

Año II.

NOVIEMBRE DE 1889.

Núm. 23.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

POR

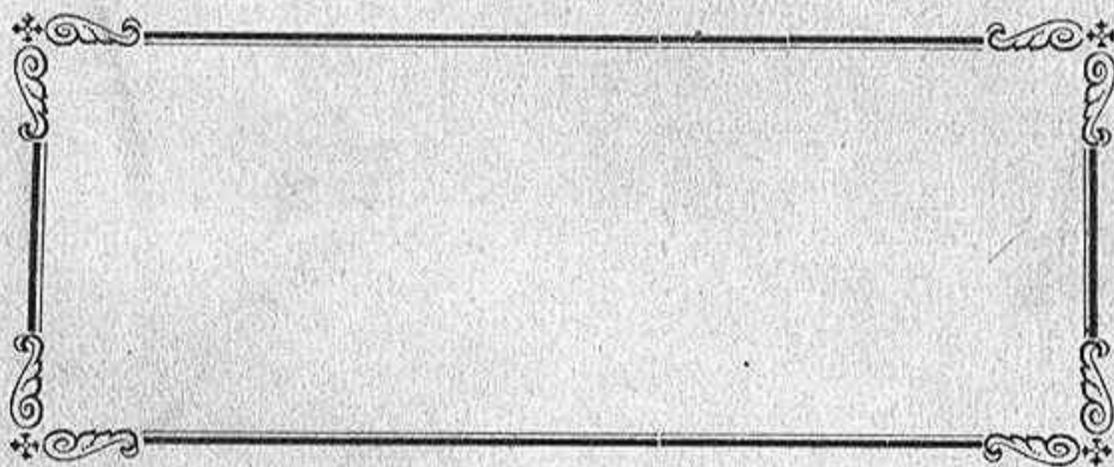
El Doctor Don Pedro Gallardo

CIRUJANO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

*Premiado por la Universidad Central con los grados
de Bachiller, Licenciado y Doctor*

*Declarado con aptitud para el Profesorado en las oposiciones
á las cátedras de Obstetricia de Granada y Terapéutica de Zaragoza*

*Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina
de Madrid, etc. etc.*



SUMARIO

Operaciones del aparato urinario del hombre.—Operaciones que recaen sobre la uretra.—Cateterismo.—Estrecheces uretrales.—Fistulas urinarias.—Cálculos urinarios uretrales; uretrotomía externa y sutura.—Operaciones de la vejiga.—Retención de orina y punción suprapubiana.—Cálculos vesicales.—Tallas y litotricia.—Casos prácticos.—Talla lateralizada.—Litolapaxia practicada por el Dr. Suender.—Quistes hidatídicos del riñón.—Enfermedades palúdicas (continuación) por Don Tomás Echevarría.—Crónica.—Anuncios.

TOLEDO:

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15



AGUA DE INSALUS

en LIZARZA (Tolosa) Guipúzcoa,

ANALIZADA POR EL EMINENTE QUÍMICO DR. D. FAUSTO GARAGARZA

Es bicarbonatada, ligeramente alcalina, digestiva, de sabor agradable. Excelente bebida gaseosa para las comidas, sola ó mezclada con vino. Superior á las de Saint-Galmier, Apollinaris y Vals. Abre el apetito, auxilia la digestión y es eficaz contra las afecciones de los aparatos gástrico y urinario.

75 céntimos de peseta la botella de litro con casco en toda España

Depósito en Toledo: Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23.—Administración, Plaza Vieja, núm. 1, TOLOSA.

IMPORTANTE A LOS SRES. FARMACÉUTICOS

Productos químicos y naturales, de las más acreditadas casas inglesas, sin competencia en calidad y precio.—Los pedidos al representante en Madrid

D. J. CRUZ VAZQUEZ. - Serrano, 35 moderno

Se remiten catálogos gratis

POLVOS DE STEDMAN

PARA LA DENTICIÓN DE LOS NIÑOS



Representante y depositario exclusivo para toda España

DR. CRUZ Y VÁZQUEZ

SERRANO, 35 MODERNO, MADRID

En esta provincia pueden dirigirse los pedidos á la Administración de este periódico, Santa Justa, 1.

ACREDITADOS ESPECIFICOS
DEL DR. MORALES
22 AÑOS DE ÉXITOS

PASTILLAS Y PÍLDORAS AZOADAS para la tos y toda enfermedad del pecho, tisis, catarros, bronquitis; asma, etc., á media y una peseta la caja. Van por correo.

CAFÉ NERVINO MEDICINAL. Maravilloso para los dolores de cabeza, jaquecas, vahídos, epilepsia, parálisis, debilidad, males del estómago, del vientre y los de la infancia, á 3 y 5 pesetas caja. Van por correo.

PÍLDORAS LOURDES. El mejor purgante antibilioso y depurativo, de acción fácil, segura y sin irritar, aunque se usen por mucho tiempo. Se toman para conservar la salud; á una peseta caja. Van por correo.

Impotencia, debilidad, espermatorrea y esterilidad, cura segura y exenta de todo peligro con las célebres PÍLDORAS TÓNICO-GENITALES del Dr. Morales, á 7,50 pesetas caja. Van por correo.

Panacea antisifilítica, antivenérea y antiherpética, á 7,50 pesetas botella.—Inyección Morales, infalible, á 5 pesetas frasco.

Principales boticas y droguerías. En Toledo, Farmacia de D. José María de los Santos.—Depósito: Carretas, 39, Madrid, Dr. Morales, especialista en sífilis, venéreo, esterilidad é impotencia.

JARABE DE HIPOFOSFITOS DE CLIVENT

(HIERRO, CALCIO, SODIO, ESTRIGNINA, GUASINA.)

Este jarabe, así por las sustancias que entran en su composición, como por lo esmerado de su elaboración, es un producto muy superior á los similares que se preparan en el extranjero, estando también calculadas las dosis del principio activo estrignina, que no puede ocurrir ningún accidente tóxico si se siguen las instrucciones del prospecto que acompaña á cada frasco.

Sus aplicaciones terapéuticas son numerosas, entre otras muchas las siguientes:

TUBERCULOSIS.
ESCRÓFULA.
RAQUITISMO.
ESCORBUTO.
CLORO-ANEMIA.
DEPPEPSIA.
ALBUMINURIA.

MISERIA FISIOLÓGICA.
OSTEOMALACIA.
DISMENORRA.
ALCOHOLISMO.
INAPETENCIA.
DEBILIDAD NERVIOSA.
PARÁLISIS DIVERSAS.

Pero está especialmente indicado en los períodos poco avanzados de la tisis y de todas las manifestaciones del escrofulismo

DOSIS.— *Como estimulante* (dosis máxima): De seis á ocho cucharadas de las de café, al día.

Dosis tónica: Tres cucharaditas al día.

Para niños: De dos á cuatro años, una cucharadita al día repartida en cuatro veces.

De cuatro á ocho años: Dos id. id.

Puede darse emulsionado en tres cucharaditas de glicerina pura ó de aceite de hígado de bacalao, ó en una copita de vino rancio.

Frasco grande, 4 pesetas.

Idem pequeño, 2,25.

Depósito en Toledo, Farmacia de los Santos, Plata, 23

EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones del aparato urinario del hombre

Estas operaciones son de las más graves y difíciles de Cirugía, cualquiera que sea el órgano de los que forman el aparato sobre que recaigan, y así desde el simple cateterismo hasta la extirpación del riñón pueden ofrecer dificultades operatorias insuperables y tener una terminación funesta.

La gravedad depende de la estrecha solidaridad que existe entre las funciones que cada uno de los órganos desempeña, así como entre ellas y las restantes de todo el organismo; rara vez ocurre una alteración funcional por ejemplo en la uretra sin que más tarde ó más temprano se afecte la vejiga y el riñón y asimismo el estado general. De aquí los accidentes variados que sobrevienen en consecuencia de estas operaciones, unas veces de naturaleza inflamatoria acarreado la infección purulenta, otras veces por absorción de los productos que la orina debe eliminar (infección urémica), otras por infiltración de la orina en el tejido celular etc. etc.

Las dificultades operatorias estriban en que sólo puede disponer el Cirujano del sentido del tacto y además en que los órganos están situados profundamente y son de estructura muy delicada.

Todo ello justifica el que con las afecciones de este aparato se haya constituido una especialidad de las mejor cultivadas.

Estas operaciones tienen en muchas ocasiones el carácter de urgentes y están llamadas á llenar indicaciones vitales.

Pueden recaer sobre la uretra, la vejiga y los riñones. No nos ocuparemos de las de estos porque ninguna hemos tenido ocasión de practicar. Únicamente publicaremos la historia de una afección renal poco frecuente como son los quistes hidatídicos.

Operaciones que recaen sobre la uretra

CATETERISMO

Todos los autores principian la descripción de las operaciones del aparato urinario por el cateterismo, y con razón, porque lo primero que debe saber el Cirujano antes de emprender ninguna, es sondar á la perfección como factor ó elemento indispensable que es así para el diagnóstico como para la Terapéutica. El sondaje de la uretra es tan delicado, exige tan fino tacto y tantísima circunspección en el que lo practica, que hay pocas cosas en Cirugía que en ocasiones dadas ofrezcan mayores dificultades y peligros. Todo depende de que los órganos urinarios estén sanos ó enfermos. En el primer caso, las maniobras no pueden ser más elementales y sencillas, sobre todo si se emplean sondas flexibles; hasta las personas imperitas pueden aprender á manejarlas sin ninguna dificultad ni inconveniente. En cuanto á las sondas rígidas y sobre todo las metálicas, deben estar reservadas para manos expertas, comprendiendo entre éstas tan sólo á las de Cirujanos ilustrados que sepan bien lo que hacen y puedan encontrarse en condiciones de remediar los accidentes que su uso pueda ocasionar. Si la uretra está enferma, no sólo puede ofrecer dificultades el sondaje, sino hasta ser imposible.

De cualquier manera no debe olvidarse que la sonda debe recorrer el conducto con suavidad y sin ejercer la menor violencia; las resistencias dependen, ó de no seguir la sonda la dirección conveniente, ó de encontrar obstáculos á su paso, y en ninguno la potencia impulsora debe ser proporcionada á la resistencia como por instinto estamos acostumbrados á obrar, si no damos buena dirección, lo que procede hacer es rectificarla, aflojando en lugar de apretar; reemplazar la maña por la fuerza; si hay obstáculo mecánico, antes que apretar para seguir adelante, habrá que pensar de qué naturaleza es y cuáles serán los medios adecuados para vencerle y también en este caso vale más la maña que la fuerza. Estas ideas no pueden ser más elementales, y sin embargo, en la práctica estamos presenciando á diario falsas vías que no son debidas á otra cosa que al olvido de lo elemental. Cuando un médico no tiene mucha práctica en el sondaje y

se encuentra en la necesidad de practicarlo, debe proceder, en nuestra opinión, como si no tuviera el título profesional; es decir, sondar con sondas flexibles que ningún daño pueden hacer, y en caso de emplear las rígidas ó las metálicas, deben penetrar con mucha suavidad, por sí mismas ó sin el menor esfuerzo; y si de este modo no puede llenar la indicación, renunciar á ella, acordándose de que el primer canon de la Terapéutica es *no hacer mal* y el segundo *hacer bien*.

Estrecheces uretrales

La uretra es con mucha frecuencia asiento de estrecheces orgánicas que exigen la intervención quirúrgica.

Cuando son recientes y blandas, el método de tratamiento más adecuado es la dilatación gradual mediante candelillas cónicas ó cónico-olivares. Es el que hemos empleado en nuestra práctica, habiendo conseguido muchas curaciones. Por la tendencia que el padecimiento tiene á reproducirse, una vez tratado, hemos aconsejado á los enfermos que sigan sondándose de cuando en cuando por espacio de mucho tiempo.

En las estrecheces antiguas y duras no basta ordinariamente la dilatación gradual que se alcanza con el cateterismo, pues sucede que después de mucho tiempo de tratamiento, en cuanto cesa, vuelven á reproducirse. Hay que acudir entonces á otros medios más enérgicos, como son el cateterismo forzado, la cauterización, la divulsión, la uretrotomía interna etc. Este último es el método que se considera preferible actualmente por los prácticos, y por cierto que estábamos en la creencia, y con nosotros muchos Cirujanos, de que era moderno, hasta que el eminente especialista Dr. Suender, en su notable trabajo acerca del célebre Médico español Dr. Francisco Díaz, ha demostrado con datos concluyentes que éste fué su inventor y por consiguiente no es moderno, sino del siglo XVI, desde cuya época había caído en el olvido, hasta que en nuestros días ha vuelto á ponerse en práctica, perfeccionándose los instrumentos, precisándose las indicaciones y reglándose la ejecución.

Sólo dos casos de estrecheces de esta clase hemos tenido ocasión de tratar y de ellos nos ocuparemos al hacerlo de otras complicadas con padecimientos mucho más graves, cuales son las

Fistulas urinarias

Sucedo que en las estrecheces antiguas se forma en el sitio situado detrás de ellas una dilatación tanto más considerable cuanto más pronunciadas y duras son. En esta dilatación ó seno queda siempre estancada una cantidad mayor ó menor de orina, que haciéndose alcalina desprende el epitelium de la mucosa, después se infiltra y da lugar á abcesos urinarios que abiertos ocasionan fístulas más ó menos extensas.

El primer caso de fístula urinaria por estrechez le observamos en 1874 en un comerciante de esta ciudad, de unos 69 años, en el cual sobrevino, en consecuencia de la infiltración de orina, un flemón bastante grande en la región perineal, que le fué abierto extensamente, y no habiendo tendencias á la cicatrización de la herida y no sospechando que la causa pudiese ser la estrechez, pues el enfermo no acusaba ninguna molestia por parte del aparato urinario, resolvió por nuestro consejo consultar el parecer de nuestro inolvidable maestro el Sr. Marqués de Toca, ya muy anciano y achacoso á la sazón, el cual, en cuanto examinó la herida de la región perineal, se fué derecho á la causa del mal, y explorando la uretra encontró una estrechez antigua y dura, de consistencia cartilaginosa. Propuesta y aceptada la operación, practicó al día siguiente la divulsión, seguida de la aplicación de una sonda permanente de Nelatón del núm. 25. Sobrevino una reacción febril no muy considerable y á los pocos días regresó á esta ciudad, en donde siguió con su sonda permanente durante algún tiempo y después le fué retirada para sondarse cinco ó seis veces al día siempre que el enfermo tenía ganas de orinar. Más tarde y cuando ya estaban cicatrizadas las heridas el enfermo no tuvo necesidad de sondarse y ha continuado sin la menor novedad hasta la fecha, si bien ha tenido la precaución de sondarse de tiempo en tiempo para asegurarse de que el conducto continúa en buen estado.

Dos años después, en 1876, se nos presentó otro caso análogo, pero mucho más grave, en otro señor de esta ciudad, próximamente de la misma edad, que llevaba ya más de 14 meses, cuando fuí llamado á encargarme de su asistencia, sin orinar ni una gota por el meato urinario; la orina salía en forma de regadera por 12 ó 14 aberturas fis-

tulosas que tenía en las regiones glútea y perineal. De tiempo en tiempo, unas aberturas se cerraban y se abrían otras nuevas, y después de muchas alternativas se formó en el escroto un gran abceso urinoso, que esfaceló la mayor parte de la piel, quedando uno de los testículos al descubierto. En tal situación se encontraba cuando me encargué de él, y no pareciéndome oportuno hacer nada hasta que mejorase la situación, aguardé unos días, limitándome á tratar convenientemente las heridas del escroto y del periné. No tardó en sobrevenir un trabajo de reparación orgánica, y entonces exploré la uretra con candelillas cónicas para averiguar si la estrechez era franquable, y convencido después de muchos días de que las candelillas pasaban por la estrechez hasta la vejiga, decidí operarle por divulsión ó uretrotomía interna, á cuyo fin me procuré el divulsor retrógado de Wolf y el uretrotomo de Maisonneuve. Antes de esto era necesario obtener con las candelillas una dilatación que permitiese el paso de dichos instrumentos, ó lo que es lo mismo, llegar hasta el núm. 8 de la escala de Charriere.

No se me ocultaban las dificultades que tenía que vencer para ello, pues ya durante las exploraciones anteriores había tenido ocasión de ver lo laborioso que era orientarse para encontrar el pequeño orificio de la estrechez y después para que la candelilla siguiese su camino hasta la vejiga; mas armado de una paciencia indecible y ayudado del buen estado general del paciente, conseguí después de tres meses el objetivo que me había propuesto ó sea la dilatación hasta el núm. 8. Entonces, pareciéndome más seguro y expedito el procedimiento de divulsión, introduje la candelilla conductora hasta la vejiga; en seguida atornillé á ella la extremidad del divulsor, y empujándolo suavemente para que la candelilla conductora no se doblase antes de penetrar la mayor parte en la vejiga, conseguí llegar con el instrumento hasta la estrechez, y en cuanto calculé que había penetrado en ella, hice funcionar el tornillo del mango hasta la separación máxima de sus ramas: la salida de una buena cantidad de sangre y una sensación dolorosa no muy grande que acusó el enfermo, me anunciaron que la estrechez estaba rota y me apresuré á sacar el instrumento, previa la aproximación de sus ramas, haciendo girar el tornillo en sentido inverso. En seguida pasé una sonda de Nelatón del núm. 24 y la dejé permanente por espacio de unos cuantos días por no atreverme á sacarla ante el temor de no acertar á introducirla. Pa-

sado este tiempo, la sacaba todos los días para limpiarla y la volvía á dejar permanente. En un mes próximamente todas las heridas estaban completamente cicatrizadas y el enfermo completamente curado. Solía decir cuando se le preguntaba, que el chorro de la orina era como el de una *alberca*. Esto, no obstante, se le recomendó con insistencia que no dejase de sondarse de tiempo en tiempo con sondas gruesas para asegurarse del buen estado del conducto. No debió seguir nuestro consejo con exactitud puesto que hace unos dos años parece que tuvo alguna novedad que corrigió el ilustrado especialista Dr. Suender con algunas sesiones de cateterismo, continuando bien desde entonces hasta su fallecimiento, ocurrido hace poco tiempo por apoplejía cerebral.

El caso anteriormente reseñado es notabilísimo por la circunstancia de no haberse alterado el estado general del paciente proporcionalmente á las gravísimas lesiones locales; ni la infección urémica al estancarse, descomponerse é infiltrarse la orina en el tejido celular; ni la infección purulenta al estancarse el pus en trayectos tortuosos; ni la cistitis, pielitis y nefritis, cuyos estados patológicos no pudieron menos de existir, hicieron que se alterasen las funciones digestivas, ni que sobreviniese fiebre, ni, en fin, trastorno alguno general grave.

Esto es muy raro, muy excepcional y no puede explicarse de otro modo que por las condiciones individuales del paciente, muy refractario á veces á dejarse impresionar por las influencias patogénicas. Muy contados serán los que puedan soportar impunemente tal cúmulo de padecimientos; y solamente en estos casos excepcionales estará indicada la divulsión. Nuestro divulsor consta de seis ramas, que al abrirse con fuerza rompen circularmente la estrechez, formando en su tejido otras tantas ranuras ó surcos tanto más profundos cuanto más se separan del tallo central. El trahumatismo que resulta es tan violento que en sujetos excitables viene seguido de accidentes nerviosos inmediatos, pero aparte de esto, la rotura se hace por presión y por consiguiente con magullamiento de la mucosa y del tejido denso, fibroide, como cicatricial que constituye la estrechez. Si la orina llega á pasar por estas seis heridas, ya porque no se coloque sonda permanente, ya porque se cuele entre la sonda y las paredes de la uretra, los accidentes de infiltración son seguros y sobrevendrán flemones urinarios con sus fatales consecuencias de infección urémica y purulenta. Por este motivo la divulsión ha sido rechazada por los especia-

listas más inteligentes y ha sido reemplazada por la uretrotomía interna que tiene la ventaja de efectuar secciones limpias, verdaderas incisiones que en este órgano, como en todos, son preferibles á las secciones de bordes contusos ó magullados.

A pesar de estas ventajas, hemos dado la preferencia á la divulsión sobre la uretrotomía interna alentados por los dos éxitos que acabamos de relatar y por parecernos de más fácil ejecución. El éxito nos ha sido fatal en otros cuatro casos que registramos en nuestra práctica y de que ahora vamos á ocuparnos brevemente.

El primero de ellos se refiere á un sujeto de 40 años que ingresó en nuestro Hospital en Setiembre de 1877 con una fístula urinaria en la región perineal dependiente de una estrechez antigua. En consecuencia de su padecimiento y de la mala alimentación á que había venido sometido, al ingresar estaba muy pálido y demacrado. Comprobada la estrechez, á los pocos días conseguimos una dilatación que permitió el paso del instrumento y efectuamos la divulsión sin contra-tiempo alguno, colocando seguidamente una sonda gruesa de Nelatón para dejarla permanente. No obstante el tamaño de la sonda, la orina seguía saliendo por la fístula que, lejos de reducirse, se fué haciendo mayor, y de resultas de esto, de la supuración y de la fiebre el enfermo sucumbió por consunción á los dos meses y medio de operado. El éxito desgraciado lo atribuimos á las malas circunstancias del enfermo; las cuales no hay duda que tuvieron mucha parte en la terminación, creemos que la misma hubiera sido con la uretrotomía interna en aquella época, en que no se habían generalizado los lavados antisépticos de la vejiga y vías urinarias, con los cuales tal vez hubiera podido salvarse.

El segundo operado era un niño de nueve años que se presentó con fístula urinaria en 15 de Junio del 82. Probablemente la fístula y la estrechez uretral que existía eran debidas á cálculos que venía padeciendo hacía dos ó tres años. Las circunstancias individuales eran buenas y consideramos que debía principiarse el tratamiento combatiendo la estrechez para poder explorar la vejiga y comprobar la existencia de los cálculos. Dilatada la estrechez hasta el núm. 8, practicamos el 3 de Julio la divulsión colocando una sonda permanente del núm. 16. Ninguna novedad ocurrió en los primeros días, pero al tercero se presentó fiebre muy alta que nos alarmó mucho, creyendo que se trataba de una fiebre urémica, pero no era así, sino una viruela

confluente, de la cual falleció el 19 de Julio, ó sea á los 13 de la operación. No hay duda que la viruela se agravó por la operación que el niño acababa de sufrir; pues con la inquietud de los fenómenos febriles no pudo tener permanente la sonda ni fué posible tampoco sonarle, y el paso de la orina por las heridas recién practicadas en la uretra debió hacer que la fiebre del período de supuración de la viruela se agravase considerablemente. No sabemos lo que hubiera sucedido sin la complicación de la viruela y por tanto el mal éxito no puede en rigor atribuirse á la operación,

El tercer operado era un sujeto joven, de unos 30 años, á quien habíamos tratado sin resultado por la dilatación gradual una estrechez uretral, y como siempre se reproduciese decidimos operarle por divulsión en Octubre de 1882. Practicada la operación y colocada una sonda permanente de Nelatón del núm. 22, siguió bien durante una semana. El mismo enfermo se sacaba la sonda dos ó tres veces al día para limpiarla y después volvía á colocársela. A los ocho ó diez días, al hacer esta operación, faltándole á la sonda el reborde que suelen tener, que no sé porque había cortado el paciente, se le escapó toda ella á la vejiga. Vinieron á buscarme precipitadamente, y cuando llegué á su domicilio le encontré pálido y descompuesto el semblante y presa de una terrible excitación: me refirió se había asustado mucho y que había procurado retener la sonda apretándose la raíz del miembro y que con esto y muchos esfuerzos que había hecho para orinar había conseguido expulsarla y ya la tenía nuevamente en su sitio. Pasado el susto, por la tarde se presentó un frío intensísimo que le duró más de media hora seguido de una fiebre de 41°, de la cual falleció al segundo acceso, á pesar de altas dosis de quinina que le administré. No he podido explicarme satisfactoriamente esta terminación, pero me inclino á creer que tuvo mucha parte el accidente de escaparse la sonda, que conmoviendo profundamente el sistema nervioso, hizo que se afectase simpáticamente la secreción renal. En las operaciones del aparato urinario hay que contar siempre con esta clase de accidentes, que los autores más respetables han observado en las maniobras quirúrgicas más ligeras, hasta en simples cateterismos. Así que este éxito desgraciado tampoco puede atribuirse en rigor á la operación.

El cuarto operado era también un sujeto joven con una estrechez antigua tratada infructuosamente en diferentes ocasiones por la dilatación gradual. En 22 de Marzo del 87 fué operado por divulsión con

aplicación de sonda permanente del núm. 25; pero habiéndosele salido y no habiendo sido posible volverla á introducir á pesar de repetidas tentativas, se formó un extenso flemón urinario en el escroto y periné que, á pesar de haber sido abierto ampliamente y con todas las precauciones antisépticas, terminó fatalmente á los 22 días de la operación.

Además de estos casos hemos tratado otro de fístula urinaria sin estrechez, en el cual fué posible la introducción de una sonda gruesa que dejamos permanente en la vejiga incendiando al propio tiempo un trayecto fistuloso cutáneo que tenía en la región perineal, con lo cual salió curado el 9 de Enero del 79 á los diez días de la operación

Cálculos urinarios detenidos en la uretra.—Uretrotomía externa y sutura

Los cálculos urinarios son muy raros en esta localidad y aun en los pueblos limítrofes, pues en 17 años sólo han ingresado en el hospital seis casos, cinco pertenecientes al sexo masculino y uno al femenino.

Dos de los primeros eran cálculos pequeños de tamaño y forma de un huevo de aceituna y estaban detenidos en la porción membranosa de la uretra. En ambos se intentó la extracción mediante la dilatación gradual de la porción de uretra situada delante del cálculo, y no dando resultado se probó su extracción con la pinza de Hunter, que tiene el inconveniente de no abrirse sus ramas lo suficiente para que el cálculo pueda ser cogido sólidamente con ellas, por cuyo motivo después de tentativas reiteradas de extracción hubo que renunciar á este medio y acudir á la uretrotomía externa seguida de sutura y de colocación de sonda permanente para impedir el paso de la orina por la herida.

El primero de estos casos se refiere á un niño de 13 años que ingresó en Mayo de 1874, manifestando que no podía orinar por tener hacia la raíz del miembro un cuerpo extraño, duro, que le parecía había salido de la vejiga. Explorada la uretra con una sonda metálica se comprobó la existencia de un cálculo del volumen y forma indicados que estaba situado en la dirección de su diámetro mayor,

Operado el 25 de Mayo, continuó bien durante los tres ó cuatro primeros días; pero después se presentó una pleuroneumonia del lado derecho que terminó por supuración y de ella sucumbió el enfermo el 19 de Junio. Por la autopsia se comprobó que este padecimiento ninguna relación tenía con la operación, pues no se encontró la menor alteración en la vejiga ni en los riñones.

El segundo caso se refiere á un sujeto de 61 años, que fué operado en 21 de Agosto de 1880, y no pudiendo tolerar la sonda permanente sobrevino infiltración de orina en el escroto y el periné, de la cual falleció el 4 de Setiembre.

Operaciones de la vejiga

RETENCIÓN DE ORINA

Hemos tenido ocasión muchas veces en nuestra práctica de observar y tratar este estado patológico que, como es sabido, entraña un peligro inminente, si muy luego no puede vaciarse la orina acumulada en la vejiga.

En los ancianos es muy frecuente la retención, siendo su causa el aumento de volumen de la prostata. En los adultos la causa suele ser la estrechez uretral y en los niños la introducción de algún pequeño cálculo en la uretra. La atonía de la vejiga y el espasmo producido por la acción del frío puede producir retención sin necesidad de que haya ninguna lesión material de las que dejamos apuntadas.

En los primeros años de nuestra práctica tratamos el primer caso de retención en un anciano, siendo la causa el infarto de la prostata. Después de intentar sin resultado repetidas veces el cateterismo y careciendo del instrumental preciso para la punción de la vejiga, practicamos el ojal perineal á fin de acortar la longitud de la uretra y colocarla en las mismas condiciones para el cateterismo que la de la mujer. La operación no dió resultado, pues el procedimiento operatorio no era el indicado; siendo la causa de la retención el infarto de la prostata, las mismas dificultades encontramos para sondar al enfermo á través del ojal que antes de practicarlo, y no atreviéndonos á penetrar á viva fuerza á través del obstáculo situado en el cuello, sucumbió de la infección urémica. Hubiera podido salvarse con la punción suprapubiana de la vejiga.

El segundo caso lo tratamos en 5 de Febrero de 1879 á un sujeto de 69 años y también la causa era el infarto de la prostata. Cuando ingresó en el Hospital, la vejiga estaba enormemente distendida y llegaba á la región umbilical. No siendo posible el cateterismo, hicimos la punción suprapubiana de la vejiga con el trocar capilar seguida de aspiración con el aparato de Dieulafoy que hubo necesidad de repetir una vez al día por espacio de ocho ó diez. En la segunda punción, al extraer el trocar, notamos que se había quedado en la vejiga como un centímetro de cánula con la punta cortada en forma de pluma de escribir. No por esto dejamos de llenar la indicación de vaciar la vejiga por el mismo medio, eligiendo otro trocar un poco más grueso para evitar el accidente indicado que debió ser ocasionado por estar la cánula capilar oxidada por dentro, á pesar de ser nueva y no haberse usado para nada anteriormente. A las ocho ó diez punciones pudo sondarse al enfermo y el 3 de Julio del 79 salió curado, no sólo de la retención, sino de un flemón urinario que se formó en la región perineal. Quedó empero el trozo de cánula en la vejiga y se le recomendó que volviese en otra ocasión ó cuando sintiese molestias, que por entonces eran insignificantes.

En 1884 practicamos á otro anciano de más de 70 años otras siete punciones del mismo modo, sucumbiendo de la fiebre urémica que ya tenía cuando principiábamos el tratamiento.

Hay que tener presente que la retención de orina es muy grave, no sólo cuando se practica la punción, sino también cuando puede vaciarse la vejiga sin dificultad por medio del cateterismo. Citaré en comprobación de esto algunos casos de fecha más reciente que los anteriores. Un señor retirado, de más de 60 años, enfermó al parecer con hemorroides, y sobrevino desde el principio retención de orina, de que no se dieron cuenta ni el enfermo, ni la familia, ni los médicos encargados de su asistencia. Sin duda no había dolores, ó si existían eran atribuidos á las hemorroides, y el enfermo no dejaba de orinar algo por rebosamiento. Pasados diez ó doce días, fuí llamado en consulta y me encontré con una vejiga enormemente distendida que traspasaba la región umbilical. Le sondé sin dificultad y salió una cantidad grande de orina (más de 20 cuartillos), que por su olor amoniacal indicaba que había estado retenida. El enfermo no acusaba dolor en ninguna parte, no había fiebre, el pulso estaba lento, había tendencia al sueño, que no me llamó la atención por suponer que había

pasado sin dormir los días anteriores. El cateterismo tuvo lugar al anochecer, y al siguiente día supe que en la madrugada había fallecido, lo cual no dejó de sorprenderme. Reflexionando después sobre la causa de la muerte, me expliqué este triste suceso por el colapso en consecuencia de la reabsorción de la orina retenida: el sueño que noté al tiempo de sondarle era el sopor, era el coma de la urémica. Otro señor, sacerdote, de unos 50 años, padeció una retención de orina á consecuencia de un enfriamiento, sin antecedentes de estrechez ni de lesión alguna vexical: llamado á los 14 días, encontré dilatada la vejiga al máximum y practiqué el cateterismo sin dificultad, extrayendo unos doce cuartillos de orina de olor amoniacal. El escroto se encontraba algo abultado por la infiltración que había comenzado á iniciarse, el pulso lento, el semblante alterado, tendencia al sueño, algunas alteraciones digestivas que se traducían por lengua saburrosa, falta de apetito y tendencia al vómito. A estos síntomas se agregó más tarde fiebre de carácter accesional. No hay duda que todos dependían de la infección urémica que ya se había iniciado, siendo probable una terminación funesta si se hubiera tardado 24 horas más en intervenir activamente. El cateterismo que el mismo enfermo aprendió á practicarse, los lavados de la vejiga con ácido bórico y la quinina, hicieron desaparecer las consecuencias de la retención. Pero la vejiga se había distendido al máximum y durante muchos meses no recobró su contractilidad: el enfermo, después de restablecido, tenía que sondarse varias veces al día, hasta que por fin ha recobrado su estado normal.

La retención de orina es un accidente mortal abandonado á los recursos de la naturaleza. Evacuar la orina es una indicación vital y urgente. Los medios para llenarla son el cateterismo en primer lugar: cuando éste no puede efectuarse antes que el forzado, como algunos han aconsejado, debe hacerse la punción suprapubiana de la vejiga, ó con el trocar capilar, ó con el trocar curvo de Fr. Cosme. La punción capilar con aspiración, mediante el aparato de Dieulafoy, expone á accidentes como el que hemos mencionado, expone también á la infiltración de orina como hemos observado en un caso reciente y tiene además el inconveniente de que hay que repetir las punciones cuando menos una vez al día, lo cual suele ser insuficiente para evitar la infección urémica, siendo además penoso para el enfermo. La punción con el trocar curvo tiene los mismos inconvenientes, y para

evitar las repetidas punciones se ha aconsejado dejar aplicada la cánula hasta que se restablezca la permeabilidad del conducto uretral; mas como la permanencia de una cánula metálica no puede ser inofensiva para la vejiga, recientemente se ha adoptado el medio de pasar por la cánula una sonda de Nelatón y dejarla permanente. Fijándola en la región hipogástrica con un cinturón de cautchuc, hay que dejarla abierta para que corra constantemente la orina, para evitar la infiltración. Este es el medio que nos parece mejor para combatir retenciones de orina en los viejos cuando el infarto de la prostata impide el paso de los instrumentos para hacer el cateterismo. Cierto es que quedará una fístula, pero con ella podrá vivir muchos años el enfermo.

Cálculos vesicales

No habiéndose encontrado ningún agente farmacológico capaz de combatir eficazmente los cálculos urinarios una vez formados y depositados en la vejiga, desde tiempo de Hipócrates, el único remedio seguro contra ellos es la intervención quirúrgica, y de aquí la invención de la talla y de la litotricia.

Antes de proceder á estas operaciones importa sobremanera fijar bien el diagnóstico, pues aunque los cálculos presentan síntomas subjetivos bastante característicos, sólo la exploración directa bien hecha, puede darnos certeza del diagnóstico.

Este comprende varios extremos: 1.º Determinar si existe ó no cálculo. 2.º En caso de existir, determinar su volumen, su consistencia y su número.

Cuando el cálculo es grande nada hay más sencillo que certificar su presencia en la vejiga por medio del cateterismo hecho con sondas rígidas y mejor metálicas: éstas dan idea al mismo tiempo de su volumen y consistencia. Pero cuando el cálculo es pequeño hay que proceder metódicamente, pues no es tan fácil encontrarlo y ya se han dado muchos casos en que existiendo cálculo ha pasado desapercibido, y otras veces al contrario, no existiendo se ha creído que lo había.

Para resolver acertadamente esta primera cuestión que se presenta al Cirujano, interesa, sobremanera, seguir los consejos de los especialistas. Hé aquí cómo procede nuestro distinguido amigo el Doctor

Suenter. (1) «Uno sencillísimo, y que generalmente basta para lograr la comprobación que se busca, es el siguiente: se coloca al enfermo de pie, arrimado á una pared, con los pies un poco adelante, á fin de que la gravitación del cuerpo corresponda á las caderas, y en esta posición se le introduce lentamente una sonda olivar delgada para evacuar la orina, manteniéndola fija hasta la total depleción de la vejiga; comunicando entonces á la sonda movimientos antero-posteriores que no excedan de dos centímetros, se percibe el roce sobre la superficie del cálculo, si existe, pues generalmente se halla situado á uno de los lados del cuello vesical; esta exploración, sin embargo, no permite apreciar las dimensiones de la piedra, dato de la mayor importancia, tan necesario para practicar la talla como para hacer la litotricia; en el primer caso, ese conocimiento es indispensable para optar por el método abdominal ó perineal, y en el segundo para decidir el calibre de los instrumentos trituradores y de las sondas evacuatrices que hayan de usarse.

El procedimiento más perfecto y que en ningún caso puede producir error se practica en la cama del enfermo, acostado éste en decúbito supino y colocando bajo sus caderas un almohadón duro ó el aparato de litotricia de mi buen amigo el Dr. Reliquet....

Los instrumentos necesarios son: una sonda, una jeringa de hidrócele y un explorador.

Además es necesario tener preparada una solución de clorhidrato de cocaina al 4 por 100 en cantidad de 30 ó 40 gramos y otra solución también al 4 por 100 en cantidad de 500 á 600 gramos, ambas han de usarse tibias á una temperatura proximamente de 37° centígrados.

La sonda ha de ser flexible, de un diámetro bastante inferior al de la uretra, núm. 15 ó 16 de la escala francesa, con objeto de que pase holgadamente y bien engrasada con vaselina; en los sujetos jóvenes la mejor forma de sonda es la olivar, en los sexagenarios la codada.

La jeringa debe ser la llamada de hidrócele, porque permite hacer la inyección lenta y suavemente y porque sabemos á cada momento la cantidad de líquido que hemos inyectado; con las peras de cautchuc, hoy tan generalizadas, ni es posible hacer lo primero ni saber lo segundo, téngase presente que para que la vejiga soporte bien una

(1) De la litotricia en general, conferencia dada en Noviembre de 1887 en el Hospital de la Princesa.

inyección es preciso remedar hasta cierto punto el mecanismo fisiológico del ingreso de la orina en el reservorio, casi gota á gota.

El instrumento explorador de Reliquet es un pequeño litotritor de pico plano y es el único que puede satisfacer cumplidamente; deben desecharse para este objeto las sondas de todas formas y cuantos exploradores sólidos se han inventado, sin excluir el muy usado de Thompson; la sensación de roce ó choque que se obtiene mediante la introducción de dichos instrumentos, puede en ocasiones pasar desapercibida si la producción calculosa es pequeña y fosfática; otras veces ha parecido sentirse el roce no existiendo piedra y se ha hecho la talla, error que afecta lastimosamente la reputación de quien lo comete, por más que dicho error haya sido el punto de partida para instituir el moderno tratamiento de las cistitis rebeldes mediante la abertura de la vejiga. Empleando este instrumento no sólo se consigue con toda certeza la averiguación de lo que nos proponemos, sino que además, desde que la piedra cae entre sus ramos conocemos las dimensiones de uno de sus diámetros, dato de la mayor importancia.

Una precaución que no debe descuidarse es que el enfermo se aplique una lavativa una ó dos horas antes de la exploración á fin de tener limpio el intestino; la existencia de materiales sólidos en el intestino ocasiona una elevación más ó menos pronunciada precisamente en el centro de la pared posterior de la vejiga, resultando entonces dos fondos vesicales á derecha é izquierda de dicha elevación en vez del único central que debe existir, disposición que dificulta notablemente las maniobras exploratrices.

Colocado el enfermo sobre la cama y teniendo á mano las soluciones de ácido bórico y clorhidrato de cocaina á la temperatura conveniente, se introduce suavemente la sonda flexible hasta la vejiga y se evacua su contenido; seguidamente se hace una inyección de la solución bórica con lentitud, advirtiéndole al enfermo que avise en el momento de iniciarse deseos de orinar, retirando en el acto la jeringa, vaciando la solución bórica y tomando nota de la cantidad que ha tolerado la vejiga; cárguese otra jeringa más pequeña con la solución de clorhidrato de cocaina é inyéctense, como queda dicho, 30 ó 40 gramos; hecho esto se retira la sonda.

Transcurridos 25 ó 30 minutos, se introduce suavemente y sin vaciar la cocaina, á menos de observarse fenómenos de absorción, se hace otra inyección bórica en cantidad de 30 ó 40 gramos menos de



lo que toleró la primera vez, á fin de evitar el deseo de orinar, y si ésta se presenta vaciando 30 ó 40 gramos antes de retirar la sonda, es de importancia que la vejiga no está muy dilatada, pues contrayéndose dicho órgano al contacto del explorador, lanzará la inyección, además la exploración es más laboriosa en esa vejiga muy distendida; 150 gramos poco más ó menos me parece ser la cantidad que conviene, si la vejiga la tolera sin molestia.

Después de esto, se toma el explorador bien engrasado y se introduce lentamente siguiendo las reglas del cateterismo con instrumentos codados. Desde que el explorador ha penetrado en la vejiga se continúa el movimiento directo y observado de propulsión hasta que su talón toque en la pared posterior de la vejiga; si no se ha obtenido sensación de roce, se vuelve el pico del instrumento á la derecha y se trae cerrado hasta sentir el contacto con la pared vesical anterior; si tampoco se ha sentido nada extraño, se repite la maniobra en el lado opuesto; hasta aquí hemos usado el explorador cerrado como una sonda; pero tanto en el caso de que el resultado de esta primera parte de la exploración haya sido afirmativo como si fuese negativo, procedemos á abrir el instrumento, teniendo su pico hacia arriba y cerca del cuello, manteniendo fija la rama macho y comunicando á la hembra la propulsión directa hasta apoyar suavemente su talón sobre la pared posterior de la vejiga, generalmente el cálculo cae, mediante esta maniobra en la cuchara de la rama hembra y al reunir ambas se percibe cogido entre las mismas; si no sucede así, procede, teniendo el instrumento abierto y en la posición indicada, comunicar movimientos de lateralidad al aparato á derecha é izquierda, con el objeto de hacer variar la situación del punto más declive de la vejiga.

Cuando no se ha sentido sensación de roce y se ha repetido unas cuantas veces la maniobra descrita sin que haya caído el cálculo entre las ramas del explorador, puede asegurarse que no existe; si por el contrario, un cálculo ha sido cogido, se toma nota de su tamaño en la escala del pabellón del instrumento y no se suelta, sino que se mantiene fijo entre sus ramas, haciendo funcionar el tornillo de presión; seguidamente se continúa la exploración y si el talón del instrumento rozase algún cálculo, puede afirmarse que existen dos ó más, pues el que se lleva fijo entre las ramas del explorador no puede comunicar sensación alguna.

Terminada la exploración, si no se ha hallado piedra se cierra el

instrumento lentamente y teniendo su pico en el centro de la vejiga; si existe un cálculo cogido entre sus ramas, se colocan éstas horizontalmente, se abre más el instrumento y la piedra cae por su propio peso; entonces se cierra, se dirige el pico hacia arriba y se saca despacio repitiendo á la inversa la maniobra de introducción.

Retirado el explorador, sólo resta evacuar la inyección mediante la misma sonda que sirvió para hacerla y la exploración queda terminada. La utilidad de emplear la anestesia local en estos casos es tan considerable que yo nunca la omito; los enfermos presencian impasibles el reconocimiento instrumental, contra el que tienen infundadas prevenciones, la exploración se hace con toda calma, puesto que el enfermo no sufre y á la vez se evitan los espasmos y contracturas que lanzando la inyección obligan á desistir ó resulta el reconocimiento inseguro, lo que hace preciso repetirlo.

La exploración vesical, hecha según las reglas expuestas, tiene además la ventaja de permitir la inmediata trituración del cálculo cuando es pequeño, y éste es otro motivo para verificar el reconocimiento mediante la anestesia local.»

Diagnosticado el cálculo bajo todos los puntos de vista que quedan indicados, hay que pensar: primero, si será posible su extracción atendidas las circunstancias individuales del paciente, y segundo, qué operación deberá elegirse para su extracción.

El estudio de las circunstancias individuales tiene aquí especial interés: si el éxito está siempre en relación con ellas, en estas operaciones puede decirse que depende menos del trahumatismo cuando son bien practicadas que de los sufrimientos anteriores. A veces cuando el calculoso llega á nuestras manos nos encontramos con la triste disyuntiva de dejarla morir sin intentar nada para su salvación, ó de operarle en condiciones muy desventajosas. La edad es un dato importante: los niños las soportan mejor que los adultos y éstos mejor que los ancianos. La fecha de que datan los padecimientos influye también mucho, porque en general un cálculo es tanto mayor cuanto más tiempo ha permanecido en la vejiga y cuanto mayor y más antiguo es, tanto mayores serán las alteraciones del aparato urinario y de todo el organismo. El estado de la constitución depende de estas circunstancias y de las demás individuales, como el temperamento, la alimentación, el género de vida, el estado de las vías digestivas etc. Todo lo cual deberá tenerse presente para juzgar si

será posible que soporte las operaciones indicadas para la extracción de la piedra.

Con respecto á la elección de la operación debe recaer primero entre la litotricia y la talla y después entre las diferentes clases de tallas entre sí.

Desde 1878 en que Bigelow (de Bostón) dió á conocer la *litolapaxia* ó *litotricia rápida*, todos los especialistas la han dado la preferencia y así puede decirse con el Dr. Suender que *está indicada siempre que es practicable*. Las condiciones que para esto se requieren, unas dependen de los cálculos y otras del estado de las vías urinarias. El tamaño de los cálculos ha de ser tal que les permita ser abarcados entre las ramas del litotritor, y como la separación de éstas no pasa de seis centímetros, éste debe ser del diámetro mayor para que puedan ser triturados. Todos los que excedan de él no podrán ser tratados por la litolapaxia. Otra condición es la dureza: si cogido un cálculo entre las ramas por diferentes diámetros no puede romperse habrá que renunciar á la litotricia y acudir á la talla.

Por parte de las vías urinarias se necesita en primer término campo suficiente para que pueda funcionar el litotritor sin peligro para la vejiga: en la cistitis dolorosa está el órgano tan retraído que no consiente sino la inyección de muy corta cantidad de líquido, y como sin esta inyección en cantidad suficiente no puede efectuarse, la operación está contraindicada. Esta contraindicación no es sin embargo absoluta, según el Dr. Suender; con inyecciones de cocaina puede conseguirse alguna vez que la vejiga retenga cantidades de líquido suficientes para que el litotritor se mueva con desembarazo y de este modo y con previa anestesia general no habrá inconveniente en practicar la litolapaxia, si bien *deberá procederse con extremadas precauciones*. Son contraindicaciones formales los obstáculos que impidan el paso de los instrumentos como el epispadias, hipospadias, falsas vías, infartos de la prostata etc.

La afección calculosa debe ser tratada al iniciarse, y esto es muy importante que no lo olvide ningún médico para que en cuanto se inicie cualquier padecimiento vesical trate de formarse diagnóstico exacto respecto á la existencia ó no de cálculos, pues sometido el enfermo á la litolapaxia, el éxito es seguro, y caso de no poder practicarse, también este es el momento oportuno para practicar la talla. La mayoría de los calculosos operados fallecen, no de la operación, sino de las

lesiones vesicales y renales anteriores que se agravan considerablemente después de ella.

En cuanto á la elección entre la talla hipogástrica y las perineales la opinión unánime de los Cirujanos es que aquélla tiene su indicación especial en los cálculos muy voluminosos que no pueden extraerse por las aberturas que se practican en el periné, ni ser tratados por la litolapaxia. En estos últimos tiempos esta clase de talla se ha perfeccionado mucho en su técnica operatoria y hay algunos que pretenden darla la preferencia sobre la talla perineal, fundados en que es de más fácil ejecución, no expone á los accidentes de hemorragia, ni á las lesiones del conducto deferente que han dado lugar más de una vez á la esterilidad ni á las del recto, ni á las consecuencias de los errores de diagnóstico en cuanto á la apreciación del tamaño del cálculo en caso de no tener á mano el litotritor para hacer un diagnóstico exacto. En cambio de estas ventajas no puede decirse que sean mayores los inconvenientes y peligros de esta operación que los de la talla; y en consecuencia de todo esto se pretende que la talla hipogástrica está destinada en un porvenir no lejano á constituir con la litotricia rápida los dos métodos generales para la extracción de los cálculos. A la experiencia toca decidir si las tallas perineales deben quedar relegadas para llenar indicaciones especiales en que no puedan tener aplicación ni una ni otra de aquéllas. Hoy por hoy sus indicaciones son legítimas, dada pericia suficiente en el operador, en los cálculos pequeños y tan duros que no puedan triturarse ó en que no pueda efectuarse la litolapaxia por causas ajenas al tamaño del cálculo, como sucede por ejemplo en los niños, en que si bien puede efectuarse la litolapaxia exige mucha habilidad en el operador y es muy delicada por el calibre de la uretra y la capacidad de la vejiga, mientras que la talla perineal tiene demostrado la experiencia es bien soportada en esta edad.

Entre las tallas perineales debe darse la preferencia en el adulto á la media si el cálculo es pequeño y en el niño á la lateral, llamada también lateralizada.

Hechas estas consideraciones generales acerca del diagnóstico y terapéutica de los cálculos, voy á dar cuenta de dos operaciones de esta clase en que he intervenido, una de talla lateral con ooperador y otra de litolapaxia como ayudante del Dr. Suender.

Talla lateral ó lateralizada

Ya queda manifestado lo poco frecuentes que son en esta localidad los calculos; así es que además de los dos cálculos detenidos en la uretra de que me he ocupado anteriormente, sólo otros dos casos he tenido ocasión de operar, uno en la mujer mediante la talla vaginal, expuesto entre las operaciones especiales del sexo femenino (tom. 1.º, páginas 185 á 187) y otro el que ahora voy á referir.

En Agosto de 1886 ingresó en el Hospital un niño de ocho años que llevaba padeciendo cuatro ó cinco su afección calculosa. El desarrollo orgánico era proporcionado á su edad, y aunque pálido y demacrado por sus acerbos sufrimientos la constitución no estaba muy deteriorada. Tenía el pene un desarrollo considerable sin duda por las tracciones que ejercía sobre él siempre que tenía que orinar. Presentaba todos los síntomas subjetivos que acompañan á los cálculos, y reconocido con sonda metálica se confirmó el diagnóstico. Desde este momento, proponiéndonos operarle, le sometimos á un plan reconstituyente para ponerle en las mejores condiciones posibles de resistencia, procurando entre tanto calmarle los dolores con baños de asiento, euemas laudanzadas etc. No conociendo entonces los progresos realizados en estos últimos años en el tratamiento de los cálculos mediante la litotricia rápida y la talla hipogástrica, no pensamos en estos métodos y sí sólo en la talla perineal. Por la exploración con la sonda no nos pareció el cálculo excesivamente voluminoso para exigir la hipogástrica reservada por la Cirugía tradicional para los de esta clase, y persuadidos de que la indicada era la perineal nos preocupó mucho la anatomía de esta región y las dificultades que teníamos que vencer. Para salir airoso en nuestra empresa no omitimos ninguna diligencia y cerca de mes y medio estuvimos trabajando y pensando, ora sobre el libro, ora sobre el cadáver, ya disecando minuciosamente la región perineal, ya ensayando los diversos procedimientos. Y cuando juzgamos que estábamos suficientemente preparados, nos decidimos á operar á nuestro enfermo, que había ganado muy poco en su estado general á pesar de haber redoblado la vigilancia en la alimentación y demás tónicos que le habían sido prescritos. Practicada la operación el 15 de Octubre por el procedimiento clásico de la talla lateral (incisión

externa con el bisturí, incisión interna con el litótomo de una hoja ó de Fr. Cosme) llegamos hasta la vejiga sin hemorragia ni contratiempo alguno; habíamos efectuado la primera parte de la operación con entera felicidad, dejándonos satisfecho la limpieza de los cortes y la prontitud de las maniobras; pero nos habíamos equivocado en el diagnóstico, y en vez de ser el cálculo de medianas dimensiones era de unos seis centímetros en su diámetro mayor, ovalado, blando y fosfático en su superficie externa, que se deshacía con el dedo al introducirle por la herida hasta la vejiga para reconocerle. Sacarle entero hubiera sido difícil ó imposible; pero como al tocarle con el cateter y el dedo se había desprendido la corteza que constituía la superficie externa, ya cuando llegó la maniobra de extracción estaba fraccionado en dos ó tres porciones gruesas y otras más pequeñas, verdaderas arenillas, lo cual hizo la extracción fácil. En cambio de esta facilidad, hubo que repetir muchas veces la maniobra de introducción de las tenazas para sacar primero los fragmentos gruesos y después con la cucharilla las porciones pequeñas ó arenillas, no sin que éstas y aquéllos dejaran una buena parte en todo el trayecto de la herida sin poderlo remediar de modo alguno. Procuramos después de extraer la mayor parte del cálculo, eliminar las arenillas que quedaron en la vejiga y en todo el trayecto de la herida con lociones é inyecciones de agua tibia y dimos por terminada la operación. Examinando todo lo extraído resultó tener 23 gramos y un decigramo de peso, observándose dos porciones de composición distinta: una mayor de consistencia blanda y evidentemente fosfática que era la corteza ó superficie externa del cálculo que salió en cinco ó seis pedazos informes, gruesos unos, otros más pequeños y otros verdaderas arenillas: otra porción más pequeña, de forma ovoidea, con 3 centímetros en su diámetro mayor y 2 en el menor, dura y que seccionada con una sierra de pelo presenta capas concéntricas y en el centro un núcleo mucho más duro, de color rojizo, cuya superficie de sección ofrece brillo como si estuviese pulimentada. Por estos caracteres parece indudable que esta segunda porción fué el primitivo cálculo, cuyo núcleo, al parecer, de ácido úrico, vino tal vez del riñón y después fueron agregándose lentamente capas hasta tener el tamaño de 3 centímetros por su diámetro mayor, y haciéndose más adelante la orina alcalina por los trastornos funcionales determinados por su presencia y obrando como cuerpo extraño, en un período de

tiempo relativamente más corto, fué recubriéndose de la capa fosfática que constituyó su corteza sin llegar á adherirse íntimamente.

Después de la operación sobrevino fiebre alta que fué aumentando en los días sucesivos, falleciendo el 21 de Octubre, á los seis de la operación, de cistitis é infiltración urinaria, con la infección consiguiente.

La causa del fallecimiento fué indudablemente el trahumatismo producido por las repetidas maniobras de extracción y las arenillas que quedaron adheridas á la superficie de la herida, que aunque no tenían aristas ni puntas por ser redondas, no podían ser inofensivas. El procedimiento operatorio no estuvo bien elegido: con la litolapaxia el éxito hubiera sido seguro porque no hubiera costado trabajo triturar la porción blanda y la dura también hubiera sido posible triturarla, pues según hemos visto al cortarla con la sierra, aunque dura, era bastante frágil y se fracturaba con facilidad. La talla hipogástrica tampoco estaba indicada para extraer este cálculo, pues las dificultades hubieran sido las mismas y los mismos los inconvenientes.

Litolapaxia practicada por el Dr. Suender

D. Francisco Grondona, de 73 años de edad, constitución activa, temperamento nervioso bilioso, ha gozado habitualmente buena salud hasta hace pocos años que comenzó á sufrir las molestias peculiares de la hipertrofia postática; la estancación de orina, parcial en su principio, se hizo total y sobrevino el catarro vesical crónico con todas sus consecuencias; los lavados, el cateterismo médico y algún balsámico hacían la situación llevadera, pero en el otoño último hubo una notable agravación en el estado local y general, debilidad general, inapetencia invencible, accesos febriles, tenesmo vesical que no calmaba el cateterismo ni los lavados, tal era el cuadro de síntomas.

Vivía á la sazón este enfermo en una hacienda de campo, privado de asistencia médica y de recursos farmacológicos, y consultado el caso con el Dr. Suender opinó en primer término que debiera trasladársele urgentemente á Madrid ó Toledo, optó el paciente por lo segundo y después de observarle detenidamente redacté una concisa historia clínica, que dicho profesor había reclamado; el Dr. Suender contestó que, en su opinión, se trataba de la afección calculosa y que procedía hacer una exploración y si se comprobaba el diagnóstico hacer sin dilación la litolapaxia.

Invitado el Dr. Suender para hacer lo que proponía, vino á esta ciudad el 12 de Marzo, y hecha la exploración resultó confirmado en diagnóstico; el estado del enfermo no parecía favorable á una inter-

vención quirúrgica importante, su demacración era extraordinaria, el estómago sólo soportaba la leche, el sueño era imposible á causa del tenesmo constante; pero ante la ineficacia de los recursos farmacológicos, decidimos la operación; en la tarde del mismo día, encargándome yo de la anestesia y mis compañeros los Sres. D. Marcelo García y D. José Lambea de auxiliar al Dr. Suender, hizo éste la litolapaxia.

Comenzó por vaciar la vejiga é inyectar una solución bórica, en cantidad de 50 gramos, única que era tolerada, y que por ser tan escasa había de hacer difícilísimas las maniobras de trituración; introdujo un litotritor de Reliquet, no sin dificultad, á través de la uretra postática, y acto continuo fué cogido un cálculo de dos centímetros de diámetro y de bastante consistencia que fué triturado en pocos minutos; para desembarazar la vejiga de detritud se sirvió de una sonda metálica, núm. 24, á la que adaptó el aspirador de Suyon, que funcionó admirablemente, y cuando ya no caían fragmentos en el depósito de cristal, se sacó la sonda, se hizo nueva inyección y se comenzó de nuevo la trituración, hallando un cálculo mayor que el triturado y restos del anterior; juzgando suficiente el trabajo realizado se repitió la evacuación del detritu por la aspiración y lavado sucesivos, dando por terminada la operación á las dos horas de empezada.

La reacción operatoria fué moderada, no subiendo el termómetro más que á 38° en las primeras 24 horas, que siguieron á la operación; los dolores debidos al trahumatismo instrumental tuvieron alguna intensidad, pero fueron progresivamente disminuyendo, lo mismo que la frecuencia del cateterismo; las funciones digestivas mejoraron en igual proporción y su actual estado (20 de Abril) es el siguiente: ha vuelto á su régimen de vida casi normal, su estado de nutrición y de fuerzas le consiente salir de casa á dar algún paseo, ha disminuido la frecuencia en la emisión de la orina, reteniéndola de día hasta tres y cuatro horas y algo menos por la noche. Le queda aún su catarro vesical, del que va mejorando aunque lentamente y su infarto prostático que exige el cateterismo, como antes de tener los cálculos.

Pocas veces podrá registrarse un triunfo tan brillante como el obtenido por nuestro distinguido amigo el Dr. Suender en el caso que acabamos de reseñar brevemente. Para comprender el estado del enfermo antes de la operación es necesario haberlo visto y haber presenciado como nosotros durante un mes sus acerbos sufrimientos; ni con el sulfonal y la morfina administrados interiormente, ni con la cocaína en inyección, ni con el beleño y el láudano se calmaban sus intensos dolores que no le dejaban ni un momento de reposo, siendo tal el tenesmo vesical y rectal, que tenía que sondarse cada hora ó cada tres cuartos de hora. El estado de las vías digestivas no podía ser más deplorable, sólo toleraba la leche y eso con muchas dificultades y traba-

jo y en cantidad insuficiente para sostenerle. En consecuencia de todo, la demacración había llegado al máximo y no había más esperanza de salvación que su temple orgánico á toda prueba. Confiando en él y en la pericia del operador, que no necesita encomiarse porque está acreditada en otras empresas tan gloriosas y arriesgadas como la presente, no tuvimos inconveniente en prestarle nuestro modesto concurso, poseídos de tanto temor como esperanza. Nuestro temor se fundaba no sólo en las condiciones apuntadas del estado general: por parte del local había que luchar con el infarto de la prostata y la retracción de la vejiga, que sólo toleraba 50 gramos de líquido cuando la cantidad que se necesita ordinariamente para el manejo del litotritor es de 150. Todos estos escollos los venció el Dr. Suender con su maravillosa habilidad y estuvo maniobrando en una vejiga tan padecida unas dos horas próximamente, durante las cuales el enfermo estuvo completamente anestasiado sobre todo cuando funcionaba el aspirador. Bien puede asegurarse en vista del resultado que con ningún otro recurso hubiera podido obtenerse un éxito tan lisonjero. Reciban por él el operador y el paciente nuestra más cordial felicitación.

Hidatides del riñón

Esta enfermedad es bastante rara en el riñón y por este motivo y por estar expuesta con bastante precisión y exactitud la sintomatología en el siguiente escrito, que nos ha entregado el mismo enfermo, no tenemos inconveniente en insertarlo sin comentario alguno.

«El que escribe estas líneas, Marcelino Nicanor Nieto y Pérez, natural de Toledo, de 20 años de edad, de estado soltero, de profesión profesor de primera enseñanza, hace tiempo que viene padeciendo esta enfermedad en la forma que voy á explicar á instancias del profesor médico cirujano Sr. Gallardo.

Hace cinco años próximamente que noté al verificar la secreción urinaria, la expulsión de ciertos cuerpos extraños, de color blanquecino, de consistencia blanda y algo gelatinosa, de un tamaño igual al de un garbanzo, los cuales por su consistencia no producían dolor ninguno, sino únicamente ocasionaban un pequeño movimiento de vibración á la uretra, y como no me producía ningún dolor, no di importancia al padecimiento, pero hace tres años se complicó con dicha enfermedad el cólico nefrítico, cuya enfermedad voy á explicar clara y sencillamente con todos los síntomas que se presenta.

La salida de los expresados cuerpos en el primer año de la enfermedad, se verificaba, como he dicho, sin dolor y á menudo, pues había días que expulsaba cuatro y seis de los expresados cuerpos.

En el segundo año de la enfermedad, la expulsión de dichos cuerpos se verificaba, no ya tan continua, sino cada tres ó cuatro meses,

pero ya presentaba los dolores consiguientes del cólico nefrítico: yo, creyendo fuese flato, lo combatía con infusión de anís, manzanilla y otras medicinas indicadas en contra de dicha enfermedad; pero como el dolor desaparecía á las dos ó tres horas, no hacía caso; lo traté otra vez con el salicilato de sosa, creyendo era reuma, y obtuve el mismo resultado, hasta que tuve que recurrir al profesor de Medicina y Cirugía Sr. Gallardo, el cual me recetó la morfina, como calmante, habiendo querido ponerme inyecciones hipodérmicas, á lo cual no accedí.

En Julio del año 1887 tuve otro caso de dicha enfermedad (estando en un pueblo llamado Manzaneque) y que además del cólico y las hidatides tuve una hemorrágia de sangre por la uretra que arrojaría próximamente medio litro de dicho líquido. Como en dicho pueblo no hay farmacia, tienen necesidad de ir por las medicinas á Mora, pueblo distante una legua, y por dicho motivo, aun cuando el Médico Sr. Martín Pintado, me indicó la morfina, mientras iban por ella á dicho pueblo y venían, ya habia desaparecido el dolor, pues como he dicho antes, la duración es de unas tres horas próximamente.

Tomé en esta ocasión por indicación del Sr. Martín, las píldoras diurético-hidragogas del Dr. Bonchardat, pero ningún alivio noté con ellas.

Como dicho dolor se reproducía cada tres meses, y desde Julio del año 87 no había tenido novedad, creía que la enfermedad había desaparecido; pero desgraciadamente no ha sido así, pues el día 29 de Marzo del presente año volvió á reproducirse, pero en términos tales, que no tuve más remedio que acceder á que el Sr. Gallardo me pusiera las inyecciones hipodérmicas que en otra ocasión no quise me las pusiera, habiéndose exarcebado la enfermedad en la forma que indicaré más adelante.

Voy á explicar el curso de la enfermedad:

Se presentan los dolores del cólico en la parte izquierda de la región abdominal ó sea en el vacío izquierdo, notando que siempre se presenta en este lado y no en el derecho; la fuerza de los dolores aumenta con el tiempo, originando el vómito, y los dolores no cesan ni aun con la morfina suministrada en píldoras y sí únicamente con dicho medicamento en forma de inyección, pues de este modo la absorción de la medicina por los tejidos se verifica más rápidamente. Llega el momento de expulsar los cálculos y al pasar del riñón al ureter cesan instantáneamente los dolores, encontrándome ya en disposición de abandonar la cama como si nada hubiera tenido. Del ureter pasan los cálculos á la vejiga urinaria, en cuyo sitio permanecen hasta que verifico la secreción que salen al exterior, produciendo como he dicho un ligero movimiento de vibración á la uretra.

En los primeros casos no acompañaba á la enfermedad más que lo

expuesto, pero en los dos últimos accesos (Julio del 87 y Marzo del 89) se ha complicado á la enfermedad una especie de hemorragia arrojando bastante cantidad de sangre.

Observados con el microscopio los cálculos por los Sres. Gallardo, Bermejo y otras personas muy competentes en la ciencia de Galeno, han visto que dichos cuerpos contenían millares de animalillos microscópicos.

He cumplido mi misión, dando las más expresivas gracias al señor Gallardo por insertar en EL BISTURÍ (revista mensual de Cirugía de su digna dirección), estas mal trazadas líneas, rogando á los lectores me dispensen si inconscientemente hubiere cometido alguna falta».

Enfermedades palúdicas

FIEBRE INTERMITENTE REGULAR MALIGNA

(Continuación.)

EJEMPLOS

4.º *Fiebre intermitente regular maligna de forma tífica.*

Antes de empezar la exposición del caso práctico, he de recordar que siendo tan numerosas las formas de perniciosas regulares que pueden presentarse en cada grupo de nuestra clasificación, nos sería punto menos que imposible poder exponer un caso clínico de cada una; así que, procuraremos, por tanto, historiar uno ó más de cada grupo, de los más notables de nuestra práctica y que pueda responder al objeto que ya he dicho me propongo, es decir, á que sirva de norma para el conocimiento y seguro diagnóstico de otros análogos.

Como hemos dicho, puede caracterizar la malignidad cualquiera forma de otra fiebre grave; pero la más comúnmente observada, es la tifoidea; hé aquí un caso práctico correspondiente al grupo en que la perniciosidad simula otro estado febril sin dejar de ser fiebre intermitente palúdica.

D. Ciriaco Izquierdo, vecino de Noez (Toledo), es un hombre de 45 á 50 años, casado, labrador y propietario en expresado pueblo; su constitución es endeble y nervioso su temperamento. Catarroso desde edad temprana, ha padecido una pleuro-pneumonia del lado derecho, que fué asistida desde el pueblo de Polán en unión del Cirujano del pueblo de su residencia, por el que estas líneas escribe, en el año anterior al en que sufriera la enfermedad que me ocupa.

Con éste *yo* fisiológico; expuesto continuamente á las inclemencias atmosféricas, por tener que salir con gran frecuencia al campo con bueno ó mal tiempo, regresó un día á su casa después de haberse mojado por la lluvia acometido de un frío intenso que le obligó á acostarse inmediatamente. Pasado este frío, se siguió una reacción febril acompañada de delirio é incoherencia de ideas, síntomas que alarmaron á la familia y al Cirujano del pueblo, y en aquella misma noche solicitaron mi concurso, teniendo que trasladarme al referido pueblo de Noez, distante del mío unos cinco kilómetros. A mi llegada el enfermo ofrecía el siguiente estado: decúbito supino con las piernas en semiflexión, cara estuporosa, mirada incierta, delirio bajo, alternando con períodos comatosos, torpeza en la audición, tos frecuente y seca, respiración frecuente y anhelosa; lengua seca, áspera y encendida, lentores y fuliginosidades en los labios y dientes, pulso frecuente y pequeño, temperatura 40°, 2. Examinado el pecho por la auscultación y percusión, se apreciaba macidez en la zona que invadiera la pulmonía padecida anteriormente, y estertores mucosos diseminados en ambos pulmones.

El vientre estaba timpanizado y doloroso, pudiéndose apreciar el ruido hidro-pneumático á la compresión en la fosa iliaca derecha: por la percusión podía notarse aumento de volumen del bazo; el hígado en estado fisiológico. La orina era escasa y encendida, había astringencia de vientre.

Ordenada una medicación conveniente para tratar de atenuar la energía de los síntomas tifoideos que más podían comprometer la vida de este enfermo, esperé observando atentamente el rumbo que seguía la enfermedad. A las ocho horas, poco más ó menos, fueron perdiendo en intensidad todos los síntomas, empezando el paciente á darse cuenta de su estado: desapareció el estupor, el delirio, el meteorismo y todos los demás síntomas tifoideos que hemos enumerado, para presentarse un copiosísimo sudor general que le dejó en una extrema debilidad, pero completamente apirético, si bien conservando la lengua seca y encendida, gran sed y la pequeñez del pulso.

No se necesita gran esfuerzo intelectual viendo la manera rápida con que se sucedieron los síntomas típicos y su repentina desaparición por un sudor tras el que sobrevino apirexia, para convencerse de que se trataba en este caso de una fiebre intermitente regular maligna, cuya malignidad afectó la forma tifoidea; y si aún pudiera abrigarse alguna duda, la quinina administrada oportunamente vino á corroborar nuestro juicio puesto que no volvieron á presentarse síntomas típicos. El enfermo siguió, sí, con fiebre intermitente benigna de tipo diario por espacio de siete días más, que el uso reiterado de la sal quínica asociada al hierro se encargó de hacer desaparecer por completo.

Cuando, como en este caso, la malignidad se presenta de una manera brusca é inesperada; cuando los síntomas de otra fiebre se su-

ceden tan rápidamente que era necesario que la fiebre que simulan hubiera corrido todos sus períodos para haberlos podido apreciar y nunca en el breve espacio de ocho horas, el diagnóstico puede hacerse desde el momento mismo en que se ve al enfermo; pero cuando acontece que antes ha venido el sujeto, por espacio de seis ó siete días, padeciendo una fiebre pseudo-continua, como sucede con frecuencia en las perniciosas cuya malignidad está representada por la sintomatología de otra fiebre grave, puede ofrecer el diagnóstico alguna dificultad y creer que se trata de una verdadera fiebre tifoidea, por ejemplo; pero en estos casos, como en el anterior, la sintomatología grave extraña á la fiebre que se venía tratando, invade también de una manera brusca, desapareciendo asimismo todos los síntomas malignos al cabo de más ó menos horas con un sudor, siquiera después de esta diaforesis, persista el estado febril anterior. Generalmente, ocurre que en el curso de una fiebre catarral ó gástrica se presenta un inesperado frío, tras el que se sucede la sintomatología grave de otra fiebre, desapareciendo expresados síntomas con un sudor más ó menos abundante, quedando el enfermo limpio de síntomas malignos, pero siguiendo su curso la fiebre anterior. La observación detenida por parte del médico, al ver síntomas extraños al proceso febril que venía tratando, hará conocer la malignidad en su primera manifestación para tratarla oportunamente con energía, prescindiendo de la fiebre anterior, no dando lugar á la repetición de un segundo ó tercer acceso que concluya con la vida del paciente.

TOMÁS DE ECHEVARRÍA.

Crónica.—Como observarán nuestros lectores este número ve la luz pública con más de cinco meses de retraso.—La causa de esto ya la indicamos en el número anterior y ahora debemos manifestar que terminado en el presente el trabajo estadístico-clínico que nos sirvió de programa, nuestra misión está cumplida con otro número que verá pronto la luz pública, para completar los 24 que corresponden á los dos años, que es el compromiso contraído con los que nos han abonado el importe de la suscripción. Así, pues, cesará esta publicación, pues hemos renunciado al pensamiento de continuar las tareas periódicas con la colaboración de otros compañeros y á lo sumo publicaremos un número cada año con el resumen de nuestras tareas, el cual repartiremos entre los compañeros que han tenido á bien ayudarnos.

LA MARIGARINA

EN LOECHES

Antibiliosa, antiherpética, antiescrofulosa, antisifilítica y reconstituyente.

Según la *Perla de San Carlos*, Dr. D. Rafael Martínez Molina con este agua se tiene

LA SALUD Á DOMICILIO

En el último año se han vendido

MÁS DE DOS MILLONES DE PURGAS

La clínica es la gran piedra de toque en las aguas minerales y ésta cuenta **36 años de uso general y con grandes resultados** para las enfermedades que expresa la etiqueta.

Depósito central: Madrid, Jardines, 15, bajo, derecha, y se venden también en todas las farmacias y droguerías.

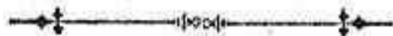
PERLAS

DE

SULFATO DE QUININA QUÍMICAMENTE PURO

para curar las fiebres palúdicas EN UN SOLO DÍA

ya sean Cuartanas, Tercianas ó Cuotidianas



El uso de estas *perlas* evita la reincidencia de la enfermedad, y previene su invasión en las personas que por su destino hayan de estar expuestas á la acción del miasma.

Se venden en la **Oficina de Farmacia y Laboratorio Químico de D. Emilio Echevarria, San Salvador, 4, Toledo**, y se remiten por correo anticipando su importe en sellos de franqueo ó letras de fácil cobro.

PRECIO, 2,50 FRASCO que contiene **20 Perlas** y un prospecto indicador del uso.

FARMACIA Y LABORATORIO QUÍMICO

M. GÓMEZ DEL CASTILLO

PREMIADO CON MEDALLA DE ORO EN LA EXPOSICION UNIVERSAL DE BARCELONA 1888 POR TODOS SUS PEPTONATOS,

ELIXIRES, SOLUCIONES Y GRANULOS

Los más rápidos, seguros y eficaces según dictamen de la Real Academia de Medicina y Cirugía, cuya eficacia é inmensos resultados han sido comprobados en los hospitales de esta capital, Madrid y Buenos Aires. Dice así la Ilustre Real Academia de Barcelona:

ELIXIR DE PEPTONATO DE HIERRO «CASTILLO»

Es de un grato sabor, por cuya razón puede administrarse á los niños y aun á las personas de más susceptible paladar; no produce estreñimiento ni cólico en el aparato gastro-intestinal como sucede cuando se emplean otros preparados ferruginosos.

Los fenómenos consecutivos no tardan muchos días en manifestarse; de modo que en sujetos anémicos ó muy empobrecidos por el desgaste orgánico, se notan aumento de coloración en las mucosas, mayor tensión arterial, y otros fenómenos que no dejan lugar á duda de los inmensos resultados del Elixir: obra como verdadero *eupéptico*, notándose desde los primeros días el aumento de apetito, que auxilia mucho á la acción medicamentosa.

Cada cucharada contiene 0'0 peptonato de hierro, para tomar tres cucharadas al día una antes de cada comida.

Solución peptonato amónico hidrargírico «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas, cada grano de esta solución contiene 0'02 de sal (una inyección diaria).

Gránulos peptonato amónico hidrargírico «CASTILLO» cada gránulo contiene 0'01 de sal para tomar cinco gránulos al día.

El Peptonato amónico hidrargírico «CASTILLO», tanto en la forma de solución como de gránulos tiene su principal uso en los períodos secundarios y terciarios de la sífilis, cuyos progresos contiene inmediatamente, llegando en pocos días á la más completa curación cosa que no había podido conseguirse antes del descubrimiento de tan prodigioso preparado (según se acredita en la práctica de eminentes especialistas académicos y puede afirmarse de los experimentos efectuados esta *Real Academia de Medicina y Cirugía*.)

Solución de peptonato de quinina «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas, cada grano de solución contiene 0'20 de sal.

Gránulo peptonato de quinina «CASTILLO», cada gránulo contiene 0'05 de sal.

El peptonato quinina «CASTILLO» bajo estas dos formas de solución y gránulos, tienen un valor inapreciable en toda clase de estados febriles y muy especialmente en las afecciones de origen palúdico, en las neuralgias y los casos de septicemia y en general en todos los casos en que están indicadas las sales de quinina, siendo muy superior el Peptonato de quinina por su gran salubridad y absorción y rápidos resultados.

Gránulos peptonato de bismuto «CASTILLO» de 0'10 de sal por gránulo. Han sido administrados en enfermos que padecían diarreas catarrales; los resultados terapéuticos han sido casi inmediatos.

Elixir de pepto-fosfato de cal «CASTILLO» tres cucharadas al día. En diversos enfermos ha podido ensayar el Elixir esta Academia, observando magníficos resultados en afecciones escrofulosas que radican en los huesos y cubierta periostia.

V.º B.º El Presidente, *Bartolomé Robert*.—El Secretario perpetuo *Luis Suñe*.

ELIXIR MORRHUOL «CASTILLO»

La Ilustre Academia Médico-Farmacéutica, donde ha sido presentado el Elixir y grajeas Morrhuol preparadas por M. G. del Castillo para su estudio, esta docta corporación ha emitido el siguiente dictamen:

«El Elixir presentado por el Dr. M. G. del Castillo á esta Academia, contiene: Morrhuol, que representa el conjunto de todos los principios á los que el aceite de hígado de bacalao debe su acción terapéutica; peptonato y pepto-fosfato cal, constituyendo un medicamento agradable, de excelentes indicaciones como reconstituyente y analeptico.»

«Las grajeas contienen el Morrhuol (conjunto de todos los principios á los que el aceite de hígado de bacalao debe su acción terapéutica), en sustancia y estado natural. Representa una buena forma farmacéutica para la administración de dicho producto.»

«La Academia recomienda estos dos preparados por su exquisita confección al par que por su valor terapéutico.»

«Barcelona 18 de Diciembre de 1888.—Comisión de productos naturales y preparaciones farmacéuticas: Dr. Jorge Gudel, Dr. Fernando Segura y Dr. Florentino Jimeno.—El Presidente, Dr. Nicolás Homs.—El Secretario, Dr. Estanislao Andreu.»

Tenemos también preparados Elixir Morrhuol con peptonato de hierro y las grajeas Morrhuol creosotadas.

Elixir pepto-yoduro de azufre «CASTILLO» tres cucharadas diarias.

Obra con evidentes resultados en las afecciones sífilíticas, herpéticas y reumáticas.

Para evitar falsificaciones, en cada frasco exíjase la marca y firma del autor.

De venta en las principales farmacias.

Depósito general: Farmacia del autor, Dr. M. Gómez del Castillo, Condal, 15, Barcelona.

M. G. del Castillo


Enfermedades del Pecho **JARABE de HIPOFOSFITO de CAL**

de **GRIMAULT y Cia**, Farmacéuticos en PARIS

Este Jarabe, universalmente recomendado por los facultativos, es de gran eficacia en las Enfermedades de los Bronquios y del Pulmón, cura los Resfriados, Bronquitis y Catarros los más tenaces, cicatriza los tubérculos del Pulmón de los Tísicos y suprime los ataques incesantes de tos que desesperan á los enfermos. Bajo su influencia, cesan los Sudores nocturnos y el enfermo recobra rápidamente la salud.

PARIS, 8, Rue Vivienne, y en todas las Farmacias.



Cápsulas de Grimault y C^a

AL

MÁTICO

Resultado infalible del método para curar la **Gonorrrea**, sin cansar ni molestar el estómago, efecto que producen todas las Cápsulas de **Copaiba líquida**.

Depósito en Paris, casa **GRIMAULT y C^a**

8, RUE VIVIENNE

y en las principales Boticas y Droguerías

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

RABANO IODADO

de **GRIMAULT y C^{ia}**

Este Jarabe más activo que el Jarabe anti-scorbútico, excita el apetito, disuelve las glándulas, combate la palidez y la flojedad de las carnes, cura el gurmio, las costras de leche, las erupciones del cutis. Esta combinación vegetal, esencialmente depurativa, se tolera mucho mejor que los ioduros de potasio y de hierro.

En PARIS, 8, rue Vivienne, y en todas las Farmacias.

Cólicos, Diarrea, Disenteria

CREMA DE BISMUTO

de **GRIMAULT y C^{ia}**, de Paris

El Bismuto es un medicamento heróico empleado con éxito indiscutible contra los cólicos, diarreas, disenterias, gastritis, gastralgias, hinchazones, dolores de estómago, ulceraciones del intestino y diarreas coleriformes.

La Crema ofrece sobre los polvos de Bismuto la ventaja de obrar más rápidamente, de hallarse en estado de división extrema y de formar con el agua una agradable bebida láctea.

En PARIS. 8, rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

De venta en la Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23. Toledo.

Habiendo ensayado, en diversas circunstancias, los SALICILATOS DE BISMUTO Y CERIO preparados en estado de pureza por el Dr. Vivas, me permito recomendarle encomiando su eficacia en todos aquellos casos en que sea conveniente asociar para el tratamiento de los enfermos, los antisépticos con los absorbentes; en particular en los padecimientos flegmáticos catarrales del estómago é intestinos y especialmente en los últimos, siempre que como efecto de los mismos los cólicos, el meteorismo, las diarreas y la fetidez de las evacuaciones constituyan los elementos de mayor importancia del cuadro morbo-so.—*Dr. P. Esquerdo.*



De inmediatos resultados en toda clase de indisposiciones del tubo digestivo.

Cura como ninguna otra medicación empleada hasta el día, toda clase de

VÓMITOS Y DIARREAS

(de los tísicos, de los niños y de los viejos)

CÓLERA, TIFUS, REUMATISMO

Catarros y Úlceras

→ DEL ESTÓMAGO ←

VÓMITOS

de las embarazadas

Exigi se como garantía la firma y rúbrica del autor y la marca de fábrica depositada, en las cajas y etiquetas.



J. J. Vivas Pérez

Se vende sólo en cajas á Ptas. 3'50 y medias cajas á Ptas. 2 en toda España
Depósito principal en Almería, **FARMACIA VIVAS PÉREZ**

DESDE DONDE SE HACEN REMESAS POR CORREO

De venta en las principales farmacias de España y Ultramar

VENTA AL POR MAYOR.—*Madrid:* D. Melchor García, Capellanes, 1, duplicado.—*Barcelona:* Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—*Habana:* Sres. Llobet y C.^o; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—*Puerto Rico:* D. Fidel Guillermet.—*Mayagüez:* D. Guillermo Mullet.

Depósito en Toledo: Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23.