilidades de excitar favorablemente las fibras vesicales, haciendo pasar la corriente alternativamente por los dos segmentos diferentes de la vejiga.

(1) Michon, *Memorias de la sociedad de cirujía*. 1861, tom. II. pág. 401.

Ved ahora cuáles han sido los resultados: despues de la cuarta sesion, el enfermo sintió la necesidad de orinar y expulsó cerca de medio vaso de líquido; sin embargo, por la tarde tuve que sondarle; por la noche ha orinado de nuevo una cantidad un poco más considerable. En los dias siguientes la secrecion se hizo más y más abundante; despues de la última sesion no tuvo ya el enfermo necesidad de que le sondaran por la tarde; se vaciaba la vejiga solamente por la mañana con la sonda que servia para electrizar. Finalmente, despues de la duodécima sesion me ha parecido que el enfermo orinaba como en el estado normal. Ya no aplicamos la electricidad y el enfermo está próximo á salir del hospital. Nosotros le prevendremos, el dia que salga, que para evitar una recidiva debe abstenerse de los alcohólicos y evitar los enfriamientos.

He querido fijar este hecho en vuestra memoria porque os demuestra, primero, que si gran número de viejos tienen una cisto-nefritis ó una fiebre grave á consecuencia de la retencion de orina, otros conservan esta retencion indefinidamente, y algunos escapan á los peligros de la enfermedad y del cateterismo y curan. Os demuestra, en segundo lugar, que la electricidad es un buen medio que se debe utilizar. Yo sé bien que se puede repetir aquí la objecion, que tambien podriais hacer en otros resultados terapéuticos. ¿No se deberá la curacion á la casualidad ó á una coincidencia en lugar de ser debida á una excitacion eléctrica. Hay en efecto retenciones de orina que desaparecen despues de algunos dias de cuidados y de cateterismo. Tal vez esta fuera de las que hubiesen desaparecido sin electricidad como con ella. La objecion tendria gran valor si se tratase de un hecho aislado; pero ya os he dicho que tengo otros diez semejantes en mi práctica, y que Michon por su parte ha recogido cuatro ó cinco. Ya recordareis que no empecé con la electricidad hasta los diez y ocho dias, despues de haber ensayado el cateterismo pasajero por diez dias y la sonda permanente una semana. Además, cuando la retencion, en un viejo, ha de curar por el cateterismo solo, basta comunmente con una semana, y en vis-

ta de que pasaron ocho dias sin notar mejoría alguna, era de creer que la retencion fuera incurable por estos medios. Por esta razon no cedió la enfermedad á ellos, y empezó á ceder de pronto desde el momento en que se empleó la electricidad; en esto me fundo para creer que en este sugeto, como en algunos otros de que os he hablado, el medio que se ha empleado ha entrado por mucho en la curacion obtenida.

LECCION LXV.

Fiebre urinosa.—Hematuria.

1. Autopsia de un anciano poliúrico, muerto á consecuencia de una retencion de orina y de una fiebre urinosa.—Consideraciones sobre la urémia quirúrgica.—II. Hematuria antigua.—Autopsia.—Fungus pediculado de la vejiga.

SEÑORES:

Venís observando hace algunos dias un nuevo caso de retencion de orina por hipertrofia de la próstata en un anciano de 69 años. La retencion era completa, con miccion involuntaria por derrame. Desde su entrada en el hospital tenia la piel caliente, el pulso acelerado, el vientre algo timpanizado, la lengua seca, algunos vómitos, el semblante profundamente alterado. Estos accidentes datan de hace tres dias y principiaron por un escalofrío intenso. El enfermo no habia sido sondado, y aunque la vejiga se elevaba hasta cerca del ombligo, el médico que le visitaba no habia pensado en una retencion de orina, porque, como el enfermo orinaba por derrame, parecia tener solamente una incontinencia, nueva prueba de la necesidad de examinar completamente antes de diagnosticar. En efecto, nos ha sido fácil, apoyando la mano sobre el hipogastrio, experimentar la sensacion de resistencia que produce la vejiga distendida y, por la percusion, observar sobre la línea media una matidez absoluta. Hemos introducido además una sonda de goma, operacion que se ha hecho con mucho cuidado y se ha dado salida á litro y medio de orina muy amoniacal, sin mezcla de pus ni de sangre.

Era evidente, por los síntomas que hemos observado, que este individuo estaba gravemente enfermo. Le he considerado como afectado de la forma grave de fiebre, de que ya otras veces os he hablado con el nombre de *fiebre urinosa*. Únicamente que, mientras que en casi todos los casos esta fiebre tiene un origen traumático, es decir, es consecutiva á un desgarramiento producido por un instrumento, en el caso actual es espontánea, es decir, ha sobrevenido sin cateterismo, sin desgarramiento que haya dado lugar á hemorragia; esto no quiere decir que el punto de partida no haya sido una solución de continuidad, sino solamente que esta no ha sido producida por la acción de un instrumento vulnerante, y que ha sido el resultado de un trabajo espontáneo.

Habéis examinado al enfermo en los diez días que han transcurrido desde su entrada en el hospital y su muerte. Habéis notado las indicaciones que os he hecho cada día, al lado de la cama, y, principalmente, las que concernían á la hipertrofia de la próstata observada por el tacto rectal, la presencia del moco-pus en la orina algunos días después de su entrada, y por último, la abundancia de orina. En efecto, habiendo observado esta abundancia decidí que el enfermo fuera sondado tres veces al día; como cada vez se le sacaba un litro próximamente de orina y en el intervalo de los cateterismos perdía además una notable cantidad por el derrame involuntario, resulta que daba más de tres litros de orina cada veinticuatro horas. Ahora bien, recordáreis por las indicaciones dadas por nuestros fisiólogos, y principalmente por Rayer, Becquerel y Ch. Robin (1), que la cantidad de este líquido que sale en veinticuatro horas varía entre 1.200 á 1.600 gramos, es decir, que no llega, ni con mucho, á los dos litros.

Se trataba por lo tanto de una poliuria, y no es raro que la poliuria coincida con la retención de orina y la micción por derrame. Yo creo que la primera es una de las causas ocasionales de estas últimas; hé aquí, por qué os he dicho al expo-

(1) Robin, *Lecciones sobre los humores normales y morbosos del cuerpo del hombre*.—París, 1867, pág. 649.

ner mi opinion sobre la patogenia de la retencion de orina en los ancianos afectados de hipertrofia prostática, que es preciso atribuirle primero á la fatiga y despues á la inercia y á la parálisis resultante de la lucha prolongada de la vejiga contra el obstáculo mecánico. Cuanto más ha durado esta lucha más motivos hay para que esta impotencia llegue pronto. Este es precisamente el caso de los poliúricos. Su vejiga se llena más pronto que en el estado normal; la necesidad de vaciarla se hace sentir con más frecuencia; las fibras musculares tienen que luchar, generalmente, contra los obstáculos prostáticos de que ya os he hablado (1), y la retencion llega tarde ó temprano.

Al hablaros así, presumo que la poliuria era muy antigua en este enfermo. No se ha podido explicar categóricamente, pero he tenido frecuentes ocasiones de observar esta coincidencia de la poliuria con la retención y de saber que la primera habia precedido á la segunda mucho tiempo, para poder aseguraros que así sucedia sin duda en el enfermo actual.

Demostrada en él la poliuria, he investigado si estaba acompañada de glicosuria, lo que hubiera agravado necesariamente aun más el pronóstico. Pero las investigaciones hechas calentando la orina con potasa y tratándola por el líquido cupro-potásico y viendo si habia reduccion del cobre, nos han demostrado que no existia azúcar en este líquido, y que en consecuencia se trataba de una poliuria simple, tal como la que se observa con mucha frecuencia en los ancianos.

También me habeis oido lamentar, á propósito de este enfermo, el no saber de una manera positiva cuál era el estado en que se encontraban las funciones de su sistema nervioso antes de la crisis última que le trajo al hospital. Nada más difícil, en efecto, que procurarse nociones algo precisas sobre este punto, que tiene, sin embargo, cierto interés patogénico. Por una parte la parálisis vesical, que hemos admitido, se comprenderia mejor si supiéramos que hacia algun tiempo el

(1) Página 227 y siguientes.

cerebro estaba en un estado de debilidad próximo al reblandecimiento cerebral, y, por otra parte, este mismo estado del cerebro le expondría á ser más fácilmente invadido por el estado general que atribuimos á la fiebre urinosa y del cual voy á ocuparme ahora.

Habéis podido seguir, Señores, la marcha de los fenómenos que se han sucedido desde la entrada de este enfermo en el hospital, á saber: la persistencia de la sequedad de la lengua, la aparición de un tumor en los primeros días, la postración, el sub-delirio, la emisión involuntaria de materias fecales, la frecuencia del pulso, la timpanización del vientre, la dificultad constantemente aumentada de la respiración y, en fin, la muerte al cabo de diez días.

Resta ver cuáles han sido las lesiones observadas en la autopsia, y qué explicaciones podemos deducir relativamente á la muerte.

En cuanto á las lesiones, las expongo á vuestra vista. La uretra ha sido hendida á lo largo de su cara superior y la vejiga en su cara anterior. No hemos encontrado ningún indicio de estrechez en la uretra. La próstata está sensiblemente hipertrofiada en su parte periférica y algo en la parte intra-uretral de los lóbulos laterales, sin que el lóbulo medio estuviese notablemente desarrollado. La vejiga presenta un engrosamiento incontestable, pero todavía bastante moderado, en su capa muscular; la mucosa está inyectada y presenta gran número de manchas de color rojo oscuro, que son debidas á la infiltración equimótica de la sangre, y dan á la superficie interna del órgano un aspecto atigrado. No había ningún cálculo. No se han visto columnas ni células muy pronunciadas; pero vereis en el bajo-fondo, cerca del cuello, dos erosiones superficiales del diámetro de una moneda de un real. De los dos riñones, el derecho está algo más voluminoso que el izquierdo; al cortarle notareis su color rojo intenso y la facilidad con que sale la sangre por la presión. En tres puntos de su superficie y en uno de su parénquima interior observareis manchas agrisadas, del volumen de un canamón ó de una lenteja; ni el corte ni la raspadura de estas

manchas producen la salida de pus y presentan una trama bastante apretada. Estas manchas no son pequeños abscesos múltiples, como los que se ven con tanta frecuencia en los casos de este género; son simplemente ligeros depósitos de materia plástica exudada á consecuencia de un trabajo morboso, que podemos considerar como inflamatorio. La cavidad y los cálices no aparecen tan agrandados como algunas veces les vemos en los casos de retencion de orina. Puedo resumir en dos palabras las lesiones que observais en el riñon derecho: nefritis congestiva y exudativa.

Las lesiones del riñon izquierdo son diferentes. No se presenta por el corte el mismo derrame sanguíneo ni el color rojo oscuro; la coloracion, por el contrario, es algo más pálida que en el estado normal. La decoloracion se nota principalmente en la sustancia cortical y hay un aumento considerable de la vejiga y de los cálices. Es necesario creer que, en esta parte, la retencion de orina ha producido una distension de los primeros conductos excretores, y que esta distension, ejerciendo una compresion sobre los conos de la sustancia mamelonada y gradualmente sobre la sustancia cortical, ha ocasionado una atrofia ligera del riñon por disminucion del calibre de los vasos sanguíneos. No me es posible afirmar nada en este punto. Os haré notar solamente que esto es posible, y que si, en esta preparacion, la atrofia de los riñones por compresion, consecuencia de la retencion de orina en las vias excretorias, no es de las más evidentes, me ha parecido incontestable en cierto número de casos análogos, por lo cual me creo autorizado para indicárosla.

En resúmen, las lesiones renales de este individuo son: en el lado derecho, hiperemia exudativa; en el lado izquierdo, principio de atrofia. Ni uno ni otro presentan los abscesos múltiples superficiales y parenquimatosos que observamos en ciertos casos de este género; no se observa tampoco en ellos la supuracion de la cavidad y de los cálices que ha descrito Rayer con el nombre de pielitis, y que ya acompaña á la nefritis parenquimatosa, ya existe separadamente de ella. Estas últimas lesiones se encuentran con bastante frecuencia en

los ancianos muertos á consecuencia de una fiebre urinosa; pero no son tan comunes como Civiale ha creído, y vosotros veis que aquí, si bien yo admito la existencia de la nefritis, por lo ménos en uno de los riñones (el derecho), no creo que esta nefritis haya llegado en ningun punto á supuración.

En una palabra, Señores, este hecho os demuestra una vez más que, en la retención de orina y en los accidentes febriles que la complican con tanta frecuencia en los ancianos, las lesiones proceden de los riñones, y que estas lesiones no son siempre y necesariamente supurativas. ¿Qué papel desempeñan estas lesiones en los síntomas y en los accidentes mortales? Esto es lo que vamos á ver ahora.

Siempre que se trata de decir por qué y cómo una enfermedad grave termina por la muerte, nos vemos con dificultades que dependen de la imposibilidad absoluta de demostrar, por medio de nuestros procedimientos de investigación, ciertas alteraciones de los líquidos orgánicos, que han podido ser la causa de la extinción de la vida, ó que dependen de la imposibilidad de explicar cómo las alteraciones que acabamos de demostrar en los líquidos orgánicos ó en los sólidos han podido desarreglar hasta este extremo las ruedas de la existencia. La fisiología, aunque han sido muchos sus progresos en estos últimos años, deja todavía mucho que desear sobre los fenómenos íntimos de la nutrición y sobre las condiciones de su marcha normal, para que podamos comprender cómo estos desarreglos han podido ocasionar la terminación de la vida.

La explicación de la muerte después de los accidentes febriles de las vías urinarias, es uno de los ejemplos más patentes de estas dificultades. ¿Por qué ha sobrevenido esta fiebre intensa en nuestro enfermo desde los primeros días de la retención de orina? ¿Por qué esta terminación fatal?

Yo me explico en gran parte estos dos puntos respecto á la fiebre que sigue al cateterismo y á las soluciones de continuidad recientes de la uretra.

Las mismas opiniones y las mismas divergencias se producen en la fiebre que acompaña ó sigue á la retención de orina.

Los unos han atribuido al catarro de la vejiga que actual-

mente llamamos cistitis moco-purulenta ó catarral, y á la influencia, por simpatía, de esta enfermedad en todo el organismo.

Otros, despues de los trabajos de Rayer, hacen intervenir la nefritis, complicacion tan frecuente en las enfermedades de la vejiga, y atribuyen la perturbacion general á la influencia de esta nefritis sobre el organismo, sin examinar detenidamente la que pueden ejercer las alteraciones producidas en la secrecion urinaria por la inflamacion del parénquima renal.

Seguramente podrian satisfacer cualquiera de estas dos opiniones que, como tantas otras explicaciones patogénicas y clínicas, no son susceptibles de una demostracion rigurosa, y para las que es preciso contentarse con una mera hipótesis.

Unicamente haré á una y á otra esta objecion, y es que no dicen el por qué y en virtud de qué datos fisiológicos estas cistitis y nefritis alteran tan fatalmente al organismo. Observamos estas mismas enfermedades en otras circunstancias, á consecuencia de la uretritis, por ejemplo, en el hombre, y en la mujer á consecuencia de la intoxicacion por las cantáridas por un vejigatorio. Y sin embargo, estas no producen desórdenes semejantes. El enfermo tiene un poco de fiebre, malestar y cansancio; pero la fiebre no va precedida de grandes escalofrios, el malestar y el cansancio duran poco tiempo y no hay ejemplo de que la enfermedad termine por la muerte. ¿Qué hay, pues, de especial en esta cistitis y en esta cistonefritis grave, generalmente mortal, de los ancianos atacados de retencion de orina? Yo encuentro dos cosas particulares, de las que no puedo dar una demostracion categórica, pero que la naturaleza misma de la lesion me autoriza á admitir.

La primera concierne á las condiciones de absorcion de la vejiga en estado enfermo. Se sabe que en el estado normal la mucosa vesical está provista de un epitelio defensivo que se opone á la absorcion. Es claro que un líquido tan deletéreo como la orina, no debe estar expuesto á la absorcion en las vias que recorre y en los sitios en que toma su origen. Los modernos experimentos del Dr. Susini, por medio de inyec-

ciones hechas con ioduro potásico en su propia vejiga, quitan toda clase de dudas que pudieran existir en este punto. Pero si la mucosa desaparece en algun sitio, ya por una lesion traumática reciente, ya á causa de una ulceracion, las condiciones primitivas desaparecen y la absorcion se hace posible. Ahora bien; cuando la cistitis crónica existe desde mucho tiempo antes, la inflamacion pasa fácilmente á ser ulcerativa, las sondas que se emplean para la evacuacion de la orina desgarran tambien la mucosa gruesa y friable. En este nuevo estado la superficie interna de la cavidad puede absorber la orina natural ó alguno de sus principios deletéreos, sobre todo los que, en la vejiga inflamada, pueden resultar de la descomposicion de la urea, el carbonato amónico, por ejemplo. No es imposible que la intoxicacion resultante de esta absorcion se traduzca por la fiebre y todos los fenómenos graves que conoceis. Las cosas suceden como si hubiera desgarrros en la uretra, con la diferencia de que, en los ancianos, alterándose la orina y descomponiéndose con más facilidad, que en los individuos jóvenes afectados de coartaciones uretrales, los fenómenos febriles de la intoxicacion serán más manifiestos.

La segunda particularidad fisiológica, que me es posible hacer notar, es que, en los casos en que los riñones están alterados en su estructura, ya por la atrofia de la sustancia cortical, que es la consecuencia de la retencion prolongada en los cálices y en la cavidad, ya por la inflamacion de todo su parénquima, pueden los materiales habitualmente eliminados por estos órganos, quedando en la sangre en gran cantidad, hacer que este último líquido sufra una alteracion análoga á la que produce la intoxicacion de que acabo de hablar. Esta no es una intoxicacion por absorcion sino por insuficiencia de euracion. ¿En los dos casos, el resultado químico es el mismo, es decir, las sustancias que quedan en la sangre y la alteran á consecuencia de la insuficiencia secretoria, son las mismas que las que pasan por el hecho de la absorcion? Me es imposible responder á esta pregunta, porque la química no ha dado todavía bastantes datos para ello. Aun cuando no los dé, nos es permitido ver, en estas lesiones graves de las vias urinarias

que facilitan la absorcion ó que alteran órganos secretores tan importantes, el origen de los accidentes febriles, que la teoría de la inflamacion no nos explica.

Por otra parte, colocándonos en este terreno, seguimos la impulsión dada por la clínica médica ó interna. ¿Qué es en efecto la uremia, admitida actualmente por los médicos, en los casos de albuminuria, sino un estado grave, generalmente febril, atribuido á la presencia en la sangre de materiales que no han podido separar los riñones alterados? Yo, en los casos quirúrgicos de que estamos tratando, veo una cosa análoga. Es preciso hacer una distinción entre los casos en que es posible que la orina pase tal como es á la sangre, como puede suceder por la absorcion, y decir entonces que hay urinemia, y conservar el nombre de urémia para aquellos otros en que hay alteracion de secrecion á consecuencia de nefritis. Esto es lo que en mis lecciones y en una carta á M. Sédillot (1) llamo *urémia quirúrgica*. Que se acepte ó no esta denominacion y la analogía que yo establezco entre los accidentes de la fiebre urinosa y los de la albuminaria, no es por eso menos probable que las alteraciones de la secrecion urinaria, ocasionadas por las lesiones de los riñones, expliquen en gran número de casos la gravedad de las enfermedades febriles observadas á consecuencia de la retencion de orina.

II. *Hematuria antigua*.—*Fungus de la vejiga*.—Señores: hemos hecho esta mañana la autopsia de un anciano de 68 años, que habia entrado hace pocos dias con una cistitis antigua con secrecion purulenta abundante y dolores bastante intensos al tiempo de orinar. No habia tenido ni tenia cuando entró en el hospital retencion de orina. Pero le sondamos para ver si los síntomas funcionales que acusaba, y que parecian ser los del mal de piedra, reconocian ó no esta causa. No habiendo encontrado cálculo hemos creído que se trataba de una cistitis espontánea ó de una cistitis consecutiva á una hipertrofia prostática. Pero entre los conmemorativos, nos habia indicado el enfermo uno de que no nos hemos dado explicacion

(1) Periódico, *La tribuna medica*, 1869.

por el cateterismo explorador; me refiero á la hematuria. En diversas ocasiones el enfermo habia orinado sangre en cantidad considerable, y aunque esto no se notó durante su estancia en el hospital, nos pareció que el estado de debilidad en que le encontramos tenia por causa, en gran parte, las hemorragias anteriores de que él nos ha hablado. Faltaba saber si habíamos de atribuir estas hemorragias á la cistitis convertida en fungosa, á un cáncer ó á uno de esos tumores que nuestros predecesores nos han descrito con el nombre de fungus de la vejiga. Esta parte del diagnóstico no podia hacerse durante la vida por dos razones: la primera porque es siempre muy difícil, y la segunda porque el enfermo estaba muy fatigado, para que hubiéramos hecho las largas y repetidas exploraciones que hubiesen sido necesarias.

La autopsia se hizo esta mañana, y hemos reconocido que

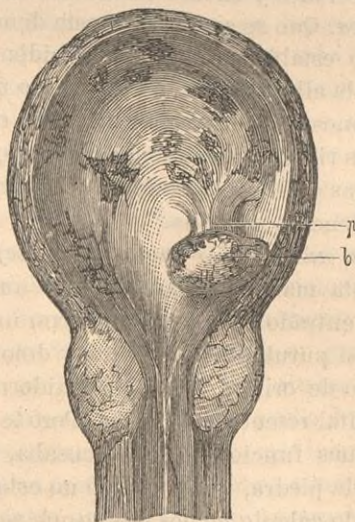


Fig. 35.—Fungus pediculado de la vejiga (*)

se trataba, para explicar las hemorragias, de un fungus pediculado (*fig.* 35) de la pared posterior de la vejiga.

(*) P, pedículo.—T, superficie libre y ulcerada del tumor.

Vereis en *P* el pedículo del tumor, que tiene cinco ó seis milímetros de diámetro, y en *T* su superficie libre, que es más ancha, y que, desprovista del epitelio y aun de membrana mucosa, presenta una superficie ulcerada. Esta superficie era sin duda, la que habia producido la sangre de las hemorragias durante la vida. Por toda la superficie libre del tumor se ven algunos equimosis que indican la facilidad con que los vasos sanguíneos se desgarran. Es cierto que equimosis semejantes existian tambien en la mucosa de la vejiga, que probablemente esta mucosa estaba congestionada y era susceptible de dar sangre, aunque no presentaba las desigualdades y las asperezas rojizas de la cistitis sanguinolenta. Pero, sin suponer que sea la vejiga la que haya producido la sangre, es muy probable que esta se haya vertido por la extensa ulceracion que presentaba la porcion libre del tumor.

En cuanto á la naturaleza de este tumor, la indico de una manera algo vaga sirviéndome de la palabra *fungus*. Los autores designan de esta manera los tumores prominentes de la vejiga que dan sangre. Pero han confundido con esta denominacion ciertos cánceres más ó ménos pediculados y los tumores epiteliales que pueden no ser malignos. A esta última categoría pertenece el que nos ocupa. Su superficie y su parte profunda nos ha presentado gran número de células análogas á las del epitelio pavimentoso de la vejiga. El tumor era además pediculado, que es un carácter muy comun en las producciones benignas. Por último, no hemos encontrado ningun ganglio, ni ninguna otra parte del organismo afectada de cáncer, que es tambien un argumento en favor de una enfermedad no cancerosa. Es cierto que, por su aptitud á producir hemorragias abundantes y por la dificultad que se ofrece al cirujano de establecer el diagnóstico y el tratamiento, el resultado definitivo ha diferido muy poco del que hubiera tenido un cáncer verdadero.

Pero si, en el caso actual, el enfermo ha llegado demasiado tarde para que hubiéramos podido serle útil, su observacion no debe por esto grabarse ménos en vuestra memoria, por el

hecho de que, cuando las hematurias reconocen por causa un tumor pediculado ulcerado, pero no canceroso, puede prolongarse la vida, con la única condicion de que se deben dominar las hemorragias. Las inyecciones de agua fria, y especialmente las inyecciones de percloruro férrico disuelto en agua ($\frac{1}{3}$ de la disolucion á 30° , por ejemplo, en $\frac{4}{3}$ de agua), pueden conducir á este favorable resultado.

LECCION LXVI.

Blenorragia.

- I. De la blenorragia en el hombre.—Su larga duracion.—Tentativas inútiles en la mayor parte de los casos para abreviar esta duracion.—Peligro de las inyecciones irritantes.—No curan y predisponen á las estrecheces.—Abandono de estas inyecciones.—II. Blenorragia en la mujer y su localizacion en la uretra.—Dificultad de observarla.

SEÑORES:

I. Me habeis oido en las consultas, y en mis respuestas á ciertas preguntas de los enfermos, rechazar con insistencia las inyecciones irritantes en el tratamiento de la blenorragia del hombre. Las razones que para esto tengo me las habeis oido exponer igualmente, porque las inyecciones son rara vez útiles, y porque con frecuencia son peligrosas.

Antes de desarrollar estas dos proposiciones he de recordaros primeramente la marcha natural de la blenorragia y la composicion de las inyecciones que se prescriben generalmente.

1.º Respecto á la marcha natural de la blenorragia ó uretritis contagiosa en el hombre, nada nuevo voy á enseñaros al deciros que esta enfermedad, sobre todo en los individuos en que se presenta por primera vez, pasa como tantas otras inflamaciones por tres períodos; uno de agudeza y de aumento, otro estacionario y otro de declinacion. El primero de estos períodos es de ocho á quince dias, el segundo de veinticinco á treinta y el tercero de una duracion indeterminada, que varía, segun los sugetos, entre treinta ó cuarenta dias á algunos meses y á veces algunos años. Sabeis seguramente que hay muchos individuos que, habiendo tenido la blenorragia cuatro,

cinco ó seis meses antes del día en que les observamos, se creen curados porque no sufren al tiempo de orinar y porque apenas manchan las ropas; pero se ve en ellos un derrame cuando se somete el pene á una presión de adelante á atrás, cuando el enfermo ha pasado muchas horas sin orinar, por ejemplo, por la mañana al despertar. Esto es un derrame indolente muy ligero, que se designa vulgarmente con el nombre de gota militar y que, en el lenguaje científico, llamamos flujo uretral ó blenorrea.

Nada diré que no os sea conocido, añadiendo, que si esta duración bajo la forma crónica es muy larga en todos los casos, lo es mucho más si el enfermo no es joven y se trata de una segunda, tercera ó cuarta blenorragia. En efecto; me oís decir con frecuencia que esta enfermedad es tanto más persistente y rebelde cuanto mayor es el número de veces que se ha contraído. En fin, es de todos bien conocido que la duración real de la blenorragia está generalmente oscurecida por la circunstancia de que los enfermos no curados todavía, se exponen á un nuevo contagio. Tienen, pues, una nueva blenorragia añadida al resto de la primera, y creen generalmente que el tratamiento mal dirigido ha sido la causa de haberse presentado la agudeza.

En cuanto á los derrames que se prolongan largo tiempo es otro punto que preocupa mucho á los enfermos y sobre el que no tenemos datos seguros. En tanto que la enfermedad permanece en este estado, ¿queda trasmisible y contagiosa? Esta es una preocupación seria para muchos sujetos, y una de las razones por las que se apresuran á poner en práctica todos los medios que se les proponen. La solución del problema cuando se trata de célibes es siempre difícil y con frecuencia imposible, porque no conocemos los elementos, los cuales deberán ser suministrados por dos personas que, generalmente, no conocen la verdad, ó si la saben, tanto la una como la otra tienen interés en ocultar. El hombre que acusa á una mujer de haberle comunicado una blenorragia y que pretende no haber tenido más que una blenorrea, puede tener en realidad una blenorragia reciente añadida á su blenorrea; una blenorragia

reciente de la que no quiere que se sospeche el origen. En cuanto á la mujer, ¿cómo saber si al que ella acusa ó á otro del que no habla es á quien debe el contagio cuyos efectos observamos? ¿Cómo saber si estos efectos son la consecuencia de una antigua vaginitis ó vagino-uretritis, que ha sido reanimada por los excesos del cóito, los excesos de la mesa, las fatigas del baile, etc.? Generalmente nos encontramos en la mayor oscuridad respecto á estos puntos, y es porque no podemos apoyarnos en hechos rigurosamente observados en los individuos de esta categoría, para asignar un límite al poder contagioso de la blenorragia virulenta.

A falta de hechos recogidos en los célibes, yo tengo, como todos los prácticos antiguos en la carrera, cierto número de datos recogidos en individuos casados. Estos hechos permiten afirmar que la blenorragia convertida en crónica ó blenorrea no es contagiosa. En efecto, conocemos gran número de hombres que, habiéndose casado en esta condicion con mujeres perfectamente puras, no han comunicado nada á estas. A pesar de los excesos habituales de los primeros dias de matrimonio, las blenorreas no han pasado al estado agudo, lo que me hace creer que, en los jóvenes solteros, en los que parece avivarse la blenorrea, ha habido, realmente, un nuevo contagio, resultante de un cóito en un nuevo foco de infeccion. Y cuando, por casualidad, he tenido que observar una blenorragia real en uno ó en otro de los jóvenes cónyuges, en los que el contagio se supone la causa del mal comun, he llegado á saber que uno de ellos se habia expuesto á contraer en otra parte la blenorragia, llevada despues al domicilio conyugal. Para mí está averiguado que la blenorrea no es trasmisible, y que, si el enfermo evita los alcohólicos y los excesos venéreos, no pasa al estado agudo ó sub-agudo, en el que podria adquirir su carácter contagioso.

Resumiendo lo que precede, os diré que la blenorragia es siempre de una duracion muy larga, y que entre los individuos afectados de derrames prolongados, unos temen transmitir la enfermedad en las relaciones sexuales; otros, por esta ó por otra razon, están atormentados ó tristes por esta duracion.

Hé aquí por qué oís á casi todos pedir con insistencia la curacion y medios de tratamientos que obren con prontitud.

¿Qué es lo que en este caso debemos aconsejarles?

2.º Cuando la blenorragia no se encuentra en el período de aumento y principia á entrar en el período estacionario, es decir, del duodécimo al vigésimo día, debemos prescribir la copáiba ó la cubeba al interior, ó lo que es mejor, estas dos sustancias mezcladas, unidas en partes iguales, en forma de opiata, haciendo tomar al enfermo cada día 4 ó 6 gramos de la mezcla por la mañana y otro tanto por la tarde, es decir, 4 ó 6 gramos de copáiba y la misma cantidad de cubeba en las veinticuatro horas, variando un poco la dosis segun la susceptibilidad del estómago y del intestino, ó sea segun la aptitud más ó ménos grande del sugeto á sufrir los dolores gastrálgicos y la diarrea que producen generalmente estos medicamentos. Nuestros enfermos toman esta opiata envuelta en un trozo de oblea humedecida con agua. Algunos farmacéuticos la disponen en cápsulas de gelatina, lo que es más cómodo. Muchas personas dan el bálsamo de copáiba solo en las cápsulas de Raquin ó de Mothes, cápsulas de 30 centigramos cada una, de las que los enfermos toman de 10 á 30 por día (es decir, de 3 á 9 gramos), ó la pimienta de cubeba sola á la dosis de 10 á 15 gramos por día envuelta en una oblea. Pero por una parte el copáiba solo se soporta mal generalmente por el estómago, y por otra parte la cubeba sola es más infructuosa que el copáiba solo. Esta es la razon por que es preferible asociar estos dos medicamentos.

Debe continuarse el uso de la opiata durante ocho dias por lo ménos despues de haber desaparecido el derrame, porque este reaparece fácilmente cuando cesa muy pronto el medicamento. Para llegar á la curacion aparente de que hablo, es preciso por lo ménos quince dias, durante los cuales se puede interrumpir ó disminuir la dosis, si la dispepsia ó la diarrea se hace muy intensa, ó si sobrevienen náuseas ó vómitos como sucede con varios sugetos. Durante el tratamiento es indispensable que el enfermo se abstenga de los alcohólicos, de los excesos de la mesa y de toda fatiga, siendo con-

veniente una bebida refrescante en el intervalo de las comidas.

Cuando se ha tratado la enfermedad de esta manera por espacio de dos ó tres semanas, se encuentra ordinariamente muy mejorada, en atencion á que el dolor á la miccion ha desaparecido por completo y el derrame es menos abundante y mucoso más bien que purulento. Puede suceder tambien, si el enfermo es jóven y se trata por primera vez la enfermedad, que se cure completamente al cabo de este tiempo. Pero por lo general solo se consigue un alivio y se ve continuar el derrame indolente, durante muchas semanas ó muchos meses, sobre todo cuando el sugeto ha pasado de los veinticinco años y se trata de una segunda, tercera ó cuarta enfermedad.

Resta examinar la cuestion siguiente: si á este tratamiento por las vías digestivas conviene añadir el uso de las inyecciones. Estas pueden ser cáusticas ó astringentes ó simplemente detersivas. Examinemos cada una de estas variedades.

A.—Las inyecciones *cáusticas* son las que habian aconsejado en Inglaterra Carmichaël y, por sus indicaciones, el Dr. Debeney, en 1843. Este último las mandaba hacer con una dissolution de nitrato argéntico á la dosis de 0,60 centígramos por 30 gramos de agua destilada, repitiéndolas dos ó tres veces con algunos dias de intervalo (1).

Debeney empleó primeramente esta inyeccion contra las blenorragias recientes. Despues la aplicó á las blenorragias de veinticinco á treinta dias y dice que obtenia frecuentes curaciones. Yo no he aconsejado jamás las inyecciones cáusticas, pero he visto, en esta época, muchos enfermos en los que han sido empleadas, y no he visto que estuvieran curados. He oido decir á algunas personas que conocian casos de curaciones; pero yo no he sido tan feliz. Todos los enfermos que he visto sometidos á este tratamiento me han dicho que habian sufrido mucho, que las primeras micciones, que habian seguido á las inyecciones, fueron acompañadas de dolores vivos, algo de sangre y expulsion de falsas membranas. Yo he trata-

(1) Debeney, *Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1843.—Tomo I, página 268.

do á dos de esta manera, afectados de una prostatitis aguda terminada por supuracion. El absceso se abrió en el uno en el recto, y en el otro á través de la piel del periné. Un tercer enfermo á quien traté de la misma manera, tuvo una cistitis de las más intensas. Unos y otros conservaron un derrame purulento, y ha sucedido lo mismo en los que no habia las complicaciones de que acabo de hablarlos. El error del autor, relativamente á los resultados que creia obtener, es no haber vuelto á ver ó no haber examinado sus enfermos algunos dias despues del tratamiento. Los que él ha visto despues le han dicho que estaban curados, y el cirujano les ha creido bajo su palabra. Pero no se apercibió de que la mayor parte de ellos sabian ciertamente que no lo estaban, sino que no querian ser sometidos nuevamente á los rigores de este procedimiento, y por esto preferian hacer creer que estaban curados. En efecto, no olvideis que se trata aquí de una enfermedad cuya observacion rigurosa es difícil. Los enfermos nos engañan fácilmente. No podemos obligarles á que se descubran en todo lo que queremos, y cuando nos quieren engañar lo consiguen con facilidad. Esto sucede en todos los casos de enfermedades venéreas; rara vez nos encontramos en el caso de poder seguir exactamente los resultados de nuestros medios de tratamiento, porque no podemos retener á los enfermos. Hé aquí por qué hay tantos errores y tantas ilusiones sobre los resultados de la terapéutica seguida con ellos. Por otra parte, para cerciorarme completamente sobre las inyecciones cáusticas, quisiera saber cuántos enfermos han escapado más tarde á la estrechez uretral. Yo sé que no hay sobre este punto datos muy positivos y que me encuentro con una nueva dificultad de observacion, debida á que siempre pasa mucho tiempo entre la observacion de una estrechez bastante notable, para que el enfermo se aperciba de ella, y las uretritis que la han ocasionado. Es difícil que el que ha tratado la uretritis sea llamado á comprobar la estrechez, y el que no la ha tratado no puede establecer una relacion entre la causa y el efecto, entre este último y el tratamiento de la primera. Pero habiendo motivos, que yo creo suficientes, para dar, en la

patogenia de las estrecheces uretrales, una parte legítima á las inyecciones astringentes, yo hago esta parte todavía mayor cuando las inyecciones han sido cáusticas y por consiguiente peores para el conducto.

Además, es indudable que los prácticos han reconocido los errores de interpretación de Carmichaël y de Debeney, porque desde hace casi 20 años no he oído hablar de lo que se llamaba entonces tratamiento abortivo de la blenorragia, y no creo que haya quien recurra á él actualmente. Tal vez vuelva á practicarse, porque el deseo de los enfermos de obtener una curación pronta hará renacer esta idea. Debeis, pues, poneros en guardia contra las dificultades de observación y los peligros del método, en el caso en que volviera algún día; por esto no he querido dejar de deciros algunas palabras.

B.—Las inyecciones de la segunda variedad, á las que yo llamo *astringentes*, están en la actualidad más generalmente admitidas, y todos los días vereis enfermos á los que se les han prescrito ya por médicos prácticos, ya por industriales ó cualquiera otra persona. Unos se sirven del nitrato argéntico á la dosis de 0,10 c. por 30 gramos de agua destilada (Ricord), ó de la misma sal á la dosis de 0,10 c. por 200 gramos de agua destilada (Fournier) (1). Otros prefieren el sulfato de zinc á la dosis de 0,15 á 0,20 ó á 0,25 c. por 30 gramos de agua destilada. Ricord añade generalmente al sulfato de zinc el subacetato de plomo, el láudano y la tintura de catecú en las proporciones siguientes:

Agua destilada.	200	gramos.
Sulfato de zinc.	1	—
Sub-acetato de plomo.	2	—
Láudano	4	—
Tintura de catecú.	4	—

Aparte de estas mezclas aconsejadas por prácticos ilustrados, se encuentran otras muchas que preparan los farmacéuticos, los herboristas y los industriales, quienes no tienen la menor noción de las susceptibilidades de la mucosa ure-

(1) Alfredo Fournier, *Nuevo diccionario de medicina y cirugía práctica*. Paris, 1866, tomo V, pag. 129, art. BLÉNORRAGIA.

tral, del peligro de excitarla vivamente, y venden su preparacion sin cuidarse de los inconvenientes que puede tener. Esta es una nueva ocasion de decirnos que hay muchos que creen saber medicina y poseer, sin estudio, la intuicion de la terapéutica. Por esto, y en la blenorragia sobre todo, enfermedad muy comun y de la que muchos conocen las molestias, cada uno tiene su remedio, cada uno tiene su inyeccion, que preconiza y recomienda y hace aceptar á los enfermos crédulos.

Ahora bien, una vez prescrita la inyeccion, ¿por qué se practica? Yo distingo aquí el consejo dado y la ejecucion.

En general los cirujanos dejan á los enfermos el cuidado de hacerse ellos mismos las inyecciones. Les prescriben una por la mañana y otra por la tarde, recomendándoles oprimir el meato urinario sobre la cánula de la jeringa para forzar el líquido y detenerle algunos segundos, un minuto ó más, en el conducto. Les recomiendan tambien no hacerse más que una inyeccion de cada vez.

Los enfermos razonables siguen al pié de la letra estos consejos, pero muchos, y entre ellos los que quieren curarse pronto, piensan conseguir su objeto abusando del medicamento. Otros, y son la mayor parte, en lugar de seguir el consejo del médico instruido, se dirigen á un farmacéutico ó á un herborista que, no conociendo el peligro de una irritacion intensa de la uretra, da una dosis muy grande del medicamento astringente. Mal aconsejados los pacientes, se hacen muchas inyecciones, dos ó tres de cada vez, en lugar de una ó de dos solamente. Traspasan así el objeto y provocan un gran estímulo, que se convierte en una verdadera inflamacion, en lugar del ligero estímulo que se supone capaz de apretar los vasos de la mucosa congestionada. Esto se conoce, generalmente, al principio por un derrame seroso ligeramente coloreado en rosa ó por una exhalacion de sangre pura. Despues sucede una de estas dos cosas: ó bien el derrame no tarda en hacerse purulento, lo que es muy frecuente, y entonces el enfermo cree que no ha empleado bastante medicamento y vuelve á principiar nuevamente, sin consultar con nadie, con igual energía, añadiendo cada vez una

inflamacion nueva á la que ya existia; ó bien lo que es más raro, en virtud de la modificacion del trabajo inflamatorio, el derrame disminuye y el enfermo cree que se va á curar; pero si se observa bien, la blenorrea permanece; la inflamacion, sustituida por la inyeccion á la que caracterizaba la blenorragia, existe lo mismo en la profundidad del conducto, con su aptitud para modificar progresivamente por su persistencia, de la que no estamos seguros de triunfar, la estructura de la mucosa uretral y transformar su tejido en tejido fibróide, del que con tanta frecuencia os he hablado al tratar de las estrecheces uretrales.

Debeis, pues, Señores, cuando os encontréis con una blenorragia, pensar siempre en esta consecuencia tardía y lejana, que tanto amenaza á los enfermos, la estrechez de la uretra. Tambien debeis recordar que esta consecuencia resulta de la transformacion lenta de ciertos puntos de la mucosa en tejido fibróide, transformacion que continúa no solamente todo el tiempo que dure la secrecion moco-purulenta, sino tambien despues que ha desaparecido esta última, y por la persistencia de una uretritis seca en las profundidades del conducto. Nadie duda que la uretritis húmeda puede ocasionar, y ocasiona en efecto, con frecuencia, este resultado. Pero esto sucede todavía con mayor razon si la inflamacion ha aumentado ó está sostenida por los excitantes, ó bien si por el tratamiento se ha hecho sangrar la uretra. Desde el momento en que hay derrame sanguíneo hay herida, ligera si se quiere, pero siempre es herida, y necesidad de una reparacion que se hace por medio del tejido cicatricial, fibróide ó fibroso. Segun mi modo de ver, las inyecciones irritantes, aumentando la flegmasia y ocasionando la escoriacion de la mucosa, aumentan necesariamente las causas de una estrechez en lo porvenir, por la sustitucion de una uretritis seca y retractil á la uretritis purulenta.

Quiero no caer en la exgeracion y no dar grande importancia á las inyecciones purulentas en la patogenia de las coartaciones uretrales. Admitiremos, si quereis, que no las ocasionan con gran frecuencia si están bien hechas y bien dirigi-

das, es decir, si han sido practicadas por un cirujano instruido. Pero es necesario que los hombres de buena fé y que observan me concedan dos cosas: la primera, que la curacion perfecta de la blenorragia por medio de las inyecciones es cosa rara, ó bien solo hacen disminuir, pero no suprimen, el derrame, que persiste en estado de blenorrea; ó bien si le suprimen, en efecto, dejan cierto grado de uretritis seca que se conoce por desazon y algunos sufrimientos durante la miccion. La segunda es que, para ser inocentes las inyecciones, deberán hacerse conforme á las prescripciones del médico, vigiladas por éste y detenidas tan pronto como el derrame tome el aspecto rosáceo ó rojo, que indica la escoriacion de la mucosa uretral. Pero se trata de una de esas enfermedades para cuyo tratamiento el enfermo no necesita inevitablemente al médico y se deja llevar fácilmente, y no se detiene hasta que lo cree necesario. M. Fournier, que es partidario de las inyecciones, reconoce que generalmente se emplean mal y de un modo peligroso; pero dice que no debe desecharse un medio terapéutico por el solo motivo de que los malos efectos que se le atribuyan, dependan del uso defectuoso que de él se haga. Yo no participo del todo de la opinion de mi eminente colega. Cuando por consecuencia de las circunstancias que no se pueden modificar, no es el práctico quien dirige el uso de un medio y se ve precisado á fiarse del enfermo, en cuyas manos se hace fácilmente defectuoso y perjudicial, vale más abandonarle. Si en el caso actual no haceis vosotros las inyecciones, exigid del enfermo que las haga delante de vosotros, ó por lo menos que os dé cuenta todos los dias de los efectos, para que podais, con conocimiento de causa, encargarle que continúe con las inyecciones ó que las deje. Pocos serán los que se sometan á esta exigencia, y entonces, para todos aquellos que no se sometan á ella, renunciad á esta medicacion, sobre la cual formulo mi opinion de la manera siguiente.

Las inyecciones astringentes curan muy rara vez la blenorragia. Son poco peligrosas cuando están bien hechas.

Pero generalmente se hacen mal, y á causa de esto son perjudiciales, si no en el momento á lo menos despues.

Por lo regular solo se pueden emplear en algún caso excepcional, es decir, en aquellos en que el paciente consienta que se las haga el médico ó que, por lo ménos, ponga á este al corriente de todos los efectos apreciables que ocasionen.

C.—Faltan las inyecciones simplemente *detersivas*, que tambien se llaman aisladoras. Yo entiendo que son las que se hacen con líquidos no irritantes, y que son incapaces por consiguiente de aumentar ó de sostener la flegmasía, causa ulterior de las coartaciones, produciendo una locion más bien que una accion modificatriz. Son poco útiles, segun mi modo de ver, el paso de la orina, sobre todo el de la orina aclarada y modificada por bebidas diuréticas, como el agua de cebada, el cocimiento de grama y la horchata, son un medio de limpieza más eficaz que el de los líquidos introducidos desde fuera, porque en definitiva son siempre cuerpos extraños para la mucosa uretral. Yo no veo, á pesar de esta condicion de cuerpos extraños, ningun inconveniente; cuando es preciso absolutamente dar satisfaccion á una exigencia del enfermo, en emplear como *detersivas* las inyecciones de agua pura, tibia ó fria, segun la estacion, ó con una mezcla de agua y vino ó de agua y vino aromático, en la proporcion de seis partes de agua y una de vino, ó bien agua que contenga en suspension sub-nitrato de bismuto en la proporcion de un gramo de esta sal por treinta de agua. A esta última inyeccion se la da el nombre de *aisladora* porque se supone que obra dejando sobre la pared uretral una capa inerte, que impide ponerse en contacto con ella misma y suprime de este modo una condicion favorable á la duracion del trabajo flegmático; segun mi modo de ver, esta última inyeccion no parece ser tan inerte y tan inofensiva como pretenden sus partidarios. En efecto, segun M. Alf. Fournier (1) determina algunas veces en el conducto una sensacion dolorosa de plenitud y de atascamiento, y M. Rollet la ha visto ocasionar dificultades para orinar, causadas por la formacion de concreciones, que obran del mismo modo que los pequeños cálculos urinarios.

(1) A. Fournier. *Loc. cit.*

En resúmen, veis, Señores, que si para dar una satisfaccion á vuestros enfermos os decidís á prescribir alguna inyeccion, es preciso elegir la que sea ménos inofensiva, y, sin dejaros arrastrar por los preconizados medicamentos nuevos, elegireis el agua pura y el agua ligeramente vinosa. Este será el medio más seguro de someteros al axioma, siempre de aplicacion útil en terapéutica: *Primo non nocere*.

II. *Blenorragia en la mujer*.—Despues de haberos hablado de la blenorragia, debo deciros algunas palabras de esta afeccion estudiada en la mujer.

La blenorragia en la mujer es bien conocida, y como descripcion didáctica poco podria añadir á las que han dado MM. Ricord, Cullerier y sobre todo Alph. Guerin. (1) Pero hay tres puntos en la historia de esta enfermedad respecto á los cuales los libros no enseñan tanto como la clínica, y creo conveniente comunicároslos.

A.—El primero se refiere al diagnóstico de la blenorragia en la mujer. Este diagnóstico es difícil por muchas razones, pero sobre todo porque el sitio de la enfermedad es múltiple, y porque las investigaciones destinadas á descubrirles deben hacerse en condiciones que no están bien conocidas y que por este motivo se ignoran generalmente.

Una palabra para explicar este primer punto. La blenorragia contagiosa en la mujer puede ocupar la vulva, la vagina, el orificio y el conducto del cuello uterino y la uretra. Cuando ocupa simultáneamente todas estas partes reconozco que el diagnóstico es bastante fácil. Aunque la mujer sea muy jóven, si recientemente no ha parido ó expulsado el producto de un falso embarazo, y se sabe que es un poco irregular su conducta, al mismo tiempo que se observa manchada la camisa por un derrame amarillo verdoso, que deja, al desecarse, manchas alargadas ó redondeadas, y que, en fin, se encuentra, con el especulum, la vagina roja é impregnada por un pus espeso, no viscoso, y el cuello uterino obstruido por un

(1) Alph. Guerin, *Lecciones clinicas sobre las enfermedades venéreas en la mujer*. Paris, 1864.

tapon de moco-pus blanquecino y viscoso, no hay duda que nos encontramos en presencia de una vagino-metritis blenorragica.

Hay más incertidumbre todavía cuando no estando roja la vagina y no conteniendo más que una pequeña cantidad de moco-pus, se encuentra, sin embargo, un líquido viscoso en copos á la entrada del cuello uterino. Ya sabemos los caracteres de esta variedad de metritis segregante, que, desde el trabajo de Melier (1), llamamos *catarro uterino*. ¿Pero este catarro es blenorragico, es decir, tiene por origen la propagacion á la cavidad del cuello de una inflamacion blenorragica que parte de la vagina? ¿O bien es la consecuencia de una simple inflamacion de la cavidad del cuello? No podemos ménos de convenir que los signos físicos nada nos aclaran respecto á este punto, pues el color y la consistencia del moco-pus son exactamente los mismos en el catarro blenorragico que en el catarro simple. En estas circunstancias solo nos podemos fijar en la observacion del derrame uretral, á consecuencia de las exploraciones de que voy á hablar en seguida, ó por dos conmemorativos muy difíciles de recoger exactamente. El primero consistirá en adquirir la certeza de que la enferma ha tenido relaciones con un hombre afectado de una blenorragia todavia reciente, de tres ó cuatro semanas por ejemplo, ó inevitablemente contagiosa. El segundo es el que nos enseña que la enferma ha comunicado recientemente una blenorragia á un hombre que no la habia tenido nunca, ó que estaba seguro de estar perfectamente curado de las que pudo haber contraído anteriormente. Sin estos dos conmemorativos, muy rara vez obtenidos, por razones que comprendéis bien, estamos obligados á quedar con la duda, hasta que se haga con todo cuidado la exploracion de la uretra.

La incertidumbre es aun mucho mayor cuando la vagina y la vulva no presentan ni enrojecimiento ni derrame, y por

(1) Melier, *Consideraciones prácticas sobre el tratamiento de las enfermedades de la matriz*. (Memorias de la Academia de Medicina, t. II, página 330, 1833.)

consiguiente, no vemos el catarro uterino; ó bien cuando observando una secrecion purulenta de la vagina nos encontramos con una mujer recién parida, de tiempo ó antes de tiempo, y se pueda considerar la vaginitis como consecutiva á este acto y por consiguiente simple.

En los casos inciertos, lo único que nos puede dar alguna luz es la exploracion de la uretra. Porque si nos encontramos una secrecion purulenta en el conducto, es una buena prueba en favor de la existencia de una uretritis blenorragica, y por lo tanto, en favor tambien de la naturaleza blenorragica de las inflamaciones vaginal y uterina ya demostradas. A lo que podemos añadir, que, en ciertos casos, la blenorragia en la mujer queda localizada en la uretra, y que hay necesidad de saberlo para curarla si es posible, ó por lo ménos para prevenir á la enferma que puede transmitir una afeccion contagiosa.

Veis, Señores, que toda la cuestion consiste en examinar la uretra. Delante de vosotros he hecho muchas veces este exámen para que tenga ahora necesidad de describirle extensamente. Sabéis que lo importante es alumbrar bien la vulva. Para esto es preciso que la enferma se coloque en la cama de pobre ó atravesada en su lecho habitual, enfrente de una ventana, las rodillas dobladas y todo lo más próximas que pueda al vientre y las piernas separadas. Se limpia entonces con un lienzo el meato urinario y las regiones circunvecinas; despues se introduce el dedo índice de la mano derecha, untado de cerato, en la vagina á cinco ó seis centímetros de profundidad, mientras que con la mano izquierda se separan los dos lados de la vulva á fin de poner al descubierto el meato uretral. El indicador, cuya cara palmar se coloca hácia arriba, se lleva éntonces de atrás ádelante, haciéndole ejercer una presion algo fuerte sobre el tabique uretro-vaginal. Mientras el dedo viene hácia adelante se ve si sale por el meato alguna gota de pus. Se repite esta maniobra dos ó tres veces, y si hay pus en la uretra ó en los folículos que guarnece el contorno del meato no dejará de salir por la presion, y una vez demostrada su existencia, no hay duda de que nos encontramos con una uretritis purulenta.

Lo que acabo de decir es muy sencillo, y de seguro pensaréis que la exploracion quita todo género de duda; si hay pus hay blenorragia; si no hay pus no hay blenorragia, direis. Y sin embargo, no es así; la cosa no es tan simple como parece. Si el resultado es positivo, convengo en ello; pero cuando el resultado es negativo, no tiene valor en muchos casos y no puede deducirse nada. He aquí por qué: la uretra es muy corta y no suministra más que una pequeña cantidad de pus; ahora bien, si se ha expulsado la orina poco antes, una ó dos horas antes de la exploracion, no se encuentra nada. Para observar la gota característica es necesario que hayan pasado tres horas por lo ménos despues de la miccion. Esta condicion falta generalmente por una de las dos razones siguientes: ó bien la enferma se ha lavado antes del exámen del médico, porque cree debe tener antes este cuidado de limpieza, ó bien la uretritis se propaga á la vejiga, y á causa de la ligera cistitis que se establece se siente con mucha frecuencia la necesidad de orinar, y por lo tanto no hay tiempo para que se forme pus en cantidad suficiente. Ni en uno ni en otro caso se observa el signo patognomónico. De aquí se deduce que el resultado negativo no tiene valor si la exploracion no se ha verificado tres ó cuatro horas despues de la miccion, y es preciso, si se quiere saber la verdad, recomendar á la enferma que conserve la orina durante este tiempo, ó si se la cree capaz de alguna superchería ó mala voluntad, no se la previene y se procede al exámen el dia en que por casualidad se sepa que, no estando advertida la enferma, no ha efectuado la miccion en todo el tiempo que acabo de indicar. Conviene tambien no decidirse sino despues de dos ó tres exámenes hechos en la misma condicion. Es preciso prestar mucha atencion en este pequeño detalle, porque muchos cirujanos han cometido errores, contra los que quiero ponerlos en guardia.

Muchos han creído, en oposicion á la opinion de Swédiaur, que la uretritis era rara en la mujer. Observaban la vaginitis, la vulvitis, el catarro uterino, pero explorando la uretra sin cuidado, y sin fijarse en la cuestion de saber si se habia efectuado la miccion poco tiempo antes, no encontraban moco-

pus, ó solo le hallaban rara vez, por lo cual aseguraban que la uretritis era poco frecuente.

Yo mismo he cometido este error en el hospital de Lourcine, en los cuatro años que allí estuve como cirujano. No curé sino tres ó cuatro uretritis cada año, y creía que era por ser la enfermedad poco comun; y solamente consistia en que las exploraciones con el espéculum, en la cama de pobre, se verificaban en dias y horas regulares, y las enfermas tenian la costumbre de presentarse despues de los cuidados de limpieza, que eran casi siempre precedidos de una miccion.

Despues he reconocido mi error y su causa, y he tenido cuidado, siempre que he pensado en la existencia de una uretritis, ó de sorprender á la enferma ó hacerla la recomendacion expresa de que no orinase. De esta manera he conseguido observar con bastante frecuencia la uretritis.

En la actualidad tenemos en la sala de Santa Catalina tres ejemplos incontestables en unas jóvenes que han entrado, unas por una vaginitis concomitante, y otra por una blenorragia y los accidentes secundarios de la sífilis. En mi visita, que, como sabeis, no es un servicio especial, he tenido ocasion de ver y de presentaros en el exámen con el espéculum diez ó doce casos semejantes cada año. Puedo asegurar que la blenorragia uretral es bastante comun en la mujer, y los que la han creído rara han podido equivocarse, porque no se han colocado en las condiciones convenientes para examinarla bien.

B.—Otro error, tambien muy generalizado y que, como el anterior, resulta de la ignorancia ó del olvido de la precaucion que antes señalé, consiste en creer que las mujeres pueden comunicar la blenorragia sin tenerla. Esta opinion está fundada en que hay hombres afectados de esta enfermedad que presentan al médico la mujer que ellos suponen se la ha comunicado. El médico examina á la mujer poco despues de haber orinado y no ve la uretritis. No encontrando tampoco la vaginitis ó el catarro uterino, deducen, ó que la persona examinada no era la verdadera culpable, ó que la uretritis del hombre ha sido originada por el aumento momentáneo de

una leucorrea, ó por el cóito durante las reglas, como si todos los hombres recién casados no debieran ser afectados de uretritis, en el caso en que la enfermedad naciera de esta manera.

Esta opinion no hubiera tenido tantos partidarios si se hubiera sabido que la uretritis blenorragica de la mujer existe sola con frecuencia, y persiste despues de la desaparicion de la vaginitis y del catarro uterino; pero es preciso hacer el exámen en la condicion especial de que yo he hablado para poder enterarse bien. De este modo he conseguido observar muchas veces una uretritis, hasta entonces no hallada, que habia ocasionado una blenorragia masculina.

Me habeis oido citar particularmente la observacion de un brasileño afectado de blenorragia, y que asegurándome que solo habia tenido relaciones con una mujer, ignoraba si esta mujer estaba enferma, ó si el mal de que se quejaba era únicamente el resultado de una excitacion venérea muy viva. En el primer exámen de la mujer, que decia no haber tenido jamás afeccion venérea, encontré la vagina y la vulva en perfecto estado; por medio del espéculum percibí en el orificio uterino una pequeña porcion de moco trasparente, que no podia tener ninguna significacion. En la uretra no encontré nada, pero esta mujer habia orinado media hora antes del exámen. Nada saqué en consecuencia, y la enferma prometió volverme á ver algunos dias, cuidando de no orinar en tres ó cuatro horas. Volvió en efecto: tampoco encontré nada en la uretra; pero figurándome que me engañaba, convine con su amante en ir á su casa á las siete de la mañana siguiente, para sorprenderla durante el sueño. Ella no se levantaba hasta las nueve ó las diez. Pusimos nuestro proyecto en ejecucion, y la enferma medio dormida, y sin haber orinado durante la noche, consintió en ser examinada. Introduje entonces el dedo, le pasé de atrás á delante sobre el tabique uretro-vaginal, y encontré una enorme gota de moco purulento, que no dejó duda alguna sobre la existencia de una blenorragia uretral, que yo habia sospechado.

Poseo otras dos observaciones semejantes á esta, y son las

que, con la precedente, me han convencido de que es indispensable, antes de pronunciarse sobre la existencia ó ausencia de la uretritis blenorragica de las mujeres, ponerlas para la exploracion en las condiciones de que acabo de hablaros.

C.—Un tercer error es el que consiste en creer que una mujer afectada de blenorragia cesa, despues de dos ó tres meses de cuidados, de estar apta para comunicar la enfermedad. En efecto, no se encuentra nada en la vagina; el cuello uterino no suministra sino una insignificante cantidad de moco. Si hay uretritis no se la observa; se supone que, hecha crónica, la enfermedad ya no es contagiosa, como sucede en el hombre.

Desengañaros sobre este punto. Desgraciadamente la uretritis blenorragica de la mujer es excesivamente rebelde; dura muchos años y conserva siempre su propiedad contagiosa, ó si la pierde en algunos momentos la recobra en otros. He conocido mujeres que han comunicado blenorragias tres ó cuatro años despues de haber sido afectadas por esta enfermedad y cuando ellas se creian perfectamente curadas. Al examinarlas he encontrado en la uretra moco-pus que indicaba la persistencia del mal.

De aquí la necesidad, cuando somos llamados para dar nuestra opinion sobre estos casos de antiguas uretritis, de recomendar á las mujeres que se presten al cóito solamente algunos instantes despues de haber orinado. Esta precaucion profiláctica es la única que puede preservar al hombre del contagio.

D.—El profesor Laugier llama la atencion sobre la cistitis de las mujeres jóvenes, y su discípulo M. Bernadet (1), en una excelente tesis publicada sobre este asunto, piensa como él, que esta cistitis, habitualmente muy rebelde, es de origen espontáneo.

Yo no niego este origen, pero he reconocido en muchas circunstancias que la cistitis no habia tenido otra causa que

(1) Bernadet, *Del catarro de la vejiga en las mujeres regladas.*—Tesis de Paris, 1865.

la propagacion á la vejiga de una uretritis antigua y rebelde. Esta nocion no tiene importancia para el tratamiento de la cistitis, pero es un argumento más en favor de esta conclusion práctica: que debemos hacer todos los esfuerzos posibles para curar á las mujeres la uretritis blenorragica. Tiene interés para ellas, porque las priva de todo motivo para que se produzca la cistitis consecutiva; y tiene tambien interés para el que ó los que tienen relaciones con ellas, porque desaparece la causa del contagio.

Desgraciadamente, nuestros esfuerzos son casi siempre infructuosos. Si me refiero á lo que he visto, la uretritis reciente de la mujer, la que data de dos ó tres meses á lo más, puede curarse con la copáiba y la cubeba á la misma dosis que en el hombre. Pero pasado este tiempo no se obtiene resultado, y la enfermedad, una vez hecha crónica, persiste indefinidamente, ó solo desaparece despues de mucho tiempo por los esfuerzos de la naturaleza. Esta es una razon más para buscarla y saberla encontrar, cuando todavia es tiempo de tratarla eficazmente. Para daros á conocer los medios de llegar á este resultado, es por lo que he procurado ponerlos al corriente de los detalles poco conocidos de los prácticos, concernientes al diagnóstico de la blenorragia uretral en la mujer.

LECCION LXVII.

Infiltracion urinosa.

- I. Primer enfermo afectado de infiltracion urinosa escrotal.—Diagnóstico del absceso urinoso perineal que la precede y prepara.—Necesidad de investigar y de abrir este absceso —Posicion que debe darse al enfermo para hacer esta investigacion y esta operacion.—II. Segundo enfermo afectado de la misma manera.—Incisiones en el escroto.—No bastan.—Incision complementaria en el foco perineal.

SEÑORES:

Hemos visto, en este momento, en las salas, dos enfermos afectados de infiltracion urinosa escrotal y perineal.

I.—En uno de ellos (sala de Santa Rosa, núm. 17) la casualidad os ha hecho asistir al desarrollo de esta grave enfermedad. El sugeto, de edad de 36 años, habia entrado hace algunas semanas en una sala de medicina. En esta se habia demostrado la existencia de una estrechez uretral y se le habia instituido el tratamiento por la dilatacion temporal. El enfermo habia terminado por introducirse todas las mañanas la candelilla que conservaba dentro 15 ó 20 minutos. Fué colocado en el número 11 y se apercibió un tumor doloroso á la derecha del periné y á poca distancia del ano. Despues de haber observado el principio de esta complicacion, el Dr. Descroizilles, encargado del servicio, me rogó recibiera el enfermo en mis salas.

Os he hecho ver que el tumor, antes indicado, tiene el volumen de una avellana, bastante duro y doloroso al tacto, sin enrojecimiento y con poco calor. Es uno de esos flemones sub-agudos, que observamos con tanta frecuencia cerca del ano y de la uretra. ¿Pero se trata de un flemon anal ó de un flemon peri-uretral? Para resolver esta cuestion, he cogido el

pequeño tumor entre dos dedos para investigar tan bien y tan lejos como fuera posible su parte más profunda. He sentido, y os lo he hecho observar, que esta parte profunda se continuaba hasta la uretra, confundiéndose con su porcion perineal. Si se hubiera tratado de un flemon de la márgen del ano se hubiera notado entre la parte profunda del flemon y de la uretra un espacio, sobre el cual, estando muy flexible el tejido celular, hubiéramos podido sentir la consistencia normal del tejido uretral. Por otra parte, la tumefaccion se ha presentado á consecuencia de una estrechez y despues de la introduccion de candelillas; y ya os he anunciado que se trataba de uno de esos flemones peri-uretrales que designamos todavía con el nombre de flemones urinosos. Indicamos con esta palabra el origen más comun de esta enfermedad, por el paso de una corta cantidad de orina fuera de las vías naturales á través de una fisura de la uretra. He aquí, en efecto, cómo suceden las cosas en semejante caso: sabeis, porque he tenido muchas veces ocasion de explicároslo, que, á consecuencia de las estrecheces uretrales, la mucosa está solamente congestionada, pero adelgazada y algunos veces ulcerada ó fisurada, en sus capas superficiales. En un momento dado, en un esfuerzo de miccion, la fisura se hace más profunda, pasa los límites del dérmis y permite á una gotita de orina franquear la pared de la uretra y detenerse en el tejido celular externo. Despues de la miccion, se cicatriza el fondo de la pequeña brecha y la fisura se hace superficial, si bien, en las micciones siguientes, la orina no sale más de sus vías naturales; pero la cantidad escapada, de que he hablado, provoca una inflamacion del tejido celular peri-uretral, inflamacion viva, si la cantidad de líquido que ha salido es algo considerable, moderada y sub-aguda si esta cantidad ha sido pequeña. Generalmente esta inflamacion termina por supuracion al cabo de diez, doce ó quince dias, y entonces es cuando al flemon sucede el absceso urinoso, así llamado porque es de origen urinoso y porque, una vez abierto, deja con frecuencia pasar la orina en el acto de la miccion.

En efecto, pueden suceder una de estas dos cosas: ó bien

la fisura, que, abriéndose un poco, dejó salir la orina, queda definitivamente cerrada y entonces el absceso perineal sigue la marcha de otro cualquiera, es decir, que se cierra después de haber dado por algunos días, con la única particularidad de que el tejido celular queda indurado y calloso por más tiempo que en las demás regiones; ó bien el absceso se abre al mismo tiempo hácia fuera y en la uretra; el orificio interior deja salir la orina en cada micción, estableciéndose de este modo una fístula urinaria.

Yo había creído que, en nuestro enfermo, hubiera sucedido una de estas dos cosas, y, al mismo tiempo, como el flemon era poco voluminoso y además su marcha era muy lenta, esperaba que nos hallaríamos con la primera forma, ó sea la que termina sin fístula.

Pero las cosas han pasado de otro modo, y hemos sido testigos de una tercera manera de terminacion del flemon urinoso, la terminacion por infiltracion urinosa.

Recordad, en efecto, lo que ha sucedido. Dejamos al enfermo el domingo por la mañana, 20 de agosto, en buen estado. El flemon continuaba su marcha con lentitud; no encontramos ninguna señal de reblandecimiento ni de fluctuacion. Me preocupaba este punto, y ya os he dicho que, en estos casos, conviene abrir cuanto antes, porque si se espera mucho tiempo se expone á ver dar origen bruscamente al absceso á una infiltracion urinosa; y la incision, dando libre salida al líquido, le impide estacionarse en el escroto. No obstante la seguridad que yo tenia, el enfermo fué acometido en la noche del domingo de un dolor muy vivo, que continuó toda la noche, á consecuencia de una micción. Se apercibió en seguida que la inflamacion del periné aumentaba, puesto que el escroto y el pene se pusieron tambien tumefactos. Cuando nosotros le vimos el lunes 21, por la mañana, encontramos el escroto y el pene muy inflamados, rojos y edematosos, de manera que conservaban la impresion hecha con un dedo por algunos instantes. El prepucio participaba del enrojecimiento y del edema. Las regiones pubiana é inguinales no presentaban, por el contrario, ni tumefaccion ni enro-

jecimiento. El enfermo sufría, tenía fatiga, pero no fiebre.

Se trató de determinar á qué eran debidos la inflamacion, el enrojecimiento y el edema que presentaban el pene y el escroto. Podian ser debidos á un flemon difuso ordinario. Sabeis que, en efecto, en las regiones en que el tejido conjuntivo es flojo y filamentosos, el flemon difuso va siempre acompañado de una infiltracion serosa considerable. Pero yo no admití la idea del flemon difuso por las razones siguientes: 1.^a la enfermedad habia adquirido un crecimiento considerable en el espacio de algunas horas, y se sabe que el flemon no tiene una marcha tan rápida. He visto algunas veces desarrollarse muy pronto la erisipela, con edema del escroto; pero nuestro enfermo no habia tenido fiebre todavía y la erisipela propiamente dicha no se presenta nunca sin fiebre, y además, aun en los casos en que su crecimiento es rápido no sucede en un espacio de tiempo tan corto, ni en las proporciones tan considerables como las que aquí hemos observado. Sabemos además, que la inflamacion escroto-peneana ha sido precedida por un flemon urinoso, que conduce más bien á la infiltracion urinosa que al flemon difuso ó á la erisipela. En fin, colocando al enfermo al través en su lecho, en la posicion de la operacion de la talla, he podido observar que la inflamacion del periné habia aumentado notablemente y que presentaba una fluctuacion poco manifiesta, profunda, pero incontestable, y semejante á la que dan las colecciones más próximas á la uretra que á la piel, formadas por el derrame de orina y la mezcla de este líquido y el pus del absceso. Yo os recomiendo mucho, Señores, para el diagnóstico que me ocupa en este momento, esta exploracion del periné en la posicion que acabo de indicaros. Porque siempre observareis con la inflamacion difusa del escroto una tumefaccion profundamente fluctuante del periné, que será un fuerte argumento en favor de un gran absceso urinoso seguido de infiltracion urinosa, y si veis que, como en el caso actual, esta inflamacion crece bruscamente y ha sido precedida por una estrechez uretral, no debeis dudar un instante sobre el diagnóstico y sobre el tratamiento urgente que necesita.

No hay duda de que nuestro enfermo padece, en vista de los conmemorativos y de todo lo que hemos observado, un grande abceso urinoso perineal y una infiltracion urinosa del escroto y del pene. Hé aquí seguramente lo que ha sucedido.

Hasta el último dia que le vimos, es decir, hasta el domingo por la mañana, el flemon habia marchado como un flemon ordinario; despues se agravó de repente, á consecuencia de una miccion, por la salida de nueva cantidad de orina por la fisura instantáneamente agrandada. Por una parte, esta nueva cantidad habia aumentado el volúmen de la inflamacion, y por otra, habia provocado un aumento del trabajo inflamatorio y de la supuracion, y de aquí una considerable coleccion á la vez urinosa y purulenta. Además, durante las micciones ulteriores, la orina, incesantemente expulsada por la fisura, no encontrando lugar en el foco, se infiltra de trecho en trecho en el tejido celular del escroto y en el del pene. ¿No puede creerse que la infiltracion se haga detrás y en las capas profundas de la región perineal al mismo tiempo que adelante y en las capas superficiales? Esto en rigor es posible, pero es muy raro, y la anatomía explica por qué no sucede comunmente. Las perforaciones uretrales que originan abcesos é infiltraciones se hacen detrás de la estrechez que es el origen, y como el sitio de esta es generalmente la union de la porcion esponjosa y de la porcion membranosa, la abertura se hace al nivel de esta última y más ó ménos cerca del punto en que atraviesa la aponeurosis perineal media ó ligamento de Carcassone. La orina sale, por lo tanto, por debajo de esta última y es, en lo que en anatomía se llama la cavidad inferior del periné, donde se produce el flemon inicial. Esta cavidad está cerrada hácia atrás por la fusion, delante del ano, de las aponeurosis perineales media é inferior, no estándolo por delante, donde su tejido conjuntivo se continúa libremente con el del escroto y el del pene; se comprende cómo más tarde el pus y la orina tienen más facilidad para infiltrarse por delante, donde el tejido conjuntivo es más permeable que por detrás, donde se encuentra el obstáculo de que acabo de hablar, y en donde el tejido conjuntivo está mezclado con grasa y es

muy poco permeable. Algunos de nuestros autores se complacen, en sus descripciones de la infiltracion urinosa, en indicar un camino diferente para esta infiltracion, segun que la orina se vierta en la parte superior del periné, entre la aponeurosis perineal superior y el peritoneo, en la parte media, entre la aponeurosis perineal media y la superior, ó en la parte inferior, entre la aponeurosis perineal media y la inferior. Pero os engañaríais si creyéseis en la frecuencia de estas tres especies de infiltraciones. Es preciso distinguir bien los casos: la infiltracion en la parte superior es posible en las lesiones traumáticas de la vejiga; pero las lesiones de la uretra, tanto traumáticas como espontáneas solo producen la infiltracion en la parte inferior, que es la única que habeis visto ocupar cuando se trata de estrecheces de la uretra. En semejantes casos, se forma primero un flemón urinoso que está debajo de la aponeurosis perineal media, ó la envuelve de tal modo que cuando este flemón es atravesado por nueva cantidad de orina, el líquido se detiene con preferencia en la parte anterior, en que el tejido es ménos denso y queda más permeable que en la posterior, que no presenta las mismas condiciones.

Establecido el diagnóstico por las exploraciones y el análisis clínico de que os he hablado, el pronóstico que se deduce es de los más graves. Si la enfermedad se abandona á sí misma pueden suceder tres cosas casi inevitablemente. Primero, que la infiltracion se propagaria más adelante. En efecto, es cierto que siendo la perforacion bastante extensa para dejar pasar una notable cantidad de orina, y aumentada por la escarificacion de su contorno, continuaria dando paso al líquido en cada miccion; incesantemente empujada hácia adelante, la orina ganaria el tejido conjuntivo sub-cutáneo de la parte interna de los muslos, de las regiones inguinales é hipogástrica, la de los hipocondrios y podria subir hasta las axilas, como en el ejemplo citado por Boyer. En segundo lugar, la inflamacion provocada por la orina no solamente supuraria, sino que se haría grangrenosa; la grangrena invadiria la piel á la vez que el tejido sub-cutáneo; la piel del escroto en particular, que es tan delgada, se cae, y si el enfermo so-

brevemente quedan los testículos desnudos, como hemos visto un ejemplo en el año anterior, y de que muchos autores, principalmente J. L. Petit, citan varios hechos. Esta pérdida de la piel no es tal vez incurable, formándose una cicatriz que envuelve y protege lo bastante á los testículos. Pero este trabajo es de larga duracion. En fin, el enfermo seria acometido, del segundo al tercer dia, por una fiebre intensa con ó sin escalofrios; esta fiebre, que todos los autores explican por la absorcion de los materiales de la orina y que actualmente consideramos como una septicemia (septicemia urinosa), podria hacerse grave y aun terminarse con la muerte, si la infiltracion se propagara muy lejos. Esta terminacion fatal no se verificará si la infiltracion se limita espontáneamente á las regiones que ocupaba en el momento en que la observamos.

La gravedad de este pronóstico puede modificarse únicamente por la circunstancia de haber acudido á tiempo, y yo espero por lo ménos preservar al enfermo, por nuestra intervencion, de la gangrena local y de la septicemia mortal.

Tratamiento.—Para esto, ¿cuál es la indicacion que se debe llenar? La de dar salida lo más pronto y lo más completamente posible á la orina ya infiltrada, é impedir que se verifique nuevamente la infiltracion.

Habeis visto cómo, en un momento, he satisfecho esta doble indicacion. Cuando el enfermo permanecia todavía atravesado en el lecho, he practicado tres largas incisiones en el escroto, otras dos en el pene, teniendo cada una de ellas un centímetro por lo ménos de profundidad. Despues de hechas las incisiones, he ejercido en cada una de ellas fuertes presiones con los dedos para hacer salir el líquido infiltrado. Habeis podido observar, en efecto, que el líquido salia en bastante abundancia; su mezcla con la sangre no nos ha permitido ver si tenia una coloracion amarilla, pero, habiendo acercado á la nariz el dedo humedecido en este líquido, he percibido un olor ligeramente urinoso. Este olor hubiera sido más pronunciado sin duda alguna si la orina no hubiera estado mezclada con serosidad. Es incontestable, en efecto, que por influencia de la flegmasía intensa provocada por la llegada de la

orina, el tejido conjuntivo ha segregado serosidad, la que se ha mezclado con esta última. Veis, pues, que con estas primeras incisiones he conseguido el objeto que me proponia de hacer salir la orina de las partes infiltradas, de sustraer á estas de las consecuencias del contacto deletéreo, á saber, de la supuracion y de la gangrena, y de poner un obstáculo á la absorcion que puede ser el punto de partida de accidentes mortales.

Para satisfacer la segunda indicacion, he practicado en el periné, desde la raíz del escroto hasta el ano, una incision de cinco centímetros de larga y dos de profundidad. Voy á indicar las precauciones particulares que he tomado antes de la operacion: he pedido una vasija y levantado las mangas de mi levita hasta el codo. ¿Para qué? Porque es muy comun en estos casos encontrar gran cantidad de líquido. No olvidéis que el aumento de volúmen se ha hecho bruscamente por la llegada de cierta cantidad de orina, y, á causa de su influencia excitante, por la formacion repentina de gran cantidad de pus. Es preciso saber que la fluctuacion no está nunca en relacion con la abundancia de la coleccion, porque las capas superficiales del periné se han engrosado por cierto grado de infiltracion; además de esto, la experiencia, que nos ha aclarado bastante este punto, nos enseña que sin las precauciones indicadas el líquido ensuciaría en grande extension el lecho y el suelo, y podría saltar al brazo del cirujano é inundar su vestido. Ya habeis visto lo que ha pasado: en el momento en que la punta del bisturí, despues de haber penetrado en el foco, hubo abierto apenas dos centímetros, salió un chorro de líquido; yo, sin embargo, continué y di á la incision la extension necesaria. Salieron, por lo ménos, 120 gramos de un líquido poco espeso, evidentemente formado por la mezcla del pus con la orina. Con esta incision he llenado el segundo objeto que me proponia; el de dar salida, no solamente á todo el líquido coleccionado, sino tambien á la orina, que, saliendo de la uretra á cada miccion, podrá derramarse exteriormente sin detenerse y por consiguiente sin infiltrarse más lejos.

Los dos preceptos que acabo de cumplir y á cuya ejecucion deberá el enfermo la conservacion de sus dias, son muy sencillos. Todos los buenos autores les han formulado, pero de una manera que yo encuentro imperfecta, puesto que insisten mucho más en la utilidad de las incisiones en el escroto que en la incision larga del periné. Por esto yo he visto muchas veces en la práctica detenerse los cirujanos en las primeras y no hacer la segunda, sin ocuparse de ella, ya porque no exploraban el periné, ya porque explorándole, sin poner al enfermo al través, no encontraban esa fluctuacion profunda, que no se siente cuando no se la busca bien, ya porque no se ha formulado en los libros con bastante claridad esta proposicion importante: *Cuando hay infiltracion urinosa del escroto, se produce un derrame prèvio de orina y de pus en el periné.*

Del olvido del precepto de abrir extensamente el periné, ¿qué resulta? Resulta que la crina, saliendo siempre algo de la uretra á cada miccion, continúa marchando hácia adelante, al escroto y al pene. Puede encontrár una salida por las aberturas hechas en estos últimos puntos; pero si el trayecto no está libre, sino obstruido por alguna escara, algun copo plástico ó algun principio de adherencia ó de cicatrizacion, se infiltrará de nuevo ó por lo ménos se estanca y expondrá al enfermo á todos los peligros de una reabsorcion urinosa.

Y sin embargo de haber satisfecho las dos indicaciones más urgentes, nos deben preocupar todavía otras dos. Primeramente, el punto de partida de la enfermedad es una estrechez de la uretra. ¿Cuándo y cómo combatiremos esta estrechez? En segundo lugar, el enfermo está expuesto por la perforacion de la uretra y la detencion fácil de la orina en esta via, á la persistencia de una fístula urinaria; ¿qué haremos para impedir este resultado? Dejaremos descansar al paciente por algunos dias; sostendremos sus fuerzas por la alimentacion y el vino de quina. Despues, cuando haya pasado la crisis actual, nos ocuparemos de este tratamiento complementario, y cuando se haya obtenido resultado, os hablaré nuevamente de este particular (véase pág. 284).

II. Hoy voy á deciros algunas palabras acerca del segundo

enfermo que ha entrado con una infiltracion urinosa. Este, que está en el núm. 38 de la sala de la Santa Virgen, es un hombre de 58 años, que tiene, desde hace algunos años, una dificultad notable en la miccion, y ha sido tratado, hace cuatro años, en otro hospital, en una estrechez, por la dilatacion progresiva con las candelillas. Despues que salió de este hospital no volvió á cuidarse, volviendo la miccion á ser tan lenta y tan difícil como antes. Sin embargo, como no sufría nada, siguió el ejemplo de otros muchos que vemos venir al hospital, no aconsejándose de nadie ni teniendo ningun cuidado.

Hace unos veinte dias notó en el periné una hinchazon que no habia tenido hasta entonces. Para su desgracia, esta hinchazon era muy dolorosa y no le permitía trabajar. Dos dias antes de su entrada en nuestra sala, la hinchazon creció de repente y no tardó en invadir el escroto y el pene; despues se le declaró una fiebre intensa y se vió obligado á entrar en el hospital.

Ayer mañana, en nuestra primera visita, observamos los síntomas locales análogos á los del enfermo anterior. El interno de servicio le habia hecho dos incisiones en el escroto y el pene, por cuya razon disminuyó la inflamacion, persistiendo solamente el enrojecimiento. Persistia tambien la inflamacion del periné, en el sitio en que se habia olvidado hacer otra incision. Colocando al enfermo atravesado en su cama, doblándole las piernas, sentí la fluctuacion profunda é hice salir por medio de la presion pus por la incision del escroto más próxima al periné. Os hice notar entonces que el tratamiento habia sido incompleto, que la falta de la abertura en el periné favorecia la detencion de la orina en el foco de esta region y exponia á la gangrena todas las partes puestas en contacto con este líquido; y que, sobre todo, la pared de la uretra estaba expuesta á infiltrarse, á mortificarse y á experimentar una pérdida de sustancia que podia ser el origen, si el enfermo sobrevivía, de fistulas urinarias incurables. Por esto llamé entonces y vuelvo á llamar ahora vuestra atencion sobre el enfermo del núm. 10 de la sala de la Santa Virgen, que entró hace tres semanas con fistulas urinarias múltiples

en el escroto y en el hipogastrio, y que, segun los conmemorativos, habia padecido antes una infiltracion urinosa, en el tratamiento de la cual se habian practicado incisiones en el escroto y no en el periné. Se hizo una abertura espontánea, pero tardía, en esta region, y esta abertura se volvió fistulosa como las anteriores. Estoy convencido que en este enfermo ha sucedido lo que ya os he dicho; es decir, que la orina, saliendo á cada miccion por la abertura anormal de la uretra, durante los primeros dias y hasta el momento en que las partes se volvieron callosas é impermeables, se ha infiltrado y gangrenado la pared de la uretra en cierta extension, y que, á consecuencia de la pérdida de sustancia, tenia gran facilidad para verterse por la via accidental, y de aquí la persistencia y la dificultad en la curacion de las fistulas.

Fuera lo que quisiera, la indicacion era urgente en el enfermo del núm. 38. Se habia hecho el tratamiento de la infiltracion propiamente dicha; era preciso añadir el del absceso ó derrame del periné. Tomé en seguida un bisturí é hice sobre la línea media una incision de cinco centímetros. Como el foco estaba vacío en parte, no quise penetrar de repente; hice la incision capa por capa, cortando sucesivamente la piel, el tejido conjuntivo sub-cutáneo grueso, como siempre sucede en los casos de este género, y, por último, la pared del foco. Habis visto salir como medio vaso, por lo ménos, de un líquido urinoso y purulento, y sabeis que la mezcla de estos dos líquidos permite emplear las palabras absceso urinoso ó derrame urinoso para designar la coleccion, y que en esta enfermedad es siempre preciso contar con la existencia de estos cuatro elementos morbosos: 1.º una estrechez antigua; 2.º una fisura ó perforacion de la uretra; 3.º un derrame de orina y de pus en el periné; 4.º una infiltracion de orina en el tejido conjuntivo del escroto, del pene y algunas veces de las regiones hipogástrica é inguinales.

Pero si, por la relacion de los síntomas locales, se parece al núm. 17 de la sala de Santa Rosa; si, como aquel, ha sido tratado mucho tiempo para impedir la formacion de escaras en el escroto y en el pene, de que estaba amenazado, difiere en

la relacion de los sintomas generales. La arteria da 110 pulsaciones, la piel está caliente; tiene sed, inapetencia, una pos-tracion marcada, diarrea, y fué acometido en la primera noche de su estancia en el hospital de un gran escalofrío. Además, este individuo tiene cincuenta y ocho años, y su constitucion, naturalmente débil, está bastante debilitada para creerle de sesenta años de edad por lo ménos.

El pronóstico es mucho más desfavorable que en el primer enfermo, y le explico por una fiebre de reabsorcion urinosa, ó, si se quiere, una fiebre urinosa, para la cual no ofrece la constitucion del enfermo grandes medios de resistencia. Hemos hecho una cosa útil al hacer casi imposible la detencion de la orina en los tejidos, y por consiguiente la reabsorcion de nuevos materiales tóxicos. Completaremos el tratamiento procurando aumentar, por la medicacion tónica (julepe gomoso con 4 gramos de extracto de quina, vino de Burdeos y alimentacion) los medios de resistencia. ¿Obtendremos con esto buen resultado? Este es muy problemático. En todo caso, observad con cuidado este enfermo, el de la sala de Santa Rosa y el del núm. 10 de la sala de la Santa Virgen, de quien os he hablado incidentalmente, y dentro de algun tiempo os daré una nueva leccion con los resultados definitivos que hayamos obtenido.

LECCION LXVIII.

Infiltracion urinosa.

Consecuencias del absceso perineal y de la infiltracion urinosa en los dos enfermos de la leccion precedente.—Curacion completa del primero.—Preservacion de la fistula urinaria por medio del cateterismo evacuador repetido muchas veces por dia.—Muerte del segundo por hectiquez consecutiva á la intoxicacion urinosa.

SEÑORES:

Vuelvo á ocuparme hoy de los dos enfermos de que nos ocupamos el mismo dia, hace seis semanas, cuyo padecimiento en uno era un grande absceso urinoso perineal y una infiltracion urinosa, y el del otro, entrado poco tiempo antes, fistulas urinarias consecutivas á esta enfermedad.

1.º El primero, el del núm. 17 de la sala de Santa Rosa, en vista del ruego que le habiamos hecho de que prestara la mayor atencion en el momento de orinar, ha comprobado perfectamente que desde el dia siguiente al de la operacion salia alguna cantidad de orina por la incision perineal que hicimos, pero nada por las del escroto y del pene. Le hemos hecho orinar delante de nosotros, cuidando de colocar en el periné, préviamente limpio, una compresa seca y hemos comprobado, primero que la orina se escapaba en abundancia y formando chorro bastante grueso por el pene, y además que la compresa del periné, plegada en cuatro dobleces, estaba mojada en un círculo como de cinco centímetros próximamente de diámetro. Algunos dias despues hemos renovado esta misma observacion y ha dado el mismo resultado; por lo cual hemos deducido que la abertura anormal de la uretra no era muy ancha. Si lo hubiese sido, la compresa se hubiera mojado más, y hubiera pasado mucho ménos orina por las vias naturales. Voy

á haceros notar, pues, lo útiles que han sido la rapidez y el modo de intervencion de estas incisiones. Si no hubiéramos incidido tan á tiempo, ó hubiéramos omitido la incision perineal, la pared fisurada del conducto se hubiera mortificado probablemente en cierta extension, y la solucion de continuidad hubiera sido más difícil de cicatrizar, tal vez hubiera quedado incurable.

La piel no se ha mortificado en ningun punto; hemos visto solamente desprenderse algunas escaras del tejido celular del escroto y del pene. Poco á poco estas partes han disminuido de volúmen, se han formado las granulaciones y las heridas han entrado en el período de cicatrizacion.

El estado general era bueno. La fiebre urinosa, que no habia aun en el momento de la operacion, no ha sobrevenido; nuevo beneficio de las incisiones hechas á tiempo y convenientemente.

Desde el octavo dia hemos comenzado el tratamiento de la estrechez, que debia ser, al mismo tiempo, el tratamiento preventivo de las fistulas urinarias. En este punto nos ha favorecido el tratamiento anterior de la estrechez, la cual podia recibir una candelilla del núm. 16, y por consiguiente, no era tanta la coartacion. Le introduje desde luego y de repente una sonda hueca del mismo número, que penetró cómodamente hasta la vejiga.

Para satisfacer la indicacion de mantener y aumentar la dilatacion obtenida, al mismo tiempo que la de desviar el curso de la orina de la via anormal, favoreciendo así cuanto fuera posible la retraccion y aun la cicatrizacion definitiva de la abertura accidental del conducto, teniamos dos medios entre que escoger: ó bien dejar una sonda permanente tapada, diciendo al enfermo que quite la espita cada vez que se haga sentir la necesidad de orinar, ó bien introducir una cada vez que fuera necesario, retirándola despues de la evacuacion de la vejiga. Por ahora he desechado el primero de estos medios, porque tiene el inconveniente de provocar la cistitis y la uretritis purulentas; tambien puede el cuerpo extraño provocar una inflamacion ulcerativa ó gangrenosa en la solucion de

continuidad, que tendria por resultado aumentar la extension de la perforacion y por consecuencia las probabilidades de una fístula incurable. La introduccion de la sonda tres ó cuatro veces al dia no es difícil ni tiene estos inconvenientes, y puedè hacerlo el mismo enfermo. Me decidí, pues, á que el paciente, que ya estaba habituado á sondarse, practicara desde entonces esta operacion cada vez que sintiera la necesidad de orinar, encargándole tuviera cuidado de no hacer ningun esfuerzo que pudiera dirigir una cantidad de orina entre la sonda y la uretra, y por consecuencia, por la via accidental.

Esta prescripcion ha sido ejecutada cinco semanas y habeis podido ver lo siguiente. Las incisiones del pene y del escroto han cicatrizado, desapareciendo la inflamacion al cabo de algun tiempo. La del periné está notablemente estrechada; ayer hemos hecho orinar al enfermo dos veces sin la sonda, y hemos procurado observar, por medio de la compresa aplicada al periné, si salia orina por este punto. La primera vez no se mojó la compresa; la segunda solo un poco. Es evidente, pues, que la abertura de la uretra no se ha cerrado, por lo que puede continuarse el tratamiento, y si es posible sin dolor, aumentando el volúmen de las sondas. Le hemos puesto ahora una del núm. 20 y el paciente continúa sondándose sin dificultad y sin dolor; debemos esperar que de aquí á dos ó tres semanas todo se habrá cicatrizado y el enfermo deberá á nuestro tratamiento la curacion, sin consecuencia persistente, de una de las más graves y más difíciles afecciones, contra las cuales tiene que luchar la terapéutica quirúrgica.

2.º El segundo enfermo estaba colocado en el núm. 38 de la sala de la Santa Virgen; tenia, al mismo tiempo que el abceso y la infiltracion, una fiebre urinosa y una debilidad muy próxima á la caquexia; sobrevino la muerte hace ocho dias en las circunstancias siguientes.

No hemos conseguido volverle el apetito, ni cortarle la diarrea. Aunque no ha reaparecido el frio y aunque la piel del escroto no ha presentado ningun punto gangrenoso, la fiebre ha persistido, ya un poco más, ya un poco ménos intensa, y por último ha tomado los caractéres de la fiebre héctica.

Nos ha preocupado, sin embargo, el estado de la uretra y la cuestion relativa al tratamiento curativo de la solucion de continuidad que afectaba á este conducto. Le he hecho orinar delante de nosotros y he visto que salia una pequeña cantidad de orina por el pene y la mayor cantidad se escapaba por el periné, lo cual hacia presumir la existencia de una abertura anormal extensa. Además, en dos sesiones diferentes he sondado al paciente; no he podido hacer penetrar ni la sonda ni la candelilla, ni tampoco la candelilla de ballena de menor diámetro de nuestro arsenal, por lo que he caracterizado la estrechez con la palabra *infranqueable*; tal vez hubiera podido franquearse el obstáculo, pero el estado general no permitia hacer con tanta frecuencia tentativas tan dolorosas de cateterismo, y todos mis esfuerzos se han dirigido á hacer cesar la fiebre y la extenuacion que ocasionaba. No lo he conseguido tampoco. La diarrea ha continuado; la lengua estaba seca, la emaciacion ha aumentado de dia en dia; el enfermo ha sucumbido pronto, y ya os dije muchas veces que moriria á consecuencia de una fiebre por intoxicacion urinosa trasformada en fiebre héctica. Al explicarme así queria haceros comprender, que yo creia que la salud general habia sido alterada en el principio y antes [de las incisiones por la reabsorcion de algunos materiales del líquido infiltrado en el tejido celular; puesto que desde el momento en que se practicaron las incisiones, permitiendo la libre salida de la orina por la vía perineal, ya no se habia infiltrado este líquido y por consecuencia no se podia haber reabsorbido, y su paso á la sangre no sostenia ya el estado morbozo. En una intoxicacion de esta naturaleza, que, si no es tan intensa que haga sucumbir al enfermo, altera muy profundamente la constitucion, es preciso que el organismo se desembarace del veneno y se repare. Creo que nuestro enfermo ha desechado el veneno por las deyecciones albinas, las orinas y el sudor; pero no se ha reparado, la alimentacion ha sido imposible á causa de la grave alteracion que el envenenamiento ha producido en las vías digestivas; sobrevino el adelgazamiento y luego la consuncion, hasta que ya se hizo incompatible con la continuacion de la vida.

Hemos hecho la autopsia y habeis podido ver que los órganos torácicos y abdominales no ofrecian ninguna de las lesiones de la infeccion purulenta, que tampoco habia tubérculos, y que, en suma, no encontramos en las vísceras la explicacion de la muerte, como sucede cuando ha sobrevenido á consecuencia de la infeccion purulenta.

Los riñones mismos no estaban enfermos, y aunque la vejiga presentaba un engrosamiento de sus capas mucosa y muscular, no tenia ni las ulceraciones ni las fungosidades que se encuentran en ciertas formas de la cistitis grave. En la uretra hemos encontrado una solucion de continuidad de tres centímetros de larga, que ocupaba la pared inferior de toda la porcion membranosa y un poco de la porcion esponjosa; esta abertura tenia sus labios separados como cuatro ó cinco milímetros, y aproximándolos se estrechaba de tal modo el conducto en este sitio, que me ha parecido evidente que ha habido una pérdida de sustancia al principio de la enfermedad, es decir, seis semanas antes de la muerte. Ha pasado aquí ciertamente lo que os he indicado ya (véase página 282); es decir, que la infiltracion urinosa se ha verificado en la pared uretral misma, y que esta pared se ha gangrenado. La estrechez se encontraba por delante de la perforacion; me ha parecido fibróide, y, como he visto comunmente en otras autopsias como esta, la estrechez no está en relacion con la imposibilidad que habiamos encontrado para el cateterismo.

Nuestra última impresion, en presencia de esta lesion uretral, ha sido que la reparacion completa hubiera sido probablemente imposible, y que si hubiera sobrevivido el enfermo, hubiera conservado una fistula incurable; ó bien para verse libre de ella habria tenido que sufrir más tarde la operacion de la uretrotomía externa sin conductor. Grabad este recuerdo en vuestra memoria, y añadid al peligro de muerte el de una fistula incurable cuando el cirujano no ha intervenido, ó no ha podido hacerlo á tiempo para impedir estos dos resultados.

3.º Una palabra antes de terminar sobre el último enfermo; el del número 10 de la sala de la Santa Virgen, que en-

tró con fistulas múltiples ó en regadera consecutivas á una infiltracion urinosa.

Hemos hecho orinar á este enfermo delante de nosotros muchas veces, y hemos visto que lo hacia fácilmente, saliendo gran cantidad de orina por el pene, pero derramándose tambien por una fistula perineal, dos fistulas escrotales y dos fistulas hipogástricas. El agua inyectada por una de estas fistulas salia por las otras cuatro, y un estilete pasaba ya fácilmente de unas á otras. Me he preguntado, si en este estado bastaria extraer la orina por medio del cateterismo, y si la superficie interna de los trayectos fistulosos estaria tapizada por una membrana piogénica de buena naturaleza, para poderse adherir y cicatrizar luego que se impidiera el paso de la orina; ó si seria mejor incindir todos los conductos convirtiéndolos en una série de gotieras, cuyo fondo, curado diariamente con la hila seca, tomara con facilidad la estructura y los caracteres fisiológicos de las buenas membranas granulosas. Me he detenido en este último punto, y no he creido que debia exponer á nuestro enfermo á la erisipela simple ó flemonosa consecutiva á las heridas múltiples, que habrian representado necesariamente una solucion de continuidad de gran extension. Habia, además, otras dos razones para aplazar las incisiones; que el enfermo sin ser febricitante ni caquético tenia 59 años de edad y era de constitucion empobrecida, y que á consecuencia de la permanencia prolongada en nuestras salas de los heridos del sitio de Paris y los de la guerra civil, se ha presentado en algunos la podredumbre de hospital, y temia exponer á nuestro paciente á esta complicacion estableciendo en él grandes superficies supurantes.

Por todos estos motivos he querido ver primero si el cateterismo evacuador podria, favoreciendo la cicatrizacion de la abertura urétral, provocar la de todos los trayectos fistulosos que se abocaban á ella, y me movió tanto más á seguir este procedimiento el que el conducto no estaba estrechado, que el cateterismo era fácil y que el enfermo se le practicaba fácilmente. Decidí, pues, como en uno de los casos precedentes, que la sonda se la introdujera el enfermo mismo cada vez que sintiera

la necesidad de orinar, y que además se hiciera cada dos días inyecciones detersivas con agua fenicada por los trayectos fistulosos.

Este tratamiento se continuó quince días con apariencia de buen éxito. Despues, al cabo de este tiempo y sin causa apreciable, vimos desarrollarse por encima de la ingle derecha y en la inmediacion de una de las fistulas hipogástricas una hinchazon que parecia ocupar el trayecto del cordón espermático. La inflamacion creció en breve tiempo y terminó por un grande absceso, que yo dilaté con el bisturí. Pero sobrevino un nuevo contratiempo á los diez días, una complicacion cuyo temor me habia hecho desechar préviamente la incision de trayectos fistulosos, la podredumbre de hospital. No entraré á describiros hoy esta enfermedad; bastará que os diga que la podredumbre de hospital fué acompañada de fiebre y de extenuacion considerable; que una parte de la pared abdominal, especialmente la aponeurosis del grande oblicuo y todo el espesor del oblicuo menor, se han gangrenado y eliminado: que durante esta grave complicacion el enfermo ha dejado de sondarse y la orina ha vuelto á su curso por las vias accidentales, á la vez que tambien se derramaba abundantemente por la natural. Hoy, 1.º de setiembre de 1871, la podredumbre de hospital se ha detenido; la herida del absceso funicular, agrandada por el trabajo de destruccion á siete centímetros de longitud y cuatro de profundidad, está roja y sin escaras; pero el enfermo, aunque ha recobrado su apetito y no tiene fiebre, se encuentra débil. Podrá soportar ménos que antes las incisiones múltiples, las cuales podrian producir de nuevo la podredumbre de hospital. Por de pronto no curará de sus fistulas, y me veo obligado á dejarle, al ménos por cierto tiempo, al estado de enfermedad que ocasionan. Despues, cuando el enfermo tome fuerzas y cuando la higiene de nuestras salas no le contraindique, le propondré esta operacion y le recomendaré de nuevo el cateterismo evacuador.

LECCION LXIX.

Cálculo vesical.—Litotricia.

Síntomas funcionales del cálculo.—Síntomas físicos.—Exploracion.— Sensacion de un cuerpo duro, ruido resultante del choque de la sonda contra la piedra.—Indicaciones de la litotricia. Son suministradas por la tolerancia de la vejiga, la facilidad de distenderla y poca tendencia á sangrar.—Eleccion del rompe-piedra.—Maniobra detallada de la operacion.

SEÑORES:

El enfermo acostado en la cama núm. 6 es un hombre de 62 años, bien constituido, que no ha padecido hasta ahora ninguna enfermedad de las vias urinarias. Nos ha manifestado que desde hace dos años ha sentido muy á menudo ganas de orinar, llegando á ser tan frecuentes que cada hora y media sentia la necesidad, y todas las noches se veia obligado á orinar cuatro ó cinco veces. En cada miccion sentia un poco de calor á lo largo del conducto de la uretra, y, luego que terminaba, conservaba en la extremidad del glande durante cerca de un cuarto de hora un dolor moderado. Ha orinado sangre una sola vez, hace dos meses, en pequeña cantidad, á consecuencia de una carrera en carruaje. Sus orinas dejaban depositar una pequeña cantidad de moco claro que no parece contener pus, ó contiene solo una pequeñísima cantidad. No tiene dolores en los riñones, ni tampoco ha tenido nunca movimiento febril, ni desarreglo en las funciones digestivas. Los síntomas que os acabo de indicar son los de una cistitis crónica ligera, y como la cistitis primitiva é idiopática es rara, como no es consecutiva á una estrechez, puesto que el cateterismo nos ha demostrado que la uretra estaba perfectamente permeable, y como no habia hinchazon hipertrófica de

la próstata, no se podía pensar que fuera más que consecutiva á un cálculo.

Para asegurarme bien, practiqué el cateterismo del modo siguiente:

Acostado el enfermo sobre el dorso, coloqué debajo del sacro una almohada dura, dispuesta en forma de rodete, de modo que mantuviera elevada la pélvis y de consiguiente el bajo fondo de la vejiga. Tomé una sonda de plata de corvadura pequeña y provista de una llave; la he untado perfectamente de aceite para facilitar su deslizamiento, y colocado en el lado izquierdo de la cama, la he introducido lentamente en la vejiga, siguiendo, las reglas ordinarias de esta operacion. He inyectado por la sonda un vaso de agua tibia, para distender la vejiga, y la he distendido cuanto ha sido posible, es decir, hasta que el enfermo ha acusado vivos deseos de orinar. Entonces he llevado suavemente la convexidad de la sonda á la línea media del bajo fondo de la vejiga, hundiéndola poco á poco y retirándola alternativamente para buscar un cuerpo duro y sonoro. No habiéndolo encontrado, he vuelto el instrumento de atrás adelante, haciéndole recorrer cierto número de veces la línea media hácia el lado derecho, de modo que se inclinara el pico de la sonda al lado derecho del bajo fondo de la vejiga en toda su extension antero-posterior; tampoco encontré nada. Entonces he practicado la misma exploracion en el lado izquierdo del bajo fondo, y he sentido dos veces distintas una resistencia que me ha dado la idea de un cuerpo duro. Recomendé que no se hiciese ruido alrededor de la cama, para comenzar de nuevo la maniobra, haciendo girar la sonda de derecha á izquierda, y he oido tres veces distintas, y he hecho oír á los que os encontrábais cerca, un ruido seco, como el que resulta de la percusion de un cuerpo metálico sobre una piedra. Es el signo físico patognomónico de los cálculos vesicales. Una columna densa, una placa calcárea pueden dar la sensacion de resistencia que haga creer en un cuerpo duro; una concrecion calcárea un poco densa es solamente capaz de hacer oír un ruido.

La parte principal del diagnóstico estaba hecha. Restaba sa-

ber si la piedra era única ó múltiple, si era voluminosa, si estaba libre ó adherida. He creído que fuera única, porque no he tenido en la mano la sensacion de cuerpos colocados unos al lado de otros. Para apreciar el volúmen he tenido en cuenta desde luego esta circunstancia, de que encontraba la piedra solamente á la izquierda, y que no podia ser muy gruesa, porque no ocupaba simultáneamente los dos lados del bajo fondo; despues, llevando el pico de la sonda á la izquierda y dirigiéndola de atrás á delante, por una série de movimientos de rotacion, he sentido el ruido á las tres veces; por lo que he deducido que el cálculo era de un volúmen medio, que tenia, por ejemplo, en una de sus direcciones cerca de 2 centímetros; si hubiera sido más grueso, yo le habria sentido en todos los movimientos de rotacion impresos á la sonda hácia el lado izquierdo del bajo fondo de la vejiga. Por lo demás, esta apreciacion no podia ser más que aproximada. Despues lo hemos medido más exactamente con el rompe-piedras, por cuya separacion he deducido, una vez cogida la piedra, que tenia por uno de sus diámetros 22 milímetros. Para la cuestion de movilidad y de fijeza, he mandado al enfermo que se acueste un poco del lado derecho, y yo mismo he hecho una pequeña percusion á la pélvis, y en seguida he hecho la exploracion en este lado del bajo fondo, y he encontrado la resistencia y el ruido; por lo tanto, si el cálculo ha caido del lado izquierdo al derecho, era porque estaba móvil.

Una vez formado el diagnóstico, faltaba determinar el tratamiento que se habia de seguir. No he pensado ni un instante en los medicamentos que se llaman litontrípticos, con los cuales ha habido en diversas épocas la pretension de obtener la disolucion de los cálculos urinarios, ó á lo ménos su division á un grado tal, que los pedazos pudiesen salir por las vias naturales. Estos medios jamás han realizado las esperanzas que sus autores han concebido, y nosotros estamos hoy bien convencidos de la inutilidad de su uso. Solo debiamos escoger en este caso entre la talla y la litotricia.

Me decidí, desde luego, por la última, y ved por qué: la litotricia es una buena operacion, cuando se ejecuta en condicio-

nes favorables, es decir, cuando la uretra no está estrechada, cuando la vejiga no está engrosada ni vascularizada su mucosa, que la haga dar sangre al menor contacto, y cuando tiene capacidad para recibir y retener al ménos un vaso de líquido. Todos los que han observado las consecuencias de la operacion se han sorprendido por el hecho de que son ó muy simples ó muy graves. En el primer caso, el enfermo solo tiene algunos sufrimientos durante la maniobra, y despues durante la expulsion de los fragmentos; todo lo más, tienen uno ó dos accesos de fiebre ligera precedidos de frio. En el segundo caso es invadido el enfermo, en el mismo dia de la operacion, de un gran frio seguido de fiebre intensa, y puede suceder que este acceso vaya acompañado de fenómenos adinámicos, tales como el delirio, sequedad de la lengua, timpanizacion del vientre, y termina pronto por la muerte; ó bien el enfermo resiste el primer acceso, pero sucumbe al segundo ó al tercero. Cuando no sobreviene esta complicacion en la primera sesion, puede presentarse despues de la segunda ó de la tercera, y sobre todo si han sido hechas en condiciones más desfavorables que la primera. En estos síntomas reconocereis una enfermedad, de la que he tenido ya ocasion de hablaros: la fiebre urinosa (1), ó uremia quirúrgica; ya recordareis que la causa más frecuente de esta grave complicacion es la lesion traumática de la mucosa urinaria por los instrumentos y los cuerpos extraños. Ahora bien; las condiciones son favorables á la litotricia: 1.º, cuando la mucosa vesical no está hiperemiada ó engrosada, y por consiguiente no está dispuesta á abrirse y á sangrar al menor contacto de los instrumentos, es decir, á ser el sitio de heridas por las cuales se pueda hacer la absorcion de la orina; 2.º, cuando la uretra está libre para permitir que los instrumentos y los fragmentos de los cálculos puedan franquearla sin dificultad y sin desgarrarla; 3.º, cuando la distension de la vejiga puede hacerse de modo que los instrumentos puedan maniobrar libremente sin tocar la pared y sin estar expuestos á picarla.

(1) Véase pág. 183 y siguientes.

Estas condiciones existen en nuestro enfermo, y por esta razon doy la preferencia á la litotricia, que en semejante caso es ménos peligrosa que la talla. No seria lo mismo si las condiciones fueran inversas; me habeis visto muchas veces practicar esta última, y era siempre, ó porque la uretra estaba estrechada, ó porque la vejiga sangraba al menor contacto, ó porque este órgano no toleraba y no podia conservar más que dos ó tres cucharadas de líquido. En estas condiciones no puede ejecutarse la litotricia, y una simple tentativa de la operacion puede ir seguida de la muerte, y si no ocurre en la primera vez, va seguida en las otras sesiones de los accidentes febriles de que hemos hablado antes.

Una vez decidida la litotricia habeis visto que no he procedido á ella inmediatamente. Seis dias consecutivos he sondado al enfermo por la mañana y le he hecho una inyeccion de agua tibia. Mi objeto al hacer esto era no tanto para preparar al enfermo, como Civiale recomienda, sino para estudiar la sensibilidad y el grado de resistencia de la mucosa vesical. Si hubiera observado que esta pequeña operacion fuera causa de sufrimientos muy vivos, en el momento en que la practicaba ó durante las primeras micciones que la seguian, si hubiera visto que salia de la vejiga la orina sanguinolenta ó que sangraba la uretra despues de la maniobra, si sobre todo hubiera sobrevenido un acceso de fiebre despues de alguno de estos cateterismos, hubiera pensado que la mucosa estaba muy sensible ó muy friable para soportar, sin riesgo, la maniobra y las consecuencias del quebrantamiento. Se me podrá objetar que el dolor no es una causa de muerte. Esto es verdad en cierto modo. Cuando la mucosa urinaria tiene una sensibilidad excesiva y cuando esta sensibilidad se excita por el paso de los instrumentos y de los fragmentos de cálculo no tienen efecto estos inconvenientes despues de la primera y aun de la segunda sesion. Pero cuando es necesaria una tercera, esta sensibilidad se exagera de tal modo que la uretra se contrae espasmódicamente durante el cateterismo, y si se quiere forzar se desgarran la mucosa del conducto, la vejiga se hace intolerante y no puede rete-

ner el líquido; lo expulsa antes de terminar las maniobras y se puede desgarrar si nos obstinamos en continuar. Me sucedió, el año último, en un enfermo que asistía en la población con el Dr. Gontier, tener que terminar por la talla un tratamiento que había comenzado por la litroticia. El enfermo no tenía hasta entonces más que una cistitis moderada; había soportado bien el cateterismo preparador de que os he hablado hace un momento. Pero la primera sesión, hecha sin anestesia, fué muy dolorosa y duraron los sufrimientos las cuarenta y ocho horas siguientes; el paciente había orinado día y noche, cada quince ó veinte minutos, dando gritos desgarradores, aunque no expulsaba más que fragmentos muy pequeños. Hice, sin embargo, una segunda sesión, pero después de haber adormecido al enfermo con el clorofórmico. Como la primera vez, la piedra se cogió bien, y fué partida ocho veces distintas. La vejiga sangró un poco, y yo quedé satisfecho, en cuanto fué posible, de mis maniobras. En efecto, no sobrevino ningún movimiento febril, pero los dolores á la micción fueron también incesantes y crueles, no solamente durante los tres ó cuatro días en que se expulsaron los fragmentos, sino también en los siguientes; y cuando después de quince días de padecimiento, al cabo de los cuales el dolor era el mismo, quise con una nueva anestesia emprender la tercera sesión, no me fué posible hacer soportar á la vejiga ni medio vaso de agua; se vaciaba en seguida á pesar del sueño; la intolerancia de la vejiga llegó á tal grado que la introducción y el juego del rompe-piedras amenazaban rasgar la mucosa. Hé aquí por qué á pesar del poco volúmen á que había quedado reducido el cálculo, una almendra ó un poco más, terminé por una operación de talla bilateral ó pre-rectal que fué seguida de una curación pronta.

En nuestro enfermo actual no he encontrado gran sensibilidad en las vías urinarias, y además no he observado que el paso de la sonda haya producido sangre; por lo que creo que la mucosa urinaria no está ni congestionada ni friable, y que podía, sin mucho temor á la fiebre urinosa, proceder á la operación.

Me habeis visto hacer la primera sesión hace ya cinco semanas, y otras tres sesiones despues con ocho dias de intervalo unas de otras. Os diré una vez por todas, cómo he procedido en todas ellas, y trataré de fijar en vuestra memoria cuanto tiene de delicado y difícil de apreciar en la maniobra, y principalmente en esa parte de la operacion que tiene por objeto asir el cálculo. Los autores no se explican bien sobre este punto, y nos han dejado creer en una facilidad de ejecucion, que no tiene de real más que la condicion de hacerse con movimientos ligeros de la mano para llegar al resultado sin contundir y con mayor razon sin desgarrar la vejiga. Para familiarizaros con estos detalles, os aconsejo que repitais muchas veces la operacion en el cadáver, en el cual hayais puesto anticipadamente una piedra en la vejiga, cerrando luego este órgano con una sutura emplumada, y hecha en seguida con agua una distension prévia. Os aconsejo tambien que sigais en un vaso lleno de agua los movimientos del rompe-piedras y los resultados que se producen. No omito, bien lo sabeis, ninguna ocasion para que estudiéis todas las operaciones, manifestándoos que no se debe creer en la necesidad absoluta de una mano especial para ejecutarlas. No niego que los que practican con frecuencia la litotricia, lo hacen bien; pero tambien os diré que podeis adquirir la habilidad y la seguridad necesarias para ejecutarla, ejercitándoos cinco ó seis dias seguidos en el cadáver ó en un vaso en el que hayais puesto de antemano una piedra de un volumen cualquiera. Os aseguro, además, que si os veis precisados á practicar en un país donde no haya profesores especialistas, ó donde los enfermos no tengan bienes de fortuna que los permitan ir á buscarlos, los prestareis un gran servicio pudiéndoles librar, por medio de la litotricia, de los sufrimientos de la piedra.

Ved ahora cómo he procedido, y cómo os aconsejo proceder en caso igual.

Despues de haber colocado transversalmente detrás del sacro un colchoncillo fuerte, he hecho acostar al enfermo sobre el dorso y un poco sobre el lado derecho. He impreso con la mano una ligera sucusion al hueso iliaco izquierdo, con la intencion

de desprender la piedra y dirigirla al lado derecho del bajo-fondo. Yo me coloqué á la derecha de la cama é hice con una sonda de goma de extremidad olivar la inyeccion de jeringa y media de agua tibia (400 gramos próximamente), que ha sido bien soportada y conservada.

En seguida introduje muy bien untado de aceite el rompe-piedras que habia escogido con anterioridad, y aquí tengo necesidad de detenerme un instante sobre la eleccion que yo he hecho. Por poco que hayais examinado nuestros arsenales ó consultado las láminas de los tratados de cirugía (1), no ignorareis que los instrumentos destinados á romper la piedra por las vias naturales se parecen todos, en razon á que se componen de dos ramas llamadas macho y hembra, que deslizan fácil-

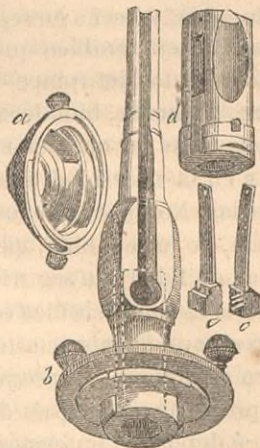


Fig. 36.—Tuerca partida de Civiale. (1)

mente la una sobre la otra, pero que presentan diferencias segun su volumen, su mecanismo ó medio por el cual hacen la presion quebrantadora, y la disposicion de las dos ramas entre las cuales debe cogerse y romperse la piedra.

(1) Véase Gaujot y Spillman, *Arsenal de la cirugía contemporánea*, Paris, 1867-1872.

(1) a, rodaja; b, armadura; c c, piezas elásticas; d, cilindro.

El volúmen debe ser apropiado á la edad del sugeto y á las dimensiones, estudiadas anticipadamente, del conducto de la uretra.

A esto se debe que el mecanismo del quebrantamiento, presente cuatro variedades principales, segun que se haga:

Como en el procedimiento primitivo de Gruithuisen y de Jacobson con el martillo;

Ó como en el ingenioso aparato imaginado por Civiale, con dos tuercas móviles (*fig. 36*), de las cuales la una sirve para sujetar el cálculo, una vez cogido, y la otra, por un movimiento de rotacion, comprime la rama macho contra la rama hembra;

Ó como en el instrumento de Charriere con el piñon (*fig. 37*);

Ó como en el de Guillon (1) con una wáscula de palanca (*fig. 38*);

Yo doy la preferencia á las tuercas quebrantadoras, pero no veo inconveniente en el uso del piñon, y me le habeis visto emplear aquí, porque del rompe-piedras al cual doy la preferencia habia uno y no tenia tuercas.

Jamás me he servido del martillo en los casos ordinarios, porque, á no tener el lecho fijador del rompe-piedras, aconsejado antes por Rigal y Heurteloup, el cual embaraza mucho, me expondria á contundir la vejiga al percutir. Pero es preciso tener siempre

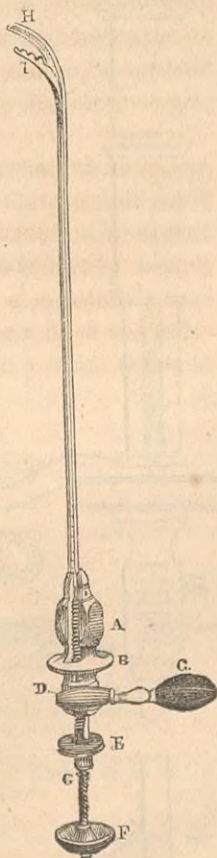


Fig. 37. — Rompe-piedras de piñon y regla dentada de Charriere. (*)

(1) Guillon, *Gaceta de los hospitales*, 26 de setiembre de 1833; de la *Litroticia generalizada*, Paris, 1862.

(*) A, eminencia cuadrilátera; B, disco; C, piñon; D, rodaja; E, muesca; F, extremidad de la rama macho; H, rama hembra; I, rama macho.

el martillo á nuestra disposicion, porque la casualidad puede hacer que se encuentre una piedra muy dura, resistente á los otros medios, y habria necesidad de emplearle, al ménos para hacer la primera fragmentacion.

No quiero hablar de la vascula de palanca, porque nunca he tenido ocasion de emplearla, y porque no creo que sea superior  las tuer-cas y al pion.

Resta saber la disposicion terminal del rompe-piedras. Es un punto sobre el cual estoy conforme con todos; las dos ramas encorvadas en su extremidad, libres y móviles la una sobre la otra como la medida (podometro) de zapatero, son superiores á las demás invenciones. El instrumento sumamente ingenioso de que forman la parte fundamental ha sido imaginado por Heurteloup, y su invencion merece ser consignada, porque ha hecho fácil la litotricia y la ha permitido pasar á la práctica. Pero admitida la forma general, tenemos cierto número de variedades en la configuracion y ajuste recíproco de la extremidad de las dos ramas.

En el instrumento primitivo de Heurteloup (*fig. 39*), la rama macho presenta sobre su convexidad dos desigualdades gruesas, y la rama hembra, muy poco escavada, tiene un agujero pequeño destinado  permitir la salida de los fragmentos muy pequeños en el momento de partir la piedra.

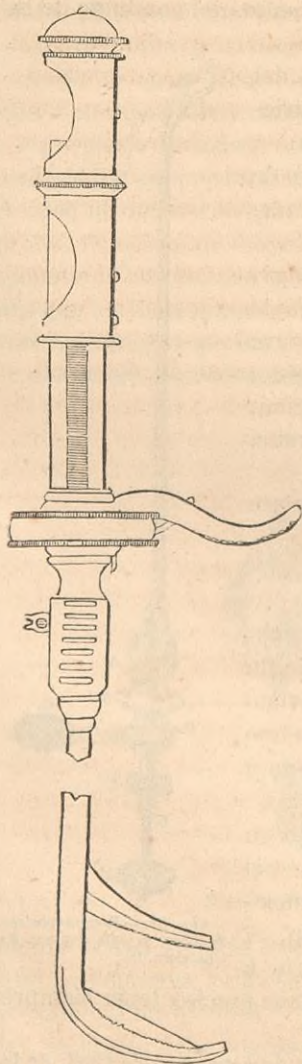


Fig. 38.—Rompe-piedras de Guillon.

Después, este mismo cirujano advirtió que la piedra partida se acumulaba en forma de pasta espesa entre los dos bocados del instrumento, impidiéndoles aproximarse, dándoles un aumento de volúmen, que hace difícil el paso del instrumento por la uretra, exponiendo á rasgar este conducto, y remedió esto, escavando cada una de las dos ramas, y formando lo que se llama rompe-piedras de cuchara.

Charriere, por su parte, trataba de remediar el empaste, dando al agujero de la rama hembra una longitud de 3 á 4 centímetros. Pero, para que el instrumento tuviera al mismo tiempo una solidez suficiente, se habia visto obligado á dar á las láminas metálicas, que circunscriben el agujero y que están aplastadas de un lado á otro, una altura de 3 á 4 milímetros, y terminarlas por un borde delgado y liso, sobre el

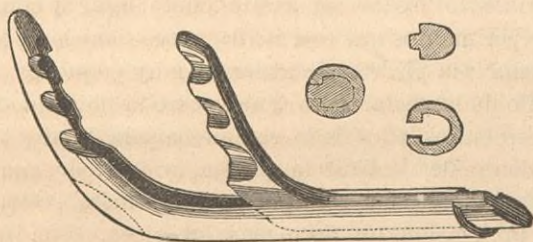


Fig. 39.—Extremidad de bocados, de Heurteloup, modificada por Charriere.

cual desliza con facilidad la piedra antes de haber sido suficientemente partida (*fig. 39*).

Finalmente, Civiale (1), preocupado por la necesidad de evitar el empastamiento y asegurar la fijacion del cálculo, adopta las cucharas de Heurteloup, pero hace al mismo tiempo más ancho el bocado de la rama hembra. Esta anchura, añadida á una longitud suficiente de la parte encorvada, asegura, en efecto, mejor que se habia hecho antes la prehension de la piedra.

(1) Civiale, *Tratado práctico é histórico de la litotricia*, Paris, 1847.

En el rompe-piedras de Robert y Colin (*fig. 40*), la rama hembra también está excavada, pero el interior de la excavación está provisto de un arete saliente, en medio y á los lados de algunas desigualdades que, como las rugosidades de la

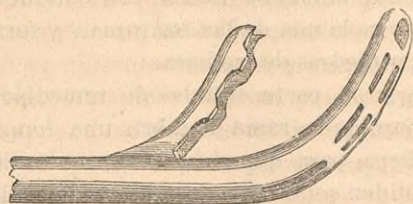


Fig. 40.—Bocados agujercados de Robert y Collin.

rama macho, presentan surcos laterales destinados al deslizamiento fácil de la pasta calcárea, que sin esta precaución se acumularía entre las dos ramas. He tenido lugar de comprobar en mis experimentos que este instrumento tiene la doble ventaja de reducir la piedra á fragmentos muy pequeños y evitar el acumulo de la pasta. Pero tiene, como la pluralidad de los que ofrecen en los lados de la rama excavada bordes lisos, el inconveniente de deslizar la piedra, sobre todo cuando es gruesa, como lo es casi siempre en la primera sesión, y de hacer la prehensión un poco más laboriosa. Este inconveniente no existe cuando á las dos ó tres sesiones los fragmentos que quedan son pequeños y se comprenden perfectamente entre las dos ramas. Además el pico de esta, es decir, la porción que sigue á la corvadura no tiene más que $2\frac{1}{2}$ á 3 centímetros de longitud, midiendo el exterior de la rama hembra. Esto es un poco corto. El cálculo se coge mejor cuando la longitud es mayor y llega á 4 centímetros, como en el instrumento de Civiale.

En suma, para las últimas sesiones doy la preferencia al instrumento de Robert y Colin, pero para la primera prefiero el rompe-piedras de cucharas de Civiale, porque es el que presenta superficie más ancha en las ramas, condición favorable para que la piedra deslice menos y se coja más pronto. Encuentro sin embargo que los bordes de la gotiera son

muy lisos y que la piedra desliza y se escapa tambien fácilmente entre ellos cuando se ha cogido el cálculo por el diámetro menor ó por la perifería. Reparad, en efecto, Señores, y lo comprobareis repitiendo vosotros mismos el experimento que hago en este momento delante de vosotros, que cuando se abre el rompe-piedras para coger el cálculo no estamos nunca seguros de cogerle por su parte media, que seria la mejor manera de retenerle entre las dos ramas. Se coge comunmente por uno de sus lados, y, por consiguiente, por una superficie redondeada que desliza y escapa en el momento que se aproximan, con lentitud y precaucion, la rama macho y la rama hembra.

Para obviar este ligero inconveniente, he hecho construir un rompe-piedras cuyos bocados tienen cuatro centímetros de longitud despues de la corvadura, y cuya rama hembra está escavada en cuchara con un agujero muy pequeño, pero he mandado hacer en los bordes de esta gotiera una serie de muescas que suprimen la superficie lisa y la reemplazan por irregularidades. Con este instrumento estoy más seguro de coger la piedra y no soltarla en la primera y segunda sesion; y como este rompe-piedras se hizo en la época en que todos se servian casi esclusivamente del piñon, por eso recurro á este método de aplastamiento.

Continúo la descripcion de la maniobra. El rompe-piedras, bien untado de aceite y cerrado, le he introducido en la uretra con la concavidad de la corvadura vuelta hácia arriba, le he hecho caminar suavemente con mi mano derecha en pronacion completa, mientras que mi mano izquierda elevaba y sostenia el pene. Cuando he sentido que el instrumento habia pasado la arcada pubiana he bajado simultáneamente el pene y el rompe-piedras y he continuado dirigiéndole hácia atrás. He sentido que franqueaba la parte más estrecha del conducto, la porcion membranosa, y que atravesaba tambien la porcion prostática. La falta de resistencia me advirtió que habia penetrado en la vejiga. Entonces dije al enfermo que se acostara un poco más sobre el lado derecho, y por un ligero movimiento de rotacion de izquierda á derecha impreso con el rom-

pe-piedras, me he asegurado de que el cálculo estaba á la derecha. Despues, teniendo dirigida hácia arriba la corvadura del instrumento, le he abierto lentamente y sin sucusion y le he dirigido completamente abierto hácia el lado derecho. He sentido que tocaba el cálculo; he aproximado, siempre sin sacudimiento, la rama macho y la rama hembra, y ha quedado una separacion de dos centímetros en la parte de las ramas que estaba fuera de la uretra, lo cual me ha hecho comprender que habia asido el cálculo por un diámetro de dos centímetros. Entonces he dirigido más arriba la corvadura del instrumento así cargado, y he procurado colocarle en medio del órgano para no contundir sus paredes, y cogiendo el piñon le he adaptado y he hecho el primer fraccionamiento. He sentido escapar la piedra al momento sin que se hubiera partido, probablemente porque la habia cogido por un diámetro próximo á la perifería. He vuelto á empezar de nuevo la maniobra modificándola de la manera siguiente: como antes, he practicado un primer tiempo, que consiste en abrir el rompe-piedras; en el segundo tiempo por un pequeño movimiento de rotacion he dirigido el instrumento completamente abierto hácia el cálculo; despues por otro movimiento imperceptible para vosotros, y que no supondreis si no os le indico aquí, hice caminar de izquierda á derecha, en la extension de algunos milímetros, la rama hembra antes de aproximar la rama macho. Mi intencion, al obrar así, era poner la rama hembra debajo del cálculo á algunos milímetros de su perifería y cogerle más hácia el centro, lo cual me permitiria asegurarle mejor. Habeis visto luego la separacion exterior de las ramas que era de tres centímetros, y yo mismo comprendia que la piedra no se escaparia tan pronto como la vez primera. La primera maniobra tiene la ventaja de hacerse sin que el rompe-piedras toque gran cosa la pared de la vejiga, y por esta razon habia comenzado por ella. La segunda expone á contundir la pared; pero haciendo caminar el instrumento con suavidad y lentitud no se produce ninguna lesion y se coge mejor la piedra.

Despues de haber hecho el segundo fraccionamiento he tratado de coger tercera vez el cálculo por la primera maniobra,

que he ejecutado muy fácilmente, y he tenido cuidado como las dos veces anteriores de levantar la corvadura del instrumento antes de partir el cálculo. No he sentido ninguna resistencia, y el enfermo no se ha quejado de ningun dolor. Si hubiera observado alguno de estos dos fenómenos hubiera creído que habia pellizado la mucosa vesical, y me habria apresurado á abrir el instrumento y á dejar la piedra, para no herir la mucosa á la vez que partia el cuerpo extraño.

No he hecho más que tres fraccionamientos porque no queria fatigar la vejiga, y porque, además, empezaba á sentir dificultad para aproximar las dos ramas por medio del piñon, lo cual me indicaba la replecion de las cucharas por la parte calcárea resultante del aplastamiento. Me habeis visto, en efecto, retirar el rompe-piedras con facilidad, que la uretra no ha sangrado y que, por consiguiente, no se habia desgarrado en este último tiempo de la operacion.

Acabo de indicaros los dos procedimientos á que he recurrido para asir la piedra antes de partirla. Si con ninguno de ellos lo hubiera conseguido, habria ensayado una tercera maniobra, que consiste en abrir el instrumento con la corvadura dirigida hácia arriba, sin volverle y sin preocuparme por la situacion del cálculo, despues deprimiría ligeramente el bajo fondo de la vejiga con la convexidad del instrumento, de modo que determinara un punto declive hácia el cual se dirigiera el cálculo por su propio peso. Una ligera sensacion de choque advertiria al cirujano que habia llegado la piedra y era tiempo de cerrar el instrumento. Cuando se deprime con fuerza se expone á que pase de uno á otro lado el cálculo; pero cuando se deprime con cuidado casi siempre se obtiene resultado. Bien comprendeis que este procedimiento expone un poco más que los otros á contundir y á herir la vejiga. Pero os repetiré una vez más, que debemos hacer los mayores esfuerzos por evitar estas lesiones, que abren la puerta á lo que tiene de más temible y más grave la litotricia; quiero hablaros de los accesos de fiebre. Por eso no se debe recurrir á este modo de coger el cálculo, sin ensayar antes sin resultado los otros dos modos, especialmente el primero.

Puedo tambien recomendaros un cuarto modo, en el cual están combinados los tres precedentes, y consiste:

1.º En abrir el instrumento;

2.º Volverle sobre la piedra y hacer caminar por debajo de este á la rama hembra, deprimiendo un poco la pared vesical para terminar, por una pequeña caída del cálculo, su interposicion entre los dos bocados del rompe-piedras. Talvez encontrareis estos detalles demasiado minuciosos, pero su conocimiento os es indispensable y su utilidad os la pueden demostrar los experimentos que os aconsejo, poniendo la piedra, no en un vaso, como os he dicho antes, sino en una vejiga de puerco, ó sobre una capa de algodón en rama, ó sobre un pedazo de lienzo doblado muchas veces; en una palabra, sobre un plano depresible.

Una palabra todavía; quiero aconsejaros la manera de cerrar el instrumento para fijar el cálculo, para lo cual se aproxima la rama macho á la rama hembra, es decir, fijando este con una mano mientras que con la otra se hace caminar la rama macho de adelante á atrás. Algunos autores han aconsejado al contrario, tener la rama macho inmóvil y mover la rama hembra de atrás á adelante, obligando á mover en la misma direccion el cálculo. Creo que se pueden ensayar indiferentemente cualquiera de estas dos maniobras, pero yo obtengo mejor resultado de la primera que de la segunda.

LECCION LXX.

Litotricia.

Consecuencias de la litotricia.—Consideraciones sobre los cuidados consecutivos á esta operacion, y sobre sus resultados.

SEÑORES:

El enfermo calculoso de que os hablé hace cinco semanas y á propósito del cual os describí las maniobras de la primera sesion de la litotricia, está actualmente en vias de curacion, pero no quiero dejarle marchar sin manifestaros lo que ha pasado despues de nuestra última conferencia.

Recordareis que estaba satisfecho del resultado inmediato, en primer lugar porque habia podido coger la piedra por las dos maniobras que exponen ménos á la contusion de la vejiga, y en segundo lugar porque el conducto no habia dado sangre en el momento de la extraccion del instrumento. Tambien recordareis que saqué en las dos cucharas una notable cantidad de ácido úrico y de fosfato cálcico, que se habian unido al instrumento.

El mismo dia recomendé que se guardasen las orinas y que se colasen al través de un lienzo ó de un tamiz fino.

A la mañana siguiente observé que las orinas estaban coloreadas por un poco de sangre, lo que prueba que, á pesar de todas las precauciones tomadas, se habia desgarrado la vejiga en algunos puntos. Esto no me asustó, porque no se ve un caso de litotricia sin que esto se verifique; lo importante es que se produzca en un grado mínimo. En el presente, la cantidad de sangre mezclada con la orina es tan poco considerable que estoy seguro que las lesiones han sido superficiales y muy poco extensas. En efecto, no ha sobrevenido acceso de fiebre, y el

estado general del enfermo es bueno. La micción es dolorosa, pero soportable, y por espacio de tres días han salido numerosos fragmentos mezclados con la orina. He tenido cuidado todas las mañanas de pasar un dedo á lo largo de toda la pared inferior de la uretra, para ver si percibía algún fragmento que se hubiera detenido en el conducto.

En la mañana del tercer día nos dijo el enfermo que después de quince horas había orinado con mucha dificultad, y que hacía cuatro ó cinco que no había podido expulsar ni una gota de orina. Haciendo la exploración de que acabo de hablar, sentí delante y muy cerca del escroto una resistencia que indicaba la presencia de un cuerpo extraño, al nivel de la cual se producía dolor por la presión. Introduciendo un estilete por el orificio de la uretra encontré, en el punto indicado, la dureza y la sonoridad de un cálculo. Era evidente, por lo tanto, que un fragmento del cálculo se había detenido en la porción esponjosa de la uretra.

Para extraer este fragmento al paciente, tuve que elegir entre la extracción simple por las vías naturales, la extracción por la litotricia uretral y la extracción por una vía artificial, la cual se designa desde hace mucho tiempo en medicina operatoria con el nombre de la *operación del ojal*.

Deseché desde luego este último procedimiento porque tiene el inconveniente de hacer en la uretra una de esas grandes heridas que dan sangre, y que si no se pone la sonda permanente exponen á la fiebre urinosa, y por otra parte, á consecuencia de la litotricia la cavidad de la orina está muy fatigada y muy sensible para que sea prudente introducir un nuevo cuerpo extraño, la sonda, además de los que forman los fragmentos de la piedra primitiva. Esta multiplicidad de cuerpos extraños podría ocasionar otro género de accidentes, la cistitis supurante aguda y su propagación hasta los riñones. No hay duda que este enfermo tenía una cistitis; ya os lo dije la primera vez que de él hablamos, pero era una cistitis lenta, crónica y sin propagación grave hácia los riñones. Algunas veces, á consecuencia de las operaciones y de la sonda permanente, la cistitis pasa al estado agudo y se complica con una nefritis aguda.

Si esta ocupa únicamente la mucosa de la pelvis y los cálices, aunque termine por supuración, tomando la forma que Rayer (1) ha descrito con el nombre de *pielitis*, puede no ser grave si la sustancia renal queda intacta y el pus encuentra una salida por las vías naturales hácia la vejiga y de aquí al exterior. Pero cuando la inflamación se propaga al parénquima renal y termina por supuración, se forman uno ó muchos accesos en la sustancia tubulosa y en la sustancia cortical, y es difícil que se produzca un resultado semejante sin que la parte secretoria del órgano esté profundamente alterada y sin que la secreción esté aminorada ó pervertida. Si solamente un riñón supura de esta manera y en pequeña extensión, la nefritis es todavía compatible con la existencia. Pero cuando esta nefritis purulenta invade los dos riñones, ó cuando ocupando uno solo destruye rápidamente su parte secretoria, la orina no se separa de la sangre en la misma cantidad, ni con las mismas cualidades. Una parte de los materiales excrementicios, que deben ser separados del organismo por esta función, subsiste en la sangre, y resulta de esta variedad de intoxicación el conjunto de los síntomas graves, que comprendemos en la actualidad con el nombre de *uremia*. Si reunís vuestros recuerdos sobre los detalles que os he dado acerca de los accidentes de la fiebre urinosa, comprendereis que hay dos variedades de uremia, ó si quereis, dos modos de esta enfermedad, que tiene por origen la presencia en la sangre ya de la urea, ya de las materias extractivas. En una de estas variedades que forma la uremia médica, la que los médicos ingleses han referido á la albuminuria, la que Rayer, por su parte, ha referido al mismo tiempo á la nefritis, la alteración de la sangre es debida á la presencia y á la acumulación de materiales que no han sido separados á causa de la alteración de la función renal; en la otra, la alteración, no idéntica pero sí análoga, es debida á la reabsorción y al paso en la sangre, ya de la orina natural, ya de alguno de sus principios. Esta es la que hemos convenido en llamar

(1) Rayer, *Tratado de las enfermedades de los riñones*.—Paris, 1839—1841

uremia quirúrgica. Los calculosos están expuestos á la primera por la nefro-cistitis que provoca, entretiene y generalmente exaspera la presencia del cuerpo extraño, sobre todo si, como acabo de deciros, al cálculo se junta la presencia de una sonda permanente. Además, los enfermos sometidos á la litotricia están á la vez expuestos á la otra forma por las lesiones accidentales posibles de su mucosa urinaria.

Tened, pues, entendido que no he querido poner la sonda permanente á nuestro enfermo por no exponerle á la cisto-nefritis aguda, y por esta razon he renunciado á la operacion del ojal.

Si el cálculo uretral hubiera estado más cerca del meato, hubiera intentado cogerle con una pinza de diseccion ó una pinza de cura y le hubiera partido todo lo mejor posible entre las dos ramas del instrumento, para que disminuyendo su volumen pudiera pasar por el meato urinario.

Pero á causa de la profundidad dí la preferencia á la pinza llamada de Hunter ó de Halles (*fig. 41.*), instrumento com-

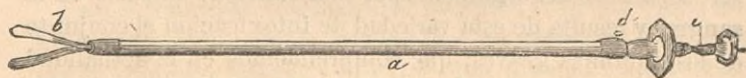


Fig. 41.—Pinza de Halles.

puesto de dos ramas que, segun la posicion que se dé á la cánula, se encuentran separadas ó juntas. Principié por inyectar separadas ó juntas. Principié por inyectar en la uretra, con una jeringa pequeña, aceite de olivas; sostuve cerrada la uretra con una mano, que, al mismo tiempo, elevaba y extendia el pene, mientras que con la otra conducia el instrumento hácia el cuerpo extraño. Confiando entonces el pene á un ayudante encargado de sostenerle en la misma posicion, me serví de una de mis manos para deslizar la cánula de delante atrás, mientras que con la otra mano introducía más profundamente las dos ramas separadas por el alejamiento de la cánula. Cuando una sensacion particular me indicó que estas últimas habian pasado más allá del cálculo, empujé la cánula hácia atrás para aproximar las ramas y coger el cuerpo extraño; despues, procurando sacar el instrumento, sentí una resistencia que me advirtió que habia cogido bien el

«cálculo, y reconocí al mismo tiempo que este y las dos ramas tenían un volúmen muy considerable para recorrer y franquear la uretra sin desgarrarla. Por esto, sosteniendo fuertemente la parte inmóvil del instrumento, conduje hácia atrás, con cierta fuerza, la cánula ó parte móvil, á fin de aumentar la presion y ocasionar una fractura, que debia necesariamente disminuir el volúmen de la parte agarrada y dejar caer algunos restos en la uretra. Esta pequeña maniobra dió buen resultado. Saqué sin esfuerzo una parte del cálculo que habia sido partido, y el enfermo, al orinar, inmediatamente despues, expulsó lo que quedó en el conducto.

Si no hubiese obtenido resultado, hubiera cogido el rompedor uretral de Civiale, del que os presento el modelo (*fig. 42*), pero es probable que hubiera preferido un instru-



Fig. 42.—Extremidad del rompedor uretral de Civiale.

mento más moderno ideado por Robert y Collin para la litotricia uretral (*fig. 43*); quiero hablaros de una pinza estre-



Fig. 43.—Pinza de anillos y ramas partidas de Robert y Colin.

cha, ligeramente encorvada en su extremidad y construida segun el modelo de las pinzas de curar ó de las pinzas de pólipos; pero una de sus ramas, compuesta de dos piezas articulares, se mueve sola, mientras que la otra permanece inmóvil cuando se verifica la separacion ó la union de los anillos. Con este instrumento, que, como el de que yo me he servido, es á la vez extractor y partidor, hubiera cogido el cálculo y le hubiera partido antes de sacarle afuera.

Aparte del incidente que acabo de indicaros, y que, feliz-

mente, no ha ocasionado la fiebre urinosa, todo ha pasado bien despues de esta primera sesion.

El enfermo ha podido levantarse y andar al quinto dia, su apetito y su sueño son buenos á pesar de haber hecho, en el noveno dia, una segunda sesion.

He colocado al enfermo de la misma manera que la primera vez.

He puesto una inyeccion que ha entrado con la misma facilidad y me he servido del mismo rompe-piedras. Dos veces he cogido por la primera y segunda maniobra un fragmento muy grueso, que he partido procurando no herir la vejiga. Pero como estas dos maniobras no me dieron buen resultado, recurrí á la tercera, en la que no comunicando al instrumento ningun movimiento de rotacion y quedando en la vejiga con la concavidad de su corvadura hácia arriba, se deprimió el bajo fondo para hacer caer el cálculo entre los bocados del rompe-piedras. Recordareis con qué facilidad cogí de esta manera, en cinco veces diferentes, fragmentos de volumen variable: vísteis igualmente que el enfermo experimentó sufrimiento, pero moderado. Me detuve en seguida que sentí, al aproximar los bocados del rompe-piedras, una resistencia que me advertia que las cucharillas estaban suficientemente llenas. Saqué el instrumento, sosteniendo con mi mano izquierda la proximidad de las cucharillas tanto como me era posible, y pude ejecutar este último tiempo de la operacion sin desgarrar la uretra.

Esta vez sintió, durante el dia, cuatro horas despues de la sesion, un escalofrio poco intenso, que duró ocho ó diez minutos, seguido de calor, de elevacion del pulso y de un sudor grande. Os hice observar que la orina contenia más sangre que la primera vez y que, sin duda, se habia lesionado algo la vejiga.

Cuando llegamos á la mañana siguiente todo habia terminado y el enfermo principiaba á sentirse mejor y experimentaba solamente dolores en la miccion, que se explican á la vez por la cistitis y por el paso de los fragmentos por la uretra. No me ví obligado á hacer la litotricia uretral consecutiva.

Un día, sin embargo, nos encontramos un fragmento detenido casi en el meato urinario, que le incomodaba mucho, pero que no impedía de una manera absoluta la salida de la orina. Recordareis que inyecté aceite con una jeringa, y haciendo ejercer las presiones al mismo enfermo vimos desprenderse y salir el cálculo. Las demás consecuencias han sido que el enfermo ha expulsado cada día una notable cantidad de fragmentos, y al cabo de los once días pude verificar la tercera sesión.

Esta la ejecuté con el rompe-piedras de puntas pequeñas, pero fuertemente dentadas, y provisto de tuercas de Robert y Collin. Cuatro veces he extraído fragmentos sin deprimir la vejiga haciendo acostar al enfermo sobre el lado derecho. Volviéndole después sobre el dorso pude verificarlo otras cinco ó seis por una depresión ligera del bajo fondo.

Esta vez, á pesar de la última maniobra, la vejiga ha sangrado muy poco; no ha habido acceso febril, ni tampoco se ha detenido ningún fragmento en la uretra.

La continuación de este tratamiento se detuvo á causa de una orquito-epididimitis del lado izquierdo, que aunque simple nos obligó á dejar transcurrir quince días entre la tercera y cuarta sesión. Esta fué tan sencilla como la precedente; se ejecutó con el mismo instrumento y no la siguió ninguna complicación.

La quinta sesión se verificó siete días después y el enfermo la soportó igualmente bien.

Acabo de hacer hoy una nueva introducción del rompe-piedras y no he encontrado nada. El enfermo orina sin incomodidad, y las orinas, nada purulentas, apenas son viscosas; por lo tanto debo creer que se le ha privado de la piedra y de la cistitis concomitante.

No debo disimular sin embargo que es muy posible el error.

He visto enfermos, en los que la última exploración dió, como en este, un resultado negativo y algunos años después tenían todavía piedra. ¿Era esto un nuevo cálculo, ó era solamente el aumento progresivo de un pequeño fragmento cuya existencia no se pudo demostrar? La respuesta no puede ser

exacta. Pero como sé que muchos operadores han observado el mismo resultado despues de la litotricia, y que las recidivas despues de la talla son muy raras, aunque algun dia tuviera que citaros un notable ejemplo, concluyo que, á pesar de todos nuestros cuidados y de todas nuestras investigaciones, puede quedar un pequeño fragmento en cualquiera de las lagunas de la vejiga y servir de núcleo á un nuevo cálculo, cuya presencia se revelará, por los síntomas funcionales que en este caso hemos indicado, cuando haya adquirido cierto volumen, es decir, á los tres, cuatro ó cinco años.

LECCION LXXI.

Cálculo vesical.—Talla prerectal.

Signos racionales y ciertos del cálculo.—Introduccion fácil de la sonda de plata y de una sonda de goma de grueso calibre en los primeros dias.—Cateterismo imposible despues.—Tentativa de litotricia impedida por esta imposibilidad.—Discusion sobre la teoria del espasmo y sobre la congestion de una antigua estrechez para explicar el incidente.—Acceso de fiebre despues de la tentativa.—Contraindicacion de la litotricia á causa del volúmen del cálculo y de la dificultad del cateterismo.—Candelilla permanente.—Introduccion del catéter acanalado.—Talla pre-rectal.—Motivos para la eleccion de este método.—Manual operatorio.—Nuevos accesos de fiebre despues de la operacion.—Muerte del enfermo.

SEÑORES:

En nuestra última reunion, el dia 7 de noviembre de 1872, practiqué la operacion de la talla, con tan malas como insólitas condiciones, á un hombre de 59 años, que habia venido de provincias, con la indicacion muy probable de un cálculo vesical. Recordareis que, en efecto, el enfermo tenia casi todos los signos racionales de la piedra, y que despues de haberle sondado por primera vez, el 22 de octubre, sin ninguna dificultad, observé los signos físicos de esta enfermedad, á saber: sensacion de un cuerpo resistente y el ruido resultante del choque de la sonda de plata sobre este cuerpo. Como observé la resistencia y el ruido en casi toda la extension del fondo de la vejiga, deduje que el cálculo debia de tener un gran volúmen: y como, por otra parte, la vejiga era poco tolerante, apenas admitia un vaso de agua, daba sangre fácilmente al contacto de los instrumentos, creí desde luego que el caso no era favorable para la litotricia y que estaba indicada la talla. Sin embargo, para asegurarme más sobre el volúmen del cálculo y el grado de tolerancia de la vejiga, resolví hacer,

algunos dias despues, la exploracion con un rompe-piedras, y si el cálculo no era tan grande como yo debia presumir, principiar la litotricia. Para esto, y tambien para disminuir en cuanto fuera posible la sensibilidad del conducto, hice una nueva inyeccion, por medio de una sonda de goma del núm. 17, el 26 de octubre. Quise volver á hacer esta operacion el dia 29.

Grande fué mi sorpresa al ver que no podia introducir la sonda de goma olivar, con la cual me proponia hacer la inyeccion. Habia sondado fácilmente al enfermo tres dias antes con la sonda de plata, y no debia esperar semejante dificultad. Sin embargo, la sonda no entró; quise hacerlo con otra sonda de extremidad redonda y tampoco entró: por no fatigar más al enfermo renuncié á mi proyecto.

Esta tentativa la hice con todas las precauciones de que os he hablado y que me son habituales. Sin embargo, la uretra dió algo de sangre, y una hora próximamente despues de la miccion, que siguió al cateterismo infructuoso, el enfermo fué acometido de un violento escalofrío que duró hora y media y en seguida se presentó la fiebre. Despues de interrogar al enfermo supe que no era la primera vez que habia tenido fiebre y que en dos ocasiones diferentes habia tenido un acceso semejante, precedido de un gran escalofrío. Supe tambien que en 1871 habia sido tratado por un médico de Saint-Valery-sur-Somme, en donde residia entonces, por una dificultad en la miccion y que se le dijo que padecia una estrechez. Se le habian introducido candelillas y sondas de goma durante tres semanas, pero al cabo de este tiempo y de repente, los instrumentos no pudieron introducirse, y fué preciso renunciar al tratamiento de dilatacion progresiva que se habia seguido. Hacia próximamente un año que no habia sido sondado hasta su entrada en el hospital, en que yo le introduje con la mayor facilidad, y sin encontrar ningun obstáculo, la sonda de plata de calibre ordinario.

Creí que esta dificultad imprevista en el cateterismo seria pasajera y que podria conseguirlo en otra ocasion. Dejé descansar al enfermo ocho dias, pasados los cuales y no teniendo fiebre, pues esta duró doce horas solamente, hice una nueva

tentativa. Pero no pude introducir una candelilla ni fina ni gruesa, y debí renunciar á ella despues de haber provocado nueva salida de sangre, que fué seguida de un nuevo acceso de fiebre ménos violento que el primero.

Detengámonos, Señores, un instante en estas particularidades. La facilidad extrema del cateterismo primero; la imposibilidad absoluta, algunos dias despues, de introducir una sonda, con salida fácil de sangre durante la tentativa y accesos de fiebre despues de ella.

Estas particularidades pueden explicarse de dos maneras: 1.º, puede pensarse desde luego en la teoría del espasmo y decir: este hombre ha podido ser sondado fácilmente el 22 y el 26 de octubre, porque en estos dias no habia contraccion espasmódica, contraccion que existia el dia 29, tal vez ocasionada por el paso de la sonda, que en dos veces diferentes habia irritado el conducto, ó tal vez á causa de una transmision á la uretra de los dolores provocados en la vejiga por el cálculo. Las cosas habian pasado sin duda de la misma manera en 1871 en Saint-Valery; 2.º, pueden tambien atribuirse estas particularidades á una estrechez uretral, habitualmente poco apreciable, pero susceptible de congestionarse de vez en cuando, y al congestionarse, de aumentar bastante la estrechez para hacerse infranqueable momentáneamente.

La primera teoría, la del espasmo, hace comprender bastante bien la rapidez del cambio que se opera, rapidez tal, que en tres dias de intervalo hemos pasado de una sonda del núm. 16 ó 17 á la imposibilidad de vencer el obstáculo. Pero yo la hago la objecion de no ser demostrable por los signos físicos, y de no explicar suficientemente la larga duracion de la complicacion. En efecto: he hecho, algunos dias despues, otra tentativa y he encontrado la misma dificultad. Un espasmo no se prolonga por tan largo tiempo, ó habria necesidad de admitir que el espasmo cesa, pero que se reproduce tan pronto como se introduce el instrumento en el conducto. Esto no es imposible seguramente; pero hay que convenir en que es muy hipotético.

En favor de la segunda teoría, la de la congestion de una

estrechez antigua y poco notable de ordinario, encuentro la facilidad con que se ha producido la salida de sangre en las tentativas infructuosas del cateterismo. Me parece que esta salida de sangre ha sido producida por la rotura fácil de los vasos sanguíneos, anormalmente distendidos en un punto enfermo de la mucosa de la uretra. Toco aquí, es cierto, una cuestión que no está muy estudiada y que es difícil someter á exámen. Os he dicho en otras ocasiones que las estrecheces uretrales no presentan en el cadáver una estrechez semejante á la que presumimos por la observacion durante la vida, y os he dado á entender que la diferencia se explica sin duda por la desaparicion, despues de la muerte, de la sangre, cuyo acumulo en los vasos habia contribuido, durante la vida, á la disminucion del calibre. Yo creo que ciertas estrecheces, á las que daré el nombre de vasculares, son muy ricas en vasos sanguíneos, y por consiguiente son susceptibles de congestionarse momentáneamente, hasta el punto de no dejar penetrar la sonda. Pero confieso que no me puedo dar una demostracion rigurosa, y que mi opinion se apoya únicamente en estos dos argumentos: 1.º, la diferencia que existe, con relacion á la estrechez, entre los resultados de la observacion cadavérica y los de la observacion en el vivo; 2.º, la facilidad con que dan sangre estas estrecheces, que aumentan más de dia en dia.

Comprendereis, pues, Señores, que, en nuestro enfermo, me inclino á la opinion de que tenía, segun las particularidades en él observadas y que, además, demuestran los conmemorativos, una estrechez antigua, habitualmente poco notable y fácilmente accesible, que se congestionaba por la influencia de la irritacion ocasionada por el paso de los instrumentos y se hacia, á consecuencia de esta congestion pasajera, bastante estrecha para no permitir la entrada de las sondas. Convengo en que esta teoria no puede demostrarse suficientemente, pero invoco en su favor un argumento anatómico y un argumento clínico, y la prefiero á la del espasmo, que me parece exclusivamente hipotética. Es cierto que se puede invocar en favor de esta última el argumento clínico.

deducido de la facilidad con que pasa la sonda en ciertos sujetos, pocas horas despues de haber hecho inútiles esfuerzos. Pero esta circunstancia, que es cierta, y de la que he visto ejemplos, se explica de la misma manera por una congestion pasajera, comparable á la de la ereccion, que por una contraccion espasmódica de las fibras, que parece imposible sea producida por las fibras musculares de la uretra, hasta tal punto que cierre completamente el conducto. ¿No se podrían hacer intervenir las dos opiniones, es decir, explicar los obstáculos momentáneos al cateterismo por una irritacion que produjera á la vez una congestion y un espasmo?

Os dejo libre la eleccion de cualquiera de estas teorías; pero he aprovechado la ocasion que se ha presentado para examinar la cuestion de las dificultades absolutas y pasajeras del cateterismo en ciertos sujetos afectados de enfermedades de las vias urinarias, y para demostrar que la teoría del espasmo, tan generalmente admitida en nuestra época, no las explica de una manera satisfactoria, y es necesario hacer intervenir la congestion, en la que no se habia pensado hasta el presente.

Pero volvamos á nuestro enfermo. La conclusion práctica de lo que en él habíamos observado, era una contra-indicacion más de la litotricia que las que ya conocíamos. En efecto, desde el momento en que tuve que abandonar la idea de introducir los instrumentos por imposible, y en que el enfermo no dejaría salir los fragmentos á consecuencia de la estrechez más ó ménos prolongada de su conducto, y en que, sobre todo, la facilidad de la salida de la sangre, durante la crisis de coartacion, hacia inminentes los accesos de fiebre urinosa, añadiendo además á estos motivos los que nos da el volúmen del cálculo y la intolerancia de la vejiga, no pude pensar ya en romper el cálculo, y no habia más que elegir entre la contemporizacion y la talla.

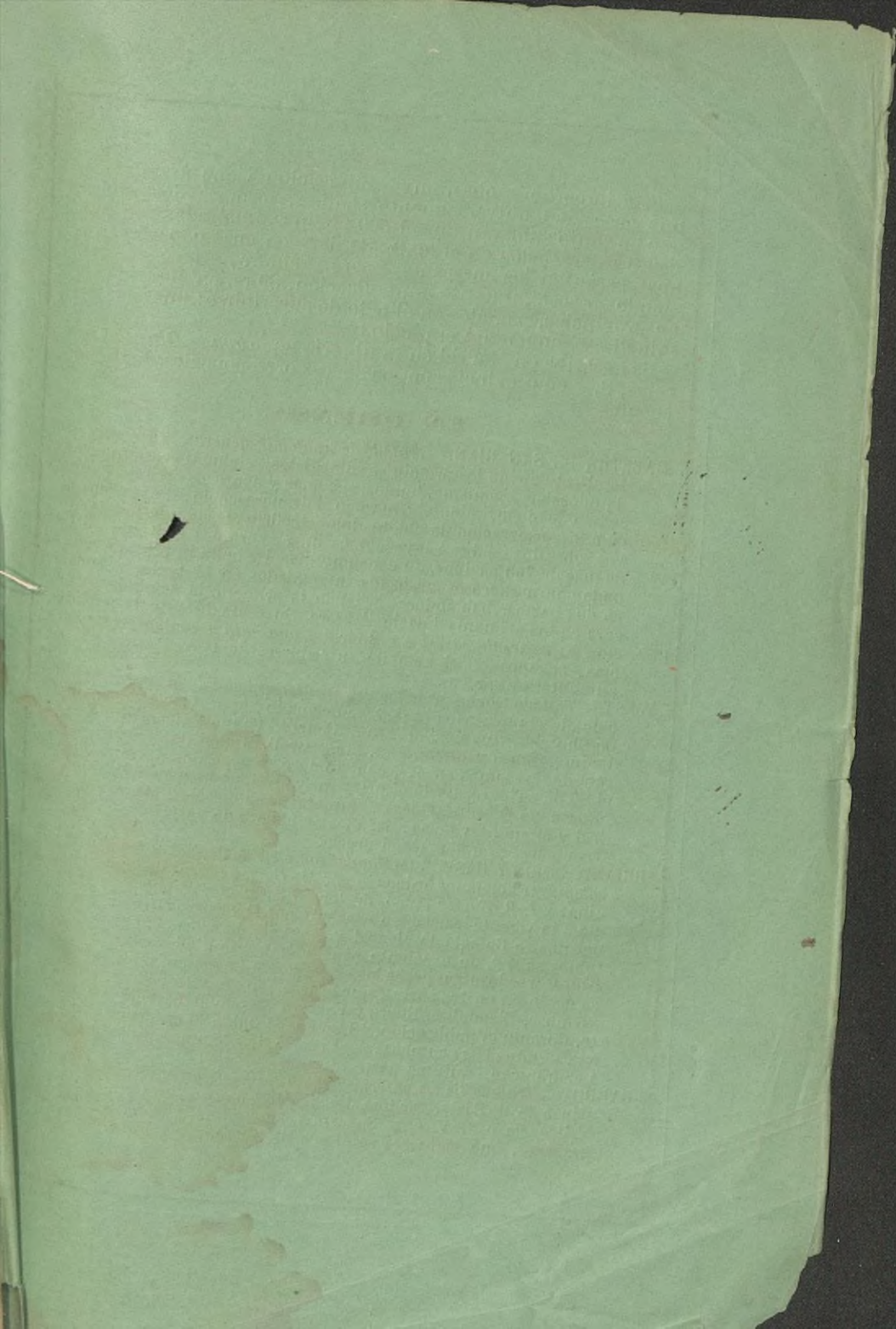
No he adoptado la contemporizacion. Aceptable en los individuos cuya vejiga no es muy sensible y suministra poco moco purulento, no lo es cuando se presentan las condiciones inversas. Nuestro paciente sufría mucho con la frecuente

necesidad de orinar y en el acto mismo de la micción. Su orina contenía gran cantidad de moco-pus. Podría temerse, contemporizando, que se agravasen estos síntomas y se extendiese la flegmasía hácia los riñones. La talla era á mi modo de ver ménos grave, aunque los accesos de fiebre sobrevenidos despues de algun tiempo fuesen una condicion muy desventajosa.

Decidí hacer una nueva tentativa de cateterismo pasados algunos dias, y, en el momento que la uretra dejara penetrar el catéter acanalado de la operacion de la talla, practicaria esta operacion. La tentativa tuvo lugar el 6 de noviembre. Por la mañana no pude introducir una candelilla pequeña; el conducto sangraba todavía y el enfermo tuvo un ligero acceso de fiebre al mediodia. El mismo dia por la tarde pude introducir una candelilla fina y la dejé en la uretra, conforme al procedimiento que ya os he expuesto (véase pág. 173) para el tratamiento de ciertas estrecheces difíciles de franquear. El dia 7 encontré al enfermo completamente remitido del acceso de fiebre. Su pulso tenia 64 pulsaciones, su temperatura axilar era de 36°,8. Habia dormido y se encontraba muy bien. ¿Debia yo esperar que remitiera más completamente, ó bien pasar adelante y ensayar la introduccion del catéter acanalado, que estaba preparada por la estancia, durante unas quince horas, de una candelilla con la que el enfermo habia podido orinar? La cuestion era embarazosa; porque si esperaba, exponia al enfermo á nuevos accesos febriles por los cateterismos exploradores y preparadores, á los que habria necesariamente que recurrir. Si pasaba adelante, exponia al enfermo á nuevo acceso de fiebre más grave que los anteriores, consecutivo á la operacion. Tanto una cosa como otra era desconocida y tomé el partido de ensayar la introduccion del catéter acanalado, y, si pasaba, practicar inmediatamente la talla.

Recordareis que tan luego como se sacó la candelilla, el catéter, cuyo calibre era el de una candelilla del núm. 16, penetró fácilmente. Le fijé é hice trasladar al enfermo al anfiteatro, despues de haber preparado los instrumentos necesarios para la operacion.

Muy
plera



Esta importante obra, cuya publicacion viene á satisfacer una necesidad universalmente sentida, formará dos tomos, que en junto sumarán unas 1.300 páginas, ilustradas con grabados intercalados en el texto. Se dará en cuatro partes, que aparecerán en los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril, siendo su coste, durante la publicacion, 80 rs. en Madrid y 88 en provincias, pagados en el acto de suscribirse: una vez terminada se aumentará el precio.

Se suscribe en Madrid en la librería de *Moya y Plaza*, Carretas, 8, y en provincias en las de los correspondientes de dichos señores.

EN PRENSA.

MAESTRE DE SAN JUAN.—*Tratado de Anatomía general*, que comprende el estudio de los principios inmediatos, elementos anatómicos, líquidos del organismo, tejidos, sistemas y aparatos orgánicos; precedido del conocimiento y manejo del microscopio, de la preparacion y conservacion de objetos micrográficos, accion de los reactivos sobre los tejidos é inyecciones finas. Formará **1.º** tomo en **4.º** de más de 700 páginas, de excelente papel y bella impresion, adornado con numerosos grabados intercalados en el texto, y se dará en dos partes, habiéndose repartido la primera; la segunda aparecerá en los primeros días de Febrero. Su coste durante la publicacion es *cuarenta* reales en Madrid y *cuarenta y cuatro* en provincias, pagados en el acto de suscribirse: una vez terminada se aumentará el precio.

WEST.—*Tratado teórico-práctico de las enfermedades de la mujer*, traducido directamente del inglés y adicionado con presencia de las obras de Churchil, Huguier, d'Aran, Courty, Bennett, Lagneau, Arce y Luque, Alonso y Rubio, etc., etc., por D. Miguel Baldivieso. Constará de dos tomos en **4.º**, con numerosos grabados intercalados en el texto: se ha repartido el primero, y el segundo aparecerá durante el próximo Febrero. Cuesta, durante la publicacion, **54** rs. en Madrid y **60** en provincias, pagados en el acto de suscribirse: una vez terminada se aumentará el precio.

BRIAND, BOUIS Y CASPER.—*Manual completo de Medicina legal y Toxicología*, traducido y ordenado por M. Gomez Pamo, doctor en Medicina, y J. R. Gomez Pamo, doctor en Farmacia; dispuesto con arreglo á la vigente legislacion española por F. Romero Gilsanz, abogado del ilustre Colegio de Madrid y diputado á Cortes. Constará de dos tomos en **4.º**, de excelente papel é impresion, adornados con grabados, tres láminas grabadas en acero y un atlas cromo-litografiado; se darán en cuatro partes, que aparecerán durante los meses de Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero, siendo el coste de cada parte, durante la publicacion, **13** rs. en Madrid y **20** en provincias: una vez terminada se aumentará el precio. Las láminas y el atlas se repartirán con la última parte.

BAUDOT.—*Tratado de las enfermedades de la piel*, ajustado á las doctrinas de M. Bazin, médico del hospital de San Luis; traducido por el licenciado D. Vicente Sagarra y Lascuirain. Un tomo en **4.º** con grabados, que aparecerá en el mes de Enero.