



Ms. 8.830

Ms. 8.830

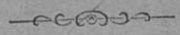






*Vol. 545 4*

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO.



HISTORIAS

DE

CLÍNICA QUIRÚRGICA,

PUBLICADAS POR LOS ALUMNOS INTERNOS,  
BAJO LA DIRECCIÓN

DEL

*Dr. D. Jimoteo Sanchez Freire,*

*Catedrático de la asignatura.*

GURSO DE 1883 Á 1884.



SANTIAGO:

*Establecimiento Tip. de Jesús Lopez Alende,*  
(Torral número 3).

1884.

R. 8830

n. 301592



## Á NUESTRO MAESTRO:

*Símbolo de gratitud y respeto, nimia recompensa á vuestros infatigables desvelos por nuestro aprovechamiento en la difícil ciencia de curar, aceptad este cariñoso recuerdo de vuestros afectísimos discípulos,*

Los alumnos internos.

*Santiago, Enero 15 de 1884.*



---

---

## CLÍNICA QUIRURGICA DE HOMBRES.

---

CASO 1.º

### Fístula Uretro-perineal.

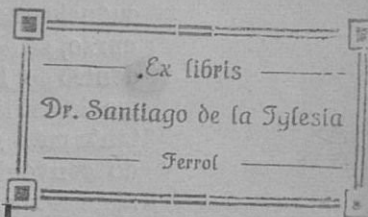
---

CAMA NÚM. 15.. N., de 62 años, casado, labrador, de genio apocado y poco solícito y de escasa inteligencia, es hijo de padres robustos y no ha tenido mas padecimientos que los que son objeto de esta observación.

Dice que en el año de 58 tuvo dos bubones inflamatorios, y, meses después, una blenorragia uretral que se anunció con síntomas flogísticos muy acentuados y duró dos meses, habiéndose empleado en su tratamiento los balsámicos y las inyecciones de sulfato de cobre disuelto en agua.

Al término de cuatro años observó que orinaba con dificultad progresiva, y que á la vez se adelgazaba el chorro de la orina, Se consulta, y á beneficio del cateterismo pudo entónces hacer mas expedita la micción. Cree que tan solo de algunos meses á esta parte ha vuelto á presentarse la misma dificultad, seguida muy pronto de una infartación indolente del periné, coronada de una vesícula, que al romperse dejó abierto un conducto, por donde se escurrian algunas gotas de orina al tiempo de pasar esta por la uretra.

La indolencia y cortedad intelectual del paciente no permi-



ten que se adquirieran otros datos muy importantes del mal y de su tratamiento, com los que se refieren á la incubación marcha y caracteres de la dolencia; á la oportunidad de los medios empleados contra la blenorragia y á su influencia en el curso del padecimiento. Así es, que los datos recogidos son tan sólo puntos de vista para seguir la marcha del mal, teniendo la enseñanza práctica que suplir los enlaces de las etapas morbosas.

Siendo las estrecheces crónicas por causa blenorragica consecueniá más ó menos próxima de una inflamación del mismo curso, se debe suponer que el flujo uretral no pudo extinguirse dentro de los dos meses indicados, sino continuar bajo la forma de estilicidio gonorreico, que el enfermo no advirtió, y con tanta más razón cuanto que es dudoso que este hubiese empleado convenientemente los medios terapéuticos. Tampoco debe ser cierto que una estrechez que le obliga á emplear el cateterismo en el año 62, quedase curada hasta el 83 para reaparecer en este con fenómenos alarmantes hasta el punto de complicarse con fístulas, si una mano inexperta en el manejo de los instrumentos no determinó alguna lesión.

Se practica por primera vez el reconocimiento en el día 4 de Octubre de 83. A uno y otro lado del rafé perineal, en el surco que le separa del escroto, existe la entrada de una fístula que conduce al estrecho bulbomembranoso de la uretra con un recorrido tortuoso de cinco centímetros; por medio de la palpación nótanse engrosamiento y dureza de la mitad interna del trayecto fistuloso, y de la uretra en la extensión de un centímetro por la parte anterior y dos por la parte posterior del punto de empalme; apenas sale alguna gota de pus por uno y otro conducto. Al tiempo de verificarse la micción, la orina gotea por el meato uretral, á la vez que se precipita por la fístula formando un chorro delgado. Una sonda de goma de 5 milímetros de diámetro.—número. 15 de la escala de Charrière.—penetra 9 centímetros en la uretra y se detiene en el punto angosto, que tampoco lo atraviesa la más fina de la escala; pero después de algunos tanteos lentos y suaves, se escigue penetrar en la vejiga con la sonda metálica de 2 2/3—número 7—, cuya operación no siempre se lleva á cabo con igual facilidad. Encuéntrase al tiempo de practicar este cateterismo

una serie de obstáculos, que para vencerlos hay necesidad de variar en cada paso la dirección de la sonda, y obsérvese á la vez esclérosis de los tejidos, y que estos sangran con facilidad en las extremidades de la estrechez y acusan hiperestesia. El enfermo expelle á cada momento pequeñas cantidades de orina, que contiene algún moco y celulas epiteliales de la vejiga, que corresponden á un catarro poco intenso de este órgano, el cual, como también la próstata, no presenta caracteres de alguna otra alteración.

Es claro, pues, que se trata de una fístula perineo-uretral, sinuosa é indurada, dependiente de una estrechez capilar bulbo-membranosa y complicada por esclerosis y anfractuosidad.

No cabe duda en que la inflamación crónica, que tuvo origen en la blenorragia, ha constituido la atresia uretral, así como ésta es la causa de la fístula, y en que el proceso patogénico de uno y otro caso se vacía en el mismo molde. Cuando tal inflamación se domicilia en un conducto natural, allí acumula sus productos, y estos infiltran, deforman y consumen los tejidos, y obstruyen y ciegan las cavidades preexistentes, dejando tan solo la caricatura de los órganos. Ala vez que esto pasa, los líquidos retenidos y la fuerza desorrollada para expelerlos dilatan é inflaman los tejidos proximos á la alteración anterior, los cuales se ulceran y forman trayectos fistulosos que encauzan los líquidos desviados de su curso normal y los conducen al exterior. Para restituir los órganos á su primitivo estado ha de adoptarse en la terapéutica el órden seguido por el proceso patológico en su obra de destrucción: extinguir la inflamación, deshacer los obstáculos que se opongan al libre curso de los líquidos excretados y cerrar los conductos por donde estos se desvian. Frecuentemente basta cumplir la segunda indicación para satisfacer las dos restantes, esto es: el tratamiento de la estrechez. Propónense para esto varios procedimientos, como son: la dilatación progresiva temporal ó permanente, la uretrotomia interna ó externa, la cauterización, la electrolisis, la divulsión y la autoplastia, de los cuales tan solo entre los dos primeros se reparte el mayor número de casos, cuya pertenencia señalan las condiciones que los caracterizan. En el presente caso, la recidiva, extensión, esclerosis y sinuosidad de la atresia, y más especialmente la

complicación fistulosa, hacen que se prefiera la uretrotomía interna, tanto más, cuanto que el cateterismo provoca fuertes dolores. Para esto habrá que ensanchar la porción estrechada de la uretra por medio de la dilatación progresiva temporal hasta el punto que permita la introducción del uretrotomo, y hasta que pase la sonda de 4 milímetros para emplear el instrumento de Civiale modificado por Thompson. Introdúcese este y se incide la uretra á lo largo de la pared inferior en toda la extensión de la estrechez cuidando de que el corte alcance el límite periférico de la induración, é inmediatamente se coloca una sonda de 8 milímetros, que permanecerá aplicada durante dos dias, terminados los cuales, se empleará tan sólo para practicar la extracción de la orina. Nos prometemos que sea suficiente este tratamiento para conseguir la curación; más si la fístula se sostuviese por más de dos meses sin tendencia á la curación progresiva, se la dilatará hasta la uretra con el bisturí, y se procurará la cicatrización desde el fondo de la herida. Es indispensable instruir al enfermo en el manejo de la sonda, porque durante largo tiempo tendrá que emplearla para la evacuación de la vegiga.

Poco tiempo después de principiar el tratamiento, tuvo el enfermo que regresar á su casa por carecer de recursos para pagar sus estancias en el Hospital.

---

## CASO 2.º

### Querato-conjuntivitis crónica.

---

Cama, NÚM. 17. N. N., de 45 años, de robusta constitución, albañil, padecía desde el año de 82 una conjuntivitis del lado izquierdo, que no le molestaba mucho.

En Junio de 83 le saltó á los ojos una lechada de cal, é inme-

diatamente se le presentaron acerbos dolores, seguidos muy pronto de una inflamación violenta. Hechos de explicación fácil, teniendo presente que algunas partículas de cal se combinan con las sales de las lágrimas y forman sustancias irritantes, mientras que otras se incrustan en la mucosa conjuntival y en la capa epitelica de la córnea.

En el día 14 de Setiembre hicimos por vez primera el reconocimiento del enfermo. Presentaba: entreabiertos y algo tumefactos los párpados; aglutinadas las pestañas; engrosada y rojiza la mucosa en la región tarsiana, hasta el punto de ocultar el color propio de las glándulas de Meibomio, la cual tornábase amarillenta, tomentosa y sembrada de cuerpos esferoides semitransparentes en el fornix; ligera inyección conjuntival y episclerótica; infiltración y exulceración diseminadas de las córneas, y una profunda úlcera grisácea y puntiforme en el centro de la córnea del ojo derecho; miosis é hiperemia del iris; aumento de la consistencia y sensibilidad del globo ocular, apreciables por medio de la palpación; y, finalmente, fotofóbia moderada, más fuerte en el lado derecho.

Tal síndrome prueba la cronicidad del mal, sostenida por la incuria del enfermo, su costumbre de exordiar con bebidas alcohólicas las comidas de cada día, y por su hábito de fumador de primera fuerza.

Dos circunstancias especiales concurren en este caso: consiste la primera en la forma flictenular que la oftalmía reviste en el fondo interior del saco conjuntival, que se podría tomarla por granulosa en un exámen superficial, aún cuando sus caracteres y su falta de existencia en los bordes inferiores de los tarsos superiores bastan para conocer su naturaleza; la segunda refiérese al mayor grado de tensión del globo ocular, á la hiperemia del iris, á la miosis y á la fotofóbia, pues algunos de estos síntomas harían que se temiese una complicación glaucomatosa, si no tuviesen fácil explicación en el estado erético que determinan las queratítis superficiales, por cuanto interesan la región nerviosa de la córnea, que asienta entre la capa del epithelium superficial y la cemental externa de Bowman.

El abandono de estas oftalmías, particularmente en los individuos que reúnen las condiciones de este enfermo, ocasionan funestas consecuencias, porque á la larga se deforman, y aún llegan á destruirse los órganos lesionados, cuya reintegración

no siempre se consigue, por bueno que sea el tratamiento.

Urge, pues, en primer término, calmar el eretismo que amenaza á los órganos interiores del ojo. A este fin, se pondrá en práctica una higiene adecuada consistente en la limpieza, en la suficiente alimentación, pero nada excesiva, la privación del tabaco y de las bebidas alcohólicas y fermentadas, y en la iluminación tolerable. Se aplicarán, además, compresas de hila inglesa mojadas en cocimiento de belladona á 36°, cuidando de renovarlas con la frecuencia necesaria y de cubrirlas con papel de gutapercha con el fin de sostener la humedad y el mismo grado de temperatura. Tan pronto se consiga dominar la hiperestesia, serán substituidas las aplicaciones del cocimiento por la vaselina y el sulfo de eserina, en la proporción de 30 gramos de aquella y 5 centigramos de esta. La vaselina no molesta con su contacto, facilita los movimientos de los órganos, los priva de la acción del aire, y no se mezcla con el moco ni se descompone por las lágrimas. La eserina, á su vez, corrige la estancación de los líquidos vasculares y estimula los tejidos; sin embargo, conviene vigilar su acción, porque despues de largo tiempo puede producir la conjuntivitis flictenular.

Finalmente, las aplicaciones de sustancias que tengan virtud caterética leve ó astringente podrán ultimar el tratamiento.

El enfermo pidió el alta despues de emplear la belladona y la eserina en las formas indicadas, y de haber obtenido una mejoría notable.

### CASO 3.º

## Lipoma del cuello.

CAMA, NÚM. 13. N., de 52 años, casado, tejedor, de constitución débil y enfermizo.

Hace 12 años que observó en la parte lateral izquierda del cuello un tumorcito, que no le causaba molestia alguna, mas durante los tres últimos años crece con bastante rapidez para

deformar el cuello é impedirle el uso cómodo del vestido, y por estas razones ingresa en el Hospital.

El exámen clínico verificase en el dia 20 de Noviembre de 83. El tumor se extiende desde la línea curva semi-circular superior del occipital hasta el borde inferior de la clavícula, y desde el borde anterior del músculo externo-cleido-mastoideo hasta dos centímetros más atrás del mismo borde del trapecio. La piel que lo cubre no ha perdido ninguno de sus caracteres normales, está floja sobre los dos tercios inferiores del tumor, y se le adhiere fuertemente en el resto. Es movable sobre los órganos subcutáneos, tiene la forma ovoidea aplanada y la consistencia de un coginete de pelote en la extension de los dos tercios referidos; pero la parte superior es dura, está fija y se difunde por el tejido conjuntivo denso de la región, envolviendo la extremidad superior del externo-cleido y la supero-externa del trapecio. Las manifestaciones no causan dolor, ni lo hay espontáneo.

Trátase, pues, de un *pseudo plasma* ó *neoplasma*, esto es, de una producción accidental de un tejido que crece con independencia de las alternativas de la nutrición general, y que se perpetúa, el cual, por no representar la constitución de órgano alguno determinado, ni encerrar organizaciones teratológicas, pertenece á la clase de los humores histioides ó histiomorfos. Los caracteres expuestos y su asiento en el tejido conjuntivo subcutáneo son datos seguros de que existe un *lipoma*, por más que este pueda desarrollarse en cualquiera región del organismo, donde quepa la posibilidad de que se forme tejido adiposo. No es una misma la forma que esta neoplasia presenta en toda su extensión, pues mientras que en la parte inferior es *simple*, en la superior es *difusa* y *fibro-lipomatosa* aún cuando la mayor cantidad del tejido fibroso pertenece á la forma densa que el conjuntivo tiene en esta región y no es producto neoplástico.

La constitución histológica de los lipomas tiene su tipo en la del tejido que les dá nombre pero difiere de este en cuanto se acumula dentro de ciertos límites, y los elementos anatómicos figurados se ahitan de una sustancia grasa, que ahoga el protoplasma y el núcleo, y que no participa de las oscilaciones nutritivas del tejido adiposo normal.

Las más de las veces la obesidad es efecto de hipopepsia ó digestión incompleta, puesto que las grasas son productos de organización inferior, y por esta razón se consumen en primer término durante los estados febriles y en la abstinencia de los alimentos, motivo suficiente para que merezcan el nombre de sustancias de repuesto. También es sabido que la nutrición general tiene tal solidaridad, que se verifica á la vez en todas y cada una de las partes del organismo, y si en los tumores se infringe esta ley, parece lógico de lucir que estos dependen de perturbaciones locales, al ménos por lo que hace á los lipomas, podría admitirse una dispepsia local. Ciertamente que la forma tumoral es á veces manifestación de algunos padecimientos de todo el organismo, mas, si se repara en los términos con que se define el verdadero tumor, hay que eliminar de la oncología tales manifestaciones, porque son consecuencia de la alteración general, cuyas vicisitudes siguen, no tienen crecimiento flimitado, ni se perpetúan.

Estudiada hasta cierto punto la patogenia del lipoma, veáse el lugar que le corresponde en las clasificaciones. A partir de Müller, la mayor parte de los tratadistas, tomando de la histología normal el fundamento, han establecido la clasificación anatómica, que sin duda alguna es la más científica. mas, los clínicos observando que esta no satisface las exigencias de la práctica, han preferido hacer agrupaciones basadas en los grados de malignidad. Es preciso confesar que una y otra tienen sus insuficiencias, pero tambien es cierto que lejos de ser opuestas, se corroboran y completan mutuamente. Clara prueba de este aserto es el caso en cuestión. Este en la clasificación histológica pertenece á los conjuntivomas hómoeomorfos, y en la clínica á los tumores que encierran el grado menor de malignidad; hómoeomorfía y carencia de malignidad son ordinariamente términos correlativos.

Debe entenderse, sin embargo, que la maleficencia de un tumor no puede determinarse en absoluto, porque el más benigno y hómoeoplástico está expuesto á metamorfosis que cambien estas condiciones en otras peores, particularmente cuando son asiento de estímulos constantes y residen en organismos indecensos. Y como quiera que estas circunstancias existen en el lipoma que estudiamos, tan solo se puede afirmar que por hoy es perfectamente curable.

El tratamiento de los tumores consiste en la erradicación completa de toda la masa morbosa, siempre que el organismo ofrezca bastante resistencia y condiciones de reorganización; mas si el neoplasma rebasa el ámbito quirúrgico, se esparce por los órganos, indicando su difusión, é intoxica todo el organismo, la operación será la brecha abierta en el edificio próximo á derrumbarse. Hay varios procedimientos, y para cada uno su oportunidad; en cuanto á este caso procede extirpar con el bisturí. Para esto, se incindirán en línea vertical la piel y el músculo cutáneo en la dirección del eje del tumor, tan extensamente como se necesita para alcanzar holgadamente el perímetro del lipoma se disecan sobre este los dos colgajos laterales, y se continúa la disección por la cara profunda desde la parte inferior á la superior, cuidando en esta de proceder con tino á fin de respetar las relaciones musculares, la rama posterior del 2.º nervio cervical, quizás el complejo mayor, y, aún, ramas terminales de la arteria mastoidea. Como el tejido conjuntivo que rodea el tumor está distendido, contiene pocos vasos, y se retrae mucho al tiempo de seccionarlo, suele modificarse, y ser la causa de accidentes de la herida.— Por estas razones se le bañará con una esponja mojada en una disolución fuerte de ácido fénico, y se dejará un tubo de desagüe debajo de la piel suturada, empleando, además, en todos sus detalles la cura listeriana.

Practicase la operación de la manera que se explica, teniendo que ser muy minuciosa en la parte superior del tumor, donde este se reducía á lobulaciones encerradas en tejido fibroso muy resistente. En el día siguiente se elevó la temperatura á 38º; en el tercero, descendió al nivel normal; en el quinto, se levanta el apósito y aparece la herida exterior cicatrizada por primera intención, en el octavo, se retira el tubo, y algunos después regresa á su casa el operado.

---

CASO 4.º

## Estrechez del ano.

---

CAMA, NÚM. 18. N., de 50 años, casado, carpintero y de constitución floja.

Padeció dos bubones y una blenorragia uretral en el año de 55, intermitentes y aftas después, y desde el año de 68 al 82 las molestias de un flujo y de congestiones hemorroidales. En este último observó dificultad en la defecación y un dolor que desde la margen izquierda del ano se irradiaba hacia los vacíos; muy pronto este se hizo lancinante y un flujo fétido bañaba los contornos del ano. Al principio del año de 83 entró en el Hospital y de los datos recogidos resulta el diagnóstico de un carcinoma, que había interesado el ano con su esfínter, elevándose en el recto hasta 5 centímetros, que operó el catedrático encargado de la Clínica. Obtenida la cicatrización, regresó á su casa. A mediados de Octubre del mismo año vuelve al Hospital para librarse de la imposibilidad de exonerar el recto, cansado de emplear inutilmente una multitud de enemas y purgantes.

Practicado el reconocimiento en el día 14 de Octubre, se observa que los tejidos del ano están sustituidos por un anillo de tejido cicatricial, que difícilmente y causando dolor le atraviesa una sonda de 8 milímetros de diámetro, con un catéter curvo se nota que este anillo tiene 3 centímetros de profundidad y gran amplitud la cavidad del recto, el cual está repleto de materias fecales endurecidas; no se advierte ningún síntoma de reproducción del padecimiento tumoral.

No nos incumbe penetrar en las teorías de la patogenia de un mal, cuyo estigma tan solo nos importa; pero, de paso á nuestro objeto, consignemos que la instalación del neoplasma en tejidos derivados de la hoja externa del blastodermo y en un punto de

transición epitelica, como igualmente la preexistente inflamación hemorroidal durante el período del decremento orgánico, son causas abonadas de su naturaleza epitelica, é indican que el tiempo hasta hoy trascurrido no es todavía garantía segura de la curación

Urge restablecer el curso normal de las materias estercoráceas, porque su estancamiento, al par que produce la paresia del recto y la atrofia de su túnica muscular, se convierte en causa de la recidiva neoplásica, y, además, origina una dispepsia que trastorna todo el organismo. Sencillo es el remedio, así fuese duradera la curación. Consiste esta en dilatar la luz del anillo, y nó por cierto empleando bujías cada vez mas gruesas, porque antes de llegar al término deseado, el enfermo hubiera reanunciado á este procedimiento perdurable y doloroso, sino por el método de Boyer. Para esto, se practican incisiones que dividan el tejido cicatricial en todo su espesor, se limpia perfectamente el recto, y se pone un cuerpo que sostenga la dilatación, y que permita fácil salida á los gases. Cuando las incisiones no interesan todo el tejido inextensible, no es posible ensanchar la cavidad. la cicatrización se hace con excesiva rapidez y resulta mayor atresia; es este principio de cirugía aplicable á todos los conductos en que se presenten tales lesiones. Las incisiones tendrán lugar donde prometan mas beneficios, y no puedan comprometer órganos de primera importancia; en este caso se respetará la parte anterior, porque en ella asienta la porcion membranosa de la uretra.—Apesar de que el método expuesto es el más seguro, es de temer la recidiva de la estrechez, dada la imposibilidad de restituir á la parte sus tejidos normales, lo que también ocasiona la insuficiencia del ano y expone á la prociencia del recto, pues ya no existen músculos que puedan suplir los destruidos.

Hízose la dilatación con el litotomo simple; y, después de librar el recto de una acumulación extraordinaria de materias fecales, se dejó puesto un tubo de goma de 3 centímetros de diámetro. Las curas ulteriores consistieron únicamente en la limpieza y en la aplicación del tubo hasta la completa cicatrización. La mucosa rectal se ha procienciado sin herniarse, y para evitar esto, se aconsejó al operado el uso de un contentivo de goma.

CASO 5.º

## Hidrocele vaginal reproducido

---

CAMA, NÚM. 22. N., de 69 años, casado, agrimensor, de buena constitución y limpio de antecedentes morbosos extraños al padecimiento actual.

Hace 12 años observó que se le abultaba el testículo del lado derecho, cuyo crecimiento lento y progresivo no le causaba molestia alguna, prescindiendo el estorbo dependiente del volumen. Tan sólo por esta razón resolvióse, 7 años después, á poner término á su dolencia. A este efecto, un cirujano extrajo del tumor un líquido parecido á la orina, é inyectó otro, cuya composición desconoce el paciente: era un hidrocele. La curación parecía firme durante los 2 años siguientes, mas al término de estos se reproduce el mal con idénticos caracteres, y, pasados 3 más, ingresa en nuestra clínica.

Un leve eritema cubre la superficie externa del escroto. El tumor tiene el tamaño y forma de un pequeño huevo de avestruz; es indolente, flácido, irreducible y de superficie uniforme: muévase en su interior un líquido, que reunido por la compresión en un punto del tumor, este se pone tenso, renitente y traslúcido; no se nota alteración en las tunicas comunes y propias de las bolsas, ni en el testículo y el epidídimo, ni en los elementos del cordón espermático.

Tales caracteres dan la seguridad de un *hidrocele vaginal simple*.

La reaparición del mal y la flacidez del tumor constituyen dos hechos clínicos en que hemos de fijar por un momento nuestra atención.

Nada se puede conjeturar acerca del primero pués igno-

ramos cual fuese el líquido inyectado de la primera operación, y no existe, por otra parte, lesión de los órganos genitales externos que pudiera motivar la recidiva. Esta preséntase, no obstante, alguna que otra vez, cuando el tratamiento no alcanza á dominar la lesión. Pertenece la túnica vaginal al grupo orgánico de las serosas y con ellas forma causa común en sus padecimientos, así es que el hidrocele es claro indicio de la inflamación, y seguirá la forma que esta tome. Cierto, que cuando se entorpece la circulación sanguínea, se hidratan las serosas y en sus cavidades se acopia serosidad; más en estos casos no deja tampoco de tomar parte el proceso flogístico. La eficacia del tratamiento del hidrocele crónico consiste en graduar la agudeza que debe sustituirle, cuya relación depende de la acción común del medicamento y de la receptividad de la parte enferma, problema que, si bien en este caso se dá resuelto *á priori*, no deja de suministrar algunas deficiencias.

El segundo hecho, referente á la flacidez del tumor, prueba que las membranas que envuelven al testículo perdieron su energía durante el primer período del mal, á lo cual le predispone la edad, y que el segundo tambien se desarrolla con lentitud.

Varios son los medios de que dispone el cirujano para el tratamiento del hidrocele simple. Cuando tan solo se propone paliar, bástale la evacuación del líquido, y para esto la punción con el trócar, ó bien, dos ó tres sesiones de corrientes eléctricas, clavando al efecto dos agujas metálicas hasta que penetren en el líquido.

Para obtener la curación radical, es indispensable producir la flogosis de la serosa en grado tal, que ni por ténue deje de ser eficaz, ni por intensa, llegue á terminar por la supuración. Ante todo se eligirá el líquido que haya de inyectarse, que en este caso preferimos el alcohol de 90.º Cuando el hidrocele es pequeño, basta inyectar por medio de la jeringa de Pravaz 4 ó 6 gramos de alcohol, sin la extracción previa de la serosidad; si tuviese mediano volúmen, podría sustituirse una parte de esta por igual cantidad de aquel, empleando la misma jeringuita; pero en los hidroceles voluminosos es más segura la curación, siempre que se evacue todo el contenido

y se lave perfectamente la cavidad vaginal con el líquido medicamentoso. Hé aquí la manera de practicar la operación. Con la mano izquierda se comprime la parte superior del tumor, á la vez que se le sostiene y sujeta sobre su palma, y en la derecha se coge el trócar, apoyando el mango sobre la palma, mientras que el índice marca la parte que ha de penetrar en el tumor y le sirve de tope, la cual será introducida con firmeza en la parte inferior, cuidando de respetar los vasos, hasta que venza la resistencia que oponen las membranas. Al llegar á este punto, retrase el punzón hasta que su prisma se oculte en la cánula, se dirige está á la parte profunda y anterior del tumor, se desenvaina aquel y se dá salida al líquido. Evacuado este, se inyectará el alcohol, se cierra la cánula con la yema de un dedo, á fin de retenerlo durante algunos minutos, se lo deja salir, y se retira la cánula, dejando dentro una pequeña cantidad del alcohol. Por último, cubrese la herida con un trozo de esparadrapo para evitar el contacto del aire, se coloca un suspensorio y se aconseja al enfermo que permanezca en cama durante los dias en que la inflamación es más alta, que suelen no pasar de 4 á 5. Solamente en casos excepcionales, podría convenir el aspirador de doble corriente de Dieulefoy. Alguna vez presenta gran resistencia la túnica vaginal, que marcha delante del trócar, y si no se tiene conocimiento del hecho, podrá derramarse entre las túnicas el líquido inyectado, cuyos efectos son de fácil alcance. También se lastimaría el testículo, si se dirigiese el trócar á la parte alta y posterior del hidrocele, donde tiene de ordinario su asiento. La herida de las venas alguna vez ha sido causa de inflamaciones difusas de muy mal carácter.

Operóse el enfermo el dia 11 de Noviembre, y pidió el alta el 18 siguiente.

## CASO 6.º

# Piotórax traumático.

---

CAMA, NÚM. 14. N., de 40 años, labrador, casado, de constitución delicada, refiere que tuvo cuatro hijos que fallecieron de consunción antes de cumplir dos años de edad.

Hace dos años recibió un golpe sobre la parte izquierda y anterior del tórax, y subsiguiente á éste, notó muy pronto en la parte contusa un tumor del volúmen de media naranja, blando en el centro y más consistente en la periferia, el cual, creciendo con lentitud, se ulceró al término de un año, derramando en el momento mucho pus, que luego fué minorándose, y cicatrizó á los dos meses. Pocos días después, otra úlcera se formó por abajo de la cicatriz, que ha quedado convertida en una fistula, por donde salía pus fétido, en particular con los esfuerzos de tos. Con anterioridad al golpe padecía un catarro pulmonar, que se le hizo muy molesto desde esta lesión.

El enfermo está demacrado, pajizo y sin apetito, tiene el pulso débil y frecuente, y recargos vespertinos de uno á dos grados. Á la distancia de 8 centímetros del borde izquierdo del esternón se halla la úlcera anteriormente dicha, y en su fondo el trayecto fistuloso, el cual se dirige afuera y atrás, del 6.º al 7.º espacio intercostal, por la parte posterior de la 7.ª costilla, lesionada de caries en toda la extensión del mismo, y termina en la cavidad pleurítica, de la que sale de continuo algún pus fétido y suelto, y más al mismo tiempo de practicar el reconocimiento y con los esfuerzos de la tos. La mitad del tórax correspondiente al lado enfermo está reducida, y estrechados los espacios intercostales de la base. Á una tos pertinaz y fuerte sigue la expulsión de abundantes es-

putos viscosos, de color parduzco y constituidos de moco; le molesta cierto grado de dispnea. Hay sonido macizo desde la parte inferior del tórax hasta la 3.<sup>a</sup> costilla, y sordo desde ésta, no variando estos límites con los cambios de posición; toda la pared ofrece una resistencia anormal, inmovilidad respiratoria y suprimido el estremecimiento pectoral. El ruido respiratorio es vago en toda la extensión del lado enfermo, bronquial al nivel de los cartílagos costales 2.<sup>o</sup> y 3.<sup>o</sup> y broncofónico entre los ángulos inferiores de las escápulas, observándose á la vez en estos puntos estertores vibrantes y graves ó de gruesas burbujas, y prolongada la expiración. En el lado derecho está exagerado el ruido respiratorio, que se verifica por sacudidas, y existen varios estertores húmedos. No se ha dislocado el corazón.

Hay, pues, un piotórax extenso en la base de la cavidad pleurítica del lado izquierdo, que comunica con el exterior por medio de un trayecto fistuloso, que sigue la dirección de una parte curvada de la 7.<sup>a</sup> costilla. En su consecuencia, el pulmón del mismo lado se ha reducido sobre su raíz, obligado por la compresión y el proceso flogístico, cuyos exudados han cegado las vexículas y los bronquios delgados, del mismo modo que, juntamente con la falta de ejercicio y de la presión pulmonar, engruesan la pleura y producen la atrofia de los musculos intercostales, ocasionando así el aumento en la resistencia y la retracción de las paredes torácicas.

Es ley constante de los órganos pares y homónimos el sustituirse en el desempeño de sus funciones, y que, en cambio, se comuniquen sus padecimientos, lo cual explica la respiración supletoria y el catarro del lado derecho, si bien existía la tendencia catarral con anterioridad al padecimiento actual.

¿El piotórax es efecto del traumatismo de las paredes, de la contusión pulmonar ó de las dos cosas á la vez? Se carece de los datos anamnésticos suficientes para resolver este problema; mas cualquiera de ellas puede ser su causa, y recordando la primera forma exterior de la lesión y la caries consecutiva, bien puede atribuirse á ésta, y con tanto más motivo, cuanto que no se sabe si hubo lesión pulmonar primitiva.

Así el estado general como el local del enfermo exigen que el tratamiento sea pronto y enérgico, pues aquel está revelando una discrasia, que luego puede tomar una de las formas graves que dependen de la absorción de los productos del pus descompuesto, y éste, lejos de mejorar, progresa y aniquila el órgano respiratorio.

En primer término urge dar salida al pus por medio de una abertura que permita practicar fácilmente los lavatorios de la cavidad dónde se aloja, que habrán de ser de sustancias antisépticas y estimulantes. Ni la toracentesis ó punción, ni el aparato de Potain son aplicables á este caso, puesto que no permiten agotar el manantial del pus, y, por otra parte, no hay que temer las consecuencias de la entrada del aire en la cavidad pleurítica en el momento de operar, una vez que el pulmón está indurado y retraído, y que las paredes del foco tienen sin duda suficiente grosor y resistencia para no dejarse deprimir. El asiento y la dirección de la fístula permiten, y aun facilitan, el aislamiento de la parte dañada de la costilla, que habrá de hacerse en la misma sesión. Llévose á cabo la operación de la manera propuesta, saliendo una cantidad extraordinaria de pus suelto y sumamente fétido, y se dejó en la abertura un tubo de goma, por donde salía el pus y se hacían lavatorios con agua fenicada al 2 por 100; solamente un pequeño accidente tuvo lugar, que consistió en la entrada brusca de una cantidad grande de aire en la cavidad pleurítica, que perturbó por un instante los movimientos cardíacos.

Desde el mismo día de la operación, que no produjo reacción alguna febril, el enfermo empezó á mejorarse notablemente, pues el apetito reaparecía, apenas tenía tos, desaparecían la dispnea y el pervigilio, y la nutrición general era visible; más, pasados 20 días, antojósele que le retirasen el tubo por no regresar con él á su casa, y á partir de este hecho, todo empezaba á retroceder, por cuyo motivo hubo que reponérselo é instruirle en la manera de practicarse las curas.

## CASOS 7.º 8.º 9.º y 10.

### Linfosarcoma.

CAMAS, núms. 10-17-19 y 20. Ocupan correlativamente estas camas los tres enfermos siguientes.

*Número 10.* N., de 51 años, casado, sirviente y de robusta constitución, ántes de presentársele el actual padecimiento tuvo en varias ocasiones molestias periarticulares, de que padecieron sus padres, las cuales desaparecieron sin dejar vestigios, ni presentaron jamás forma alguna febril; á la edad de 15 años adquirió una enfermedad venérea ó sifilítica, que debió ser de aquella naturaleza, puesto que no han existido fenómenos ulteriores de la de esta. Hace ahora 11 meses que se le apareció en la parte media y lateral izquierda del cuello un tumorcito esférico y movedido por debajo de la piel, el que no ha dejado de crecer hasta que entra en el Hospital; mas no tanto el dolor de raros pinchazos, como el crecimiento del tumor es la causa de la intranquilidad del paciente. En efecto, extiéndose desde el ángulo de la mandíbula hasta la clavícula, y del borde anterior del músculo externo-cleido-mastoideo al mismo del trapecio, englobando á aquel, con el cual se mueve, y adhiriéndose á este, como también á la piel, que conserva su color normal. Tiene la consistencia del cartílago, está abollado y compuesto de lobulaciones aglomeradas en una sola masa, que toma la forma de una pequeña mama, una de las cuales, ya reblandecida, se parece al pezón, y, finalmente, es indoloro. El estado general es excelente.

El *número 17* corresponde á un labrador, soltero, de 33 años y de regular constitución, que, pasa de un año, también observó en la parte inferior de la región parotidea un tumorcito del tamaño de una almendra, que le molestaba con dolor

continuo y algunas veces lancinante, y le fué operado en el mes de Julio siguiente, cuando tenía el volumen de un huevo pequeño de gallina. Pasados dos meses, se le reprodujo con más intensos dolores, y actualmente —Febrero— invade toda la glándula parótida y, rebasando de la aponeurosis, se adhiere con fuerza á la piel y al esqueleto de esta excavación, aprisiona al músculo terigoideo interno y la extremidad superior del esterno-cleido, é inmoviliza el maxilar inferior. No se puede apreciar qué relaciones tenga con la carótida y la yugular internas, y con los cuatro últimos nervios craneales y el gran simpático, pero hay vehementes sospechas de que las haya íntimas con la mayor parte de estos órganos.

Ocupa el número 19 un individuo de 20 años y de regular constitución, que tuvo hace diez años un fuerte catarro pulmonar con hemoptisis, que le duró 4 meses, y, dos años después, una violenta inflamación del istmo de las fauces, que pronto desapareció, dejando en pos de sí la destrucción de la úvula. A últimos de 82 descubrió en la parte media de la región parótidea izquierda un pequeño tumor esférico subcutáneo y movable, que crecía sin cesar, y que seguía á este el desarrollo de otros, á la vez que todos ellos iban enlazándose por medio de cordones resistentes y duros, causándole gran estorbo y dolores lancinantes. Esta neoplasia ha descendido á toda la mitad correspondiente del cuello, del que no se determina órgano alguno, pues que los envuelve y confunde en un tejido uniformemente duro y abollado. Resulta de aquí una posición fija é invariable de la cabeza, y como quiera que la alteración ha invadido la parte limítrofe de los órganos de la respiración y de la deglución, causa disfagia y ronquera. Además de los dolores lancinantes, cada vez más frecuentes, los hay continuos que siguen las líneas de los nervios interesados, y otros que son dependientes de la compresión y del agarrotamiento de los tejidos. El rápido desarrollo del proceso lesional es causa de una subinflamación que cunde á toda la masa morbosa y á los tejidos vecinos. El estado local, la disforia consiguiente y la disemia son causa de que el enfermo tenga anorexia, sed, pervigilio y fiebre, cuya temperatura oscila de la mañana á la tarde entre 38 y 39.º

Por último, en *el número 20* hubo otro enfermo de 50 años, casado, cantero, pelirrubio y de buena constitución, que antes de ahora padeció tan sólo algunos catarros bronquiales. Hace próximamente un año que, por acaso, encontró en la región axilar izquierda un tumor esférico y movedizo, en derredor del cual se han formado otros iguales, que se le unían, de manera que han llegado pronto á constituir uno que tenía el volúmen y forma de un huevo de ganso. Asienta sobre la pared interna, no tiene síntoma alguna flogístico, es indolente, no causa más molestias que las mecánicas, solamente se adhiere á la hoja aponeurótica profunda por su parte superior, y no se aprecia ninguna alteración próxima ni lejana.

Si á estos casos se agregara el undécimo de la sala de mujeres, que no hemos de estudiar aquí, tendríamos los más convenientes para poner á la vista la mayor parte de las alteraciones tumorales idiopáticas de los ganglios linfáticos, acerca de las cuales tanto la histología como la clínica están muy poco claras.

Entre la hipertrofia pura de estos órganos y las lesiones de los tejidos adenoideos, que son como el sedimento de la saturación morbosa del organismo, es posible colocar muy numerosa variedad que difícilmente se ciñe á una clasificación metódica, que así pueda satisfacer en histología como en la práctica profesional ¿En qué difieren los *sarcomas globo-celulares linfadenoides* de Rindfleisch, los *linfadenomas* de Cornil y Ranvier, los *linfosarcomas* de Virchow y los *adenosarcomas ganglionares* de Billroth? ¿Son denominaciones sinónimas? No lo parecen, por mas que sus descripciones contengan mucho de común; es que por el exámen anatómico se descubre una multitud de diferencias. Tampoco existen datos seguros por los que sea dado prejuzgar cuál haya de ser el carácter ó naturaleza clínica de estas neoplasias, pues desde el momento en que se presentan en un solo ganglio, bien pueden generalizarse recorriendo varios de la misma serie. Para explicar esta *difusión linfosarcomatosa*, supone Ranvier una *diátesis*, á que llama *linfadenoidea*, que las mas veces no debe ser otra cosa que la *adenia* de Trousseau, ó

ó de *pseudoleucemia* de Wunderlich, y quizá en algunas el *sarcoma escrofuloso* de Langenbeck; mientras que Demenge cree que todo neoplasma de los ganglios linfáticos es manifestación de una *diàtesis linfática*, fundándose en que tiene carácter reproductible.

Lo cierto es que en estos cuatro enfermos el linfosarcoma se ha contenido dentro de las regiones en que se situó desde el principio, y que, por ahora, limita su acción maléfica á los órganos inmediatos, no obstante el grado que su desarrollo alcanza en los enfermos de los números 17 y 19. Esto nos autoriza para creer que siquiera hay casos de influencia regional, y que, á la manera de multitud de tumores malignos, llegan á generalizarse tan sólo cuando lo permiten las metamorfosis y alteraciones de los elementos que los constituyen.

No deja de llamar la atención la variedad de caracteres de estos casos clínicos, pues parece que cada uno pudiera muy bien figurar en distinta clasificación. En efecto, él del número 10 es duro como el cartílago, indolente, sin fenómeno alguno inflamatorio y ofrece un punto superficial reblandecido; mientras que los correspondientes á los números 17 y 19, teniendo la consistencia del útero, están revestidos de un proceso inflamatorio y ocasionan dolores muy molestos. Como opuesto á los precedentes, se presenta el del 20 con una consistencia parecida á la del testículo, indoloro y sin parte alguna reblandecida ni inflamada. La razón de todos estos fenómenos hállase, sin duda, en su composición histológica, en las condiciones anatómicas de los tejidos lesionados, en la forma evolutiva del neoplasma y en la edad del enfermo. Compone estos tumores un tejido reticular repleto de células linfáticas, llamado adenoide, que es el mismo de que están formados los ganglios y órganos de este nombre; si la proliferación se verifica en el retículo, resultará la forma dura, y viceversa, si en las células, y de aquí los *linfadenomas duros y blandos* de Virchow; más no depende exclusivamente de esto su consistencia, pues cuando la infiltración celular se propaga á tejidos fibrosos, como en el núm. 17, ó cuando esta, verificándose con rapidez, provoca un trabajo flogístico, como en el 19, ó si en los elementos neoplasmáticos se realizan metamorfosis regresivas, como en el 10, el linfosarcoma será

tanto más duro, cuanto que estas condiciones preponderan.

No hay principio alguno taxativo en que pueda fundarse la etiología del linfosarcoma, que así se presenta en la niñez como en la edad provecta, y acaso en nuestro clima sea más frecuente en la edad adulta de la mujer y en la madura del hombre; tampoco le oponen obstáculo las condiciones orgánicas más selectas, aun cuando parece que la vida cargada de privaciones é intemperies adquiere especial aptitud para este padecimiento. En una palabra, vemos aquí la misma oscuridad que oculta las causas de todos los tumores. Un hecho notable, no excepcional por cierto, se revela en la preferencia con que el linfosarcoma regional se presenta en el lado izquierdo del cuerpo, mayormente en el hombre, como se da en estos cuatro enfermos, el cual, á falta de mejor razón, pudiera atribuirse al ejercicio menos activo la extremidad torácica de esta parte.

El tratamiento debe ser necesariamente tan vario, como lo son los mismos casos. Respecto del *linfosarcoma generalizado* toda intervención quirúrgica está contraindicada; la higiene, la buena alimentación, el iodo, el arsénico y el hierro constituyen los medios paliativos más comunes. U. Trélat cree que esta contraindicación debe ser absoluta, aun cuando el linfosarcoma sea local; mientras que Verneuil y P. Panas opinan que en este caso se puede intervenir; más no hay otras reglas terapéuticas de criterio que las generales de la oncología. Conforme á estas, debe favorecerse la marcha regresiva en el primer caso, probar la medicación alterante y resolutive en el 2.º y 3.º y, por fin, practicar la oltomía, ó extirpación completa, en el último.

Así se ha hecho, en efecto, y se ha conseguido en el espacio de dos meses que el tumor del primer caso se redujese al volumen de un huevo de gallina; el cual, según informes, ha vuelto á recrecer después que el enfermo salió del Hospital. El segundo continúa bajo la acción del tratamiento con escasas esperanzas de que mejore, el tercero regresó á su casa á pocos dias de haber ingresado; y el cuarto obtuvo la cicatrización al término de un mes, habiéndosele presentado en este tiempo una linfangitis y diarrea, dependientes de las malas

condiciones de la enfermería, las cuales retardaron la reparación de la herida, sosteniendo la supuración y un estado febril de 38 á 39° durante 15 días.

El exámen anatómico de este caso corrobora el diagnóstico. La parte extirpada está envuelta en una túnica de tejido conjuntivo condensado, dentro de la cual alojanse muchos ganglios voluminosos, que se comunican entre sí al través de las aberturas que fraguarón en sus cubiertas. La superficie de sección tiene color rojizo ambarino, exuda al exprimirla y sobre ella se aprecia una consistencia déleznable y desigual. Con el microscopio se descubre gran número de células linfáticas de varios tamaños y granulaciones libres, anidadas por grupos en un retículo sumamente ténue.

## CASO 11.

### Chancro venéreo.

---

(Véase el caso 12 de la Clínica Quirúrgica de Mujeres).

Casos, números 12-13 y 14.

### Sífilis.

---

GAMA, NÚM, 4. N., de 19 años, soltero, de buena constitución, 6 semanas después de haber tenido cópula con una meretriz, se presenta en la enfermería con una *úlcer*a dorsal de

la corona del glande, sin dar razón del tiempo que pasó entre aquella y esta, que debió ser, poco más ó menos, de 4 semanas, juzgando por el desarrollo de la úlcera, que tiene 15 milímetros en la dirección de la base del glande y 10 en la opuesta. Toma la forma *simétrica* con tendencia á la cúpuliforme, dependiente esta del surco en que asienta, y comprendiendo su base entre los delos por las extremidades de sus diámetros, ofrece una marcada resistencia á la aproximación de los bordes, ó sea, de *dureza*. segrega *poco líquido*, y este es *sero-purulento*, apenas duele, y su fondo tiene el *color de cobre nuevo*. Varios *ganglios* de ambas ingles se hallan *infartados*, *duros é indoloros*, constituyendo *pléyade*, y entre ellos se destaca en el lado izquierdo uno que tiene el tamaño de una almendra, mientras los demás no pasan del volumen de un garbanzo.

Habría pasado una semana, cuando observamos que el pecho y vientre se le poblaban de *manchas rojo-cobrizas*, de contorno poco marcado, discretas, nada elevadas, no mayores que un real de plata y que no desaparecían completamente por la compresión, que si bien por un instante las dejaba más pálidas, quedaba, sin embargo, una tenue coloración cobriza.

No presentaba cefalea, ni fiebre.

Era llegada la ocasión de emplear el tratamiento general, y, por no haber en la Clínica enfermerías de siflioterapia, pasó el enfermo al Hospital general, donde recibió las unciones mercuriales.

Cinco semanas habían trascurrido, cuando de nuevo ingresa en la Clínica con el chancro cicatrizado y rebajados los ganglios inguinales; mas aquella erupción *eritematosa*, consiste ahora en pequeñas elevaciones de la piel, secas y aplanadas, esto es, en *pápulas*.

El enfermo del número 17, de 30 años, soltero y de regular constitución, padeció por el año 71 úlceras de la mucosa prepucial, que pronto desaparecieron después de una cauterización con el cilindro de nitrato de plata; tuvo posteriormente blenorragias, y en el 81, un *chancro duro* de la corona del glande, que fué seguido de una *erupción* en la parte

anterior del tronco, de *rarefacción del pelo*, una *úlcera* en el labio superior, y, por último, en Junio de 83, una *iritis*, por la que se decidió á entrar en nuestra Clínica en el mes de Octubre siguiente.

Primero se le presentó la iritis en el ojo izquierdo con síntomas de la forma aguda: dolor en el ojo y periorbitario, rubicundez, fotofohia moderada, ceñalalgia y alguna fiebre, quedándole tan sólo un pequeño grado de vista cuantitativa al desaparecer la inflamación. No habrían pasado dos meses, cuando el mismo proceso flogístico, pero menos intenso, se le desarrolla en el ojo derecho, no dejando en él más vista, que la indispensable para conocer un objeto grueso colocado á muy corta distancia, sin poder distinguir los caracteres de imprenta mas abultados, por muy próximos que estuviesen á los ojos.

Un *círculo plomizo* y ligeramente inyectado rodeaba las córneas, alguna que otra *mancha puntiforme* y *cenicienta* atrofiaba y arruga los iris y los *círculos papilares*, inmóviles á la acción de la luz y de la atropina, reducidos é *irregulares*, se adherían á la cristaloides, que estaba opaca en su parte descubierta, á no ser en el lado derecho, donde existía un punto más claro, al través del cual se verificaba la escasa visión de este individuo.

Estaba demacrado y pálido.

Hace el tercer caso el enfermo de la cama *núm.* 20. de 50 años, casado, y regular constitución, quien tuvo en el año de 80 dos *chancros*, que pronto fueron seguidos de una *erupción* esparcida por el pecho y vientre y, más tarde, *dolores reumatoideos*. De un año á esta parte le aparecen en las extremidades inferiores unas *pústulas* de las que resultan *úlceras* profundas y dolorosas, cuya cicatrización se hace siempre muy lenta, y con algunas de estas entra en la Clínica.

Hay, en efecto, sobre el tercio inferior de los muslos y en varios puntos de las piernas *cicatrices nummulares, lisas y hundidas*, de color nacarado las más antiguas, y oscuras las más recientes, que no se unen á la aponeurosis. Tres úlceras existen ahora en la parte posterior de la pierna del lado derecho, una de las cuales, que es la más profunda y extensa, empezó por un *tumor subcutáneo*, duró al principio, que, reblandecién-

dose paulatinamente, ulceró la piel, por cuya abertura salió un líquido gomoso, dejando una excavación rodeada de bordes decolados, donde ahora se desarrollan fungosidades; las dos restantes, más superficiales que la anterior, fueron precedidas de pústulas circulares, y su fondo está cubierto de una capa grisácea, que atraviesan algunas vegetaciones amoratadas y fáciles en sangrar.

Ni escogidos hubieran sido más importantes los casos atrás historiadados, para dar clara idea de los trámites que la infección sífilítica sigue en nuestro organismo.

Difícilmente se halla en el extenso campo de la patología un proceso morboso crónico mejor estudiado, ni más conocido, que la sífilis, y es que por su naturaleza específica evoluciona con tal regularidad y sus lesiones son tan metódicamente progresivas y características, ínterin conserva su virtualidad virulenta, como no es dado ver en ningún otro padecimiento. Pueden, sí, y no deja de ser frecuente, faltar algunas manifestaciones de su filiación, más siempre quedan las necesarias para dar conocimiento de ella. Siempre es causa de la enfermedad el virus sífilítico importado de otro individuo, pues, por hoy, no está probado que los virus transmisibles exclusivamente por inoculación tengan origen en el organismo humano, el cual solo es un terreno para su cultivo, que con el tiempo se hace estéril, y de aquí la inmunidad que adquiere el hombre para no padecer segunda vez una misma afección virulenta, mientras no reasuma la receptividad que por ella hubiere perdido. Una vez que el virus sífilítico haya entrado en incubación, se difunde en nuestro cuerpo por un mecanismo desconocido, pues, por ahora, no tiene mayor razón de preferencia la teoría de los cambios isoméricos de las sustancias albuminoideas, que la microbiótica ó la zimótica; más es lo cierto, que la enfermedad por tal virus provocada reviste la forma más correcta de las diátesis, siendo de notar que, al revés de estas, es inoculable y, como ellas, se desarrolla por períodos cada vez menos característicos y más neoplasmáticos.

Vemos en el *primer enfermo* síntomas del primer período —*chancro* y *adenitis*— y del segundo —*roseola eritemato-papulosa*— que, por lo genuinos y lo transparentes, no pueden pa-

sar desconocidos á quien los haya reconocido una s3la vez, pues el car3cter inequívoco de las manifestaciones se halla siempre en proporci3n del grado de la virulencia del mal. Decimos del primer per3odo, refiri3ndonos al bub3n y 3 la adenitis, porque suelen ser estos los primeros brotes de la infecci3n, de la cual ya no cabe dudar, si los marca con el estigma de la dureza, y preferimos que al de inculaci3n se le llame per3odo primordial 3 primitivo, por cuanto durante su trascurso se prepara silenciosamente la modalidad morbosa que el virus imprime en el organismo. As3 es, que los primeros fen3menos no significan la localizaci3n del mal, ni los secundarios son el 3nico indicio de su generalizaci3n, que estos t3rminos solo expresan el orden sucesivo de las agrupaciones sintom3ticas, pues en la s3filis nada hay local, y tanto los unos como los otros se3alan la 3poca del contagio, que en todos casos se verifica bajo la forma de aquellos. Cuando las manifestaciones del segundo per3odo se fijan en la piel, las mucosas, los pelos 3 las u3as, llamanse *sifilides*, entre las cuales la que padece este enfermo es de las que primero aparecen, y ordinariamente al tiempo que esta, raz3n por la cual algunos sifili3grafos las llaman *precoces*, expresi3n m3s adecuada para designar las manifestaciones que se anticipan 3 la 3poca que les corresponde en el decurso de la enfermedad. Son tambien condiciones de la s3filis durante el per3odo secundario, del mismo modo que de las di3tesis, las de no pararse mucho tiempo en un 3rgano, ni atacarlo profundamente, porque afecta en especial al sistema vascular con una forma irritativa, que hace contraste con la degenerativa y atr3fica de ulteriores per3odos; as3 es que tal inestabilidad no puede constituir un elemento seguro del pron3stico, y, por lo tanto, errados hubi3ramos estado en la persuaci3n de que el padecimiento del enfermo ha de ajustarse 3 la benignidad de la roseola.

A pesar de que la fiebre sifil3tica suele aparecer al principio de la oligoemia, nosotros no la hemos observado, aunque pudo haber pasado desconocida, porque sus fen3menos son de continuo poco claros y no ofrece tipos ni formas regulares.

Los per3odos evolutivos de la s3filis, cual sucede en todas las enfermedades cr3nicas, no tienen l3nea alguna divisoria,

y los enlazan síntomas de *transición*, que participan de los caracteres del período anterior y de los del subsiguiente, y por esto no son tan hiperémicos, superficiales y transitorios como aquellos, ni tan lesiones, profundos y duraderos como estos. En cuanto al contagio de la sífilis durante este período, nada se puede afirmar en absoluto, porque tendrá esta calidad en el grado y proporción en que se aproxime á uno ú otro período, ó sea en relación de la propiedad específica que conserve; tampoco se puede determinar el número de las manifestaciones que le corresponde, una vez que estas son polimorfos, y que todos los órganos están aptos para recibirlos.

A esta etapa de transición está asignada la iritis, siempre que tenga la expresión morbosa de la que padeció el *segundo enfermo*. Hállanse en efecto, en la de este vestigios de una inflamación parenquimatosa del iris, determinada por el desarrollo de la neoplasia sifilomatosa, la cual ha dejado en pos de sí diminutas cicatrices, que deforman este diafragma del ojo, sinéquias posteriores, atresia pupilar y opacidad de la cristaloides, que así imposibilitan la visión, como impiden practicar el reconocimiento de las partes profundas.

Comúnmente el pronóstico es dudoso y oscuro en cualquier período de la sífilis, y grave desde él de transición. En este caso está nuestro enfermo, quien, á la hora menos pensada, se verá con una lesión gomosa que le ha de ocasionar serios trastornos en su deteriorado organismo, amén de las alteraciones oculares, difíciles de remediar, existentes en la actualidad.

Cuando la sífilis llega al período terciario ha perdido con sus caracteres distintivos su propiedad virulenta, no es contagiosa, pero menoscaba de tal manera la nutrición, que ya sólo se presentan lesiones de esta. Aquella expansibilidad de las primeras manifestaciones secundarias va reduciéndose cada vez más, hasta el punto que en este período las alteraciones ocupan pequeños espacios y son poco numerosas; más, en cambio, enclávanse en los órganos y destruyen los tejidos en que se fijan, causando deformaciones y cicatrices indelebles.

Por mas que todas las lesiones de la sífilis terciaria presentan la misma disposición estructural, que es la de una neoplasia del tejido conjuntivo,—*el sifiloma*—compuesta de células embrionarias contenidas en un estroma apretado, ofrecen, sin embargo, formas variadas que dependen de la contextura de los órganos, de la distribución de las células neoplasmáticas y de las relaciones de estas con el sistema vascular. Cuando la neoplasia invade el tejido conjuntivo, forma un tumor duro, indolente y mal limitado—*el goma*—que, si no se resuelve, reblandécese y ulcérase, dando salida á una sustancia que, por parecerse á una disolución espesa de goma, ha dado nombre al tumor. No tenemos que describir el aspecto de las úlceras que resultan de estos tumores, porque el *tercer enfermo* presenta una, cuyos caracteres, típicos por cierto, acabamos de exponerlos. Si el sifiloma se desarrolla en la piel, resultan sífilides tuberculosas, ulcerosas ó pústulo-ulcerosas, como las que se ven en este enfermo al lado de la úlcera gomosa, las cuales fueron precedidas de pústulas de ectima y tienen la particularidad, como sífilíticas, de asentar en las extremidades inferiores, especialmente en las piernas.

Como queda dicho, las manifestaciones terciarias son hijas de una nutrición profundamente perturbada y próxima á la caquexia diatésica, que rara vez vuelve á su actividad hígida; razón por la cual el padecimiento de este hombre es de mal presagio.

Siempre que se habla de la sífiliterapia, hay que librar una batalla para defender los fueros de la Clínica, que muchos son á defraudárselos. Los *fisiologistas*, que observan en todos los cuerpos energias tan complexas como lo sea su composición, que la química les enseña cuerpos de la misma constitución elemental que ofrecen propiedades diferentes, y que estudian en la fisiología funciones calitativamente distintas, por una aberración inconcebible, no admiten en la patología otra razón que la de cantidad, unificando así todos los procesos morbosos, como si la enfermedad no fuese del mismo modo una función que debe tener, á lo ménos, las modalidades de la fisiológica, por lo mismo que le es opuesta. Y resalta con más claridad, aún, esta inconsecuencia cuan-

H.—5.

do se ve que defienden con ardor la doctrina del parasitismo, clasifican los microbios por sus propiedades morfológicas, y reconocen que cada una de sus especies produce una enfermedad especial. No se comprende, pues, que traten la sífilis, que encierra el más alto grado de especificidad, por medios idénticos á los que emplean en otra enfermedad cualquiera, por lo cual pasemos adelante. En seguida de estos vienen los *ciclistas*, quienes, equiparando la sífilis á las enfermedades agudas, suponen que esta desaparece espontáneamente, y por lo tanto prescinden de todo tratamiento especial. Es verdad que la sífilis leve puede desaparecer sin dejar reliquias, y, como queda dicho, se extingue despues de cierto tiempo la propiedad específica; pero ni esta levedad presenta caracteres diagnósticos inequívocos, ni por cíclica, que no la es, se la debe abandonar á la buena ventura y riesgo de que el prójimo pase por los males dependientes de su duración máxima. Por último, vienen los *sifilizadores*, que no solo se prometen librar de este mal á la humanidad, y sí, también, curarlo con inoculaciones del propio virus. En cuanto á lo primero, quizás llegue un dia en que se pueda dotar de la deseada inmunidad al organismo por medio de inoculaciones del virus modificado: el camino está abierto en esta dirección; más respecto de lo segundo, no hay para qué discutirlo, porque el virus sífilico no es autorreinoculable, y en el caso que lo fuese, como el venéreo, á nadie se le ocurre curar un mal aumentando su cantidad.

La sífilis, pues, exige un tratamiento ¿Cuál? Hé aquí el código que la Clínica tiene establecido: el *mercurio*, mientras tanto el mal conserve su virtualidad virulenta; el *yoduro potásico*, en el periodo de las producciones gomosas; y el *tratamiento mixto*, en el de transición. Casos hay en los que conviene modificar estas reglas, y únicamente consisten en el uso de las referidas sustancias antes ó despues de los periodos señalados.

Los *antimercurialistas*, que son todos los que atrás quedan, han imputado al mercurio todos los daños que la sífilis produce, y, sin embargo, no dejande cubrir el vientre afecto de peritonitis con unguento mercurial, y de recomendarlo para matar algunas ladillas que, acaso, hubieran desaparecido á soplos. Sobrada razón tendrían, si levantasen la cruzada contra aquel torpe método

de administrar el medicamento, en el que el hambre, los purgantes, las emisiones sanguíneas, el saliveo, el sudor y una atmósfera infecta constituyan su norma.

Se administra el mercurio en fricciones, en inyecciones hipodérmicas y por ingestión; el tratamiento es breve por los dos primeros métodos, y más lento por el último.

Consiste el primero en friccionarse el mismo enfermo las ingles y los sobacos sucesiva y alternativamente con dos ó tres gramos del unguento terciado hasta tanto que empiece la estomatitis, en cuyo caso se las suspende y se administra el clorato potásico ínterin dure este accidente, y, terminado que sea, se continúa friccionando, si fuese necesario. Treinta gramos del unguento suelen bastar á un adulto.

De 20 á 40 inyecciones, de un gramo cada una, de la solución de peptonato amónico mercúrico, practicadas diariamente en la espalda, llenan una curación. Este líquido prepárase del siguiente modo: bicloruro de mercurio y peptona (a. 40 centigramos, agua destilada 40 gramos, cloruro amónico c. s.

Tanto las fricciones como las inyecciones están indicadas en los casos de infección reciente y de manifestaciones graves del periodo secundario. Es, por consiguiente el tratamiento que más convino á nuestro primer enfermo.

El bicloruro, el protoyoduro y el biyoduro de mercurio son los compuestos más ventajosos. El hicloruro y el protoyoduro serán administrados durante ocho ó diez semanas; el primero, á las dosis de un centigramo, una ó dos veces cada día, y el segundo á doble cantidad, asociándoles uno ó dos centigramos de extracto tebaico. Conviene en la sífilis de marcha lenta, así como el biyoduro en la antigua, que será administrado á la dosis de un centigramo cada día, mezclado con igual parte de opio.

A veces es útil, para afirmar la curación, administrar después de las fricciones y de las inyecciones una de estas tres sustancias, y esto hemos hecho con el primer caso, y, aún, le hubieramos dado el ioduro potásico al mismo tiempo, si presentase síntomas dolorosos ó de atonía.

En la sífilis terciaria es cuando más indicado está el ioduro potásico, en cantidades crecientes de uno á seis gramos, durante largo tiempo, no haciendo mucho caso del iodismo, porque

desaparece de suyo sin suspender el medicamento. A este tratamiento debimos someter el tercer caso, el cual pronto obtuvo la curación de las úlceras, debido tan solo á los medios tópicos, que consistieron en lavatorios fenicados, cauterizaciones con el nitrato de plata y la aplicación del aglutinante oficial.

El segundo enfermo, con las consecuencias del período de transición, que habia tomado de una manera irregular el mercurio y el ioduro potásico, no nos permitía insistir con ninguna de estas sustancias, y su empobrecimiento reclamaba el hierro, que se le administró; reservando practicarle la iridectomía para cuando hubieren mejorado sus condiciones orgánicas, por más que el resultado de esta operación ofrece aquí escasas probabilidades de buen éxito. Por estas razones el enfermo regresó pronto á su casa.

## CASO 15.

# Psoriasis y vegetaciones venéreas del ano.

CAMA, NÚM. 15. Tenía este jóven 23 años, soltero, ocupado en el servicio doméstico, bien nutrido y conformado, y, no obstante estas condiciones orgánicas, su palidez y formas mórbidas, del mismo modo que los padecimientos anteriores y actuales, revelan el linfatismo.

Hace dos años vino á esta misma enfermería para curarse de una periostitis circunscrita y supurante de la cara interna de la tibia del lado derecho, que le había aparecido sin causa apreciable y se le curó al término de dos meses.

En las notas clínicas recogidas entonces, hácese mención de

un psoriasis guttata, para el cual, en aquel tiempo como ahora, no ha querido sujetarse á tratamiento alguno, en razón á que no le ocasionaba la más insignificante moléstia, ni se dejaba ver en parte alguna descubierta, y muy ageno de sospechar en las consecuencias que, andando el tiempo, podrán sobrevenirle.

Extiéndese esta *dermatosis* por la piel de las extremidades tomando la forma de *pápulas*, de *lentejas* y de *elevaciones nummulares*, todas ellas entremezcladas y cubiertas de *escamas adherentes* de color nacarado, que, al desprenderlas con cierta violencia, dejan ver una superficie roja de alto relieve, secretante, bien limitada y parecida á las placas mucosas sifilíticas.

Vemos, pues, aquí un fiel paradigma del *psoriasis punctata*, *guttata* y *nummular*, tan crónico que el enfermo no recuerda su origen, constitucional por lo mismo, y de naturaleza escrofuloso, dados el linfatismo del paciente y la falta de antecedentes y caracteres artríticos, reumáticos, sifilíticos y herpéticos.

Dichas formas van señalando con su tamaño y número la progresión del mal, que si bien por ahora no son numerosas ni extensas, menos lo eran, segun se deduce, cuando se hizo mérito de ellas en la primera anotación clínica, y, tiempo vendrá en que la diátesis y mayores alteraciones de la piel han de llevar su contingente á las vísceras, determinando graves y pertinaces lesiones.

De las observaciones de Werthein y de Neumann resulta que las erupciones del psoriasis, en especial las crónicas, consisten en la hiperplasia y la hipertrofia de las células epitelicas y de las asas vasculares de las papilas. De manera que reúnen los elementos estructurales del papiloma en general y la disposición particular del papiloma córneo, lo cual prueba la idoneidad de este individuo para tal género de padecimientos, y por ella podría explicarse aquél de que luego nos ocuparemos, si causas muy suficientes de suyo no lo hubiesen motivado.

En el caso de tratar esta dermatosis escamosa, habríamos de emplear las embrocaciones de aceite de enebro y el baño alcalino, administrando á la vez el ioduro y el arseniato de hierro.

Lo que más importa y preocupa al enfermo es un apéndice que le va creciendo sobre las márgenes del ano, cuya etiología no vamos á investigar por no causarle afrenta, por más que ta-

les excrescencias no dejen de ser frecuentemente un signo fiduciario de enfermedades venéreas.

Tan pronto se descubre la región glútea, asómase por entre las nalgas una *masa carnosa*, que de tal manera se parece á la *cresta del gallo*, y más aún á la variedad de amaranto que este nombre lleva, que por la misma la hubiéramos tomado, si no supiésemos su procedencia. Cuando se separan las nalgas para poner en claro la *vegetación*, vemos que esta se implanta en la margen izquierda por un pedículo membranoso y ancho, y que en su derredor pululan otras varias de diferentes tamaños. Las más pequeñas son granuliformes y sésiles, las medianas ya presentan un comienzo de division periférica, y las mayores ofrecen hendiduras profundas.

La multiplicidad de formas de estas producciones hace necesario un símil que las represente, y por esto se les han dado nombres como los siguientes: *moras, fresas, frambuesas, puerros, coliflores, crestas de gallo, etc. etc.*; las cuales formas dependen de las causas que las determinan, de la estructura de los tejidos en que nacen y de la conformación de las regiones donde se desarrollan.

Las que presenta este hombre secretan un líquido seroso y de especial fetidez, que humedece é irrita el orificio anal y la piel del surco divisorio de las nalgas.

Los individuos linfáticos, como este, los jóvenes y las mujeres están expuestos á padecer estas excrescencias, cuando adolecen de enfermedades secretantes y descuidan la limpieza: así es que el ano, la vulva, el glande y prefucio son las regiones en que más se desarrollan; y es indudable que los humores venéreos y sifilíticos asumen la mayor parte de la etiología, y en aquellos podemos ahora hacer hincapié sin recelo de grave error.

Cuando se estudia la *anatomía patológica* de estas producciones, obsérvase que empiezan por un engrosamiento de la parte externa de la piel, constituido por células epiteliales y embrionarias: estas luego se transforman en tejido fibroso, y entonces un asa vascular viene á ocupar el centro, la cual suministrará tantas ramas, cuantas fueren las divisiones elementales de la neoplasia. Resulta, pues, que esta se compone de un eje vas-

cular sostenido por estroma fibroso y revestido de tejido epitelial; más la irritación y el crecimiento del tumor aportan de continuo células jóvenes que se distribuyen en torno de los vasos, se infiltran en el estroma y cubren en más ó menos la superficie.

Tales composición y estructura han sido motivo para que las vegetaciones fuesen clasificadas, ya entre las alteraciones epiteliales, ya con los fibromas, ya como papilomas, y á estos corresponden en realidad, por más que de ordinario no tomen origen en las papilas, como ocurre con las que se desarrollan en las serosas.

Siendo esta una afección puramente local y sostenida por estímulos de la misma índole, sin embargo de lo que en ella puedan influir otras condiciones de categoría superior, es claro que el tratamiento debe ser igualmente local, y no ha de ser otro que el de los tumores.

Cuando las vegetaciones son pequeñas y no hacen más que insinuarse, basta cubrirlas con polvos de sabina, de alumbre calcinado, percloruro de hierro anhidro ú otra sustancia curtierte; si fuesen de mediano volumen, se podrá destruirlas con el ácido nítrico, la potasa cáustica, el ácido crómico, etc.; pero en todos los casos el procedimiento más seguro y breve consiste en excindirlas de raíz, cuidando siempre de eliminar por completo el tejido vegetante y de conservar bien seca y limpia la región operada, pues que de otro modo repulularán con insistencia.

De esta manera y á tijeretadas fué operado este individuo quien recibió el alta 15 días después.



## CASOS 16 y 17.

### Cálculos vesicales.

---

CAMA, NÚM. 18. Encuéntrase este enfermo en los 45 años de edad, y durante ellos no tuvo una temporada regular de salud: enfermizo cuando niño, á los 18 se le presentó una dispepsia dolorosa, que se mitigaba con frecuentes y altas dosis de magnesia y bicarbonato de sosa, de la que padeció hasta los 40 años, en que sintió los primeros síntomas de la terrible enfermedad que tanto le había de atormentar.

Al principio consistían estos en una sensación incómoda y continua de la vejiga y en pinchazos al bajarse de la cama y descender á la calle, que le obligaban á orinar incontinenti, y era esta orina más turbia y sucia que la de costumbre y pronto exhalaba mal olor. Fueron por grados aumentando el dolor, la necesidad de la micción y las alteraciones de la orina hasta el extremo que la región hipogástrica, la parte inferior del recto y los órganos genitales externos constituían una zona dolorosa é hiperestésica, el momento de la excreción de la orina y el siguiente eran penosísimos, y este líquido embarraba el fondo de la bacinilla con una masa compuesta de moco y sedimentos salinos. En tal disposición, desvelado é incapacitado para todo, el enfermo se trasladó, mal como pudo, á esta ciudad y se consulta.

El médico analiza la orina y practica el reconocimiento vesical, halla *un calculo de 35 milímetros de superficie fosfática*, y le aconseja que pase á la Clínica para ser operado.

El profesor de esta practica con maestría la *talla laterali-*

*zada*, y al sugetar el cálculo, rompese en muchos fragmentos, de los cuales extrae los que puede y lava perfectamente la vejiga.

Subsisten algunas molestias, cicatrízase la herida con lentitud suma, reaparece aquel síndrome anterior á la operación, y de nuevo torna el enfermo á este pueblo.

El primer operador y otro profesor más se encargan de su asistencia, quienes le hacen la *litotricia* por el procedimiento de Bligow, dando salida á 30 gramos de cascajo fosfático; y observando luego que existía además un *pequeño cálculo enclavado è inaccesible al litóritor*, le aconsejan que pase segunda vez á la Clínica, lo que verifica en los primeros días del mes de Octubre, siendo trasportado en coche por no poder andar á pie, tan grandes eran sus dolores.

Ya en cama, veíase un individuo alto, estenuado y con visos de temperamento sanguíneo y complexión recia, en continuos ayes, dolor é infarto de la región hipogástrica y paresia rígida y algica de las extremidades inferiores. La orina salía á gotas, fétida y densa, con la particularidad de serlo más cuando la expelía colocándose en decúbito lateral izquierdo, quedándole entonces más agudos y duraderos dolores; la temperatura oscilaba alrededor de 38.º, y con frecuencia se presentaban períodos febriles de mayor temperatura, que concommitaban con exacerbaciones de la cistitis.

Véanse ahora los síntomas de aquel otro enfermo que ocupa la cama, *núm.* 16.

Frisa su edad con los 53 años, es nervioso, casado y peón caminero. Hacia los 30 tuvo una blenorragia que le legó una estrechez, y á los 50 empezaron á fastidiarle unas homórroides, que después mucho le han incomodado; tuvo por dos veces dolores desde el vacío izquierdo al hipogastrio, habiendo arrojado en uno de ellos una arena, cuya composición se ignora.

Hace 8 meses observó un escozor extraño de la uretra, alguna frecuencia de la micción seguida de cierto dolorcillo, y la orina cargada y sedimentosa; los cuales fenómenos han ido pronunciándose más y más hasta el grado que el enfermo permanecía en un tenesmo vesical continuo.

H.—6.

En tal estado pasó á la Clínica, por los mismos días que el enfermo anterior, pálido, flaco y anoréxico, y la excitación vesical, que no le permitía momento de reposo, exaltaba su temperamento nervioso y violento carácter.

Tenemos, pues, dos enfermos de la vejiga, cuyo padecimiento se manifiesta por fenómenos claros de *intolerancia & hiper-crinia*, que son la expresión característica de un estado irritativo provocado por una flogosis idiopática ó deuteropática. Esto mismo se observa siempre que un proceso inflamatorio ó un cuerpo extraño asientan en una mucosa cualquiera, desde la nasal hasta la del recto, solamente que la representación sintomática se aducía al órgano que le corresponde.

En cuanto á nuestros enfermos no se necesitaba más para establecer el diagnóstico de la *cistitis*, existían ya los síntomas característicos, como son: *dolor, tenesmo y orina mucosa y fermentada*; però debíamos averiguar si esta flegmasia era simplemente catarral, ó si estaba sostenida por algún cuerpo extraño ó por alguna neoplasia, porque en cada uno de estos casos puede presentarse un concierto fenomenal semejante.

Si bien respecto del primer caso se daba la seguridad de que un cálculo estaba enclavado en la vejiga, faltábanos, sin embargo, apreciar un buen número de condiciones del mal, que no fuera posible conocer sin el examen previo, las cuales se refieren al estado de integridad de los riñones, á las alteraciones del receptáculo de la orina, número, y caracteres de los cálculos, relaciones entre aquél y estos y á la resistencia del enfermo para sufrir otra operación, si fuese necesaria.

Tocante al segundo enfermo, el *cólico refrítico*, la expulsión de *una arena* y los síntomas subsiguientes infundieron en nuestro animo la presunción de que tendríamos que haberlas con una afección calculosa.

Empezamos, pues, por reconocer la orina. Era ésta fuertemente alcalina, que así se presenta en los catarros, porque la mucosina obrando como fermento, descompone la urea y esta se apodera de cuatro elementos de agua y se transforma en carbonato de amoníaco, el cual vuelve alcalina la orina y produce un

precipitado de fosfato amónico-magnésiano insoluble en este líquido, que aparece en el microscopio bajo la forma de grandes prismas de 3, 4 ó 6 caras, facetados por sus extremidades á manera de tapa de féretro y solubles en el ácido acético. Además de estos cristales, veíanse muchas células de pus y epiteliales y gran número de bacterias.

Para el reconocimiento vesical se les colocó el tronco en re-cuesto, de manera que la pelvis quedase más elevada, á fin de dislocar hácia atrás los cálculos, y se les administró el cloroformo, pues su excesiva sensibilidad lo exigía. Entonces, colocado el profesor al lado derecho, introdujo en la vejiga del primer enfermo el catéter explorador de Thompson y observó que las paredes de esta cavidad estaban muy rígidas y duras, y que en ellas existían hundimientos en forma de surcos, donde se detenía la punta del instrumento, el cual bajaba más en la parte derecha del fondo, porque aquí se había formado una bolsa que contenía el cálculo en cuestión, y por ella se daba cuenta de como el enfermo arrojaba gran cantidad de sedimento cuando orinaba vuelto al lado izquierdo. *El cálculo* tan sólo tenía libre una parte de su circunferencia, la cual medía 15 milímetros, aproximadamente, y era *duro y liso*; no fué posible comprenderle entre el catéter y el dedo introducido en el recto con el objeto de apreciar mejor su volumen.

Terminado el reconocimiento, se hizo una inyección de agua templada y débilmente fenicada, que dió á conocer que el cuerpo de la vejiga se había desviado y adherido al lado derecho, porque sólo de esta parte se verificaba la dilatación.

Se empleó el catéter de Thompson, de 25 milímetros de curvatura, como, tambien, hubieran servido el de Collin ó de Mercier, porque con ellos se explora perfectamente el fondo de la vejiga, que es la región de los cálculos, dejan espacio para la percusión y evitan el empleo de un litómetro especial, pues basta á este efecto que tengan el vástago graduado, sobre el cual los labios del meato uretral van señalando la distancia que separa las extremidades opuestas de la piedra, cuando se tiene el cuidado de conducir con suavidad de la una á la otra el pico del instrumento sin separarlo del cálculo.

El cirujano debe saber muy bien que el cuello vesical está tan contraído en algunos calculosos, que ofrece una resistencia insólita al paso del catéter, y en otros, por el contrario, sobre todo en los que tienen incontinencia de orina, llega á la vejiga sin tránsito sensible.

Con dificultad y apretado penetró el catéter en el segundo caso, que tenía una estrechez bulbosa del núm. 15 de la escala de Charriere, y al llegar á la vejiga topó de pronto con *un cuerpo movable oval y de superficie desigual y friable*, que tenía *de 35 á 40 milímetros* y se alojaba en el lado derecho; y por más que se registró, recorriendo con tiento la cavidad, no se dió con ningún otro cuerpo extraño, observándose al par la existencia de engrosamiento y deformaciones de la mucosa.

¿Qué etiología y patogenia tienen estos padecimientos? Para las necesidades de la práctica, dice Thompson, basta admitir tres clases de cálculos: *úricos, oxálicos y fosfáticos* y otras tantas litiasis urinarias. Es verdad que pocas veces son simples, ó compuestos de una sola sustancia, más lo que importa al cirujano es la parte predominante.

Antes de los 15 años y de los 50 á los 65 son las edades en que se presentan con más frecuencia, mayormente en esta última: por otra parte, los alimentos, bebidas, género de vida y los padecimientos de los aparatos digestivo y urinario influyen poderosamente.

La urea es el último producto de la combustión de los materiales proteicos, la cual representa sus cenizas, y si, por defecto de oxidación ó por exceso de alimentos azoados, la combustión fuese incompleta, el residuo será de *ácido úrico*, que, cuando pasa á la sangre, produce una discrasia, y si á los riñones y no se eliminare, la *calculosis úrica*; no obstante, puede ocurrir que este ácido proceda de los uratos normales descompuestos á beneficio de un exceso de fosfato ácido ó de algún ácido dependiente de los alimentos.

*El ácido oxálico* es un ácido orgánico de muy difícil reducción, y sea que se forme en la intimidad de nuestros tejidos, como en la diátesis del mismo nombre, ó que se introduzca con las sustancias que lo contienen, tales son las acederas, tomates,

guisantes, berros, judías verdes, ruibarbo, etc., aparece en la orina con forma de octaedros tetragonales de oxalato de cal solubles en el ácido clorhídrico, que constituyen, ya solos ya unidos á otras sustancias, los *cálculos oxaláticos*.

La dispepsia, la vida sedentaria por su ocupación de profesor de instrucción primaria, el abuso de la magnesia y del bicarbonato de sosa y el catarro vesical, componen, según parece, el conjunto causal de la formación fosfática del primer enfermo; no obstante, la dureza y lisura del cálculo enclavado eran caracteres que más bien correspondían á las concreciones úricas.

En cuanto al segundo enfermo, podíamos suponer la existencia de un *núcleo úrico*, descendido en un cólico nefrítico; el cual, por razón de su volumen, de la estrechez uretral ó de poca acción de la vejiga, no fuera expelido y había determinado el catarro, si ya no existiese, y que continuara creciendo por *capas fosfáticas*.

Hecho el diagnóstico, tratábase de otra cuestión no menos ardua: la terapéutica. ¡Pudierase evitar la formación de los cálculos, aspiración científica no realizada, que una vez formados, sólo la Cirujía es la égida salvadora! La litodialis y la litomalacia son concepciones teóricas que no han llegado á establecerse en la práctica, y únicamente la litotricia y la talla son los medios hábiles para su extracción. Muy reducido es el número de sus contraindicaciones, porque la enfermedad es cruel y fatalmente mortal, no tomando en cuenta los rarísimos casos de cálculos tolerables, así que, aún á título de paliativa, cabe practicar la operación por mas que existan graves lesiones orgánicas.

Era, pues, llegada la ocasión de estudiar cuál sería el método de operar preferible. Como regla general se puede establecer que la litotricia, sea en varias sesiones, ó en una sola por el procedimiento de Biglow, sea por el procedimiento perineal de Dolbeau, está indicada contra los cálculos blandos ó fosfáticos que no escedan de 45 milímetros, los úricos que no pasen de 35 y los oxálicos inferiores á 30; mas cuando el calculoso no llegare á la pubertad, si tubiese alteraciones de formantes de la vejiga, ó enclavado el cálculo, y la amplitud de la uretra

me permitiese el manejo fácil de entrada y salida de un litotritor á propósito se ha de preferir la talla.

Holgarían otras razones más que las expuestas, para que, desde luego, se propusiera á estos enfermos la operación de la talla, cuyos procedimientos más convenientes debían ser objeto de un detenido examen.

De tanto como se ha hecho y escrito sobre esta operación, podemos, por ahora, quedarnos justamente con la lateralizada y la prerrectal.

Por la *talla lateralizada* se penetra en la vejiga siguiendo una línea que empiece en el rafe á 3 centímetros del ano y termine en el centro de la ano-isquiática del lado derecho. La limitan por la parte anterior el bulbo, que debe ser respetado, y por la posterior y profunda la próstata, cuyo diámetro oblicuo posterior se incinde, y en su parte media, entre las hojas de la aponeurosis de este nombre, se empotra la arteria transversal, que ordinariamente la divide el bisturí, del mismo modo que á otras arteriolas, como son la superficial del periné y algunas ramas hemorroidales.

No obstante la opinión contraria de muchos litotomistas, es ésta la vía más expedita para la extracción del cálculo, porque se dirige directamente al fondo de la vejiga y se aparta, cuanto es posible, de la rama isquiopubiana y del arco del pubis que dificultan la salida de las piedras algo voluminosas, y, quizás por estas razones, es esta la talla más generalmente usada.

En cuanto á la hemorragia arterial, que es el accidente que más temen los cirujanos, ya veremos si podrá remediarse con modificar el procedimiento, pues la vena del plexo prostático, que á este se atribuye, es común á todos los procedimientos, cuando se rebasan los límites de la próstata.

Para nosotros, el inconveniente formal de esta operación consiste en que la gran profundidad de la herida, sobre todo en los individuos obesos, no permite que el dedo índice alcance el fondo de la vejiga para auxiliar el mecanismo quirúrgico y hacer el reconocimiento final.

La *talla prerrectal* consiste en la disección del recto tra-

zando la curva que una el centro de las dos líneas ano-isquiáticas y pase de 10 á 15 milímetros por delante del ano, la cual termine por la incisión bilateral del radio oblicuo posterior de la próstata.

Ofrece esta operación la garantía de no interesar el bulbo ni arterias de importancia, y la muy apreciable de hacer accesible al dedo el fondo de la vejiga, aún en los sugetos gruesos, porque así se adquiere la certidumbre del estado en que esté y quede este órgano.

Casos hay en los cuales el diagnóstico es incierto, y para ellos emplea Thompson el *procedimiento de Allarton*, que se reduce á incidir la porción membranosa y prostática por la línea media, dejando intacto el cuello, al través del que introduce el índice para registrar la vejiga, y termina por la incisión oblicua de la próstata y del cuello, si fuese necesario.

Cualquiera que sea el procedimiento de la talla, esta debe empezar hacia la parte media de la porción membranosa y no salirse del ámbito prostático. Ahora bien, concediendo que el radio oblicuo posterior de la próstata tenga 25 milímetros, que es su maximum, y 10 el cuello vesical, resultará un ojal de 35, por donde estrechamente puede pasar el dedo pulgar, y aún cuando la elasticidad de los tejidos permitiese duplicar tal amplitud, con todo eso resultaría imposible la extracción de un cálculo cuyo diámetro excediere de 45 á 50 milímetros, sin ocasionar desgarros que pudieran motivar accidentes muy desagradables. Infiérese de esto que toda piedra de dimensiones superiores á las expresadas debe ser fracturada antes de extraerla, pues es atentatorio á la vida del enfermo opuesto proceder y propio, tan sólo, de operadores noveles y fantásticos, debiéndose á tal inexpereciencia multitud de fracasos.

Hemos dicho que la talla lateralizada ofrece el respetable inconveniente de interesar la arteria transversal del periné, que es el manantial más copioso de la hemorragia arterial, y si pudiera hallarse un procedimiento que á las ventajas de esta operación agregase las de la talla prerrectal, obraría sin duda un gran progreso en la cirugía de los cálculos. Parecíanos que este ideal se conseguiría operando en la dirección

de una línea que comenzare en el rafe á unos 12 milímetros del ano y que terminare de 5 á 10 por detrás de la unión de los dos tercios internos con el externo de la línea ano-isquiática. De este modo ganaría la incisión por la parte posterior lo que por la anterior perdiese, se desviaría del bulbo y de la arteria transversal, pues que aquél queda de ordinario á la distancia de 15 milímetros del ano y ésta á 25, y, además, introduciendo el índice izquierdo en el recto, se vigilan la posición del catéter y los movimientos del bisturí, mientras que con el pulgar de la misma mano se aparta el labio interno. Otra modificación utilísima consistiría en sostener en la herida un grueso tubo de goma, siempre que se abrigase alguna sospecha de la limpieza de la vejiga, porque así queda una vía amplia para practicarla en tiempo oportuno. Algunas operaciones hechas conforme á este procedimiento han demostrado ya sus ventajas, y por lo tanto podrá figurar con el nombre de *talla prerrectal lateralizada*.

Áparte de los accidentes operatorios, son siempre de temer los inmediatos y consecutivos, tales como las inflamaciones, las infiltraciones, la uremia, piohemia, incontinencia de orina, fístulas permanentes, esterilidad é impotencia; sin embargo, parece que la talla, lejos de perjudicar, favorece la curación de las cistitis calculosas.

Se operó, pues, al *primer enfermo*, del número 8, por el procedimiento prerrectal, porque era fácil que la uña tuviese que intervenir para desengastar el cálculo. La víspera se le administró un purgante, y poco antes de la operación varias enemas y luego el cloroformo. Acostado el enfermo con la mitad inferior de la pelvis fuera de la mesa, dos ayudantes apartaban y sostenían en flexión las extremidades inferiores y otro elevaba el escroto y sostenía con firmeza el catéter, de manera que su punta estuviese en la vejiga y la ranura en la dirección del rafe; el cirujano tenía el índice izquierdo en el recto y apoyada la uña en el vertice de la pró-

tata, con el objeto ya expresado, y con el bisturí en la mano derecha incindió la piel y los tejidos profundos siguiendo una línea equidistante del recto y de la uretra hasta alcanzar la porción membranosa, indicada por el tacto rectal, que abrió en la extensión de un centímetro. Al llegar á este punto introdujo el litotomo doble, que condujo á la vejiga hasta tocar la terminación de la ranura del catéter, retiró este y luego el litotomo abierto produciendo una incisión prostática bilateral de 15 milímetros, suficiente para este caso, que así había sido graduado antes de introducirlo.

Seguidamente con la uña del índice y unas pinzas estrechas desprendió el cálculo, que estaba muy adherido á las paredes de la celdilla que lo contenía, varias costras salinas pegadas á los puntos más hirsutos de la mucosa y residuos de la litotricia depositados en el fondo de las células vesicales.

Hízose luego el lavado de la vejiga con agua debilmente fenicada y el aparato de Biglow, se colocó un grueso tubo de goma en la herida y se acostó al enfermo en una cama á propósito, que consiste en un doble plano inclinable y descomponible en dos partes para hacer las curas, y que por la línea de unión permite la salida de los líquidos sin que se mojen las ropas, los cuales son recogidos en una vasija colocada debajo, que contiene agua fenicada.

En los días sucesivos se hicieron lavatorios por el tubo, que fué retirado definitivamente al noveno, y entonces sobrevino una cistitis con hipertermia de 40.º que duró dos días, cuando la temperatura no había pasado de 37,º 5 hasta este día.

Pronto cicatrizó la herida, y se continuaron por temporadas los lavatorios, mas una serie de recrudescencias de la cistitis y de epididimitis, cada vez menos intensas, le sostuvo largo tiempo en cama, que abandonó al término de 4 meses en un estado satisfactorio.

Diremos, por fin, que el cálculo tenía las dimensiones y composición atrás indicadas.

Al *segundo enfermo*, número 16, le operó el profesor por su procedimiento de la talla prerrectal lateralizada y con los cuidados anteriormente descritos. Como el cálculo era sumamente friable, se fracturó en el momento de cogerlo con las

tenacillas, del cual se extrajeron varios fragmentos y se lavó la vejiga; con la compresión dígito-rectal fué cohibida fácilmente una hemorragia profunda, y después se le colocó el tubo.

Al décimo día se le retiró este y se hizo por la herida un reconocimiento minucioso de la vejiga, en el que se extrajo un fragmento que pesaba 7 gramos.

La herida cicatrizó luego, pero el enfermo reclamaba un remedio seguro para curar la almorra que, siempre fuera, no le dejaba un momento de reposo, la cual curó radicalmente con tres inyecciones de glicerina fenicada al 20 por 100, hechas con la jeringuita de Pravaz.

Pasados dos meses, volvió á sentir molestias en la vejiga parecidas á las primeras del cálculo, y se hizo una exploración, en la que se descubrió otro *cálculo de un centímetro*, que fué desecho, después de dilatar la uretra, con el litotritor de ramas delgadas.

Otro mes más continuó el operado en la enfermería lavándose continuamente la vejiga, y viéndose bien, se retiró á su casa, en la que sigue sin novedad.

Hemos visto el instrumental que en estos casos se empleó y que es suficiente, por mas que ha sufrido importantes modificaciones. Diremos, pues, que al cateter corvo sustituyen algunos cirujanos el acodado de Buchanam ó el de dardo de Corradi; al litotomo, el bisturí de botón, el gorgere de Hawkin ó el cuchillete de Corradi; á las tenacillas ordinarias, las de Mathieu, que tienen una de las ramas giratorias que se adopta y desliza sobre la opuesta arrastrando por sí sola el cálculo; y, por último, Mascaro de Tunis ha modificado el litotomo de Fray Cosme dejando descubierta la mitad del ancho de la terminación de la hoja cortante.



Clínica Quirúrgica de Mujeres.



## CLÍNICA QUIRURGICA DE MUJERES.

---

### CASO 1.º

## Escrofulosis

---

CAMA, NUM. 4. N. de 12 años, pordiosera, linfática y de escaso desarrollo.

Desde los primeros años de su vida viene padeciendo infartos y supuraciones de los ganglios linfáticos del cuello, mas durante los cuatro últimos meses vió que sucesivamente le aparecieron una flegmasía del borde gingival inferior correspondiente á los incisivos, el flujo catamenial, nuevos ganglios inflamados y una úlcera en el borde libre del ala izquierda de la nariz.

Entra en el Hospital, y se la observa en el mes de Octubre de 83. Presenta, en efecto, en las líneas ganglionares que siguen la dirección de los músculos esterno-cleido-mastoideos y en la sub-maxilar varias cicatrices lívidas y umbilicadas, y tumefactos algunos ganglios; otros, en diferentes grados de reblandecimiento y cubiertos de una piel adelgazada, adherida y de color rojo poco intenso; y los más, ulcerados y con trayectos fistulosos que pasan de uno á otro por debajo de una piel flácida y poco sensible, cuya existencia se demuestra por medio del estilete y de inyecciones, quedando de los ganglios arruinados endurecimientos nucleados. Sale de estos ganglios ulcerados pus suelto y pálido al principio, caseoso después, y por último se parece á una disolución amarillenta de goma. La mucosa que reviste el borde alveolar de los incisivos inferiores está tumefacta y fungosa y sobre ella oscilan los dien-

tes, los que han abandonado sus cavidades hasta el punto de colocar sus raíces al nivel de las coronas molares; el estilete atraviesa sin resistencia la masa vegetante y la parte superior del borde maxilar. El ala izquierda de la nariz está escotada en la parte media de su borde y cubierto este de una pústula flisácea que, tan luego como se la desprende, deja ver una úlcera sembrada de granulaciones amarillentas sobre fondo pálido y rodeado de un círculo rojizo. Verifícase con regularidad el flujo menstrual, quizá demasiado abundante, y no se presentan fenómenos de lesiones viscerales.

Este caso, sin embargo de que no tiene los caracteres típicos del hábito de la escrofulosis ni erética, tan bién descritos por Constatt, ofrece claras manifestaciones de un organismo degradado, que arranca tal vez de sus progenitores, donde el vicio morboso brota exuberante con formas cada vez más graves, durante una época en la que la vida orgánica adquiere el mayor grado de actividad, y suelen por esta razón desaparecer ó aplazarse los padecimientos que se desarrollan con la miseria de los tejidos. Bién es verdad que el flujo catamenial, que anuncia en esta niña una pubertad precoz, no se halla apoyado en las condiciones que indican una aptitud sólida para la procreación, por el contrario, constituye una vertiente por donde se derraman materiales que debieran invertirse en la reparación de un organismo poco medrado. Vense aquí, pues, las manifestaciones propias de las enfermedades constitucionales, que con mano magistral describe el eminente clínico M. Bazin. En efecto, *lesiones poco profundas al principio*, como fueron las de la exhibición del mal, *tenaces y centrípetas por fin*, que los son por cierto las formas luposas de la nariz y de las encias: he ahí los caracteres actuales de esta *escrofulosis*. Y se puede asegurar que en el transcurso de la evolución del mal no faltarán períodos más borrascosos, que den al traste con porciones del esqueleto ó del sistema visceral. Aún cuando consiguiese esta niña prolongar su vida enteca, que es muy hipotético, ni con esto en la vejez estaría libre de su padecimiento, que, cual espada de Damocles, pende continuamente sobre su cabeza, puesto que la clínica enseña que la *escrófula* no respeta las edades, y así lo ha demostrado Demoulin; sí bien se presenta

con más frecuencia durante los siete primeros años de la vida.

Asegura Hufeland que: la mala alimentación, el aire viciado, la luz escasa y la falta de ejercicio y de abrigo hacen fatalmente escrofuloso el organismo del niño más robusto. Este aserto no encierra una verdad absoluta, más no cabe duda en que estas causas ocupan el primer lugar de la etiología de la escrófula, la cual, á la manera de los hongos, prevalece con especialidad en medio de la inmundicia, de la falta de luz y de la ventilación; pero necesita, además, del mismo modo que esta criptógama, una semilla, que, en cuanto á ella está representada por su organismo pasivo y a propósito para que en él se arraiguen las inflamaciones crónicas con todo el séquito de las alteraciones regresivas.

Por muy buenas que fuesen las condiciones de los hospitales generales, no satisfacen cuando se trata de la terapéutica de los escrofulosos, los que tan sólo deben permanecer en estos establecimientos en los casos que tengan que sujetarse á un tratamiento quirúrgico impracticable en sus domicilios. Sin embargo de esto, se cuidará de que la enfermita disfrute de tan buenas condiciones higiénicas, cuanto sea posible dentro del Establecimiento. Además, se le administrará el aceite de hígado de bacalao mezclado con el jarabe de yoburo ferroso al mismo tiempo que las comidas y en la cantidad que toleren los órganos de la digestión; se le lavarán las úlceras é inyectarán los trayectos fistulosos con agua fenicada, curando despues las del cuello con una pomada compuesta de vaselina y aceite de enebro ó de hígado de bacalao, y la de la nariz con el mismo escipiente y el precipitado rojo en la proporción del 3 por 100; y, finalmente, se harán la excisión de las vegetaciones de la boca y aplicaciones del cilindro de nitrato de plata. Durante el curso de la enfermedad razones habrá para modificar este tratamiento, pero se ha de tener presente que el fin terapéutico se reduce á vigorizar el organismo é imprimir á las lesiones mayor grado de actividad que el que presenta. En tiempo oportuno le con vendrán los baños frescos clorurados sódicos y aún las abluciones frescas de agua común seguidas del ejercicio necesario para provocar una reacción moderada.

Permaneció la enferma bajo el tratamiento establecido por

el espacio de cinco semanas, al término de las cuales pasó á otra sala, habiendo conseguido alguna mejoría.

## CASO 2.º

# Ectima

---

CAMA, NÚM. 13. N. de 25 años, soltera, labradora, padece una leve dismenorrea y un tinte linfático matiza su organismo bien conformado y nutrido.

Hace tres años que, al terminar una fiebre de corta duración, observó que en la pierna izquierda se le presentaban algunas placas rojas, y que del centro de estas brotaban sendas flictenas, las que en los primeros momentos contenían un líquido cetrino, que luego se tornaba en pus, y se aplanaban al mismo tiempo que su contenido se hacía más espeso hasta el punto de convertirse en una pústula oscura. Cuando intempestivamente se rasgaban las flictenas ó se desprendían las pústulas, aparecían úlceras de la piel redondeadas, de fondo agrisado y con bordes lisos y cortados á pico, cuyo exudado siruposo se adhería á los confines de las úlceras y formaban pústulas que convergían hácia su centro, progresando por debajo de ellas la ulceración.

Ya nó las flictenas, más si la rebeldía de las úlceras obligó á la enferma á pasar en el siguiente año al Hospital, donde permaneció cinco semanas y obtuvo la cicatrización, quedando de esta indelebles vestigios.

Con los caracteres descritos hace meses que reapareció el mal en la misma extremidad y en los puntos próximos á las cicatrices, sin que le precediera ningun estado febril, y nuevamente entra la enferma en el hospital, en el mes de Octubre de 83.

Tan genuinos son los fenómenos de esta dermatosis, que la evidencian. En efecto, la forma y cambios del contenido de las flictenas, la ulceración, del dermis y la flogosis circunstante, y, en dos palabras, la *flisación y desarrollo* bastan para establecer el diagnóstico de la especie nosodérmica. Respecto á la variedad que á esta se refiere, la erupción ofrece dos formas: es la primera *pseudoxantemática ó crítica*, por cuánto el procesó febril que la precedió agotóse con un brote poco grave y nada contagioso; la segunda ajústase con dificultad á cualquiera de las variedades establecidas del ectima. No obstante, el conmemorativo y condiciones orgánicas de la enferma ponen de relieve la cronicidad é índole escrufulosa del mal. Debe temerse, pues, que no sea esta la última manifestación, y aún que el padecimiento tome formas más graves, andando el tiempo, y que se fije en órganos menos tolerantes. Por esta vez, sin embargo, la dolencia pronto desaparecerá, porque su persistencia está sin duda sostenida por circunstancias no convenientes, que ante todo se há de eliminarlas.

Aire puro, buena alimentación y medio gramo de yoduro ferroso, administrado todos los días juntamente con las comidas, deben de mejorar el estado general, miéntras que la parte enferma exige reposo, limpieza y alguna aplicación antiséptica y estimulante.

Puesto en práctica el tratamiento indicado, la enferma consiguió la cicatrización en el transcurso de un mes, á cuyo término regresó á su casa.

### CASO 3.º

## Glándula mamaria.--Error posible de diagnóstico.

CAMA, NÚM. 1. N. de 29 años, casada y de regular constitución.

Padeció en la niñez un eccema de la pierna izquierda, que le desapareció á los 14 años, al mismo tiempo que se le presentaba

la menstruación. Esta ha seguido su curso con regularidad, pero siempre precedida de dolores útero-ovaricos y tumefacción dolorosa de las mamas. Dos años hace que contrajo matrimonio, no ha tenido familia, y desde entonces ha observado un enflaquecimiento progresivo, cuando antes estaba bien nutrida y gruesa, y, de pocos meses á esta parte, nota que en las glándulas mamarias se le presentan varios tumorcitos, más pronunciados en la del lado izquierdo. Consúltase con algunos médicos, y cada uno le dispone el tratamiento que le parece más eficaz para exterminar el supuesto padecimiento, el que por su rebeldía obliga á la paciente á ingresar en el Hospital, profundamente alarmada.

Se la examina en los primeros días del mes de Octubre. Está pálida y enjuta de cuerpo, no obstante de alimentarse regularmente y no sentir fenómenos dispépsicos ni sed; no existen síntomas de padecimiento del aparato respiratorio ni del circulatorio, prescindiendo de un suave ruido presistólico de fuelle, apreciable al nivel de la punta del corazón, que más bien parece depender de un estado discrásico, que de lesión mitral; el cuello uterino está poco desarrollado y muy reducido el diámetro de su cavidad, y, sin embargo, la cavidad total del útero mide siete centímetros. Las mamas no presentan á la simple vista alteración alguna, pero, comprimiéndolas sobre la pared torácica, se observa que toda la masa glandular tiene mayor consistencia que la normal, y parece estar formada de una serie de colinas convergentes hácia el pezón, cuya base ó parte gruesa corresponde á los límites del parénquima, y su vértice á este órgano, el cual tiene los caracteres normales; hundimientos ó surcos profundos de tejido suelto separan tales eminencias, á las que se puede imprimir algún movimiento por estas líneas de unión. Estas particularidades se aprecian mejor colocando el órgano entre las dos manos.—No rezuman los pezones, aún cuando se expriman las glándulas; tampoco existe dolor espontáneo, ni aumento de sensibilidad.

Si recordamos ahora el rápido enflaquecimiento de esta mujer, las hiperemias que periodicamente se le presentan en las mamas, y la falta de caracteres del orden tumoral, queda el convencimiento de que el excesivo consumo del tejido adiposo que reviste las glándulas y separa sus lóbulos, y la infartación pe-

riódica son las causas legítimas del estado excepcional de estos órganos, y corrobora este juicio el que el infarto se minorra en la proporción en que se aleja del flujo catamenial, lo cual nos hace creer que terminada la vida genésica, habrá de borrarse esta irregularidad. No es extraño, sin embargo, que se haya dado á este caso la desgraciada importancia que tiene el mayor número de las neoplasias de las mamas, porque con frecuencia se tiene conocimiento de que se cometen semejantes errores, y de ellos hacen mención varios autores, muy especialmente Velpeau, M. A. Berard y E. Follin.

Pasando á otros puntos de la historia, que prometen más valor terapéutico, debemos fijar nuestra atención en el estado general de esta enferma y en la dismenorrea que tanto la molesta. No se hallan en los órganos los motivos que deterioran su organismo, pertenecen, por el contrario, al dominio del alma, pues una pesadumbre continua, cuya causa manifiesta bajo reserva, agravada por la preocupación que el estado de los pechos le infundía, oprime su espíritu, y es muy abonada, por cierto, para arruinar el cuerpo. No nos incumbe á nosotros la medicación psíquica de este caso, y si, tan sólo entonar el organismo por medio de los medicamentos tónicos y ferruginosos.

El escaso desarrollo del cuello uterino, la angostura de su cavidad y la excesiva amplitud de la del cuerpo del útero prueban suficientemente que es mecánica la causa de la dismenorrea, y que se habrá de tratarla dilatando la cavidad del cuello por medio de las incisiones, puesto que otros procedimientos mecánicos no suministran resultados eficaces.—Para esto se introduce un tallo de laminaria, y se lo retira despues de algunas horas, é inmediatamente se practican con un metrotomo dos incisiones laterales tan extensas como la cavidad del cuello, y se las termina en la parte vaginal con las tijeras de Kuchenmeister.—Para contener la hemorragia basta comunmente una esponja mojada en la solución normal de percloruro de hierro.

Tan pronto la enferma se convence de que no existe lesión tumoral de las mamas, quiere regresar á su casa, negándose á todo otro tratamiento.

CASO 4.º

## Cistoma seroso unilocular de la mama.

CAMA, NÚM. 4 N., de 36 años, soltera y de regular constitución.

Esta enferma, que carece de antecedentes patológicos hereditarios en relación con su enfermedad, padeció el sarampión en la infancia, y á la edad de 11 años una adenitis en la axila izquierda, que dió lugar á un absceso.

A los 15 años empezó la función menstrual, la que no sufrió trastorno apreciable hasta los 36 años, en cuya época se hizo ménos abundante el flujo, coincidiendo con esto la existencia de fenómenos dispépsicos, y procesos flogísticos como anginas y flemones de la cara, los cuales ofrecían una periodicidad muy regular en armonía con el flujo catamenial.

Hace 2 meses notó, al siguiente día de haber recibido un golpe en la mama izquierda, un pequeño tumor, que en la actualidad adquiere la magnitud y forma de un huevo de gallina, el cual ofrece su diámetro mayor dirigido de arriba abajo y de adentro afuera; es duro, aunque parece observarse una ligera fluctuación, movible con la glándula é indolente desde su origen; conservan los tejidos circunvecinos sus caracteres de normalidad, á no ser los conductos galactoforos que guardan relación directa con el tumor, que se hallan algo endurecidos.

La incertidumbre que arrojan los caracteres diferenciales de este proceso morboso para poder precisar su naturaleza no permiten emitir un diagnóstico decisivo.

Sin embargo, sabemos que los *quistes serosos*, de etiología muy oscura, suelen referirse á contusiones del órgano y á desordenes de la función menstrual, y como quiera que estas dos circunstancias concurren en esta enferma, y los síntomas concuerdan á este padecimiento bien podría tratarse del él.

No obstante, por su desarrollo, forma, consistencia, edad, etc., puede sospecharse en la existencia de un *adeno-sarcoma*, y quizá de un *carcinoma* en el principio de su desarrollo.

Estos motivos dieron lugar á que antes de proceder á su extirpación «prévia anestesia» se practicase una incisión profunda en la línea de su eje mayor.

En efecto, resultó ser un *quiste seroso unilocular*, cuyo contenido líquido era de color paja y perfectamente transparente, así como su pared sero-fibrosa, gruesa y dura estaba confundida con los tejidos limítrofes.

Tales caracteres, la esclerosis del tejido conjuntivo interlobular que rodeaba el tumor y la semejanza que presentan los tumores de la mama al principio de su evolución, han sido motivos suficientes para formular un diagnóstico dudoso.

La composición del líquido y la estructura de las paredes excluyen el quiste prógeno glandular, de la misma manera que la falta completa de elementos de la sangre no permiten asignarle el carácter hemático. Es dudoso, además, que el traumatismo fuese su causa, pues parece muy corto el espacio de dos meses para que durante su transcurso se haya organizado una pared tan gruesa sin ocasionar molestia alguna. De cualquiera manera, el quiste se desarrolló en medio del tejido conjuntivo, por lo que debe llevar el nombre de *cistoma* ó *quiste neógeno interlobular*.

Después de practicar la incisión dicha y de evacuar el líquido, se extirpó la mayor parte de la pared, se hizo la sutura profunda, y se terminó por la cura de Lister, dejando un tubo de desagüe. Al cuarto día se levanta el apósito, y aparece una erupción eczematosa leve, y la herida con buen aspecto. Se cura aquella en breve tiempo con el empleo de: manteca dulce, 30 gramos, precipitado blanco, 3 id; se retira el tubo y la herida se cierra inmediatamente á expensas de una cicatrización sólida. No tuvo ascenso térmico.

## CASO 5.º 6.º y 7.º

# Lúpus.

---

Ocupan respectivamente los números 2-3 y 11 tres enfermas de lúpus.

La primera tiene 50 años, baja estatura, temperamento linfático y constitución endeble. Hace 5 meses que observó la aparición de un granito en la parte media del lóbulo de la nariz, que crece desde el principio y le molesta. Hoy tiene el tamaño de medio garbanzo, es lívido, fungoso y sensible, y le cubre una escama, que oculta una ulcercita; la piel que le rodea está engrosada, algo roja y sembrada de eminencias miliares blandas y amarrotadas, las que se esparcen en menor número por la piel de las alas de la nariz, que parece no tener otra alteración.

La segunda de 21 años, es escrofulosa. Al cumplir 14 años se le formó en el lado izquierdo de la nariz un nudo duro é indoloro, que despues de algunos días se ulceró y cicatrizó. Pasados ocho más, otro igual se desarrolló en el lado derecho del mismo órgano, que obligó á la enferma á entrar en el Hospital para obtener la curación. Al término de dos años se reulceraron las cicatrices, sobrevino la viruela y curó con esta. Por último, ha recibido un golpe en la nariz, se destruyen las cicatrices, se presentan nuevas úlceras en las mejillas, todas se confunden, y el proceso devastador arruina los tejidos blandos del centro de la cara, penetra en las fosas nasales, boca y faringe, que convierte en una extensa cloaca, donde se consume el último átomo vital de esta desgraciada. Parece que una hermana, tambien escrofulosa, padeció un lúpus de la nariz, cuya terminación se desconoce. Actualmente dichas partes ofrecen el cuadro siguiente: úlceras grisáceas que segregan pus sero-mucoso y sanguinolento, hun-

didas en medio de tejidos tumefactos, rojizos y sensibles; bridas y retracciones cicatriciales entremezcladas con fungosidades y con tubérculos en diferentes grados de desarrollo; desaparición del esqueleto de las fosas nasales, de la bóveda de la boca y del velo palatino; y, por fin, a'onia, disfagia y accesos de tos y de dispnea. Un olor fétido y nauseabundo se desprende de esta vasta destrucción, no obstante la esmerada limpieza. Existe, también, periostitis de los metacarpianos de la mano derecha.

Cuenta la tercera 24 años, es labradora, linfática y padece desarreglos menstruales por escasez. En el año 79 le empezó el padecimiento por engrosamiento y descamación del ala derecha de la nariz; aunque otras alteraciones más debió sentir en su cara, de que no hizo aprecio. Ahora la piel del rostro está engrosada y moreno-rojiza hasta los límites de éste, donde va perdiendo tales caracteres; multitud de depresiones puntiformes y de elevaciones parecidas á granos de polvora, correspondientes todas á las embocaduras de las glándulas sebáceas, pueblan la piel; y sobre el lóbulo y alas de la nariz, punto donde la piel está más alterada, se ven algunas papilas del tamaño de un canamón y del color de las heces del vino, de las cuales se han ulcerado las correspondientes al borde del ala izquierda, resultando una pequeña escotadura. La mucosa de la nariz algo también se ha engrosado, y segrega un moco que se convierte en pústulas delgadas y oscuras, que al desprenderse la dejan desprovista del epitelio; la de los labios y de las encias se presenta aplomada, y los dientes se mueven un tanto.

En todas estas enfermas hay un fondo común orgánico sobre el que se destacan sus padecimientos. En la segunda y la tercera, jóvenes aún y selladas por la escrofulosis, ofrecen tipos correctos de las escrofulides malignas, que toman en la una las formas de *típus tuberoso*, *tuberculoso* y *voraz*, sucesivamente; mientras que en la otra van precedidas del *acné punteado y rosáceo*, que de grado en grado se convierte en *lúpus tubérculo-ulceroso*. La edad de la primera mujer, la aparición del mal en la época de la menopausia y su organismo flojo, pero sin estigma diatésico, hacen que su padecimiento sea más neoplasmático y limitado, y que adquiera carácter *cancroideo*, muy propio del período del decremento orgánico; hecho ya observado por Esmarch, Thiersch, Volkmann y otros clínicos.

Los tres casos expuestos, sin embargo de muchos otros que restan en las enfermerías, prueban bastante cuán vago es el concepto de *lúpus* para determinar una especie morbosa. Se empieza por rodearlo de un vocabulario de sinónimos, que, no obstante, significan muy distintas cosas; quién lo aplica tan sólo á lesiones locales bien definidas con su tratamiento ectrópico (Volkmann;) quién opina que siempre es manifestación maligna de la escrófula; quién, del herpes; para muchos es representante de varias enfermedades constitucionales, y con tal pretexto agotan todo un sistema taxonómico; y, por último, se lo vé esparcido por los tratados de dermatología, de oncología, etc. A la anatomía patológica toca iluminar este campo oscuro de la patología. En efecto, según las observaciones de E. Lang, R. Thoma, Bizzozero y otros histólogos, las alteraciones lupusas son debidas á la aglomeración de pequeños elementos *linfoideos* que se presentan primeramente inmediatos al dérmis alrededor de la túnica de tejido conjuntivo denso de los vasos sanguíneos y de los linfáticos, é invaden luego el tejido conjuntivo intersticial, los bulbos pilosos y las glándulas de la piel y de las mucosas, distribuyéndose con más ó menos irregularidad. Tal acúmulo de elementos hipertrofia unos órganos ó tejidos, deforma otros, y por remate las reduce á una masa regresiva, que sólo podrá ser sustituida por tejido conjuntivo cicatricial. Cuando la neoplasia se fija en órganos inclinados á otras alteraciones, las activa y complica. La proliferación luposa puede agotarse en una sola etapa con ulceración ó sin ella, y esto es lo que se intenta en la terapéutica; pero, con intervalos más ó ménos largos ó sin interrupción, ordinariamente sigue una marcha progresiva. Nada hay, pues, en la neoplasia luposa que nos revele su pertenencia exclusiva de tal ó cual enfermedad, ni aún que ésta sea local ó general. De aquí procede la diversidad de opiniones sobre el significado clínico que se le atribuye; mas así los fenómenos anatómicos como los clínicos caracterizan el proceso luposo, haciendo accesible el diagnóstico, pues mientras que los primeros consisten en la formación y regresión sucesivas del tejido conjuntivo y vascular, los segundos, á su vez, se manifiestan casi siempre en organismos que han sufrido menoscabo por oscilaciones destructivas y de reparación defectuosa, que ésta, aunque mínima, jamás falta en el lupus más voraz.

Basta lo dicho para comprender que ante todo se debe encaminar el tratamiento á corregir el vicio dominante en el organismo, y en segundo lugar á exterminar la neoplasia por los medios tópicos. A este fin se cuidará de inquirir cuál sea el elemento morbosó perturbador para tratarle por los medios más seguros, y hacer siempre las reparaciones orgánicas que sean posibles; localmente se ha empleado todo cuanto ha venido á mano, y en particular las sustancias cáusticas, los cauterios, el bisturí y el raspamiento. Es tan grande la confianza que inspira á Valkmann este último método, que, después de raspar con la cucharilla cortante y sobar con el cilindro cáustico un trozo de piel, no duda en aprovecharlo para hacer reparaciones autoplásticas; solamente fabricando un lúpus *exprofeso* para este tratamiento, es como se podría dominarlo siempre hasta tal punto. Algunas veces una inflamación intercurrente de la piel, como la erisipela ó la viruela, cura el lúpus que se resiste al tratamiento más enérgico, á la manera que pasó con la segunda enferma, y en otros casos desaparece espontáneamente después de tratado en vano largo tiempo; si bien es verdad que si no se conoce con perfección la virtud de los medicamentos que se manejan, ni se aprecian con exactitud las modificaciones lesionales, fácil es incurrir en trascendentales errores de pronóstico, creyendo lejana la curación que está próxima, pero que no se le deja manifestarse. Haciendo ahora aplicación de este criterio á los tres casos prácticos, desde luego que en el primero el tratamiento será más acentuadamente local, y á este efecto se extirpará con el bisturí la tuberosidad del lóbulo nasal, se escarificarán los tubérculos diseminados, y se tocarán después las superficies cruentas con el cilindro de potasa cáustica. Con el segundo se han empleado inútilmente muchas cosas durante el largo tiempo de su enfermedad, y hoy sólo cabe mitigar las molestias de su triste estado; y en cuanto á la tercera enferma, convendrá administrarle el aceite de hígado de bacalao mezclado con el jarabe de yoduro ferroso, practicar el raspamiento de la superficie lupusa hasta que se toque la parte sana, seguido de la cauterización con el expresado cilindro, lavar mañana y noche la piel acneica con el jabón de potasa, y, finalmente colulorios con el glicerolado

de tanino. Con este tratamiento ha curado la primera enferma, y la segunda regresó muy mejorada á su casa poco después de empezarlo.

## CASO 8.º

# Cáncer de la mama.

CAMA, NÚM. 9. En el día de hoy—6 de Octubre de 83—se presenta en la sala una mujer de 50 años, soltera, labradora y de buena constitución. Cuando tenía 15 años y el desarrollo propio de la pubertad, le aparece el período catamenial, que siguió con algunas irregularidades hasta los 49. Poco después se encuentra con un pequeño tumor en la glándula mamaria del lado derecho, el que ha progresado sin interrupción, al par que algunos pinchazos, cada paso más frecuentes, acrecientan sus molestias.

Del exámen retrospectivo no se infiere dato alguno importante. A la glándula enferma se asoma una eminencia que la deforma, por debajo de la cual se hunde el pezón; la piel que la cubre se torna pálida y un tanto lustrosa, y en su derredor no se observan manchas ni alteraciones profundas. El tumor es duro y abollado, está incrustado en el órgano, con el cual se confunde, no se adhiere á los tejidos submamarios, por su parte más saliente se apodera del tejido adiposo subcutáneo, dejando libre el dermis, y atrae y sujeta con fuerza el pezón, por donde se escurre una gotilla de líquido, parecido á la cola de carpinteros, cuando se comprime el tumor; si el reconocimiento se practica con alguna dureza, la enferma se queja, y queda en la piel una mancha roja, que dura algunas horas. Ningún fenómeno lesional ocurre en las vías linfáticas que proceden de la neoplasia, ni en el órgano homónimo.

Qué sea este tumor, no hay para qué decirlo: es maligno

*ex natura sua*, es un cáncer. En este concepto deponen la época en que se manifiesta, su crecimiento y consistencia, la manera en que se asimila los tejidos próximos, el dolor lancinante y los demás caracteres. No importa que dejen de figurar en esta representación morbosa los síntomas llamados de vecindad, tanto mejor para la terapéutica, porque se presentan con el período de la disgregación neoplasmática, y vienen las más de las veces á imponer su reto á la mano del cirujano. De estos hay algunos cuyo reto es absoluto, tales son las letálides, las que anuncian el más alto grado del esparcimiento canceroso y la cercana terminación de la vida. Esta palabra, *letálide*, ha sido introducida recientemente con el significado expuesto para las manifestaciones cutáneas, y fuera preferible la de *cancéride*, que expresa mejor el asiento y naturaleza del mal, á la manera de sífilide escrofulide, perpétide y otras.

Para resolver *à priori* cual sea la constitución anatómica de un tumor no bastan los hechos clínicos, los que, sin embargo, deciden en los más de los casos en el terreno terapéutico. Sálvase esta contradicción aparente al considerar que en la clínica se estudia el órgano en acción, que en la fisiología se asignan funciones diversas á varios elementos anatómicos del mismo orden, y que en la anatomía patológica no se admite la especificidad elemental, sostenida por Lebert. De ningún modo se quiere decir con esto que exista divorcio entre la clínica y la histología, sino, más bien, que cada una de ellas es insuficiente para despejar las incógnitas que á cada paso ofrece el organismo enfermo.

Queda dicho que el tumor es canceroso, ó, lo que es igual, esencialmente maligno, pues esta calidad no la habría perdido cualquiera que fuese la parte donde se hubiera establecido. Tomadas cómo sinónimas las palabras *cancer* y *carcinoma*, que así las quieren muchos patólogos, dificultades insuperables se verían diariamente en la práctica para diagnosticar estos tumores; mas si de estos referimos á la primera los que por su naturaleza son malignos, sin atender á las capas blastodérmicas de donde proceden los órganos en que asienten, y á la segunda aquellos que tienen la estructura alveolar y se desarrollan en los órganos originarios de las hojas epitélicas, resultará que la palabra *cancer* encierra una significación tan lata,

como conviene que sea en la clínica, y al mismo tiempo evitamos por el momento entrar en la disquisición de las teorías histológicas que versan sobre el *carcinoma*. Apesar de esto, como que los caracteres vitales de los tumores no pueden ser independientes de su estructura y que las investigaciones modernas van dando á conocer la relación existente entre aquellos y esta, se podrá sentar que en este caso se trata del *carcinoma*, ó sea, de la peor especie de los neoplasmas malignos. Si se admitiera que el exámen histológico de una porción mínima extraída de la parte enferma por medio de un trócar *ad hoc* fuese bastante para conocer la vitalidad y composición de toda la masa morbosa, fácil sería la prueba; pero tal exploración no es suficiente, y menos en el carcinoma, que más le caracteriza su órden arquitectónico que los materiales de que se componen.

Frecuentemente resulta ineficaz el tratamiento que se emplea en estos, por muy temprano que se empiece, pues el bisturí no es el imán que atraiga á sí todos los elementos morbosos, dejando sanos los órganos. Preciso se hace admitir, no obstante, que cuando se puede circunscribir el daño y el organismo en general permanece indemne, indicada está la intervención quirúrgica, so pena de renunciar á tan importante recurso en todos los casos de éxito dudoso. Así convendrá proceder en este caso, extirpando al efecto toda la glándula con el pezón y gran parte de la piel que la cubre, sin olvidarse de la anestesia general, del método antiséptico y del esmero en las curas de la manera que siempre se practican en esta clínica.

Réstannos algunas ligeras observaciones acerca de la parte técnica de la operación. La glándula mamaria se anida en un tejido conjuntivo denso, que la aísla de las partes inmediatas, y recibe de las arterias mamarias é intercostales el riego sanguíneo; la envoltura celular se borra y no sirve de guía al operador, cuando participa de la alteración glandular, y los vasos, en particular los venosos, adquieren más desarrollo. De aquí que el cirujano debe conducir el bisturí por entre los tejidos normales, y no detenerse ante los saltos de la sangre que siguen á las incisiones, siempre que hayan de desaparecer prosiguiendo la disección ó por la compresión

digital del ayudante. Durante los tres días siguientes á la operación osciló la temperatura entre 37.° 5 y 33.° 8 y bajó á 37.° desde el cuarto. En este día se levanta el apósito, aparece algún pus entre los bordes de la herida y esta pálida sin indicar la cicatrización. El ácido fénico, el nitrato de plata y el unguento digestivo no despejaron de la atonía á la parte, mas una mezcla de tintura de mirra y glicerina en partes iguales produjo con rapidez la cicatrización.

Por el exámen del tumor hecho á simple vista parece estar constituido por tejido fibroso de color ambarino, y en medio de él granulaciones miliares é islotes de tejido adiposo entremezclados con otros que figuraban acini glandulares. Con el microscopio se descubrió la estructura alveolar, constituida por un estroma fibroso y elástico y células poliformes y de varios tamaños.

## CASOS 9.° Y 10.°

# Tumores lagrimales con fístula.

---

CAMAS, números 12 y 17. Se presentan á nuestra observación dos mujeres. La primera —núm. 12— de 32 años, casada, bien nutrida y de robusta constitución, hace seis que tuvo una conjuntivitis catarral poco molesta, que ha dejado en pos de sí un lagrimeo incómodo por su persistencia. Poco después le aparece un pequeño tumor sobre el ángulo interno de los párpados, que desaparecía momentáneamente por la presión, saliendo por los puntos lagrimales un líquido sero-mucoso. Crece este tumor con lentitud y llega á inflamarse; la flogosis se extiende á la carúncula, conjuntiva, párpados, carrillo y parte superior de la nariz; se presentan fuertes dolores, y no es posible vaciarlo; y, por fin, formase un absceso, que

rompe la piel, y se establece una fístula. A partir de este momento, desciende la inflamación y se hace crónica, y el menstuo se suprime. En esta forma existe ahora la flegmasía, la que, aun cuando está más reducida, endurece los tejidos y da á los párpados tal rigidez, que sólo permite entreabrirlos. El estilete fino y el agua pasan sin dificultad por los dos puntos y conductos lagrimales, y esta se derrama en su mayor parte por la fístula colocada entre el reborde orbitario y el ligamento palpebral interno, saliendo el resto á la fosa nasal correspondiente.

La segunda enferma —núm. 17— de 21 años, soltera y muy linfática, hace poco más de un año que la inflamación le hizo conocer su padecimiento, el cual, del mismo modo que en el caso anterior, fué precedido de lagrimeo. Actualmente se observa en la región del saco lagrimal un tumor del tamaño y forma de una gruesa haba, de color rojo-oscuro y blando, el que, al comprimirlo, suelta moco-pus por los puntos lagrimales, la cual sustancia ensucia de continuo los párpados, los que además rebosan en lágrimas. En el medio del tumor existe una pequeña úlcera de bordes desprendidos, en cuyo fondo se anidan gruesos mamelones blandos y pálidos, que elevan la piel y constituyen la mayor parte de la eminencia; el estilete atraviesa esta masa vegetante hasta llegar al saco, apreciándose á la vez lesionado de caries el reborde orbitario. Cuando se comprime el saco lagrimal del lado derecho, salen por los puntos dos ó tres gotas sero-mucosas. Cierra el cuadro morbozo un coriza crónico, que produce la exulceración de varios puntos de la mucosa.

*Inflamación iniciativa. lagrimeo, tumor, flemón, absceso y fístula*, tales son las piezas del proceso morbozo que ahora estudiamos. *La inflamación iniciativa* está representada en el primer caso por la conjuntivitis; la que pasa por medio de los productos flogógenos á las vías lagrimales, donde se establece y desenvuelve; en el segundo, se propaga á los mismos conductos desde las fosas nasales afectas de coriza; en otros enfermos, la inflamación puede fijarse primitivamente en un punto cualquiera de las vías lagrimales, y es frecuente que con ella se manifieste un vicio ingénito de conformación, que algunas veces carece de todo signo exterior que lo re-

vele. Ya en estas, la mucosa inflamada obstruye el paso al líquido lagrimal, y queda establecida la *epífora*, la que del mismo se presentaría siempre que estuviesen desviados los puntos, ó que existiesen cuerpos extraños, polipos ó atresia de los conductos. Las sustancias flogógenas mezcladas con las lágrimas se estancan en el saco y lo dilatan; originando el *tumor*; mas si estos productos permanecen largo tiempo en el mismo sitio, se descomponen é inflaman los tejidos que tocan, ocasionando un *flemón* muy doloroso, como corresponde á la parte en que se desarrolla, se eleva y ulcera la piel que cubre al saco á impulsos de la flogosis y de los líquidos acumulados, y queda una *fístula* ó conducto, por donde han de verterse las lágrimas con el moco y el pus que arrastran en su corriente.

Cuando se recuerda lo que acontece á la uretra en los casos de estrechez, se observa un paralelismo completo entre los padecimientos inflamatorios de los conductos de las lágrimas y él de la orina, y, sin embargo, la diferencia del curso de los líquidos que por ellos circulan es causa de que el tratamiento varíe.

En efecto, si fuese posible evitar que la orina se detuviese tras de la estrechez, bien seguro que los flemones y las fístulas hubieran sido menos frecuentes, y curarian con facilidad suma, aun sin tocar á la estrechez; y esto es precisamente lo que se puede realizar en las vias lagrimales. Es creencia, aún, demasiado arraigada el atribuir todo lagrimeo, tumor y fístula, especialmente los dos últimos, á estrecheces situadas en el saco ó en el conducto nasal, y para darle fundamento científico los anatómicos han descrito válvulas, á que los fisiólogos han atribuido especialísimas funciones. Lógico era, pues que los cirujanos empleasen en la curación de todos estos casos el bisturí de Petit, que hundían en el saco al través de la piel para abrir un camino amplio á las lágrimas, y que luego dilataban por medio de gruesas cánulas ó catéteres ó con el sedal. Hoy los oculistas, que no dan igual importancia á estas estrecheces, admitiéndolas como casos escepcionales. han desterrado los procedimientos violentos; mas reconocen, sin embargo, que el ligamento palpebral interno es las más veces causa de estran-

gulación cuando existen flemones ó fístulas, y por lo mismo lo desbridan con el cuchillito de botón de Weber ó con el cuchillo de Stilling. La verdad es que al mejor tratamiento sigue con excesiva frecuencia un lagrimeo permanente, para el cual el Sr. Wecker aconseja la extirpación de la glandula lagrimal como único medio eficaz, mas esto mismo es una prueba concluyente de que no queda expedito el paso á las lágrimas.

El cirujano debe proponerse en primer término evitar que las lágrimas se detengan en el saco, y en segundo lugar cuidará de que pasen á las fosas nasales. Cuando solamente hubiere epífora, se verá si el obstaculo es de los puntos ó de los conductos lagrimales, ó si reside en el saco. En el último caso se debe practicar el cateterismo temporal por el conducto superior con la sonda núm. dos ó tres de Bowman durante algunas semanas, y á la vez se hacen inyecciones de agua y sul'ato de zinc en la proporción del 1 al 1 1/2 por 100 con la jeringuilla de Anel, teniendo cuidado de que el líquido salga goteando y no á chorro; si hubiese alguna dificultad en la introducción de estos instrumentos, se la haría desaparecer con pasar antes una vez el cuchillito de Weber hasta que se toque con su botón la pared ósea del saco y de manera que el corte mire al globo ocular sin imprimir al instrumento ningún movimiento lateral. Cuando existen flemones ó fístulas, no basta la dilatación tan sencilla, sino que se precisa incindir con el mismo cuchillito en la posición indicada todo el conducto hasta llegar al saco, de modo que este ha de quedar abierto en el seno de la carúncula; en esta sesión se hace el desbridamiento ó estricturotomía del ligamento palpebral interno con sólo la precaución de ponerlo tenso. Dos ó tres dias después de esta sencilla operación, se dará principio al cateterismo con los dichos números de Bowman, que se han de llevar hasta el fin del conducto nasal, y dejarlos colocados por un momento una vez cada dia. Habrá necesidad de ensayar á las enfermas en el manejo del catéter, pues, no debiendo permanecer largo tiempo en la enfermería, les será conveniente.

No ha de bastar sin duda el tratamiento indicado para conseguir la curación de la enferma núm. 17, pues el carácter

escrofuloso de la fístula y el catarro crónico de las fosas nasales demandan más. Para destruir las fungosidades y la caries del reborde orbitario se preferirá una flecha de la pasta escarótica de cloruro de zinc, porque su presencia y el desprendimiento de la escara deben producir una reacción reparativa. El coriza exige esmerada limpieza y aplicaciones de sustancias astringentes y desinfectantes, como el tanino, ácido fénico, clorato potásico y otras. Finalmente, para que el tratamiento de esta joven tenga más garantía de buen éxito, debe mejorarse su estado orgánico general, administrándole el yoduro ferroso ó el aceite de hígado con ron, aconsejarle la observancia de la higiene adecuada, y el uso de las aguas termales cloruradas sodicas en bebida y baños.

Estas enfermas han conseguido la curación de las fístulas con el tratamiento propuesto.

## CASO 11.

### Adenia.

---

(Veanse los casos 7.<sup>o</sup>-8.<sup>o</sup>-9.<sup>o</sup> y 10 de la Clínica Quirúrgica de Hombres.)

CAMA, núm. 9. N., de 36 años, casada, linfática y de constitución débil, vió por primera vez á la edad de 17 años su hemorragia menstrual, que continuó sin trastorno hasta hace poco tiempo, y ahora es irregular en cantidad y período, y la sangre más suelta y menos roja. Asegura que no tuvo padecimiento alguno anterior al actual, por mas que este aserto carece de importancia, pues que, con torpe intención ó por

ignorancia, es común á gran número de los enfermos de nuestras clínicas, aún en los casos incomprensibles sin antecedentes históricos.

Parece que hace tres años se le anunció la enfermedad por el infarto de un ganglio cervical superior del lado izquierdo, al cual han seguido otros, al par que todos ellos crecían progresiva y lentamente, causándole en temporadas alguna incomodidad.

Tiene esta enferma la palidez anémica y el conjunto de la vulneración morbosa. Desde la región parotídea á la clavícula se extiende una línea de ganglios linfáticos, tanto menos voluminosos cuanto más inferiores, depresibles, indoloros, sin fenómeno alguno flogístico, y su movilidad es relativa á la de los órganos circunstantes y á la resistencia del tejido conjuntivo que los envuelve. En la supraclavicular izquierda y en la pared interna de las axilas hay inartación linfática, aun cuando los ganglios no se destacan por un desarrollo exagerado, y en la anterior del muslo izquierdo pronúncianse varios tumorcitos subcutáneos, que presentan los caracteres lesionales de los ganglios alterados. Obsérvase también en las regiones epigástrica y mesogástrica cierto grado de tumefacción profunda perivertebral, y nada en el bazo ni en el hígado. El pulso es pequeño, frecuente (94) y algo irregular; oyesse el ruido áspero de fuello en el corazón, y suave en el trayecto de las gruesas arterias; y, por último, existen inapetencia, dispepsia y gran postración. Sin duda la sangre está profundamente alterada, la que no hemos reconocido, como tampoco la orina, porque la enferma pidió el alta, cuando menos se esperaba, a'armada con razón por habersele presentado en el cuello una erisipela de carácter ambulante, acompañada de catarro gástrico é intestinal intenso y temperatura de 39.° 5 á 41.° la cual habría de poner en grave peligro su vida, dada su escasa resistencia y puesto que es enfermedad reinante en la sala.

De lo expuesto se deduce claramente que esta mujer tiene una enfermedad general, que se manifiesta por idénticas lesiones del sistema linfático y del tejido conjuntivo, por la discrasia de la sangre y por trastornos del aparato de la digestión. Y como quiera que los caracteres del mal sean los

de la *adenia, anemia linfática, enfermedad de Hodgkin, pseu-  
doleucemia ó sarcoma generalizado*, que estos y otros más  
son sus nombres de pila, tal debe ser su diagnóstico; tan só-  
lo convendrá advertir que el último hubiera sido más ade-  
cuado á los casos en que el trastorno general depende del  
sarcoma idiopático y primitivamente regional.

La adenia es una afección, que, las más veces precedida  
ó seguida de leucemia, produce la hiperplasia de todos, del  
mayor número ó de algunos de los órganos hemopoéticos,  
como son el bazo, ganglios linfáticos, folículos de la mucosa  
intestinal, amígdalas, timo, cuerpo tiroides, cápsulas supra-  
renales, médula ósea y el tejido conjuntivo; extingue las  
fuerzas del organismo, y al fin causa de ordinario la muer-  
te. No es cuestión resuelta si la leucemia y la adenia son  
variedades de una misma patogenia ó afecciones distintas, por  
cuanto la una puede existir con independencia de la otra;  
y dada su coexistencia, tampoco se conoce mejor cuál sea  
su filiación. pues que no siempre se suceden en el mismo  
orden histórico. Parece que del examen de las alteracio-  
nes de la sangre y de la función hemopoética debie-  
ran deducirse conocimientos más precisos, pero también  
aquí aparecen hechos contradictorios, derivados de las opues-  
tas teorías de la histogénesis. La disminución de los glóbulos  
sanguíneos y la desproporción entre los mismos son los datos  
más característicos de la hematonosis en que los histologis-  
tas se han fijado con especialidad. Mientras que por término  
medio hay en el hombre adulto un leucocito por 628 hematíes  
(Wilbouchewitch) y muy raros globulinos, en la leucemia  
aumenta extraordinariamente el número de los glóbulos ena-  
nos, y el de los blancos puede duplicar el de los rojos (Robin);  
considerase no obstante leucémica la sangre que tuviere un  
leucocito por 250 hematíes. Desde Donné gran número de  
histólogos atribuyen á los órganos hemogenéticos la forma-  
ción de los leucocitos, y al bazo el poder transformarlos en  
hematíes, y, por consiguiente, hacen depender la discrasia  
de las alteraciones de los mismos. Tales deducciones no de-  
ben ser concluyentes, una vez que la hemopatía puede prece-  
der á la adenia; y aun no presentarse en esta la leucocitosis;  
por otra parte, observando Robin que la bilis no disuelve los

leucocitos del bazo ni las células de la médula ósea, y que la de los ganglios no tienen expansiones sarcólicas ni movimientos amiboideos, como tampoco por el ácido acético se descubren en ellas núcleos, ha concluido contra la identidad de estos elementos con los glóbulos sanguíneos, que no presentan semejantes caracteres. Esto mismo vienen á confirmar los experimentos de esplenotomía hechos por Legros, por los que ha visto que la falta del bazo no influye en la leucocitosis, así como los de Zarchanow y de Swaen, quienes no han notado mayor número de leucocitos en la sangre venosa que en la arterial de esta víscera. Mas si la alteración globular de la sangre ofrece interés sumo, no por esto carece de importancia la de las restantes partes del mismo líquido, pues, cuando menos, descendiendo su densidad, se modifica el estado molecular de la fibrina (Isambert) y se forman cristales de sustancias, mal determinadas aún, (Zenker). Como defectuosas deben de admitirse las hipótesis que en tales trabajos se apoyan, porque los elementos figurados cambian de forma y composición en la manera que varían de funciones, y á más de esto, la falta funcional de un órgano es á menudo sustituida por un grado mayor de energía de los órganos congéneres. Así pues, es más discreto suponer que tanto la leucemia como la adenia sean manifestaciones, coetáneas ó nó, de una misma enfermedad, cuya patogenia nos es desconocida, la cual, de igual modo que tantas otras, no se rebela siempre por la totalidad de su representación morbosa. Bien se infiere de lo dicho que á nuestra enferma le espera, en el orden natural de la evolución del padecimiento, el período más desastroso. En efecto, el progreso de las alteraciones llegará á incapacitar las vísceras para el desempeño de sus funciones, al mismo tiempo que la nosohemia se ha de pronunciar más cada vez, de donde resultarán disnea, apepsia, diarrea, postración extrema y, por último la asistolía.

Ínterin la enferma permaneció en la sala, tomaba el yoduro potásico y se le aplicaba al cuello una pomada yodurada.

CASO 12.

## Taxis y desbridamiento de hernias crurales.

---

CAMA, NÚM. 9. N., de cincuenta años, sirvienta, nerviosa, mal nutrida, de constitución delicada y madre de una niña achacosa, refiere que, efecto de fatigas y de esfuerzos superiores á su resistencia orgánica, hace siete años que viene observando en puntos simétricos de las dos ingles una tumorosidad poco molesta y reducible con ruido de gorgoteo hasta de un año á esta parte que, por habersele inflamado, tuvo que permanecer en cama durante algunos días; pero desde entonces jamás ha podido conseguir la reducción completa, y la frecuencia de los dolores la obligaban á guardar reposo por algún tiempo. En el día 7 de Noviembre reaparecen estos en el lado izquierdo, é inmediatamente se presentan vómitos de sustancias contenidas en el estómago, seguidos muy pronto de materias fecaloideas, y entre tanto el tumor crecía y hacíase muy sensible; al siguiente día la enferma observa idénticos fenómenos en el lado derecho. En tal estado se aplica cataplasmas emolientes, unturas diversas, se pone enemas, se intenta la taxis por el facultativo de asistencia, se le administran purgantes y toma el opio, mas todo inútilmente; por el contrario, los vómitos fecaloideos se hacen más frecuentes y la postración aumenta. En esta situación se resuelve la enferma á que la trasladen al Hospital, donde entra al tercer día conducida en brazos, y pasa directamente al anfiteatro de operaciones,

M.—4.

Su cuerpo estaba pálido y frío, marcaba el termómetro 36.º y el pulso era frecuente y pequeño, 94 pulsaciones. La tumoresidad del lado derecho, que tenía la forma y volumen de un huevo de gallina algo aplastado, ocupaba la región inguino-crural, y su diámetro mayor y medio era paralelo al pliegue de la ingle, y colocado un centímetro más bajo que el ligamento de Poupart; su consistencia era blanda sin fluctuación y claro el sonido. En el lado izquierdo existían, además, fenómenos inflamatorios, mucha tensión y fluctuación muy limitada.

La hernia crural, frecuente en la mujer por la amplitud de su pelvis y escaso desarrollo del conducto inguinal, tiene su itinerario bien marcado en la carta organográfica de la región. En efecto, el anillo crural es un punto débil de la pared abdominal, rodeado de planos resistentes que se inclinan hacia él: por fuera, la fascia ilíaca, que se continúa con el ligamento de Falopio, y se inserta en la eminencia iliopectínea; por dentro, el ligamento de Gimbernat, expansión del anterior; por la parte antero-superior, la aponeurosis del oblicuo mayor y el arco crural, que es dependencia suya, y por la póstero-inferior, la rama horizontal del pubis, cubierta por el músculo pectíneo con su aponeurosis, que se inserta en la cresta del mismo nombre, y esta, á su vez, por el ligamento suprapubiano de A. Cooper. De este modo formado el anillo, mejor dicho triángulo crural, deja paso por su parte externa á la vena y arteria femorales, á los linfáticos por la interna, y constituye la base del conducto del mismo nombre, el cual tiene la forma prismática que esta señala, y su vertice está perfectamente cerrado por la terminación de la safena interna en la femoral. La aponeurosis del muslo al llegar á este punto se desdobra para revestir el conducto y alojar el paquete vascular, convirtiéndose la hoja superficial en fascia cribiforme, á cuyo través se comunican los ganglios linfáticos del conducto con los subcutáneos.

El choque de los intestinos contra la pared antero-inferior del vientre dirígese, en virtud de la disposición anatómica, al triángulo crural, hunde ó rasga la parte interna de su cubierta fibro-celulosa, ó sea septum crural, y el intestino con el epíloon, ó tan sólo uno de los dos, pasa al conducto, envuelto en el peritoneo, en la capa céculo-grasosa y fascia subperitoneales, y, por

último, puede atravesar la fascia cribiforme y colocarse entre esta y la fascia subcutánea.

El peritoneo, descendiendo con el órgano herniado, conviértese en una bolsa ó saco de cuello plegado, cuyos pliegues adhiriéndose entre sí forman un anillo resistente, que en determinados momentos puede constriñir al intestino. En las hernias antiguas y no reducidas, con frecuencia el saco se adhiere á los órganos próximos, y entonces únicamente el intestino podrá entrar en la cavidad abdominal, y ni aún este, si en virtud de un trabajo flogístico, más ó ménos lento, se une á su vez al saco; condiciones estas que el cirujano no ha de entregar al olvido, siempre que tenga que ocuparse del tratamiento de las hernias.

Como que el conducto crural es corto—de 2 á 5 centímetros—y ancho en su base, resulta que las hernias de esta región adquieren poco volumen y se hacen paralelas al pliegue de la ingle, y aún, suben al nivel del conducto inguinal, lo cual hace que se las confunde á veces con las de este conducto, y por lo tanto se debe reconocerlas con suma minuciosidad y estudiar bien su historia.

De las consideraciones anteriores se desprende que en tres puntos puede extrangularse la hernia crural: en el cuello del saco y en la fascia cribiforme con frecuencia, y quizás alguna vez en el triángulo crural; estrechos que no es fácil determinar *á priori*.

Con estas nociones volvemos á ocuparnos de nuestra enferma. Su organismo exhausto de fuerzas y el largo tiempo de la complicación de las hernias—uno y dos dias—hacen temer algún accidente gangrenoso, que muy pronto se presenta en las de esta clase; sin embargo, se podrá intentar la *taxis*, siempre que se manibre con suavidad, y al efecto se elevará la pelvis y se colocará el muslo en la abduccion, rotación externa y extensión moderada; se circunscribe con los dedos el pedículo, si fuese posible, mas si la tumefacción no lo permite, se obrará como si este estuviese en la parte profunda del tumor, y hácese luego presiones suaves y sostenidas al redor del pedículo con las extremidades digitales, procurando al mismo tiempo introducirlo con lentitud. Cuando se consiga esto, ya podrá dirigirse la presión sobre la totalidad del

tumor, no para deducirlo en masa, sino para librarlo de su contenido, y á este fin se practicará lateralmente sobre planos opuestos; jamás de un modo directo de la superficie al fondo, porque en esta dirección se aplasta el tumor y se corre el riesgo de producir desgarros. Si la hernia quedase flácida después de la maniobra, y o'ciese resistencia á su completa reducción, no se intentará esta, pues el accidente queda remediado, y, además, habrá adherencias. Casos hay en que la pared del vientre está tan laxa, que permiten operar con una mano en la hernia y con la otra sobre el vientre. Podrá alguna vez suceder que sea introducida el asa intestinal juntamente con el cuello del saco que la estrangula, ó bien, rota ó gangrenada, lo cual sería causa segura de la muerte, pero hasta conocer estos gravísimos accidentes para no provocarlos.

Si no se llevase á cabo la taxis, se procederá al *desbridamiento*. A este fin divídese la piel en la dirección longitudinal del tumor y síguese incidiendo sobre la sonda acanalada por capas sucesivas hasta llegar á una que presente los caracteres del peritoneo; pero antes de pasar adelante, debemos hacer aquí algunas advertencias. Los AA. dicen que la superficie de esta túnica tiene el aspecto liso de las serosas; error grosero, por cuanto es la cara exterior del saco la que primero se pone á la vista, que la interna dice al órgano herniado. Por otra parte, en las hernias antiguas y no reducidas el saco puede engrosarse mucho y adquirir gran consistencia, llegando á semejarse á una vejiga de cautchouc, lo que podría desorientar al cirujano que desconociese esta particularidad. Descubierto el *saco*, se verá á su través, antes de abrirlo, si contiene algún líquido y cuáles sean sus caracteres: si fuese claro ó rojizo, tan sólo se incinde el cuello, cuando es causa de constricción; mas si fuese oscuro, se habrá de reconocer el intestino, pues la presencia de este líquido es indicio de lesiones graves, Puesta la hernia á la vista, se buscarán su pedículo y *anillo constrictor*, que si lo fuese *el anillo del saco*, se le dilatará lo necesario para dejar paso al intestino; si la *fascia cribiforme*, se dilata hacia arriba y adentro; y si el *triángulo crural*, hacia la rama del pubis para evitar una herida vascular, cuando se emplea el bisturí de bo-

ton, pues que por fuera están la vena y arteria femorales, hacia delante el ligamento redondo y la arteria epigástrica, y hacia adentro puede hallarse por anomalía la obturatriz. En todo caso, el índice izquierdo ha de proteger al intestino, y encajando su uña en el anillo constrictor servirá de guía al instrumento. Una hoja de tijeras romas parécenos el instrumento preferible para hacer el desbridamiento, porque, manejándola con tino, no hay peligro de herir los vasos, cualquiera que sea la dirección en que este se practique; cuanto más que, vencida la primera resistencia, lo restante lo hace por tracción la uña del dedo. De todos los órganos herniados únicamente el intestino será reducido, y aún este debe quedar formando un ano contranatural, cuando estuviere gangrenado, lo que se conoce por el color grisáceo, la falta de consistencia y por su ulceración. Finalmente, se limpia bien la herida, se practica ó no la sutura, según sea el estado de la vitalidad de los tejidos, y se deja colocado un tubo de desagüe; las telas listerianas y la doble espica constituyen el apósito más conveniente.

Sin embargo de la oposición de varios A. A. al empleo de las inhalaciones del cloroformo en las quelotomías, van siendo tantos los casos, más graves aún, en que lo vemos administrar sin accidentes de ningún género, que no dudamos en proponerlo ahora.

Se procedió al *tratamiento*, previa la cloroformización, inmediatamente después de haber ingresado la enferma. *La hernia del lado derecho fué reducida*, si bien incompletamente, á causa de antiguas adherencias; y *se practicó el desbridamiento de la izquierda*, cuya constricción dependía de la *fascia cribiforme* y del *cuello del saco*. Al llegar á este observóse que contenía un *liquido negruzco*, y por esta razón hubo de incindirle, apareciendo de color de hoja de tabaco el intestino, que por ofrecer bastante consistencia se lo redujo, diéronse tres puntos de sutura profunda, y se dejó colocado un tubo, de desagüe. Puesto el apósito, se le administraron cuatro centigramos del extracto tebaico.

Durante los 4 días subsiguientes la enferma se alimenta de sustancias líquidas; al quinto se le aplica una enema y levantó el apósito, apareciendo de buen aspecto la herida y ci-

catrizada en la mayor parte de su extensión; por los ángulos daba salida á una cantidad pequeña de pus, que procedía de la *mortificación de una parte de la fascia subperitoneal herniada*, que se desprendió, pasados que fueron algunos dias, y la cicatrización total se verificó muy pronto. *No se presentó reacción alguna febril.*

Tres meses después de hecha la operación, hubo la oportunidad de reconocerla, y no existía *ningún indicio de la hernia.*

### CASO 13.

## Chancros venéreos.

---

CAMA, NÚM, 1.º N., de 33 años y buena constitución, casada, madre de 5 hijos, costurera, quizás de irrepesible conducta, acosada acaso de la miseria, ó bien por aviesas inclinaciones se hace condigna mitad del siguiente galán, es el caso que, mientras su marido permanece en país lejano, adquiere un *chancro* en el labio superior, seguido muy pronto de inflamación de uno de los gánglios submaxilares del lado izquierdo. Según refiere la enferma, que de ningún modo se declara culpable, le empezó el mal en el tubérculo del lábio por una *pustula*, que luego se desprendió, poniendo á la vista una *úlcer*a que en corto tiempo invade las dos quintas partes de su borde libre y de la cara externa hasta el subtabique. Brotaba de la superficie ulcerada mucho pus, y así está como el *bubón* que se había presentado seguidamente á la *pustula*, causábanle gran incomodidad y dolor continuo. Se consultó con varios medicos, y entre ellos hubo algunos que proponían á la enferma la extirpación cruenta, seguros de que tenían que habérselas con un epitelioma galopante.

Dos meses habían pasado, cuando esta mujer ingresa en nuestra enfermería. Á duras penas se podía limpiar la úlcera á fin de reconocerla, ya fuese por la hiperestesia de la lesión, ya debido al carácter melindroso de la enferma. El trabajo ulcerativo había destruido la piel y la mucosa labial en la extensión señalada, y cubría á los órganos subyacentes de una capa grisácea anegada en pus, donde pululaban algunos mamelones carnosos con caracteres de su próxima destrucción; el borde limitante estaba denticulado y perpendicular al fondo, y así en este como en el campo ulcerado no se notaba punto alguno de dureza ni de reparación. El gánglio submaxilar inflamado alojaba en una excavación central alguna cantidad de pus, que fluctuaba debajo de la piel enrojecida y adelgazada.

Después de esta mujer vemos un *hombre* que ocupa la *cama, núm. 21, de la sala de Santa Isabel*, de 40 años, casado, labrador, de buena constitución, que tres meses ha tuvo coito con una mujer *del partido*, á la cual no había creído de mala andanza hasta de allí á 20 días que le apereció un flujo purulento, y, á pesar de esto, copula con su esposa, que, incauta recibe en el acto más íntimo del amor conyugal la más emponzoñada herida que inferirle pudo marido tan bellaco. En el mismo momento siente él un dolor intenso, que fué el motivo de que mirara por sí y observase una úlcera que se había apoderado de la tercera parte del grande. Puerco por carácter, ni aun de la limpieza se cuidaba, si bien no dejaba de consultar su dolencia, pues á ello le impelían los dolores que de continuo sentía, aunque obstinado en no manifestar la causa.

Entrada al fin en el Hospital con el glaude totalmente ulcerado, excepto la región del frenillo, y gran parte del prepucio; mucho dolor, hinchado el pene, y este bañado en tanto pus, que en parte goteaba al través de un trapo, que más se parecía á pellejo sucio, y el resto se condensaba en costras que, á manera de mastic, sujetaban tal tapadera. Tamaña ulceración era muy dolorosa y enseñaba un fondo hundido, blanco y de color gris amarillento en todo el campo del glande, y pseudomembranoso en placas sobre el prepucio; circundábala

un borde dentado por aquella parte, y gangrenoso y socabado en puntos por esta, y por último, los caracteres del pus correspondían á la constitución de los órganos que lo segregaban, y no se asomaba indicio alguno de trabajo reparativo. Además del edema, rodeaba al pene una linfagitis ligera, que se dirigía á las ingles, donde existían algunos gánglios infartados é indolores. No había reacción fébril.

No son en verdad equivococ los caracteres de estos casos para que se haya de comfrotarlos con otros padecimientos que pudieran parecérselos en condiciones ambiguas. Respecto del primero, el porte acaso poco solícito en los deberes conyugales y la formación de una pustula sustituida prontamente por la úlcera y seguida de la adenitis submaxilar, con los síntomas ya referidos, bastan para que haya la certidumbre de que existen un chancro simple y un bubón consecutivo. La circunstancia de presentarse el chancro fuera de las regiones genital y anal y su blandura excluyen el carácter de *misto*, que tan sólo se presenta en estas regiones, si hemos de dar crédito á los resultados obtenidos en observaciones recientes. Tampoco lo es sifilítico, el cual de ordinario empieza por una pápula dura, que al cuarto ó quinto dia se trasforma en una úlcera regular y simétrica de base indurada, tiene el color rojo-cobrizo del jamón, es poco doloroso, apenas supura y se extiende con lentitud. Hemos supuesto que esta mujer adquirió la enfermedad mediante actos de lubricidad, refinada por cierto dada la región donde radica; mas su contagio puede muy bien verificarse por el contacto de cuerpos portadores del virus, como las ropas, los dedos, vasijas y otros varios, y quién sabe si aquí pudo haber acaecido de este modo.

Tocante al segundo caso, ya no hay duda de que el virus fué tomado por ayuntamiento carnal al pié de su nacimiento, y debió determinar pronto el chancro, por cuanto este había alcanzado crecidas dimensiones un mes después de la inoculación, tal vez dentro de los ocho días siguientes, que es el tiempo ordinario de su incubación. La suciedad y el empleo de sustancias contraindicadas han dado al chancro no sólo una dura-

ción insólita, que la común no suele exceder de ocho semanas, sino también el carácter gangrenoso que sobre el prepucio empezaba á manifestarse; y fuese por esto ó que el proceso ulcerativo no ha interesado la región del frenillo, el virus chancroso ha dejado de pasar á los ganglios inguinales. Nótase, sin embargo, en algunos de éstos y en sus linfáticos aferentes cierto grado de dureza indolora, que hace sospechar si podrá darse la coincidencia del virus sífilítico, si bien no existe manifestación alguna de este ni en la úlcera ni general, no obstante los tres meses transcurridos. La reinoculación no hubiera derimido nuestras dudas, pues que su resultado es demasiado incierto, por cuanto Puche y Alf. Journier tan sólo la consiguieron 4 veces en 100 casos de chancros mixtos y Rollet 6 en otros tantos.

Venimos hablando del chancro venéreo, del sífilítico y del mixto sin haber esclarecido la significación de estos términos, y debemos hacerlo someramente, una vez que no tienen el mismo valor para la universalidad de los sífilígrafos. Bien conocieron cuanto difiere del chancro venéreo el sífilítico los griegos, romanos y árabes, más especialmente Alexander Benedictus y Macellus Cumanus, y en general todos los médicos hasta mediados del siglo XVI, en el que Musa Brassarvole hizo un proceso común de la blenorragia, vegetaciones y chancros, fundando así la *teoría identista*, que imperó hasta últimos del XVIII, reforzada en este por Hunter, al cual tan sólo corresponde el merito de haber llamado la atención sobre la dureza del chancro como primer síntoma característico de la infección sífilítica; á Hunter han seguido en el corriente siglo Lagneau, Giber, Cazenave, Devergie, Velpeau, Vidal de Casis y otros más. Pero ya B. Bell, siete años después de Hunter, había separado del grupo de las identidades de Brassavole la blenorragia, por creerla de naturaleza diferente, si bien quedaba la de los chancros, y á esta teoría diósele el nombre de *unicista*, que, entre otros, las sostienen Cullerier, Puche y Hardy, y la defendió Ricor mientras no se convenció de su error con las razones de su discípulo Bassereau, recogidas en el campo de la experimentación biológica. Con este sífilígrafo reaparece en el año 38 de este siglo bajo M.—4.

el nombre de teoría *dualista* la diferencia de naturaleza establecida por los antiguos entre el chancro venéreo y el sífilítico, y á ella pertenece la inmensa mayoría de los sífilígrafos de hoy. Mas es el caso que no dejan de presentarse chancros que reúnen los caracteres de estos dos, pues sus virus no son incompatibles, y para ellos ha propuesto Laroyenne el nombre de *mixtos*. ¿Cuáles son, pues, las propiedades de los virus de cada uno de estos chancros? *El virus venéreo* no atraviesa la epidermis, tiene un periodo de incubación comunemente de 3 á 8 días, se manifiesta por síntomas flogísticos de carácter corrosivo, es reinoculable en un mismo individuo, porque su acción es local y lejos de preservar de segundo contagio lo facilita, y aun cree Clerc que se puede adquirir la sífilis más de una vez inoculándola sobre un chancro venéreo, y, por último, es transmisible á los animales, segun Auzias-Turenne. *El virus sífilítico* puede atravesar una epidermis fina y su incubación dura de ordinario de 2 á 5 semanas: se apodera de todo el organismo lesionando los organos tanto más profundamente, cuanto mayores sean su intensidad y duración; suele manifestarse al principio por el chancro, si bien puede prescindir de él, y no es auto-inoculable, porque este virus tiene acción preservativa, más ó menos duradera, lo que no se opone á que en un mismo individuo se desorrollen dos ó más chancros durante la primera semana del contagio; tanto estos como la poliademitis primitiva, que frecuentemente los sigue, presentan rebajados los fenómenos flogísticos; son vehículo de este virus la sangre y todos los productos segregados por sus lesiones primarias y secundarias; por último, no es transmisible á los irracionales. Finalmente, *el chancro mixto* participa de las propiedades del venéreo y del sífilítico, mas parece que sólo se presenta en los órganos genitales y en el ano.

Dada la diversidad de los referidos virus, queda, sin embargo, la incertidumbre respecto de algunos casos de chancros, siempre que su diagnóstico se funde exclusivamente en la dureza y en la blandura, pues se ha observado, y así lo refieren Robert y Kobner, que al chancro blando puede seguir la infección sífilítica, la que, por otra parte, es defectible después del chancro duro. Como que la dureza de este es signo de la discrasia

sifilítica, bien puede suceder que cicatrice antes que esta se desarrolle; y, además, varias son las condiciones que pueden ocasionar la induración de las úlceras con tales caracteres que sea fácil confundirlas con las específicas.

Se infiere de todo lo expuesto que el tratamiento de nuestros casos clínicos ha de ser simplemente local. Si se hubiesen presentado al segundo ó tercer día del padecimiento, tal vez una cauterización fuerte les habría preservado de ulteriores lesiones; mas á la altura que se encuentran, el tratamiento tiene que ceñirse á los caracteres comunes ú ordinarios de las úlceras, sin atender á los específicos ó virulentos, aún cuando se los tenga en cuenta para no producir en las curas soluciones de continuidad por donde pudiera verificarse la reinoculación, una vez que estos chancros no han pasado por ahora al decurso reparativo. Así pues, en los dos casos se hará la limpieza esmerada con frecuentes lavatorios en que pueden entrar cualesquiera sustancias antisépticas; en el primero, además, se aplicarán los emolientes para rebajar los síntomas flogísticos, y después el emplasto aglutinante oficial; y con el segundo se emplearán el iodoformo, el espíritu de nitro dulce, el sulfato de cobre, de zinc y otras sustancias análogas asociadas á la vaselina, las cuales deben bástar para extinguir la complicación fagedénica y obtener la curación.

Siempre que del pronóstico y tratamiento del mal venéreo se trate, no se ha de perder de vista que su lesión fundamental consiste, como en el ectima, en la infiltración de elementos celulares, que muy luego sufren la regresión gránulo-grasosa, y, á donde quiera que vayan, llevan consigo la acción virulenta que ulcera los tejidos y los ganglios, y ocasiona graves desórdenes en las articulaciones inmediatas.

Con el tratamiento indicado las lesiones entrarón pronto en el período de cicatrización: el varón regresó á su casa después de un mes; y la enferma, después de dos, lo hará dentro de pocos días con el chancro cicatrizado, y terminada por resolución la adenitis.

CASO 14.

## Hipertrofia simple de la parte vaginal del cuello uterino.

---

CAMA, NÚM. 10. Cuando esta joven tenía 14 años le aparecieron sin molestias los primeros fenómenos de la nubilidad, y en seis continuó bien reglada y disfrutando de salud. Al cumplir los 20 años y hallándose en pleno período menstrual recibió á la vez una mojadura y un disgusto, y como que ella sea sentida en demasía, nerviosa y de constitución delicada y fina, condiciones que se avienen mal con los quehaceres agrícolas y á la rusticidad de su clase, estas causas fueron bastante eficaces para que desde entonces su salud quedase quebrantada hasta esta fecha, en que cumple 24 años. Sintió primeramente que el flujo menstrual se hacia escaso y doloroso, leucorrea continua, luego disorexia y cansancio, y, por último, acinesia cardíaca, disforia y convulsiones de corta duración que no la privaban completamente del conocimiento. Semejante síndrome entra de lleno en el cuadro del histerismo regular determinado por los padecimientos irritativos útero-ováricos, cuando estos refluyen hacia todos los aparatos por intermedio de los centros nerviosos produciendo trastornos de la inervación y la nutrición. Trascorridos tres años se casa, se le suprime la regla del primer mes, y al segundo tiene una metrorragia con indicios de un embrión como un garbanzo; siguen á esta tres menorragias y, por último, reaparece aquel conjunto morboso que había precedido al matrimonio.

Haciendo ahora la filición de estos datos, tenemos, de una parte: dismenorrea, leucorrea, aborto y menorragias por subinvolución, esto es, síntomas directos de mal del útero; de la otra: trastornos neurémicos, dependientes de la enfermedad de este órgano, la cual ha venido á ser el motor de una máquina perfectamente dispuesta á responder á sus impulsos.

Como la enferma no hubiese conseguido alivio duradero con el hierro y los baños de mar, que había tomado, y queriendo á toda costa ver pronto realizado su anhelo de ser madre, pasa á la Clínica para obtener la curación.

Los hechos conmemorativos de la enfermedad llamaban la atención hacia los ovarios y el útero. Del examen de aquellos, hecho por la palpación del abdomen y el tacto vaginal, nada de patológico resultaba, ni aún el dolor ilíaco fijo que Briquet y Charcot han observado con tanta frecuencia en el histerismo. Notábase, sí, que el dedo, al entrar en la vagina, tropezaba en un cuerpo cónico, resistente y prolongado que tenía una depresión central y se continuaba directamente con el útero, el cual cuerpo era el cuello de este. Por medio del espejulo de Ferguson se veía salir de la cavidad del cuello cierta cantidad de moco parecido á la clara de huevo, y que el orificio de entrada estaba rodeado de un edema poco pronunciado; no existían, sin embargo, exulceración alguna ni rubicundez inflamatoria. Con mucha dificultad la sonda uterina vencía dicha entrada, la que, después de penetrar cinco centímetros, otro obstáculo igual, que era el istmo, se le oponía para pasar al cuerpo del útero, cuyo fondo tocaba metiéndola cuatro centímetros más; la porción vaginal del cuello media cuarenta milímetros.

Resulta de estos datos que hay atresia de los orificios de la cavidad del cuello y una hipertrofia de esta parte del útero, pues que excede en tres centímetros á la longitud ordinaria en la edad y estado de esta mujer. Por último, esta parte prolongada desviábase hacia la pared posterior de la vagina y formaba con el cuerpo del útero una retroflexión poco pronunciada.

Parece claro que el proceso irritativo que empezó con el primer trastorno menstrual, sostenido después por causas tan abo-

nadas como el aborto y el uso del matrimonio, ha venido a exagerar un vicio ingenito de conformación y á producir simultáneamente la atresia. Así es que la terapéutica debe cubrir esta doble indicación, dando principio por la primera, sin la cual no podría satisfacerse la segunda.

Es extraño que los A. A. traten de la hipertrofia del cuello uterino tan someramente, que se concretan á dar razón de su existencia como causa posible de esterilidad y á proponer la amputación en los casos extraordinarios; y, no obstante, fácil es comprender que tal lesión debe ocasionar alteraciones uterinas y ováricas, en particular cuando se asocia de la atresia, que es lo frecuente, las cuales han de adquirir mayor importancia en la mujer casada, contribuyendo á ello el mecanismo de la cópula y la excitación frustránea.

La amputación podrá estar indicada, cuando la hipertrofia exceda de 5 centímetros, mas la atresia cicatricial del orificio del cuello producida por el trabajo reparativo subsiguiente malogra de ordinario el éxito de esta operación. No importa que á los ginecólogos no se les hubiese ocurrido otro procedimiento, pues en el presente caso habrán de dar mejor resultado la incisión bilateral de toda la parte vaginal del cuello y la dilatación del istmo, porque de este modo quedarán dos valvas, una anterior y otra posterior, que teniendo cuidado de mantenerlas separadas, el hocico de tenca, al terminar la cicatrización, tomará las dimensiones que presenta en la útero.

El procedimiento operatorio redúcese á implantar en la cavidad del cuello una tallo de laminaria, cuya dilatación permita introducir una de las ramas de las tijeras rectas y fuertes con que se hagan los cortes, colocado antes en la vagina una simple canal y fijando bien al órgano con las pinzas de Museux, y al fin con un listurí de botón se extienden al istmo las incisiones, cuidando ahora de no interesar más que la mitad del espesor de las paredes del útero.

Ordinariamente es insignificante la hemorragia, y en todo caso para cohibirla basta colocar una esponja en contacto con la herida, sola ó mojada en la solución normal del percloruro de hierro.

Los cuidados consecutivos se reducen á la limpieza y á

guardar cama durante tres ó cuatro dias, y alguna vez habrá que usar algunos polvos astringentes, ó aplicaciones del cilindro de nitrato de plata, ó bien la extremidad de una varilla de cristal mojada en el ácido nítrico, según el curso que la herida siga.

Nuestra enferma regresó á su casa á los 6 dias de la operación, y reconocida dos meses después, vimos que estaba bien y nos dijo que había pasado dos períodos menstruales sin molestia alguna.

## CASO 15.

# Mixosarcoma de la cavidad abdominal.

---

CAMA, NÚM. 7. N., de 36 años, soltera dedicada al laboreo del campo, solo conserva las ruinas de su organización, por las que no se echa de ver cuál fuese su complexión, y su inteligencia decaída y remitente no permite recoger los datos anamnésticos conducentes á su historia clínica.

Parece, no obstante, que á la edad de 22 años tuvo un parto, y ninguna enfermedad hasta el 80, en el que empezó á incomodarla una tumorosidad de la parte baja del vientre, que se pronunciaba más en el lado izquierdo, y por entonces las menstruaciones eran abundantes y dolorosas. En la proporción que crecía el tumor aumentában las molestias, y de medio año á esta parte los trastornos digestivos, respiratorios y circulatorios y la adinamia, juntamente con un estílicidio metrorrágico continuo, dependientes de la acción mecánica y del desgaste orgánico ocasionados por el tumor, la

obligaban á pasar la vida cuando á pié cuando en cama, y, por último, cae definitivamente en esta.

De este modo se presenta en la enfermería, y era de ver aquella enormidad del vientre que en su marcha progresiva parecía que iba asimilandose los despojos que aún le quedaban de aquel consumido organismo. La forma del abdomen era globosa y su piel estaba sumamente tensa; en su cavidad existía un tumor que la llenaba por completo, duro hacia la región ilíaca y vacío izquierdos, blando y con fluctuación oscura por el lado derecho, y esta bien clara al nivel del hígado. Por el tacto vaginal notábase que este conducto tenía el desarrollo regular y que terminaba en un fondo inmóvil, cuya consistencia semejábese á la goma elástica, donde no existía indicio alguno del útero, y en su lugar encontrábase una hendidura transversal que daba entrada á un conducto estrecho, como fistuloso, en el que no penetraba el dedo, el cual salía teñido en sangre de este reconocimiento; tampoco por el recto se daba con el paradero de la matriz, ni se apreciaban más caracteres del tumor que los referidos.

Ya queda dicho que el estado general de esta enferma era deplorabile: anorexia, penuria respiratoria, pulso filiforme que desaparecía en el decúbito lateral, algidez... tales eran los preludios de su próxima terminación.

¿Qué hacer á esta desgraciada? Solamente ayudarla á bien morir. Pero la misión del clínico va más allá de la del terapeuta, pues la ciencia continúa escudriñando cuando ya no puede curar.

Un tumor esférico de superficie lisa y un tanto lobudada, cuya consistencia es dura, blanda y líquida en puntos diferentes, que se desarrolla alrededor de los 30 años, y que empieza en la excavación de la pelvis y aumenta gradualmente sin variar de forma, reúne el mayor número de probabilidades para ser diagnosticado de quiste compuesto del ovario, que así se llaman los que contienen sustancia sólida y líquida. Y decimos probabilidades y no seguridades, porque, como lo advierten Atthill, Clay y otros especialistas, no puede haberlas en esta clase de tumo-

res confundibles con otros de naturaleza y origen diferentes. Aquella dureza del fondo vaginal y la ocultación de la matriz indican cuán íntimas deben ser las relaciones del tumor con estas partes. Al mismo tiempo la fluctuación clara en la parte superior del abdomen, la menos ocupada por el tumor, y con dificultad perceptible en las partes laterales, donde apenas queda espacio libre, hace suponer una pequeña cantidad de líquido ascítico.

Pronto falleció la enferma; y hé aquí el resultado de la necropsopia. Tenía el tumor la forma y volumen expresados; su base ocupaba completamente la excavación de la pilvis; á cuyos órganos se adhería la neoplasia y había arrastrado consigo el útero con sus dependencias, que aparecieron en la parte antero-izquierda del tumor, abrazándole en la disposición siguiente: desde aquel punto que habíamos apreciado como fondo de la vagina, se prolongaba ésta diez centímetros, estirada y en forma de uretra, que no tenía mas capacidad, y así entraba en el útero, el cual, también, había perdido sus caracteres y ofrecía otros diez centímetros de longitud, y se continuaba sin línea marcada con la trompa del lado derecho, cuyo pabellón llegaba hasta la vejiga de la bilis, midiendo 30 centímetros; la otra trompa se dirigía á la izquierda y tenía 20 centímetros. De manera que la vagina, útero y trompas trazaban sobre el tumor una línea semejante á la Vía-lactea en el globo astronómico. A partir del estrecho superior de la pelvis, el tumor estaba envuelto en el peritoneo y se adhería por algunos puntos á los intestinos y á la pared posterior del abdomen, y á su parte superior se unía y lo cubría, cual gorro, el epíplon gastro-cólico, cuya cavidad contenía unos mil gramos de líquido seroso.

Tal tumor estaba compuesto de una sustancia sólida encefaloidea, que correspondía á aquella parte dura apreciada en vida, y el resto parecíase á una mezcla de líquido sinovial y de tejido adiposo de color azafranado, el cual líquido se acumulaba, además, en puntos bajo la forma quística, y tanto en esta sustancia como en la sólida existían focos hemorrágicos.

Compréndese ahora como el quiste epiploico juntamente con

M.—5.

el contenido del tumor nos hicieron diagnosticar un quiste compuesto, y aún cierto grado de ascitis, que en verdad no había.

Este mixosarcoma tuvo sin duda origen en el tejido célula-adiposo subperitoneal retro-uterino, pues no de otro modo se puede explicar ese estiramiento y dislocación de la matriz y de las trompas.

## Cataratas.

---

### CASOS

16, 17, 18, 19 y 20, de mujeres.—18, 19, 20,  
21 y 22, de hombres.

---

En estos seis primeros meses del curso académico hemos tenido varios casos de cataratas, y si atendemos á que los restantes corresponden á la época del año que las gentes creen es la más ventajosa para esta clase de operaciones, mayor debe ser la oferta, superior en verdad á la demanda, porque nuestras enfermerías, á causa de su construcción, falta de locales, mezquindad de recursos é inveteradas irregularidades del servicio, ofrecen á este efecto detestables condiciones. En ellas se hacían enfermos de padecimientos por su naturaleza y curso más diversos, desde el simple eritéma hasta la gangrena galopante y desde la angina catarral aguda hasta la úlcera perenne y las lesiones óseas que causan la muerte del individuo tras largo padecer, de donde esas serias complicaciones en las enfermedades

benignas, que las graves sigan un curso fatal, que la anemia se apodere pronto de los enfermos y la aparición de borrascas infecciosas que imposibilitan todo movimiento de acción quirúrgica.

No nos proponemos en este momento el estudio de asunto tan basto, que al fin no habría de conducirnos á resultado práctico alguno, dado lo insuperable de las causas que determinan el malestar de nuestras clínicas; mas podemos, sin embargo, consignar que sorprende el éxito que se obtiene en medio de tales contrariedades en gran número de operaciones, cuando son practicadas durante los períodos de bonanza, pues que el término medio feliz no es, por cierto, inferior al que se consigue en los hospitales montados á la altura de la higiene más exquisita, lo cual, por no atribuirlo á otras razones, podría explicarse por las condiciones climatéricas de este pueblo favorables á la cirugía.

Tenemos en estas circunstancias multitud de enfermos del aparato de la visión, cuando esta especialidad exige otras muy opuestas, en particular las que se refieren á la limpieza, luz, aire y temperatura.

Dejando esto, pasemos á ocuparnos de la decena de casos de cataratas que hasta hoy hemos tenido, de los cuales tres continúan aún en las salas, que para mayor claridad de referencia vamos á exponerlos por orden numérico y de edades. De ellos pertenecen á la sala de Mujeres los números 2.º 6.º 7.º 8.º y 9.º, y á la de Hombres los números 1.º 3.º 4.º 5.º y 10.º

1.º CAMA, *núm.* 12. Es un pobre militar, de 22 años y buena constitución, que hace año y medio notó acortamiento de la vista del lado derecho y, muy luego, del izquierdo, y á prisa y sin interrupción fué quedándose ciego hasta el grado que por sí solo no podía seguir dirección alguna determinada cuando entró en la Clínica. Una opacidad lechosa estriada y sembrada de puntos blancos ocupaba la región del cristalino y se extendía, atenuada, hasta la circunferencia de esta lente; movíase el iris con regularidad, aunque perezosamente porque lo combaba el volumen de la catarata, cuya opacidad era mas intensa en las líneas de segmentación de las capas corticales, que en puntos se reunían por efecto del reblandecimiento y de

la disgregación de las fibras del órgano. Conocía la situación de una luz que se hacía girar alrededor del ojo y de la copa de un sombrero, y la de una bujía colocada á 6 metros de distancia; mas no daba razón de los fosfenos provocados por la compresión oscilante de la extremidad roma de un lápiz, practicada sobre el globo ocular al nivel de los cuatro puntos opuestos de la circunferencia de la órbita, lo cual pasa de ordinario en personas reacias é inexpertas, sin que esto acuse insensibilidad de la retina, cuanto más que la sensación fosfénica puede existir en ojos ineptos para la visión y, aún, en los muñones recientes. No había antecedentes de padecimiento alguno diatéxico, ni del aparato visual. Las cataratas, pues, eran corticales blandas y libres de complicación perceptible.

Operósele primero del ojo derecho, y acaeció que, no bien se había terminado la queratotomía, saltó precipitadamente el cristalino con algún humor vitrio, á causa de la agitación violenta del globo ocular, que ni con clavijas fuera fácil sujetarlo. Una pequeña parte quedaba aún empañando el campo pupilar, mas no se volvió por ella por no ocasionar mayor pérdida del vitrio, cuya extravasación dependía de la rasgadura de la hoja posterior de la cristaloides, verificada en un momento de las contracciones espasmódicas de los músculos motores del ojo. Sobrevino luego del lado de la incisión una iritis leve y poco á poco fué desapareciendo el residuo de la catarata, resultando una pupila un tanto deforme.

Estábamos entonces en la época de tránsito de uno á otro año, en la cual, como suele acontecer en gran número de poblaciones, presentáronse varias enfermedades infectivas que tomaron en nuestras enfermerías la forma de erisipela. Cuando críamos que habría desaparecido tal constitución médica, se procedió á la extracción de la catarata izquierda, llevada á cabo sin accidente alguno, después de la administración de 4 gramos de hidrato de cloral; mas al cuarto día quejábase el enfermo de dolores del ojo y periorbitarios, pues la flogosis se había apoderado de la herida y del iris, el cual fracaso hemos atribuido á la influencia de una atmósfera insalubre. Pasó tiempo y con él el proceso flogístico, dejando

empeñada y muy reducida la pupila, que podrá ser restablecida por medio de la iritomía.

2.º *Número 15.* N., de 30 años, casada, labradora, dijo que su madre tuvo cataratas y que á ella se le presentaron hace poco más de dos años, primero en el lado derecho y luego en el izquierdo. Sólo tenía la vista necesaria para distinguir la claridad, que procuraba aumentar bajando la cabeza y asombrando los ojos con la mano, porque la opacidad, que era de color gris y forma de estrella, disminuía á proporción que se acercaba á la circunferencia del cristalino, y en esta observábase, despues de instilar la atropina, una corona dentellada en todo el círculo de la misma. No obstante la edad, los caracteres de estas cataratas corresponden á las corticales duras, que podríamos clasificar entre las dehiscentes esclerosas.

Con intermedio de algun tiempo fué operada de los dos ojos con excelentes resultados.

3.º *Número 12.* N., de 44 años, soltera, labradora, tuvo hace 11 años una irido-coroiditis del lado derecho, que á la larga produjo la atrofia del globo ocular y la pérdida completa de la vista. Tiempo después, observaba del izquierdo alguna que otra vez humaradas que se levantaban del suelo, algunos dolores periorbitarios y cefálicos y, por último, de poco acá, acortamiento progresivo de la visión. A la luz oblicua veíase de color ambarino oscuro el núcleo del cristalino y que otro grisáceo de líneas divergentes le rodeaba, y, además, una plaquita blanca supero-interna independiente de la cristaloides. Distinguía una luz colocada á 5 metros y por encima y debajo del ojo, mas no adentro ni afuera, como tampoco indicaba la sensación de los fosfenos. Tratábase, por lo tanto, de una catarata núcleo-cortical dura en vías de reblandecimiento, más la anterioridad de la irido-coroiditis destructora del ojo opuesto, que raras veces deja de influir simpáticamente sobre su compañero las humaradas, los dolores periorbitarios y cierto grado de blandura del globo ocular hacían temer una complicación por parte de la coroides y de la retina, de la cual pudiera surgir una flogósis de mal término, si se practicase la operación:

Hízose, sin embargo, ésta á todo riesgo y ventura á instancias reiteradas del paciente, después de manifestarle nuestros temores, la que, sin otro accidente que una conjuntivitis cataral, condujo á un resultado relativamente satisfactorio, por cuanto se ha conseguido aumentar la visión.

4.º *Número 14.* Este individuo, de 45 años, soltero, sastre, es una reproducción más acabada del caso anterior. tuvo en el año 77 una irido-coroiditis espontánea del ojo izquierdo que terminó por atrofia, y en él 80, cuando dejaban de molestarle los dolores del ojo enfermo, se presentan en el opuesto los síntomas de aquél, y á partir del lado externo fué oscureciéndosele la vista hasta la ceguera completa. Este ojo está un tanto reducido y muy blando, se niega á las sensaciones fosfénicas, y cubre el campo pupilar una catarata lechosa, abultada y adherida á un iris pálido, inmóvil y atrofiado; la cual es la expresión de la última etapa de la irido-coroiditis simpática, y, por lo mismo, refractaría á todo tratamiento.

5.º *Número 21.* Es un proletario, soltero, de 56 años, á quien la viruela le privó de la vista del ojo del lado derecho. De dos años acá viene perdiendo la del izquierdo y hoy con dificultad alcanza á ver los objetos más gruesos colocados á corta distancia, que para mejor conocerlos cuida de evitar la acción de la luz directa. Un tinte bronceado fuerte colorea el núcleo del cristalino y hacia él se dirigen varias líneas dehiscentes. Como que la opacidad sea insuficiente para determinar la excasa visión, por cuanto se perciben aún, si bien en confuso, los detalles del fondo del ojo, y que tampoco fije el paciente la situación superior y externa de la bujía, es seguro que existe una complicación que contraindica todo procedimiento quirúrgico.

6.º *Número 11.* Es una mujer de 64 años, viuda, costurera, que tenía una catarata núcleo-cortical antigua del ojo izquierdo, del cual, á su entrada en la Clínica, conocía una bujía á 7 metros, que se le operó con feliz éxito. Observábase, también, el comienzo de otra igual en el lado opuesto, á la que no quiso se le tocase porque le prestaba aún buenos servicios.

7.º *Número 2.* N., viuda, sirvienta, de 65 años, constitución floja y color pajizo, lo que nos hizo sospechar en la existencia de algún padecimiento general, que no revelaron el exámen visceral ni el análisis de la orina, prescindiendo de una pequeña disminución de la urea. Databa de 7 años el principio de las cataratas, de las cuales la del ojo derecho, la primera, tenía color opalino maculoso, que no llegaba hasta la circunferencia del cristalino, y la del izquierdo era dehiscente simple. Una y otra fueron extraídas en la misma sesión con buen resultado, si bien había quedado una pequeña parte de la primera adherida á la cristaloides, que iba desapareciendo y reduciéndose á un punto pequeño cuando la operada regresó á su casa.

8.º *Número 8.* Es una labradora enfermiza, de 69 años, viuda, que fué operada, hace un año, de una catarata del ojo derecho, cuya mitad superior de la córnea se tornó opaca á consecuencia de una queratitis lenta subsiguiente á la operación. La del lado izquierdo ofrecía un color nacarino uniforme de las capas corticales, y fué extraída con éxito completo, por más que la cicatrización de la herida también se verificó despacio, pero sin dejar opacidad incómoda.

9.º *Número 9.* De 74 años, viuda, puntillera, fué operada del ojo izquierdo en el año 81 por incisión lineal é iridectomía, que debieran ir seguidas de inflamación, á juzgar por la nebulosidad que hoy oculta la mayor parte de la pupila. Formósele muy pronto otra catarata en el ojo derecho, blanco-estriada, que sólo le permite ver la luz de la bugía á 4 metros de distancia. La extracción verificada por el mismo procedimiento, en razón á la pequeñez de la córnea y la blandura de la catarata, fué seguida de córneo-iritis que frustrará toda esperanza.

10.º *Número 22.* N. de 76 años, posadero, tenía una catarata núcleo-cortical dura del ojo izquierdo, de 4 años, que se le operó con éxito inmejorable. En el derecho comienza otra, que por ahora no se resuelve á operar por satisfacerle el grado de la vista alcanzada.

En esta reducida colección tenemos, pues, cataratas cor-

ticales blandas en los casos 1.º y 4.º, corticales duras en el segundo 8.º y 10.º, núcleo-corticales blandas en el 7.º y 9.º, núcleo-corticales duras en el 3.º y 6.º y nucleares duras en el 5.º, y entre ellas son complicadas las correspondientes al 3.º, 4.º y 5.º

Una sucinta idea anatómico-patológica de estas alteraciones nos pondrá en el camino de conocer su patogenia.

Es el cristalino un cuerpo lenticular situado en la reunión del tercio anterior con los dos posteriores del eje del ojo y entre el humor acuoso y el vitrio, en los cuales datos y el movimiento osmótico de este órgano fúndanse los procedimientos de la depresión y de la reclinación de la catarata, hoy abandonados no sólo porque ésta raras veces ofrece la consistencia necesaria para llevarlos á cabo, sino, también, por la insuficiencia de la fuerza osmótica, y, además, el cristalino dislocado es ya un cuerpo extraño que puede ocasionar graves trastornos.

Tiene dicha lente el diámetro de 9 á 10 milímetros y de 4,5 á 5 de eje, cuyas dimensiones exigen, cuando hubiere que extraerlo íntegro, una incisión amplia de la córnea, que á su vez tiene de 11 á 12, la que sólo se consigue con la queratotomía á colgajo que interese cerca de la mitad de su circunferencia. Las capas superficiales ó corticales componense de multitud de fibras blandas, lisas, tubulares y nucleadas, que se reúnen en hojas por un cemento igual al de las células epitélicas, cuyas extremidades terminan en los meridianos del cristalino y, también, según recientes observaciones, en la cara interna de la cristaloides. Las capas profundas están compuestas de fibras sin núcleos, más consistentes que las superficiales, que se engranan entre sí por medio de dienteitos sin menester del cemento. A tales diferencias entre la periferia y centro del cristalino refiérense los caracteres de las cataratas de cada una de estas partes:

Desarróllase el ojo á expensas de la primera de las tres ve-

sículas encefálicas del embrión y de la hoja cutánea que la cubre. A este efecto fórmanse en aquella, otra vesícula pediculada que se ha de convertir en coroides, retina y nervio óptico, la cual, al ponerse en contacto con la hoja cutánea, toma la forma de cáliz en cuya copa se introduce dicha hoja. Entonces la cubierta epitelial de esta, haciéndose bursiforme, origina el cristalino, mientras que en la hoja dérmica se desarrollan, por una parte, la esclerótica y la córnea, que se forman con posterioridad á este, y, por otra, la membrana cápsulo-pupilar que envuelve y nutre al cristalino, la cual únicamente existe durante cierto período de la vida fetal.

Basta á nuestro objeto seguir la evolución del cristalino. Las células epiteliales de la bolsa primitiva conviértense en fibras que se hacen transparentes á luego de cerrarse el cuello de la bolsa; mas si acaece la suspensión del cristalino, como en el microftalmus, quedará en la dirección de su eje una línea opaca—*catarata axil, central*,—y cuando afecta al cuello de la bolsa, prodúcese un tejido blando cicatricial—*catarata polar anterior*—que algunas veces, á manera de pezón, hace proeminencia al través de la pupila—*catarata piramidal*,—como igualmente puede suceder que la alteración del desarrollo se verifique entre el núcleo y la circunferencia de la lente, resultando una mancha con límites netos—*catarata zonular*,—y, por último, la excesiva persistencia del segmento capsular de la membrana cápsulo-pupilar, y por lo mismo de la arteria hialoidea, produce una opacidad pequeña del centro de la cristaloides posterior—*catarata polar posterior*. Ordinariamente tales alteraciones no progresan; sin embargo, pueden generalizarse—*catarata total*, y aún licuarse el cristalino—*catarata quística*, que á la larga desaparece alguna vez por absorción y deja un residuo cretáceo dentro de la cristaloides—*catarata silicosa*.

Infiérese, pues, que las *cataratas de los niños*, son, las más veces, efecto de alteraciones del desarrollo del ojo.

Si el cristalino procede de la hoja epitelial del blastodermo, debe de tener los caracteres de tal tejido, y así como en este, cuando se altera, se desunen las células, se reblandecen, bór-

ranse sus núcleos y se forman múltiples granulaciones, del mismo modo ha de suceder en aquél, esto es precisamente lo que se observa en la formación de toda catarata blanda. La separación de las fibras márcase por líneas opacas—*cataratas dehiscentes*,— que serán tanto más anchas cuanto más gruesa la capa unitiva, y de aquí el que las mayores correspondan á los meridianos del cristalino. Con el aislamiento las fibras pierden la nutrición y se reblandecen, lo que se indica por puntos ó plaquitas—*catarata punteada*,— que ordinariamente progresan desde el centro á la circunferencia, por ser en aquél más deficiente la nutrición, y, por fin, se reúnen y forman una sola mancha—*catarata difusa*. Tales son la variedades comunes de las *cataratas juveniles*, cuya lesión depende de la facomalacia.

Cuando el tejido epitelial se condensa por efecto de su deshidratación ó por exceso de la condensación de las cubiertas celulares, se retrae y hácese más duro y ménos trasparente, y por esto vemos que el cristalino va perdiendo la diafanidad en proporción de la edad de los individuos, y que á causa de la retracción de sus fibras aparece frecuentemente en la circunferencia de la lente de los ancianos una corona, llamada gerontoxon ó arco senil del cristalino, que corresponde á la unión de la cristaloide con la zona de Zinn, punto que no cede al proceso de la facosclerosis; más así la pérdida de transparencia como el gerontoxon expresados no se han de tomar por cataratas, pues ni aquella será completa ni se extiende este hasta el campo pupilar, siempre que correspondan á la fisiología del tejido. Cuando sean otras sus causas, tendremos *cataratas duras corticales, nucleares ó núcleo-corticales*, que comunmente se desarrollan con lentitud, tienen color gris oscuro ó ambarino y volúmen menor que el normal del órgano, las cuales se presentan con mayor frecuencia alrededor de los 60 años, por lo que se las llama *seniles*. No deja, sin embargo, de suceder que al proceso de la facosclerosis siga el de la facomalacia y por esto es un error trascendental el creer que la catarata va adquiriendo grados de consistencia en proporción del tiempo, y con lo cual mejores condiciones para la extracción, cuando puede acaecer lo contrario, y,

además, que nuestra regla de criterio acerca de la oportunidad quirúrgica no se ha de fundar en la consistencia, sino en los grados de la visión.

Envuelve completamente al cristalino la cristaloides, membrana anhistia diáfana y elástica, cuyo espesor es de 2 céntimos de milímetro en el polo anterior y tan sólo la mitad en el posterior. En su circunferencia insértase la zónula y la fija de manera que el cristalino no puede dislocarse, á la vez que la elasticidad de esta cápsula le permite las modificaciones de forma que la acomodación y las alteraciones morbosas le imprimen. Revisten la parte interna anterior células poligonales con núcleo, que terminan en la línea circunferencial, y en la posterior únicamente se ven las huellas de las fibras del cristalino, cuando de este se las separa. Las opacidades de esta membrana llámanse *cataratas capsulares*, que ya dependen de las expuestas alteraciones del desarrollo, ya de procesos patológicos de los órganos inmediatos, que son el iris, la lente y la hialoides. Los exudados de la iritis la empañan—*catarata falsa anterior*—y llevan á veces sobre ella particulas del pigmento de la úvea—*catarata pigmentada*,—así como la hialoiditis podrá alterar la cristaloides posterior—*falsa posterior*, y el proceso de facomalacia propagarse á las células que la tapizan—*cápsulo-lenticular*.

La cristaloides suele ser la causa del mayor número de las cataratas secundarias, sea por perder la diafanidad después de la extracción del cristalino, ó porque con facilidad retiene algunas particulas de este invisibles al tiempo de la operación, que luego se vuelven opacas

La etiología de las cataratas, como la de gran número de otros padecimientos, es muy oscura, pues si prescindimos de las alteraciones del desarrollo, de la irido-coroiditis, coroiditis crónica, glaucoma, diabetes, traumatismo y, quizá, de la herencia, nos quedamos sin explicación para todas aquellas que no dependen de estas causas, contentándonos con atribuir las á lesiones de la nutrición: son conocidas, pues, las causas de las cataratas complicadas, mas nó así las de las simples; como que los tratamientos operatorios se fundan en la consistencia de las cataratas, se han dado ciertos signos para saber apreciarla, que

ninguno de ellos es inequívoco, así que el diagnóstico se ha de establecer sobre un conjunto de caracteres. Ni la edad, ni el color, ni la localización bastan; mas las que se presentan en la primera edad y las que ofrecen color blanco uniforme y volúmen aumentado corresponden al género de las *blandas*; así como suelen ser *duras* aquellas que tienen color gris-oscuro y ocupan el centro del cristalino, y entre unas y otras podemos colocar las *estriadas grises* y sembradas de puntos ó manchas de reflejo perlado.

De las lesiones descritas dedúcese claramente la sintomatología. Si el signo patognomónico consiste en la opacidad del aparato cristalino, se comprende que las alteraciones de la visión han de ser relativas al grado, extensión, densidad y lugar de la misma, cuyos caracteres se aprecian por medio de la iluminación oblicua, el exámen oftalmoscópico y la medida de la agudeza visual. Y al lado de estos caracteres hay que colocar los que dependen de las modificaciones del volúmen y de la conformación del cristalino, como son la *miopía* y la *hipermetropía* en el primer caso, y la *poliopia* y el *astigmatismo* en el segundo. A estos síntomas agrégase en las cataratas complicadas aquellos que corresponden á las lesiones que las determinan, muchos de los cuales no es fácil conocerlos cuando no se puede registrar el fondo del ojo, y por lo tanto nos satisfacemos con investigar las lesiones perceptibles y sus antecedentes, la consistencia, volúmen y forma del ojo y la sensibilidad de la retina.

No hemos de entrar en el *mare magnum* del tratamiento de las cataratas, que nos conduciría muy lejos de nuestro objeto, y si exclusivamente nos ocuparemos de los procedimientos más importantes y aplicables á la inmensa mayoría de casos.

Para esto las clasificamos en los siguientes grupos: *congénitas*, *líquidas*, *blandas* y *duras*. En las *congénitas* se ha de observar si crece ó nó, pues, en el segundo caso y no excediendo de 3 milímetros, bastará la iridectomía superior que comprenda los dos tercios internos del ancho del iris á no ser *polar posterior*, que en este es preferible una discisión

del centro de esta parte de la cristaloides, que dé acceso al humor vitrio; si excediese de los 3 milímetros ó fuese progresiva, se hará con la aguja recta de Lope una discisión pequeña y superficial en la parte media de la cristaloides anterior con el fin de poner en comunicación el humor acuoso con el cristalino, cuya operación se ha de repetir dos ó tres semanas después, si fuese necesaria; la aguja atravesará la córnea por el punto de unión de los dos tercios internos con el externo de uno de los radios oblicuos superiores. El objeto en esta operación es convertir la catarata parcial en completa para luego aplicarle el procedimiento de esta.

En las cataratas *piramidal* y *completas* hacése, también, con antelación la discisión dicha y luego la queratotomía lineal superior, cuidando en aquella de extraer la parte opaca de la cápsula, para lo cual se la circunscribe con el quis-totomo.

Para la *silicosa*, si es gruesa, se emplea la extracción al través de una pequeña abertura hecha con el cuchillo de Lope en la unión de la córnea con la esclerótica, procurando no desprenderla por tracciones fuertes y directas; más si fuese delgada, será preferible la discisión con dos agujas de Lope introducidas por los puntos dichos, con una de las cuales se ha de fijar el ojo y la catarata, y con la otra se verificará la discisión.

El tratamiento por la discisión previa é incisión lineal mediata está igualmente indicado en las cataratas *muy blandas incompletas* con el fin de completarlas, mas en las *liquidadas* es suficiente una pequeña incisión con el cuchillito de Lope, cuya punta debe abrir la cristaloides anterior para que el líquido lechoso se mezcle con el acuoso y salga con esta al mismo tiempo que se retira ladeado el cuchillo, que de ningún modo ha de interesar al iris.

Las cataratas que reducen el cristalino á una masa espesa y viscosa—*blandas*—han sido la causa de multitud de procedimientos operatorios y de acaloradas discusiones sobre la preferencia de cada uno de estos. Lo malo en nuestro concepto está en querer generalizar demasiado la importancia de un procedimiento,

pues el hacer, como Jacobson, extensiva á toda extracción la iridectomía, y el reducir además, como Graefe, á la linealidad toda queratotomía, es complicar las más veces una operación sencilla de ordinario, y abrir por el último procedimiento una vía incapaz de permitir la salida de una catarata dura. Es verdad que las cataratas blandas son de difícil extracción porque frecuentemente dejan alguna parte adherida á la cristaloides y al iris, más cuando la córnea y la pupila sean amplias, el procedimiento á colgajo es preferible, pues no redunda ventaja alguna, y si inconvenientes, de la iridectomía y de la incisión lineal, que únicamente podrán estar indicadas en condiciones opuestas, como eran las del número 9.º

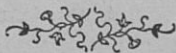
Para las cataratas *duras ó casi duras* se ha de adoptar sin reserva el procedimiento á gran colgajo súpero-externo que comprenda casi la mitad de la circunferencia de la córnea, y cuya incisión debe aproximarse mucho al limbo esclerotical sin interesarlo. Practícase de la manera siguiente: instílese horas antes una disolución acuosa del sulfato neutro de atropina al 1 por 500, se sujeta y eleva el párpado superior sin tocar al globo del ojo y se fija este con unas pinzas de dientes romos, como las de Waldeau, cogiendo un grueso pliegue de la conjuntiva por abajo de la córnea; introdúcese el queratotomo con dirección al centro de la pupila y su corte hácia el medio de la incisión, ó un milímetro por delante, si este fuese triangular, porque tiende á marcharse sobre la esclerótica, y se termina el colgajo corriendo el instrumento al punto simétricamente opuesto al de la punción; con el quistotomo se incinde la cristaloides anterior desde la parte inferior de la pupila á la superior sin apoyarlo sobre el cristalino, pues de otro modo hay el peligro de rasgar la cristaloides posterior y provocar la salida del vitrio, y, además, la misma herida de la lente expone á que alguna porción de esta quede adherida á la cápsula; por último, la presión suave y sostenida dirigida hácia el polo posterior de la catarata la arroja al exterior. Cuando el iris se coloque en la herida de la córnea oponiéndose á la salida de la catarata: se le escindirá una pequeña parte que no llegue á su inserción, y si se colocase

en el camino del queratotomo, no se hará caso de él, á no ser que hubiese que interesarlo mucho, que entonces será preferible retirar el instrumento y aplazar la operación. Por fin se limpia la herida, se instilan algunas gotas de la disolución acuosa de clorhidrato de eserina al 1 por 200 y se cierran los párpados, los cuales deben permanecer cerrados y abrigados durante seis ó siete dias, que es el período de la cicatrización, si no sobrevienen fenómenos flogísticos, pues en este caso habrá de emplearse el tratamiento de las inflamaciones traumáticas del ojo.

Las operaciones de los casos expuestos fueron hechos conforme al procedimiento que se acaba de describir, no obstante la diversidad de consistencia y las variedades de las cataratas, excepción hecha del núm. 9.º que por cierto es la peor librada, y los resultados obtenidos alcanzan el término medio superior de las estadísticas.

Sea efecto de la iritis ó de la irido-coroiditis ó de algún residuo de la catarata, puede suceder á esta la llamada *secundaria*. En el primer caso será suficiente para remediarla la iritomía, cuando el iris conserve su contractilidad y no haya oclusión pupilar. y la iridectomía en el caso opuesto; en el segundo se empleará la discisión del mismo modo que en la silicosa.

La falta del cristalino —*afaquia*— priva al ojo del medio dióptrico más refringente, que se remedia con cristales cóncavos adecuados que ordinariamente se hallan entre el número 5.º y el 8.º



Book for  
War









